

2014

POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE MIS – MATERNIDAD E INFANCIA SEGURA



SECRETARIA DE SALUD

MUNICIPIO DE BELLO

01/06/2014

**POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE MIS
MATERNIDAD E INFANCIA SEGURA**

MUNICIPIO DE BELLO – 2014

CESAR AUGUSTO ARANGO SERNA

Secretario de Salud

Municipio de Bello

RUTH VÉLEZ TORRES

Asesora – Especialista En Gestión de Políticas Públicas

LAURA VICTORIA CADAVID MOLINA

Apoyo Logístico y Técnico Candidata a Trabajo Social

INVESTIGACIÓN Y TEXTO FINAL

Bello – 2014

Participaron en la construcción de esta Política Pública Saludable:

Niños, niñas y adolescentes del Municipio

Niños, niñas y adolescentes del área rural y urbana del Municipio, que participaron en conversatorios y talleres

Jóvenes, adultos y adultas, hombres, mujeres, padres, madres, cuidadoras y cuidadores

Población con o sin discapacidad y víctimas del desplazamiento forzado por la violencia, que participaron en los conversatorios y talleres

Asociaciones e instituciones

Madres FAMI e integrantes de la Red de Apoyo Social a la MIS

Agentes Educativos del Entorno Familiar e Institucional del ICBF

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF

Administración Municipal

Secretaría de Educación y Cultura, Secretaría de Planeación, Secretaría de Salud, Secretaría Integración Social y Participación Ciudadana, Secretaría de Gobierno, Secretaría de Deporte y Recreación, Secretaria de Obras Públicas, Secretaria de Transporte y Transito

A todas y cada una nuestro agradecimiento y respeto

"Las mujeres no están muriendo por causas que no podemos evitar... están muriendo debido a que la sociedad considera que sus vidas no valen el precio de salvarlas".

Mahmould Fathalla, gineco-obstetra de la India, citado por el Dr. Gómez (2001)

Tabla de contenido

Antecedentes	8
Justificación	11
1. Caracterización de los contextos Territorial y Demográfico	13
1.1 Contexto territorial.....	13
1.1.1 Localización.....	13
1.1.2 Accesibilidad Geográfica	14
1.2 Contexto demográfico.....	14
1.2.1 Población Total	14
1.2.2 Densidad poblacional por kilómetro cuadrado	14
1.2.3 Grado de Urbanización.....	15
1.2.4 Número de Viviendas	15
1.2.5 Número de Hogares.....	17
1.3 Estructura de la Población.....	18
1.3.1 Otros indicadores demográficos	21
1.3.2 Dinámica Demográfica	23
1.3.3 Otros indicadores de la dinámica de la población	24
1.3.4 Esperanza de Vida.....	24
1.3.5 Movilidad Forzada	25
1.4 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS.....	26
1.5 Necesidades Básicas insatisfechas	27
1.6 Conclusión.....	27

2. Resultados indicadores de morbilidad y mortalidad en el contexto de la Política Pública Saludable MIS	28
2.1 Evaluación de Indicadores.....	31
3. Marco Conceptual	33
4. Ruta Metodológica	34
4.1 Muestra.....	35
5. Lineamientos de la Política Pública Saludable MIS	37
6. Principios Rectores	37
7. Enfoques	40
7.1 Sobre el Enfoque de Derechos, Diferencial, de Desarrollo Humano, Capacidades e Inclusión como Orientador para Leer Contextos y Situaciones	40
7.2 Enfoque de Seguridad Humana.....	41
7.3 Determinantes Sociales de la Salud	42
8. Direccionamiento Estratégico	43
8.1 Objetivo Central	43
8.2 Escenarios de Política Pública Saludable MIS.....	43
8.3 Líneas Estratégicas	44
9. Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS	46
9.1 Responsabilidades y Obligaciones de los Actores del Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS	46
10. Comité para la Gestión Integral de La Política Publica Saludable MIS – Maternidad E Infancia Segura Del Municipio De Bello.....	48
10.1 Funciones del Comité Municipal para la Gestión Integral de la Política Pública Saludable MIS	48

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 - Pirámide poblacional del municipio de Bello, 2005, 2013, 2020	18
Ilustración 2 - Cambio en la proporción de la población por grupos etarios del municipio de Bello, 1985, 1993, 2005 y 2013	20
Ilustración 3 - Población por sexo y grupo de edad del municipio de Bello, 2013	20
Ilustración 4 - Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad de Bello, 2005 al 2012.....	23
Ilustración 5 - Esperanza de vida al nacer, por sexo - Colombia, 1885 – 2015	25
Ilustración 6 – % de niños y niñas entre 0 y 5 años afiliados al sgsss	26

Índice de Tablas

Tabla 1 - Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, 2013.....	13
Tabla 2 - Población por área de residencia de Bello, 2013.....	15
Tabla 3 – Población por pertenencia étnica y área de residencia del Municipio de Bello, 2005	17
Tabla 4 - Proporción de la población por grupo etario del municipio de Bello, 1985, 1993, 2005,2013, 2020.....	19
Tabla 5 - Otros indicadores de estructura de Bello, 2005, 2013, 2020	23
Tabla 6 - Otros indicadores de la dinámica de la población del municipio de Bello, 2011.....	24
Tabla 7 - Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo del municipio de Bello, junio10 del 2011 a Agosto 31 del 2013.....	25
Tabla 8 – Personas con necesidades básicas insatisfechas	27
Tabla 9 - Resultados indicadores de morbilidad y mortalidad en el contexto de la política pública de maternidad e infancia	29

Antecedentes

Desde un convenio celebrado entre el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF y el municipio de Bello, para impulsar políticas Básicas para el desarrollo local, se propone, en el año 2003, a la Secretaria de Salud brindar asistencia técnica para implementar la Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IIAMI), a través del Instituto PROINAPSA UIS (Universidad Industrial de Santander), en el Hospital Marco Fidel Suárez, Hospital de 2° nivel del Municipio y Centro obligado de referencia para la atención, de mujeres con parto de mediano y alto riesgo.

Para el año 2003 la certificación de una institución como Amiga de la Mujer y la Infancia (IAMI), era el resultado del cumplimiento de 10 pasos “hacia una feliz lactancia materna”. Como iniciativa estaba centrada en la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, como una de las mejores estrategias en pro de la salud de los niños y las niñas en la primera infancia.

En un primer momento los actores involucrados en el proceso, es decir, Secretaria de Salud del Municipio de Bello, UNICEF y PROINAPSA-UIS y reconociendo los beneficios para la población infantil, deciden extender dicha implementación a las instituciones de salud públicas y privadas del Municipio.

Estando en este proceso y observando las bondades de la Iniciativa, se pensó que la salud de los niños y las niñas depende también de la salud de las gestantes, por tanto se debía ir más allá de los 10 pasos y hacer que la IIAMI formara parte de una política pública saludable de Maternidad e Infancia Segura – MIS.

En marzo del año 2004 una vez terminado el documento marco y contando con la aprobación y revisión de UNICEF, se convocó por parte de la Secretaria de Salud Municipal a todos los Gerentes, tanto de las Empresas Sociales del Estado (ESE Zamora – París y Fontidueño, ESE Rosalpi y ESE Hospital Marco Fidel Suárez), como Administradoras

de Régimen Subsidiado (ahora EPS'S) y Entidad Promotora de Salud (EPS) que operaban en el Municipio de Bello.

Esta reunión se tuvo que aplazar en varias ocasiones, hasta tanto no se tuviera confirmada la asistencia del Gerente y no de un representante. En ella, donde se presentaron los objetivos, propósitos y alcances de la Política, se firmó un Acta de Compromiso con la que estas instituciones ofrecían su respaldo para poner en marcha la Política Pública Saludable MIS con el propósito que en el Municipio de Bello las gestantes, los niños, las niñas y sus familias, teniendo presente que son titulares de derecho, puedan acceder a los cuidados y a servicios de salud con calidad, calidez, oportunidad, eficacia y eficiencia

La convocatoria contó con la aceptación de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya que por primera vez un Ente Territorial había tomado la iniciativa de articular una serie de actividades de obligatorio cumplimiento, que cada uno interpretaba y ejecutaba sin que hubiera un consenso entre ellos, ni generara un impacto real y sostenible en el perfil de morbi-mortalidad de la población objetivo.

Con la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura, se articularon las competencias y responsabilidades, tanto del Ente Territorial, como de las Aseguradoras quienes acogieron la propuesta como una oportunidad de sumar esfuerzos para la construcción del Plan de Atención Básica Municipal y el logro de las metas en los indicadores de Salud Pública.

Los Gerentes que no tuvieron oportunidad de asistir a dicha reunión y firmar el Acta de Compromiso, fueron visitados uno a uno y de igual manera, se les presentó la Política y asumieron el compromiso.

Una vez terminada la concertación y contando con la aprobación de todos y cada uno de los actores, se le solicitó hacerse representar en cabeza de quienes ellos lo estimaran

conveniente, en un Comité Técnico que tenía por objetivo, la construcción de un Plan Estratégico que diera respuesta a la operativización de la Política.

Así y con la presencia del personal técnico, en su gran mayoría, los Coordinadores de Promoción y Prevención de todas las instituciones, en reuniones periódicas llevadas a cabo a lo largo de 3 meses y con unas líneas de acción básicas, se construyó el plan Estratégico que contenía: las metas esperadas, cada una con los resultado esperado a un año, las propuestas de intervención para el logro del resultado, las actividades necesarias, las tareas que se requieren para llevar a cabo dichas actividades y los responsables de su ejecución.

Posterior a esto y a mediados del 2004 se presento el Plan a los Gerentes de todas las instituciones, para mostrar el resultado de la construcción conjunta y reafirmar los compromisos asumidos. Al mismo tiempo, siempre con la aprobación de los responsables, se socializó en todas y cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Municipio - IPS, comenzando así con la implementación de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura.

Justificación

Según lo decía el profesor Mahmoud Fathalla, gineco-obstetra de la India, citado por el Dr. Gómez (2001), que cuando se revisan las cifras de la morbi-mortalidad materna, asociadas a la calidad en la prestación de los servicios de salud y como consecuencia de los abortos inseguros, no es posible sino hablar de vulneración en la garantía de derechos de las mujeres y es allí donde cobran vigencia las palabras del profesor:

"Las mujeres no están muriendo por causas que no podemos evitar... están muriendo debido a que la sociedad considera que sus vidas no valen el precio de salvarlas".

Hablar que en Colombia y para el año 2003 por cada 100.000 nacidos vivos morían alrededor de 104 mujeres, debido a complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, era hablar de: pobreza, falta de educación, asistencia médica precaria, inaccesibilidad a los servicios de salud, poca calidad en la atención.

Este panorama se presentaba pese al compromiso asumido por el gobierno frente a “La Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo”, lanzada en 1987, y ratificada en febrero de 2004 por el Consenso Interagencial para América Latina y el Caribe, constituido por la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Family Care Internacional, Population Council, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, la Organización de Naciones Unidas, con sus Objetivos de Desarrollo del Milenio, organizaciones directamente interesadas en reducir la tasa de mortalidad materna al menos en un tercio entre el año 2000 y 2010, como un primer paso hacia la meta de reducirla en tres cuartas partes para 2015.

Asimismo, se adoptó la meta de reducir la mortalidad de lactantes a menos de 35 por 100.000 nacidos vivos para 2015; y para alcanzar esa meta se tendría que reducir la mortalidad neonatal; la Organización Mundial de la Salud (2000), concluía: “al ritmo de avance actual, esas metas no se alcanzarán.”

La reducción de la morbi-mortalidad de las maternas, de los niños y las niñas, era y es un asunto de vital importancia en salud pública; siendo la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención y la recuperación de la enfermedad las alternativas de solución que se deberían implementar desde las localidades hasta convertirse en Políticas Públicas Saludables.

La prevalencia de los derechos de la primera infancia y la infancia, así como su garantía y protección, constituyen la tarea fundamental del Estado en todas sus formas. Lo promulga la Constitución Política y los diferentes tratados internacionales, que velan por la exaltación de las figuras como la protección integral, la corresponsabilidad y el interés superior de niños, niñas y adolescentes.

A continuación se destaca y se cita la ley 1551 de 2012 en el artículo 6 que reforma el artículo 3 de la ley 136 de 1994 y que define en las funciones de los municipios en su numeral 7: *Procurar la solución de las necesidades básicas insatisfechas de los habitantes del municipio, en lo que sea de su competencia, con especial énfasis en los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres cabeza de familia, las personas de la tercera edad, las personas en condición de discapacidad y los demás sujetos de especial protección constitucional.*

Lo anterior enfatizando las responsabilidades y obligaciones de los municipios respecto de la garantía y protección de los derechos de niños y niñas, en lo que corresponde a la respuesta institucional de las entidades públicas en la garantía de derechos y la mejora de las condiciones de vida de la población que representa.

La Política Pública Saludable MIS - Maternidad Infancia Segura, está orientada a dinamizar procesos de articulación y coordinación de actores, como a aumentar la capacidad de gestión de los recursos destinados específicamente a la población que pretende beneficiar.

Se puede argumentar además, que la inversión en el bienestar de la mujer, los niños, niñas, adolescentes y familias se traducía en un mayor grado de equidad y desarrollo para el territorio, elementos que son claves no sólo para el logro de la meta “Salud para todos” propuesta en la declaración de Alma – Ata de 1978 y ratificada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sino también para el logro del Desarrollo Humano Social Sostenible, paradigma por el que venía trabajando el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Desde entonces el llamado Ministerio de Salud (1998), decía que las metas, tanto de “Salud para Todos” y “Desarrollo humano, social y sostenible”, solamente tenían lugar primero en los municipios para poder extenderse “algún día” a la totalidad del mundo, argumentos que fortalecen aún más la Política Pública Saludable MIS.

1. Caracterización de los contextos Territorial y Demográfico

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El Municipio de Bello se encuentra localizado en el Valle de Aburrá a 8 kilómetros al norte de Medellín en el departamento de Antioquia en la República de Colombia. Su cabecera municipal ubicada a 1450 metros sobre el nivel del mar, está situada a los 6º 20'21" de latitud norte y 75º 33'48" de longitud al oeste de Greenwich.

Bello se encuentra limitado por el sur con Medellín, por el occidente con San Jerónimo, por el norte con San Pedro y por el oriente con Copacabana, abarcando una extensión aproximada de 145,94 kilómetros cuadrados. Ver mapa 1

TABLA 1 - DISTRIBUCIÓN DEL MUNICIPIO POR EXTENSIÓN TERRITORIAL Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2013

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
BELLO	15	10,03%	134,5	89,97%	149,5	100

Fuente: Planeación Municipal

MAPAS 1 - DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LIMITES, MUNICIPIO DE BELLO 2013



Fuente: Planeación Municipal

1.1.2 Accesibilidad Geográfica

El Municipio de Bello hace parte de una gran conurbación denominada Área Metropolitana del Valle de Aburra, donde son casi imperceptibles los límites entre Municipios y por ende se comparten vías de carácter metropolitano como son la Autopista Norte, la Autopista Medellín – Bogotá, La Avenida Regional y la Carretera al Mar. Por todas ellas se llega con gran facilidad al Municipio y a su zona Rural, que no queda muy equidistante debido a vías como “La Banca” que comunica directamente el casco urbano con la zona rural de la parte alta y fría del Municipio; es por ello que la vereda más alejada queda a tan solo 45 minutos del casco urbano por vía terrestre.

El acceso por vía aérea se hace a través del Aeropuerto Internacional José María Córdoba, ubicado en Rionegro o por el Aeropuerto local Olaya Herrera ubicado en la ciudad de Medellín, ambos a unos 30 minutos de la cabecera municipal.

1.2 Contexto demográfico

1.2.1 Población Total

Bello cuenta con una población al 2013 de 428,577 habitantes según la proyección DANE con los datos del censo de 2005 donde se censaron un total de 371.625 habitantes, lo que representa un aumento del 15% en 8 años. Sin embargo según estimaciones de Planeación Municipal y con base en las nuevas construcciones que permitió el POT, se estima que Bello ya sobrepasa los 500.000 habitantes.

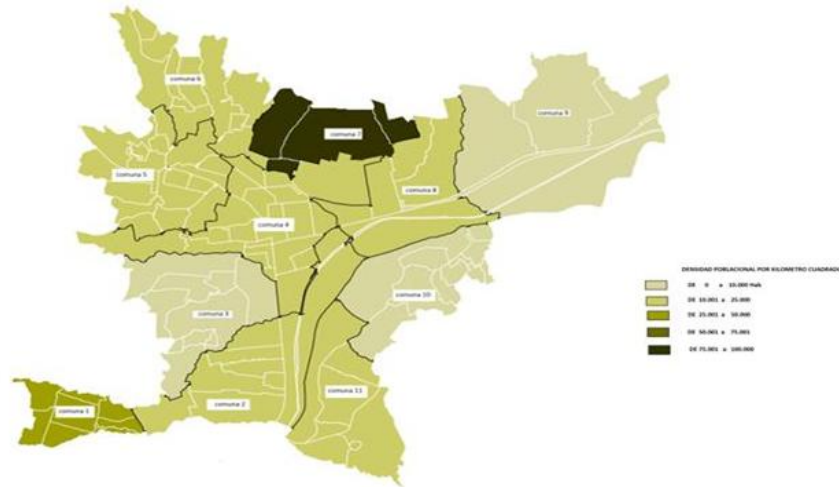
1.2.2 Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El 98% de la población habita el 10% del total de la extensión del territorio, mientras que menos del 2% de la población habita el 90% de la extensión del territorio, esto determina una densidad de población en el área urbana de 28.705 habitantes por kilómetro cuadrado en promedio y con variabilidad grande si se compara entre comunas como se muestra en el Mapa 3, donde se observan la comuna 3 como la de menor densidad con 8.200 habitantes por kilómetro cuadrado, hasta la cifra de 91.259 habitantes por kilómetro cuadrado en la comuna 7. Cifra muy elevada con respecto a los estándares y patrones internacionales.

Entre tanto la densidad poblacional del área rural es de apenas 59 habitantes por kilómetro cuadrado. En general el Municipio, aún con esta diferencia tan grande en

cuanto a la densidad poblacional entre la zona urbana y rural, queda globalmente con una densidad de 2.934 habitantes por kilómetro cuadrado

MAPAS 2 - DENSIDAD POBLACIONAL POR KILÓMETRO CUADRADO DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2013



Fuente: Planeación Municipal

TABLA 2 - POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA DE BELLO, 2013

Municipio	Población Urbana		Población Rural		Población Total	
	Población	%	Población	%	Población	%
Bello	430576	98,18%	8001	1,82%	437577	96,38

Fuente: DANE

1.2.3 Grado de Urbanización

De acuerdo con toda la información presentada y analizada anteriormente, se tiene que Bello es un Municipio con un alto grado de urbanización (98%)

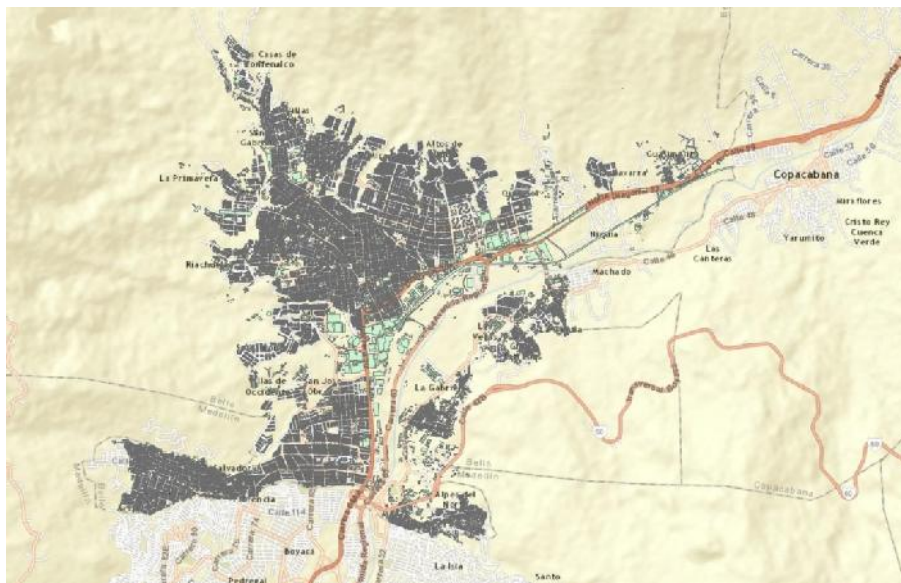
1.2.4 Número de Viviendas

De acuerdo a datos de planeación municipal, se tienen censadas un total de 108.391 viviendas, las cuales en un gran porcentaje, están construidas con ladrillo y cemento en un urbanismo descontrolado donde se tienen ampliaciones de viviendas sin el debido permiso de la autoridad competente aunque se cuenta con una buena dotación de servicios públicos (agua, alcantarillado y energía eléctrica) gracias a la presencia de campañas de las Empresas Públicas de Medellín.

1.2.5 Número de Hogares

De acuerdo con información del SISBEN y otros programas como el de Atención Primaria en Salud APS, se considera un promedio de 4 personas por hogar y de 1 a 2 hogares por vivienda

MAPAS 3 - UBICACIÓN DE LOS HOGARES DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2013



Fuente: Planeación Municipal

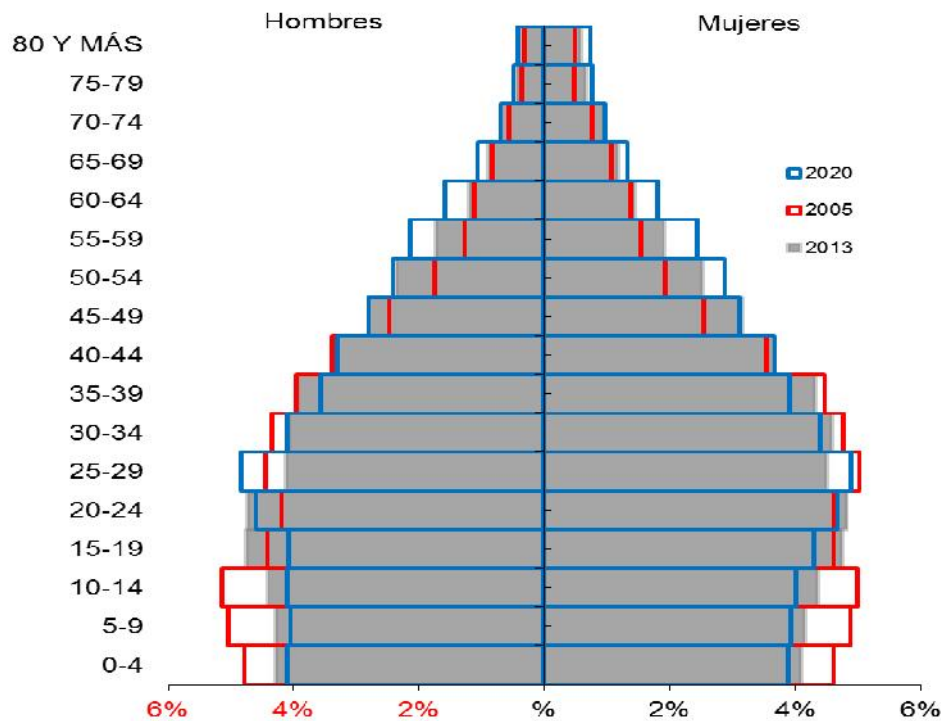
TABLA 3 – POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA Y ÁREA DE RESIDENCIA DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2005

Población total		
Población étnica	Mujeres	Hombres
Indígena	266	245
Rom (gitana)	0	0
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	8	7
Palenquero de San Basilio	14572	13452
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	175170	161696
Ninguno de las anteriores	3950	3647
Sin información	194	179

Fuente: DANE

1.3 Estructura de la Población

ILUSTRACIÓN 1 - PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2005, 2013, 2020



FUENTE: DANE - ESTIMACIONES DE POBLACIÓN 1985-2005 (4) Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN 2005-2020 NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL POR SEXO, GRUPOS

La ilustración anterior reflejan la transición demográfica que ha venido sufriendo el Municipio donde se estrecha porcentualmente la base de la pirámide como reflejo del mejor control natal por medio de los programas de planificación familiar y la introducción de métodos modernos temporales y definitivos, cambio notorio entre el 2005 y el 2013 aunque no se espera que disminuya con igual intensidad de aquí al 2020.

Así mismo la población adulta mayor crece tanto en números absolutos como porcentualmente respecto al total de la población dado los avances y la tecnología en salud y la disminución de las muertes violentas, que también muestran su efecto en la disminución de la “muesca” que mostraba la pirámide en los grupos de 15 a 24 años principalmente en hombre para el año 2005.

En la Tabla siguiente se presenta la información, para un mejor entendimiento, mediante una tabla y una figura de líneas que compara ciertos grupos etáreos con información de los censos de 1985, 1993, 2005, y la proyección de éste último al 2013 y al 2020. El grupo

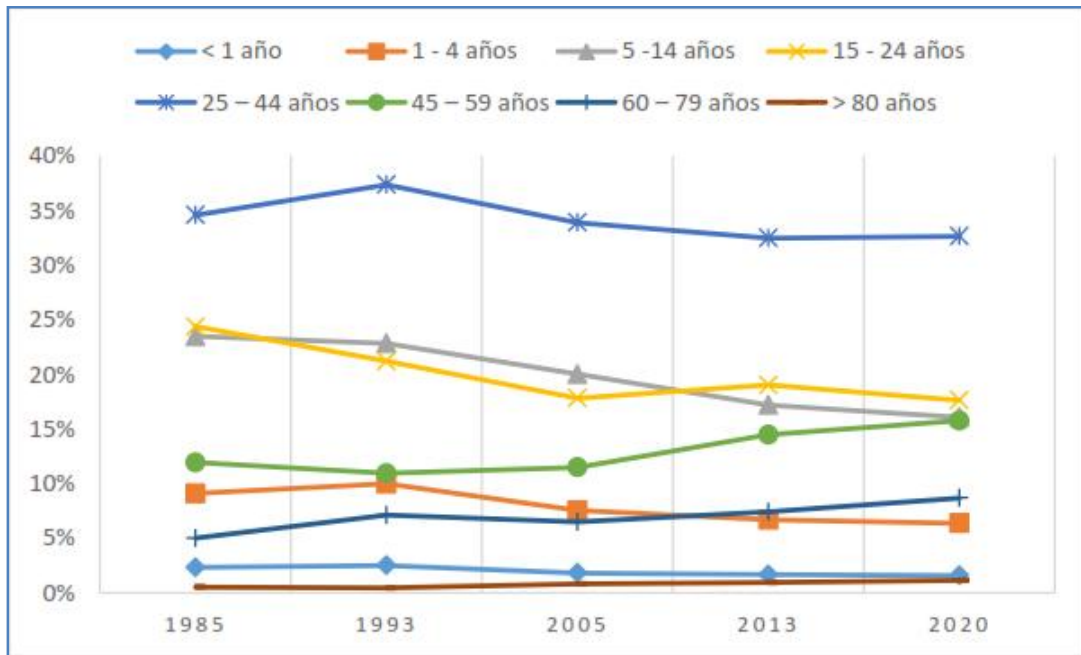
etéreo que mayor disminución muestra es de 5 a 14 años, mientras que el de mayor aumento es el de 45 a 58 años.

TABLA 4 - PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO ETARIO DEL MUNICIPIO DE BELLO, 1985, 1993, 2005, 2013, 2020

Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1año	4820	6310	6814	7371	8030
1 - 4 años	18709	25089	28095	29365	31935
5 - 14 años	48256	57329	74443	75455	80451
15 - 24 años	50101	53214	66270	83538	88203
25 - 44 años	71083	93758	126050	142551	163385
45 - 59 años	24544	27469	42725	63521	78896
60 - 79 años	10291	17885	24178	32585	43461
> 80 años	1123	1144	3050	4191	5761
Total	228927	282198	371625	438577	500122
Pesos Relativos (porcentajes)					
Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1año	2,11%	2,24%	1,83%	1,68%	1,61%
1 - 4 años	8,17%	8,89%	7,56%	6,70%	6,39%
5 - 14 años	21,08%	20,32%	20,03%	17,20%	16,09%
15 - 24 años	21,89%	18,86%	17,83%	19,05%	17,64%
25 - 44 años	31,05%	33,22%	33,92%	32,50%	32,67%
45 - 59 años	10,72%	9,73%	11,50%	14,48%	15,78%
60 - 79 años	4,50%	6,34%	6,51%	7,43%	8,69%
> 80 años	0,49%	0,41%	0,82%	0,96%	1,15%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

FUENTE: DANE

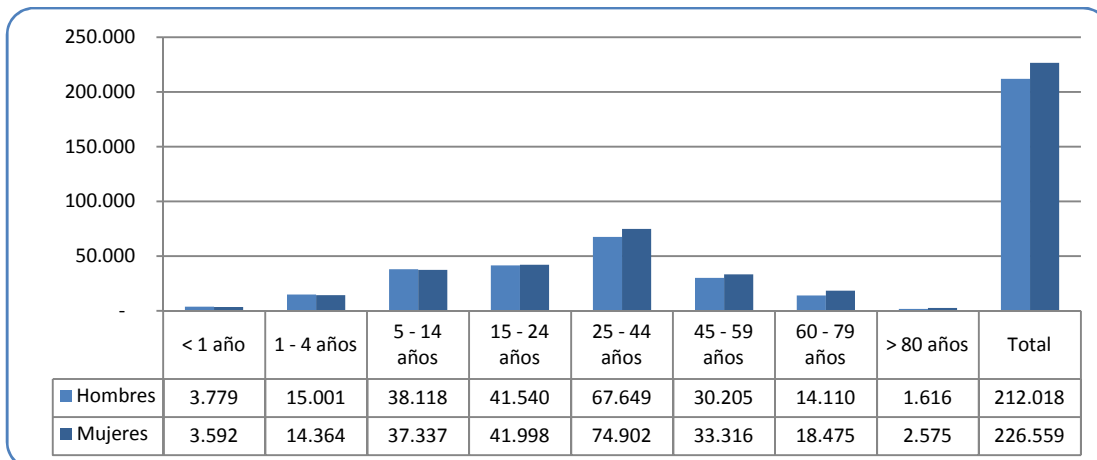
ILUSTRACIÓN 2 - CAMBIO EN LA PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS DEL MUNICIPIO DE BELLO, 1985, 1993, 2005 Y 2013



FUENTE: DANE

Por sexo, solo se aprecia un poco más de mujeres en los grupos de 25 a 44 años.

ILUSTRACIÓN 3 - POBLACIÓN POR SEXO Y GRUPO DE EDAD DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2013



FUENTE: DANE

1.3.1 Otros indicadores demográficos

En el municipio de Bello, por cada 100 mujeres hay 93 hombres, dato sin cambios significativos en los tres años comparados.

La Razón niños mujer, representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2013 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 28 niños y niñas entre 0 y 4 años.

El índice de infancia representa la relación entre los menores de 15 años y la población total. En el año 2013 por cada 100 personas, 25 corresponden a la población menor de 15 años.

El índice de juventud representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2013 por cada 100 personas, 27 tienen entre 15 y 29 años.

El índice de vejez representa la relación entre población mayor de 65 años y la población total. En el año 2013 por cada 100 personas, casi 6 tienen 65 y más años.

El índice de dependencia, que representa la relación entre la población menor de 15 años y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años; para el Municipio de Bello en el 2013 es de 46. Este índice hace referencia a la carga que tienen las personas en edad económicamente productiva de las personas que en teoría, dependen de ellas: los niños y la población adulta mayor.

El índice de dependencia infantil, representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013, de cada 100 Bellanitas entre 15 y 64 años hay 37 personas menores de 15 años.

El índice de dependencia de mayores, entendida como la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años muestra un valor para en el año 2013, 8 Bellanitas con 65 años y más por cada 100 personas entre 15 y 64 años.

El Índice Fritz representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida. La siguiente tabla resume ésta información

TABLA 5 - OTROS INDICADORES DE ESTRUCTURA DE BELLO, 2005, 2013, 2020

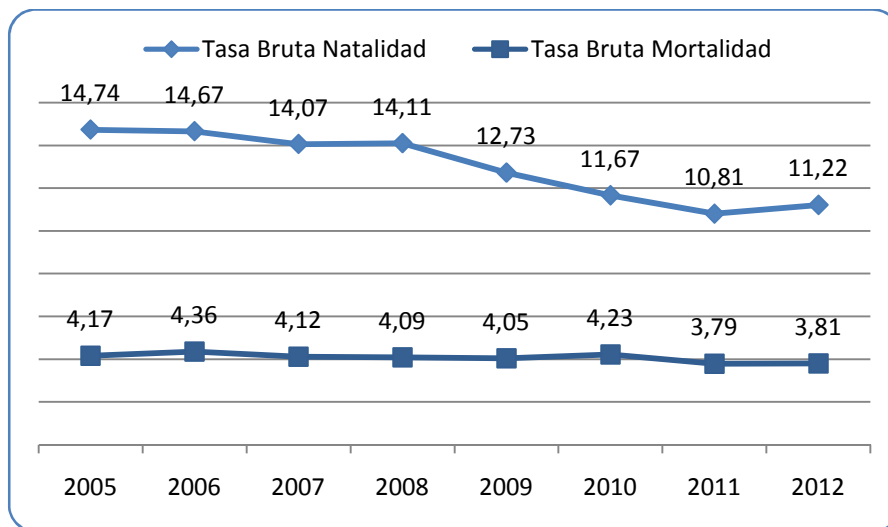
Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	93,41	93,58	93,33
Razón de niños: mujer	31,73	28,1	27,58
Índice de infancia	29,43	25,58	24,08
Índice de Juventud	27,3	27,69	27,36
Índice de vejez	4,84	5,75	6,45
Índice de envejecimiento	16,46	22,47	26,81
Índice demográfico de dependencia	52,14	45,62	43,95
Índice de dependencia infantil	44,77	37,25	36
Índice de dependencia de mayores	7,37	8,37	9,29
Índice de Friz	130,54	117,62	112,45

FUENTE: DANE

1.3.2 Dinámica Demográfica

Mientras la tasa de mortalidad se ha mantenido estable, la tasa de natalidad muestra un gran descenso principalmente a partir del año 2008; eso da como resultado una tasa de crecimiento natural negativo. Ver Ilustración 4

ILUSTRACIÓN 4 - COMPARACIÓN ENTRE LAS TASAS BRUTAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE BELLO, 2005 AL 2012



FUENTE: DANE

1.3.3 Otros indicadores de la dinámica de la población

Tasa General de Fecundidad: En Bello por cada 1000 mujeres en edad fértil, nacen 36 niños y niñas.

Tasa Global de Fecundidad –TGF: En promedio una mujer en edad fértil en Bello tiene 1,15 hijos en promedio.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: De cada 1000 mujeres bellanitas de 10 a 14 años, una presentó embarazo en el año 2011.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: De cada 1000 mujeres bellanitas de 15 a 19 años, 30 presentaron embarazo en el año 2011.

La Edad Media de Fecundidad: En promedio, las mujeres bellanitas, durante el 2011 tuvieron sus hijos a la edad de 25 años

La Tasa de Reproducción neta: Con base en la información del 2011, nacieron 0,56 hijas por mujer durante su periodo fértil, esto indica la posibilidad que tiene la población femenina de reemplazarse.

TABLA 6 - OTROS INDICADORES DE LA DINÁMICA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE BELLO, 2011

Indicador	valor
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	36,14
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2011)	1,15
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	25
Tasa de reproducción (estimada)	0,56
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años 2005-2011	0,99
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años 2005-2011	30,08

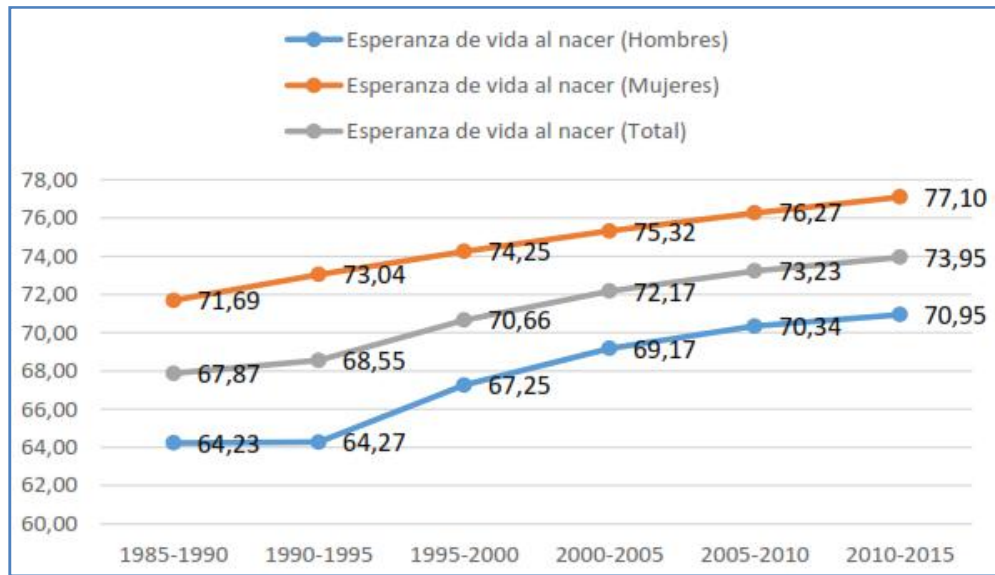
FUENTE: DANE

1.3.4 Esperanza de Vida

Para el quinquenio 2010-2015, no se cuenta con información específica para el municipio de Bello, sin embargo es aplicable la información de país; el cual muestra una esperanza de vida promedio de 74 años, siendo casi 6 años más para las mujeres si se compara con los hombres. En los últimos 30 años la esperanza de vida en general ha aumentado 6 años,

posiblemente debido a la disminución de las muertes por homicidio de los hombres jóvenes y avances en las tecnologías en salud

ILUSTRACIÓN 5 - ESPERANZA DE VIDA AL NACER, POR SEXO - COLOMBIA, 1885 – 2015



FUENTE: DANE

1.3.5 Movilidad Forzada

En los últimos años la recepción de personas y familias víctimas de desplazamiento forzado por la violencia, ha sufrido una leve disminución y su característica principal ya no es el evento masivo como lo ocurrido durante los años 2000 a 2002. Las víctimas por desplazamiento forzado por la violencia representan un 5.5 %, convirtiendo a Bello en el 2° municipio receptor más grande del departamento y de los primeros a nivel nacional.

El mayor porcentaje de víctimas de desplazamiento forzado por la violencia, es mayor en jóvenes y adultos.

TABLA 7 - POBLACIÓN VICTIMIZADA DE DESPLAZAMIENTO POR GRUPO DE EDAD, SEXO DEL MUNICIPIO DE BELLO, JUNIO 10 DEL 2011 A AGOSTO 31 DEL 2013

Ciclo vitales	TOTAL VICTIMAS DESPLAZAMIENTO FORZADO	
	No. Mujeres	No. Hombres
Primera infancia (0 – 5 años)	649	661
Infancia (6 – 11 años)	1479	1579

Adolescencia (12 -18 años)	1870	2056
Juventud (14 a 26 años)	3235	3306
Adulterez (27 a 59 años)	4617	3172
Envejecimiento y vejez (> 60 años)	850	676

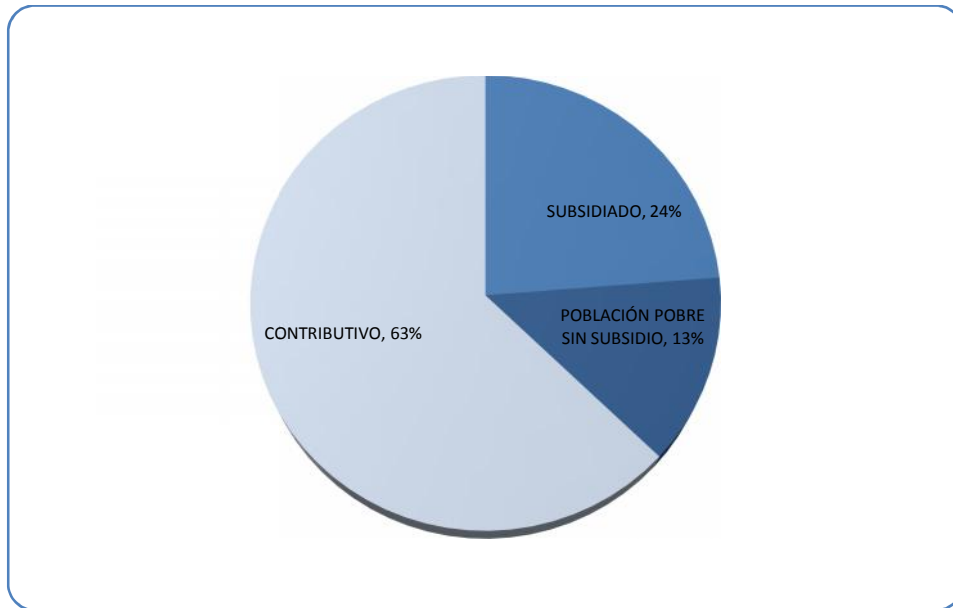
Fuente: Registro Único de Víctimas con fecha de corte agosto 31/13, Bodega de Datos de SISPRO

El mayor porcentaje de población víctima de desplazamiento forzado por la violencia viene de otros departamentos, pero llama la atención que del Valle de Aburrá es de la región del departamento de donde más se reciben víctimas; configurándose, dadas las características de conurbanidad, pudiera configurarse éste fenómeno como desplazamiento intra-urbano. La segunda región departamental expulsora de donde se reciben personas Nordeste Antioqueño, posiblemente dado porque desde ésta región se entra al primer gran casco urbano que es el municipio de Bello.

1.4 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS

Del total de niños y niñas en 1ª infancia se encuentran afiliados al Régimen Subsidiado, según Oficina de Aseguramiento de la Secretaria de Salud Municipal, a julio 31 de 2013, un total de 10.472: COMFAMA – 5.067 - CAPRECOM – 6.405. Los no afiliados al sistema 5.913, para un porcentaje del 13%

ILUSTRACIÓN 6 – % DE NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 0 Y 5 AÑOS AFILIADOS AL SGSSS



FUENTE: OFICINA DE ASEGURAMIENTO SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

1.5 Necesidades Básicas insatisfechas

TABLA 8 – PERSONAS CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

MUNICIPIO DE BELLO - 2012

Personas en NBI					
Cabecera		Resto		Total	
Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)	Prop (%)	cve (%)
9,46	11,92	39,91	6,13	10,58	10,30

FUENTE: DANE

1.6 Conclusión

A manera de conclusión, Bello presenta una de las densidades poblacionales más altas del departamento lo que acentúa el hacinamiento principalmente en ciertos barrios y comunas.

Si bien en Bello hay presencia de casi todas las etnias, la gran mayoría no son significativas excepto los afros y palanqueros quienes representan un poco más del 10% de la población total del Municipio.

De acuerdo con el análisis de la pirámide poblacional Bello vive una transición demográfica.

El 46 % de la población depende económicamente del 54 de la población. De acuerdo con el índice Fritz Bello no muestra una Población Joven ni tampoco envejecida, pero la tendencia de los años analizados es hacia el envejecimiento.

El crecimiento en construcciones de vivienda hace que Bello sea receptor de inmigrantes, además de la recepción de población víctima de desplazamiento forzado por la violencia, por tanto el crecimiento demográfico de la ciudad está dado por este fenómeno y no por el crecimiento natural.

Comparado con el departamento y la nación Bello, presenta menores tasas de específicas de fecundidad en adolescentes (en los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años)

En Bello se presenta un buen “caldo de cultivo” dadas las condiciones socio demográficas, para la presencia de factores de riesgo para enfermar y morir pero a pesar de ello se tiene un relativo control de la fecundidad

2. Resultados indicadores de morbilidad y mortalidad en el contexto de la Política Pública Saludable MIS

En junio de 2014 y 10 años después del proceso de Política Pública Saludable MIS se reportan los siguientes resultados:

En relación a los resultados de Maternidad Segura, se aprecia una disminución de la tasa de mortalidad materna relacionada con la disminución de los nacidos vivos, ya que el número de casos permaneció estable en una muerte. El porcentaje de gestantes con 4 o más controles prenatales al momento del parto, muestra un incremento del 15% en el período evaluado. No se evidenciaron casos de transmisión vertical, aunque si se contaron con gestantes con pruebas para VIH positivas

De otro lado pareciera existir una disminución en la tasa específica de fecundidad en adolescentes, correspondiente al 15.1%, pero al analizar el número de casos existe un incremento de gestantes adolescentes correspondiente al 2.6%; este fenómeno se explica por el incremento en la población adolescente que paso de 32.700 en el 2003, a 39.600 en el 2011. Es importante entender, que la disminución de la tasa se debe al incremento de la población adolescente que produce un efecto de "dilución" en el número de gestantes adolescentes.

La incidencia de Violencia Intrafamiliar muestra un incremento correspondiente al 86%, esto se debe al incremento de la notificación y convertirse en un evento de Salud Pública para el país.

En mortalidad materna es difícil atribuir el resultado obtenido a la implementación y consolidación de la Política Pública, caso contrario al incremento de las gestantes con cuatro o más controles prenatales al momento del parto y a la tasa de transmisión vertical, ya que están más asociados a la gestión institucional, componente de gran relevancia dentro de la Política Pública Saludable MIS.

TABLA 9 - RESULTADOS INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL CONTEXTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE MATERNIDAD E INFANCIA

Municipio de Bello, 2003 - 2011

INDICADOR	RESULTADO 2003	RESULTADO 2011	FUENTES DE INFORMACIÓN
Tasa de mortalidad materna	20,77	21,94	SSS Y PSA
Tasa de mortalidad perinatal	17,03	12,29	SSS Y PSA
Prevalencia de bajo peso al nacer	9,2%	10,1%	SSS Y PSA
% de gestantes con 4 o más CPN al momento del parto	74,0%	89,1%	SSS Y PSA
Tasa de incidencia de sífilis congénita	2,49	1,76	SSS Y PSA
Tasa de transmisión vertical de VIH	0	0	SSS Y PSA
Proporción de niños y niñas con lactancia materna exclusiva durante los 6 meses	2,05	4,06	Sistema Informático MIS
Tasa de fecundidad en adolescentes	30,33	25,73	SSS Y PSA
Esquemas completos de vacunación en niños de 1 año	72,8%	43,5%	SSS Y PSA
Tasa de incidencia de VIF	19,70	36,70	SSS Y PSA
Tasa de incidencia de mortalidad por EDA en menores de cinco años	0,27	0	SSS Y PSA
Tasa de incidencia de mortalidad por ERA en menores de cinco años	0	0,28	SSS Y PSA

Los resultado en Fecundidad en Adolescentes, no son los esperados de acuerdo a lo planteado por la Política Pública Saludable MIS, ya que en el gestión de la misma se tienen implementada estrategias como la Red de Apoyo Social, así como la estrategia municipal de Atención Primaria en Salud – APS y programa municipal de Salud Sexual y Reproductiva.

El cambio en el resultado de la incidencia de la Violencia Intrafamiliar ha estado directamente influenciado por la entrada en vigencia del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, situación que ha favorecido el incremento en la notificación de los casos. En contraste, la Política Pública Saludable MIS favorece la detección temprana de los casos, la atención oportuna y la articulación con las instituciones de restablecimiento de derechos.

Por su lado los resultados relacionados con la Infancia Segura, muestran una disminución en la tasa de mortalidad perinatal, correspondiente al 31.7%. Así mismo se observa una disminución en la tasa de Sífilis Congénita correspondiente al 33% aunque la tasa sigue estando lejos de la meta propuesta de 0.5 casos por mil nacidos vivos. En cuanto a la mortalidad por EDA se evidenció una disminución del 200% al pasar de 2 muertes a 0 muertes en 2011

Existen otros indicadores en los que se aprecia un incremento desfavorable en el resultado; como es el caso de la prevalencia de bajo peso al nacer cuyo incremento corresponde al 9.7%. Así mismo, una disminución en el porcentaje de esquemas completos en los niños de 1 año, correspondiente al 35%, esta evaluación de los esquemas corresponde solo al periodo 2008 – 2011. Y un incremento de la tasa de mortalidad por ERA, al pasar de 0 casos a 2 casos en el periodo 2003 – 2011.

Finalmente, el promedio de meses de duración de la Lactancia Materna, paso de 2 meses en el 2007, a 4 meses en el 2011. Resultado directamente relacionado con uno de los objetivos de la Política Pública Saludable MIS y fortalecidos, con las acciones desarrolladas por la Red de Apoyo Social.

Indicadores como Bajo Peso al Nacer, porcentajes de esquemas completos de vacunación y mortalidad por ERA, difícilmente pueden relacionarse sus resultados con la Política Pública Saludable MIS ya que se consideran eventos multifactoriales que no logran ser intervenidos completamente con una Política. Por el contrario indicadores como la Lactancia Materna y la Sífilis Congénita pueden ser susceptibles de ser modificados a

través de una política, ya que intervenciones que promueva la gestión clínica, institucional y social favorecen el acceso a servicios oportunos y de apoyo que podrían tener repercusión directa en estos dos indicadores

2.1 Evaluación de Indicadores

Luego de esta evaluación se llega a las siguientes conclusiones:

La situación de salud infantil y de maternidad, requiere la formulación de políticas estables y duraderas que permitan impactar indicadores históricos en el país y en municipios con niveles de desarrollo superiores como Bello. Pero, adicional a la formulación de políticas públicas, la medición de los resultados es indispensable para identificar cambios y beneficios sobre todo, esclarecer si los costos asociados a la construcción e implementación de una política pública se relacionan con los resultados obtenidos.

De otro lado, la formulación de una política pública en maternidad e infancia para el municipio de Bello, era indispensable debido a los resultados de los principales indicadores relacionados con la salud infantil y materna. Por otra parte, no se había realizado un análisis sistemático de los resultados obtenidos después de la implementación de la política, situación que no permitía identificar aspectos a mejorar.

Los indicadores que miden la Política Pública Saludable MIS deben ajustarse a los componentes o estrategias planteadas dentro de ella. Las metas planteadas en la Política Pública Saludable deben ajustarse al contexto real, donde va a ser aplicada de modo tal que los indicadores puedan dar resultado del cumplimiento de las mismas.

Es probable que una política pública pueda tener incidencia en el cambio de la situación de salud de una población, pero solo un seguimiento continuo en la implementación de la misma favorece la conclusión de que ésta impacta positivo o negativamente el estado de salud. Los resultados de los indicadores pueden tener relación directa con el

acompañamiento y asistencia técnica que las personas que gestionan la política, realizan a las instituciones públicas, privadas y las organizaciones de base social, que son objeto del desarrollo e implementación de la misma.

3. Marco Conceptual

Política Pública Saludable: proceso participativo, integral, sistemático y coherente que ordena las acciones públicas y privadas resultado del consenso entre las familias gestantes, infantes, adolescentes, mujeres en edad fértil, madres, padres, cuidadores, Estado y sociedad, acorde con los lineamientos de las convenciones internacionales y del gobierno nacional, que identifica las realidades en salud de las mujeres en edad fértil, los niños, las niñas, los y las adolescentes y sus familias, da vigencia a sus derechos y obligaciones en salud, satisface sus necesidades en salud y las reafirma de acuerdo con los contextos local, regional, nacional e institucional.

Sistema General de Seguridad Social en Salud: servicio público esencial de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia.

Maternidad Segura: derecho de todas las mujeres a vivir satisfactoriamente su maternidad, sin riesgos para la salud y la vida durante su ciclo de vida fértil, la gestación, el parto y el puerperio

Infancia Segura: derecho de todos los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años de edad, a crecer en un ambiente que propicie el desarrollo de todas sus potencialidades y garantice la salud y la vida

Determinantes Sociales de la Salud: son los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que condicionan el proceso vital, y específicamente el proceso salud-enfermedad.

Promoción en salud: en concordancia con la Resolución 1481 de 2013 es el conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos.

Gestión del riesgo en salud: armonizando con la Resolución 1481 de 2013 es el conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

Gestión de la Salud Pública: En concordancia con la resolución 1481 de 2013 es el conjunto de acciones que la autoridad sanitaria, nacional o local, debe ejecutar sobre colectivos poblacionales indivisibles, encaminadas a modificar el riesgo primario o la probabilidad de pérdida de la salud, en forma de estrategias colectivas, políticas, normas y documentos técnicos. Así como en ejercicios de planificación, dirección, coordinación, integración, vigilancia, administración y fiscalización de recursos. Orienta la integración de manera coordinada y efectiva, las acciones de todos los actores que operan en el territorio, y garantiza el cumplimiento del rol de cada uno, armonizando los servicios de atención médica con las acciones de control realizadas sobre los determinantes de la salud por parte de la población, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, públicos y privados.

4. Ruta Metodológica

Todo diseño metodológico se constituye en una estrategia para reunir, producir, procesar y analizar información que se requiere para satisfacer los objetivos de una investigación, intervención o evaluación.

La propuesta metodológica para la construcción de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura del Municipio de Bello, se inspiró en la metodología de Investigación Social Participativa, desarrollada por el sociólogo colombiano Orlando Fals-Borda y actualizada por el sociólogo español Tomás Rodríguez, cuyo principio es Acción Reflexión Acción. Dicha orientación metodológica renueva el estatuto del trabajo colectivo como una forma de organización de los procesos y el conocimiento, alejándose de las concepciones monopolísticas de elites o individuos sobre el conocimiento; supone la realidad como una construcción social; releva la participación en los procesos investigativos y a su vez está implicada con la acción, para la transformación; privilegia “aquello” que tiene incidencia notable en los problemas sociales existentes; y, por último, señala un claro compromiso social.

Todo acto de conocimiento entraña dos preguntas esenciales: “para qué” y “para quién” dicho conocimiento. Contribuir a la transformación de la sociedad y los inadmisibles de esta, es una respuesta crítica y reflexiva al “para qué” del conocimiento generado. Para la vida real, para las personas mismas, es una respuesta deseable al “para quién”. En este sentido, un valor adicional de este enfoque metodológico es que se trata de una estrategia metodológica para la producción de conocimiento y, a su vez, de una estrategia metodológica para la acción que genera conocimiento y transformación social.

Al incorporar estos elementos en la realización de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura del Municipio de Bello, el proceso se configuró en un dispositivo de producción colectiva de conocimiento controlado, tanto por los profesionales que orientaron el trabajo, como por las personas mismas del Municipio: niños y niñas, adolescentes, Agentes Educativos de los entornos familiar e institucional del ICBF, profesoras y profesores, representantes de Juntas de Padres de Familia, población víctima, madres y cuidadoras de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, representantes de la Alcaldía, representantes de las organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales.

Así, en el proceso se estimuló el intercambio de saberes, reconociendo las posiciones del otro como conocimientos válidos y legitimados por su experiencia, mas no, como saberes absolutos. Así pues, la producción colectiva de conocimiento también implicó un orden y una jerarquización de estos, a través de procesos de problematización y análisis, orientados con fines pragmáticos a la acción concreta y, con fines reflexivos, a la construcción de “el buen sentido”, como lo señala Fals-Borda.

Otro criterio que se tuvo en cuenta en este proceso metodológico, es lo culturalmente apropiado. Esta noción acuñada por el psicólogo social colombiano, G. Marín (1996), insiste en que las intervenciones, cualquiera que sea el carácter de estas, sean sensibles a las características culturales de los miembros de una comunidad cultural, esto es, responder a los sujetos en situación y a los contextos específicos en los que habitan. Supone también estilos sencillos de comunicación.

4.1 Muestra

El universo lo constituyeron todos los niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores con y sin discapacidad del Municipio, además de todos los actores involucrados, entendiendo por esto la participación, en diferentes momentos y a través de diferentes técnicas de producción de conocimiento, de los corresponsables (familia, sociedad y

Estado), incluidos los profesionales asesores en la construcción de la Política Pública Saludable.

La participación de estos actores dependió de su potencial como informante-clave, en tanto fuente primaria, de acuerdo a los resultados esperados.

Más que una “muestra representativa”, hablamos más de una “muestra significativa”, puesto que como lo explicamos en detalle en la metodología (cualitativo-participativo), no es la cantidad de personas lo importante, sino la calidad de la información obtenida. Es lo que R. Bogdan y otros (1996), denomina en las modalidades de investigación social “muestreo teórico” (no aleatorio, si no con base en criterios de significación acorde con los objetivos), en el cual se eligieron informantes-clave hasta completar un mínimo significativo relevante para los objetivos del proyecto. Lo importante es el potencial de cada caso para el desarrollo de la comprensión teórica, analítica y reflexiva, sobre el tema de interés.

4.2 Fuentes

La información y el conocimiento reposa en dos tipos de fuentes: las fuentes primarias y las fuentes secundarias. En la construcción de la Política Pública, se recurrió a ambas fuentes para alcanzar los objetivos propuestos.

4.3 Estrategias y Técnicas

La producción y análisis de conocimiento proveniente de fuentes primarias, se logró a través de técnicas como el Conversatorio, cuestionarios, reuniones para la concertación de acciones: orientado globalmente por una estrategia metodológica sobre la realidad (percepción) de los actores involucrados.

La producción y análisis de conocimiento proveniente de fuentes secundarias como legislación, lineamientos y enfoques de la Política Pública Saludable, diagnósticos o caracterizaciones y bibliografía especializada sobre el tema; estuvo orientado por la estrategia de análisis documental.

4.4 Validez y confiabilidad

La “triangulación” fue la estrategia elegida para lograr la validez y confiabilidad de la sistematización.

Dice E. Galeano (2005), que la triangulación permite lograr niveles de credibilidad mediante el uso, en un estudio único, de diferentes fuentes para obtener información (tiempo, espacio, personas), técnicas (observación, entrevista, grupos, revisión documental) investigadores (confrontar observaciones de varios investigadores) y teorías (utilizando perspectivas simples y múltiples de análisis). , que de esta forma el investigador no depende de una forma de evidencia simple, confronta y formula conceptos mediante múltiples procedimientos, técnicas, fuentes, informantes y tiempos.

5. Lineamientos de la Política Pública Saludable MIS

Serán lineamiento de la política pública saludable MIS:

La promoción de los derechos y obligaciones de las gestantes, niños, niñas, adolescentes, sus familias y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El impulso y la visibilización de las acciones de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El fortalecimiento de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El acompañamiento y la asistencia técnica para la gestión de los procesos de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura.

6. Principios Rectores

En correspondencia con la ley 1438 de 2011, la presente Política Pública Saludable se rige por los principios de actuación de la mencionada ley:

Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Corresponsabilidad: Habla sobre la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección de

acuerdo al Art. 10 del Código de la Infancia y la Adolescencia. Este principio apela a la obligación, cooperación y al compromiso compartido para el logro de un mismo fin. El Estado, la familia y la sociedad son corresponsables en la protección y garantía del desarrollo integral y el goce pleno de derechos, lo cual implica que tanto el Estado, como la comunidad y la familia, tienen la obligación de respetar, proteger, garantizar y promover los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes

Efectividad Sostenible: se refiere a la eficacia de la gestión del valor y puede ser considerada desde varias perspectivas, entre ellas la de los responsables del uso de los recursos, las fuentes de los mismos y, finalmente, a los criterios de monitoreo y seguimiento de los diferentes actores, que se conocen generalmente como sus “prioridades de agenda”

Eficacia y Eficiencia: La primera alude al logro de los fines y, la segunda, al aprovechamiento de los recursos, es decir, son las dos puntas de proceso de generación de valor. La eficacia puede ser considerada desde la dimensión temporal, en cuanto al pasado (logros obtenidos, es decir, efectividad) y al futuro (continuidad de los logros obtenidos, o sea sostenibilidad).

Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

Igualdad Y No Discriminación: Todos los derechos se aplican a todas las gestantes, niños, niñas y adolescentes sin ninguna excepción. Es obligación del Estado protegerlos de toda forma de discriminación y adoptar medidas para fomentar sus derechos, tanto el Estado, como la sociedad y la familia, tienen la obligación de no discriminar y de adoptar medidas afirmativas para su inclusión, sin distinción de género, origen étnico, credo, religión, situación socioeconómica

Integralidad y Articulación: Refiere a una mirada colectiva sobre un problema colectivo y da cuenta del concurso de diversos sectores, disciplinas y niveles de acción. Este principio conlleva a la construcción de una perspectiva poblacional que corrige la fragmentación generada por el énfasis sectorial y avanzar de ésta manera en intervenciones integrales

Interés Superior: Es el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales,

prevalentes e interdependientes de acuerdo con el Art. 8 del Código de la Infancia y la Adolescencia

Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en el municipio.

Participación: Da cuenta de la distribución del poder para la toma de decisiones, donde el otro y su criterio es legítimo, válido y reconocido. Respecto de los niños, niñas y adolescentes todos tienen derecho a expresar su opinión en los asuntos que los afectan y a que *se les tenga en cuenta*; de igual forma a la libertad de expresión, a buscar, recibir y difundir información, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la libertad de asociación y a la celebración de reuniones pacíficas.

Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

Progresividad y Sostenibilidad: El primero refiere el desarrollo de logros paulatinos; el segundo da cuenta de la institucionalización formal y social de los logros, en tanto que la garantía de derechos por parte de los portadores de obligaciones está orientada al mejoramiento positivo, paulatino y continuo de la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes, no negativa o limitante

Protección Integral: Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior, de acuerdo al Art. 7 del Código de la Infancia y la Adolescencia.

Responsabilidad Parental: La responsabilidad parental es un complemento de la patria potestad establecida en la legislación civil. Es además la obligación inherente a la orientación, cuidado, acompañamiento y crianza de los niños, las niñas y los adolescentes durante su proceso de formación. Esto incluye la responsabilidad compartida y solidaria del padre y la madre de asegurarse que los niños, las niñas y los adolescentes puedan lograr el máximo nivel de satisfacción de sus derechos.

Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

Universalidad: TODAS las gestantes, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a las mismas oportunidades de goce de vida digna y sana y desarrollo de sus potencialidades.

7. Enfoques

7.1 Sobre el Enfoque de Derechos, Diferencial, de Desarrollo Humano, Capacidades e Inclusión como Orientador para Leer Contextos y Situaciones

El enfoque diferencial se postula como la posibilidad de abrir las perspectivas y ampliar las miradas en torno a las demandas que establece la población, trascender el ámbito de las necesidades o de los problemas. Es decir, el ámbito de lo específico, lo reduccionista en la visión de las situaciones se amplifica y se crea la opción de definir y crear soluciones y escenarios de sostenibilidad de esas soluciones de acuerdo a la capacidad y el interés de los sujetos, adicional al nivel de valoración que la mirada diferencial le otorga. Lo diferencial se sitúa en la integralidad, no obstante, no se confunde con la totalidad, lo integral no es todo, sino que se corresponde con cada componente que hace parte, que conforma, que constituye aquello que pretende integrar.

Los derechos, lo poblacional, las capacidades, el género, las etapas del ciclo vital, lo geográfico, el territorio, sugiere a los sujetos maneras de hacer, decir, decidir, pensar y proponer. Lo diferencial se basa en la valoración y el significado que se da a las personas en relaciones establecidas por intereses y significados. Lo diferencial reside en la diversidad que conforma el entramado de relaciones, en la posibilidad de superar dificultades y retos planteados por esas relaciones, y en el beneficio que genera a ellas, el estar insertas en esas relaciones.

Así las cosas, el enfoque diferencial confluye en una gran categoría, por demás transformadora e inquietante, cual es el desarrollo humano. Si el desarrollo humano consiste en el aumento de capacidades y oportunidades, se debe medir y valorar qué tipo

de capacidades y oportunidades generan los programas, proyectos, bienes y servicios existentes con la oferta institucional y organizativa. ¿De lo que existe qué funciona? ¿Qué funciona bien y por qué? ¿Con lo que existe qué asuntos o situaciones se resuelven? ¿Satisface aquello que resuelve?

En términos más concretos y para el caso de la población objeto de la Política Pública Saludable MIS y con el ánimo de verificar los niveles de satisfacción o respuesta a las demandas sociales, se propone pensar en el diseño, la activación, aplicación o creación de indicadores de inclusión con perspectiva de desarrollo humano, además de los ya existentes en los enfoques diferenciales y de derechos. Lo que se quiere plantear es que la verificación de la inclusión trascienda en situaciones y hechos reales, observables y medibles. A manera de ejemplo la idea es tratar de combinar: diagnóstico – soluciones propuestas – respuestas esperadas – programas existentes o por crear – y – presupuesto-.

La categoría de derechos inspirada en el paradigma de la protección integral establece para la garantía plena de éstos, una carta de navegación para la intervenciones de las entidades, lo cual puede evidenciarse en los reportes de logros con la población desde la administración municipal, sin embargo el impacto de la intervención, que si bien se refleja en el uno a uno de las y los usuarios, también debe empezar a tener una lectura contrastada con las características de la población y con las líneas base de los diferentes segmentos de población donde se interviene, bajo un esquema unificado de medición para cada una de las entidades, que permita determinar los alcances de la acción y definir los déficit y oportunidades para darle sentido a la intervención e influir en las políticas públicas.

7.2 Enfoque de Seguridad Humana

El Enfoque de la Seguridad Humana abarca una amplia gama de valores, desde el bienestar económico hasta la salud de las personas. La seguridad humana se centra en la o el usuario final de la seguridad, en garantizar desarrollo humano. Por tanto, en el concepto de seguridad humana no basta con proteger al Estado para proteger al ser humano, es necesario también incorporar resguardos que protejan al ser humano de abusos por parte del Estado. Uno de los puntos de partida en la consideración de la seguridad humana fue el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), a través de su Informe sobre el Desarrollo humano de 1994 (que entre otras cosas estableció el índice de desarrollo humano o IDH); en él se introdujo el argumento que la mejor forma de luchar contra la inseguridad global es garantizar las libertades o ausencias de necesidad y miedo.

Seguridad humana significa proteger las libertades fundamentales: libertades que constituyen la esencia de la vida. Significa proteger al ser humano contra las situaciones y las amenazas críticas (graves) y omnipresentes (generalizadas). Significa utilizar procesos que se basan en la fortaleza y las aspiraciones del ser humano. Significa la creación de sistemas políticos, sociales, medioambientales, económicos, militares y culturales que en su conjunto brinden al ser humano las piedras angulares de la supervivencia, los medios de vida y la dignidad.

7.3 Determinantes Sociales de la Salud

Este enfoque promueve una mejora de las condiciones de vida y bienestar de la población, así como una lucha contra las inequidades en salud y por último la medición de la magnitud de los problemas, el análisis y evaluación de los efectos de las intervenciones.

Ha sido promovido con fuerza en los últimos tiempo y fue tema de discusión en la Conferencia Mundial de la OMS, realizada el 21 de octubre de 2011, en la que se concluye que las inequidades en materia de salud se deben a condiciones sociales y específicamente a esas en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; estas condiciones son conocidas como determinantes sociales de la salud. Lo que incluye la gestación, las experiencias de la primera infancia, así como la educación, la situación económica, la prevención y tratamiento a los problemas de salud. La Declaración producto de esta conferencia, dice: Estamos convencidos que para actuar sobre esos determinantes, tanto en el caso de grupos vulnerables como en el de toda la población, es esencial conseguir una sociedad integradora, equitativa, económicamente productiva y sana. Considerar que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el Ámbito nacional e internacional.

Continúa la declaración diciendo que: Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud. Se ha demostrado la eficacia de una colaboración coordinada e intersectorial en materia de medidas políticas. El planteamiento de la «Salud en todas las políticas», junto con la cooperación y las actividades intersectoriales, ofrece un enfoque prometedor para reforzar la rendición de cuentas de otros sectores en materia de salud, así como para promocionar la equidad sanitaria y una sociedad más integrada y productiva. Al tratarse

de objetivos colectivos, la buena salud y el bienestar para todos deberán gozar de alta prioridad en el Ámbito local, nacional, regional e internacional.

En esta Conferencia, se hace un llamamiento a la acción mundial y concluyen que: Los valores y responsabilidades que tenemos en común en pro de la humanidad nos empujan a cumplir con nuestro compromiso de actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Concluye la OMS (2011) que los firmantes creen firmemente que no se trata únicamente de un imperativo moral y de los derechos humanos, sino que también es una acción indispensable para promover el bienestar de la humanidad, la paz, la prosperidad y el desarrollo sostenible.

Así pues, los Determinantes Sociales de la Salud, según la Organización Mundial de la Salud (2011) son los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que condicionan el proceso vital, y específicamente el proceso salud-enfermedad. La acción de los determinantes, a diferencia de los factores de riesgo, tiene diferentes efectos y jerarquías sobre una sociedad, y su intervención está inter relacionada. El proceso de determinación social de la vida, de la salud y la enfermedad, combina de manera específica para cada comunidad, efectos estructurales del marco económico y político, así como factores relacionados con las condiciones laborales, ambientales y de organización social, y finalmente determinantes proximales, relacionados con las prácticas individuales y familiares.

8. Direccionamiento Estratégico

8.1 Objetivo Central

La Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura tendrá como objetivo Central definido como Escenario hacer del Municipio de Bello un territorio garante de la protección integral materno-infantil, donde las gestantes, niños, niñas, adolescentes y sus familias tienen las condiciones esenciales para preservar su vida

8.2 Escenarios de Política Pública Saludable MIS

Escenario 1. – En el Territorio del Municipio de Bello las instituciones de salud prestaran servicios de salud, con criterios de calidad, calidez, oportunidad, eficacia y eficiencia, para la dignificación de las condiciones de vida de las gestantes, niños, niñas, adolescentes y sus familias.

Escenario 2 - En el Territorio del Municipio de Bello las familias contarán con las competencias necesarias para garantizar la vida y la salud de las gestantes, niños, niñas y adolescentes, del mismo modo aportarán a la sostenibilidad de la Política Pública Saludable MIS.

Escenario 3 - En el Territorio del Municipio de Bello la comunidad será el actor estratégico, que aumenta las capacidades y potencialidades de las familias y las instituciones de salud, materializando los ideales de la participación social

8.3 Líneas Estratégicas

Las siguientes son estrategias transversales, que aportan al conocimiento, aplicación y difusión de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura:

- ▶ **Formación y actualización permanente a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, en sus diferentes grados y poblaciones, con programas para cualificar a sus integrantes y promover la vida, la calidad de vida, el bienestar, y la salud, de las gestantes, niños, niñas, adolescentes y sus familias.
- ▶ **Promoción de la participación social**, en espacios de socialización, interacción y decisión desde donde se fortalezcan acciones y procesos para el desarrollo de sus territorios.
- ▶ **Generación de espacios técnicos interinstitucionales para la coordinación y articulación** que posibiliten la transversalidad, sensibilización y formación de actores responsables de la implementación de la política pública saludable MIS.
- ▶ **Fomento de una cultura de trabajo en red**, que permita aplicar y replicar como un ejemplo a los demás ciudadanos en el territorio y permitan fortalecer los entornos protectores.
- ▶ **Promoción de la transparencia a través de la Rendición Pública de Cuentas** hacia la comunidad de su territorio, posicionando su aporte a la transformación del mismo.
- ▶ **Desarrollo de investigación y gestión del conocimiento**, sobre las realidades, las potencialidades y avances en la implementación de la política Pública Saludable MIS.
- ▶ **Implementación de estrategias de Información, Educación y Comunicación – IEC:** herramientas pedagógicas para la difusión y aplicación de la política pública Saludable MIS.

- ▶ **Evaluación y seguimiento** aplicación de instrumentos y mecanismos para la consolidación de la Política Pública Saludable MIS

9. Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS

El Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura, es el conjunto de instituciones, organismos, entidades y personas de los sectores público y privado que trabajan con mujeres en edad fértil, niños, niñas, padres, madres y cuidadores del municipio de Bello, responsables del desarrollo, gestión, control y evaluación de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura.

9.1 Responsabilidades y Obligaciones de los Actores del Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS

Son responsabilidades y obligaciones del Sistema Municipal de la Política Pública Saludable MIS, por Actores, las siguientes:

Secretaría de Salud

Su deber es planear, diseñar, ejecutar y consolidar los planes, programas, proyectos, bienes y servicios, para fomentar, obtener y mantener la vida y la salud de la población materno - infantil.

Otras Secretarías y Dependencias de la Administración Municipal de Bello

Entes encargados de la ejecución de recursos propios, del Sistema General de Participaciones, de cofinanciación u otros, para la implementación de planes, programas, proyectos, bienes y servicios, inmersos en los Planes de Desarrollo Municipal que basados en los lineamientos de la Política Pública Saludable MIS, de acuerdo a sus competencias buscan el desarrollo integral y la garantía de los derechos y deberes en salud.

Consejo de Política Social (COMPOS)

Recomendar y evaluar planes, programas, proyectos, bienes y servicios para la implementación y consolidación de la Política Pública Saludable MIS.

Entidades Promotoras de Salud (EPS y EPS'S)

Su función es organizar y garantizar de manera directa o indirecta (red propia o contratada) la prestación de los servicios necesarios en cada uno de los escenarios de la

Política Pública Saludable – MIS en los términos previstos en el Plan Obligatorio de Salud a los afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado; realizar el control y seguimiento de los servicios en su red de prestadores, informar de los eventos objeto de vigilancia requeridos por los diferentes entes de control del orden departamental o nacional y participar de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento la Política Pública Saludable MIS.

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

Estas instituciones deben prestar los servicios de atención materno-infantil de acuerdo con su nivel de complejidad con calidad, calidez, oportunidad, eficacia y eficiencia a cada uno de los actores de la Política Pública Saludable MIS, informan de los eventos objeto de vigilancia e interés requeridos por los diferentes entes de control del orden nacional, departamental o local y participan de las acciones conjuntas que se requieran para el cumplimiento de la Política Pública Saludable MIS.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Armonizando con el Decreto 936 de 2013, como ente articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, implementa los mecanismos para la protección integral de la primera infancia, infancia, adolescencia y el fortalecimiento familiar.

Agencias de Cooperación Internacional

Con estas agencias se coordinan acciones tendientes a movilizar recursos técnicos, administrativos y financieros en concordancia con las prioridades establecidas por el país. Así mismo, apoyan, en coordinación con la Secretaria de Salud, los planes, programas, proyectos, bienes y servicios que adelantan los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuyo objetivo es velar por la salud y la vida de las mujeres, los niños, las niñas y sus familias.

Organizaciones de la Sociedad Civil

Todas las organizaciones de la sociedad civil que, en diferentes aspectos contribuyen con acciones en el cumplimiento de la Política Pública Saludable – MIS, desarrollan, en conjunto con la Secretaria de Salud, planes, proyectos, programas, bienes y servicios encaminados al logro del objetivo de la Política Pública Saludable – MIS.

Asociaciones científicas

Su tarea es promover entre sus afiliados actividades de formación continuada específicamente en las áreas identificadas como prioritarias en la Política Pública Saludable - MIS

Otros Sectores

Medios masivos de comunicación

Los medios masivos de comunicación sirven de apoyo para las acciones de promoción mediante la Estrategia IEC, con el fin de lograr una amplia cobertura de mensajes concordantes con la Política Pública Saludable – MIS.

Grupos y Organizaciones Sociales:

Promover el conocimiento y difusión de los derechos y deberes en salud de usuarios del Sistema y acompañar el proceso de control social que ejercerán los diferentes actores de la Política Pública Saludable MIS.

10. Comité para la Gestión Integral de La Política Publica Saludable MIS – Maternidad E Infancia Segura Del Municipio De Bello

El Comité para la Gestión Integral de la Política Pública Saludable MIS es un espacio interdisciplinario e intersectorial que vela por la garantía de derechos de los niños, niñas, adolescentes y sus familias del Municipio de Bello, en especial por el derecho a la Existencia, es decir por las condiciones esenciales para preservar la vida

10.1 Funciones del Comité Municipal para la Gestión Integral de la Política Pública Saludable MIS

Son funciones del Comité para la Gestión Integral de la Política Pública de la Política Pública Saludable - MIS:

- ▶ Construir el Plan Municipal de la Política Pública Saludable MIS – Maternidad e Infancia Segura, el cual deberá estar articulado con el Plan Decenal de Salud Pública, Plan de Desarrollo Municipal, definiendo claramente, entre otras, las estrategias, actividades, metas indicadores de cumplimiento, responsables y recursos
- ▶ Formular el Plan Operativo en armonía con el Plan Municipal de la Política Pública Saludable MIS
- ▶ Hacer seguimiento con Planes de Mejoramiento al Plan Operativo
- ▶ Definir un Sistema de Información que permita la caracterización, el procesamiento, sistematización y toma de decisiones, oportunas, eficaces y eficientes.
- ▶ Formular recomendaciones a los análisis de los eventos en morbi-mortalidad materna e infantil y hacer seguimiento a la implementación de las mismas
- ▶ Promover la calidad y calidez en la atención materno-infantil, con el fin de hacer efectivo sus derechos
- ▶ Fomentar la Gestión del Conocimiento, entendido como el proceso mediante el cual se impulsa la investigación y se transmiten los resultados de la misma, así como de la socialización de los avances logrados y retos a sortear en la materia, tanto a nivel nacional, departamental y local
- ▶ Velar porque los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, cumplan con sus obligaciones, en consonancia con el Artículo 46 de la Ley 1098 de 2006
- ▶ Recomendar la adopción de medidas que permitan la coordinación interinstitucional e intersectorial.
- ▶ Apoyar procesos de planeación participativa y promover iniciativas de la sociedad
- ▶ Promover acciones conjuntas para la sensibilización y capacitación de las entidades y de la sociedad respecto de la promoción y prevención para la garantía del derecho a la existencia de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y sus familias.
- ▶ Presentar trimestralmente ante el Consejo Municipal de Política Social – COMPOS, informe de las acciones adelantadas y los resultados de las mismas.

Son integrantes preferentemente del Comité para la Gestión Integral de la Política Pública Saludable MIS:

De la Secretaria Municipal de Salud

- ▶ Director Municipal de Salud Pública
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal materno-infantil
- ▶ Referente Municipal de la Política Pública de Seguridad Alimentaria
- ▶ Referente Municipal de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI)
- ▶ Referente Municipal de la Estrategia Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal del Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal de la Estrategia Entornos Saludable
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal de la Estrategia Atención Primaria en Salud – Renovada (APS-R)
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal de Salud Mental
- ▶ Coordinador o coordinadora Municipal de Vigilancia Epidemiológica
- ▶ Asesor o Asesora de la Política Pública Saludable MIS

De otras Dependencias de la Administración Municipal

- ▶ Referentes municipales de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia, Juventud, Mujer, Familia y Políticas Públicas Poblacionales

Del Sector Salud del Municipio

- ▶ Representante de la ESE Bellosalud

- ▶ Representante de la ESE Hospital Marco Fidel Suárez
- ▶ Representante del Régimen Subsidiado
- ▶ Representante el Régimen Contributivo

De Organismos de Protección

- ▶ Representante del ICBF

De la Comunidad

- ▶ Representante de la Red de Apoyo Social a la MIS

Invitados e invitadas acorde a los temas a tratar y a las necesidades de éste