



## **CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA**

**SEGUIMIENTO AL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO  
“MEJORAMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BOYACA”**

**JOSE VIRGILIO JIMENEZ GUERRERO  
CONTRALOR GENERAL DE BOYACA**

**“UN EFICIENTE CONTROL FISCAL POR BOYACA”  
Tunja, Septiembre de 2011**



## **CONTRALORIA GENERAL DE BOYACA**

**SEGUIMIENTO AL OBJETIVO DE DESARROLLO DEL MILENIO  
“MEJORAMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN BOYACA”**

**JOSE VIRGILIO JIMENEZ GUERRERO  
CONTRALOR GENERAL DE BOYACA**

**ANA DEISY RODRIGUEZ SAENZ  
Directora Operativa de Economía y Finanzas**

**Andrés Fernando Ortiz Chaparro  
Contratista**

**“UN EFICIENTE CONTROL FISCAL POR BOYACA”  
Tunja, Septiembre de 2011**

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
	MORTALIDAD
MATERNA.....	2
ESTRATEGIAS PARA FORTALECER UNA MATERNIDAD SEGURA.....	9
	MORTALIDAD
INFANTIL.....	11
	MORTALIDAD EN LA
NIÑEZ.....	16
	CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA PRIMERA
	INFANCIA.....
	19
OBJETIVO DE POLITICA “NINGUNO DESNUTRIDO”.....	21
	LACTANCIA
MATERNA.....	22
ESTRATEGIAS QUE HAN MEJORADO LA INFORMACION DE LA GESTION DE	
LACTANCIA MATERNA EN	
BOYACA.....	25
	OBJETIVO DE POLITICA “ <i>TODOS</i>
	<i>SALUDABLES</i> ”.....
	36
	COMPORTAMIENTO EN VIH-SIDA MATERNO
	INFANTIL.....
	49
ESTRATEGIAS QUE HAN CONTRIBUIDO A LA REDUCCION DE LA TRANSMISION	
DEL VIH-SIDA EN BOYACA.....	54
	ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCION DE SIFILIS EN
	BOYACA.....
	58
	OBJETIVO DE POLITICA “NINGUNO
	<i>DESNUTRIDO</i> ”.....
	63
	ADOLESCENCIA Y
JUVENTUD.....	68
	ANÁLISIS POR
PROVINCIAS.....	72
	PROVINCIA
CENTRO.....	73
	PROVINCIA
MARQUEZ.....	74
	PROVINCIA
OCCIDENTE.....	75
	PROVINCIA
ORIENTE.....	75
	PROVINCIA
RICAURTE.....	76
	PROVINCIA
SUGAMUXI.....	76

	PROVINCIA
TUNDAMA.....	77
	EMBARAZO EN MUJERES
ADOLESCENTES.....	83
ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCION DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN	
BOYACA.....	86
PARTICIPACION DEL GASTO EN SALUD PARA LA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA	
Y ADOLESCENCIA EN GPS.....	87
IMPACTO DEL INFORME DE GESTION EN LA CATEGORIA DE EXISTENCIA.....	93
CONCLUSIONES.....	95

## **INTRODUCCION:**

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Entraña, además, la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no; la libertad para decidir el número de los hijos; el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia; el acceso a métodos seguros, eficaces, aceptables y asequibles para regular la fecundidad; la eliminación de la violencia doméstica y sexual, que afecta la integridad y la salud; el derecho a recibir servicios adecuados de atención que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso de todas las personas a servicios y programas de calidad para promover, detectar, prevenir y atender todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción

La integración de los esfuerzos en salud sexual y reproductiva se materializaron en la política nacional de salud sexual y reproductiva diseñada en 2003. En la formulación de la política se tuvo en cuenta que los bajos niveles de salud sexual y reproductiva están asociados con poca educación, pobreza, ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, desplazamiento de la población o localización en zonas de conflicto, comportamientos que generan riesgo, inicio temprano de relaciones sexuales y algunos estereotipos y valores culturales sobre la sexualidad, la reproducción y las relaciones afectivas.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, los factores que afectan la salud sexual y reproductiva son las deficiencias de calidad y bajo acceso a los mismos, la atención tan fragmentada, la falta de conocimiento de las normas o la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción. Así mismo, hay esquemas de prestación de servicios que no se ajustan a las características de las mujeres y sus familias, como

tampoco existen modelos integrales de gestión en salud sexual y reproductiva.

De otra parte, la posibilidad de beneficiarse de la tecnología en salud de forma oportuna está mediada por tres elementos: el conocimiento que tienen las mujeres y las familias acerca de cuándo, dónde y por qué solicitar ayuda; las barreras geográficas y económicas que debe enfrentar y por la posibilidad de hacer uso de los servicios sin interferir

En sus actividades cotidianas dentro y fuera del hogar.

La eventualidad de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así como de tener los derechos sexuales están estrechamente ligados a las condiciones de vida, a un clima social tolerante con la diversidad de los puntos de vista, y a la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir la inequidad de género y las demás inequidades sociales, en especial, en el acceso a información y a servicios de salud reproductiva, Pero más allá, el enfoque de género, como un eje transversal del Plan, se manifiesta en forma explícita en las siguientes dimensiones: desarrollo de zonas deprimidas y de conflicto, sistema nacional de convivencia, generación de empleo, protección y seguridad social, revolución educativa, violencia de género y mujer rural; áreas todas que tienen un impacto positivo sobre la calidad de vida de las mujeres y favorecen

el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En el contexto de este objetivo se abordarán las prioridades de intervención en salud sexual relacionadas con maternidad segura y reducción de la mortalidad materna, planificación familiar, embarazo de adolescentes y cáncer de cuello uterino.

## **MORTALIDAD MATERNA**

La mortalidad materna se define como la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Se encuentra relacionada con múltiples factores entre los que se encuentran desigualdad económica, nivel educativo de las mujeres, carencia de oportunidades, problemas de acceso, oportunidad, calidad de los servicios de salud.<sup>1</sup>

Es el 8 objetivo de desarrollo del milenio ya que se considera que entre el 90% a 95% de estas son evitables con oportuno y adecuado manejo y debido a la importancia de la mujer como cuidadora y en muchos casos cabeza de familia. La meta de reducción de mortalidad materna es igual o menor de 60 X 100.000 Nacidos Vivos (NV) para el Departamento de Boyacá y de 45 X 100.000 NV para el país.

A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna, persisten cifras elevadas que se estiman para el año 2003 en 84.4 por 100.000 nacidos vivos<sup>2</sup> con diferencias importantes por departamento, grupo etario y condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

El departamento de Boyacá no se aparta de esta realidad y es por esta razón que ha desarrollado acciones para su reducción las cuales involucran diversos actores gubernamentales<sup>3</sup> y no gubernamentales. Sin embargo, pese a los ingentes esfuerzos realizados, no existe correspondencia entre estos y los resultados ya que las cifras (aunque tendientes a la reducción) continúan siendo preocupantes.

---

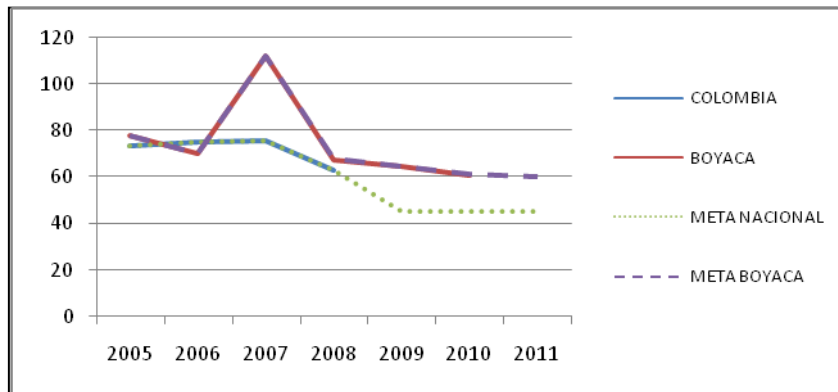
<sup>1</sup> Referido en "Protocolos de vigilancia en salud pública. Mortalidad Materna". Secretaría Distrital de salud de Bogotá.

<sup>2</sup> Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Ministerio de la Protección Social. INS. OPS, 2005

<sup>3</sup> El actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública

A continuación se presenta la tendencia de mortalidad materna Nacional y Departamental entre el año 2005 y el año 2010.

**Ilustración.** Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011.



Fuente: SIVIGILA. 2005-2010<sup>4</sup>

**Tabla. Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011**

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Meta 2011
COLOMBIA	73.1	75.0	75.6	62.8			45
BOYACA	78	70.1	112.2	67.7	64.7	61	60

Fuente: SIVIGILA. 2005-2010

<sup>4</sup> La información obtenida tanto por el SIVIGILA como el DANE guardan concordancia ya que el Departamento de Boyacá se destaca por el análisis y correlación de datos entre las fichas de notificación obligadora para Mortalidad Materna y el certificado de defunción, motivo por el cual a la fecha la Secretaria de Salud de Boyacá cuenta con los datos del año 2009 y 2010 fuente SIVIGILA mientras que los datos DANE para estos años son parciales.

Durante los últimos 5 años la Razón de Mortalidad Materna ha venido disminuyendo gradualmente en el Departamento, a excepción del año 2007, que presenta 112.2 muertes maternas x 100.000 nacidos vivos (NV). Este incremento se debe a casos presentados en los municipios de Cubara y Puerto Boyacá, municipios con mayor proporción de zona rural, dispersa y de difícil acceso a servicios de atención materna y en población indígena. Lo que motivo la intensificación de actividades, procedimientos e intervenciones para la detección temprana de las mujeres en edad fértil hacia los servicios de control prenatal, planificación familiar, atención del parto a nivel institucional.

Para el año 2010, la reducción fue significativa, pasando a una Razón de Mortalidad Materna de 61 por cada 100.000 nacidos vivos, lo cual representó 11 muertes relacionadas con la gestación, cuya procedencia se describe en la siguiente tabla:

**Tabla. Muertes maternas por municipio. Departamento de Boyacá, año 2010**

Provincia	Municipio	N° de Casos	Porcentaje
Centro	Motavita	1	9.1%
Centro	Samacá	1	9.1%
Centro	Ventaquemada	1	9.1%
Lengupa	Zetaquirá	1	9.1%
Occidente	Chiquinquirá	1	9.1%
Occidente	Quipama	1	9.1%
Sugamuxi	Sogamoso	2	18.2%
Sugamuxi	Aquitania	1	9.1%
Sugamuxi	Mongua	1	9.1%
Sugamuxi	Tibasosa	1	9.1%
	<b>Departamento</b>	<b>11</b>	<b>100.0%</b>

**Fuente:** SIVIGILA, año 2010

Entre las acciones realizadas en el Departamento para la disminución de la mortalidad materna se encuentran:

- A partir del año 2008 se intensificó la capacitación al personal de la salud materna y perinatal con jornadas de actualización en Maternidad Segura articulada a la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII) con la participación de expertos de la Secretaría de Salud de Bogotá, La Universidad Nacional de Colombia y Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Durante el año 2009 con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social se inicia la implementación del sistema de vigilancia para la morbilidad materna extrema con el propósito de hacer intervención oportuna a las principales causas de muerte materna directa y las cuales se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 1.** Resumen de las principales causa de defunciones maternas, Boyacá. 2005-2008 (grupos de causas de defunción -lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS)

CAUSA DE DEFUNCIONES MATERNAS	%
EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10-O16)	38,5
OTRAS AFECCIONES OBSTÉTRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (O95-O99)	23,1
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (O60-O75)	15,4

OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20-O29)	7,7
TRANSTORNOS RELACIONADOS CON HEMORRAGIAS	7,7
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	7,7
<b>TOTAL</b>	<b>100 %</b>

**Fuente.** DANE. Estadísticas Vitales.2005 -2008.

Las causas de mortalidad materna en los últimos 5 años están representadas en un 38.5% por los trastornos Hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, seguidas por las afecciones obstétricas con un 23.1% y las complicaciones del trabajo de parto y parto con un 15.4% y en menor proporción otros trastornos relacionados con el embarazo, los trastornos relacionados con hemorragia y aborto con un 7.7% respectivamente lo que conlleva al reforzamiento de la identificación oportuna de las señales de peligro por parte de las gestantes para que acudan a los servicios de salud para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna.

Los avances del Departamento en maternidad segura, tomados de la encuesta nacional de demografía y salud realizada por Profamilia en el año 2005 y algunos datos disponibles en el departamento en el Departamento y por el DANE son:

- El 87 % de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por médicos, el 7 % de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por enfermeras; 6 % de las embarazadas no fue atendida por nadie.
- Tres de cada cuatro embarazadas recibieron complementos de hierro y 86 por ciento recibieron vacuna antitetánica.

El 92 por ciento de los partos tuvo lugar en una institución de salud, la gran mayoría (88 por ciento) del sector público y el resto del sector privado; el 8 por ciento de los nacimientos ocurrieron en la casa, el 27 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea.

- El 92 por ciento de los partos tuvo lugar en una institución de salud, la gran mayoría (88 por ciento) del sector público y el resto del sector privado;
- El 8 por ciento de los nacimientos ocurrieron en la casa, el 27 por ciento de los nacimientos fueron por cesárea.
- Menos de uno de cada diez niños no fue pesado cuando nació; hubo 8 por ciento con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kilogramos) y 68 por ciento con 2.5 o más kilogramos,
- Sin embargo con base al porcentaje de cumplimiento en las acciones de promoción y prevención con base en la protección específica y detección temprana a las mujeres embarazadas se evidenció que la cobertura del control prenatal es mayor del 95% en donde más del 60% acude a su control prenatal en el primer trimestre de embarazo en un promedio de 4 controles principalmente por el médico y la enfermera profesional, en cuanto el parto institucional según el DANE para el 2008 fue del 97% atendido principalmente por el médico (95%) y el 3% domiciliario ocurriendo en un 25% en la población indígena del municipio de Cubara, sin embargo ha ido aumentando el bajo peso al nacer (9.3% de N.V) que está relacionado principalmente con las gestantes menores de 24 años y su estado nutricional.

## Estrategias para Fortalecer una Maternidad Segura

Las estrategias que se proponen en el componente de mortalidad materna en el Departamento de Boyacá y que están siendo desarrolladas en la

actualidad son continuas en el tiempo, por tal razón no se clasifican en corto, mediano y largo plazo.

- Asistencia Técnica para el desarrollo de mecanismos de vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones de salud con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, que realizan control prenatal, atención en planificación familiar, atención del parto, del puerperio y del recién nacido, con base en el registro de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento en Salud Sexual y Reproductiva de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0412 del 2000.
- Difusión de las Normas Técnicas y Guías de atención al recurso humano (Médicos, Gineco-obstetras, Pediatras, Enfermeras, Bacteriólogas, Auxiliares de Enfermería) en forma continua y en servicio que se requiere para la atención integral Materno y Perinatal sin barreras y con calidad.
- Manejo de los riesgos relacionados con la maternidad segura: Historia CLAP Partograma, Complicaciones Hipertensivas asociadas al embarazo, Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (Código Rojo), Procesos infecciosos durante el embarazo, parto, puerperio, Mortalidad Materna, Morbilidad Materna Extrema, emergencias obstétricas, violencia sexual, interrupción voluntaria del embarazo, Sífilis Gestacional y congénita, VIH Materno-Perinatal. De acuerdo a lo establecido en la Resolución 0412 del 2000, y Vigilancia en Salud Pública Decreto 3518 de 2006. Años 2008-2011
- Diseño de una metodología para el estudio y análisis de carga de enfermedad, vigilancia de casos, acceso y calidad de los servicios

de atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido durante los años 2005-2010. Año 2011

- Acompañamiento a los comités de Vigilancia en Salud Pública a nivel municipal y departamental para el análisis de los eventos de interés en salud pública relacionados con Maternidad Segura (Morbilidad extrema, Mortalidad materna y perinatal, Sífilis Gestacional y Congénita, Hepatitis B, VIH materno - perinatal). Por periodo epidemiológico anualmente.
- Alianzas con las EPS e IPS para eliminar las barreras económicas que limitan a las mujeres más pobres y con mayores riesgos para su salud de hacer uso de los servicios de salud. Años 2008-2011
- Alianzas con instituciones educativas formales y no formales para la formación del Recurso Humano en Salud. Año 2010 - 2011
- Adopción del Modelo de Atención primaria en Salud con enfoque en salud familiar (APS-SF) para la optimización e integración del SGSSS como política pública Ordenanza 023 del 14 de Septiembre de 2010 cuyo objetivo es la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes y programas en salud pública, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, tendientes a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los (las) Boyacenses, por ciclo vital con mayor énfasis en las madres, niños, niñas, adolescentes y adulto mayor. A partir del año 2010.
- Fortalecer en el departamento de Boyacá la red de prestación de servicios de primer nivel de atención asistencial de la población para garantizar la atención integral, integrada y continua desde la detección temprana hasta la superación de la enfermedad y recuperación de la salud; con la aplicación de protocolos, normas y guías de atención vigentes para la atención de las personas en detección temprana, protección específica y consulta general por ciclo vital, con el concurso de las IPS en la continuidad y capacidad tecnológica, científica y de talento humano entrenado para el desarrollo de las acciones propuestas, aplicando medicamentos de control que garanticen el funcionamiento articulado y eficiencia del

sistema de referencia y contra referencia establecido para la red de prestadores del Departamento teniendo en cuenta la población más vulnerable (Gestantes, Recién Nacidos, Niños y Niñas). Reorganización primer trimestre de 2011.

## **MORTALIDAD INFANTIL**

La mortalidad infantil es un indicador importante del desarrollo de los países y un reflejo de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos; también es una decisión económica sensata y una de las maneras más seguras en que los países pueden encaminarse hacia un futuro mejor (Unicef 2008).

Consientes de la importancia de intervención en este grupo, el Departamento de Boyacá ha desarrollado diferentes estrategias con miras a la identificación e intervención de los riesgos que afectan la salud y el bienestar de nuestros niños y niñas, con el objeto de disminuir la enfermedad y la muerte por causas evitables, entre las que se cuentan las asociadas al embarazo y el parto, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y la desnutrición.

El departamento, ha logrado una importante reducción en las muertes perinatales (muertes entre las 22 semanas de gestación y hasta los 28 días después del nacimiento) en los últimos 5 años.

Las principales causas de mortalidad perinatal son: 1. Feto y Recién Nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento (46.3%<sup>5</sup>). 2. Trastornos respiratorios del periodo perinatal (19.4%), 3. Malformaciones congénitas (10.3%) y en menor proporción se encuentran:

---

<sup>5</sup> Relacionado a la inadecuada clasificación de las causas que llevaron a la muerte perinatal por parte del personal médico que atiende el parto.

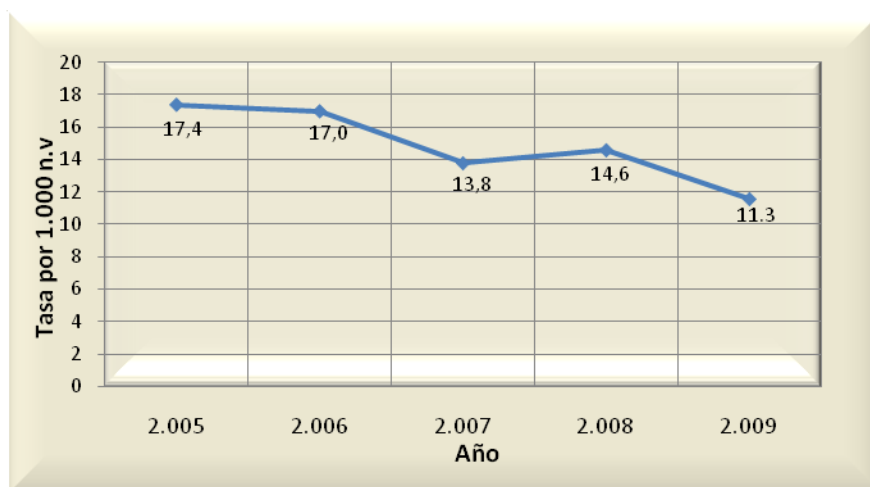
Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (4.2%).

Estas defunciones están representadas por las madres entre 25 y 29 años seguidas por las de 15 a 19 años. Motivo por el cual se debe reforzar durante los controles prenatales la educación sobre la adecuada nutrición durante la gestación, la demanda inducida y la adherencia a los controles prenatales a través de la estrategia de APS –SF con la aplicación de la herramienta SICAPS.

Al analizar la caracterización de la mortalidad perinatal en los años 2007 – 2010 en el Departamento por el Sistema de Vigilancia en Salud Publica se observa que se caracteriza el predominio de condiciones sociales de bajo estrato socio-económico, escasa escolaridad, fuente de trabajo no remunerado, dispersión geográfica para acceder a servicios de salud de calidad sumado a esto la alta rotación del personal de salud capacitado en la atención integral de Salud Sexual y Reproductiva.

El comportamiento de la mortalidad infantil se aprecia en la siguiente gráfica:

**Ilustración.** Tendencia Tasa de mortalidad Infantil. Boyacá, años 2005-2009



**Fuente:** DANE. Estadísticas vitales, años 2005 a 2009.

Se observa una disminución notable de la mortalidad infantil en los últimos 5 años, pasando de 17.4 muertes por cada mil nacidos menores de 1 año en el año 2005 a 11.3 en el 2009 y de 21,9 por mil nacidos vivos menores de 5 años en 2005 a 14,6 en 2009; situación que de acuerdo a las proyecciones para el año 2010 tendrá una tendencia al descenso.

Entre los años 2007 y 2008 se aprecia un incremento de la mortalidad infantil, pasando de 13.8 a 14.6 (10 casos), a expensas de las malformaciones, deformidades y anomalías congénitas las cuales aumentaron en el 2008 en un 14.5% (9 casos) con respecto al año 2007 en Boyacá. Aspecto relevante si se tiene en cuenta la escasa carga del componente evitable en este evento. Igual situación se presenta en la muerte por accidentes y ahogamiento, que presenta un aumento de 10.5% (esta situación se describirá con mayor profundidad en el capítulo de causas externas de mortalidad en niños y niñas).

En el año 2009, como respuesta a los esfuerzos departamentales la tasa se redujo en 3.3 puntos (que representa 70 muertes que se evitaron en niños y niñas < 5 años), con el siguiente comportamiento por municipio:

**Tabla.** Mortalidad Infantil en Boyacá. Distribución por municipios, año 2009\*

Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV
SATIVASUR	1	111.1	SANTA MARIA	1	23.3	SIACHOQUE	2	12.8
SACHICA	4	71.4	CHIQUIZA	2	23.0	DUITAMA	22	12.6
GUACAMAYAS	1	66.7	OTANCHE	3	22.4	CHIQUINQUIRA	13	11.8
PANQUEBA	1	55.6	SAN PABLO/BORBUR	2	22.2	MARIPI	1	11.6
SUTATENZA	2	55.6	UMBITA	2	19.4	MONGUA	1	11.1
COPER	2	52.6	SUTAMARCHAN	1	19.2	TIBANA	1	11.0
CHISCAS	2	47.6	SORACA	2	19.0	GAMEZA	1	10.8
CUBARA	4	43.5	QUIPAMA	1	18.5	SAMACA	4	10.4
CHITA	6	43.2	CHITARAQUE	2	18.3	RAQUIRA	1	10.1
MONGUI	3	42.9	TASCO	2	18.2	TUNJA	27	9.4

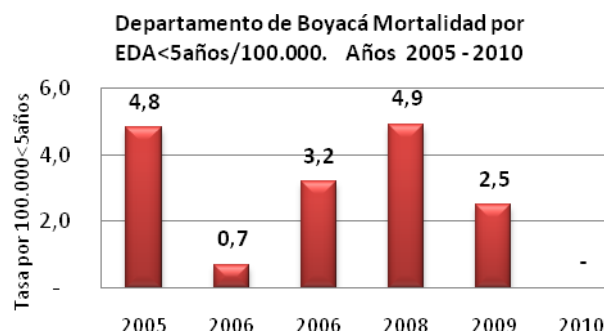
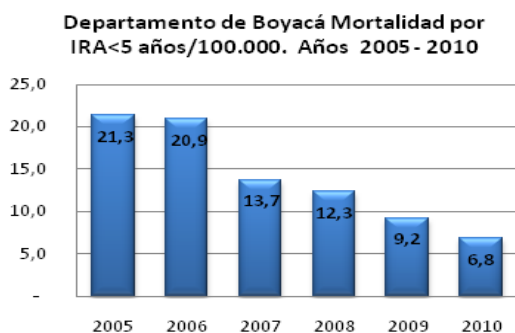
TINJACA	1	41.7	SAN MATEO	1	16.7	SOTAQUIRA	1	8.8
EL COCUY	3	38.0	BELEN	2	16.3	RAMIRIQUI	1	7.8
EL ESPINO	1	35.7	PAUNA	2	16.1	PESCA	1	7.5
SANTANA	4	34.2	SOATA	2	15.9	SANTA/VITERBO	1	7.0
TUTA	4	33.3	MONIQUIRA	5	15.4	AQUITANIA	2	7.0
TOTA	3	33.3	JERICO	1	15.4	SOCOTA	1	6.7
TUTAZA	1	33.3	BOYACA	1	14.9	TIBASOSA	1	6.7
GARAGOA	6	31.4	BUENAVISTA	1	14.9	MUZO	1	6.6
RONDON	1	29.4	PAZ DE RIO	1	14.9	VILLA DE LEYVA	1	5.4
TOCA	5	28.6	BOAVITA	1	14.3	NOBSA	1	5.0
COVARACHIA	1	27.0	ZETAQUIRA	1	14.1	SOGAMOSO	10	4.9
CHIVATA	1	26.3	CIENEGA	1	13.9	PAIPA	2	4.4
GUAYATA	1	25.0	PUERTO BOYACA	13	13.8	VENTAQUEMADA	1	4.3
MIRAFLORES	3	24.2	SOCHA	2	13.1	COMBITA	0	0.0

**Fuente:** DANE. Estadísticas vitales, año 2009

- *La tabla incluye únicamente los municipios que en el año 2009 presentaron muertes en menores de 1 año*

Con respecto a las muertes evitables -entre las cuales se resaltan las derivadas de complicaciones relacionadas con Infecciones Respiratorias y Enfermedades Diarreicas en niños y niñas menores de 5 años-, el departamento ha realizado importantes esfuerzos para su reducción logrando una reducción mayor del 50%, lo cual se puede observar en las siguientes gráficas:

**Ilustración.** Comparativo Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años. Departamento de Boyacá. 2005-2010



**Fuente:** Elaborada Secretaría de Salud de Boyacá SIVIGILA, 2005 a 2010

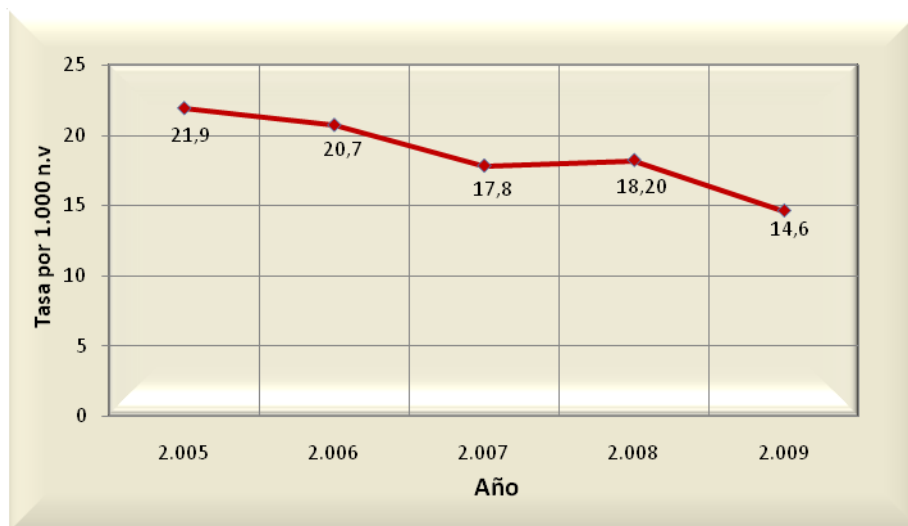
Los avances en relación a la mortalidad infantil se atribuyen en gran medida a la iniciativa departamental en el desarrollo de planes, programas y proyectos dirigidos a los niños, niñas y adolescentes, siendo los más relevantes:

- Estrategia Atención Integral a las enfermedades prevalentes en la infancia -AIEPI.
- Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI.
- Programa de Amor y Nutrición.
- Programa ampliado de inmunizaciones (Vacunación), con inclusión de nuevos biológicos al esquema como Rotavirus, Neumococo e Influenza.
- Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar, con identificación y manejo del riesgo familiar a través del ciclo vital (gestantes, niños, niñas, adolescentes y jóvenes).
- Intensificación de la prevención, atención, vigilancia y control de Eventos de interés en salud pública que afectan a gestantes, niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

## **MORTALIDAD EN LA NIÑEZ**

La mortalidad en la niñez (niños y niñas menores de 5 años) al igual que la mortalidad infantil ha presentado una considerable reducción en los últimos 5 años.

**Ilustración 1.** Tendencia Tasa de mortalidad en la Niñez. Colombia – Boyacá. 2005-2010.



**Fuente:** DANE. Estadísticas vitales, años 2005 a 2009.

Las provincias con mayores tasas de mortalidad infantil y en la niñez son La libertad, Gutiérrez y Valderrama, las cuales se caracterizan por sus dificultades en el acceso a los servicios de salud debido a su dispersión geográfica, extensión rural predominante, dificultades de transporte, mayores índices de NBI (pobreza y miseria), menor grado de escolaridad de los cuidadores e incluso problemas de orden público; situaciones de inequidad que marcan de manera definitiva la salud y el bienestar de niños y niñas.

**Tabla.** Distribución de mortalidad infantil y en la niñez por provincias. Departamento de Boyacá, año 2008.

PROVINCIA	N° muertes <1 año	N° muertes <5 años	TASA <1 año/1000 nv	TASA <5 años/1000 nv
CENTRO	81	89	16.3	17.9
GUTIERREZ	6	8	18.4	24.5
LA LIBERTAD	2	2	19.4	19.4
LENGUPA	3	7	7.8	18.1
MARQUEZ	10	14	10.4	14.6
NEIRA	10	10	18.7	18.7
NORTE	3	5	6.8	11.4
OCCIDENTE	40	50	12.2	15.3
ORIENTE	4	5	10.8	13.5
RICAURTE	18	23	13.4	17.2
SUGAMUXI	49	65	14.6	19.3
TUNDAMA	28	38	10.0	13.5
VALDERRAMA	18	24	26.9	35.8
DEPARTAMENTO	279	348	14.2	17.8

**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de DANE 2008 - Estadísticas Vitales

La distribución de muertes en niños y niñas menores de 5 años por municipio de residencia muestra mayores tasas en Sativasur, Tunungua, Sáchica, Chiscas y Guacamayas, donde debido al escaso número de habitantes, un poco número de muertes se considera trazador (Ver tabla siguiente):

**Tabla.** Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Distribución por municipios, año 2009\*

Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV
Sativasur	1	111.1	Campohermoso	1	27.8	Boavita	1	14.3
Tunungua	2	76.9	Covarachía	1	27.0	Zetaquirá	1	14.1
Sáchica	4	71.4	Chivata	1	26.3	Aquitania	4	13.9
Chiscas	3	71.4	Guayatá	1	25.0	Ciénega	1	13.9
Guacamayas	1	66.7	Santa María	1	23.3	Socha	2	13.1
Cubara	6	65.2	Chíquiza	2	23.0	Samacá	5	13.0
Chita	9	64.7	Otanche	3	22.4	Siachoque	2	12.8
Panqueba	1	55.6	San pablo/Borbur	2	22.2	Chiquinquirá	13	11.8
Sutatenza	2	55.6	Gameza	2	21.5	Maripi	1	11.6

Cuitiva	1	55.6	Ventaquemada	5	21.5	Arcabuco	1	11.5
Coper	2	52.6	Puerto Boyacá	19	20.1	Mongua	1	11.1
La capilla	1	52.6	Úmbita	2	19.4	Tunja	32	11.1
Mongui	3	42.9	Sutamarchan	1	19.2	Paipa	5	11.1
Tinjacá	1	41.7	Soracá	2	19.0	Tibana	1	11.0
Tuta	5	41.7	Quipama	1	18.5	Turmeque	1	10.3
El cocuy	3	38.0	Chitaraque	2	18.3	Ráquira	1	10.1
Tasco	4	36.4	Guican	1	17.2	Sotaquirá	1	8.8
El espino	1	35.7	San mateo	1	16.7	Guateque	1	8.3
Santana	4	34.2	Togui	1	16.4	Ramiriquí	1	7.8
Tota	3	33.3	Pauna	2	16.1	Sogamoso	15	7.3
Tutazá	1	33.3	Soata	2	15.9	Santa rosa/viterbo	1	7.0
Belén	4	32.5	Moniquirá	5	15.4	Socotá	1	6.7
Miraflores	4	32.3	Boyacá	1	14.9	Tibasosa	1	6.7
Iza	1	32.3	Buenavista	1	14.9	Muzo	1	6.6
Garagoa	6	31.4	Paz de rio	1	14.9	Saboya	1	6.6
Jericó	2	30.8	Pesca	2	14.9	Combita	1	6.3
Rondón	1	29.4	Duitama	26	14.9	Villa / Leyva	1	5.4
Toca	5	28.6	Nobsa	3	14.9	Total	270	14.6

**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de DANE 2009 - Estadísticas Vitales

*\*La tabla incluye únicamente los municipios que en el año 2009 presentaron muertes en menores de 5 años*

Considerando lo anterior, desde la Administración Departamental se han priorizado los municipios con mayores tasas y casos para la implementación de importantes programas dirigidos a niños y niñas menores de 5 años, enmarcados dentro de la Política Pública para la Atención Integral de la primera infancia en corresponsabilidad con la familia, la sociedad y el estado **“Nuevo ciudadano Boyacense”**.

## Causas de Mortalidad en la primera infancia:

Por otra parte, es importante resaltar que las causas de mortalidad infantil han sufrido una importante transición, debido a que las enfermedades infecciosas prevalentes (Infecciones Respiratoria y Enfermedades Diarreicas Agudas) han dejado de ocupar los primeros lugares en muertes de niños y niñas menores de 5 años; siendo ahora – de acuerdo al DANE 2008- las primeras causas de mortalidad infantil aquellas relacionadas con el periodo perinatal, los tumores, malformaciones congénitas y los accidentes.

En la siguiente tabla se observa la transición de las causas agrupadas de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años desde el año 2005 al 2008 (último año oficial disponible), en la cual es notable la disminución en el número de muertes en este grupo de edad; sin embargo ratifica el aumento en el porcentaje de muertes asociadas el embarazo (a pesar que se ha disminuido el número de muertes por esta causa, representa el mayor porcentaje del total), las malformaciones, anomalías congénitas y tumores.

**Tabla.** Causas de defunción en niños y niñas menores de 5 años.  
Departamento de Boyacá, año 2008

CAUSA	Año 2005		Año 2008	
	N°	%	N°	%
Eventos asociados al embarazo y parto	172	38.3%	147	42.1%
Malformaciones, anomalías, tumores	89	19.8%	84	24.1%
Accidentes (Ahogamiento, terrestre, homicidios, caídas y causados por maquinas)	69	15.4%	53	15.2%
Residuo (Otros eventos)	69	15.4%	44	12.6%
Infecciones Respiratorias Agudas	35	7.8%	14	4.0%
Otras enfermedades infecciones	15	3.3%	7	2.0%
<b>Total</b>	<b>449</b>		<b>349</b>	

**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de DANE 2008 - Estadísticas Vitales

No obstante la importante disminución de las muertes infantiles en Boyacá, el 76,7% de estas ocurren en el primer mes de vida, lo cual obliga a

incrementar los esfuerzos conjuntos para disminuir el peso de la muerte en el periodo neonatal.

Las muertes por malformaciones y anomalías congénitas pueden estar influenciadas por el embarazo en edades extremas (adolescentes y/o mujeres mayores de 35 años), exposición organofosforados e incluso uniones familiares, sin embargo en nuestro departamento no se cuenta con estudios de correlación con la suficiente evidencia que ratifiquen asociación con estos eventos.

La disminución de la mortalidad en la niñez es atribuible a programas como:

- Estrategia Atención Integral a las enfermedades prevalentes en la infancia -AIEPI.
- Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI.
- Programa de Amor y Nutrición.
- Programa ampliado de inmunizaciones (Vacunación)
- Modelo de Atención Primaria en Salud.

Además, de las estrategias desarrolladas por el Departamento para fomentar el aseguramiento al Sistema general de Seguridad Social en Salud en niños niñas menores de 5 años y gestantes (el cual se encuentra por encima del 98% a 2010), del fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria con dotación de elementos, mejoramiento de la capacidad científica de los profesionales en temas como morbilidad materna extrema, recuperación nutricional a gestantes, vacunación.

## **Objetivo de política. Ninguno desnutrido**

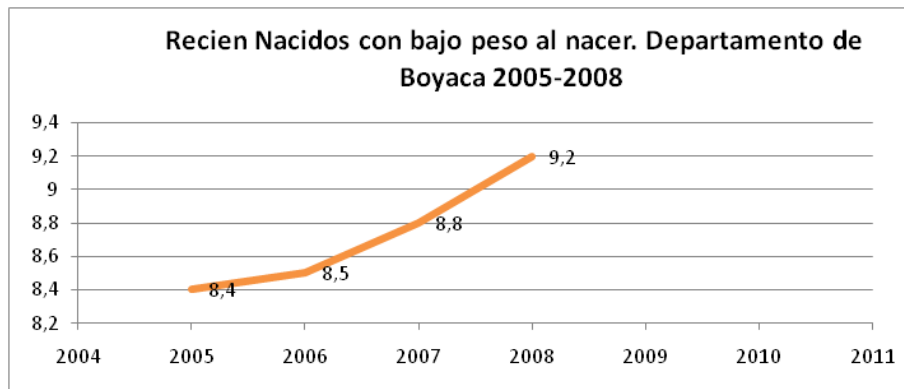
### **Mujeres gestantes con anemia nutricional**

En cuanto a éste indicador definido por la mesa Técnica Nacional para el monitoreo del objetivo de política “NINGUNO DESNUTRIDO” no se describe en este documento debido a que la anemia en Gestantes cuando es identificada se escribe como diagnostico relacionado en los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS) pues diagnostico principal (que es el que cuenta en la estadística) es embarazo. En este sentido, el departamento estudiara la metodología adecuada en la consecución de este indicador, debido a que en la actualidad no cuenta con fuentes de información específicos para este evento. Sin embargo (y en aras de la precisión que los indicadores de la Rendición Pública de Cuentas requieren) se sugiere definir políticas nacionales para el registro e inclusión de dichos indicadores desde la prestación de los servicios de salud individuales, de tal manera que puedan ser correctamente evaluados y comparados.

### **Niños, niñas con bajo peso al nacer**

Para Colombia la tasa de bajo peso al nacer (menor de 2.500 gr) fue del 8.8% de nacidos vivos, según el DANE 2008. En en la gráfica siguiente se observa para el departamento de Boyacá que el porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer ha venido en ascenso, pasando en el año 2005 de 8,4% de los nacidos vivos a 9,2% para el año 2008, fenómeno relacionado con el aumento de las gestantes en edad adolescente y el precario estado nutricional de la madres, lo cual resalta la necesidad de continuar trabajando en programas nutricionales dirigido a poblaciones de gestantes y de la primera infancia del Departamento de Boyacá.

**Ilustración.** Recién Nacidos con bajo peso al nacer. Departamento de Boyacá. Años 2005 -2008



**Fuente:** DANE

Las estrategias a implementar fueron enunciadas en el modulo de Mortalidad Materna- para una maternidad segura y en el anexo No 1 Gestión de la Nutrición en Boyacá.

### Lactancia materna.

#### **Lactancia Materna**

En cuanto a éste indicador definido por la mesa Técnica Nacional para el monitoreo del objetivo de política **“NINGUNO DESNUTRIDO”** los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS) no reportan con las dos condiciones señaladas. Por lo anterior, se sugiere definir políticas nacionales para el registro e inclusión de dichos indicadores desde la prestación de los servicios de salud individuales.

#### **Promedio de duración total de la lactancia materna en meses**

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y

crónicas, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad; contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La Secretaria de Salud de Boyacá basada en la evidencia científica y en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud<sup>6</sup>. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

En la tabla siguiente se observa un consolidado de la situación de lactancia materna en Boyacá en cinco indicadores que dan fe de la situación de lactancia materna exclusiva en diferentes periodos de edad y con seis fuentes de información, donde aproximadamente el 98 % de niños menores de 5 años iniciaron amamantamiento en los últimos años y el Promedio de duración total de la lactancia materna es de 15 meses, ambos por encima de los datos nacionales.

**Tabla.** Consolidado de la situación de lactancia materna en Boyacá y Colombia. 1997 - 2005

INDICADOR	ICBF 1997 <sup>7</sup>	ICBF 2001 <sup>8</sup>	ENDS SUBREGIÓN BOYACÁ, CUNDINAMARCA Y META 2000 <sup>9</sup>	ENDS COLOMBIA 2000 <sup>10</sup>	ENSI N BOYACÁ 2005 <sup>11</sup>	ENSI N NACIONAL 2005	ENSI N BOYACÁ 2010	ENSI N NACIONAL 2010
% de niños	95	85.	94.6	95	98.2	97.1		

<sup>6</sup> La OMS afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.

<sup>7</sup> Primera encuesta sistema de evaluación de impacto HCB 0 a 6 años ICBF 1997

<sup>8</sup> Encuesta sobre prácticas de lactancia materna ICBF Regional Boyacá 2001

<sup>9</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Subregión Boyacá, Cundinamarca y Meta. PROFAMILIA. 2000

<sup>10</sup> Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia - ENSIN – 2005 y 2010

<sup>11</sup> Datos presentados para la subregión Boyacá, Cundinamarca y Meta dentro de la ENSIN 2005

menores de 5 años que iniciaron amamantamiento		2							
% de niños y niñas que fueron amamantados durante la primera hora de nacidos			57.7	61	53.4	48.9			
Promedio de duración de la lactancia materna exclusiva en meses (recomendación 6 meses)			1,9	0,7	4,3*	2,2	4,5	1,8	
Promedio de duración total de la lactancia materna en meses (recomendación 24 meses)	14.5	17	17	17	15 *	14,9	22,6	14,9	
Edad promedio de iniciación de alimentos	3.7 meses	4.5 meses	-	-	-	-			

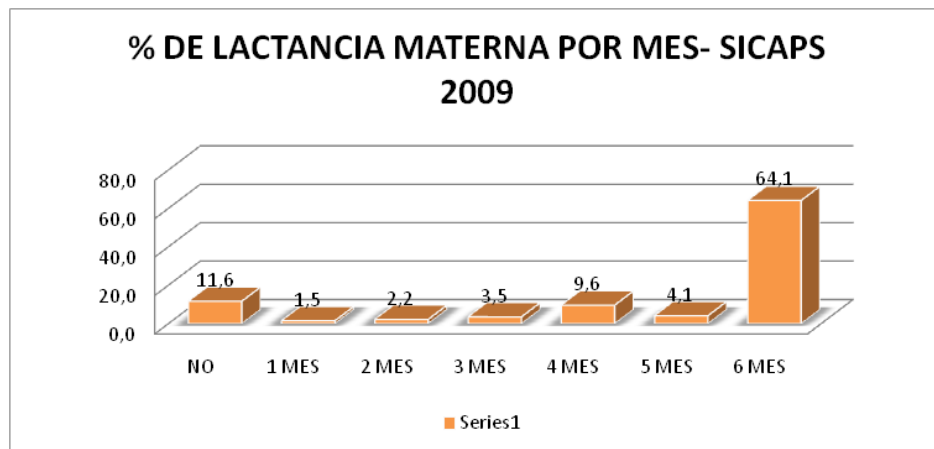
complementarios								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá- Dirección Técnica Salud pública- Nutrición/ 2010.

## Estrategias que han mejorado la información de la gestión de lactancia materna en Boyacá.

Un logro importante para Boyacá ha sido el establecer un sistema de información que permite la medición de cada una de las variables asociadas con el tema. La prevalencia de lactancia materna se mide a través del sistema de información con base comunitaria (SICAPS) implementado en el año 2009 y en el cual se logro aplicar ficha de identificación de riesgos a cerca de 233.000 familias (60%) de las cuales 3.810 fueron niños y niñas entre 6 y 11 meses de edad. Al preguntar a las madres si habían amamantado a su hijos y durante cuantos meses, la primera cohorte mostró que el 64,1% amamantó a sus hijos hasta los 6 meses de vida de forma exclusiva, cifra superior teniendo en cuenta que el referente nacional esta en 47% según la ENSIN del año 2005.

**Ilustración 2.** Porcentaje de lactancia materna por mes. Departamento de Boyacá. Año 2009.



**Fuente:** Sistema de Información comunitario de Atención Primaria en Salud. Secretaría de Salud de Boyacá. Primera cohorte, año -2009

La promoción de intervenciones locales que comprometen a las instituciones que atienden menores de 5 años para que se constituyan como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMII) en la promoción

protección y apoyo de la lactancia materna y el desarrollo infantil han sido una de las mejores alternativas para mejorar la lactancia materna, reflejada además en la disminución de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y por enfermedad respiratoria aguda.

De igual manera la implementación del programa de **AMOR Y NUTRICIÓN** y el modelo de **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD** y operatividad de los Centros de recuperación nutricional han contribuido de manera importante no solo a identificar la población de alto riesgo nutricional, sino a empoderar a las comunidades frente a su auto cuidado y manejo de factores de riesgo, con énfasis en lactancia materna exclusiva hasta los seis años, hábitos de higiene saludable en el proceso de amamantamiento, complementación nutricional no solo del menor sino de la madre y promoción de habilidades para la crianza segura y prevención de accidentes en el hogar, todo lo anterior en miras del Nuevo ciudadano Boyacense.

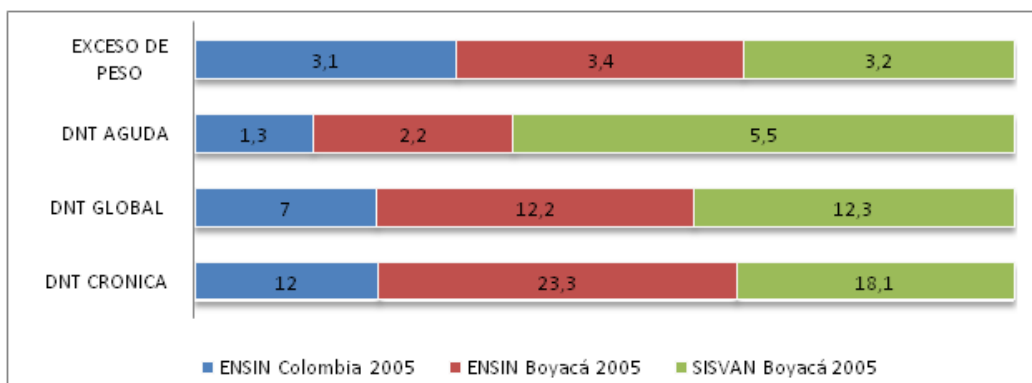
### *Nutrición en niños y niñas menores de 5 años*

El Departamento de Boyacá tiene las condiciones necesarias para que ninguno de sus habitantes sufra de hambre o desnutrición, no obstante existe población que aun padece de este flagelo y que en muchos casos corresponde a población vulnerable por su edad y condición, como son los niños y niñas menores de 5 años, escolares, mujeres gestantes y adultos mayores, lo que hace que esta situación sea inaceptable, y sea por tanto prioridad en los Planes de Gobierno.

## Desnutrición aguda, crónica y global en niños y niñas menores 5 años.

De acuerdo a la información de la Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia - ENSIN realizado en el año 2005; Boyacá ocupó el segundo lugar después de la Guajira con los índices más altos de desnutrición crónica en la población menor de 5 años con un 23.3%, cifra que dobló la del nivel nacional que correspondía al 12%; para este mismo año el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional de Boyacá (SISVAN) reporto cifras de desnutrición crónica del 18,1%, de desnutrición Aguda del 5.5% siendo cuatro veces mayor que la del Nivel nacional de 1,3%; y la desnutrición Global que se presenta en 12.3% la cual es 1.7 veces mayor que la del nivel nacional de 7%.

**Ilustración 3.** Prevalencia por tipo de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Boyacá. 2005

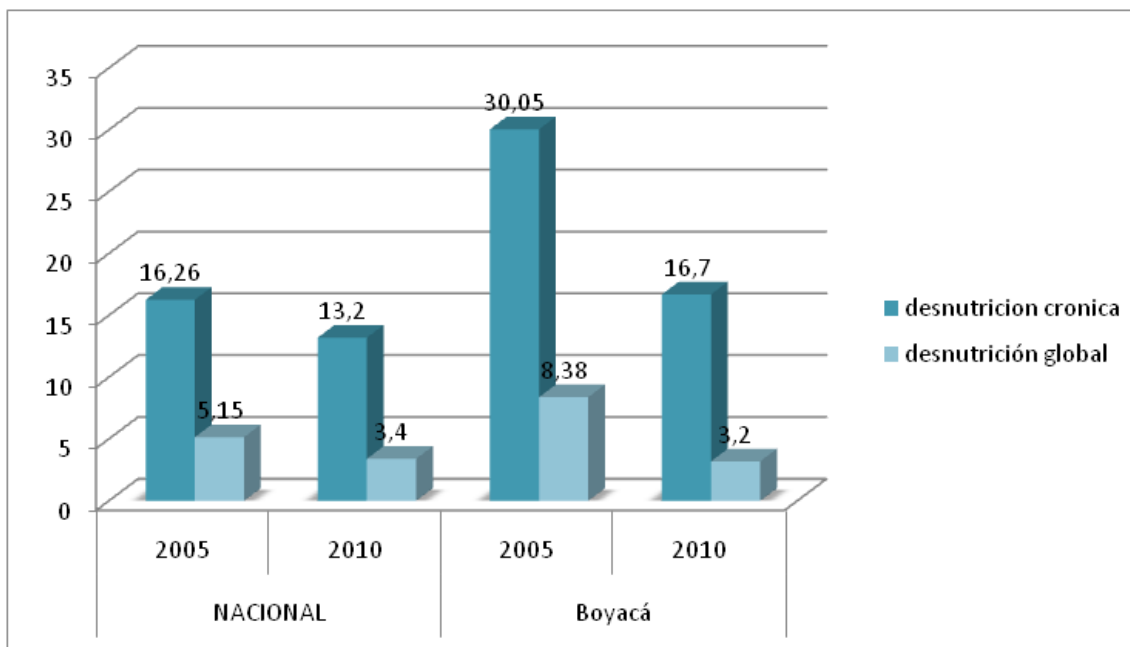


**Fuente:** ENSIN Colombia 2005; ENSIN Boyacá 2005; SISVAN Boyaca 2005 –Elaborado por Secretaria de Salud de Boyaca.

Comparando la información anterior con la reportada por la ENSIN de 2010 se aprecia un avance considerable en la disminución de la prevalencia de la desnutrición infantil en el Departamento de Boyacá.

Para poder hacer comparable esta información, se aplicaron los estándares de crecimiento de los nuevos patrones de (Fuente: OPS, La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: Alcanzando los objetivos del Milenio 2008. Elaborado con base en la información Tabla 3.1.p110), los resultados valorados con patrones de la OMS se presentan en la siguiente grafica:

**Ilustración 4.** Prevalencia de desnutrición crónica y global en menores de 5 años – Colombia y Boyacá- ENSIN 2005 y 2010



**Fuente:** ENSIN Colombia 2005; ENSIN 2010 –Elaborado por Secretaria de Salud de Boyaca.

Mientras que en el año 2005 se doblaba el referente nacional de desnutrición crónica y se mostraba aumento en tres puntos la desnutrición global, en el último estudio del año 2010 se aprecia una notable disminución de los dos indicadores; lo que evidencia el impacto generado por las estrategias integrales de recuperación nutricional en gestantes y población menor de 5 años implementadas en el Departamento.

Como parte de las estrategias para vigilar el estado nutricional de nuestra población menor de 5 años, el sistema de vigilancia nutricional se articulo al sistema de información comunitaria de atención primaria en salud-SICAPS, implementado en el 2009, en el cual se logro aplicar ficha de

identificación de riesgos a cerca de 233.000 familias (60%) de las cuales se 45.650 eran menores de 5 años una vez realizada la depuración de la base de datos se estableció esta muestra en 44.996.

La información recopilada corresponde a 119 municipios, toda vez que no se contó con bases de datos de los municipios de Jericó, Quipama, y Susacón y para San José de Pare, la muestra enviada no fue representativa. Para la clasificación nutricional de cada niño o niña el software utilizado aplicó los estándares de crecimiento de la OMS.

**Tabla.** Situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años. Departamento de Boyacá, años 2009

EVENTO	MENORES DE 1 AÑO		1 A 4 AÑOS		MENORES DE 5 AÑOS	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
DESNUTRICION CRONICA	2.179	28,1	10.742	28,3	12.921	28,3
RIESGO DE TALLA BAJA	1.306	16,9	9.784	25,81	11.090	24,3
TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	4.261	55	17.378	45,8	21.639	47,4
<b>DESNUTRICION GLOBAL</b>						
DESNUTRICION GLOBAL	1.322	17,1	4.029	10,6	5.351	11,7
RIESGO DE PESO BAJO PARA LA EDAD	1.394	18	8.837	23,3	10.231	22,4
PESO ADECUADO PARA LA EDAD	3.731	48,2	21.705	57,3	25.436	55,7
<b>SOBREPESO</b>	919	11,9	2.587	6,8	3.506	7,7
<b>OBESIDAD</b>	380	4,9	746	2,0	1.126	2,5
<b>DESNUTRICION AGUDA</b>						
DESNUTRICION AGUDA	981	12,7	2.797	7,4	3.778	8,3
RIESGO DE DESNUTRICION AGUDA	1.037	13,4	4.403	11,6	5.440	11,9
PESO ADECUADO PARA LA TALLA	3.319	42,8	21.145	55,8	24.464	53,6
<b>SOBREPESO</b>	1.244	16,1	6.116	16,1	7.360	16,1
<b>OBESIDAD</b>	1.165	15	3.443	9,1	4.608	10,1

**Fuente:** Sistema de Información comunitario de Atención Primaria en Salud.

A continuación se presenta el comportamiento por tipo de desnutrición y por municipio del Departamento de Boyacá de acuerdo a SICAPS - 2009

**Tabla.** Comportamiento por tipo de desnutrición y municipio. Boyacá, año 2009.

MUNICIPIO	% Desnutrición cronica	MUNICIPIO	% Desnutrición Global	MUNICIPIO	% Desnutrición Aguda
UMBITA	67.5	BUSBANZA	41.4	CHIVOR	22.2
LA CAPILLA	67.2	LA CAPILLA	32.8	CAMPOHERMOSO	22.1
TOPAGA	66	UMBITA	30.5	MONGUA	19.8
BOYACA	65.2	SANTA MARIA	28	RAQUIRA	18.1
VENTAQUEMADA	63.2	CAMPOHERMOSO	27.9	TUTASA	15.3
BUSBANZA	62.1	GACHANTIVA	27.9	SAN MIGUEL DE SEMA	15.2
SANTA MARIA	59.8	TUTASA	27.8	MONGUI	15
CORRALES	55.6	BOYACA	26.8	SATIVANORTE	14.4
CUITIVA	55.3	VENTAQUEMADA	26.3	TOCA	14.3
GUICAN	54.5	TOPAGA	24.5	TINJACA	14
GACHANTIVA	52.9	SOTAQUIRA	24	SAN PABLO DE BORBUR	13.9
ZETAQUIRA	51.8	GUICAN	23	BERBEO	12.5
OTANCHE	51.7	CUITIVA	21.2	CALDAS	12.5
LA VICTORIA	51.3	TIBASOSA	21.1	JENESANO	12.4
SAN LUIS DE GACENO	50.8	CORRALES	21.1	SANTA ROSA DE VITERBO	11.9
EL COCUY	50.4	OTANCHE	20.4	SAMACA	11.9
MIRAFLORES	50.2	EL COCUY	20.1	COMBITA	11.8
SACHICA	50	SORA	20	BELEN	11.7
SIACHOQUE	50	SAN LUIS DE GACENO	19.8	UMBITA	11.7
SOTAQUIRA	50	SANTA ROSA DE VITERBO	19.6	PAZ DE RIO	11.2
SORACA	48.8	VIRACACHA	19.3	LABRANZAGRANDE	11
TIBASOSA	48.5	MIRAFLORES	19	RONDON	10.6
GUACAMAYAS	48.1	TOCA	19	CHITA	10.6
PISBA	47.8	ARCABUCO	18.7	TUNUNGUA	10.4
CAMPOHERMOSO	47.1	BELEN	18.3	SOCHA	10.4
MOTAVITA	46.8	LABRANZAGRANDE	18	BUSBANZA	10.3
CHITA	46	LA VICTORIA	17.9	SABOYA	10.2
ARCABUCO	45.1	NUEVO COLON	17.8	DUITAMA	10.1
VIRACACHA	44.7	MONGUI	17.5	PAIPA	10
PANQUEBA	43.6	SORACA	17.5	LA CAPILLA	9.8
EL ESPINO	43.4	PISBA	17.4	SACHICA	9.8
GARAGOA	42.6	CHITA	16.8	VILLA DE LEYVA	9.6
OICATA	41.8	AQUITANIA	16.6	SAN LUIS DE GACENO	9.5
TUTASA	41.7	ZETAQUIRA	16.5	FIRAVITOBA	9.4
NUEVO COLON	41.5	SACHICA	16.3	NOBSA	9.3
SORA	40	TINJACA	15.9	LA UVITA	9.3
FLORESTA	38.4	SOCHA	15.7	TIPACOQUE	9
CHINAVITA	38.4	CHIVOR	15.6	CUCAITA	9
LABRANZAGRANDE	38	VILLA DE LEYVA	15.1	TUNJA	8.9
TOTA	36.7	PAJARITO	15.1	BRICEÑO	8.8
RAQUIRA	36.6	TUTA	15.1	SORACA	8.8

TUTA	36.6	SAN PABLO DE BORBUR	14.9	BOYACA	8.7
TINJACA	36.4	OICATA	14.9	GAMEZA	8.6
AQUITANIA	36.4	CUBARA	14.8	TUTA	8.6
CUCAITA	34.7	GARAGOA	14.6	CHIQUNQUIRA	8.6
SANTA ROSA DE VITERBO	33.9	BOAVITA	14.2	GACHANTIVA	8.6
BETEITIVA	33.7	CUCAITA	14.2	BOAVITA	8.5
VILLA DE LEYVA	33.6	NOBSA	14	BUENAVISTA	8.5
TIBANA	33.5	MONGUA	13.5	SIACHOQUE	8.3
TOCA	33.5	CERINZA	13.5	SOCOTA	8.3
PAUNA	33.3	PAIPA	13.2	CUITIVA	8.2
CUBARA	33.1	LA UVITA	13.1	CERINZA	8.2
TENZA	32.6	PAUNA	13	SOTAQUIRA	8.1
SOCOTA	32.6	JENESANO	13	AQUITANIA	7.9
BELEN	32.4	SOCOTA	13	GUAYATA	7.8
SAN PABLO DE BORBUR	32.1	PAZ DE RIO	12.9	TURMEQUE	7.7
SANTANA	31.2	GUAYATA	12.8	MONIQUIRA	7.7
CHIQUIZA	30.9	BERBEO	12.5	PAJARITO	7.5
IZA	30.7	CALDAS	12.5	MARIPI	7.5
SUTATENZA	30.7	CHITARAQUE	12.4	CUBARA	7.4
MACANAL	30.1	CHINAVITA	12.3	TIBASOSA	7.2
CALDAS	29.8	FLORESTA	12.2	MOTAVITA	7.2
CHIVATA	29.3	RAQUIRA	12.1	GARAGOA	7.2
GUAYATA	29.1	EL ESPINO	11.5	SOGAMOSO	6.9
PAZ DE RIO	29	CHISCAS	11.4	OTANCHE	6.8
CHIVOR	28.9	TENZA	11.2	PUERTO BOYACA	6.8
PUERTO BOYACA	28.9	GUACAMAYAS	11.1	SAN MATEO	6.7
CHISCAS	28.4	SATIVASUR	11.1	CORRALES	6.7
TUNUNGUA	28.4	SABOYA	11.1	IZA	6.7
CHITARAQUE	28.2	SOGAMOSO	11	VIRACACHA	6.7
PAIPA	28.2	TOTA	10.5	TASCO	6.5
RAMIRIQUI	27.8	RAMIRIQUI	10.3	PANQUEBA	6.4
PAEZ	27.7	SAMACA	10.2	MUZO	6.4
JENESANO	27.6	TURMEQUE	10.2	EL ESPINO	6.2
TIPACOQUE	27.5	COPER	10.1	NUEVO COLON	6.2
PAYA	27.4	SOATA	10	TOPAGA	6.1
MONIQUIRA	27.1	MONIQUIRA	9.9	CHITARAQUE	6.1
COPER	27	SOMONDOCO	9.9	SANTA MARIA	6.1
BUENAVISTA	26.9	TIBANA	9.9	SUTAMARCHAN	5.9
SOCHA	26.8	MOTAVITA	9.9	RAMIRIQUI	5.9
COVARACHIA	26.5	GAMEZA	9.7	SANTA SOFIA	5.8
PAJARITO	26.4	BETEITIVA	9.6	COPER	5.7
SATIVASUR	25.9	PAYA	9.6	PESCA	5.6
MONGUI	25	SAN MATEO	9.6	PAYA	5.5
BOAVITA	24.5	COVARACHIA	9.4	GUATEQUE	5.4
CIENEGA	24.4	IZA	9.3	TOTA	5.3
TUNJA	24.2	SATIVANORTE	9.3	ARCABUCO	5.3
PACHAVITA	24.1	TOGUI	9.3	PAUNA	5.3
LA UVITA	24	RONDON	9.2	ALMEIDA	5.2
SOATA	23.9	BUENAVISTA	9.2	SORA	5
SAMACA	23.3	DUITAMA	9.1	OICATA	5
SAN MATEO	23	PANQUEBA	9	EL COCUY	4.9
NOBSA	23	TUNUNGUA	9	FLORESTA	4.9
MARIPI	22.4	CHIVATA	8.7	TIBANA	4.8
SABOYA	22.3	TASCO	8.7	SOATA	4.8

BRICEAÑO	22.1	CHIQUINQUIRA	8.5	PAEZ	4.8
CERINZA	22	PUERTO BOYACA	8.5	CIENEGA	4.8
TASCO	21.9	FIRAVITIBA	8.5	SANTANA	4.7
MUZO	21.1	SIACHOQUE	8.3	TOGUI	4.7
GAMEZA	20.9	CHQUIZA	8.1	GUICAN	4.5
SAN MIGUEL DE SEMA	20.9	CIENEGA	7.7	MIRAFLORES	4.2
TOGUI	20.7	BRICEAÑO	7.7	MACANAL	4.2
SOMONDOCO	20.7	MUZO	7.6	CHIVATA	3.8
FIRAVITIBA	20.2	TUNJA	7.5	GUACAMAYAS	3.7
TURMEQUE	19.9	PAEZ	7.2	SATIVASUR	3.7
RONDON	19.9	TIPACOQUE	7	ZETAQUIRA	3.7
ALMEIDA	19.8	SANTANA	6.9	SOMONDOCO	3.3
SOGAMOSO	19.5	PACHAVITA	6.3	TENZA	3.2
DUITAMA	18.9	GUATEQUE	6.2	SAN EDUARDO	2.9
MONGUA	18.9	MARIPI	6	SUTATENZA	2.8
GUATEQUE	18.7	COMBITA	5.9	CHINAVITA	2.7
CHIQUINQUIRA	18.4	SUTATENZA	5.7	LA VICTORIA	2.6
SUTAMARCHAN	15.6	SUTAMARCHAN	4.6	PACHAVITA	2.5
SAN EDUARDO	15.5	SAN MIGUEL DE SEMA	4.4	CHISCAS	2.3
SATIVANORTE	14.4	SAN EDUARDO	3.9	COVARACHIA	2.2
PESCA	13.9	SANTA SOFIA	3.9	PISBA	2.2
BERBEO	12.5	MACANAL	3.5	CHQUIZA	1.7
SANTA SOFIA	7.8	PESCA	2.8	BETEITIVA	1.2
COMBITA	5.9	ALMEIDA	2.1	VENTAQUEMADA	0
<b>Total general</b>	<b>28.4</b>	<b>Total general</b>	<b>11.7</b>	<b>Total general</b>	<b>8.2</b>

**Fuente:** Sistema de Información comunitario de Atención Primaria en Salud

De acuerdo al cuadro anterior en rojo aparecen los municipios que presentan alta prevalencia de desnutrición, como es el caso para el retraso en talla o desnutrición crónica la cual presenta mayores índices en los municipios de Umbita, La Capilla, Topaga, Boyacá, Ventaquemada, Busbanza y Santa María; en cuanto al retraso en peso o desnutrición global su mayor prevalencia se presenta en los municipios de Busbanza, La Capilla, Umbita, Santa María, Campohermoso, Gachantiva, Tutazá, Boyacá, Ventaquemada, Topaga y Sotaquirá, y para el retraso de peso para la talla o desnutrición aguda, los municipios de Chivor, Campohermoso, Mongua y Ráquira son los que registran mayor prevalencia. Así mismo es importante indicar que las celdas que aparecen en naranja indica una prevalencia superior al referente departamental y en verde una prevalencia inferior a la general departamental

**Estrategias que han contribuido a reducir los índices de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años en Boyacá: CONSIDERANDO EL ESFUERZO DE LA ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS ALTERACIONES NUTRICIONALES EN LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES GESTANTES, ANEXAMOS A ESTE DOCUMENTO LA EXPERIENCIA EN EL PROGRAMA DE AMOR Y NUTRICION.**

**Estrategias a corto plazo, que se encuentran actualmente en ejecución:**

- Operatividad de los Centros de Recuperación Nutricional
- Recuperación nutricional ambulatoria a gestantes de bajo peso y menores de 5 años con riesgo nutricional
- Mejorar capacidades técnicas y operativas de los equipos de la red pública frente a la identificación y manejo de la desnutrición infantil
- Consolidar el sistema de vigilancia nutricional articulada al SICAPS
- Fortalecer la implementación de la estrategia IAMI en las IPS inicialmente de la red pública

**Estrategias a mediano y largo plazo**

**De acuerdo a la situación encontrada se propone el desarrollo de objetivos metas y acciones que ya se encuentran plasmadas en la política pública “el nuevo ciudadano boyacense” para el desarrollo integral de la primera infancia desde la gestación en corresponsabilidad con la familia, la sociedad y el estado, en el departamento de Boyacá aprobado por la asamblea Departamental mediante ordenanza 026 del 14 de septiembre de 2010 se estableció en la categoría de derechos de existencia la línea de acción alimentame con amor, con los objetivos y estrategias que a continuación se mencionan y en las cuales el sector salud tendrá una participación permanente y activa:**

- objetivos
  - Promover que los niños y niñas Boyacenses sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada y saludable hasta los dos años de vida y mas
  - Mejorar las competencias y capacidades de las familias Boyacenses con niños y niñas menores de 6 años, para la adquisición, preparación y consumos de alimentos saludables de acuerdo a la disponibilidad de alimentos de la región
  - Mejorar las capacidades de las familias, comunidades y actores sociales frente al monitoreo y control de peso y talla y realizar un uso efectivo de las redes en situaciones que amenacen la nutrición de los niños o niñas.
  - Garantizar a todo niños y niña entre 6 meses y 4 años complementación nutricional con un alimento de alto valor nutricional y orientación sobre su alimentación para que sea optima y saludable
  
- Estrategias
  - Acreditar y posicionar las instituciones que atienden y brindan servicios a las gestantes, lactantes y menores de 6 años en Boyacá, como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia para promover salud y nutrición en estos grupos poblacionales.
  - Verificación en la garantía de la licencia de maternidad y paternidad por parte de los empleadores.
  - Promover iniciativa para ampliar el tiempo de licencia de maternidad y paternidad
  - Promover y divulga la practica de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años de vida y mas
  - Establecer programa de Culinaria familiar y adquisición de canasta básica familiar.

- Promoción y rescate de cultivos de alto valor nutricional y fomento para su consumo.
- Instauración de proyectos productivos alimenticios sostenibles en donde cada proyecto productivo tendrán un componente educativo sistemático y permanente dirigido hacia la alimentación saludable
- Empoderamiento familiar y comunitario frente a la vigilancia nutricional, creando sistema de alerta ante alteraciones de crecimiento y desarrollo
- Esquema antiparasitario a niños y niñas entre 12 meses y menores de 6 años y sus familias
- Complemento nutricional a niños y niñas entre 1 y 4 años y Suplementación con hierro y zinc a menores de 3 años
- Sistema de vigilancia y control efectivo a las familias beneficiarias de programas sociales dirigidos a la primera con componente nutricional, para verificar su recuperación nutricional y social.

## **Objetivo de política. Todos saludables**

El Estado debe garantizar que todos los niños, niñas y adolescentes cuenten con buena salud y cuando la pierden tengan acceso oportuno y eficaz a los servicios que les permitan recuperarla, así como promover su cuidado, los hábitos saludables, la prevención de riesgos y adicciones.

Ningún niño, niña o adolescentes debería morir por causas identificables y previsibles tales como la Desnutrición, Accidentes, Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o desnutrición; deberían tener una vida digna lejos de enfermedades a causa de inexistencia de sistemas de acueducto que permitan una cobertura de agua adecuada, sistemas de recolección y disposición de aguas residuales, falta de Entornos Saludables, etc.

Bajo la premisa “Todos Saludables” el Departamento de Boyacá ha venido desarrollando diferentes proyectos encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable en ámbitos rurales y urbanos de los Municipios, con la construcción de acueductos, sistemas de solución para la recolección y tratamiento de aguas residuales, construcción de sistemas de potabilización y programa ampliado de inmunizaciones PAI, entre otros.

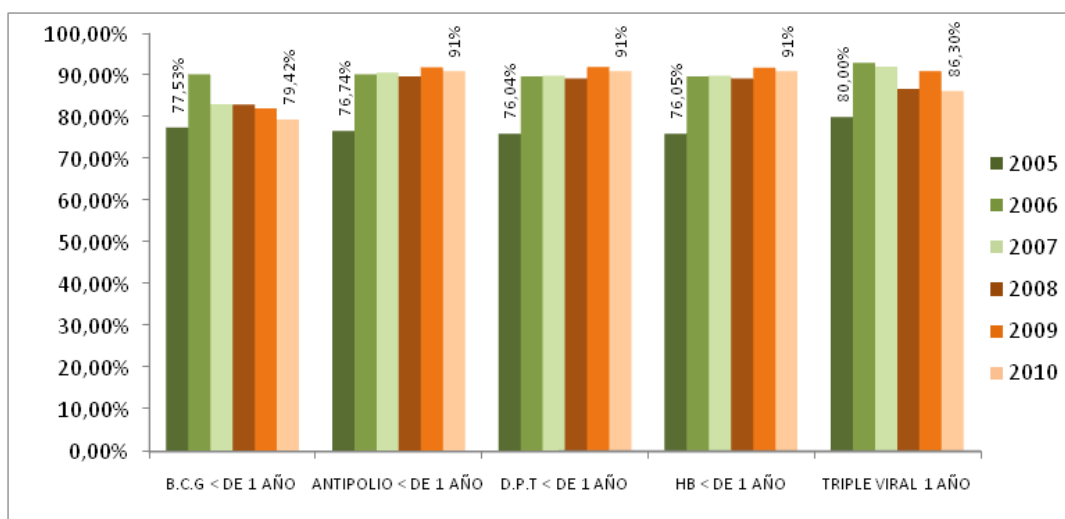
Este objetivo se monitorea a partir de 20 indicadores trazadores que consideran coberturas en vacunación fundamentalmente para menores de 1 año; comportamiento en VIH-SIDA materno infantil, embarazos en mujeres adolescentes, sífilis, morbilidad y coberturas de agua, saneamiento básico y agua potable.

## Coberturas de vacunación.

### BCG, polio, el DPT, Hepatitis B, triple viral en niños y niñas menores de 1 año

La meta de cumplimiento definida por la Nación y consiste en: **“Lograr y mantener Coberturas útiles en Vacunación mayores o iguales al 95% en todos los biológicos del esquema regular en vacunación”**, la Secretaría de Salud de Boyacá mediante el Reporte de Registro del Sistema de Información en Salud (SIS 151)<sup>12</sup>, obtiene los siguientes resultados:

#### Ilustración 5. Histórico Coberturas Administrativas de Vacunación, Boyacá 2005 – 2010



<sup>12</sup> El sistema de información ha sido ajustado año a año, teniendo en cuenta la evolución del esquema básico de vacunación con la inclusión de nuevos biológicos. Este es reportado mes a mes por las Instituciones de Salud que prestan el servicio de vacunación a la población.

**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

La grafica anterior muestra la evolución de las coberturas administrativas de vacunación en Boyacá desde 2005 hasta 2010, que ha sido satisfactoria, aun sin alcanzar la meta Nacional (mayor ó igual al 95% en todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones .- PAI<sup>13</sup>); así, se ha mantenido un promedio del 91% de coberturas administrativas en los últimos años con todos los biológicos, aunque, al compararlo con las encuestas de monitoreo rápido de coberturas de vacunación el promedio anual en los últimos cinco años ha sido superior al 96%; y, el comportamiento de la Vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas ha sido satisfactorio en el mismo periodo indicado.

**Tabla 2.** Diferencias poblacionales según DANE / SISBEN vs Población cubierta por el PAI, Boyacá, 2000 – 2009

AÑO / VIGENCIA	NACIDOS VIVOS SEGÚN DANE	POBLACION OBJETO PAI SEGÚN DANE	POBLACION REALMENTE CUBIERTA POR EL PAI
2000	23.070	32.520	21.643
2001	22.381	32.138	24.467
2002	21.251	31.905	22.642
2003	20.893	24.990	22.342
2004	20.708	31.347	23.149
2005	20.469	29.250	22.452
2006	19.894	23.896	21.578
2007	19.596	29.902	21.940
2008	18.920	23.736	21.299
2009	18.549 <sup>14</sup>	23.293	21.422

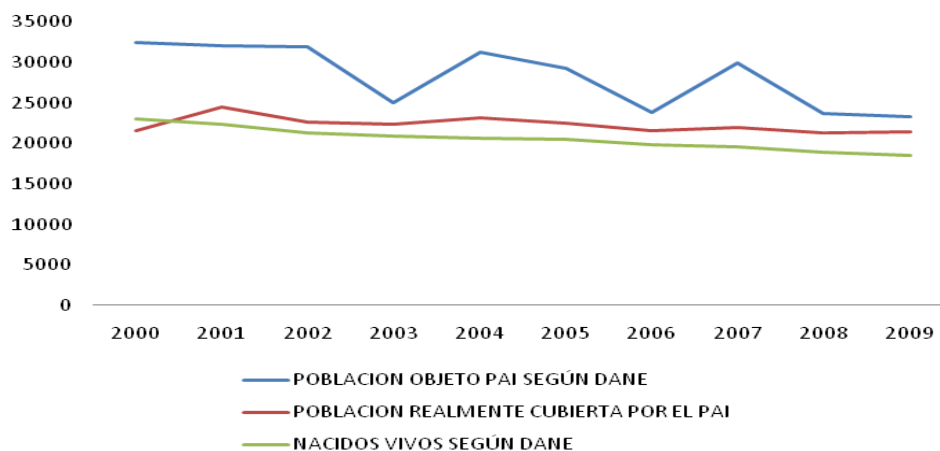
**Fuente:** Elaborado DANE, Ministerio de la Protección Social/Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

<sup>13</sup> Meta Nacional para todos los biológicos definida por el Decreto 3939 de 2007, Ministerio de la Protección Nacional.

<sup>14</sup> Dato población proyectada DANE 2009 parcial y ajustado por Ministerio de la Protección Social.

En la tabla anterior, se toman los periodos anuales 2000 a 2009, donde se observa disparidad entre los nacidos vivos proyectados por el DANE, comparado con la Población Objeto PAI según la misma entidad. Se observan diferencias considerables que afectan las coberturas administrativa del Programa regular de Vacunación, lo mismo se observa con los datos de Población realmente cubierta por el Programa Ampliado de Inmunizaciones Departamental, la cual sigue siendo inferior a la proyectada, esto asociado con las políticas de planificación familiar que realmente han sido eficaces en la reducción del número de hijos por mujer que no supera los 2,5.

**Ilustración 6.** Tendencias poblacionales según DANE / SISBEN vs población realmente cubierta por el programa ampliado de inmunizaciones – PAI / Boyacá 2000 – 2009



**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

Según la tendencia Poblacional observada en la grafica anterior, da cuenta de la disminución de la Población Objeto del esquema nacional de vacunación, denotando en los dos últimos años, que lo reportado por el DANE en cuanto a Nacidos Vivos (tendencia decreciente), está por debajo de lo proyectado para los mismos años; y al realizar el promedio entre estas dos variables consolidadas oficialmente por DANE,

concordaría con la población realmente vacunada obteniendo así el porcentaje de la meta nacional.

### **Cobertura administrativa B.C.G. en menores de 1 año**

La clasificación del riesgo definida en la tabla que se encuentra a continuación para el biológico BCG, que se suministra al recién nacido, muestra el aumento del número de municipios clasificado con coberturas críticas al 2010; esto, debido a la disminución de los nacimientos y a que las Instituciones habilitadas para atención del Parto y del Recién Nacido que corresponden al II y III nivel de complejidad las cuales están ubicadas en 11 municipios del departamento. Y, los municipios catalogados en coberturas en alto riesgo, son aquellos donde los partos que son atendidos se catalogan en expulsivo o partos no institucionalizados.

**Tabla 3.** Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con BCG menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

<b>MESES</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA &lt; AL 50% “COBERTURAS CRÍTICAS”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% “COBERTURAS EN ALTO RIESGO”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% “COBERTURAS DE BAJO RIESGO”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA &gt; AL 95% “COBERTURAS ÚTILES”</b>
<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2005</b>	91	17	3	12

<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2010</b>	106	6	2	9
--	-----	---	---	---

**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

### **Cobertura administrativa V.O.P en menores de 1 año**

La tabla que se encuentra a continuación, evidencia el aumento en 2010, de 52 municipios con coberturas útiles, superiores al 95% en los biológicos de Vacuna de Polio Oral, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B para menores de 1 año.

Lo anterior, debido a la implementación de la política de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar, articulada a la estrategia vacunación casa a casa, seguimiento de cohortes de vacunación en recién nacidos y la articulación juiciosa con la estrategia AIMI, AIEPI y los centros de recuperación nutricional.

**Tabla 4.** Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

<b>MESES</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA &lt; AL 50% “COBERTURAS CRÍTICAS”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% “COBERTURAS EN ALTO RIESGO”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% “COBERTURAS DE BAJO RIESGO”</b>	<b>NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA &gt; AL 95% “COBERTURAS ÚTILES”</b>
<b>ENERO A DICIEMBRE</b>	17	61	28	17

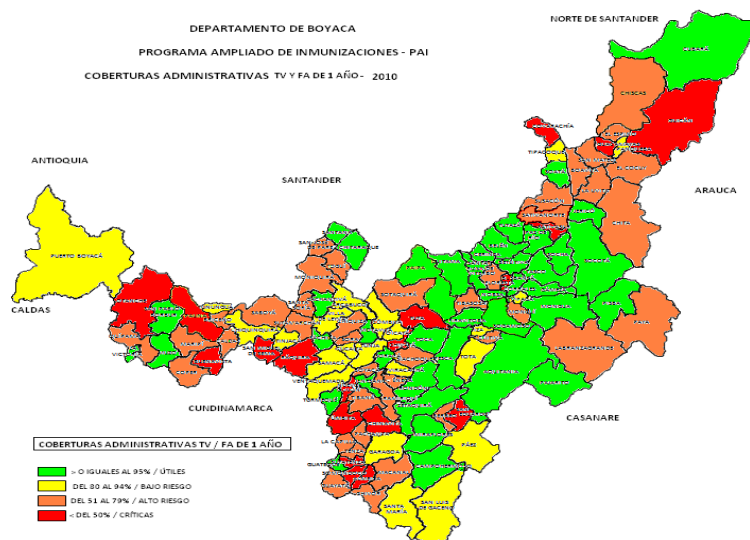
<b>RE DE 2005</b>				
<b>ENERO A DICIEMBRE DE 2010</b>	7	47	17	52

**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

### Cobertura administrativa Triple viral (T.V) y Fiebre amarilla (FA), en niños y niñas de 1 año

En el mapa siguiente se observa el comportamiento por municipio de los biológicos Triple Viral (Sarampión, Rubeola y Paperas) durante 2010, donde 42 municipios lograron la meta de cobertura igual o superior 95%, y 22 se clasificaron en coberturas de bajo riesgo, con la particularidad que la mayoría de los municipios están ubicados en el corredor industrial del departamento y en las cabeceras de provincia.

**Ilustración 7.** Cobertura Administrativa T.V. y F.A., en niños y niñas, Boyacá 2010



**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

En la tabla siguiente se observa el comparativo entre 2005 y 2010 del riesgo por municipio para VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año, lo cual ratifica el mejoramiento de coberturas administrativas en el último quinquenio en Boyacá.

**Tabla.** Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% “COBERTURAS CRÍTICAS”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% “COBERTURAS EN ALTO RIESGO”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% “COBERTURAS DE BAJO RIESGO”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% “COBERTURAS ÚTILES”
ENERO A DICIEMBRE DE 2005	18	58	25	22
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	19	40	22	42

**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

La realización de Monitoreo rápido de coberturas en vacunación por parte de los equipos de Vigilancia en Salud Pública de los municipios, que consiste en verificar casa a casa el carnet de vacunación determinando

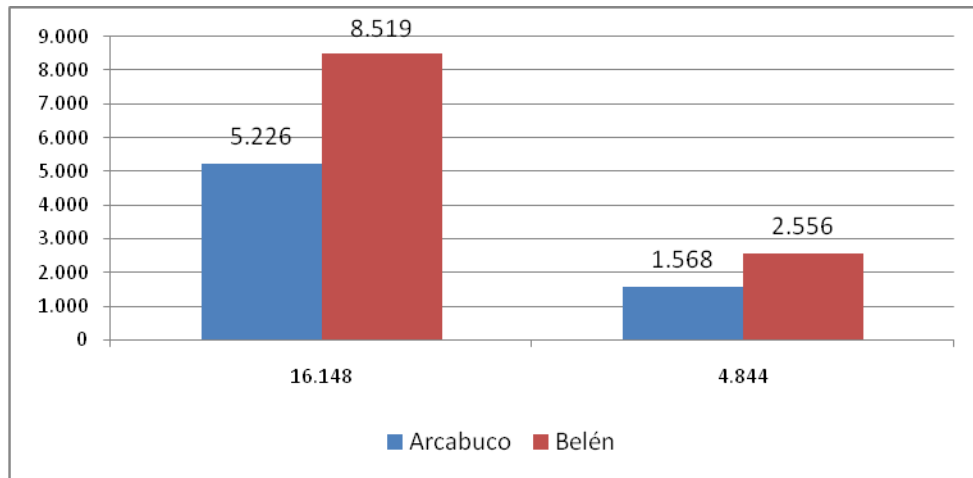
así el esquema por grupo de edad; la actividad se efectúan a nivel urbano como rural, y muestra que los resultados de dicho monitoreo arrojan una cobertura que promedia para el ultimo año en el 98% de utilidad en la eficacia del programa a nivel departamental.

Es importante reconocer que el departamento de Boyacá desde el año 2008 efectuó una inversión del orden de los \$1.200 millones, en la modernización de la red de frio de las red pública, con la adquisición de equipos adecuados para la conservación de los biológicos para el Programa de inmunización, siendo uno de los mejores posicionados en el fortalecimiento de la Red de frio a nivel Nacional.

### **Cobertura grupos prioritarios intervención anti influenza (H1N1).**

Teniendo en cuenta los lineamientos del Ministerio de la Protección Social, la introducción de nuevas vacunas se ha desarrollado en los últimos 2 años, y el departamento de Boyacá no ha sido ajeno a este lineamiento, el cual ha incluido biológicos como anti influenza – H1N1, Neumococo y Rotavirus, con la salvedad que su inclusión ha sido selectiva a unos grupos de población prioritarios, y solo a finales del año 2010, se incluyeron en la población universal objeto del programa ampliado de inmunizaciones.

**Ilustración.** Cobertura de Vacunación con Anti influenza H1N1, Grupos prioritarios Boyacá, 2010.



**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

La gráfica anterior, muestra el comportamiento de la administración del biológico de Influenza A(H1N1), sucedido en campaña masiva realizada en el primer semestre de 2010, donde se cumplió con el objetivo propuesto de cobertura en niños y niñas con enfermedad crónica y en gestantes de II y III trimestre de gestación el 90%, entre otros grupos prioritarios que no son objeto de este análisis.

Cabe resaltar la participación activa de los profesionales de salud y las administraciones municipales para el desarrollo de campañas de vacunación rápidas que buscan alcanzar coberturas útiles en poblaciones prioritarias como la de influenza H1N1.

### **Cobertura de inmunización contra el Rotavirus, neumococo e influenza en niños y niñas menores de 1 año**

Respecto a la cobertura de inmunización contra el rotavirus, neumococo e influenza estacional en niños y niñas menores de 1 año, el avance del departamento ha sido importante debido a que se logró incluir estos biológicos en el esquema, obteniendo las siguientes coberturas:

**Tabla 5.** Coberturas de inmunización contra el rotavirus, neumococo e influenza estacional en niños y niñas menores de 1 año en el Departamento de Boyacá. 2005 - 2010

Indicador	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
<b>Cobertura de inmunización contra el Rotavirus en niños y niñas menores de un (1) año</b>	<b>NO EXISTÍA EN EL PROGRAMA REGULAR</b>				90.3 %	90%
<b>Cobertura de inmunización contra el neumococo en niños y niñas de un (1) año</b>	<b>NO EXISTÍA EN EL PROGRAMA REGULAR</b>				3.4%	35.80 %
<b>Cobertura de inmunización contra la Influenza en niños y niñas menores de un (1) año</b>	<b>NO EXISTÍA EN EL PROGRAMA REGULAR</b>			72.8 %	75%	77%

**Fuente:** MPS / SECRETARIA DE SALUD DE Boyacá / Dirección Técnica de salud Pública / PAI/ SIS  
151

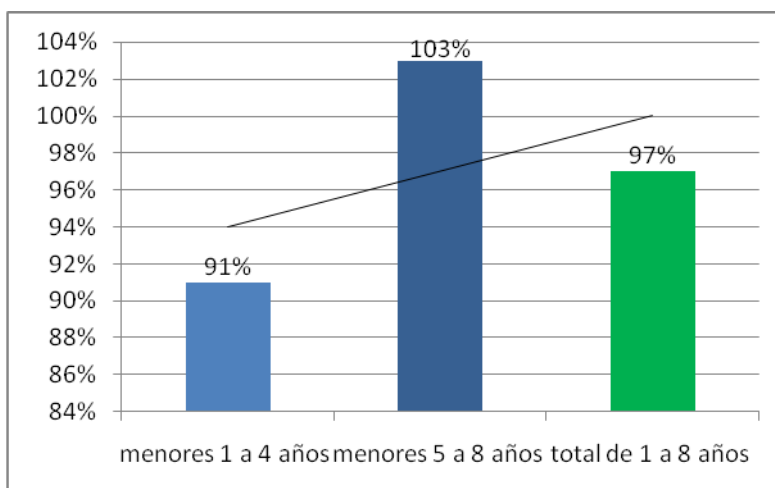
Lo referente a la administración del biológico de Neumococo 13 Valente, la cobertura alcanzada en la vigencia del 2010 fue del 35.8% (Indicador Bajo), debido a que para el Departamento se universalizó a partir de Septiembre del año anterior y se distribuyó el respectivo biológico a todo el departamento en el mes de octubre, es decir se está administrando a todos los niños que nacieron a partir del 01 de Enero de 2010, proceso que se está llevando actualmente y cuya cobertura se evaluara técnicamente en la vigencia del 2011, como Departamento se está enfatizando en actualizar y administrar este biológico a todos los niños que nacieron a partir del 01 de enero del 2010, anteriormente se administraba el respectivo biológico a un grupo específico de menores de acuerdo a algunas patologías de inclusión, por eso el indicador tan bajo (3.4%) en la vigencia del 2009.

En lo referente a la Influenza estacional la Cobertura lograda en población < de 1 año fue del 77% (Niños con dos dosis); la Cobertura en población de 24 a 35 meses fue del 87.3%. (Es importante recalcar que la disponibilidad del biológico no es suficiente para el 100% de la población objeto), por ejemplo en la vigencia del 2010 se recibió el respectivo biológico durante el mes de octubre (40.180 dosis) donde en un periodo de tres meses se administraron 39.289 dosis, dando un cumplimiento del 98% en la administración de las dosis enviadas por el Ministerio de la Protección.

**Cobertura de vacunación con Sarampión y Rubeola en población de 1 a 8 años por grupos de edad (Indicador que incluye primera infancia y niños y niñas de 6 a 8 años, no puede ser desagregado por cuanto la cobertura de vacunación para SR se determina EXCLUSIVAMENTE para el grupo 1 a 8 años de edad).**

Otro proceso importante en el cual el departamento de Boyacá participo cuyo objetivo eran los niños y niñas, fue el de acceder a la Certificación por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de la Protección Social, dentro del Proceso de Eliminación de la circulación del virus del sarampión y la rubeola en el país, consolidándonos como el segundo departamento en Colombia que logro la meta y el primer departamento con mayor numero de municipios en consolidar coberturas superiores al 95% en la administración de Sarampión y Rubéola en la población de 1 a 8 años de edad, con el 97% como se observa en la siguiente grafica.

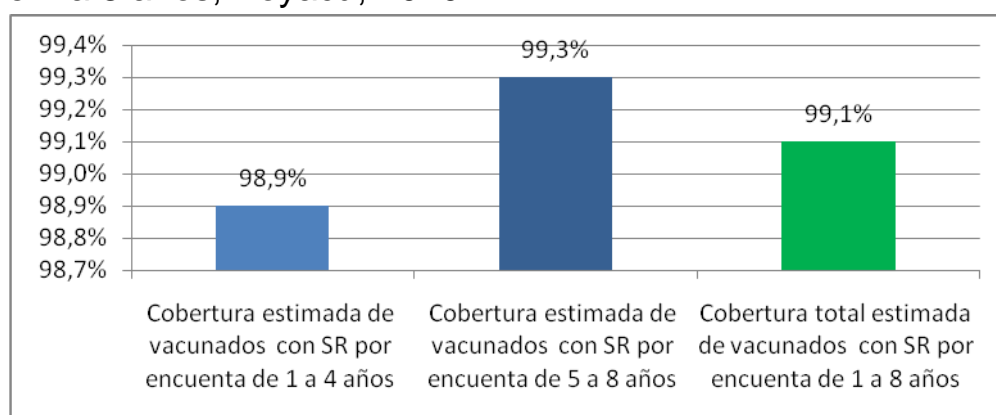
**Ilustración.** Cobertura de Vacunación niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.



**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones.

Al realizar la encuesta de verificación de niños vacunados y registrados en el carnet de vacunas se evidencian por parte de la Organización Panamericana de la Salud – OPS y Minsiterio de la Protección Social, que el 98,9% de los niños y niñas de 1 a 4 años accedieron al biológico, el 99,3% en el grupo de 5 a 8 años, dando un 99,1% del total de niños encuestados vacunados de los 123 municipios de Boyaca.

**Ilustración.** Cobertura estimada de de Vacunación con encuesta niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.



**Fuente:** Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa ampliado de inmunizaciones

## **Estrategias que han mejorado la gestión del programa de vacunación en Boyacá.**

Mediante la implementación de la política Atención Primaria en Salud, con los equipos extramurales, cada uno de los municipios de Boyacá se han visto beneficiados en el seguimiento y vacunación oportuna en ocasiones casa a casa, de la población infantil objeto del programa, contribuyendo así, a completar esquemas de vacunación.

De igual manera, con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en especial de las enfermedades inmunoprevenibles, se observa un comportamiento adecuado en el grupo de menores de 10 años, mientras que en los grupos de 11 a 17 años ocasionalmente se presentan casos de paperas o parálisis flácida, los cuales son monitoreados por el personal de vigilancia en salud pública permanentemente conforme a los protocolos determinados para enfermedades prevenibles por vacunas.

Las estrategias de información masivas, la implementación de seguimiento de cohortes de nacidos vivos en los últimos años, con las encuestas de verificación y monitoreo rápido de coberturas de vacunación, generalmente liderados por el sector público, el departamento de Boyacá ha garantizado esquemas de vacunación útiles para los niños y niñas.

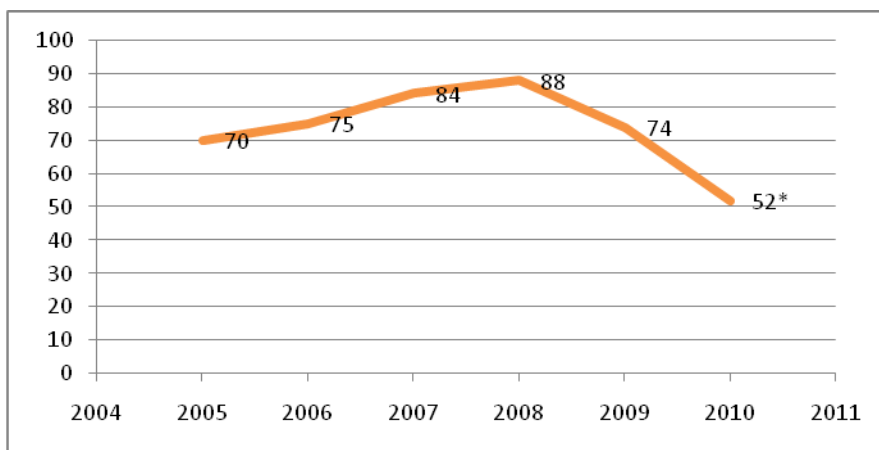
Dentro de las estrategias a implementar que vale la pena resaltar, que se continuara fortaleciendo las actividades que han mejorado la gestión administrativa del programa, de igual manera en la implementación de los nuevos biológicos y en el proceso para certificación en competencias laborales al personal técnico operativo a finales del año 2011, con el fin de prestar un servicio con calidad mediante talento humano calificado.

### ***Comportamiento en VIH – SIDA Materno Infantil***

El Tamizaje de VIH para población de gestantes a nivel departamental durante los últimos cinco años ha estado alrededor del 70% a través de las acciones del Plan Obligatorio de Salud- POS, sin embargo como se observa en la grafica siguiente de observa un decrecimiento, a pesar de que la prueba es voluntaria; dicha situación es preocupante porque al parecer no se está ofertando y realizando la asesoría con calidad como lo

dispone la norma, máxime que en los últimos 5 años se ha observado aumento, en la detección de embarazadas con VIH positivo, cuyo aporte esta en un 35% sobre el total de las mujeres infectadas, notándose principalmente para el año 2010.

**Ilustración.** Porcentaje de gestantes que asistentes a control prenatal con prueba de VIH, Boyacá 2005 a 2010.



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ Gestión POS. Año 2010\* parcial

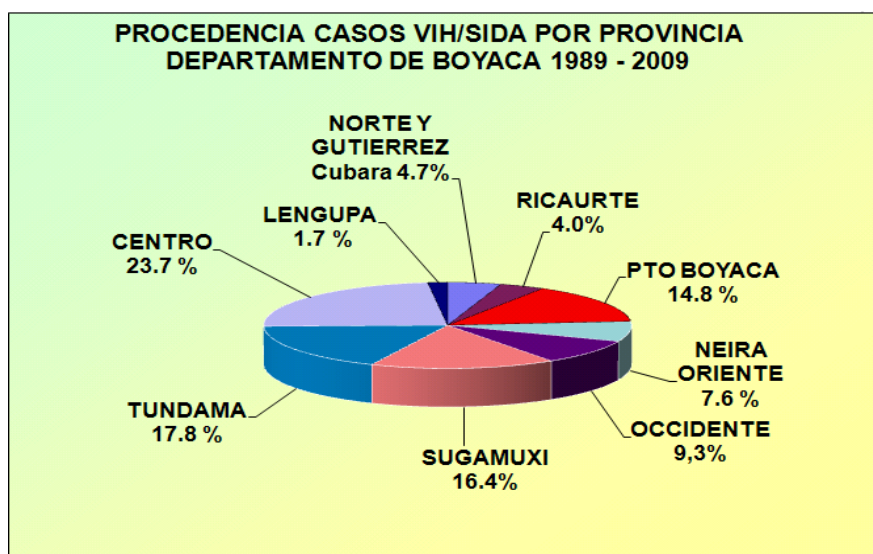
De acuerdo con el reporte por el SIVIGILA de 58 casos nuevos para VIH – SIDA en 2010, 18 fueron mujeres de las cuales 11 gestantes dando una proporción del 61% de incidencia de gestantes infectadas por VIH, acumulándose una tasa de prevalencia de infección de VIH de 0.2% en población de 15 a 49 años de Boyacá, dato obtenido a través del “*Estudio de Seroprevalencia de VIH/SIDA y factores asociados mediante encuesta de vigilancia del comportamiento(EVC) en población de 15 a 49 años en el Departamento de Boyacá año 2009*”<sup>15</sup> aunque, aun menor con la prevalencia estimada para Colombia en el año 2007 de 0.7% en la misma población.

En la siguiente grafica se muestra la distribución porcentual de casos por provincia en el Departamento de Boyacá siendo los municipios más afectados por provincia: Occidente (Puerto Boyacá, Muzo y Chiquinquirá);

<sup>15</sup> Elaborado por la Secretaria de Salud de Boyacá, 2009 y publicado en 2010.

Centro (Tunja); Tundama (Duitama y Paipa); Sugamuxi (Sogamoso); y en menor proporción las provincias de Neira y Oriente (Guateque, Garagoa); Norte y Gutiérrez (Soatá y Cubará); Ricaurte alto y bajo (Moniquirá y Villa de Leyva) y Lengupá (Miraflores).

**Ilustración.** Procedencia de casos VIH por provincia, Boyacá 1989 a 2010.



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2010

A continuación, se detallan los municipios con casos nuevos de VIH-SIDA identificados durante el año 2010:

**Tabla.** Casos de VIH/SIDA por municipio de procedencia. Boyacá, año 2010

Municipio	Casos	Porcentaje	Municipio	Casos	Porcentaje
Tunja	12	20.7%	Santana	1	1.7%
Oicatá	1	1.7%	Villa/Leyva	1	1.7%
Siachoque	1	1.7%	Sogamoso	14	24.1%
Miraflores	1	1.7%	Cuitiva	1	1.7%
Viracachá	2	3.4%	Iza	1	1.7%
Soata	1	1.7%	Tibasosa	1	1.7%
Coper	1	1.7%	Duitama	6	10.3%

Muzo	1	1.7%	Santa Rosa/Viterbo	2	3.4%
Puerto Boyacá	10	17.2%	<b>Departamento</b>	<b>58</b>	<b>100.0%</b>
Moniquirá	1	1.7%			

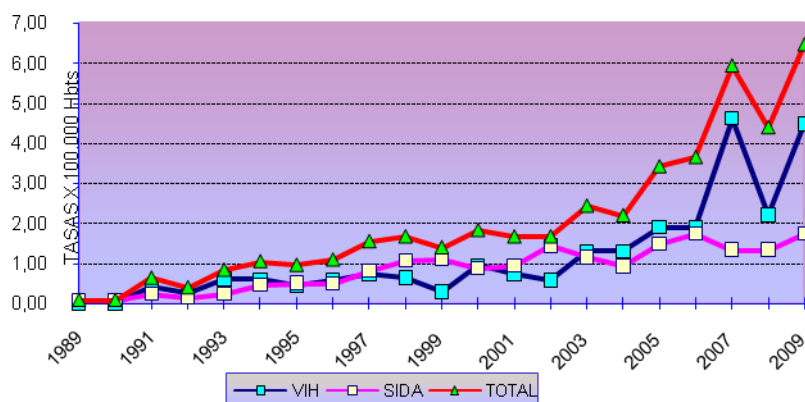
**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. Año 2010

Como se puede observar, el 72,4% de los casos se concentran en las grandes ciudades de Boyacá (Tunja, Sogamoso, Duitama y Puerto Boyacá), lo cual se debe –entre otros- a que en dichos municipios está la mayor proporción de habitantes del departamento, además de ser centro de referencia para inmigrantes, industria, comercio y educación superior.

Para dar cumplimiento a las metas del Objetivo del Milenio No. 6, Boyacá se ha basado en las guías de atención en VIH determinadas en la evidencia del Ministerio de la Protección Social Resolución 3442 de 2006, con énfasis en la oferta de la prueba de VIH para la detección temprana especialmente de población en edad fértil de 10 a 49 años, articulado a los programas de control prenatal, detección temprana de alteraciones del joven mediante acciones preventivas y de doble protección, de planificación familiar y de prevención de ITS/VIH-SIDA con énfasis en el uso del condón.

Como muestra la siguiente grafica la tendencia del VIH – SIDA en el departamento ha venido en aumento desde que se notificó el primer caso en el año 1989, en especial durante los últimos 7 años, siendo el género masculino con el mayor número de infectados.

**Ilustración.** Tendencia de las tasas de incidencia por VIH/SIDA por 100.000 habitantes, Boyacá 1989 a 2009.



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2010

Se observa en la siguiente tabla, que de los 389 casos reportados al SIVIGILA, el 38% son mujeres y del total de ellas el 31% se notificaron durante el embarazo como VIH positivas. A pesar que desde el año 2004 se ha venido reforzando las acciones para el ofrecimiento de asesoría para el tamizaje a través de la prueba ELISA voluntaria, que hace parte del control prenatal, ha permitido el tratamiento oportuno durante la gestación y parto, así como la profilaxis del recién nacido y la entrega de la fórmula láctea por los primeros seis meses de vida de los niños y niñas, favoreciéndose la reducción de la transmisión del VIH Perinatal que en Boyacá satisfactoriamente no reporta registro de casos durante el desarrollo del proyecto; sin embargo vale aclarar que los casos reportados de algunos niños sucedieron en años anteriores, aunque no se llega al 3% sobre el total de la población con VIH/SIDA notificada al SIVIGILA.

**Ilustración 8.** Proyecto reducción de la transmisión madre-hijo- VIH, Boyacá 2004 a 2010.

AÑO	Casos	Mujeres VIH	Madres VIH+
<b>2004</b>	31	12	1
<b>2005</b>	48	21	6
<b>2006</b>	46	14	7
<b>2007</b>	75	27	4

<b>2008</b>	55	23	8
<b>2009</b>	82	31	9
<b>2010</b>	52	18	11
<b>Total</b>	<b>389</b>	<b>146</b>	<b>46</b>

**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2010

## **Estrategias que han contribuido a la reducción de la transmisión del VIH/SIDA en Boyacá**

Las estrategias que se desarrollan en el Departamento de Boyacá son continuas en el tiempo, siendo entre otras:

Asistencia técnica al recurso humano (Médicos, Gineco-obstetras, Pediatras, Enfermeras, Bacteriólogas, Auxiliares de Enfermería) de las Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas sobre las guías de atención en VIH-SIDA basadas en la evidencia (Resolución 3442 de 2006), en convenio interadministrativo con la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja con el grupo experto para VIH desde el 2008 hasta 2011.

Se continua con el fortalecimiento del proyecto para la reducción de la transmisión Materno – Perinatal del VIH, apoyado por La Unión Europea y El Ministerio de la Protección Social desde el 2004 hasta la actualidad; Mediante la capacitación continúa al recurso Humano responsable de promoción y prevención en Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en asesoría pre y pos prueba VIH especialmente en la población de 15 a 49 años, en los últimos años.

Es importante resaltar que mediante la realización del “Estudio de seroprevalencia del VIH/SIDA y de factores asociados mediante encuesta de vigilancia del comportamiento (EVC) en población de 15 a 49 años en el Departamento de Boyacá .2009” y Socialización de los resultados por provincia, ha sido la línea de base para el departamento en la promulgación de estrategias y políticas de intervención, en cuanto a consejería, búsqueda activa y fortalecimiento de la capacidad técnica del

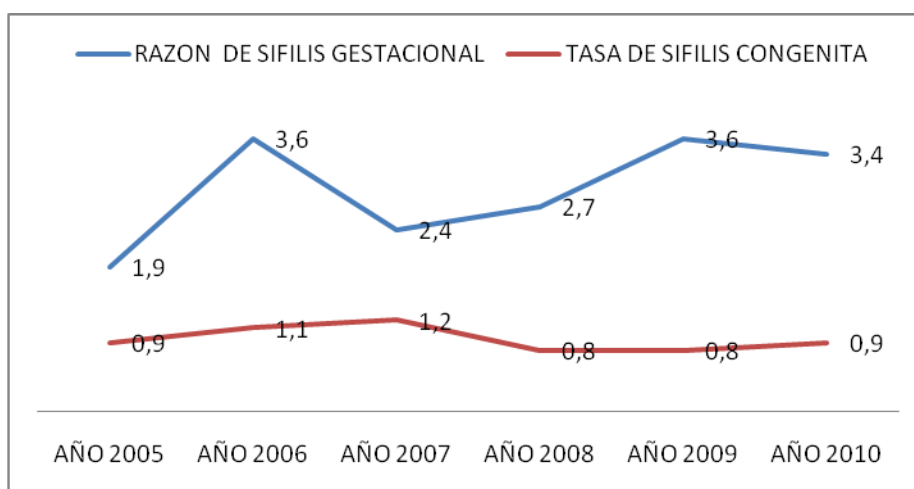
recurso humano, sin dejar de enunciar, la Intensificación de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA como evento de interés en salud pública y la respuesta en la atención integral por parte de aseguradoras y prestadores de servicios de salud en el departamento de Boyacá.

Sifilis. Incluye indicadores 22 y 65.

La identificación de una gestante con VDRL reactivo es importante para reducir los casos de Sífilis Congénita y así alcanzar la meta de tener una tasa menor a 0.5 casos por mil nacidos vivos definidas para Colombia.

Como se observa a continuación el componente de sífilis esta compuesto por la tasa de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos y por la razón de sífilis gestacional por 1000 nacidos vivos; Es así, que en la gráfica siguiente, la tendencia de la tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos desde 2005 a 2010, muestra un comportamiento cíclico, lo cual preocupa, teniendo en cuenta el mayor acceso de las gestantes a los servicios de salud, por lo cual la Secretaria de Salud, mediante la implementación de la política de Atención Primaria en Salud en la prestación de los servicios con la articulación de los sectores involucrados en el mejoramiento de la salud familiar.

**Ilustración9.** Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 - 2010

En lo relacionado con sífilis gestacional, se observa en la gráfica, la razón por mil nacidos vivos durante el periodo 2005 a 2010, definida por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, donde la tendencia cíclica es a más corto plazo, observando picos cada 3 años.

A continuación se observa una tabla resumen, de la razón de Sífilis Gestacional y tasa de sífilis congénita en Boyacá, durante el periodo 2005 a 2010,

**Tabla.** Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.

<b>AÑO</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>RAZON DE SIFILIS GESTACIONAL</b>	<b>1.9</b>	<b>3.6</b>	<b>2.4</b>	<b>2.7</b>	<b>3.6</b>	<b>3.4</b>
<b>TASA DE SIFILIS CONGENITA</b>	<b>0.9</b>	<b>1.1</b>	<b>1.2</b>	<b>0.8</b>	<b>0.8</b>	<b>0.9</b>

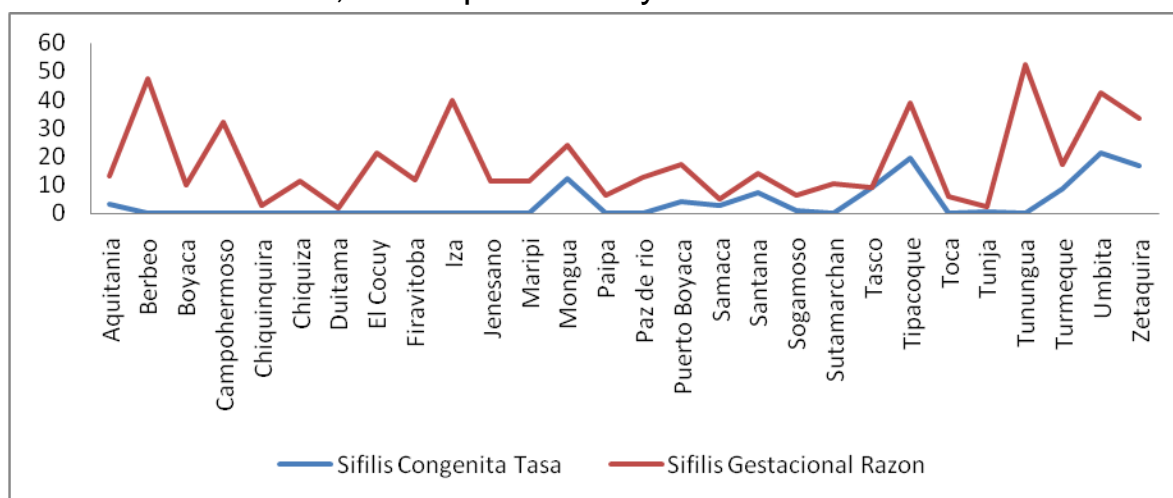
**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 - 2010

En el POS se encuentra que el 75% de las gestantes se toman la serología durante el embarazo, de las cuales el 3% de las entrevistadas en SICAPS manifiesta que el resultado fue reactivo. Coherente con el SIVIGILA de la Secretaria de Salud 2010 que la Razón de Sífilis Gestacional fue de 3.4 por mil nacidos vivos y la tasa de sífilis congénita fue de 0.9 por mil nacidos vivos, sin embargo la tasa de Sífilis Congénita es de 2.4 X 1.000 NV a nivel del país.

A continuación se presenta por Municipio la Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 NV en el departamento de Boyacá en el año 2010, el municipio de Umbita presentó la tasa más alta con 21.3 por 1.000 NV con 2 casos, seguido por Tipacoque con una tasa de 19.6 y Zetaquirá de 16.9 por 1.000

NV con un caso cada uno, Puerto Boyacá fue el municipio que tuvo más casos (4) con una tasa de 4.1 por 1.000 NV. La razón Sífilis Gestacional mas alta la tuvo Tunungua con 52.6 por 1.000 NV, seguido de Berbeo (47.6 por 1.000 NV), Iza (47.6 por 1.000 NV) y Campohermoso (47.6 por 1.000 NV) con un caso cada uno, Puerto Boyacá fue el municipio que presento más casos (13) con una razón de 13.3 por 1.000 NV.

**Ilustración.** Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Municipios de Boyacá 2005 a 2010.



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 - 2010

**Tabla.** Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos por municipio. Departamento de Boyacá, año 2010

Municipio	Sífilis Congénita		Sífilis Gestacional		Municipio	Sífilis Congénita		Sífilis Gestacional	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa		Casos	Tasa	Casos	Tasa
Aquitania	1	3,3	3	9,9	Paz de río			1	12,7
Berbeo			1	47,6	Puerto Boyacá	4	4,1	13	13,3
Boyacá			1	10,2	Samacá	1	2,6	1	2,6
Campohermoso			1	32,3	Santana	1	7,2	1	7,2
Chiquinquirá			3	2,9	Sogamoso	2	1	11	5,5
Chíquiza			1	11,4	Sutamarchan			1	10,8
Duitama			4	2,1	Tasco	1	9,2		

El Cocuy			2	21,5	Tipacoque	1	19,6	1	19,6
Firavitoba			1	12	Toca			1	6,3
Iza			1	40	Tunja	1	0,3	7	2,4
Jenesano			1	11,4	Tunungua			1	52,6
Maripi			1	11,5	Turmeque	1	8,7	1	8,7
Mongua	1	12,2	1	12,2	Úmbita	2	21,3	2	21,3
Paipa			3	6,4	Zetaquirá	1	16,9	1	16,9
					<b>Departamento</b>	<b>17</b>	<b>0,9</b>	<b>66</b>	<b>3,4</b>

**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. Año 2010

## Estrategias para la reducción de Sífilis en Boyacá

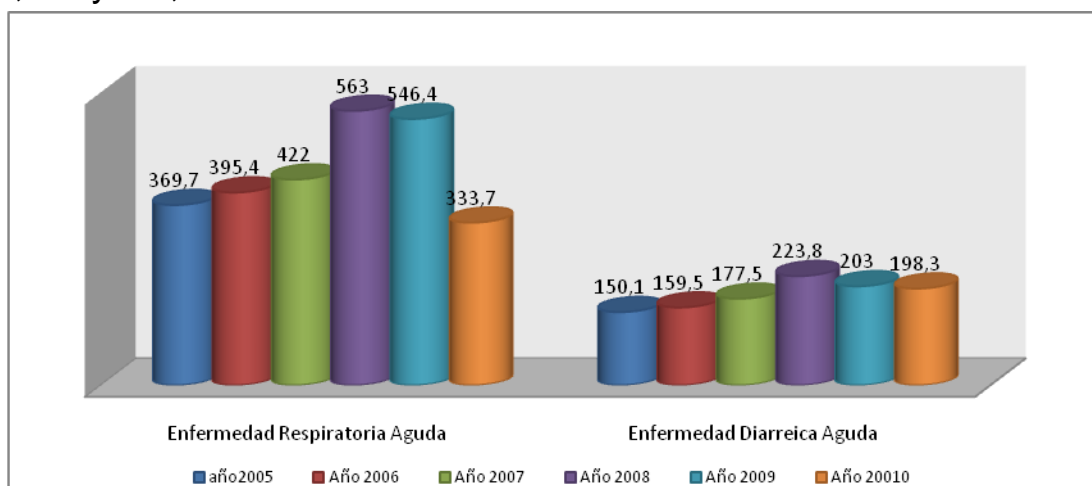
Si bien es cierto, Boyacá no ha podido alcanzar la meta nacional de sífilis congénita, a pesar del mejoramiento en la detección temprana de las gestantes durante el primer y segundo trimestre de embarazo.

Es por ello que se observa la imperiosa necesidad de reforzar las acciones de protección específica y detección temprana a través de la aplicación de las norma técnica de la detección temprana de las alteraciones del Joven, mediante la organización de las prestación de los servicios individuales articulado en la política de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar, donde la mujer en estado de gestación es prioritaria catalogando ese núcleo familiar en alto riesgo y así, poder efectuarle seguimiento y detección oportuna y permanente durante dicho estado fortaleciendo la maternidad segura, prevención de Infecciones de transmisión sexual, VIH/ SIDA, su autoestima y conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y relación con el entorno entre otros.

## ***Morbilidad por EDA (menores de 5 años), Morbilidad por ERA (menores de 5 años)***

El comportamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia, especialmente enfermedades diarreicas y respiratorias de tipo agudo, han presentado un leve descenso en el departamento entre los años 2008 a 2010 según las estadísticas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Boyacá.

**Ilustración10.** Morbilidad por IRA y EDA en niños y niñas menores de 5 años, Boyacá, 2005 -2010



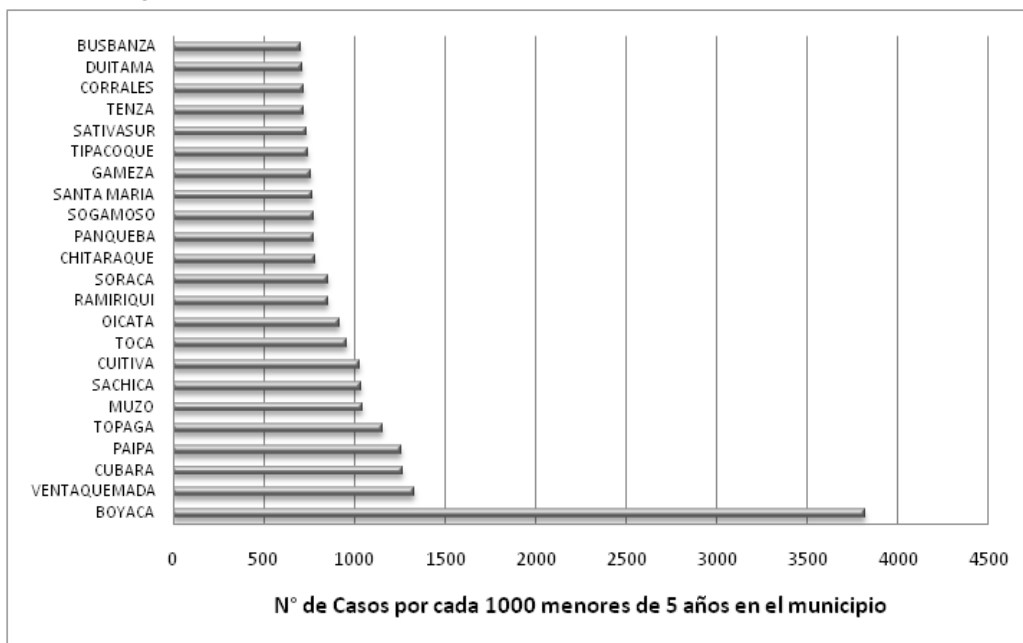
**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 – 2010

El descenso en la prevalencia de las infecciones respiratorias y diarreicas depende en gran medida de las intervenciones en el orden ambiental así como en el comportamiento de los cuidadores de niños y niñas menores de 5 años.

Dichos eventos se mitigan a través de la Estrategia AIEPI, donde se ha logrado una reducción de las muertes por Infecciones Respiratorias Agudas en menores de 5 años, pasando de 31 casos en el año 2005 a 8 casos en el año 2010. De igual manera se han logrado mitigar las muertes por Enfermedad Diarreica Aguda en este mismo grupo de edad, pasando de 7 casos en el 2005 a 0 casos en el 2010, observable en la grafica anterior.

Los municipios con mayor prevalencia de enfermedades respiratorias agudas en Boyacá durante 2009 se muestran en la grafica a continuación:

**Ilustración.** Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009

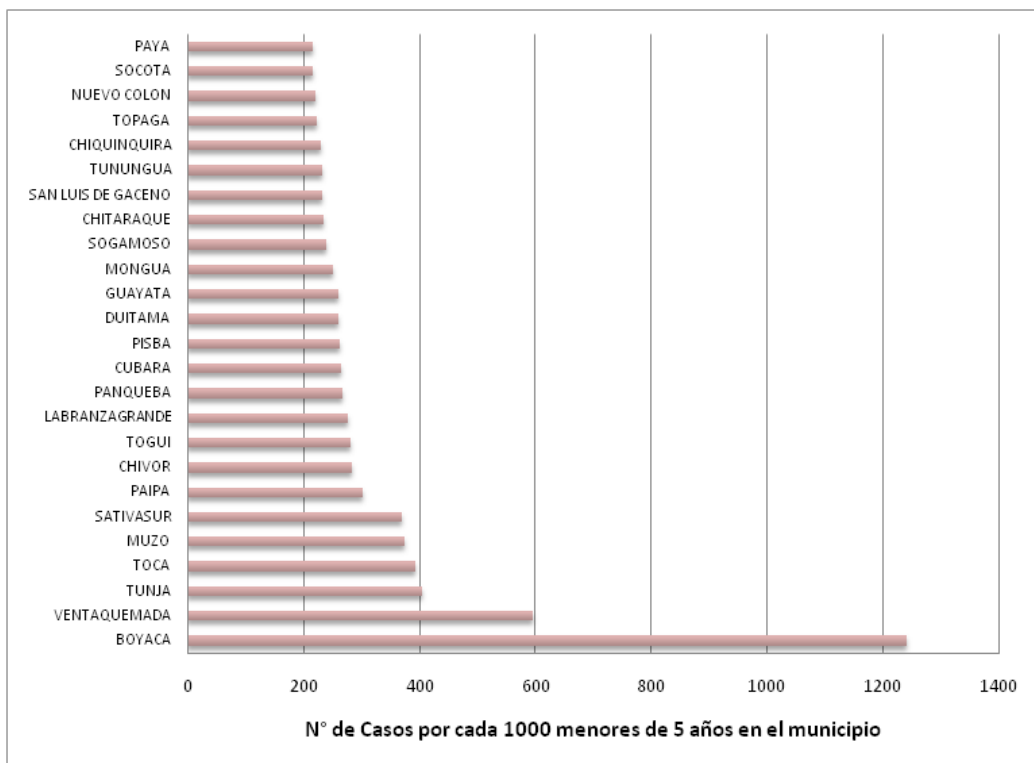


**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2009

En los municipios registrados prevalecen por lo general condiciones precarias de saneamiento ambiental y comportamental consideradas de alto riesgo, que favorecen la aparición de casos siendo las más comunes: Hacinamiento, Inadecuadas condiciones higiénicas en las viviendas, Condiciones climáticas (frio y templado); Exposición a humo de leña en las viviendas; Alto índice de Necesidades Básicas Insatisfechas; Alta prevalencia de Desnutrición Aguda y crónica en niños y niñas menores de 5 años –Inseguridad alimentaria; Practicas inadecuadas para el cuidado de niños y niñas menores de 5 años donde el lavado de manos, higiene de los alimentos, signos de alarma en enfermedades prevalentes, entre otras no son habituales.

Para el caso de la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda, los municipios con mayor afectación en el 2009 se observa en la siguiente grafica:

### Ilustración 11. Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009



**Fuente:** Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 – 2010

Al igual que con el evento anterior, para la Enfermedad Diarreica Aguda, prevalecen condiciones especialmente relacionadas con el medio ambiente en estas localidades, a las cuales, se le agregan el tratamiento inadecuado del agua tanto a nivel municipal en la zona rural como en el hogar.

### Estrategias para la reducción de Enfermedad Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda en Boyacá

Las estrategias utilizadas para la reducción de la morbilidad (enfermedad y muerte) por enfermedades diarreicas y respiratorias en niños menores de 5 años corresponden básicamente a Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes en la Infancia - AIEPI, el Programa de Amor y Nutrición, Vacunación oportuna, Salud mental, Vigilancia en Salud

Pública y Control de Factores de Riesgo del Ambiente con énfasis en la Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, las cuales se han articulado fuertemente con la implementación como se ha reiterado con profundidad a lo largo de la descripción de los diferentes indicadores de la categoría de derecho a la existencia, en los objetivos todos vivos, ninguno desnutrido y todos saludables, con la Política Departamental a través de la implementación de las Ordenanza Atención Primaria en Salud con enfoque en Salud Familiar sancionada con el Numero 023 de 2010, en la cual se articula la gestión de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad en Salud del departamento con mirar a desarrollar el componente de salud en el marco de la Política pública también sancionada mediante el No 026 de 2010, nuevo ciudadano Boyacense.

## **Objetivo de política. Ninguno desnutrido**

### **Desnutrición aguda, crónica y global en escolares.**

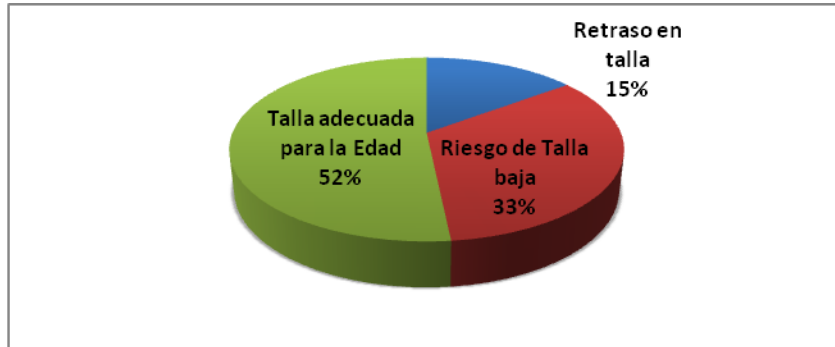
Frente a la evaluación de la situación nutricional en escolares del Departamento de Boyacá, presentamos apartes del estudio realizado como parte del seguimiento al programa de alimentación escolar en el año 2010, la muestra incluye 580 niños y niñas y adolescentes ente 5 a 17 años, de 17 municipios.

Los resultados generales de la evaluación realizada en el mes de noviembre de 2010 a los niños, niñas y adolescentes del programa “**PAPA**”, acorde a las instrucciones impartidas en el Anexo Técnico de la Resolución 2121 del 9 de junio de 2010 emanada del Ministerio de la Protección Social,

Se presentan los resultados generales de la evaluación realizada en el mes de noviembre de 2010 a los niños, niñas y adolescentes del programa “**PAPA**”, acorde a las instrucciones impartidas en el Anexo Técnico de la Resolución 2121 del 9 de junio de 2010 emanada del Ministerio de la Protección Social, por la cual se adoptan los **Patrones de Crecimiento** publicados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad.

En cuanto al Indicador Talla para la Edad, en la grafica siguiente se observa un porcentaje del 14,8 % de niños, niñas y adolescentes escolares con retraso en talla (entre -2 y -3 desviaciones estándar). Esta cifra se encuentra por debajo del referente de la ENSIN 2005 que para la población de 5 a 9 años es de 23,4% y para población adolescente de 10 a 17 años de 24,5%, e indica que el problema de alimentación viene de tiempo atrás, no obstante es preocupante la población ubicada en el rango definido como riesgo de talla baja (-1 desviación estándar), ya que, de no dar continuidad a estos programas de complementación alimentaria, la tendencia es a aumentar los niveles de retraso en talla, si unido a lo anterior, no se mejoran las condiciones socioeconómicas de las familias de los niños escolares.

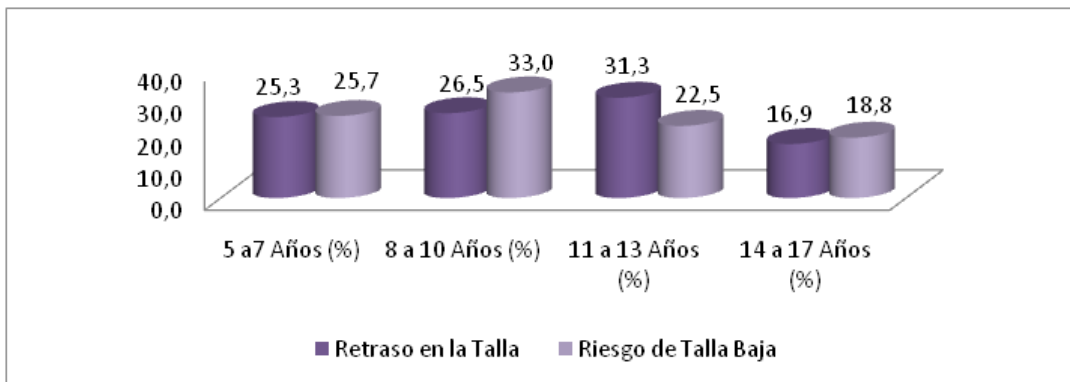
**Ilustración.** Porcentaje estado Nutricional según Indicador Talla-Edad (T/E). Niños, niñas y adolescentes evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.



**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá- Dirección Técnica Salud pública- Nutrición/ 2010.

Este indicador es muy importante y difiere de los otros dos (peso para la edad y peso para la talla) debido a que su recuperación es mucho más lenta, siendo más difícil a medida que aumenta la edad del niño. Lo anterior dado por el retraso acumulativo del crecimiento, de factores ambientales adversos y de problemas socioeconómicos de largo plazo, encontrando una alta correlación con los niveles de pobreza. Es por consiguiente un indicador que se relaciona con la calidad de vida, el nivel de desarrollo humano y de seguridad alimentaria y nutricional de la población escolar evaluada.

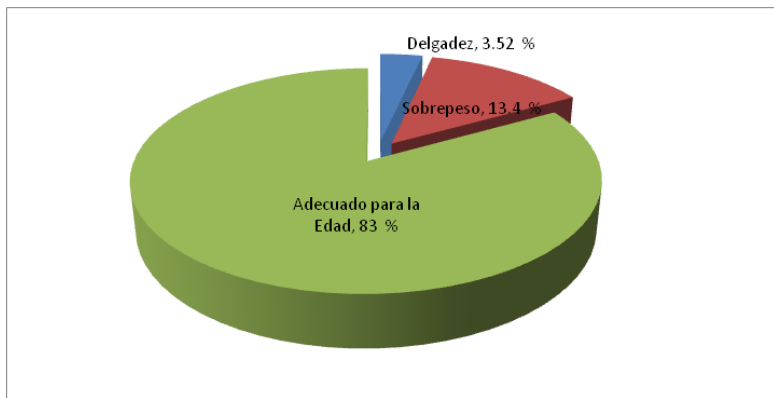
**Ilustración.** Análisis del Indicador Talla Edad según grupos de edad en niños, niñas y adolescentes en el Departamento de Boyacá. Año 2010.



**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá- Dirección Técnica Salud pública- Nutrición/ 2010

De acuerdo a la gráfica anterior, el mayor porcentaje de retraso en la talla se observa en el grupo de escolares entre los 11 y 13 años con el 31.3%, seguido de los grupos de 8 a 10 años con 26.5% y el de 5 a 7 años con el 25.3%. A su vez el mayor porcentaje de riesgo de talla baja se encuentra en el grupo de escolares de 8 a 10 años con 33% y en el de 5 a 7 años con 25.7%, pudiendo concluir que a menor edad mayor riesgo de que se presenten problemas nutricionales. Contrario a lo esperado el grupo de escolares entre 14 a 17 años fue el que menos problema de retraso y riesgo de talla baja presentaron.

**Ilustración.** Estado Nutricional según Indicador Índice de Masa Corporal (IMCZ). Niños, niñas y adolescentes evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.



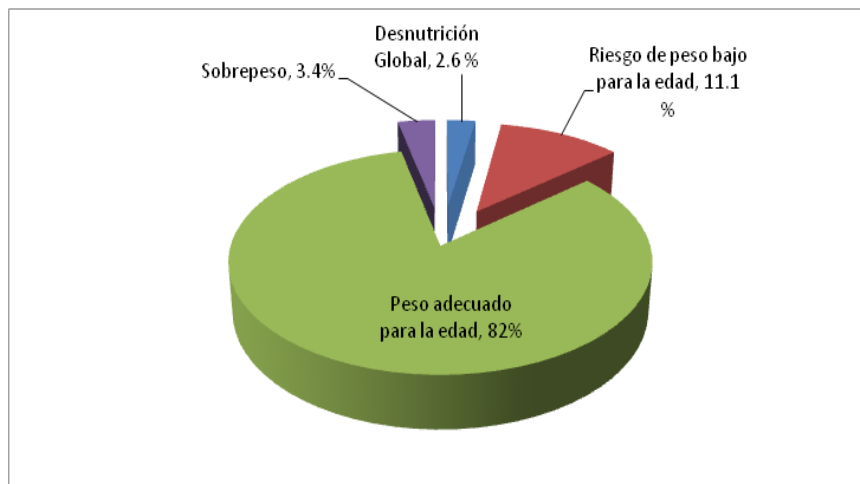
**Fuente:** Secretaria de Salud de Boyacá- Dirección Técnica Salud pública- Nutrición/ 2010

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un número que describe el peso de una persona en relación a su longitud/talla, calculada como Kg/m<sup>2</sup>. El Índice de masa corporal para la edad es un indicador de crecimiento que relaciona el IMC con la edad.

En la gráfica anterior, podemos observar que el 3,52% de la población escolar evaluada presentó **delgadez**, que corresponde a 20 escolares. El 13,4% que correspondió a 76 escolares, presentó **sobrepeso**, probablemente por inadecuados hábitos alimentarios. Se observó igualmente que del total de niños que presentaron sobrepeso, el 46% tienen afectada la talla (retraso en la talla) o se encuentran en riesgo de talla baja, con lo cual podríamos afirmar que son escolares con un

aparente sobrepeso, pues aunque el peso sea el adecuado, la alimentación no alcanza a influir suficientemente para evitar que el retraso en talla se detenga.

**Ilustración12.** Estado Nutricional según Indicador Peso para la Edad. Niños y niñas de 5 a 9 años evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.



**Fuente.** Secretaria de Salud de Boyacá- Dirección Técnica Salud pública- Nutrición/ 2010.

El Índice Peso/Edad (deficiencia ponderal), es un indicador de crecimiento que mide el peso en relación con la edad. Refleja la situación nutricional global sin especificar la magnitud del problema. Generalmente este indicador está alterado cuando los indicadores talla/edad y peso/talla presentan alguna deficiencia.

Según la gráfica anterior, muestra el porcentaje de niños con desnutrición global en el 2,6 % de los niños entre los 5 y los 9 años, que corresponde a 15 escolares, cifra inferior a la reportada por la ENSIN 2005, que para la subregión Boyacá, Cundinamarca, Meta y Santanderes era de 4,1 %. En cuanto a riesgo de peso bajo para la edad, se observa la misma tendencia del indicador de retraso en talla, donde el 11,1 % de los niños y niñas escolares entre los 5 y los 9 años (63 escolares) presentan riesgo de peso bajo para la edad. De otra parte, se encontró un porcentaje del 3,4 % de niños y niñas con sobrepeso, que correspondió a 19 escolares y de acuerdo a la ENSIN para la Subregión Boyacá, Cundinamarca, Meta y Santanderes para la población de 5 a 9 años es de 3,9 %.

En cuanto al **riesgo de peso bajo para la edad**, se encontraron 63 niños y niñas escolares en una proporción similar de riesgo, es decir 33 niñas, que corresponde al 52,3% frente a 30 niños que representan el 47,6% en riesgo, de los cuales, los grupos de edad más afectados son los de 9 años, seguido de los de 8 y 6 años respectivamente. Con relación al **sobrepeso**, se encontró un número de 19 niños y niñas escolares entre 5 y 9 años, siendo más prevalente en las niñas (14) con un porcentaje del 73.7% que en los niños (5), con un porcentaje del 26,3%. Al igual que en el riesgo, los grupos de edad más afectados son los de 9 años seguido de los de 8.

El análisis anterior, significa la línea de base certera para efectuar el seguimiento de los programas de alimentación y nutrición que se implementen a partir del año 2010 en población escolar.

## **ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

En el área de salud es difícil apartar las acciones enfocadas en adolescente y jóvenes, en la medida que el abordaje y su efectos son transversales en ambos ciclos (en el contexto de la Estrategia de “Hechos y derechos”). En este sentido, corresponde en el marco de la Estrategia referirnos a temas específicos como:

### **Mortalidad de 0 a 17 años por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar).**

De la población total del Departamento la niñez, la adolescencia y la juventud ocupan entre un 45 y 50% de la población total de Boyacá, con tendencia a la disminución en la población, entre otras razones por reducción del número de nacidos vivos a un promedio de 5% por año.

El análisis de la mortalidad por causas externas (Homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar) en la población de 0 a 17 años, se realizará a través de la Tasa de mortalidad de 0 a 17 años, indicador propuesto por la estrategias hechos y derechos para tal fin.

La fuente de información de las muertes se obtuvo del Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quienes señalan el siguiente comportamiento:

**Tabla.** Comportamiento Anual. Tasa de muerte por causa externa en población de 0-17 años. Boyacá. 2005 – 2009

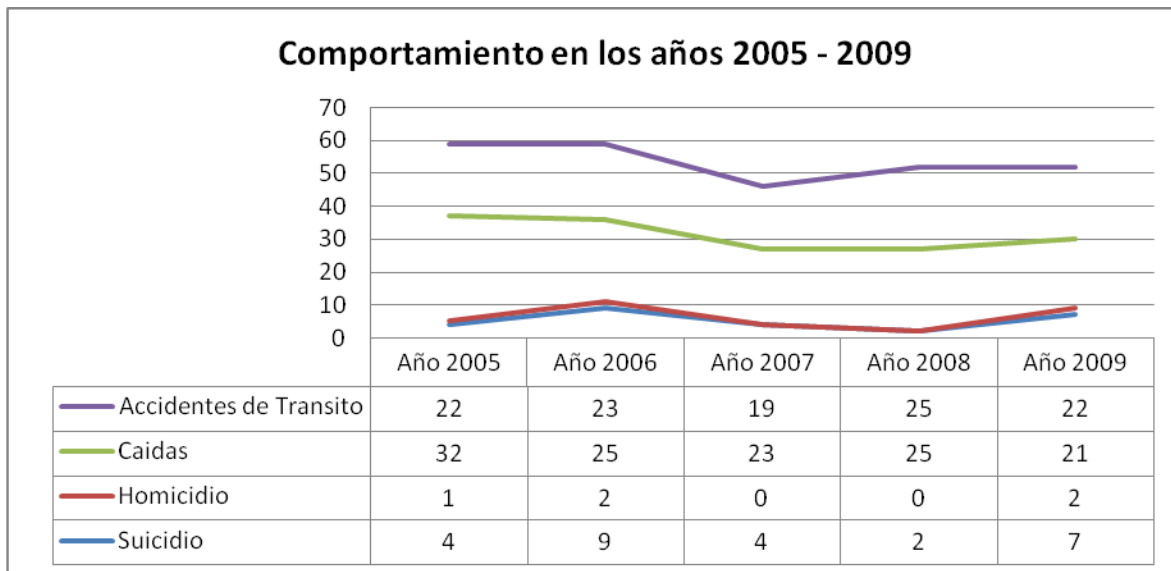
<b>Año</b>	<b>Año 2005</b>	<b>Año 2006</b>	<b>Año 2007</b>	<b>Año 2008</b>	<b>Año 2009</b>
<b>Total de casos de</b>	59	59	46	52	52

<b>muerres por causas externas</b>					
<b>Población 0 - 17 años</b>	468.141	465.186	461.551	457.027	451.680
<b>TASA</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

**Fuentes:** CENSO DANE Proyecciones de Población 2005 – 2020 e Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia – GCRNV. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios 2005 – 2009. – Análisis Equipo de Trabajo Programa de Salud Mental. Departamento de Boyacá.

De acuerdo con lo anterior, se observa que el comportamiento de la tasa varía cada año debido, al total de muertes por causas externas y la disminución de la población 0 – 17 años de edad, así como a la implementación de los distintos programas que apoyan y/o fortalecen el cuidado de los niños y niñas.

**Gráfico No. Casos de Muerte por causas externas en población 0 a 17 años en los años 2005 - 2009**



**Fuentes:** CENSO DANE Proyecciones de Población 2005 – 2020 e Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus

El comportamiento por cada una de las causas externas a las cuales se atribuye esta mortalidad son:

**Tabla.** Total de casos según Tipo de muerte por causa externa en población de. 0 - 17 años. Boyacá 2005 – 2009.

TIPO DE HECHO	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	TOTAL
Caídas/ accidentes	32	25	23	25	21	126
Accidentes de Transito	22	23	19	25	22	111
Suicidio	4	9	4	2	7	26
Homicidio	1	2	0	0	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>59</b>	<b>46</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>268</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios 2005 – 2009.

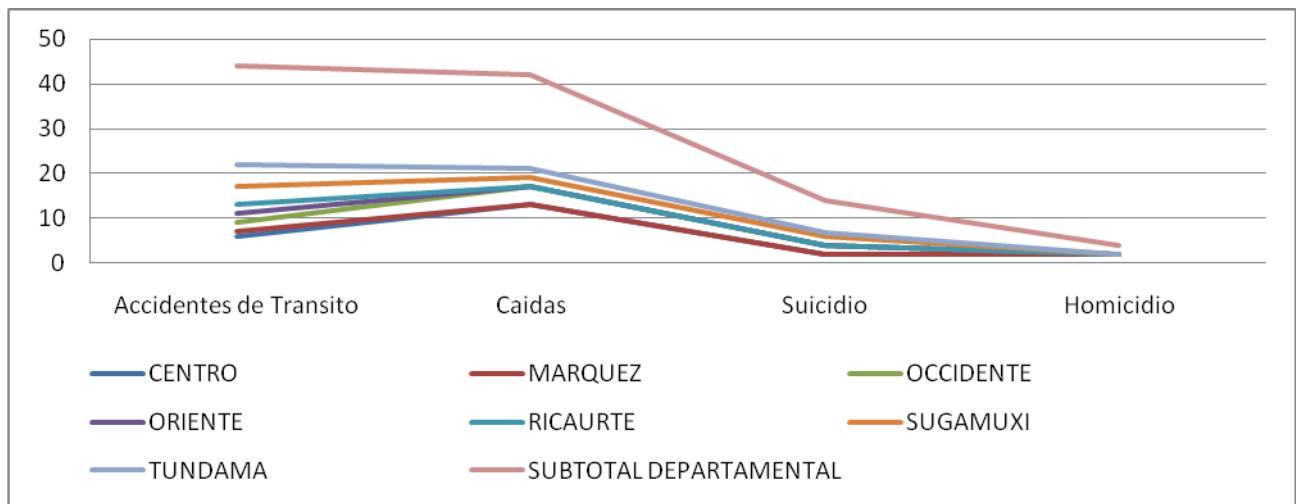
Revisando la información presentada anteriormente, se puede apreciar que del total de muertes por causas externa en el periodo 2005 – 2009, un 47% (126 casos) corresponden a caídas; un 41% (111 casos) corresponden a Accidentes de Tránsito; un 10% (26) casos a suicidios y un 2% (5 casos) a homicidios.

En términos generales se observa disminución de este tipo de causas de muerte en la población con una reducción anual del 4%, los eventos con mayor tendencia a la reducción de casos son en su orden: Caídas y accidentes con un 7% anual, accidentes de tránsito 2% anual, y los suicidios y homicidios proyectan una tendencia de 0%.

Es preciso indicar el comportamiento de las muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes de acuerdo a la provincia y el municipio de procedencia, lo cual permite la formulación de acciones y priorización de territorios a implementar en las siguientes áreas:

- Muertes Accidentales
- Accidentes de Transito
- Suicidio
- Homicidios.

**Gráfico No.. MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS - ANALISIS POR PROVINCIA**



**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

## ANALISIS POR PROVINCIAS

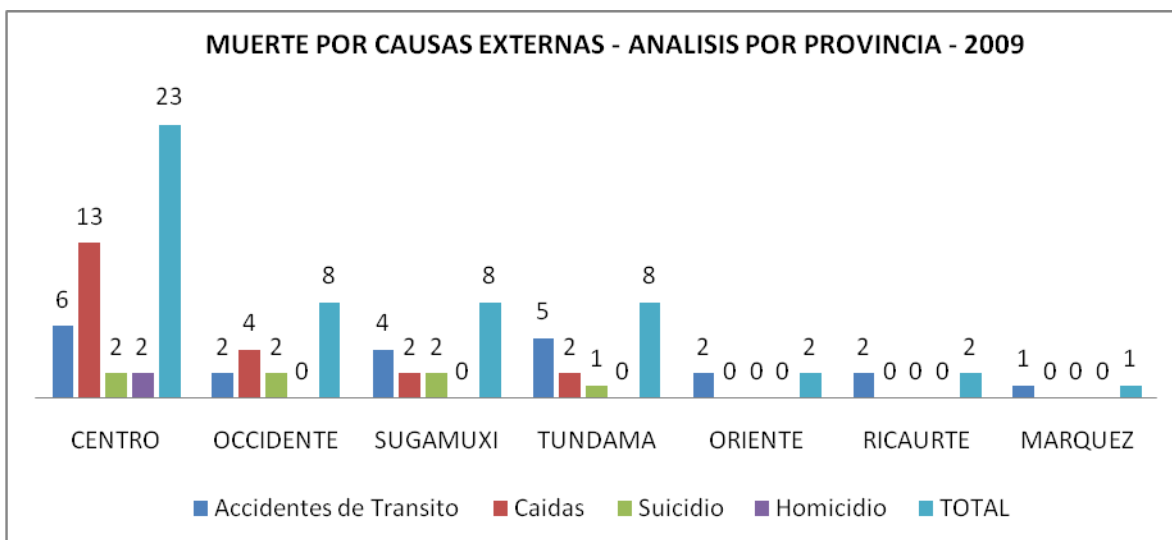
Tabla. MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS - ANALISIS POR PROVINCIAS

PROVINCIA	Accidentes de Transito	Muertes Accidentales (Caídas)	Suicidio	Homicidio
CENTRO	6	13	2	2
MARQUEZ	1	0	0	0
OCCIDENTE	2	4	2	0
ORIENTE	2	0	0	0
RICAURTE	2	0	0	0
SUGAMUXI	4	2	2	0
TUNDAMA	5	2	1	0
<b>SUBTOTAL DEPARTAMENTAL</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>2</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

De acuerdo a lo anterior, se observa que el Indicador No5. Muerte por Causas Externas, durante el 2009, se presentó en las provincias de CENTRO, MARQUEZ, OCCIDENTE, ORIENTE, RICAURTE, SUGAMUXI y TUNDAMA, en total 25 municipios del Departamento, lo que corresponde al 20% de los mismos, presentaron situaciones relacionadas con el Indicador No. 5.

## Gráfico No.. Muerte por causas externas - análisis por provincia 2009



**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

La provincia de Centro presenta el mayor número de casos (23), seguido de la provincia de Occidente, Sugamuxi y Tundama (cada una con 8 casos), luego Oriente y Ricaurte, cada una con dos (2) casos y finalmente Márquez con un (1) caso.

A continuación se presenta el comportamiento de cada una de las provincias mencionadas anteriormente.

### PROVINCIA DE CENTRO

**Tabla. Provincia de Centro - Muerte por Causas Externas**

MUNICIPIO	Muertes Accidentales (Caídas)	Accidentes de Transito	Suicidio	Homicidio
COMBITA	1			
CUCAITA	1			
MOTAVITA				
OICATA		1		
SAMACA	1			
SIACHOQUE			1	

TUNJA	5	5		1
TUTA	3			
VENTAQUEMADA	2		1	1
<b>SUBTOTAL CENTRO</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

En el municipio de Centro, el mayor número de muertes se presentó en la ciudad de Tunja, seguido de Tuta y Ventaquemada.

## PROVINCIA DE MARQUEZ

**Tabla. Provincia de Márquez - Muerte por Causas Externas**

MUNICIPIO	Muertes Accidentales (Caídas)	Accidentes de Tránsito	Suicidio	Homicidio
BOYACÁ		1		
<b>SUBTOTAL MARQUEZ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

En la provincia de Márquez, sólo se reportó un accidente de tránsito en el municipio de Boyacá, Boyacá

## PROVINCIA DE OCCIDENTE

Tabla. Provincia de Occidente - Muerte por Causas Externas

MUNICIPIO	Muertes Accidentales (Caídas)	Accidentes de Transito	Suicidio	Homicidio
BUENAVISTA	3			
CALDAS		1		
CHIQUINQUIRÁ			1	
PAUNA		1		
PUERTO BOYACÁ				
QUIPAMA	1			
SAN PABLO DE BORBUR			1	
<b>SUBTOTAL OCCIDENTE</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

En la provincia de Occidente se presentaron muertes por causas externas con mayor número de casos en el municipio de Buenavista.

## PROVINCIA DE ORIENTE

Tabla. Provincia de Oriente - Muerte por Causas Externas

MUNICIPIO	Muertes Accidentales (Caídas)	Accidentes de Transito	Suicidio	Homicidio
SOMONDOCO		2		
<b>SUBTOTAL ORIENTE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

En la provincia de Oriente, sólo se reportó un accidente de tránsito en el municipio de Somondoco, Boyacá

## PROVINCIA DE RICAURTE

**Tabla. Provincia de Ricaurte - Muerte por Causas Externas**

MUNICIPIO	Muertes Accidentales (Caídas)	Accidentes de Transito	Suicidio	Homicidio
GACHANTIVA		1		
SANTANA		1		
<b>SUBTOTAL RICAURTE</b>	0	2	0	0

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

## PROVINCIA DE SUGAMUXI

**Tabla. Provincia de Sugamuxi - Muerte por Causas Externas**

MUNICIPIO	Caidas	Accidentes de Transito	Suicidio	Homicidio
FIRAVITOBA				
NOBSA	2	3		
SOGAMOSO			2	
TIBASOSOA				
TOPAGA		1		

<b>SUBTOTAL RICAURTE</b>	2	4	2	0
------------------------------	---	---	---	---

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

## PROVINCIA DE TUNDAMA

**Tabla. Provincia de Tundama - Muerte por Causas Externas**

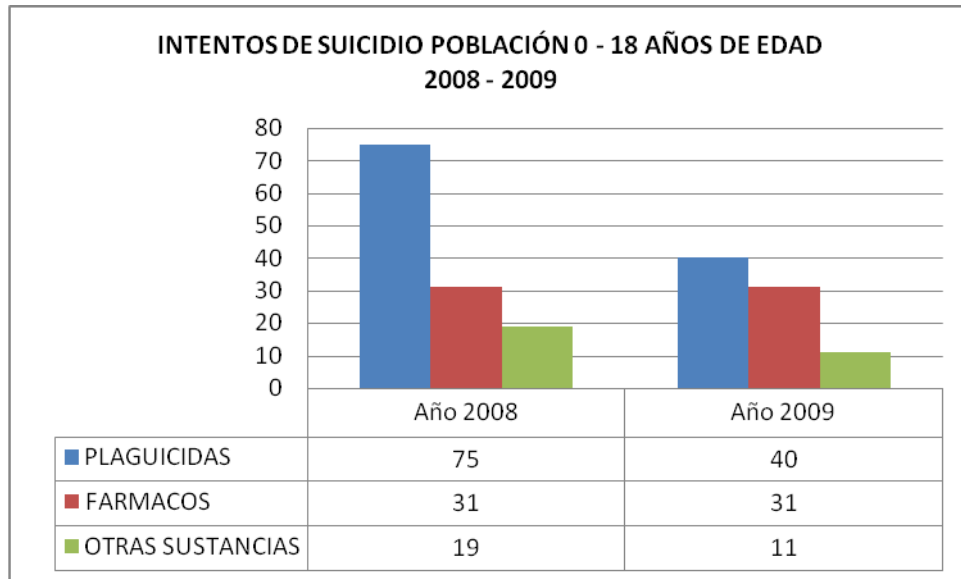
<b>MUNICIPIO</b>	<b>Caidas</b>	<b>Accidentes de Transito</b>	<b>Suicidio</b>	<b>Homicidio</b>
BELEN		1		
CERINZA		1		
DUITAMA		1	1	
PAIPA	2	2		
SANTA ROSA DE VITERBO				
<b>SUBTOTAL TUNDAMA</b>	2	5	1	0

**Fuente:** Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses - INMLCF / Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC. Departamento de Boyacá y sus Municipios – 2009. Análisis Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud de Boyacá

Las causales posibles de suicidio en población general suelen estar asociadas con pérdidas afectivas, rupturas amorosas, maltrato infantil, abuso sexual, depresión, consumo de drogas, dificultades en la resolución de conflictos, razón por la cual el Departamento fortaleció su programa de salud mental.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Este tema se profundizará en Buenas prácticas.

**Ilustración.** Sustancias Utilizadas en los Intentos de Suicidio Población. 0 - 18 años. Boyacá. 2008 – 2009.



**Fuente:** Sistema de Vigilancia – Secretaria de Salud. Semana Epidemiológica 49.

En su orden se observa el uso de **plaguicidas, fármacos y otras sustancias**, como las más utilizadas en el intento de suicidio. Utilizando los hombres con más frecuencia los plaguicidas y las mujeres los fármacos.

Teniendo en cuenta éste análisis de la Secretaria de Salud, se identificó como factor de riesgo el uso de plaguicidas, por lo cual se realizó articulación con el Consejo Seccional de Plaguicidas, para el control del expendio de plaguicidas tipo 1 y tipo 2 en los municipios del Departamento.

A partir del análisis del diagnóstico realizado en salud mental en el año 2004, se establecen acciones por parte del departamento dirigidas a promoción de la salud mental, con el fin de reducir los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar y

enfermedad mental en las comunidades, acciones que inciden sobre algunos de los de riesgos para conducta suicida.

En cuanto al tema de suicidio, teniendo en cuenta la gestión de la Secretaría de Salud del Departamento de Boyacá a través del Programa de Salud Mental, se presenta el siguiente análisis y gestión de resultados frente al tema de prevención y atención del suicidio, se presentan avances y resultados de gestión en el corto, mediano y largo plazo:

## **ACCIONES A CORTO PLAZO**

- 1. Implementación de la Línea Amiga 106, la cual atiende 24 horas, siete días a la semana y brinda acompañamiento telefónico a personas que presentan algún tipo de situación de riesgo.**

La línea 106, tiene como objetivo la contención emocional, a través de la escucha activa por parte de Profesionales en Psicología disponibles las 24 horas del día, desde CRUEB de la Secretaria de Salud de Boyacá.

La Línea 106 es a nivel departamental y esta al alcance de todos los municipios, es decir cualquier persona se puede comunicar desde fijo y mediante celular Comcel, Movistar, Tigo de forma gratuita.

- 2. Implementación del Protocolo VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL INTENTO SUICIDA desde el año 2006, el cual busca identificar y hacer seguimiento a las personas con conducta suicida con el fin de reducir la reincidencia de la conducta**

El proceso de notificación de estos eventos se hace semanalmente y en los municipios el equipo de salud con el psicólogo de la ESE realizan visitas de seguimiento, que además de dar soporte emocional a la persona y su familia tiene por objetivo la recuperación de mejores niveles funcionales de salud mental en los jóvenes y facilitar el acceso a servicios

de salud y redes sociales ,el cual está orientado a todos los equipos de Atención Primaria en Salud de las entidades de la Red de Salud del Departamento.

Frente a intento suicida a partir de lo reportado por la Línea Amiga 106, la cual inició a funcionar desde marzo de 2010 y por el sistema de información en Vigilancia de la Salud Pública del Departamento, en población 0 – 18 años de edad, se tiene el siguiente análisis frente a intentos de suicidio:

### **ACCIONES A MEDIANO PLAZO**

- Se tiene el plan de choque de corto plazo de febrero a mayo 2011 que involucra medios de comunicación, articulación con comunidad educativa, equipos de APS, Línea 106 y seguimiento a la venta indiscriminada de plaguicidas. El plan trabajara en tres líneas de acción promoción: resiliencia, resolución pacifica de conflictos, autoestima, proyecto de vida, redes de apoyo social; prevención: Línea 106, entrenamiento a docentes para detección y atención temprana de conducta suicida en jóvenes, seguimiento de todos los caso de intento de suicidio para reducción de reincidencia y la implementación de ruta de la vida para análisis de los suicidios y toma de medidas de control de los riesgos.
- Se tiene el plan departamental a mediano plazo que inició en 2010 a través de mesas de trabajo con el comité de infancia, adolescencia y familia que involucra acciones a nivel de gestión política, promoción, prevención, atención, seguimiento y vigilancia, en este plan se ha avanzado en acciones dirigidas a la atención, en la capacitación de personal de salud (Médicos de urgencias) en atención de casos de intento de suicidio, Docentes y asesores espirituales en prevención de suicidio.

- Respecto a Vigilancia se establecieron tres categorías de notificación según método del intento de suicidio dentro del sistema de vigilancia epidemiológica que permita una mejor notificación por Municipio y la toma de decisiones frente ante los Comités de vigilancia epidemiológica a nivel institucional. Además se cuenta con una ficha de notificación para casos de intento de suicidio y protocolo para la atención de los mismo, que se está complementando con un formato de unidad de análisis que incluye acciones específicas por parte del Equipo APS de cada municipio y que permite un adecuado seguimiento con el fin de evitar las reincidencia del evento.

## **ACCIONES A LARGO PLAZO**

Dado lo anterior, la Secretaria de Salud del Departamento de Boyacá, elaboró el Plan de Atención Integral para la Detección, Prevención y Atención del Intento Suicida con la realización de las siguientes acciones, en el período 2010 - 2011:

- Articulación interinstitucional para la formulación del Proyecto Departamental de prevención del suicidio desde el Comité de Infancia, Adolescencia y Familia del Departamento.
- Instituciones participantes: Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Educación Departamental, ICBF, Policía Nacional, Instituto Departamental de Medicina Legal, Procuraduría de Familia, Fiscalía, Casa del Menor COMFABOY Indeportes, Dirección de Juventud, Secretaria de Desarrollo Humano, Acción Social y Ministerio de la Protección Social, Defensoría del Pueblo.

## **En cuanto a promoción de la SALUD MENTAL y el CUIDADO DE LA FAMILIA:**

- Expedición de la Circular Número: 0198 de 12 de Octubre de 2010 dirigida a EPS y ESEs para la priorización de servicios en salud mental
- Desarrollo de habilidades sociales y personales en: Manejo y expresión de emociones Y sentimientos, resolución de conflictos y técnicas de afrontamiento (Psicólogos Entidades Territoriales PIC)
- Acompañamiento a 343 familias en proyecto de vida generando factores protectores, dentro del desarrollo del Plan de Atención Integral a la Familia (PAIF).

## **En cuanto a prevención de situaciones de riesgo, asociadas a ideación suicida:**

- Capacitación a 20 medios de comunicación para el manejo asertivo de la información (13 de Noviembre - Villa de Leyva).
- Capacitación al Consejo Municipal de Política Social y comunidad en general sobre el plan de prevención de suicidio en 7 municipios: Chiquinquirá, Moniquirá, Ventaquemada, Tunja, Paipa, Santana, Sutamarchan.

## **En cuanto a atención de la situación:**

- Creación de 9 centros de escucha en los Municipios: Chita, Chitaraque, Chiquinquirá, Tópaga, Moniquirá, Puerto Boyacá, Paipa, Santa Rosa, Ventaquemada
- Entrenamiento en Crisis a 27 Psico-orientadores y 8 líderes espirituales en convenio con el Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.
- Entrenamiento a 22 médicos de servicios de Urgencia de ESEs. Para el manejo del paciente con intento suicida.

- Seguimiento a 135 menores de 18 años y sus familias con intento de suicidio, que equivalen al 43% de los intentos de suicidio que usan como método los plaguicidas

### **En cuanto a vigilancia en salud pública:**

- Elaboración de Metodología de Estudio de caso para eventos de suicidio (Información para la acción – la ruta de la vida).
- Reporte al Sistema de Vigilancia en salud pública del intento de suicidio de los 123 Municipios del Departamento.
- Desarrollo de 9 Grupos focales para jóvenes con problemas psicosociales y relacionales.

### **Embarazos en mujeres adolescentes**

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, refirió que la tasa de fecundidad en adolescentes para el Departamento de Boyacá fue de 78 X 1.000, en donde el 14% de las adolescentes estaban embarazadas o ya habían sido madres, menor con el indicador a nivel nacional que fue del 21%, sin embargo vemos que los datos que reporto el DANE de 2005 al 2008 y parcialmente al 2009 con relación a los nacidos vivos por grupos de edad de la madre por departamento en Boyacá han aumentado en la población menor de 19 años deduciéndose el aumento de los embarazos en las adolescentes. Como se evidencia en el Anexo Tablas donde se compara la población general, con la población en edad reproductiva y la tasa general de fecundidad, porcentaje de nacidos vivos de adolescentes menores de 19 años contra el total de los nacidos vivos que nacieron en el año 2008.

Para el año 2009, los municipios con mayor porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes fueron Paya (66.7%), Quípama (41%), Macanal (39%), Santa María (39%) y Cucaita (37%). El 17% de los municipios de Boyacá (21) tienen un porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes que oscila entre el 20 y 30%. Guican, Caldas, Busbanza y Boavita son los que registran un menor porcentaje (menor del 10%). Este comportamiento se puede ver en detalle en la siguiente tabla:

**Tabla.** Distribución demográfica de mujeres en edad reproductiva, gestantes y recién nacidos Departamento de Boyacá año 2008

Municipio	Nacidos Vivos (NV)	NV en mujeres < 20 años	% NV en mujeres < 20 años	Municipio	Nacidos Vivos (NV)	NV en mujeres < 20 años	% NV en mujeres < 20 años	Municipio	Nacidos Vivos (NV)	NV en mujeres < 20 años	% NV en mujeres < 20 años
Tunja	2,967	475	16	Guayatá	45	10	23	San José de Pare	67	15	22
Almeida	20	6	31	Guican	65	7	10	San Luis de Gaceno	85	20	23
Aquitania	303	88	29	Iza	25	6	25	San Mateo	45	14	30
Arcabuco	83	25	30	Jenesano	88	13	15	San Miguel de Sema	58	16	27
Belén	149	19	13	Jericó	59	10	17	San Pablo de Borbur	119	24	20
Berbeo	21	4	21	Labranzagrande	48	11	23	Santana	138	47	34
Beteitiva	32	0	0	La Capilla	25	5	21	Santa María	53	21	39
Boavita	50	5	10	La Victoria	15	2	16	Santa Rosa de Viterbo	148	30	20
Boyacá	98	20	20	La Uvita	49	10	20	Santa Sofía	39	8	20
Briceño	42	8	20	Villa de Leyva	205	51	25	Sativanorte	25	3	12
Buenavista	63	20	31	Macanal	48	19	39	Sativasur	16	4	22
Busbanzá	8	1	10	Maripi	87	28	32	Siachoque	140	39	28
Caldas	51	5	10	Miraflores	141	31	22	Soatá	108	13	12
Campohermoso	31	8	27	Mongua	82	13	16	Socotá	142	45	32
Cerinza	52	0	0	Minguí	76	15	20	Socha	142	37	26
Chinavita	39	13	33	Moniquirá	347	80	23	Sogamoso	1992	359	18
Chiquinquirá	1020	265	26	Motavita	90	24	27	Somondoco	23	5	20
Chiscas	64	8	12	Muzo	174	47	27	Sora	30	6	20
Chita	116	30	26	Nobsa	204	37	18	Sotaquirá	116	35	30
Chitaraque	88	26	30	Nuevo Colón	84	13	15	Soracá	97	23	24

Chivata	45	9	19	Oicatá	37	7	20	Susacón	31	4	12
Ciénega	80	22	28	Otanche	145	42	29	Sutamarchan	93	21	23
Combita	163	33	20	Pachavita	38	7	18	Sutatenza	58	13	22
Coper	52	17	33	Páez	34	11	32	Tasco	109	29	27
Corrales	32	6	19	Paipa	472	85	18	Tenza	47	9	20
Covarachí a	35	9	27	Pajarito	35	0	0	Tibaná	131	39	30
Cubará	123	27	22	Panqueba	19	6	29	Tibasosa	154	34	22
Cucaita	97	36	37	Pauna	100	25	25	Tinjacá	35	6	17
Cuitiva	28	4	16	Paya	16	11	66.7	Tipacoque	51	14	28
Chíquiza	88	21	24	Paz de Río	79	17	21	Toca	159	22	14
Chivor	23	5	20	Pesca	116	29	25	Togui	90	25	28
Duitama	1885	320	17	Pisba	23	7	31	Tópaga	63	11	18
El Cocuy	93	16	17	Puerto Boyacá	977	342	35	Tota	108	36	33
El Espino	28	5	17	Quípama	44	18	41	Tunungua	19	4	19
Firavitoba	83	13	16	Ramiriquí	169	34	20	Turmequé	115	21	18
Floresta	42	0	0	Ráquira	102	24	24	Tuta	93	20	21
Gachantiv a	42	13	31	Rondón	32	10	30	Tutazá	30	5	17
Gameza	98	24	24	Saboyá	162	31	19	Úmbita	94	27	29
Garagoa	238	57	24	Sáchica	58	17	30	Ventaquemad a	235	45	19
Guacamayas	23	6	28	Samacá	388	97	25	Viracachá	22	4	18
Guateque	143	29	20	San Eduardo	19	4	20	Zetaquirá	59	15	26
								Total	1913	4,40	23
									9	2	

**Fuente:** DANE 2008

En la siguiente tabla, se resume el comportamiento de los nacidos vivos de madres menores de 19 años con relación al total de nacidos vivos por grupo de edad de las madres de los últimos 5 años donde la tendencia es al aumento en las jóvenes.

**Tabla 6.** Total nacidos vivos por grupo de edad de la madre, Boyacá, 2005 a 2009

<b>AÑO</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009<sup>17</sup></b>
<b>TOTAL NACIMIENTOS</b>	20.523	19975	19605	19139	18295
<b>10 A 14 AÑOS</b>	97	118	108	131	124
<b>15 A 19 AÑOS</b>	3937	3847	3923	3904	3854
<b>TOTAL &lt; 19</b>	4034	3965	4038	4035	3978

<sup>17</sup> Dato año 2009 preliminar.

AÑOS					
PORCENTAJE	19,70%	19,80%	20,60%	21,10%	21,70%

**Fuente** DANE 2005 - 2008 Elaborada por Secretaria de Salud de Boyacá- 2010.

## **Estrategias para la reducción del embarazo en adolescentes en Boyacá**

La Continuidad con la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud /IPS del Departamento de Boyaca con una cobertura mayor o igual al 80% para el año 2010 y el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de la Protección Social y la Secretaria de Salud de Boyaca es evidente el fortalecimiento de los Centros Amigables para adolescentes y jóvenes de Duitama, Belen y Miraflores; de 23 Unidades Amigables, de las que se destacan las de Chiquinquirá, Puerto Boyacá, Tibasosa, Saboya, Socha, Soatá y 25 Consultas Diferenciadas entre otras las ofertadas en Chitaraque, Caldas, Garagoa, Aquitania, Arcabuco, Villa de Leyva, espacios donde los jóvenes son apoyados y escuchados para el fortalecimiento entre otros aspectos del ejercicio de su sexualidad responsable.

Con la articulación de los programa de salud sexual y reproductiva y salud mental, se ha enfatizado en la implementación de acciones entre otras la denuncia para la prevención del abuso y violencia sexual. De igual forma en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y del suicidio, eventos preponderantes detectados en especial en la población adolescente y joven a través de la línea amiga 106 a la que se accede gratuitamente mediante cualquier operador de telefonía celular y con la cual se ha evitado la consolidación de varios eventos.

Y, de nuevo, con los equipos extramurales de Atención Primaria en Salud con enfoque familiar (APS-F), donde hacen parte Psicólogos, Enfermeras, Médicos y , auxiliares de enfermería, se ha fortalecido el seguimiento a las familias de alto riesgo para la prevención de nuevos episodios de embarazo en adolescentes y jóvenes, consejería para la planificación familiar, el diálogo y el ejercicio de la sexualidad segura con enfoque de derecho.

## Participación del Gasto en Salud para la primera Infancia, Infancia y Adolescencia en GPS

La secretaria de Salud en procura de la garantía de la atención integral en salud en la población boyacense ha tenido un interés especial en la población infante y adolescente consiente que esta etapa del ciclo vital constituye la piedra angular para la Salud y el Bienestar de nuestros habitantes. En este sentido, paulatinamente se ha incrementado la participación del gasto en Salud en esta población, pasando de 28% en el año 2005 a 56% en el 2010.

**Ilustración.** Prioridad Macroeconómica Gasto Público Social  
Departamento de Boyacá 2005-2010

Ciclo Vital	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Primera Infancia	8%	12%	13%	15%	17%	16%
Infancia	12%	18%	14%	19%	24%	24%
Adolescencia	8%	13%	14%	16%	15%	16%

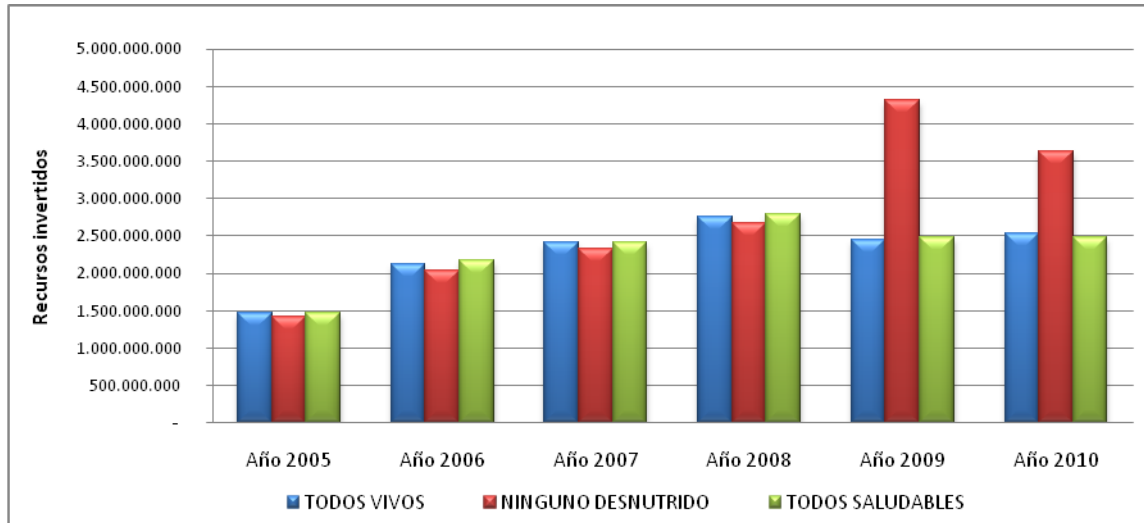
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Se ha desagregando la inversión en salud por ciclo vital y por Categoría de derecho de existencia (responsable en su mayoría del sector salud), con el interés de presentar de manera sencilla los avances departamentales en la materia. Cada una de las líneas incluidas en la categoría (Todos vivos, Ninguno desnutrido, Todos saludables) incluye los recursos asignados en el área de Salud pública, Aseguramiento y Prestación de Servicios.

Para *Primera infancia (menores de 6 años)*, el aumento ha estado a expensas de las tres líneas (Todos vivos, Ninguno desnutrido, Todos saludables), con una atención especial en la prevención y atención de la

Desnutrición, donde se ha triplicado la inversión pasando de \$1.424.233.776 en el año 2005 a \$3.632.603.820 en el 2010.

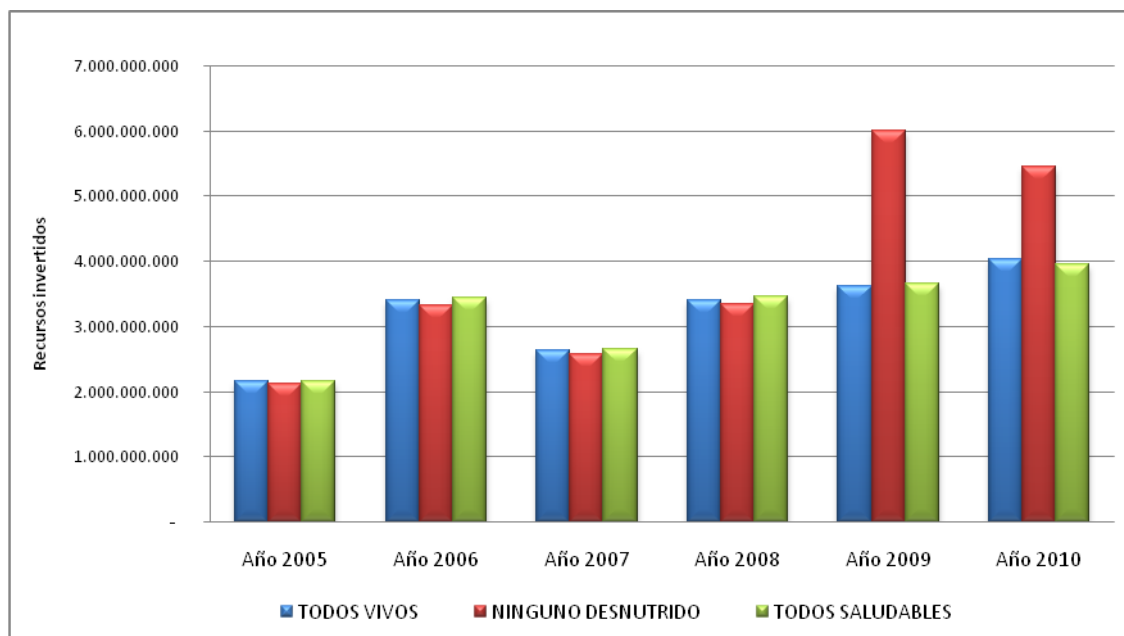
**Ilustración.** Participación de la Primera Infancia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de información de la Secretaría de Hacienda Departamental

Con respecto a la inversión en Salud en los programas que directa o indirectamente favorecen la atención integral en la infancia (6 a 12 años), se puede observar cómo se duplicó entre los años 2005 a 2010 (\$6.444.163.280 a \$13.441.622.626); al igual que en la primera infancia con un interés especial en que ningún niño o niña esté desnutrido.

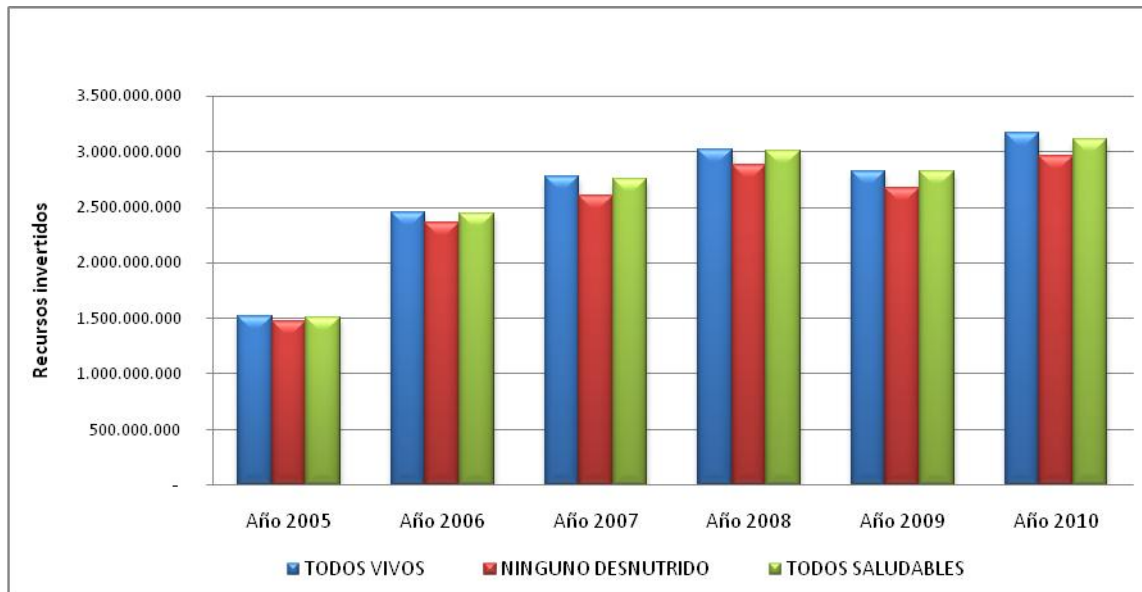
**Ilustración.** Participación de la Infancia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de información de la Secretaría de Hacienda Departamental

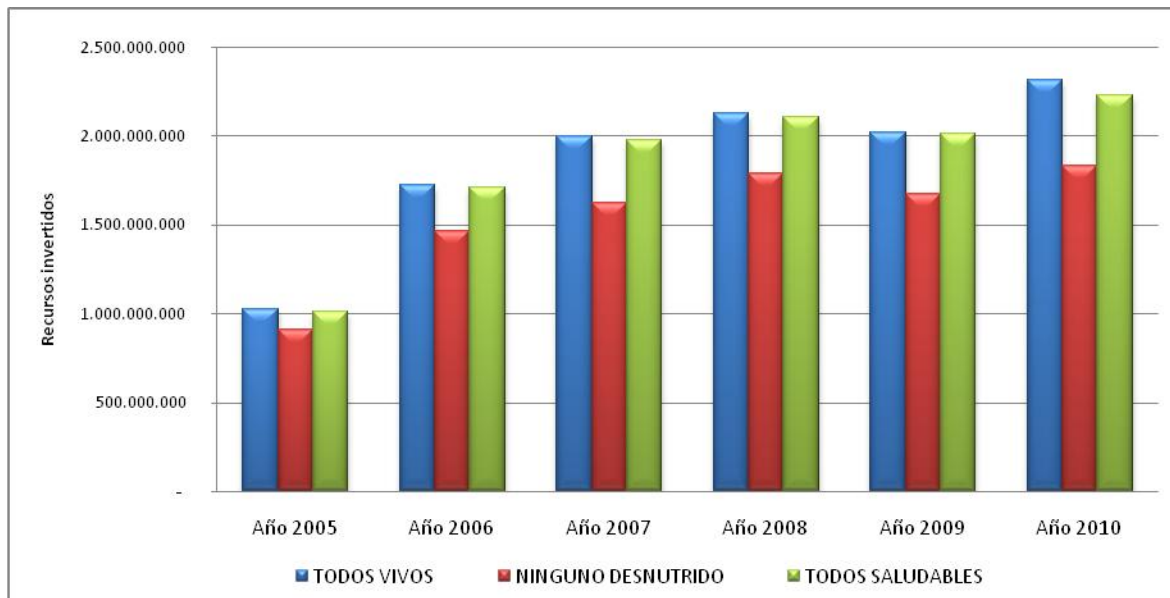
La participación del gasto social en salud para la adolescencia y la juventud, al igual que en los otros ciclos de vida (primer infancia e infancia) aumentó incluso hasta duplicar lo asignado durante el año 2005; la inversión incrementó de manera equitativa en todos los componentes, debido a los esfuerzos departamentales para la intervención de la Salud Sexual y Reproductiva en los a las adolescentes y la Atención Primaria en Salud Mental (planes, programas y proyectos descritos en el capítulo de existencia de este informe de gestión)

**Ilustración.** Participación de la Adolescencia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de información de la Secretaría de Hacienda Departamental

**Ilustración.** Participación de la Juventud en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010

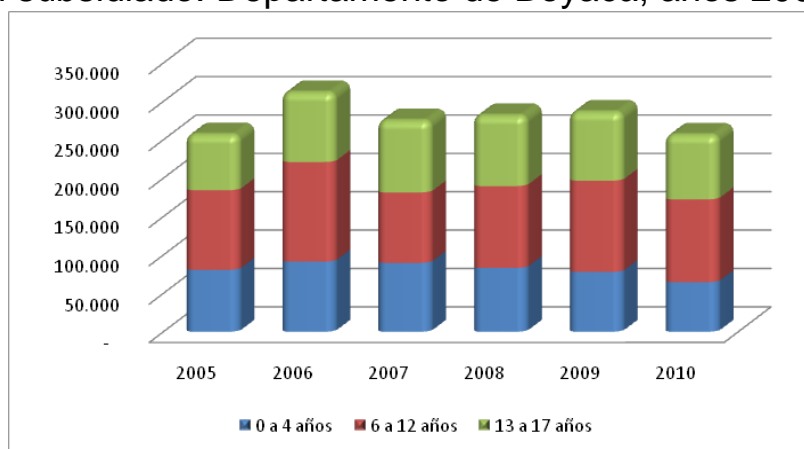


**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de información de la Secretaría de Hacienda Departamental

El aseguramiento al Sistema General de seguridad en Salud se considera un eje trazador en procura del cumplimiento de lo dispuesto en las mencionadas Líneas de acción, en este sentido resulta imprescindible mencionar los avances departamentales en la materia.

El siguiente grafico refleja el incremento paulatino en la inclusión de niños, niñas y adolescentes al régimen subsidiado, contribuyendo de esta manera a la garantía del derecho a la salud de niños y niñas.

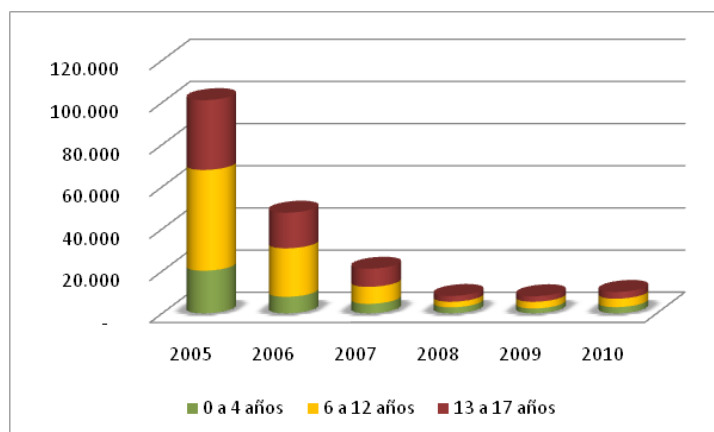
**Ilustración 13.** Aseguramiento en salud de niños, niñas y adolescentes al Régimen subsidiado. Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá. Dirección Técnica de Aseguramiento. Años 2005 - 2010

Recíprocamente se ha visto una importante reducción en el número de Niños, niñas y adolescentes incluidos en la Población Pobre No Asegurada al Sistema de Salud, lo cual impacta positivamente en el acceso y oportunidad de los servicios dirigidos a estos grupos de edad y facilita la inclusión y seguimiento a los programas de protección específica y detección temprana.

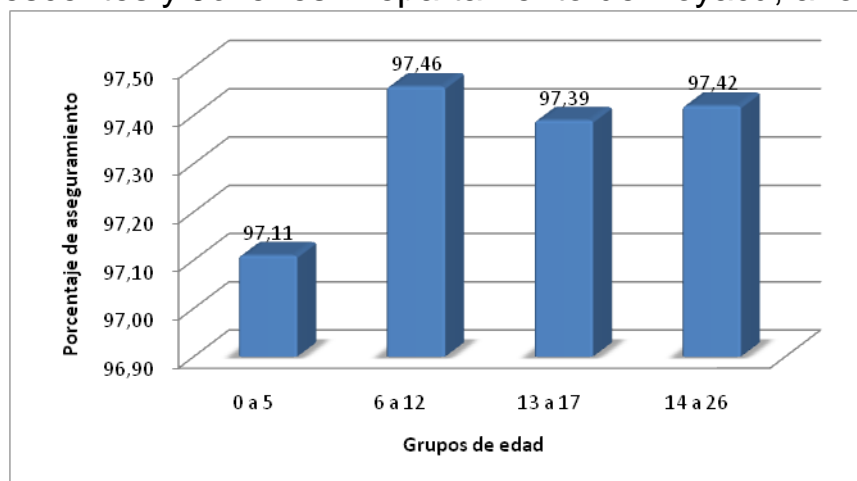
**Ilustración 14.** Número de niños, niñas y adolescentes sin afiliación al Sistema de Salud (Población Pobre No Asegurada). Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá. Dirección Técnica de Aseguramiento. Años 2005 - 2010

En 2010 la cobertura de aseguramiento para la población infantil se mantuvo superior al 97% como se puede evidenciar en la grafica, donde la mayor afiliación se encuentra en el grupo de infancia (6 a 12 años) en 97.46%.

**Ilustración 15.** Cobertura de Aseguramiento en Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes. Departamento de Boyacá, año 2010



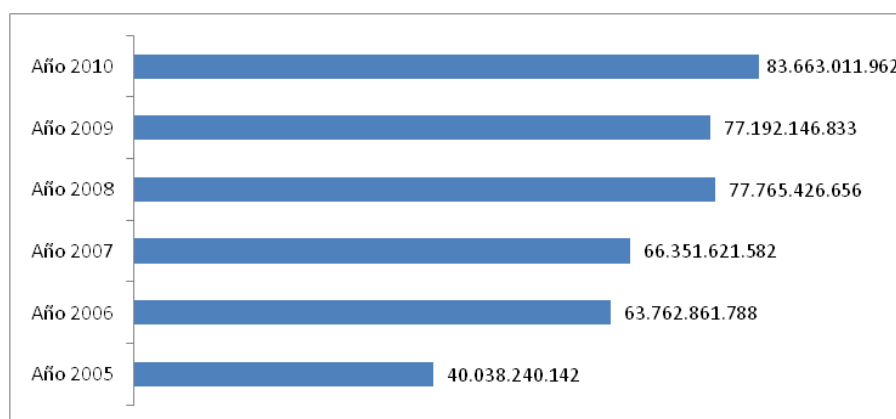
**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá. Dirección Técnica de Aseguramiento. Años 2010

La normatividad en cuanto a aseguramiento estableció la afiliación inmediata del recién nacido considerado este hasta el menor de 1 año, lo que permitió en 2010 un incremento significativo del porcentaje de afiliación al régimen subsidiado y por ende el derecho a la seguridad social; de la misma forma en 2010 la unificación del POS de niños y niñas beneficio en esta integralidad a 256.635 niños menores de 18 años.

El reto para el departamento al finalizar la vigencia 2010 radica básicamente en lograr una cobertura del 100% en el grupo de Niños y niñas menores de 5 años.

Complementario a lo anterior es importante mencionar los esfuerzos departamentales en materia financiera específica para el sector salud, en el cual durante los últimos 6 años con una inversión aproximada de \$408.773.308.963, con incrementos progresivos año a año tal y como se observa en la siguiente grafica:

**Ilustración 16.** Inversión Sectorial en Salud para Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes, Boyacá años 2005 - 2010



**Fuente:** Secretaría de Salud de Boyacá. Años 2005 - 2010

## IMPACTO DEL INFORME DE GESTION EN LA CATEGORIA DE EXISTENCIA

El informe de gestión en la Categoría de Derecho tiene como objetivo mostrar qué se ha hecho y cómo se ha ido evolucionando en la atención y garantía de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes durante la presente administración, hasta dónde se ha avanzado durante su gestión al respecto, en qué punto estamos, qué no se ha logrado aún y, todo esto, qué retos representa para nuestro territorio en el inmediato futuro.

La importancia de esta temática aborda los temas a fondo, basando el análisis no sólo en la presentación de un gráfico o la fría cifra de un indicador, sino fundamentalmente presentando elementos y argumentos que permitan entender la situación real de nuestros niños, niñas y adolescentes, así como evidenciar la gestión, los logros y/o resultados, su tendencia y su significado en el inmediato futuro de esa población en nuestro territorio.

## **CONCLUSIONES:**

La política se ha planteado respondiendo a los siguientes principios:

- Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos con carácter universal, intransferible e inalienable.
- La promoción de la equidad para la reducción de las desventajas sociales y las de género se asocia con el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la población.
- Es indispensable el empoderamiento de la mujer, encaminado al ejercicio de la autonomía y al mejoramiento de su situación económica, social y cultural, así como la participación de los hombres en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Las acciones para desarrollar la política de salud sexual y reproductiva deben priorizarse con base en criterios de focalización, que contribuyan a la equidad y a la justicia social.
- La atención en salud es un servicio público que debe ser prestado con criterios de calidad, lo que implica considerar la confidencialidad, la formación adecuada del recurso humano, la incorporación de la perspectiva de género, la generación de condiciones para la toma de decisiones informadas por parte de los usuarios y usuarias, y la integridad de las intervenciones.

Por las anteriores características vemos la importancia de:

1. Incrementar de manera progresiva la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud es la estrategia fundamental, promoviendo la focalización de los subsidios para las mujeres gestantes y en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas. Al igual que en la mortalidad infantil, en la medida en que se garantice la protección financiera a través del seguro de salud, resultan esenciales estrategias adicionales para garantizar el acceso y la calidad.
2. Garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio para la población afiliada a la seguridad social en salud, y de la población pobre no asegurada, con los estándares de calidad establecidos. Esto comprende:

- Implementar mecanismos de comunicación social sobre los beneficios del seguro de salud en materia de salud sexual y reproductiva
- Diseñar e implementar herramientas que faciliten la identificación, orientación y adhesión a las intervenciones de detección temprana de alteraciones del embarazo, de atención del parto y del puerperio
- Fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento y la calidad de las intervenciones relacionadas con la salud materna y de los componentes de atención obstétrica esencial, tanto básica como integral.
- Definir intervenciones mínimas prioritarias para proteger la salud de las mujeres pobres no aseguradas durante el evento reproductivo.

3. Fortalecer la calidad de los servicios obstétricos en las diferentes regiones del país, lo que comprende:

- Implementación de mecanismos de monitoreo de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y las que realizan control prenatal
- Evaluación e implementación de modelos de atención de la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, para la identificación y manejo oportuno de los riesgos reproductivos y obstétricos
- Capacitación de los equipos de salud para la utilización de procedimientos y tecnologías eficaces
- Verificación, por las entidades territoriales, de los requisitos esenciales de los servicios de gineco-obstetricia.

4. Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales.

Esto comprende:

- Normalización de la estrategia de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna
- Capacitación del recurso humano en el manejo operativo del modelo de vigilancia y las técnicas de investigación y análisis de muertes
- Investigación de los determinantes de la mortalidad materna en las diferentes regiones del país
- Evaluación, seguimiento, control de calidad y retroalimentación continua del diligenciamiento del registro de mortalidad.

5. Promover la utilización de métodos anticonceptivos mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, haciendo

énfasis y adecuando su operación a las características y necesidades de la población adolescente.

6. Incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico-uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.

7. Fortalecer la vigilancia en salud pública, en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad.

8. Brindar atención y orientación a jóvenes de ambos sexos en derechos sexuales y reproductivos, y desarrollar iniciativas para disminuir los casos de violencia sexual.

9. Hacer énfasis en la prevención y atención en salud sexual y reproductiva para la población desplazada interna, mediante el apoyo técnico a los municipios para la formulación y ejecución efectiva de los planes integrales de atención en salud, que incorporen atención diferenciada para grupos de mujeres.