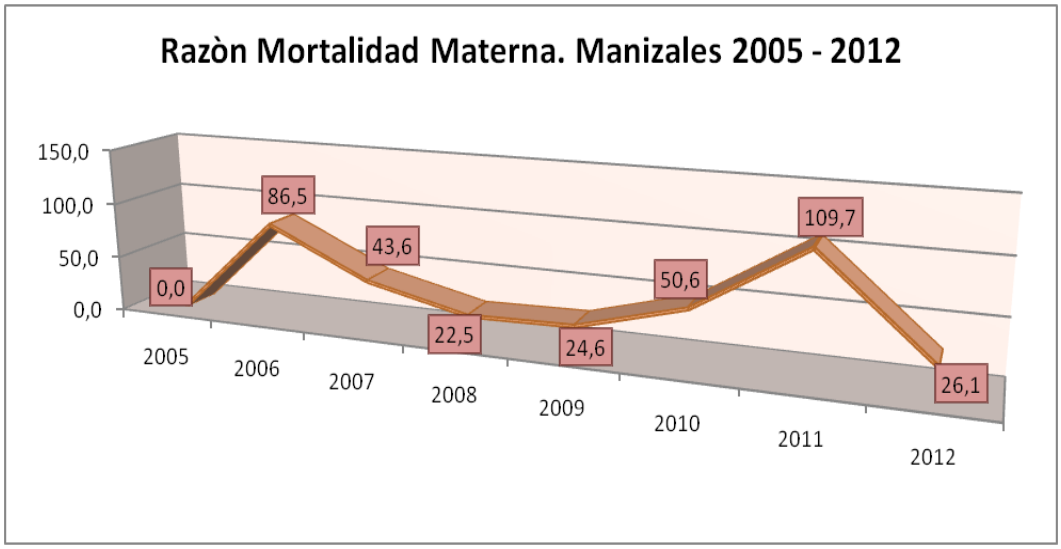
ANALISIS DE LOS INDICADORES DE NIÑEZ, INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN SALUD

Indicador 1. Razón de Mortalidad Materna:

La razón de mortalidad materna expresa el riesgo de las mujeres de morir en el proceso reproductivo, en tanto que presenta el nivel de muertes de mujeres en embarazo o que mueren dentro de los 42 días siguientes de haber terminado el mismo, sin importar su duración.

De acuerdo a lo establecido en los Objetivos del Milenio - ODM -, la meta planteada a nivel mundial corresponde a 133 por 100000 NV, para América latina es de 63.3 por 100000 NV y Colombia espera llegar a 45 por 100000 NV.

En Manizales, el comportamiento de las muertes maternas ha sido variable, el cálculo difiere considerablemente durante cada periodo evaluado. Por ejemplo, si se toma en cuenta los años 2007 y 2017 los cuales cuentan con números de casos similares, la razón de mortalidad materna varia. Ver gráfico.



Estos cambios se explican por la disminución en el número de nacimientos durante ese periodo 2007 y 2010, pues mientras en el año 2007 se registraron 4582 nacimientos, en el 2010 se registraron 3850, obteniéndose una diferencia de 732 niños. Este comportamiento, afecta considerablemente el resultado del indicador, ya que si bien el número de casos de mortalidad materna, es igual en los dos años, el denominador es diferente lo que conlleva a obtener cambios considerables en el indicador.

En general, aunque se evidencia una leve tendencia a la disminución en el Municipio, (sin tener presente el aumento significativo durante el periodo 2012), los resultados en mortalidad materna en el municipio, son en promedio inferiores a los reportados por el país.

En vista de que contar con una muerte y especialmente de una gestante es situación de alarma la Secretaría de Salud en conjunto con la IPS que atendió el evento realiza los análisis de casos y en ellos se ha encontrado factores como:

1. Acceso tardío de la gestante a sus Controles Prenatales.
2. Poco interés por parte de las gestantes para asistir a los Controles Prenatales.
3. Procesos de atención institucional no integrales e inoportunos.
4. Inoportunidad en los análisis de casos de Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Extrema por parte de las IPS y EPS.
5. Inexistencia de intervención de factores de riesgo psicosociales.
6. Clasificación inadecuada del riesgo.
7. Inadherencia a las actividades de atención en salud (control prenatal, tratamiento, control de planificación familiar)

En consecuencia, uno de los principales retos del Municipio de Manizales, es generar un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. Por lo cual, basados en los lineamientos nacionales, estrategias sugeridas en el Conpes 91 de 2005 y Conpes 140 de 2011, en el diagnóstico institucional y en los resultados de los comités de análisis de mortalidad materna y perinatal, la Secretaría de Salud Pública, plantea en conjunto con las IPS, EPS y demás actores, el plan de acción 2013, orientado a "una maternidad segura"; el cual se enuncia a continuación y será sujeto a descripción, análisis, seguimiento y evaluación posteriormente.

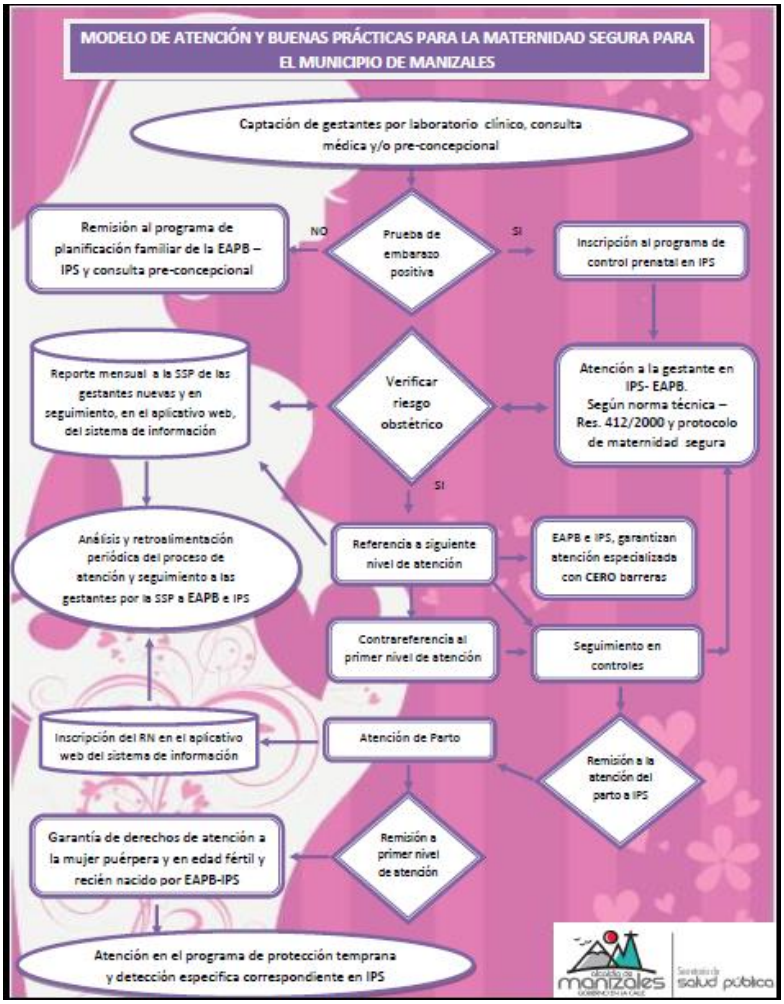
ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES. CALDAS.

La Secretaría de Salud Pública, en conjunto con los diversos actores, plantea la estructura del Plan de Acción "Maternidad Segura" 2013, en 8 componentes:

- Concertación con Sociedades Científicas, IPS, EAPB, ESE, Laboratorios Clínicos y Academia, el Modelo de Atención y buenas prácticas para la maternidad segura.
- Construcción y socialización de la ruta de atención a la gestante y recién nacido.
- Construcción del esquema de atención CERO barreras para gestantes con riesgo medio o alto, desde el primer nivel de atención hasta un nivel de mayor complejidad.
- Implementación del Sistema de Vigilancia a la Gestante.
- Plan de Asistencia Técnica y Capacitación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Monitoreo y Vigilancia a los eventos de interés en salud pública relacionados con la maternidad.

- Articulación interprogramática para la atención de la gestante, recién nacido y madre lactante (desarrollo del programa odontobebé, programas de complementación nutricional a gestantes, lactancia materna y mensajes de seguimiento vía mensajería de texto).

- Estrategias de Movilización Social, para difusión de signos de alarma durante la gestación y asistencia al control prenatal.



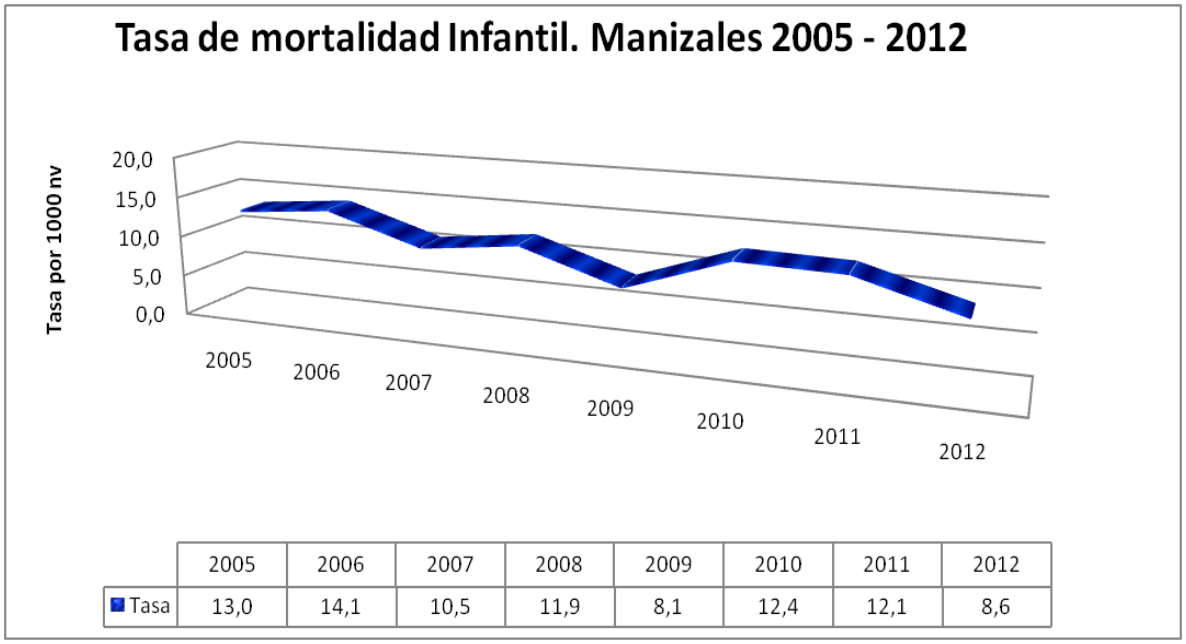
Indicador 2.Tasa de mortalidad Infantil - Niños, niñas menores de 1 año

La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible y muy usado para medir el estado de salud de la población, pues contribuye a relacionarse con diferentes aspectos sociales, culturales y económicos. No obstante, cuando este fenómeno se estudia a nivel del área de salud tiene características específicas muy propias, cuya base se encuentra en los problemas de salud que afectan a cada comunidad por separado y que dependen de las características socio-demográficas, higiénico-sanitarias y culturales propias.

De esta manera constituye un importante indicador de salud de un país dada su relación con factores como la salud materna, calidad y acceso a servicios médicos, condición socioeconómica y políticas de salud pública. Si bien se ha cuestionado su valor como medida de resumen de salud poblacional[2], se reconoce que sigue siendo un indicador útil y más fácilmente manejable respecto a otros.

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS- 2010, La tasa de mortalidad infantil es de 16 por mil para el quinquenio 2005-2010, esta tasa se ha reducido casi a la mitad en los últimos 30 años, pues en el quinquenio 1985-1990 fue de 31 por mil.

En Manizales, esta tasa ha tenido un descenso marcado en el mismo periodo además de que inferior a la del nivel Nacional también está por debajo de la meta que se ha propuesto ODM al 2015, reducir la mortalidad en menores de un año a 16.68 por cada mil nacidos vivos. Ver gráfico.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa	13,0	14,1	10,5	11,9	8,1	12,4	12,1	8,6

Conocer y analizar tendencias, causas y factores condicionantes de la mortalidad infantil permiten diseñar y fortalecer las estrategias de salud pública destinadas a reducirla. Para esto se han publicado variados estudios sobre mortalidad infantil enfocándose desde distintos puntos de vista (clínico, epidemiológico, demográfico) tratando de explicar tendencias, causas y relaciones con factores específicos. La búsqueda de un mejor entendimiento del fenómeno y el intento por identificar condiciones factibles de intervenir, hace que los estudios adopten distintos diseños metodológicos y estrategias analíticas.

En esa ciudad se implementó el modelo de maternidad segura el cual pretende orientar a los profesionales de la salud en una atención integral y de calidad a las mujeres en su periodo preconcepcional y de gestación con el fin de disminuir los embarazos no planeados, embarazos de alto riesgo y partos pretérmino que son las principales causas de las muertes en los primeros días de nacimiento.

ESTRATEGIAS QUE SE HAN TENIDO EN CUENTA A TRAVÉS DEL TIEMPO PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD INFANTIL:

- Programa Mundial de Control de las Enfermedades Diarreicas implementado por la OMS y UNICEF.
- Priorización de la atención médica a la madre y al niño.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones contra tuberculosis (BCG), difteria-tétanos-pertusis (DPT) poliomielitis (AP), Hepatitis (HB), Sarampion, Neumonía
- Programa de recuperación nutricional para los lactantes.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la Enfermedad Diarreica Aguda y la Enfermedad Respiratoria Aguda
- Vigilancia de la morbilidad materna extrema
- Estrategia Atención Primaria en Salud APS. La cual consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables para todos los individuos y familias de la comunidad a un costo que la comunidad y el estado pueden asumir.

  Esta estrategia forma parte integrante del Sistema Nacional de Salud y es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud; el fin es promover prácticas de autocuidado a nivel individual y familiar, intervenir los factores de riesgo modificables de la población para incidir en la ocurrencia del daño a la salud, propiciar la creación de ambientes saludables, y lograr la accesibilidad de los usuarios vulnerables a las actividades de fomento de la salud, detección temprana y protección específica. Para la caracterización del riesgo individual y familiar.

  La estrategia APS se desarrolla por medio de tres componentes básicos, integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

En otras palabras la Atención Primaria en Salud es "la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

De esta forma APS en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud RISS, articula los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la comunidad y sectores como ICBF, Secretarias de Educación, Deportes, Desarrollo social y Gobierno, Red Unidos y Líderes Comunitarios entre otros actores sociales, con el fin de consolidar un accionar de forma integrada según la competencia de cada uno, procurando mayor bienestar al individuo, familia y comunidad.

La Secretaría de Salud Pública de Manizales en convenio con ASSBASALUD ESE, orienta el desarrollo de la estrategia, mediante Equipos Básicos de Salud (EBAPS) conformados por enfermeras, médicos, psicólogos, nutricionista, trabajador social, higienistas orales, auxiliares de salud pública, promotoras de salud y técnicos en salud ambiental, las cuales realizan en las comunidades acciones de fomento, detección e intervención de riesgos en la población, actividades de protección específica, vigilancia de eventos de interés en salud pública y seguimiento por medio de visitas a los usuarios de programas con riesgos detectados y a los planes caseros entregados, proceso que fortalece la consolidación del EBAPS y sus competencias.

Indicador 3. Tasa de mortalidad en niños de 0 - 5 años – Niñez

La mortalidad en los niños menores de 5 años constituye un serio problema de salud pública ya que es un indicador altamente sensible para determinar el impacto de las acciones en salud realizadas en una región a través de las entidades correspondientes.

Según la UNICEF, en el mundo en el año 2006, y por primera vez desde que se registran los datos, el número de niños que murieron antes de cumplir cinco años bajó de 10 millones a 9,7 millones.

Sin embargo, en muchos países aún se registran altas tasas de mortalidad en la infancia, especialmente en África subsahariana y Asia meridional, y en los últimos años se han logrado pocos progresos o ninguno en la reducción del número de muertes infantiles. El progreso mundial es insuficiente para lograr el ODM 4: ***Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.***

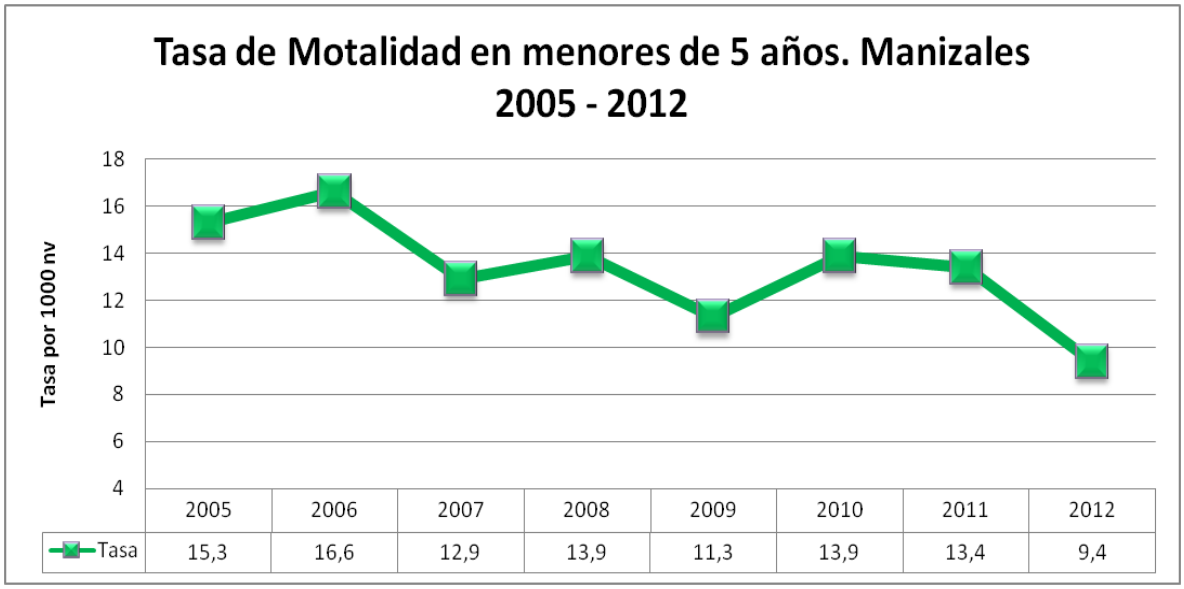
Los beneficios que significa lograr el ODM 4 son enormes. Si se alcanza el objetivo, se evitarán las muertes de 5,4 millones de niños menores de cinco años sólo en 2015 (en comparación con la situación de 2006). Pero si se mantienen las tendencias actuales y no se alcanza el objetivo, sólo en 2015 se producirán otros 4,3 millones de nuevas muertes infantiles.

En Colombia, datos ofrecidos por el DANE, hay 700.000 nacimientos anuales y se estima que de sus 42 millones de habitantes, 3,5 millones son menores de 5 años y aproximadamente 100.000 menores de un año se quedan sin vacunar, pese a las continuas campañas del Gobierno.

Según estudios del Departamento Nacional de Planeación (DNP), la mayoría de las muertes evitables en gestantes ocurre entre las afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual debe servir como alerta para que se revise la forma como se prestan los servicios oficial de salud.

El representante de la OPS en Colombia, Piere Paolo Balladelli, señaló que la OMS busca liderar un movimiento de reflexión en los 191 estados miembros de ONU con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, lanzados por la organización en septiembre de 2000, que buscan reducir en 75 por ciento las muertes de los menores de 5 años para 2015.

En Manizales esta meta se está cumpliendo paulatinamente, pues como se observa en el gráfico entre el año 2005 y 2012 la tasa ha disminuido en una cifra considerable. Las estrategias que se han implementado a nivel nacional y municipal tales como: Programa Ampliado de Inmunización, el cual está creado para controlar, eliminar y erradicar las enfermedades prevenibles por vacunas. La estrategia de Cero a Siempre que es una estrategia Nacional que busca promover y garantizar el Desarrollo Infantil Temprano de los niños y niñas en Primera Infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, el cual, desde una perspectiva de derechos, articula todos los planes, programas y acciones que desarrolla el País y las estrategias Maternidad Segura y APS, mencionada en el indicador anterior, han contribuido a disminuir dichas cifras.



Indicador 4. Cinco primeras causas de MORTALIDAD en niñas, niños entre 0 y 4 años

Según el análisis de la Situación de Salud en Colombia (2002 – 2007), El 9,8% del total de las defunciones registradas durante el periodo se dio entre los menores de 5 años. Es importante resaltar, sin embargo, que dicho indicador pasó del 15,7% en el año 2002, al 7% en 2007. Entre los menores de 5 años las causas que aportaron un mayor peso proporcional a las defunciones corresponde al grupo de las enfermedades perinatales, (47,6%), seguidas por las enfermedades respiratorias (15,2%), las infecciosas y parasitarias (12,9%), las causas externas (6,9%) y las endocrinas (4,2%).

En Manizales el número de defunciones ha disminuido en un 50%, entre los años 2005 y 2012; pero los trastornos respiratorios del periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas conservan los primeros puestos en casi toda la serie, excepto para los años 2007 y 2011 donde el orden se invierte. En otras palabras el porcentaje mas alto de estas muertes se producen en el periodo perinatal y son debidas a malformaciones congénitas, prematurez extrema e infecciones y complicaciones propias derivadas de esta causa.

Principales causas de mortalidad en poblaciòn menor de 5 años. Manizales 2005 - 2012

Causas
Trastornos respiratorios del periodo perinatal
Malformac. congénitas, deformidades y anomalias cromosomicas
Retardo del crecimiento fetal, dnt fetal, bajo peso al nacer y gestación corta
Otros accidentes, inclusive secuelas
Infecciones respiratorias agudas
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal
Sepsis bacteriana del recien nacido
Feto y recien nacido afectados por ciertas afecciones maternas

Orden	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	18	18	30	15	11	11	11	9
2	18	14	22	14	8	8	8	8
3	5	7	7	6	6	7	7	4
4	5	6	8	6	5	6	5	3
5	4	4	6	2	3	4	3	2
Total	50	49	73	43	33	36	34	26

Las estrategias que se han implementado para disminuir la mortalidad en la primera infancia son las mismas que se mencionaron en los indicadores anteriores.

Indicador 5. Tasa de mortalidad de 0 a 17 años por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar)

Las lesiones por causa externa son consideradas desde hace dos décadas como un Problema sanitario a nivel mundial. Según datos de la OMS, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo. Son las principales causas de defunción en los grupos de edad más jóvenes y, en consecuencia, tienen un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP).

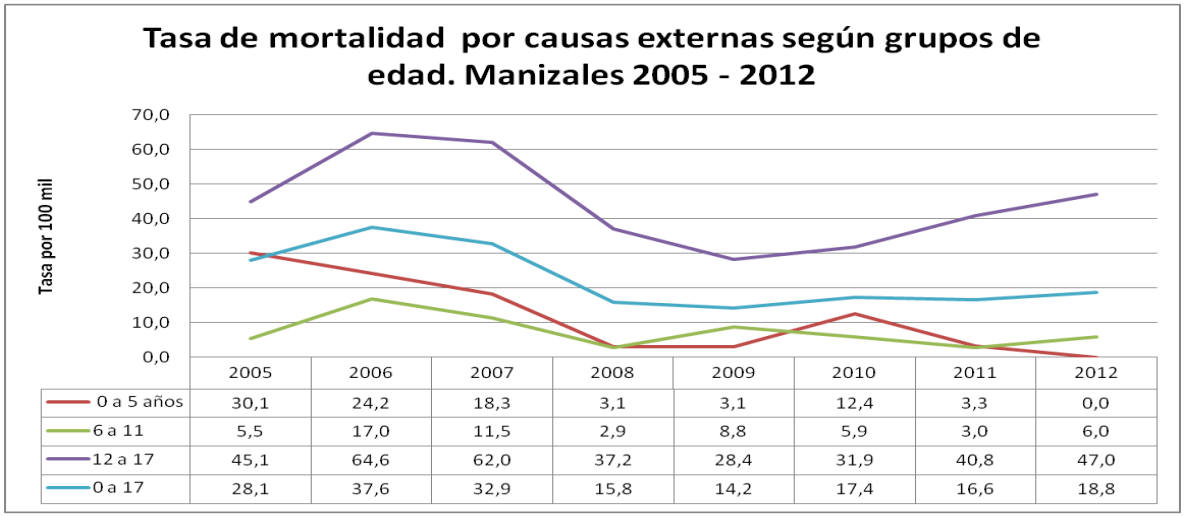
Los adolescentes no son sólo víctimas, son también actores y/o agentes originales o intermediarios de variadas formas de violencia. Los actos de violencia afectan a la víctima directa, su familia, compañeros de estudio o trabajo, proveedores de servicios y a toda la comunidad.

Los eventos conocidos como de causalidad externa relacionados con la violencia y los accidentes de tránsito han registrado un incremento notable, constituyéndose en uno de los principales problemas de salud pública de la actualidad. Entre todos los países de América, Colombia tiene uno de los más altos índices de violencia, estimándose que el 15% se debe a causas políticas y el 85% a conflictos cotidianos (COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, 2002.).

En Manizales las muertes violentas aportan cerca del 15% de todas las muertes ocurridas en el municipio y en los grupos de edad estudiados, este porcentaje no supera el 4%, pero al analizarlo sólo con el total de las muertes violentas este porcentaje ascendió al 25% en el 2005 pero ha ido disminuyendo, y aunque en el 2012 este porcentaje fue del 21%, en el 2008 se ha lobtenido la cifra màs baja del periodo estudiado (12.9%).

Al calcular las tasas especificas se encontró que el grupo de edad con mayor probabilidad de fallecer por esta causa es el de 12 a 17 años y como se observa en el gráfico las

mayores tasas las obtuvo en los años 2006 2007 y aunque en el último hay una tendencia a crecer, la tasa no supera a las obtenidos en los años mencionados.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 a 5 años	30,1	24,2	18,3	3,1	3,1	12,4	3,3	0,0
6 a 11	5,5	17,0	11,5	2,9	8,8	5,9	3,0	6,0
12 a 17	45,1	64,6	62,0	37,2	28,4	31,9	40,8	47,0
0 a 17	28,1	37,6	32,9	15,8	14,2	17,4	16,6	18,8

Como estrategias para intervenir en esta problemática en la Secretaría de Salud Pública, desde hace varios años se ha implementado el Sistema de Vigilancia en Violencia Intrafamiliar en el cual participan tanto las entidades de Salud como las entidades judiciales y sociales y el Sistema de Vigilancia del intento de suicidio el cual es administrado por ASSBASALUD.

Indicador 6. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición crónica

La desnutrición crónica es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-protéica, retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes.

Está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento. De ese modo la prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada y una mala utilización de alimentos así como a episodios infecciosos frecuentes y prolongados como la diarrea, que desencadenan el circulo vicioso de desnutrición infección; problemas que en su mayoría pueden minimizarse con una seguridad alimentaria en el hogar y una adecuada información, educación y capacitación a los hogares**.**

Más de 500.000 niños colombianos, el 13% de la población infantil, sufren de desnutrición crónica según un estudio del Centro de Investigaciones de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes. Asimismo, según este informe, el 20% de los menores colombianos son pobres frente al 3% que nació en el seno de familias con alto poder adquisitivo. Con estos datos se dibuja la realidad de los niños colombianos, un sector de la población que sufre además como pocos la violencia del conflicto.

Según el estudio del Centro de Investigaciones de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, Boyacá (centro) y Nariño (sur) son los departamentos donde más menores sufren desnutrición, con un 20% frente al 15% de niños desnutridos que hay en Bogotá.

En Caldas, la prevalencia de desnutrición crónica (13,5%) supera a la de Colombia (13,2%), a la de la subregión de Caldas, Quindío y Risaralda (11,4%) y a la de la Región Central (10,7%). De otro lado, más de uno de cada cuatro menores de cinco años

presenta anemia por falta de hierro y más de la mitad de este grupo etareo tiene déficit de zinc (4).

Manizales, hasta el año 2012 no contaba un registro unificado para la recolección de la información que diera cuenta al estado nutricional de los menores de 17 años. Los datos que se presentan en el cuadro corresponden, para el primer grupo de edad, a los registros obtenidos en la consulta de los menores de cinco años en ASSBASALUD y los datos del grupo de edad 6 a 11 años se obtienen de los registros elaborados por los entidades contratadas para ejecutar el programa de complementación alimentaria de la Secretaría de Salud Pública. Vale la pena mencionar que esta valoración no corresponde a la totalidad de los menores de 18 años de Manizales, es decir que los resultados no son poblacionales como los solicita la Procuraduría para el informe de infancia, niñez y adolescencia. El nuevo registro será diligenciado también por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Porcentaje de desnutrición crónica según grupos de edad.
Manizales 2005 - 2012

Año	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	0 a 17 años
2005	ND	11,2	ND	ND
2006	ND	9,3	ND	ND
2007	18,0	2,4	ND	ND
2008	19,7	7,4	ND	ND
2009	19,7	8,2	ND	13,2
2010	29,1	5,7	ND	10,3
2011	ND	ND	ND	ND
2012	ND	ND	ND	ND

En la Secretaría de Salud Pública de Manizales se cuenta con el programa de complementación alimentaria para la población escolar y a partir del mes de octubre del presente año se le cambia de denominación al programa por el Programa de Alimentación Escolar – PAE-, el cual además de reforzar el programa con profesionales expertos en el área de alimentos, se definen nuevas estrategias como: Asistencia alimentario- nutricional directa a la población escolar; vigilancia del estado nutricional de los niños; control de calidad e higiene de los servicios en los comedores escolares capacitación sobre Control de Calidad e Higiene de los Alimentos, al personal involucrado en el servicio de alimentación y Desarrollo de programas de educación alimentario-nutricionales dirigidos a escolares, docentes y padres con el fin de fomentar adecuados hábitos de alimentación entre otras.

Y para controlar el bajo peso al nacer y la desnutrición crónica en los dos primeros años de vida del recién nacido se crea EL PROGRAMA COMUNITARIO INTEGRAL FAMILIAR DE NUTRICIÓN Y SALUD PARA EL HOGAR DE LA GESTANTE, considerando aspectos como: la Vigilancia de la malnutrición en estos grupos, educación nutricional a las madres y orientación a mujeres embarazadas y lactantes.

.

Indicador 7. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición global

Desnutrición es una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, la cual, especialmente si es crónica, dificulta la salud y puede llevar a problemas en el desarrollo físico o intelectual que se pueden manifestar en diferentes problemas de adulto. Y en casos muy agudos en el tiempo puede llevar, más a menudo indirectamente que directamente (por la debilidad ante cualquier enfermedad) a la muerte.

La desnutrición global en Colombia (peso para la edad), en niños menores de 5 años, descendió en el periodo 2005 – 2010 en 37.03%, al pasar de 5.4% a 3.4%, según los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN.

El 3 por ciento de los niños del departamento de Caldas padece desnutrición global es decir bajo peso para la edad según la ENDS 2010 y en Manizales en el mismo el porcentaje es un poco superior. Las estrategias que se han implementado para la desnutrición crónica están enfocadas para la malnutrición en general.

Porcentaje de desnutrición global según grupos de edad.
Manizales 2005 - 2012

Año	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	0 a 17 años
2005	ND	ND	ND	ND
2006	ND	ND	ND	ND
2007	6,2	8,0	ND	ND
2008	6,7	2,8	ND	4,9
2009	10,1	4,4	ND	7,3
2010	4,1	2,0	ND	5,5
2011	0,5	ND	ND	ND
2012	0,5	ND	ND	ND

Indicador 7. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición aguda

Es la deficiencia de peso para talla (P/T). En otras palabras es un proceso grave y reciente que ha llevado una pérdida de peso por la consecuencia del hambre aguda y/o enfermedad grave. La desnutrición aguda es aquella que presenta más riesgo de muerte para el menor, y debe ser atendida de inmediato.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) también reporta 11 mil 83 casos de desnutrición aguda tratados en el sistema nacional de Salud, y de ellos, 56 niños han muerto a causa de una mala alimentación.

El siguiente cuadro muestra los resultados solo para los dos primeros grupos de edad, por las razones ya expuestas, y a pesar de que las cifras son variables entre los años, éstas no superan el 7%. Las estrategias implementadas se verán reflejadas en los próximos años.

Porcentaje de desnutrición aguda según grupos de edad.
Manizales 2005 - 2012

Año	0 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	0 a 17 años
2005	ND	6,8	ND	ND
2006	ND	6,6	ND	ND
2007	2,8	1,2	ND	5,5
2008	2,8	1,2	ND	ND
2009	5,1	0,7	ND	4,9
2010	3,5	3,3	ND	3,4
2011	ND	ND	ND	ND
2012	ND	ND	ND	ND

Indicador 8. Porcentaje de niños, niñas entre 0 y 6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y reciben lactancia materna exclusiva

La Secretaría de Salud Pública de Manizales, realiza muchas actividades para la primera infancia, pero en lactancia materna exclusiva se realizó un estudio hace dos o tres años, y aunque a se había planteado la posibilidad de contar con la información en años anteriores, sólo a partir de este año se inician actividades orientadas a la asistencia técnica de maternidad segura en las IPS del municipio donde realizan controles prenatales y atienden partos; en esta asistencia se enfatiza sobre la educación que se les debe brindar a las gestantes con relación a la lactancia materna exclusiva hasta los primeros seis meses de edad del bebé y alimentación complementaria hasta los dos años de edad, se entafiza también en la técnica adecuada para una lactancia exitosa. Vale la pena mencionar que la Secretaria de Salud Pública de Manizales participó junto con algunas IPS del municipio y de otros municipios del departamento de Caldas en el seminario "Consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño" orientado por el Ministerio de Salud y actualmente se multiplicando este seminario al resto de IPS del municipio que atienden gestantes y niños. Se proyecta que para el próximo año se cuente con la información actualizada y periódica de los niños y niñas menores de seis meses que reciben lactancia materna exclusiva para evaluar el impacto de dichas campañas educativas en la comunidad y responder con cifras este indicador.

Indicador 9. Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional

Tratando de disminuir las complicaciones en las gestantes y en los menores de un año, La Secretaría de Salud a la fecha supervisa el cumplimiento de la guía de atención de la gestante contemplada en la Resolución 412 en las IPS de la ciudad, en lo que respecta a los niveles séricos de la hemoglobina, la valoración de su estado nutricional al inicio de la gestación y en los controles posteriores, pero no se contabilizan las gestantes con diagnóstico de anemia nutricional; para el año 2014 se implementará el registro para cuantificarlas. Actualmente se está iniciando un proyecto orientado al apoyo nutricional de las gestantes adolescentes de algunas comunas del municipio con el objetivo de garantizar un buen estado nutricional tanto a la madre como al bebe hasta que cumpla dos años de edad. El proyecto se está realizando en conjunto con la fundación Luker, Éxito y Nutrir.

Indicador 10. Porcentaje de niños, niñas con bajo peso al nacer

El peso al nacer es una variable usada con frecuencia por epidemiólogos para evaluar las posibilidades de supervivencia de un recién nacido en sus primeros momentos de vida, así como para valorar las condiciones de la madre.

Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la significativa pérdida postnatal haya ocurrido.

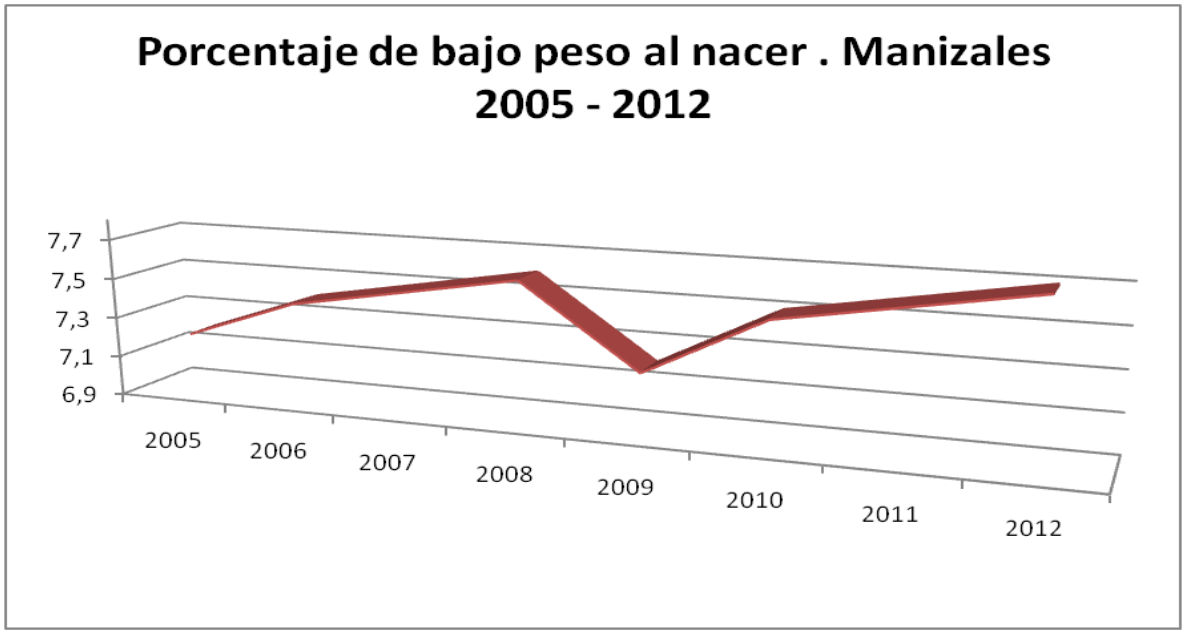
Muchas afecciones en la gestación como la hipertensión arterial, la diabetes, las infecciones vaginales, la desnutrición, la anemia, la baja talla, la edad (adolescentes), una atención prenatal inadecuada, antecedentes maternos (como otras gestaciones de prematuros, abortos, muertes fetales, etc), múltiples gestaciones, corto intervalo entre gestaciones, el alcoholismo y/o tabaquismo entre otros factores interfieren con la nutrición del feto y por tanto con su ganancia de peso.

Segùn la UNICEF, La cifra de niños a los que no se pesa es elevada en los países en desarrollo. Sin embargo, según la información de que se dispone, en 100 países en desarrollo las tasas de bajo peso al nacer son inferiores al 10%, pero se calcula que cada año nacen en el mundo 18 millones de niños con bajo peso – 9,3 millones en Asia meridional y 3,1 millones en el Africa subsahariana.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia de los 697.029 niños que nacieron en 2003, 53.922, es decir el 7.73% fueron con Bajo Peso al Nacer y en Bogotá el 11.9% presentan dicha problemática.

En Manizales, como se observa en el gràfico, el porcentaje es muy similar al Nacional, pues las cifras durante el periodo permanecieron entre el 7.0 y 7.7 %, obteniéndose el

menor porcentaje en el año 2008. Las cifras se obtienen de los registros de nacido vivo del DANE y las estrategias como Maternidad Segura, Lactancia materna, y APS entre otras incluyen actividades enfocadas a los niños con bajo peso al nacer.



La Secretaría de Salud Pública en Manizales, viene desarrollando un Sistema de Información en WEB con el fin de automatizar cada uno de los programas y proyectos que allí se desarrollan, articular las acciones comunes entre ellos, difundir la información para todos los clientes, publicar los artículos e informes que se desarrollan al interior de la entidad y publicar el observatorio de salud pública que nace como una necesidad y deseo del Secretario de Salud; en este observatorio dentro de toda la información que se publica se encuentran los porcentajes de bajo peso al nacer distribuidos por comunas.

Indicadores 11, 12, 13, 14, 15 y 18. Cobertura de inmunización contra el BCG, Polio, DPT, Heptatitis B, Rotavirus e influenza en niños, niñas menores de un año

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) modificado desde el año pasado para complementar el programa, es una acción conjunta de las naciones del mundo, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (0PS), para el control, eliminación y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas.

Dentro de los objetivos del PAI están: Disminuir la morbilidad y la mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunas que estén contenidas en el programa del Ministerio de Salud y erradicar la Poliomielitis y el Sarampión.

La OMS dentro de sus publicaciones menciona que la inmunización previene cada año entre 2 y 3 millones de defunciones por difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. La cobertura vacunal mundial (proporción de niños de todo el mundo que reciben las vacunas recomendadas) se ha mantenido estable en los últimos años. Como ejemplo, el porcentaje de lactantes completamente vacunados contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) se ha mantenido estable al 83% en los últimos tres años.

En el año 2012 se administraron tres dosis de la vacuna DTP a unos 110 millones de lactantes de todo el mundo, a fin de protegerlos contra graves enfermedades infecciosas que podrían provocarles trastornos y discapacidades graves, e incluso la muerte. Para 2012, 131 países habían alcanzado por lo menos el 90% de cobertura con la vacuna DTP3.

La **Hepatitis B** es una infección viral que afecta al hígado. Para el final de 2012 la vacunación de los lactantes contra la hepatitis B se había introducido a escala nacional en 181 países. Se estima que la cobertura mundial con la vacuna contra la hepatitis B es del 79%.

La **poliomielitis** es una enfermedad viral altamente infecciosa que puede provocar parálisis irreversible. En 2012, el 84% de los lactantes de todo el mundo recibieron tres dosis de la vacuna antipoliomielítica. La poliomielitis sigue siendo endémica solo en tres países, a saber, el Afganistán, Nigeria y el Pakistán.

Los **rotavirus** son la causa más común de enfermedades diarreicas graves entre los niños pequeños en todo el mundo. Para el final de 2012 la vacuna contra los rotavirus se había introducido en 41 países. Se alcanza una cobertura global estimada de 11%.

Teniendo en cuenta el informe de la OMS, se puede concluir que en Manizales las coberturas de vacunación son excelentes, ya que en todos los biológicos no disminuyen al 95%, ni siquiera en el rotavirus que comenzó hace poco.

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO, SEGÚN BIOLOGICO. MANIZALES 2005 - 2012

AÑO	BIOLOGICO					
	BCG	POLIO	DPT	Hep B	ROTAVIRUS	INFLUENZA
2005	100,0	99,4	99,4	99,4	-	-
2006	100,0	99,8	99,8	99,8	-	-
2007	98,7	100,0	100,0	100,0	-	-
2008	100,0	97,8	97,8	97,8	-	-
2009	96,9	97,9	97,9	97,9	-	-
2010	100,0	99,6	99,6	99,6	-	-
2011	100,0	99,6	99,6	100,0	95,7	99,6
2012	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,6

Esos resultados reflejan el trabajo permanente por parte de la Secretaría de Salud, de una parte cumpliendo con el cronograma programado por el Ministerio y por otra con el trabajo constante de las responsables en cada IPS, en la Secretaría de Salud y en la Estrategia APS.

Indicadores 16 y 17. Cobertura de inmunización contra el neumococo y triple viral en niños y niñas de 1 año

La Cobertura de Vacunación Triple Viral en niños de 1 año es el porcentaje de niños de un año que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (generalmente en combinación con rubéola y parotiditis – SRP), expresado como porcentaje de la población de un año de edad, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Según el Informe Regional de Salud en las Américas 2007, en 1994, los países de la región de las Américas fueron los primeros en todo el mundo en comprometerse a interrumpir la transmisión autóctona del sarampión. En los años noventa el número anual de casos de sarampión disminuyó notablemente, al pasar de cerca de 250.000 en 1990 a 2.190 en 1996. Posteriormente se presentaron brotes aislados en el 2002 en Venezuela y Colombia, los cuales fueron controlados gracias a acciones de vacunación masiva. Desde el 2003, sólo cerca de 100 casos se han notificado anualmente en las Américas y la mayoría pueden vincularse positivamente con las importaciones de otras regiones del mundo.

La cobertura corresponde al porcentaje de población vacunada que se requiere para interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad determinada y se mide mediante el porcentaje de vacunación, en este caso con la vacuna triple viral, que incluye inmunización contra tres virus (la Rubéola Congénita, la Parotiditis y el Sarampión), debido a que a partir de 1995, con el fin de unificar el plan de erradicación de estos tres virus, se incluyó dentro del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) esta vacuna, llamada "triple viral" o "SPR". Esta vacuna debe aplicarse en todos los niños apenas cumplan un año de edad. De hecho, una de las metas del PAI es obtener y asegurar la erradicación del sarampión. La cobertura óptima varía según la enfermedad.

Para las enfermedades inmunoprevenibles objeto del PAI, se aceptan coberturas mínimas 95% para todas las vacunas. Manizales sobrepasa este indicador como se observa en el cuadro; desde el año 2006 se obtuvieron cifras de casi el 96% y ya en el 2012 se logró el 100%.

El neumococo es una bacteria que puede causar infecciones en partes diferentes del cuerpo, muchas de ellas muy graves, como por ejemplo: La Meningitis, La Sinusitis, y la Otitis media supurativa entre otras. Estas infecciones pueden ser muy peligrosas en los niños y niñas pequeños ya que no han desarrollado su sistema inmunológico totalmente.

Según la Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica mueren cada hora 2 niños por enfermedades producidas por el neumococo. En Colombia se reportan cerca de 210.000 niños y niñas menores de cinco años hospitalizados por enfermedades como la neumonía, bronconeumonía y meningitis causadas por la bacteria del neumococo y cerca de 2.500 menores de cinco años mueren por estas causas.

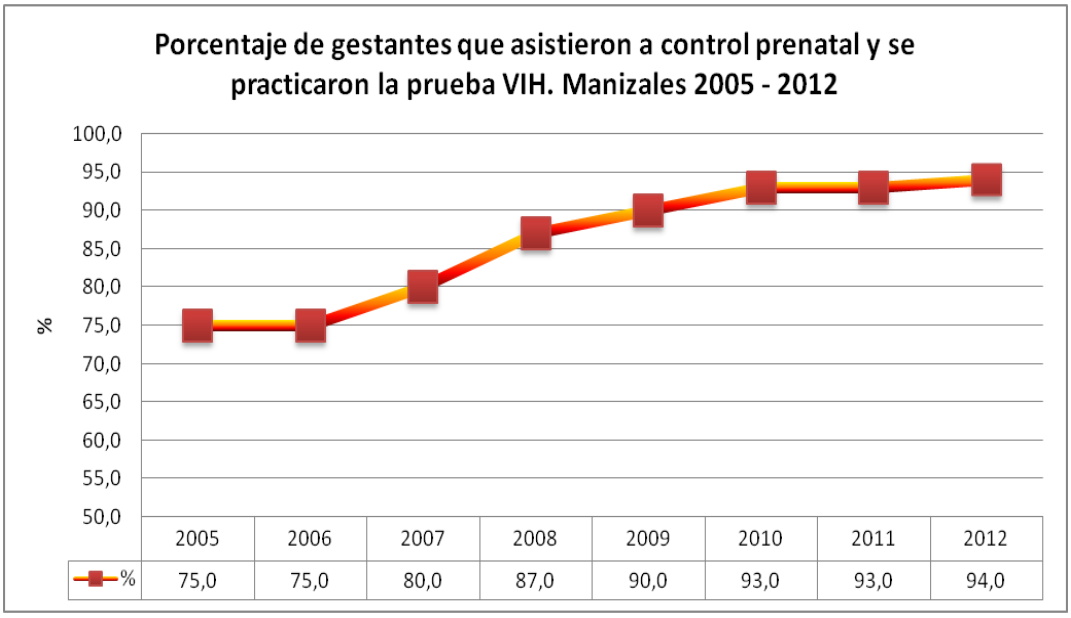
La Organización Mundial de la Salud estima que las enfermedades producidas por el neumococo son la principal causa de mortalidad infantil prevenible con inmunización y ha recomendado el uso de la vacuna para disminuirlas.

El cuadro siguiente muestra las coberturas de vacunación en Manizales para los niños de un año. Como se observa para el neumococo el porcentaje es realtivamente alto teniendo en cuenta que es un biológico que se incluyó desde hace muy poco en el PAI.

COBERTURAS DE INMUNIZACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 1 AÑO, SEGÚN BIOLOGICO. MANIZALES 2005 - 2012

AÑO	BIOLOGICO	
	NEUMOCOCO	TRIPLE VIRAL
2005	-	99,5
2006	-	99,8
2007	-	100,0
2008	-	100,0
2009	-	95,8
2010	86,0	95,7
2011	86,0	95,7
2012	86,0	100,0

Indicador 19. Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa)



La inducción a la demanda de la prueba de ELISA, pretende favorecer el diagnóstico temprano de la infección por VIH y así contribuir al inicio de un tratamiento oportuno, mejorar la calidad de vida del usuario y disminuir la morbimortalidad. Pero como un valor agregado, la educación que se ofrece de manera simultánea, contribuye a generar conciencia de riesgo individual y el cambio de actitudes hacia la salud sexual, el autocuidado, la actividad sexual protegida y la elección de pareja.

A través del Plan de Intervenciones Colectivas, la Secretaría de Salud desarrolla talleres sobre habilidades para vivir y salud sexual, dirigidos a personas entre 10 y 29 años, focalizando las más vulnerables. Durante el 2012, se llevaron a cabo 298 talleres, con una cobertura de 10.430 personas de todas las comunas y corregimientos de la ciudad. Además de los talleres, se brindan consejerías

individuales, que aunque abarcan todas las líneas de la política de salud sexual y reproductiva, hacen especial énfasis en la prevención de infecciones de transmisión sexual y las prácticas de sexo seguro. En el 2012, 9251 personas participaron de esta estrategia y algunas fueron remitidas a su EPS, para una atención más completa.

La inducción a la demanda incluye la asesoría para la prueba y remisión a la EPS, en el año 2012, 421 personas recibieron información sobre el VIH-SIDA, las implicaciones del diagnóstico, pronóstico, posibles resultados, etc (asesoría pretest) y firmaron su consentimiento informado previo a la prueba de ELISA, tal como lo exige la norma. Después de este procedimiento y teniendo en cuenta que las pruebas requeridas para el diagnóstico de la infección por VIH, están incluídas en el Plan Obligatorio de Salud, se remitieron a su EPS. Vale la pena resaltar que cada vez existen menos barreras administrativas para la realización de la prueba de ELISA, aunque persisten algunas para la de Western Blot. En todas las asesorías institucionales se enfatiza en la obligatoriedad de toma de la prueba, consignada en la circular 0063 del 2007.

Indicadores 20 y 65. Tasa de transmisión maternoinfantil de VIH y Número de casos de sífilis congénita

Para el país es de suma importancia que la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incorpore dentro de sus prioridades de salud pública la prevención y la atención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y la sífilis gestacional y congénita, que afectan en forma creciente a las mujeres y sus recién nacidos en nuestro país, y que el Estado debe propender por preservarlas.

La infección del recién nacido por el VIH supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida. De otra parte, son conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar; sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis terminan en aborto, muerte fetal o neonatal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso o recién nacido con infección congénita con diversos grados de afectación. Los anteriores eventos generan un enorme costo humano, social y económico para el país y por consiguiente limitan su desarrollo.

En el periodo 2003 -2010 se han diagnosticado en Colombia 2.761 gestantes con infección por VIH, 235 niños infectados por el VIH de los cuales 121 son menores de 2 años, 23.370 gestantes con sífilis y 16.602 recién nacidos con sífilis congénita, significa que, por ejemplo, para el 2009 la incidencia de sífilis congénita en el país fue de 2.6 casos por 1.000 nacidos vivos. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro ha mejorado, estas cifras implican un importante problema en el diagnóstico y subregistro de los casos, sobre todo en lo relacionado con el tema de sífilis.

Con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el país se obliga, para el 2015, a disminuir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos. Si bien, no se contempla como meta directa la disminución de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita, el Ministerio de la Protección Social, se

acoge a la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para todos los países de América Latina, que contempla la integralidad de las acciones en la atención a las gestantes buscando lograr la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, lo cual implica también la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

Teniendo en cuenta la situación del país, en especial frente a la sífilis congénita, se considera que lograr su eliminación es un reto que atañe a todos los organismos del Estado y la sociedad en general para así garantizar la salud de las madres, los niños y las niñas.

Los elementos fundamentales para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y con brindar un tratamiento oportuno y adecuado. Para lograr resultados positivos se requiere del compromiso, el conocimiento y el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS.

Con el ánimo de preservar la salud materna y perinatal y contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal se ha diseñado el plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Sus objetivos centrales son mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de VIH y sífilis en las gestantes, clasificar adecuadamente el estadío de la sífilis (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para dar tratamiento adecuado y oportuno, ampliar la cobertura de la profilaxis de la transmisión materno infantil del VIH y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de VIH y sífilis.

Para el desarrollo exitoso de las cuatro líneas estratégicas propuestas en el plan es fundamental el empoderamiento de la comunidad en general, en especial de las mujeres

con intención reproductiva y de las gestantes y sus parejas, para que accedan oportunamente a los servicios preconcepcionales y de control prenatal. A su vez, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) deben prepararse para garantizar una atención integral que permita cumplir los objetivos del plan estratégico.

Manizales no es ajena a la problemática pero tampoco a vigilancia y control de estas patologías y de esto es también el resultado de los indicadores tan bajos en esta ciudad durante; en el periodo 2005 – 2012 sólo se han presentado dos casos de niños que nacieron infectados de VIH de madres infectadas con VIH y con respecto a la sífilis gestacional los eventos también son relativamente pocos; en el año 2005 se presentaron 10 casos, durante el periodo estudiado disminuyó a tres casos en algunos años y terminó el periodo en 7 casos.

Existen varios programas en la Secretaría de Salud que enfocan sus actividades a este duo, el programa de primera infancia, maternidad segura, Sistema de Vigilancia Epidemiológica y el programa de salud sexual y reproductiva entre otros.

Indicador 21. Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.

"El embarazo adolescente perpetúa la inequidad, fomenta la deserción estudiantil, obliga a estas niñas a aislarse de sus colegios, de sus sitios de estudio para poder cuidar de sus bebes, no tienen la oportunidad de seguir avanzando y por eso perpetúan las inequidades. Nuestro sueño es que nuestras adolescentes estén donde deben estar: estudiando, jugando, y no trabajando para sostener un hijo".

Presidente Juan Manuel Santos

El embarazo en adolescentes es de alto riesgo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas que conlleva, sino porque a nivel físico su cuerpo aún está en proceso de formación.

Las gestantes entre los 15 y 19 años tienen doble probabilidad de morir por causas obstétricas que las mayores de 20 años y el riesgo es seis veces mayor en las menores de 15 años. Es más probable que sufran violencia doméstica y sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS), que fumen, que tengan períodos intergenésicos más cortos, menos acceso a control prenatal y parto institucional y madre-solterismo.

Cerca del 40% de las gestantes adolescentes presenta bajo peso durante la gestación, mayor parto prematuro y con más frecuencia bebés con bajo peso al nacer. La mortalidad infantil en sus hijos, sólo es superada por la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Si sus hijos nacen prematuros pueden tener alto riesgo de muerte neonatal, problemas crónicos pulmonares y respiratorios, parálisis cerebral, retardo mental y discapacidades visuales y auditivas.

Las claves que explican la alta fecundidad adolescente, en un contexto moderno pueden resumirse en: La Reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a las/os adolescentes como sujetos sexualmente activos, porque producto de esta negación se restringe su acceso a medios anticonceptivos y a conocimientos y prácticas sexuales

seguras; la inequidad, porque acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para las/os más pobres, y “con ello reduce el valor de la maternidad/paternidad tempranas y, simultáneamente, los eleva como mecanismo para dotar de sentido a la vida”; Relaciones de poder, que determinan en gran medida el riesgo o posibilidad de protección respecto a los embarazos no planeados.

Importantes sectores viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática por los individuos y sus comunidades, y más bien forma parte de las prácticas culturales, o es para las mujeres, una forma de constituir su propio proyecto de vida en contextos socioeconómicos caracterizados por la falta de oportunidades. UNFPA (2007).

En Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 68,5 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta.

La meta del Plan de Desarrollo Nacional es mantener la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por debajo de 51 x 1000 y al año 2012 la Tasa de fecundidad en Colombia es de 71,09x1000

La meta del Plan de Desarrollo Manizales es mantener la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por debajo de 51 x 1000 y al año 2012 la tasa de fecundidad en es de: 51x1000.

Analizando el porcentaje que aportan las adolescentes con respecto al total de gestantes se observa en el cuadro anexo que éste se encuentra entre el 10 y el 11%, encontrándose una leve disminución para el año 2012.

Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes. Manizales 2005 - 2012

Año	%
2005	11,8
2006	11,8
2007	11,5
2008	11,4
2009	10,8
2010	11,5
2011	10,1
2012	10.7

Entre las estrategias que ha implementado la Secretaría de Salud se encuentran las siguientes:

Actividades Educativas haciendo énfasis en habilidades para la vida y salud sexual, salud sexual con enfoque sexológico, derechos sexuales y reproductivos. Estas actividades están dirigidas a población escolarizada y no escolarizada.

Anticoncepción sin barreras. En 2007 y 2008 se amplió la oferta anticonceptiva en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, y mediante la Resolución 769 y 1973, se establece que no existe límite de edad para realizar asesorías en anticoncepción o suministro de métodos anticonceptivos.

Servicios amigables de salud para jóvenes cuyo objetivo es reducir las barreras de acceso a servicios integrales de salud y Salud Sexual Reproductiva a este grupo poblacional y prevenir el embarazo en adolescentes (10 a 19 años).

Consulta diferenciada: Cuando la institución de salud no cuenta con infraestructura mínima para constituir una unidad amigable, debe tener un profesional de la salud debidamente formado para ofrecer una atención de calidad, dentro de la programación de consulta diaria, pero guardando la confidencialidad y respeto por adolescentes y jóvenes.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar brinda asistencia y acompañamiento a la madre gestante y al bebé; facilita el restablecimiento de derechos en caso de que el niño o niña no sea reconocido por el presunto padre, y garantiza el derecho a la identidad y a la filiación de los recién nacidos. Para el efecto cuenta con modalidades de internado y casa hogar de protección para gestantes y lactantes

Indicador 22. Porcentaje de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnósticadas y tratadas antes de la semana 17

La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluídas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20ª. semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación.

La gestante con sífilis se la puede transmitir al bebé a través de la sangre. Hasta 2 de cada 5 bebés que se contagian sífilis en la matriz (40 por ciento) mueren antes o después del nacimiento. La sífilis puede hacer que el bebé nazca prematuramente, antes de completar las 37 semanas de embarazo. Algunos bebés nacidos con sífilis pueden sufrir otros problemas de salud como por ejemplo: Lesión cerebral, Ceguera, Pérdida de la audición, problemas de huesos y dientes entre otras.

En Manizales, se obtiene la información solo a partir del 2008 y desafortunadamente el indicador no es muy favorable para la ciudad puesto que ha venido disminuyendo paulatinamente pues mientras que en el año 2008 el 70% de las gestantes con sífilis se diagnosticaron antes de la semana 17, en el año 2012, sólo se diagnosticó el 40.%. Se espera que con las estrategias que se han venido implementando se supere el porcentaje el del 2008.

Indicador 23. Cinco primeras causas de MORBILIDAD en niñas, niños entre 0 y 4 años

Según la UNICEF, Las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) continúan ocupando una de las principales causas de morbimortalidad en los niños menores de 5 años en los países en desarrollo. Las Neumonías representan entre el 80 % A 90 % de las muertes por I.R.A. Se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años, sólo por debajo de las afecciones perinatales y de las anomalías congénitas. Una de las causas principales de esta alta mortalidad es la "falta de atención médica oportuna".

Las I.R.A. en el mundo son la causa de 4,3 millones de muertes anualmente en niños menores de 5 años, representando el 30% del total de defunciones anuales de niños de este grupo etario. El 80 % A 90 % de este total representan las neumonías bacterianas y virales .

En las I.R.A. la neumonía por su morbimortalidad sigue siendo en los países en vías en desarrollo, un problema cuya solución no es exclusivamente médico, sino socioeconómico y de políticas de salud.

En Caldas, se hace reiterativa la primera causa de consulta en menores de 5 años la infección respiratoria aguda, en la segunda causa de consulta la enfermedad diarreica aguda, siguen los diagnósticos relacionados con estas dos causas en el 2005-2007-2008, 2009, para el 2010 la tercera causa cambia a caries de la dentina la cuarta causa infección de vías urinarias y la quinta causa otitis media específica, todo lo anterior muestra que la enfermedad frecuente en los menores de 5 años es la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda, la primera suele presentarse por contagio persona a persona, mientras que la segunda es consecuencia de hábitos higiénicos deficientes, y puede deberse a consumo de agua no potable. *Informe de indicadores de Infancia.*

En Manizales las primera causas tienen un comportamiento similar, durante los años estudiados permaneció como primera causa las infecciones respiratorias agudas, como segunda causa Enfermedades infecciosas intestinales excepto en los años 2011 y 2012, lo mismo sucede con la tercera causa que corresponde a las enfermedades del oído medio y mastoides y en la cuarta con otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores y aunque la quinta causa es diferente en cada año, se observa como la mayoría están consideradas en el grupo de las infecciones respiratorias.

Principales causas de morbilidad en poblaciòn menor de 5 años. Manizales 2006 - 2012

Causas
Infecciones agudas de las vias respiratorias superiores
Enfermedades Infecciosas Intestinales
Enfermedades del oido medio y mastoides
Otras infecciones agudas de las vias respiratorias inferiores
Dermatitis y Eczema
Influenza, gripe y neumonia
Signos y síntomas generales
Bronquitis y bronquilitis
Faringitis y amigdalitis
Neumonía

Orden	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1	6720	5434	4710	3992	1798	2945	176
2	3371	3043	2648	1810	674	1872	81
3	1473	1491	1449	1403	637	1420	61
4	1251	1189	1126	1129	571	1264	55
5	833	913	921	601	342	1160	52
Total	13648	12070	10854	8935	4022	8661	425

Todas estas causas son susceptibles de modificarse a mediano y corto plazo, siempre y cuando se asimilen las estrategias implementadas tanto a nivel nacional como local tanto por parte del personal de la salud como de la comunidad en general.

Indicadores 24 y 25 . Tasa de morbilidad por EDA y por IRA en menores de 5 años

La diarrea es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y autolimitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

Las EDA han constituido un problema importante de salud pública en el mundo; dichas enfermedades afectan a todos los grupos de edad, sin embargo los más vulnerables son los menores de 5 años.

En 1997, 80% de los niños que murieron por EDA recibieron por lo menos una atención médica y más del 61% de las defunciones ocurrieron en el hogar.

En 1998 se registraron 617,509 casos de EDA en niños menores de un año y 982,111 en el grupo de 1 a 4 años.

La Infección Respiratoria Aguda (IRA) constituye un grupo de enfermedades que se producen en el aparato respiratorio, causadas por diferentes microrganismos como virus y bacterias, que comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país.. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías.

En los niños menores de 5 años, la causa de la infección en el 95% de los casos son los virus siendo de buen pronóstico, pero un pequeño porcentaje pude padecer complicaciones como otitis, sinusitis y neumonía.

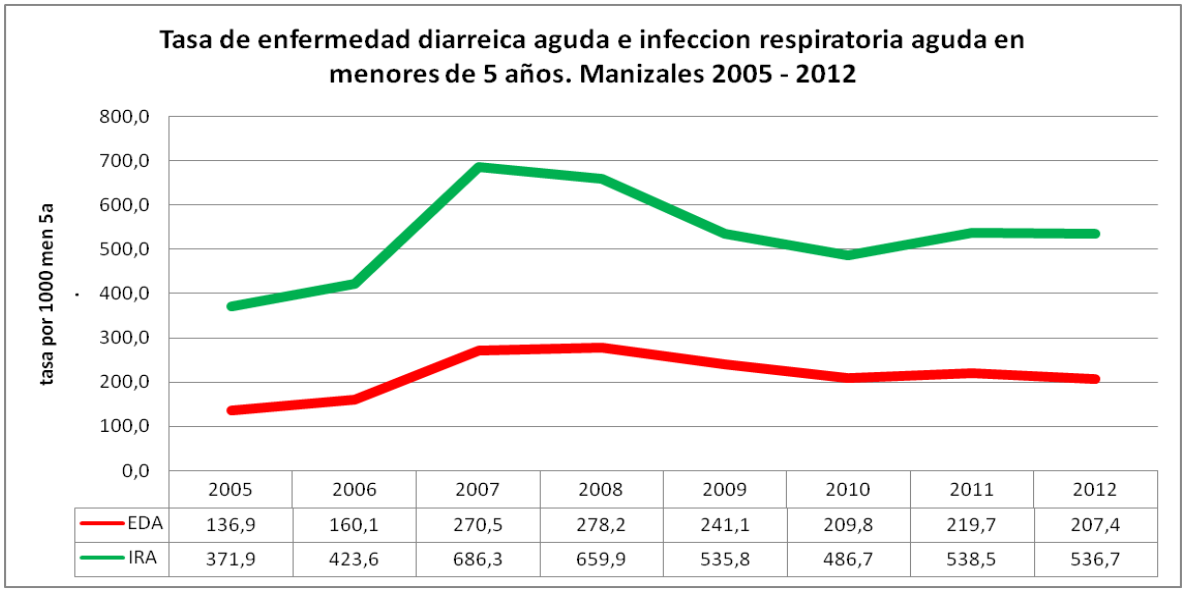
Las IRA representan en muchos países de la Región una de las principales causas de hospitalización, las cuales no sólo se deben a Neumonía sino también a Bronquitis, Bronquiolitis y otras afecciones del aparato respiratorio.

Aún cuando no existe información cuantitativa en los países de la Región, algunas infecciones agudas de las vías aéreas superiores, como otitis y faringitis estreptocócica son causantes de secuelas graves en los niños, tales como hipoacusia y sordera y en menor medida, cardiopatía reumática.

En la epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Brasil, la bronquiolitis, laringotraqueobronquitis, bronquitis y neumonías son la mayor causa de morbilidad en niños menores de 3 años de edad. En grandes estudios tales enfermedades tienen causas infecciosas identificables. La gran mayoría de las infecciones son causadas por 4 tipos de virus respiratorios: Virus Respiratorio Sincitial (VRS), Parainfluenza (VPI), Influenza y Adenovirus.

La incidencia de los virus respiratorios en los dos últimos años, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, muestra que en 2010 el virus sincitial respiratorio causó el 62% de los casos estudiados, seguido de Influenza AH1N1 (18%), Parainfluenza (8%) Influenza A estacional (6%), Influenza B (3%) y los adenovirus (3%).
La población más afectada son los menores de 5 años y los principales síntomas son: fiebre, malestar general, congestión y secreción nasal, asimismo también se pueden presentar síntomas como tos, dolor de garganta, expectoración y dificultad para respirar.

En Manizales, el cálculo se tomó de los registros de notificación obligatoria, cuya fuente primaria son todas las Unidades Generadoras de datos de la ciudad, como se observa en el gráfico se presenta con más frecuencia la IRA que la EDA y a pesar de que es menos pronunciado la variabilidad en las tasas anuales en la enfermedad diarreica aguda el comportamiento es muy similar a la tendencia de la IRA. Ver gràfico.



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EDA	136,9	160,1	270,5	278,2	241,1	209,8	219,7	207,4
IRA	371,9	423,6	686,3	659,9	535,8	486,7	538,5	536,7

Las estrategias que se han implementado para disminuir ésta problemática, además de que son eventos que están considerados dentro de la notificación obligatoria, es APS, la estrategia de primera infancia y los controles de crecimiento y desarrollo entre otras.

Indicador 26. Porcentaje de niños, niñas entre 0 y 10 años que asisten a controles de crecimiento y desarrollo.

Crecimiento y desarrollo es el conjunto de cambios somáticos y funcionales que se produce en el ser humano, se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez, la adolescencia y adultez.

Control de crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 10 años.

A nivel Nacional existe una norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 9 años cuyo propósito es contribuir a mejorar el estado de salud de la población infantil a través de la evaluación oportuna, periódica y sistemática del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño detectando precozmente riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, para su atención y referencia; promoviendo practicas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

Caldas en su informe de infancia, niñez y adolescencia menciona que los programas de promoción y prevención son de obligatorio cumplimiento por las Empresas Promotoras de Salud, y que con el fin de dar cumplimiento a las Normas Técnicas contenidas en la Resolución 412/2000, El Ministerios de Salud y Protección Social reglamentó las metas de cumplimiento a través de la Resolución 3384/2000; en la cual, están determinados los porcentajes de cumplimiento mínimos en cada una de las actividades objeto de dichos programas.

El programa de crecimiento y desarrollo se rige por la Norma Técnica número 6 de la Resolución 412/2000: Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del niño de 0-9 años.

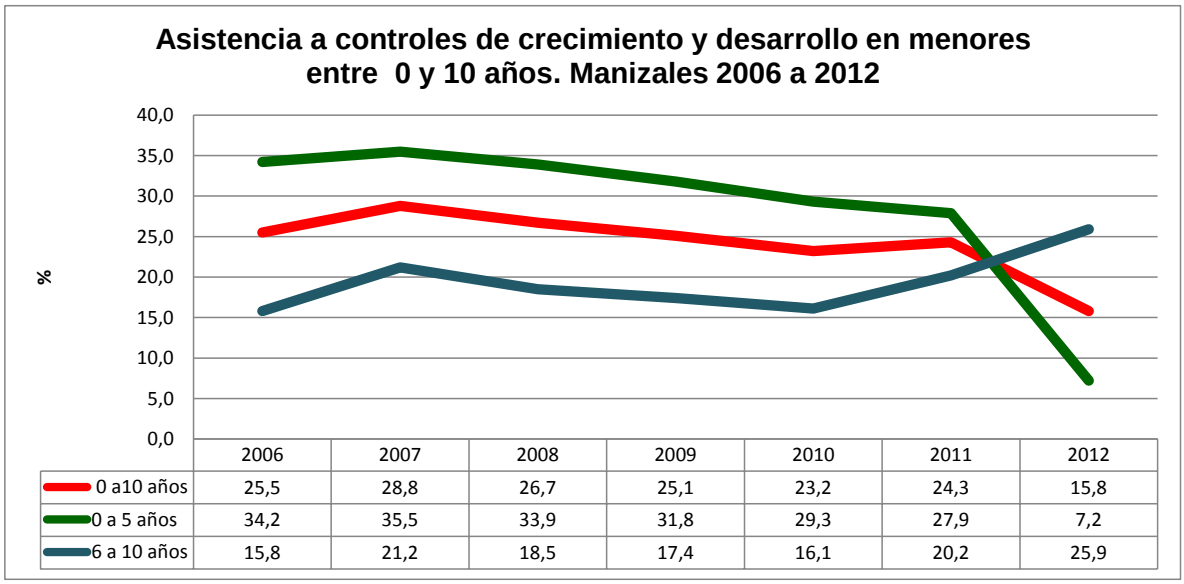
Explica también en su informe las metas de cumplimiento mínimas para las EPS. En el régimen contributivo la consulta médica de 1ª vez en el programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años es del 80%, y para control de seguimiento de programa de crecimiento y desarrollo a niños y niñas entre 0 a 9 años es del 50%, en cambio para el régimen subsidiado la meta es del 90% en las dos actividades.

Por consiguiente en Caldas en el régimen contributivo, se presentó un aumento progresivo para consultas de primera vez por el médico, superando el porcentaje mínimo de cumplimiento de la meta, es decir por encima del 80% con un comportamiento atípico en el año 2009 donde se cumple la meta por encima del 100%, que puede atribuirse a la escasa cobertura del programa en años anteriores, también a problemas en las bases de datos y al subregistro de la información. Las EPS-RC que registraron consultas de primera vez en el año anteriormente mencionado son: SALUD COOP, SANITAS, SALUD TOTAL, SU SALUD, CAFESALUD, ECOPETROL, COOMEVA, NUEVA EPS.

Para el régimen subsidiado el comportamiento fue de manera inversa, teniendo en cuenta que para el año 2008 el cumplimiento fue de un 83%, el cual está por debajo de la meta establecida que es del 90% y en los años siguientes se observa un cumplimiento del 45% lo que significa que no se está cumpliendo con la inclusión de niños y niñas en el programa de crecimiento y desarrollo en el régimen subsidiado.

En Manizales aunque no se tiene discriminado por régimen se observa que las coberturas no superan las metas establecidas por Ley y a pesar de que existe una norma técnica para esta actividad, la cobertura en el reporte por parte de las EPS es baja. Una vez más con la implementación de las nuevas estrategias mencionadas en otros indicadores se

espera que la calidad, oportunidad y cobertura de estos indicadores mejoren considerablemente a corto plazo.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0 a10 años	25,5	28,8	26,7	25,1	23,2	24,3	15,8
0 a 5 años	34,2	35,5	33,9	31,8	29,3	27,9	7,2
6 a 10 años	15,8	21,2	18,5	17,4	16,1	20,2	25,9

Indicador 51. Proporción de niños y niñas menores de 1 año registrados según lugar de nacimiento.

El registro civil es un derecho de todos los niños y constituye la llave de acceso a los bienes y servicios del Estado. Para la inscripción en el Registro Civil de Nacimiento se debe Acudir a cualquier Registraduría con el niño, para tomarle las huellas plantares; Si el bebé tiene un mes de nacido o menos, llevar el certificado de nacido vivo expedido por el centro hospitalario; Si no se cuenta con el certificado de nacido vivo, se debe hacer declaración bajo juramento de dos testigos que tengan noticia o hayan presenciado el nacimiento; Si el niño tiene más de un mes de nacido, se deben presentar alguno de los anteriores documentos, o la partida de bautizo.

Según la Registraduría Nacional, Desde el año 2000 a la fecha (2013), aparecen inscritos en la base de datos de registro civil de nacimiento, Sirc, de la Registraduría, más niños que niñas. De los 10.520.328 registros, 5.381.099 corresponden a niños y 5.139.229 son niñas.

En lo corrido de este año, un total de 153.328 menores de edad han sido registrados, de los cuales 78.606 son niños inscritos en el registro civil de nacimiento frente a 74.722 niñas. Estos niños y niñas han sido registrados en Registradurías, notarías, clínicas y hospitales de todo el país.

El año pasado, un total de 573.096 niños y niñas fueron inscritos en los registros civiles de nacimiento. 281.015 son niñas, un poco menos que los niños registrados que fueron 292.081.

Actualmente en toda la base de datos de registro civil de nacimiento, Sirc, hay un total de 13.388.623 registros civiles de nacimiento de menores de edad. 6.848.436 registros corresponden a niños y 6.540.187 son de niñas.

Con respecto a Manizales, existen cuatro años del periodo estudiando que no tiene la información disponible del número de niños y niñas menores de un año que se les expidió registro civil; lo que no puede interpretarse como que no se registraron bebes en esos años, es posible que esto se deba más bien a la interpretación con respecto a la fuente primaria y a la entidad que le asignan la responsabilidad de alimentar el indicador.

En el proceso de Estadísticas Vitales juega un papel importante las notarías una vez ocurra un hecho vital, ya que son las encargadas de registrar el hecho que acaba de ocurrir. Para el evento de los nacimientos existen cinco notarías en esta ciudad y dos de ellas se desplazan varios días a la semana hacia las IPS donde atienden partos para registrar el bebè con el fin de facilitarle a la mamá el trámite y garantizar el registro oportuno del bebé. En vista de que la proporción de niños menores de un año está considerando como denominador la proyección de la población calculada por el DANE, esta cifra no superará el 90% puesto que existe una diferencia relativamente grande entre la proyección y los nacimientos; para los años 2006, 2011 y 2012 los porcentajes fueron 86.2, 86.3 y 84.9 % respectivamente. Es posible que en el año 2005 donde la cifra superó el 100%, no se discriminó el dato por lugar de residencia en el numerador.