



**VIGILANCIA SUPERIOR A LA GESTIÓN PÚBLICA
TERRITORIAL FRENTE A LA GARANTÍA
DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA,
LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD**

**Derecho a la SALUD
Salud infantil
Salud materna**

**Abordaje desde la gestión territorial
de las administraciones 2016 - 2019**

**Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos
de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres**



PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN

ADRIANA HERRERA BELTRÁN

Viceprocuradora General de la Nación

VIRGILIO HERNÁNDEZ CASTELLANOS

Procurador Delegado para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres

Equipo de Políticas Públicas

Procuraduría Delegada para la Defensa de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres:

ESPERANZA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

Asesora

RITA LILIANA RIVERA AMADO

Asesora

Aportes contexto normativo:

JOSÉ LEONARDO ANGARITA RODRÍGUEZ

Profesional

Noviembre de 2020



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CONTEXTO GENERAL
 - 1.1 Salud infantil
 - 1.2 Salud materna
2. INCLUSIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL 2016-2019
3. ANÁLISIS SALUD INFANTIL
 - 3.1 Indicadores SALUD INFANTIL
 - 3.1.1 Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales
 - 3.1.2 Indicador Cobertura en vacunación con BCG en nacidos vivos
 - 3.1.3 Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año
 - 3.1.4 Indicador Número de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS
 - 3.1.5 Indicadores de mortalidad infantil
 - 3.2 Acciones estratégicas
 - 3.2.1 Acciones de prevención
 - 3.2.2 Acciones de promoción
 - 3.2.3 Acciones de atención
 - 3.2.4 Acciones de fortalecimiento institucional
4. ANÁLISIS SALUD MATERNA
 - 4.1 Indicador Razón de mortalidad materna
 - 4.2 Acciones estratégicas
 - 4.2.1 Acciones de promoción
 - 4.2.2 Acciones de atención
 - 4.2.3 Acciones de fortalecimiento institucional
5. NIVEL DE ABORDAJE DE ACCIONES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INFANTIL Y A LA SALUD MATERNA



6. PRINCIPALES DIFICULTADES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INFANTIL Y LA SALUD MATERNA

7. CONCLUSIONES

8. RECOMENDACIONES

8.1 Recomendaciones del Ministerio Público

8.2 Recomendaciones de las administraciones 2016-2019 a los nuevos mandatarios territoriales

Lista de gráficas

- Gráfica 1. Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, a nivel departamental – 2017
- Gráfica 2. Indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos, a nivel departamental – 2018
- Gráfica 3. Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año, nivel departamental 2018
- Gráfica 4. Acciones de promoción para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Gráfica 5. Acciones de prevención de la salud infantil realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Gráfica 6. Acciones de atención en salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Gráfica 7. Acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Gráfica 8. Indicador Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, a nivel departamental 2017
- Gráfica 9. Acciones de promoción de la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019
- Gráfica 10. Acciones de atención para garantizar la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019
- Gráfica 11. Acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019
- Gráfica 12. Principales dificultades identificadas por las entidades territoriales para garantizar el derecho a la salud (salud infantil y salud materna)



- Gráfica 13. Principales recomendaciones las administraciones 2016-2019 a los nuevos mandatarios territoriales

Lista de tablas

- Tabla 1. Inclusión del derecho a la salud en la planeación territorial 2016-2019
- Tabla 2. Comportamiento de los indicadores asociados a la salud infantil, durante el período 2015-2018
- Tabla 3. Comportamiento consolidado promedio Indicadores Derecho a la salud 2015-2018
- Tabla 4. Fuentes de información utilizadas Indicadores Derecho a la salud 2015-2018
- Tabla 5. Inclusión de metas en los planes de desarrollo territorial (PDT) Indicadores Derecho a la salud 2015-2018
- Tabla 6. Semáforo comportamiento Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales 2015-2018
- Tabla 7. Semáforo comportamiento Indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos 2015-2018
- Tabla 8. Semáforo comportamiento Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente
- Tabla 9. Semáforo comportamiento Indicador Número de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS 2015-2018
- Tabla 10. Semáforo comportamiento Indicadores de mortalidad infantil 2015-2018
- Tabla 11. Distribución de las acciones de promoción de la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Tabla 12. Distribución de las acciones de prevención para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Tabla 13. Distribución de las acciones de atención en salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Tabla 14. Distribución de acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural
- Tabla 15. Semáforo comportamiento Indicador Razón de mortalidad materna 2015-2018
- Tabla 16. Distribución de las acciones de atención en salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019



Lista de mapas

Comportamiento del indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 1. Nivel departamental
- Mapa 2. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Cobertura de Vacunación con BCG en nacidos vivos para el período 2015-2018

- Mapa 3. Nivel departamental
- Mapa 4. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 5. Nivel departamental
- Mapa 6. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Número de niños y niñas de 0 a 5 años, afiliados al SGSSS según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 7. Nivel departamental
- Mapa 8. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Número de niños y niñas de 6 a 11 años, afiliados al SGSSS según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 9 Nivel departamental
- Mapa 10. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Número de adolescentes de 12 a 17 años, afiliados al SGSSS según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 11 Nivel departamental
- Mapa 12. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Razón de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos), según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018



- Mapa 13 Nivel departamental
- Mapa 14. Nivel municipal

Comportamiento del indicador Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

- Mapa 15 Nivel departamental
- Mapa 16. Nivel municipal

Nivel de abordaje del derecho a la salud infantil y materna para el área urbana

- Mapa 17. Según departamentos
- Mapa 18. Según municipios

Nivel de abordaje del derecho a la salud infantil y materna para el área rural

- Mapa 19. Según departamentos
- Mapa 20. Según municipios



INTRODUCCIÓN

La Procuraduría General de la Nación a través de la Delegada para la Defensa de los Derechos de la infancia, la Adolescencia, la Familia y las Mujeres, realizó la *Segunda Vigilancia superior a la gestión pública territorial*, cuyo objetivo fue realizar el seguimiento y monitoreo a la situación de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud, a partir de los resultados de la gestión de las administraciones locales 2016-2019 frente al cumplimiento de las obligaciones asignadas a los departamentos y municipios para garantizarlos.

Esta Vigilancia superior se hace en el marco de la rendición pública de cuentas de los departamentos y municipios, en la que la Estrategia Hechos y Derechos, integrada por el ICBF, la Consejería Presidencial para la Juventud Colombia Joven, la Federación Nacional de Departamentos, Unicef y la Procuraduría, ha jugado un rol fundamental para su impulso, orientación, lineamientos técnicos, priorización de la batería de indicadores situacionales, asistencia técnica y seguimiento; es así como la rendición de cuentas en tres ocasiones -años 2011, 2015 y 2019-, se ha convertido en “*una oportunidad para explicar, argumentar y hacer un balance de avances, dificultades y retos sobre las competencias y compromisos de la administración pública*”¹

La Procuraduría puso al servicio de los departamentos y municipios un aplicativo web para dinamizar el proceso de rendición de cuentas y facilitarles mostrar en detalle y bajo la misma estructura, las acciones desarrolladas, los avances, los logros y las dificultades encontradas para avanzar en la garantía de derechos de la población infantil, adolescente y joven, durante el período de gobierno.

Entre los derechos priorizados se incluyó el derecho a la salud, considerando la salud infantil y la salud materna, a partir del análisis de indicadores situacionales y de acciones de política de promoción, prevención y atención, teniendo en cuenta que la *correcta y oportuna* asistencia en salud para las gestantes y los niños y niñas, es una condición primigenia para el desarrollo económico del país, disminuye los índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil y debe ocupar un lugar relevante en las políticas públicas de orden nacional y territorial. Además la mortalidad materna y la mortalidad infantil son inaceptables cuando ocurren por causas prevenibles.

A continuación se presenta (i) un breve contexto normativo sobre el derecho a la salud; (ii) su inclusión en la planeación territorial; (iii) tanto para salud infantil como

¹. ESTRATEGIA HECHOS Y DERECHOS. *Lineamientos para el proceso de Rendición Públicas de Cuentas Territorial sobre la garantía de los derechos de la Primera Infancia, la Infancia, la Adolescencia y la Juventud.*



para salud materna, se presenta un análisis de los principales indicadores asociados; las acciones estratégicas realizadas a nivel local por parte de las administraciones 2016-2019, para garantizar estos derechos, y (iii) las conclusiones y recomendaciones del Ministerio Público, para las nuevas administraciones locales en el marco de la formulación y/o ejecución de los planes de desarrollo territoriales 2020-2023.

Es importante tener en cuenta que, determinar los resultados e impacto de la implementación de acciones emprendidas por los departamentos y municipios para garantizar los derechos fundamentales, le permite al Estado verificar si sus acciones, políticas, programas, entre otros, han logrado la disminución de las brechas existentes en procura de la garantía efectiva del derecho a la salud.

1. CONTEXTO GENERAL

1.1 Salud infantil

La salud infantil es un estado de completo bienestar físico, psíquico, y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Entendida en forma integral, la salud es el equivalente a la calidad de vida, compuesta por la salud biológica, psicológica y social. Por ello, también implica la satisfacción de las necesidades de alimentación, vivienda y otros problemas económicos, sin la cual la erradicación de la enfermedad, y, por ende, la salud, no sería posible.²

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS – el desarrollo físico y psicológico de los niños, es fundamental para el futuro de las sociedades, así como, la debida nutrición, los cuidados constantes y el estímulo para aprender en los primeros años de vida ayudan a obtener mejores resultados escolares, estar más sanos y participar en la sociedad.³

La Convención sobre los Derechos del Niño ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991, reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas y establece que los Estados partes deben asegurar que todos los niños y niñas sin discriminación, se beneficien de medidas especiales de protección y asistencia; garantizando el acceso entre otros a los servicios de atención de la salud y en términos generales, el desarrollo pleno de su personalidad.

Según informe del Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años,

² <https://www.fundacionsaludinfantil.org/es/documentos/publicaciones/breves/Rodriguez10.pdf>

³ https://www.who.int/topics/child_development/es/



teniendo en cuenta que entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de 8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021, la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3. También manifiesta que, entre 2005 y 2017 se registraron en promedio 8.625 muertes anuales, con una desviación estándar de 1.492, las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres⁴.

Ahora bien, ¿desde dónde se orienta la política pública de promoción de la salud infantil?

La Constitución Política establece en el artículo 44 como derechos fundamentales de los niños, entre otros: la vida, la integridad física, la salud, la seguridad social, la alimentación equilibrada, el cuidado y amor y la recreación e impone a la familia, la sociedad y el Estado, la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral. Igualmente, establece que los niños gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia y que estos derechos prevalecen sobre los derechos de los demás.

La Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia, establece que se entiende por niño o niña, a las personas entre los 0 y los 12 años y define la protección integral de sus derechos como: el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. Indica además, que para su materialización se requiere un conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la debida asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Igualmente, consagra que, para garantizar el derecho a la vida, a la calidad de vida y para el desarrollo integral del niño con la dignidad de ser humano, se deben generar condiciones que aseguren cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada y el acceso a los servicios de salud.⁵

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social dispuso un lineamiento con las orientaciones técnicas para la implementación de la atención integral en salud a la primera infancia y la infancia, dirigidas a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especificando las responsabilidades de cada uno en la materia.

⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>

⁵ <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2006/4609.pdf>



A su vez, el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, dentro del denominado objetivo “Primero las Niñas y los Niños”, contempla ampliar la atención integral desde la primera infancia hasta la adolescencia, buscando que todos accedan a educación, nutrición, atención en salud, formación de familias y protección. Este objetivo se encuentra relacionado de forma directa con el de “Salud para Todos” con el que se busca mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, entre otras cosas mediante la disposición de mayores recursos humanos y de infraestructura, en particular en zonas dispersas del territorio nacional⁶.

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, concretamente el No. 3. *Salud y Bienestar*, se ha fijado como meta para 2030 “poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos”⁷. Colombia está comprometida con esta Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, para la cual todos los niveles de gobierno, nacional, departamental, distrital y municipal deben desarrollar acciones para lograr su cumplimiento.

1.2 Salud materna

Tal como señala el Ministerio de Salud y Protección Social “El país ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud”⁸.

Estos aspectos en su conjunto permiten actuar de manera más consistente y oportuna a través de las acciones de promoción, prevención y gestión del riesgo de las gestantes procurando la mejora en general de la salud materna y en específico de los indicadores de mortalidad materna y morbilidad materna extrema. En el marco de la Política de atención integral en salud (PAIS) y la aplicación del Modelo de atención integral en salud (MIAS) para las mujeres gestantes, se busca garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la

⁶ <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>

⁷ <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html#targets>

⁸ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>



atención en salud bajo condiciones de equidad como elementos determinantes para el fortalecimiento de buenas prácticas que redunden en una mejor salud materna.⁹ El integral abordaje de los derechos de la mujer atendiendo los enfoques de género, diferencial y curso de vida antes y después del evento obstétrico como componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, implica el reconocimiento de la salud materna, no solo como ausencia de enfermedades durante la gestación, parto y post parto, sino de contar con el más alto estado de bienestar físico, mental y social”¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- considera a la vigilancia de la morbilidad materna extrema como una estrategia transversal para la reducción de la mortalidad, porque proporciona evidencia sobre las causas y factores sociales contribuyentes; estructuras, procesos y resultados de la calidad de la atención que reorientan las acciones en salud pública.¹¹

En Colombia, “para el 2019 se notificaron al sistema de vigilancia (Sivigila) 23.544 casos de morbilidad materna extrema con un incremento del 2,7 % en la notificación para el año inmediatamente anterior, que fue de 22.915 casos. La razón de morbilidad materna extrema para el 2019 es de 36,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con respecto al 2018 de 35,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos. El número de casos de morbilidad materna extrema que ocurrieron durante el 2019 en población que reside en el Exterior fueron 363, con un incremento del 60,1 % con respecto a la notificación del 2018 para esta misma población (145 casos de morbilidad materna extrema)”¹².

Según el boletín epidemiológico semanal del Instituto Nacional de Salud, del 23 al 29 de febrero de 2020, se habían notificado 3.675 casos de morbilidad materna extrema – MME -, con un incremento del 6.2% con respecto a la misma semana epidemiológica del año 2019. Las entidades territoriales que superan la razón de MME son: Santander (12,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Bogotá (9,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Vichada (9,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Caldas (8,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Cauca (7,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Putumayo y Cundinamarca (7,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Cali (7,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Huila (6,9 casos por cada 1.000 nacidos vivos) y Nariño (6,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos).

Por otra parte, la mortalidad materna prevenible sigue siendo un problema pendiente por resolver y uno de los desafíos más cruciales en todo el mundo, pese

⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Tomado De: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

¹⁰ <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

¹¹ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf

¹² https://www.ins.gov.co/buscador-ventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf



a los progresos alcanzados en el último decenio. De ahí que en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se establezca, de aquí a 2030, ningún país debería tener una razón de mortalidad materna superior a 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.¹³

En Colombia, la tasa de mortalidad materna es cinco veces mayor en mujeres indígenas y dos veces mayor en mujeres afrocolombianas que el promedio nacional. Para revertirla, se requiere mejorar el acceso a servicios de calidad y mayor adecuación etnocultural con agentes comunitarios y/o alternativas como enfermeras obstétricas, que promuevan el cuidado y la mejora en la salud de las mujeres. En algunas regiones del país también se deben fortalecer la institucionalización y adecuación etnocultural del parto, porque en departamentos como Vaupés los partos atendidos por personal calificado corresponden al 58%, frente al 99% de promedio nacional.¹⁴

Ahora bien, ¿desde dónde se orienta la política pública de promoción de la salud materna?

El artículo 43 de la Constitución Política consagra la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el principio de no discriminación así como la especial asistencia y protección de la mujer gestante por parte del Estado.

El desarrollo y la protección de la salud materna en Colombia, presenta un importante número de pronunciamientos judiciales, mecanismos por los cuales, se ha propugnado por su realización, atendiendo también su relación con los derechos sexuales y reproductivos.

El abordaje de la salud materna desde el sistema de salud se realiza en el marco de la política de atención integral en salud –PAIS- y la aplicación del modelo integral en salud -MIAS-, que buscan garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, elaboró la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. El objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa¹⁵.

¹³ Tomado de: <https://www.ods.gov.co/es/objetivos/salud-y-bienestar>

¹⁴ Tomado de: [undp_co_PUBL_julio_ODS_en_Colombia_los_retos_para_2030_UNU \(1\).pdf](#)

¹⁵ <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>



En el Plan Nacional de Desarrollo 2018–2022, se hace referencia a la implementación de programas para mejorar la prevención de la desnutrición aguda de las mujeres gestantes. En el tema específico de atención en salud, este grupo poblacional estaría inmerso dentro de los objetivos, las metas y los retos de la línea de acción de *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*, que hace parte del Pacto por la Equidad y que plantea mejorar el acceso al sistema de salud, con mayores recursos humanos y de infraestructura, principalmente en zonas dispersas del territorio.

Desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible, particularmente el Objetivo 3. Salud y Bienestar, se ha propuesto como meta para 2030 la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. También, desde el Objetivo 5. Igualdad de Género, se fijan metas relacionadas con la salud materna en cuanto a la eliminación de todas las formas de discriminación, violencia y el acceso universal a la salud sexual y reproductiva¹⁶.

2. INCLUSIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LA PLANEACIÓN TERRITORIAL 2016-2019

Teniendo en cuenta que son componentes del plan de desarrollo: el diagnóstico, el programático y el financiero, llama la atención que frente al derecho a la salud infantil y la salud materna, solamente el 62,5% de los departamentos y el 53,3% de los municipios registraron la inclusión de los tres componentes, de lo que se infiere que en 12 departamentos y en 514 municipios, el abordaje del derecho a la salud fue parcial, pues la falta de uno o dos componentes, limita la concreción de las políticas públicas dirigidas a garantizar el derecho a la salud. Los datos siguientes muestran de manera específica los componentes del plan que fueron incluidos en su estructuración, por las entidades territoriales:

Tabla 1. Inclusión del derecho a la salud infantil y la salud materna en los planes de desarrollo 2016-2019, según componentes

Inclusión	Departamentos		Municipios	
Tres componentes	20	62,5%	587	53,3%
Dos componentes	2	6,3%	162	14,7%
- Diagnóstico y Programático	0	0,0%	65	5,9%
- Diagnóstico y Financiero	0	0,0%	12	1,1%
- Programático y Financiero	2	6,3%	85	7,7%
Un componente	10	31,3%	304	27,6%

¹⁶ <https://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>



Inclusión	Departamentos		Municipios	
- Solo Diagnóstico	1	3,1%	85	7,7%
- Solo Programático	9	28,1%	208	18,9%
- Solo Financiero	0	0,0%	11	1,0%
Ningún componente	0	0,0%	33	3,0%
Sin información	0	0,0%	15	1,4%
TOTAL	32	100%	1101	100%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Esta tabla permite ver además, que 10 departamentos y 304 municipios (31,3% y 27,6% respectivamente) solo incluyeron uno de los tres componentes. Se observa igualmente, que la inclusión del derecho a la salud, no fue registrada en ninguno de los componentes del plan de desarrollo por parte de 33 municipios de los departamentos de Antioquia, Bolívar, Caldas, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Quindío, Santander, Tolima, Valle y Putumayo.

3. ANÁLISIS DE INDICADORES SITUACIONALES

La segunda Vigilancia Superior a la gestión pública territorial de las administraciones territoriales 2016-2019, en el marco de la rendición pública de cuentas, priorizó en conjunto con la Estrategia Hechos y Derechos, un total de 55 indicadores situacionales asociados a 8 derechos, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2. No. de indicadores por derecho

Derecho	Total indicadores
1. Derecho a la identidad	1
2. Derecho a la salud (Salud infantil - Salud materna)	4
3. Derecho a la educación	10
4. Derecho a la integridad personal	10
5. Derechos de protección integral	13
6. Derecho a la vida	5
7. Derecho a un ambiente sano	2
8. Derechos de la juventud	10
Total	55

A partir de la gestión realizada durante el período de administración, la información disponible para cada indicador y los resultados obtenidos, cada ente territorial (gobernación o alcaldía), debió registrar en el *Nivel 1. Análisis de situación de derechos por indicador*, lo siguiente: i) información relativa a datos del indicador



2015-2018, ii) la fuente de información utilizada, iii) el comportamiento del indicador -Mejoró, Desmejoró, Estable, Serie incompleta-, iv) las razones del comportamiento del indicador, v) la inclusión de metas en el plan de desarrollo relacionadas con el indicador y vi) descripción de la meta y cumplimiento a 2018 de la misma.

Con base en los anteriores criterios y teniendo en cuenta que para el derecho a la salud se solicitó información para cuatro (4) indicadores situacionales relacionados con el porcentaje de nacidos vivos y afiliación a seguridad social en salud; dos (2) de coberturas en vacunación (asociados al derecho a la vida) y cinco (5) relacionados con tasas de mortalidad materna e infantil (asociados al derecho a la protección), se presentan en este capítulo los resultados más relevantes entregados por las administraciones territoriales 2016-2019.

Un primer acercamiento, es mostrar el número total de departamentos y el de municipios, en los cuales cada indicador mejoró, desmejoró, se mantuvo estable, no tuvo serie completa (años 2015 a 2018) o el ente territorial no reportó información al respecto. Desde una perspectiva de garantizar estos derechos de los menores de edad, conocer este comportamiento, es fundamental para la toma de decisiones acertadas. En este marco, lo que se puede tener como primera mirada, son los resultados a nivel país frente al comportamiento de los 11 indicadores priorizados, que como se puede ver en la siguiente tabla, mejoraron en promedio en el 48% de los departamentos y en el 29% de los municipios, pero desmejoraron en el 21% y el 15% de estos, respectivamente. Se observa también que los indicadores se mantuvieron estables en el 26% y el 42% de estos territorios.

**Tabla 3. Comportamiento consolidado promedio
Indicadores Derecho a la salud 2015-2018**

Nombre del indicador	DEPARTAMENTOS					No. MUNICIPIOS				
	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
2. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	13	6	10	3		367	147	370	170	47
3. Número de niños y niñas de 0 a 5 años afiliados al SGSSS	16	4	12			449	167	414	39	32
4. Número de niños y niñas de 6 a 11 años afiliados al SGSSS	8	9	15			320	232	443	54	52
5. Número de adolescentes (12 a 17 años) afiliados al SGSSS	10	11	11			292	256	449	49	55



Nombre del indicador	DEPARTAMENTOS					No. MUNICIPIOS				
	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
26. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	17	7	8			395	286	314	39	67
27. Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en niños y niñas menores de 1 año	18	7	6	1	1	531	175	288	34	73
39. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	18	7	5	1		190	72	673	126	40
40. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos)	16	4	8	4		341	169	339	197	55
41. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	17	5	6	3	1	340	163	373	140	85
42. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años	14	10	6	2		187	76	661	118	59
43. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años	21	5	6			129	38	756	110	68
Promedio	15	7	8	2	1	322	162	462	98	58
Porcentaje	48%	21%	26%	4%	1%	29%	15%	42%	9%	5%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios

Aunque en menor grado con respecto a la vigilancia realizada en el año 2015, debe señalarse que subsisten algunas dificultades en lo que se refiere al análisis de la información, por cuanto por ejemplo, pese a presentar disminución del dato (variación negativa) de los indicadores -comparados los años 2015 a 2018, se indica por algunos entes territoriales, que estos desmejoraron, o caso contrario, se valoran como mejoramiento los cambios positivos, sin analizar en detalle cuál es la tendencia que debe tener cada indicador. Esto denota debilidades de carácter técnico frente a la interpretación de la variación de los indicadores, por cuanto conforme a su naturaleza, un resultado de disminución puede indicar que ha mejorado (por ejemplo en tasas de mortalidad), o como en el caso del indicador de afiliación en seguridad social en salud, que con un resultado de incremento (variación positiva), indica que ha mejorado, porque esto significa que un mayor número niños y niñas tienen cobertura de atención en salud.



Ahora bien, con respecto a las **fuentes de información consultadas** para reportar el dato de cada indicador para los años 2015-2018, tal como se observa en forma promediada en la siguiente tabla, a nivel departamental se recurrió en mayor medida a la fuente nacional con un 66% e igual situación se dio en el nivel distrital y municipal con un 49%. La fuente local fue usada en menor proporción, según registro del 24% de los departamentos y del 32% de los municipios. En el consolidado total, se observa que hubo departamentos y municipios (10% y 19% en promedio) que no indicaron la fuente de donde se tomaron los datos.

Es necesario llamar la atención sobre el hecho que la dispersión, subregistro, error en los datos, sesgo en la información, etc., se constituyen en factores que pueden inducir a diversos resultados en el cálculo de los indicadores, de ahí la importancia de acudir a la fuentes oficiales y de armonizar los criterios de medición entre el nivel nacional y el nivel territorial. Es indispensable además el compromiso de cada entidad territorial de cumplir de manera oportuna, con el reporte de información establecido, a las fuentes de orden nacional, cumpliendo con los criterios de calidad y plazos de entrega establecidos, por cuanto de ello depende contar con datos en tiempo real para la toma de decisiones. En la vigilancia nuevamente se pudo determinar que existen indicadores con uno o dos años de retraso para su consolidación y por ello, en muchos casos, no reportaron la serie completa solicitada.

**Tabla 4. Fuentes de información utilizadas
Indicadores Derecho a la salud 2015-2018**

Indicador	No. departamentos			No. municipios		
	Fuente nacional	Fuente local	Sin reporte	Fuente nacional	Fuente local	Sin reporte
2. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	21	9	2	515	402	184
3. Número de niños y niñas de 0 a 5 años afiliados al SGSSS	23	6	3	568	345	188
4. Número de niños y niñas de 6 a 11 años afiliados al SGSSS	23	7	2	518	370	213
5. Número de adolescentes (12 a 17 años) afiliados al SGSSS	24	4	4	514	352	235
26. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	19	10	3	555	356	190
27. Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en niños y niñas menores de 1 año	19	8	5	545	337	219
39. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	22	7	3	544	343	214



Indicador	No. departamentos			No. municipios		
	Fuente nacional	Fuente local	Sin reporte	Fuente nacional	Fuente local	Sin reporte
40. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos)	22	7	3	567	317	217
41. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	22	7	3	507	352	242
42. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años	17	11	4	549	330	222
43. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años	19	10	3	535	332	234
Promedio	21	8	3	538	349	214
Porcentaje promedio	66%	24%	10%	49%	32%	19%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios

En lo que tiene que ver con la **inclusión de metas específicas** para cada uno de los indicadores en los planes de desarrollo territorial, el compendio promediado que se muestra en la siguiente tabla, permite ver que un 80% de los departamentos indicaron haberlas incluidas y de este grupo, el 75% había logrado su cumplimiento a 2018; en el nivel municipal, esa inclusión se dio en el 77% de los municipios, con un nivel de cumplimiento al mismo período de corte, del 94%.

Sumados los criterios de *Sin Inclusión* y *Sin reporte*, es necesario mostrar que son valores muy significativos (20% en departamentos y 24% en municipios), por cuanto la no planificación de resultados específicos para estos indicadores situacionales, impide canalizar acciones y recursos para mejorar su tendencia o comportamiento desfavorable a la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes de esos territorios. Aquí es relevante traer a colación que todos los departamentos y municipios del país reciben recursos del componente salud del Sistema General de Participaciones y por ello es extraño, que el porcentaje significativo arriba señalado (22% en promedio), no hayan incluido o efectuado el reporte de inclusión de metas para atender este derecho en sus planes de desarrollo territorial.

**Tabla 5. Inclusión de metas en los planes de desarrollo territorial (PDT)
Indicadores Derecho a la salud 2015-2018**

Indicador	No. departamentos				No. municipios			
	Inclusión meta PDT	Cumplió meta PDT	Sin inclusión	Sin reporte	Inclusión meta PDT	Cumplió meta PDT	Sin inclusión	Sin reporte
2. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales	21	17	11		737	694	308	56



Indicador	No. departamentos				No. municipios			
	Inclusión meta PDT	Cumplió meta PDT	Sin inclusión	Sin reporte	Inclusión meta PDT	Cumplió meta PDT	Sin inclusión	Sin reporte
3. Número de niños y niñas de 0 a 5 años afiliados al SGSSS	27	21	5		934	901	120	47
4. Número de niños y niñas de 6 a 11 años afiliados al SGSSS	26	21	6		922	877	116	63
5. Número de adolescentes (12 a 17 años) afiliados al SGSSS	26	21	6		919	867	108	74
26. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	23	18	7	2	824	673	193	84
27. Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en niños y niñas menores de 1 año	27	19	4	1	893	761	119	89
39. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	28	21	3	1	808	798	237	56
40. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos)	28	21	4		824	753	206	71
41. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	26	18	5	1	791	738	214	96
42. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años	25	16	7		802	805	216	83
43. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años	23	18	9		818	835	198	85
Promedio	25	19	6	1	843	791	185	73
Porcentaje promedio	80%	75%	19%	1%	77%	94%	17%	7%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios

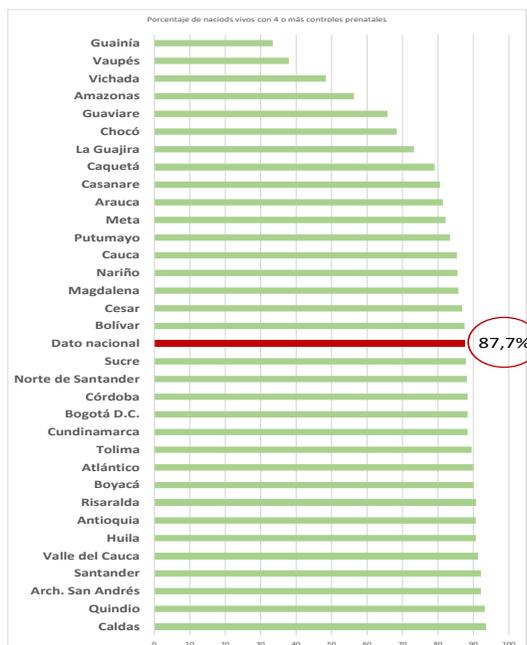


3.1 Indicadores SALUD INFANTIL

3.1.1 Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales

El control prenatal es una estrategia para la prevención de la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal. Con la información más actualizada en el SUIN, es decir 2017, se encontró que la media nacional de este indicador se ubicó en 87,7%, lo que equivale a decir que en Colombia, para ese año, al menos a 12 de cada 100 mujeres gestantes no se le realizaron estos controles prenatales. La gráfica siguiente muestra los valores del indicador en cada departamento, con respecto a la media, donde 17 se encuentran por debajo de ese valor; para 2017, los departamentos de Guainía, Vaupés, Vichada y Amazonas, ostentan las cifras más bajas, con 33,41%, 37,94%, 48,42% y 56,28% respectivamente, lo que genera una alarma importante para las nuevas administraciones de estos territorios, porque tendrán que hacer un esfuerzo significativo para aumentar los porcentajes de controles prenatales.

Gráfica 1. Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, a nivel departamental - 2017



Fuente: Datos SUIN 2017 con información del Ministerio de Salud y Protección social

Ahora bien, al analizar el comportamiento que tuvo el indicador en el período 2015-2018, según lo registrado por las entidades territoriales, se observa que en los



departamentos de Arauca, Bolívar, Cesar, Córdoba, Quindío y Sucre éste DESMEJORÓ, situación que fue igual en 147 municipios, incluido el distrito capital. Los resultados también muestran -como se aprecia en la siguiente tabla, que en el 35% del territorio el indicador MEJORÓ durante el período mencionado y en igual proporción se mantuvo ESTABLE, lo que exige mantener o incrementar los esfuerzos para lograr que todas las madres gestantes tengan garantizados y se realicen al menos los cuatro controles prenatales previstos en la normas y guías de salud, para que de este modo se reduzcan los riesgos de mortalidad materna y perinatal.

**Tabla 6. Semáforo comportamiento
Indicador Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales 2015-2018**

Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
AMAZONAS	1					1	1			
ANTIOQUIA			1			48	19	42	10	6
ARAUCA		1				1	1	2	2	1
ATLÁNTICO	1					13	3	7		
BOGOTÁ							1			
BOLÍVAR		1				20	2	8	14	2
BOYACÁ			1			35	15	37	33	3
CALDAS			1			3	4	17	2	1
CAQUETÁ	1					5	1	5	5	
CASANARE				1		5	5	5	3	1
CAUCA	1					17	5	18	2	
CESAR		1				10	4	8	3	
CHOCÓ	1					12	3	6	2	7
CÓRDOBA		1				7	1	7	14	1
CUNDINAMARCA			1			39	14	50	10	3
GUAINÍA	1						1			
GUAVIARE	1					4				
HUILA			1			11	11	12	3	
LA GUAJIRA	1					3	2	7	3	
MAGDALENA	1					12	3	8	2	5
META			1			11	7	9	1	1
NARIÑO	1					23	6	21	10	4
NORTE SANTANDER				1		9	6	11	13	1
PUTUMAYO			1			5	3	5		
QUINDÍO		1				4	4	4		
RISARALDA			1			6	1	4	3	
SAN ANDRÉS			1			1				
SANTANDER				1		24	7	36	17	3
SUCRE		1				9	4	3	5	5
TOLIMA	1					20	3	13	10	1
VALLE			1			7	8	24	1	2
VAUPÉS	1					1	1	1		
VICHADA	1					1	1		2	
Totales	13	6	10	3	0	367	147	370	170	47

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial Cálculos propios



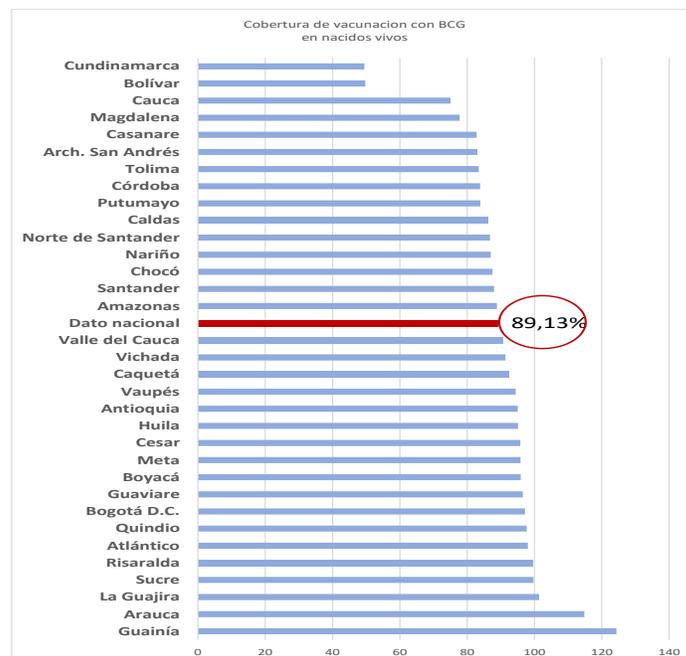
Tanto a nivel departamental como municipal, los mapas muestran que predomina el color verde y amarillo, sinónimo de que el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles aumentó o se mantuvo estable en el período analizado. Sin embargo, hay que revisar aquellas entidades territoriales donde el indicador desmejoró y mirar cuál es la cobertura y la oportunidad de este servicio, especialmente en el área rural.

3.1.2 Indicador Cobertura en vacunación con BCG en nacidos vivos

Colombia incluyó la BCG en el programa de vacunación regular desde la década de los 70 dentro de un plan de control y su aplicación es obligatoria tanto en las entidades públicas como privadas que atienden partos.¹⁷

Con la información más actualizada en el SUIN, es decir 2018, se encontró que la media nacional de cobertura en vacunación con BCG se ubicó en 89,13%, es decir, existe una brecha algo superior al 10%. La gráfica siguiente muestra los valores del indicador en cada departamento, con respecto a la media, donde 15 se encuentran por debajo de esta:

Gráfica 2. Indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos, a nivel departamental - 2018



Fuente: Datos SUIN 2018 con información del Ministerio de Salud y Protección Social

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD Y ROTECCIÓN SOCIAL - norma técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de inmunizaciones – PAI
Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/1PAI.pdf>



Como se observa, son 4 los departamentos que para el 2018 presentaron las tasas más bajas de vacunación con BCG: Magdalena 77,78%, Cauca 75,06%, Bolívar 49,75% y Cundinamarca 49,45%.

En lo que tiene que ver con el comportamiento del indicador registrado por las entidades territoriales para el período 2015-2018, se encontró que en siete departamentos (Bolívar, Casanare, Nariño, Norte de Santander, Santander, Tolima y Vichada) y en el 26% de los municipios, este indicador DESMEJORÓ. Se reporta así mismo, que en el 37% del territorio el indicador MEJORÓ y que se mantuvo ESTABLE en el 29%. Este panorama se puede apreciar en la tabla que se incluye a continuación:

**Tabla 7. Semáforo comportamiento
Indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos 2015-2018**

Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
AMAZONAS			1			1		1		
ANTIOQUIA			1			38	31	45	6	5
ARAUCA	1					5	1	1		
ATLÁNTICO	1					8	5	10		
BOGOTÁ							1			
BOLÍVAR		1				12	19	7	1	7
BOYACÁ	1					35	17	44	18	9
CALDAS			1			7	5	12		3
CAQUETÁ	1					10	1	4		1
CASANARE		1				9	4	6		
CAUCA			1			11	15	13	2	1
CESAR	1					12	8	5		
CHOCÓ	1					15	2	5	1	7
CÓRDOBA	1					17	5	6		2
CUNDINAMARCA			1			23	47	36	4	6
GUAINÍA	1					1				
GUAVIARE	1					2	1	1		
HUILA	1					13	15	8		1
LA GUAJIRA	1					10	2	2		1
MAGDALENA			1			8	9	9	1	3
META			1			14	8	4	2	1
NARIÑO		1				17	21	18		8
NORTE SANTANDER		1				20	10	6	1	3
PUTUMAYO	1					6	6	1		
QUINDÍO	1					2	5	5		
RISARALDA	1					4	5	5		
SAN ANDRÉS			1							1
SANTANDER		1				38	14	30	3	2
SUCRE	1					18		4		4



Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
TOLIMA		1				16	17	13		1
VALLE	1					21	10	10		1
VAUPÉS	1					1		2		
VICHADA		1				1	2	1		
Totales	17	7	8	0	0	395	286	314	39	67

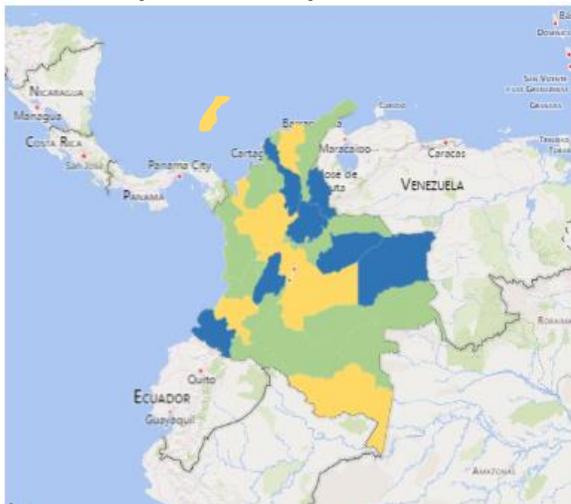
Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios

Dentro de las causas señaladas por los territorios para que el indicador desmejorara, se señalan la dispersión de la población rural; población flotante o fluctuante; metas fijadas por el nivel nacional son superiores en relación con el número de nacimientos en los municipios, asociado a las proyecciones de población del DANE (año 2005); partos no institucionales; remisión de las maternas a otros niveles de atención de mayor complejidad por lo que los niños y niñas nacen fuera del municipio, siendo esta última una de las más referenciadas y que afecta los resultados, teniendo en cuenta que esta vacuna debe suministrarse a los niños y niñas, dentro de las primeras 12 horas siguientes a su nacimiento.

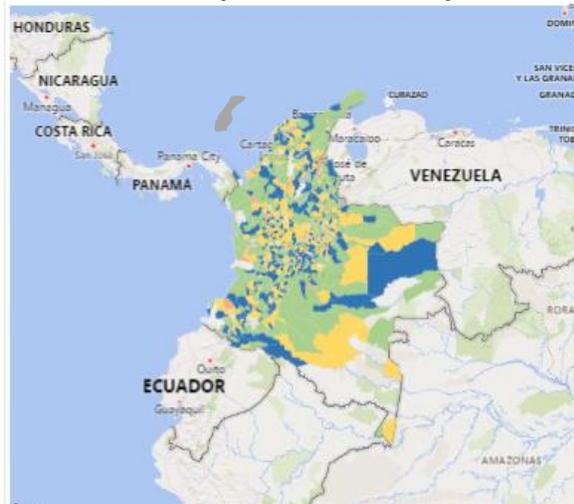
Los mapas que se presentan a continuación, permiten visualizar el comportamiento de este indicador, tanto a nivel departamental como municipal:

Comportamiento del indicador Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos, según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

Mapa 3. Nivel departamental



Mapa 4. Nivel municipal



Mejoró ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Modelo Analítico de Infancia

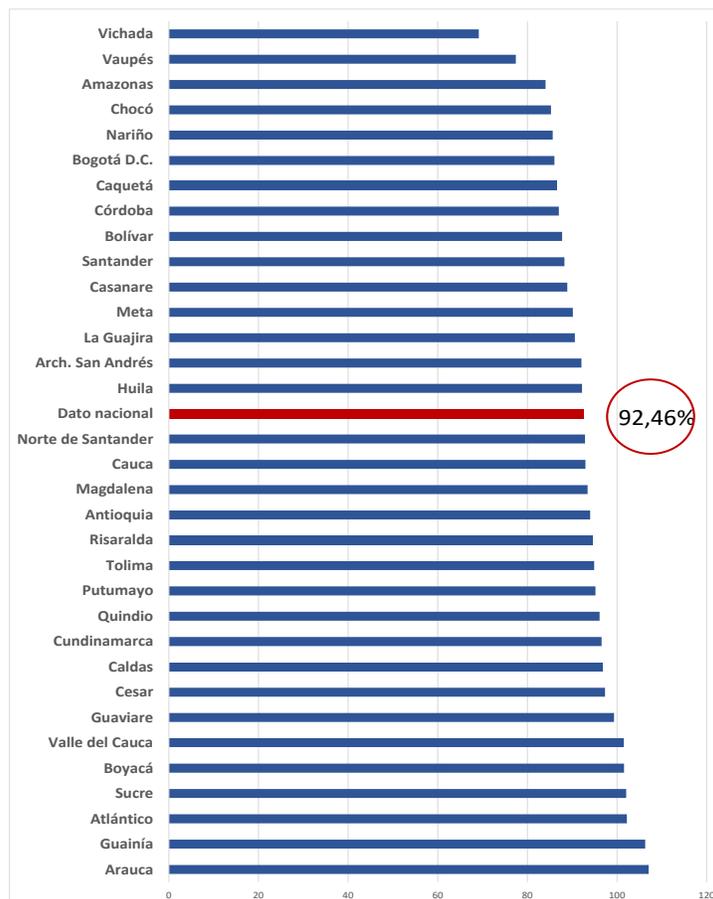


3.1.3 Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año

La vacuna pentavalente es una vacuna combinada que protege al paciente de la difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B y enfermedades de tipo B.

Con la información del SUIN, se evidenció que en 2018 la cobertura de vacunación con pentavalente a nivel nacional fue de 92,46% y 15 departamentos se ubicaron en ese año por debajo de dicho valor. La siguiente gráfica ilustra mejor esta información:

Gráfica 3. Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año, nivel departamental 2018



Fuente: Datos SUIN 2018 con información del Ministerio de Salud y Protección social



Las tasas más bajas, que oscilan entre 69,15% y 86,59%, corresponden en su orden, a los departamentos de Vichada, Vaupés, Amazonas, Chocó, Nariño, Bogotá D.C y Caquetá

Como se puede apreciar a continuación, este indicador DESMEJORÓ también en siete departamentos (Casanare, Córdoba, Nariño, Norte de Santander, Santander, Vaupés y Vichada) y en un total de 175 municipios, lo que representa el 17% del territorio nacional. A su vez, hubo MEJORA en este indicador en el 50% de las entidades territoriales (18 departamentos y 531 municipios), manteniéndose ESTABLE en el 27% de los mismos.

**Tabla 8. Semáforo comportamiento
Indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente**

Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
AMAZONAS			1					2		
ANTIOQUIA			1			52	20	38	6	9
ARAUCA	1					5	1	1		
ATLÁNTICO	1					9	6	8		
BOGOTÁ							1			
BOLÍVAR	1					28	7	4	1	6
BOYACÁ	1					64	9	33	11	6
CALDAS			1			12	3	9	1	2
CAQUETÁ	1					13	1	2		
CASANARE		1				8	4	7		
CAUCA			1			22	4	14		2
CESAR	1					16	1	7		1
CHOCÓ	1					9	5	8	3	5
CÓRDOBA		1				10	11	5		4
CUNDINAMARCA			1			45	23	39	5	4
GUAINÍA	1					1				
GUAVIARE	1					4				
HUILA	1					19	8	9		1
LA GUAJIRA	1					8	3	2	1	1
MAGDALENA			1			11	6	9		4
META	1					18	4	4	2	1
NARIÑO		1				18	22	16		8
NORTE SANTANDER		1				18	8	11		3
PUTUMAYO	1					9	3	1		
QUINDÍO	1					5	2	4		1
RISARALDA	1					5	3	5	1	
SAN ANDRÉS				1						1
SANTANDER		1				41	10	28	3	5
SUCRE	1					17		4		5
TOLIMA	1					27	8	9		3
VALLE	1					33	1	7		1



Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejóro	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
VAUPÉS		1				2		1		
VICHADA		1				2	1	1		
Totales	18	7	6	1	0	531	175	288	34	73

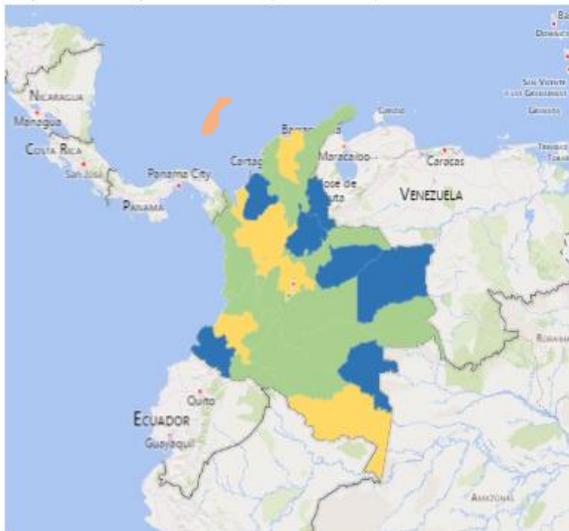
Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial – Cálculos propios.

Entre las causas que conllevaron a que este indicador desmejorara, se enunciaron las siguientes: acceso de la población de zonas rurales y dispersas; población flotante y población migrante; traslado de las familias a otros municipios por condiciones económicas; población menor en relación con la proyectada por el DANE, lo que origina sobrestimación en la asignación de metas, que también para el caso de este indicador, estuvo dentro de las más referenciadas.

Los mapas que se presentan a continuación, permiten visualizar el comportamiento de este indicador, tanto a nivel departamental como municipal:

Comportamiento del indicador Cobertura de vacunación con Pentavalente (DPT y Hepatitis), tres dosis en niños y niñas menores de 1 año, según registro de las entidades territoriales para el período 2015-2018

Mapa 5. Nivel departamental



Mapa 6. Nivel municipal



Mejóro ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Modelo Analítico de Infancia



3.1.4 Indicador Número de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención,¹⁸ en este caso para la población infantil

Dado que la información del indicador que ofrece el SUIN muestra por separado el número de afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado menores de 18 años, no es posible analizar la situación de un año específico, en relación con lo que reportaron las entidades territoriales, es decir la afiliación al SGSSS, sin diferenciar el régimen y por momento del curso de vida.

Desde la mirada territorial, se obtuvo información con respecto al comportamiento de este indicador para los tres cursos de vida: menores de 5 años, niños y niñas entre los 6 y los 11 años y adolescentes, cuyas edades están entre los 12 y los 17 años. Como se puede apreciar en la tabla siguiente, para el primer ciclo de vida referenciado es donde se presentan los mayores resultados de MEJORA en la afiliación en salud durante el período de análisis 2015 a 2018, con 16 departamentos y 449 municipios, es decir, en el 42% del territorio. En Caquetá, Cauca, Córdoba y Nariño y en 167 municipios, el indicador desmejoró, es decir que no se logró dar cobertura en afiliación en salud al total de la población menor de 5 años.

En los dos siguientes cursos de vida, fueron 9 y 11 departamentos respectivamente en los que el indicador DESMEJORÓ, al igual que en alrededor del 22% de los municipios. En Cauca, Córdoba y Nariño, como departamentos, el indicador para estos tres cursos de vida, presentó un comportamiento negativo, igualmente en Bogotá.

**Tabla 9. Semáforo comportamiento
Indicador Número de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS 2015-2018**

Departamento	Afiliación SGSSS Menores 5 años						Afiliación SGSSS 6 a 11 años						Afiliación SGSSS 12 a 17 años					
	No. departamentos			No. municipios			No. departamentos			No. municipios			No. departamentos			No. municipios		
	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E
AMAZONAS			1	2				1		2				1		2		
ANTIOQUIA	1			63	15	38		1		44	22	49			1	50	15	46
ARAUCA			1	7					1	5	1	1	1			6		1

¹⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>



Departamento	Afiliación SGSSS Menores 5 años						Afiliación SGSSS 6 a 11 años						Afiliación SGSSS 12 a 17 años					
	No. departamentos			No. municipios			No. departamentos			No. municipios			No. departamentos			No. municipios		
	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E
ATLÁNTICO	1			19	1	3	1			18	3	2	1			11	8	4
BOGOTÁ					1						1						1	
BOLÍVAR	1			26	6	11		1		21	10	13		1		23	12	8
BOYACÁ			1	26	26	58			1	15	35	51			1	20	35	47
CALDAS			1	5	5	15			1		9	16			1	1	9	14
CAQUETÁ		1		6	3	7			1	4	4	7		1		5	5	5
CASANARE			1	7	3	9			1	4	3	12			1	4	6	9
CAUCA		1		13	7	20		1		14	8	19		1		11	9	19
CESAR			1	14	2	9			1	10	3	12			1	3	7	15
CHOCÓ	1			13	6	5	1			11	5	7			1	15	3	7
CÓRDOBA		1		8	7	15		1		4	14	11		1		3	12	14
CUNDINAMARCA	1			30	27	54		1		31	14	54		1		22	22	61
GUAINÍA	1			1					1	1					1	1		
GUAVIARE	1			3	1				1	1		2	1				1	2
HUILA			1	29	2	5			1	7	10	15	1			10	7	15
LA GUAJIRA	1			8	2	4	1			10	3	1	1			6	4	4
MAGDALENA	1			13	2	9	1			11	4	10	1			11	4	11
META			1	17	1	9			1	14	2	10			1	15	2	9
NARIÑO		1		28	6	24		1		14	13	28		1		8	15	32
NORTE SANTANDER	1			19	4	13	1			14	8	14	1			9	8	19
PUTUMAYO	1			4	4	5	1			4	4	5	1			2	5	6
QUINDÍO	1			3	2	7		1		3	2	7		1		1	3	8
RISARALDA			1	5	4	4			1	6	2	6			1	4	5	5
SAN ANDRÉS	1			1			1			1				1		1		
SANTANDER			1	29	9	45			1	19	18	42			1	19	18	42
SUCRE			1	11	5	8			1	8	9	7		1		5	9	10
TOLIMA	1			25	5	16	1			15	12	19	1			18	11	15
VALLE	1			12	10	18			1	7	12	19		1		4	18	18
VAUPÉS			1		1	2			1	1		2			1		1	2
VICHADA	1			2		1		1		1	1	2		1		2	1	1
Totales	16	4	12	449	167	414	8	9	15	320	232	443	10	11	11	292	256	449

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios.
(M: Mejoró. D: Desmejoró. E: Estable)

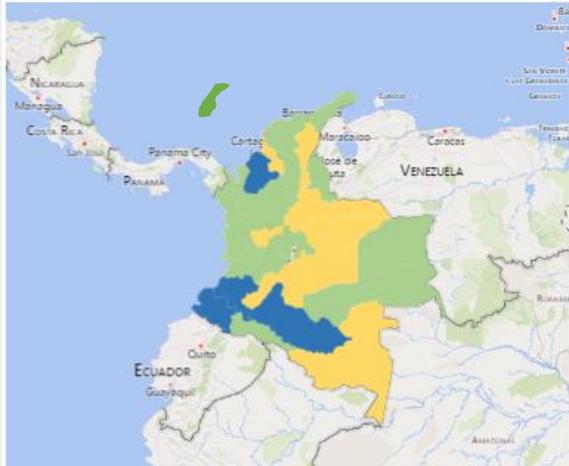
En la misma línea de análisis que para los otros indicadores, cabe indicar que entre las causas citadas para que el indicador desmejorara en algunos departamentos y municipios, se encuentra la depuración de la Base de Datos Única de Afiliados, que fue una de las citadas; disminución de la población menor de edad; población flotante o fluctuante; condiciones económicas que generan el traslado a otros municipios; dispersión en áreas rurales y rurales dispersas; cambios normativos, reducción de la natalidad, barreras en acceso a servicios de identificación y salud; cambio de régimen contributivo a subsidiado; traslados por estudios superiores (adolescentes). En Bogotá y otros territorios, se explica que este comportamiento ha sido afectado por la presencia de población migrante.



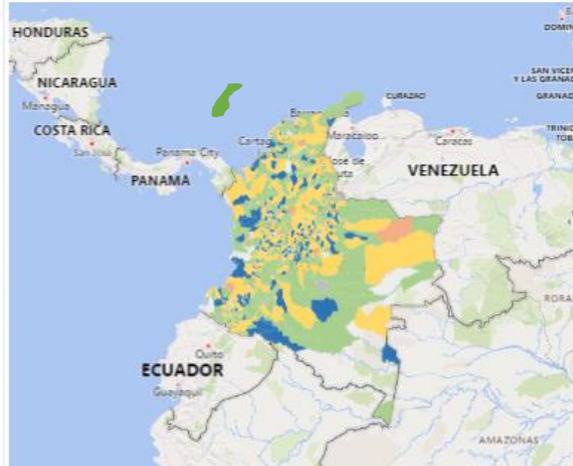
Los mapas que se presentan a continuación, permiten visualizar el comportamiento de este indicador, por curso de vida, tanto a nivel departamental como municipal:

Comportamiento del indicador Número de niños y niñas de 0 a 5 años, afiliados al SGSSS según registro de las entidades territoriales 2015-2018

Mapa 7. Nivel departamental



Mapa 8. Nivel municipal



Mejóro ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

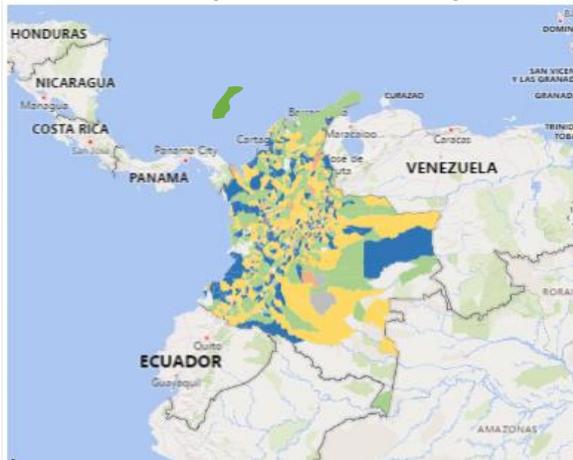
Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Modelo Analítico de Infancia

Comportamiento del indicador, Número de niños y niñas de 6 a 11 años, afiliados al SGSSS según registro de las entidades territoriales 2015-2018

Mapa 9. Nivel departamental



Mapa 10. Nivel municipal



Mejóro ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Modelo Analítico de Infancia



enfermedades comunes en la infancia pueden salvar de la muerte a muchos niños. Los niños malnutridos, en particular los que padecen malnutrición aguda grave, corren mayor riesgo de defunción por enfermedades comunes de la infancia tales como la diarrea, la neumonía y el paludismo. Los factores relacionados con la nutrición influyen aproximadamente en el 45% de las defunciones de niños menores de cinco años²⁰.

Por su parte, el ODS 3.2.1 tiene como meta poner fin a las muertes evitables de los niños y niñas recién nacidos y de quienes tengan menos de 5 años y aunque el horizonte de tiempo para lograrla va hasta el año 2030, el reto en cada territorio es que ningún niño o niña muera por enfermedades que se pueden prevenir o tratar con atención oportuna y tampoco por desnutrición.

En la vigilancia se solicitó a las entidades territoriales registrar los datos de los indicadores de mortalidad en menores de 1 año y menores de 5 años, así como los de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) y por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) para el período 2015-2018, con el respectivo análisis de su comportamiento.

En la tabla siguiente, se compila lo reportado por esas administraciones, observando que en lo que a indicadores de mortalidad infantil se refiere -tanto de menores de 1 año como de 5 años-, desmejoraron en promedio en el 14% de los departamentos y en el 15% de los municipios. En los departamentos de Bolívar y Caquetá, ambos indicadores tuvieron este comportamiento.

En lo que corresponde al indicador de mortalidad por ERA y por EDA, el comportamiento negativo (DESMEJORA); se dio en 5 y 10 departamentos respectivamente, que corresponden al 23% del total y, a nivel de municipios, fue mucho menor (5,17%), lo que no implica que deban abandonarse los esfuerzos para llegar a 0 niños o niñas fallecidos por este tipo de enfermedades. En una mayor proporción, ese comportamiento fue ESTABLE, y mejoró en el 23.5% del territorio.

²⁰ Artículo de la OMS "Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños". Tomado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>



**Tabla 10. Semáforo comportamiento
Indicadores de mortalidad infantil 2015-2018**

Departamento	Mortalidad en menores de 1 año						Mortalidad en menores de 5 años						Mortalidad por ERA menores de 5 años						Mortalidad por EDA en menores de 5 años					
	No. Dptos			No. Mpios			No. Dptos			No. Mpios			No. Dptos			No. Mpios			No. Dptos			No. Mpios		
	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E	M	D	E
AMAZONAS			1	2			1	1		1			1	2			1	2			1	2		
ANTIOQUIA			1	45	19	47		1	46	12	53	1		13	6	93	1			28	7	79		
ARAUCA			1	2	1	1	1		2	1	2	1			1	4			1	2		3		
ATLÁNTICO	1			12	2	6	1		12	2	6	1		3		16			1	6	3	11		
BOGOTÁ				1					1					1								1		
BOLÍVAR		1		20	4	7		1	14	6	11	1		7	1	23			1	7	5	18		
BOYACÁ			1	18	12	43	1		22	12	51		1	2	1	84			1	7	4	73		
CALDAS	1			9	7	9	1		9	6	9	1		2	1	21	1			4		20		
CAQUETÁ		1		6	2	2		1	7	1	3	1		2		11			1	3	1	10		
CASANARE	1			5	4	6		1	5	4	8	1				17			1	1		16		
CAUCA	1			25	9	6	1		24	11	6	1		10	3	25			1	10	4	25		
CESAR	1			8	4	8	1		10	2	7		1	8	2	12	1			10	1	11		
CHOCÓ	1			7	3	6	1		7	5	5	1		2	6	10	1			7	4	8		
CÓRDOBA				9	2	4			10	1	4	1		8		11				4	1	10		
CUNDINAMARCA	1			42	17	41		1	41	17	44	1		5		104			1	16	3	92		
GUAINÍA	1			1				1	1				1						1	1				
GUAVIARE	1			3		1	1		4				1	2		2	1			2		2		
HUILA	1			8	16	6	1		8	18	4		1	3	2	29			1	7	3	25		
LA GUAJIRA			1	3	3	6		1	4	7			1	2	2	9			1	2	5	6		
MAGDALENA	1			10	5	9	1		10	3	8	1		8	3	16	1			7	4	14		
META	1			9	6	11	1		12	5	8	1		2	1	22			1	4		22		
NARIÑO				13	7	26			14	8	23	1		7		44	1			8	5	42		
NORTE SANTANDER				10	7	11	1		9	7	16		1	6	1	25				4	2	25		
PUTUMAYO		1		4	6	3	1		6	5	1	1		2	2	9			1	2	4	7		
QUINDÍO			1	4	3	3		1	4	1	3		1	4	1	6	1			2	1	9		
RISARALDA			1	4	1	4	1		6	2	2		1	3	1	8	1			6		6		
SAN ANDRÉS		1											1						1					
SANTANDER				14	8	46			13	8	52	1		5		75	1			7	3	69		
SUCRE	1			4	2	6	1		5	2	10	1		4	1	11	1			4	5	7		
TOLIMA	1			19	10	10	1		18	9	16		1	6		36			1	13	2	27		
VALLE	1			22	8	8			18	8	11	1		6	3	30	1			8	6	23		
VAUPÉS			1	2		1		1	1	1	1		1	1		2	1				2	1		
VICHADA	1			1	2			1	2	1	1			2		1	1			3				
Totales	16	4	8	341	169	339	17	5	6	340	163	373	21	5	6	129	38	756	14	10	6	187	76	661

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial - Cálculos propios. (M: Mejoró. D: Desmejoró. E: Estable)

La representación gráfica del comportamiento del indicador Razón de mortalidad infantil en menores de 1 año (por mil nacidos vivos), se presenta en los siguientes mapas, donde prevalece el color verde a nivel departamental, es decir, Mejoró en 16 departamentos, y a nivel municipal, con similares proporciones, prevalecen el verde y el amarillo, es decir Mejoró y Estable (341 y 339 respectivamente); el



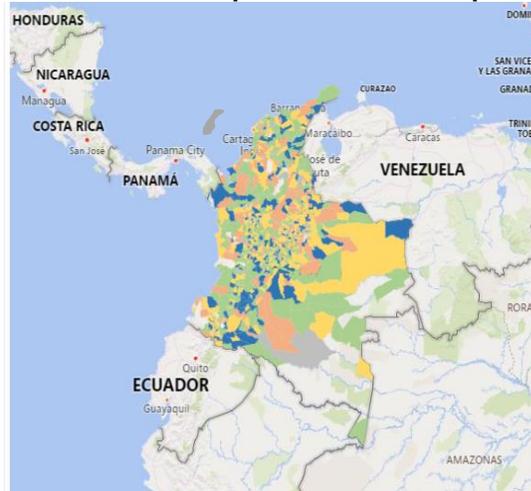
indicador Tasa de mortalidad materna en menores de 5 años (por mil nacidos vivos), presenta un comportamiento similar al de menores de 1 año:

Comportamiento del indicador, Razón de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos) según registro de las entidades territoriales 2015-2018

Mapa 13. Nivel departamental



Mapa 14. Nivel municipal



Mejóro ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial – Modelo Analítico de Infancia, Adolescencia y Juventud

Aquí también es necesario referenciar las que fueron citadas como causas que afectaron el comportamiento de estos indicadores, encontrando que:

En lo que respecta a mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años, se señalaron eventos por infecciones respiratorias; desnutrición; broncoaspiración; embarazo adolescente; causas congénitas o enfermedades de base; difícil acceso por parte de la población rural a los servicios de salud; población flotante y población migrante para la cual se dificulta el seguimientos a las cohortes de recién nacidos y adherencia a los programas de promoción de la salud y detección temprana; deficiente atención en salud; falta de adherencia a los controles prenatales y postparto; accidentes en el hogar; también se citaron en algunos municipios, las creencias culturales y práctica de la medicina tradicional de las poblaciones indígenas.

En las muertes por ERA y por EDA, se mencionan el bajo peso al nacer; prematurez; desnutrición; falta de acceso a los servicios de salud en las áreas rurales dispersas; población flotante y población migrante; deficiencias en oferta institucional; patologías de base; factores climáticos; creencias culturales para acceder a



medicina no tradicional por poblaciones indígenas; demora en reconocimiento de signos y síntomas; deficiente atención en salud; calidad del agua y falta de acceso a este servicio.

3.2 Acciones estratégicas

En el contexto de la salud infantil, la Vigilancia superior priorizó las acciones de promoción, prevención, atención y de fortalecimiento institucional.

3.2 1 Acciones de promoción

Las estrategias de promoción de la salud en la primera infancia “pretenden lograr un impacto positivo en la salud de los niños y niñas, adaptándose a las necesidades y posibilidades en lo local, con participación activa de padres, madres, cuidadores, docentes y de la comunidad”²¹.

Las acciones de **promoción** fueron consideradas ampliamente a nivel territorial y en relación con las acciones estratégicas de los demás derechos priorizados en la Vigilancia Superior, estas tuvieron las mayores frecuencias tanto a nivel departamental como municipal, es decir entre el 88% y el 100% de las entidades territoriales, las cuales también tuvieron alcance para el área rural.

La principal apuesta territorial estuvo en las acciones de información y comunicación con las familias, la comunidad y el personal de salud, así como la promoción de la lactancia materna, fueron registradas por todos los departamentos.

La promoción de estilos de vida saludables dirigidos a las familias, que incluye habilidades de los padres para acompañar el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, lavado de manos, programas de educación, escuela de padres, entre otros, tuvo un registro promedio de 95% para departamentos (área urbana) y municipios (área urbana y rural). Su importancia radica en que “contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable”²². La frecuencia de cada una de estas acciones se presenta en la siguiente tabla:

²¹ Tomado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/download/35477/38897>

²² ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – Colombia. Tomado de: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiapi&Itemid=0



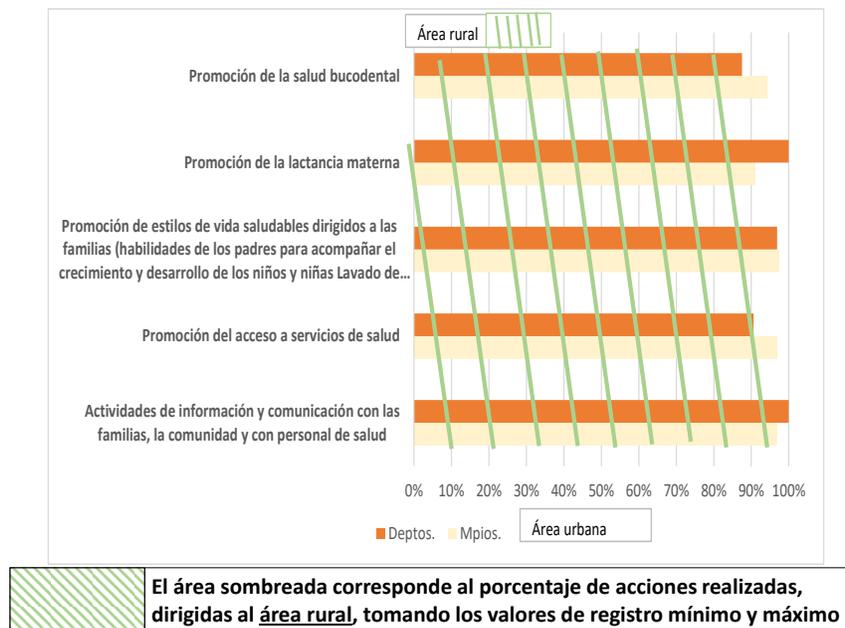
Tabla 11. Distribución de las acciones de promoción de la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural

ACCIONES DE PROMOCIÓN	Departamentos		Municipios	
	Área urbana	Área rural	Área urbana	Área rural
Información/comunicación familias/comunidad/personal de salud	100,0%	84,4%	96,9%	94,7%
Promoción acceso a servicios de salud	90,6%	81,3%	97,0%	94,6%
Promoción estilos de vida saludables	96,9%	81,3%	97,5%	95,2%
Promoción de la lactancia materna	100,0%	96,9%	91,1%	95,6%
Promoción de la salud bucodental	87,5%	84,4%	94,4%	90,6%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Del cuadro anterior se puede concluir que, en general, las acciones estratégicas para la promoción de la salud infantil tanto en el área urbana como rural, tienen los más altos promedios de realización, confirmando con esto, la importancia que a nivel territorial se le asigna a la salud de niños y niñas. La siguiente gráfica muestra la distribución de estas acciones, y de manera particular, las que fueron dirigidas al área rural, que en promedio tuvieron mayor registro a nivel municipal que departamental (94% y 86% respectivamente).

Gráfica 4. Acciones de promoción de la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial



3.2.2 Acciones de prevención

Cada vez más, el país le apuesta a formular acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad de niños y niñas de nuestro país. La Vigilancia superior examinó solo algunas, las cuales se presentan con sus respectivas frecuencias en la siguiente tabla:

Tabla 12. Distribución de las acciones de prevención para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural

ACCIONES DE PREVENCIÓN	Departamentos		Municipios	
	Área urbana	Área rural	Área urbana	Área rural
Desparasitación	96,9%	90,6%	74,3%	72,6%
Control del bajo peso al nacer	93,8%	87,5%	96,8%	94,6%
Niveles nutricionales	93,8%	81,3%	84,9%	80,7%
Preparación/manipulación alimentos	53,1%	43,8%	64,9%	62,3%
Estudios nutrición	43,8%	37,5%	49,8%	46,4%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

La desparasitación como medida de prevención efectiva y poco costosa debe ser una estrategia de salud pública, más aún cuando las condiciones de salubridad del agua ofrecen algún nivel de riesgo en cerca del 80% de los municipios de Colombia.²³ Si bien el registro de esta acción estratégica la hizo más del 90% de los departamentos, dirigida tanto al área urbana como rural, a nivel municipal al menos el 25% de los municipios no la realizaron ni para el área urbana ni para la rural.

Por otro lado, según el Informe del Estado Mundial de la Infancia 2016 de la UNICEF, la mayoría de los países de Suramérica están cumpliendo la meta establecida de mantener por debajo del 10% la tasa de BPN (bajo peso al nacer); Colombia, dentro de los países que cumplen la meta, presenta sin embargo el porcentaje más alto de niños y niñas recién nacidos con bajo peso al nacer, cifra que se relaciona con la tendencia para nuestro país, estimada a partir de los registros de las estadísticas vitales, donde en la última década se ha pasado de 70 a 90 nacimientos con BPN por cada 1.000 nacidos vivos. En Colombia, la proporción del BPN según las estadísticas vitales entregadas por el DANE, ha pasado de 7,2% en el año 1998 a 9% en el 2017, mostrando un crecimiento continuo cantidad coincidente con el informe mencionado de UNICEF 2016. Este valor sin embargo,

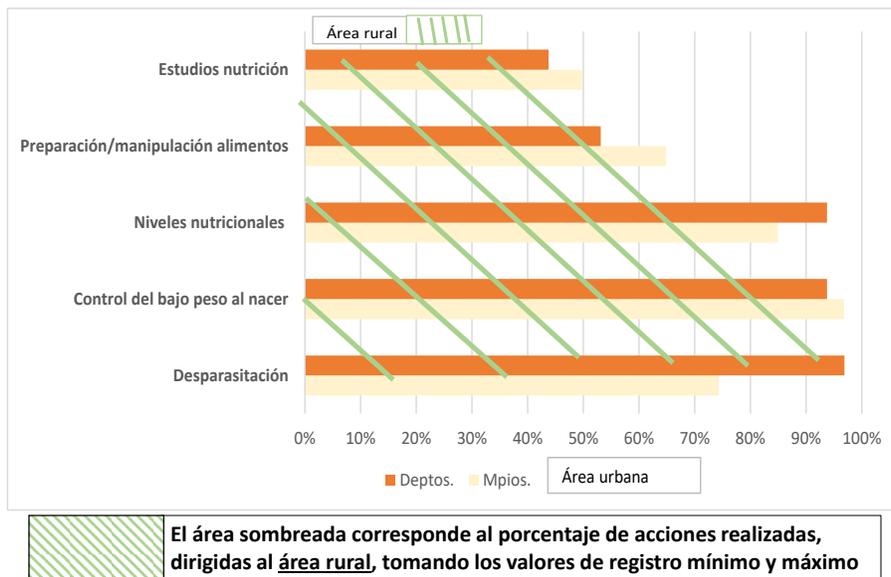
²³ Según los datos del Sistema único de Información en Niñez SUIN, en 2017 solo en 222 municipios de Colombia, el agua era apta para el consumo Humano.



es alto si se compara con otros países de la región, y de mantenerse esta tendencia, se estima que en unos años se ubique por encima de la meta de BPN.²⁴

La información gráfica completa de las acciones consideradas, se ofrece a continuación:

Gráfica 5. Acciones de prevención para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

3.2.3 Acciones de atención

Las acciones estratégicas de prevención y tratamiento tanto de la enfermedad respiratoria aguda ERA como de la enfermedad diarreica aguda EDA ocuparon un importante lugar en las acciones de los departamentos y municipios, tanto para el área urbana como para la rural.

Frente a las enfermedades respiratorias agudas, según el Instituto Nacional de Salud -INS, “las infecciones respiratorias agudas (IRA) son consideradas una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, y los menores de cinco años son el grupo poblacional con mayor riesgo de morir por esta causa. En Colombia la IRA es la quinta causa de mortalidad en población general y se ubica

²⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Tomado de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Bajo%20peso%20al%20nacer_.pdf



entre las tres primeras causas en menores de cinco años”. Por otra parte, “con respecto a las muertes por IRA notificadas, en Colombia a la fecha se cuenta con 660 muertes, de las cuales el 70 % (462) corresponde a menores de cinco años, en comparación con el mismo periodo del 2018, se presenta una disminución del 21,1%”.²⁵

Revisando otros datos del INS, estos precisan que en Colombia, en la semana epidemiológica 20 de 2019, se habían notificado al Sivigila 1.505.483 casos de enfermedad diarreica aguda, que en la misma semana de 2017 se notificaron 1.283.249 casos del evento, lo que indica un aumento de casos con respecto a 2017 correspondiente al 16% y, el grupo que presenta el mayor número de casos, es el de los menores entre 1 a 4 años (226.727 casos).²⁶

Tabla 13. Distribución de las acciones de atención en salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural

ACCIONES DE ATENCIÓN	Departamentos		Municipios	
	Área urbana	Área rural	Área urbana	Área rural
Prevención/tratamiento ERA/EDA	100,0%	84,4%	96,9%	95,1%
Intervención riesgo desnutrición	87,5%	75,0%	89,4%	85,5%
Fortalecimiento vigilancia epidemiológica	87,5%	75,0%	94,5%	88,8%
Acceso salud niños, niñas, adolescentes no afiliados	78,1%	62,5%	77,9%	75,5%
Acciones población vulnerable	75,0%	62,5%	88,8%	83,3%
Aumento afiliación al SGSSS	71,9%	68,8%	89,3%	86,2%
Jornadas de vacunación	68,8%	62,5%	76,7%	72,8%
Vacunación población migrante	62,5%	53,1%	56,1%	45,9%
Acciones población migrante	56,3%	34,4%	39,1%	31,3%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Frente a la intervención del riesgo de desnutrición, si bien durante el período 2016-2019 fue una acción que en promedio se registró por el 88% de las entidades territoriales para la población del área urbana y por el 80% para la población del área rural, no deja de preocupar que existe una situación de riesgo advertida recientemente por la Fundación Éxito, donde, con información de 2018, más de la mitad de los municipios de Colombia tienen todas las condiciones para que la población menor de 5 años padezca de desnutrición crónica o retraso en talla. Y lo

²⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Tomado de:

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_40.pdf

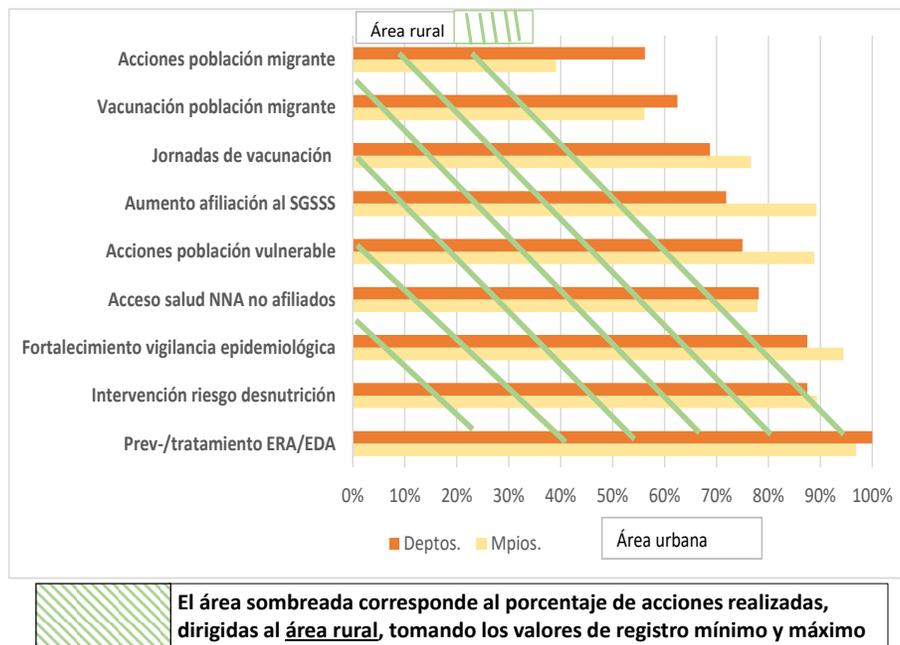
²⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Tomado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2020.pdf>



peor, el panorama tiende a agudizarse en esos territorios y a extenderse a otras zonas del país por efectos de la pandemia.²⁷

Según el ICBF, una reducción en el 39% de las notificaciones de muertes de niños y niñas por causas asociadas a la desnutrición se registró durante el primer semestre de 2020 frente al año anterior, al pasar de 159 a 97 casos, según cálculos realizados a partir del reporte del Instituto Nacional de Salud²⁸.

Gráfica 6. Acciones de atención en salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

En relación con las jornadas de vacunación adicionales a las propuestas por el gobierno nacional, tal como se observa en la tabla y gráfica anteriores, se puede concluir que estas se encuentran con los más bajos promedios de realización (54,4%), lo que requiere reiterar que la vacunación es la mejor estrategia y la más costo-efectiva, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles.²⁹

²⁷ FUNDACIÓN ÉXITO – EL TIEMPO. Tomado de: <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/indice-de-desnutricion-cronica-2020-alerta-sobre-el-riesgo-en-colombia-515612>

²⁸ Tomado de: <https://www.icbf.gov.co/noticias/reporte-de-muertes-por-desnutricion-en-ninos-se-redujo-en-un-39-durante-primer-semestre-del>

²⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/1PAI.pdf>



En cuanto a las acciones dirigidas la población infantil migrante, como las de vacunación y acciones generales de atención, fueron registradas por menos del 48% de las entidades territoriales.

3.2.4 Acciones de fortalecimiento institucional

Las acciones de fortalecimiento institucional deben estar orientadas a dar respuesta a los retos que demanda, en este caso, la salud infantil, posibilitando la prestación de un servicio de calidad. La vigilancia priorizó el análisis de las acciones que se listan a continuación, con sus respectivas frecuencias:

Tabla 14. Distribución de acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural

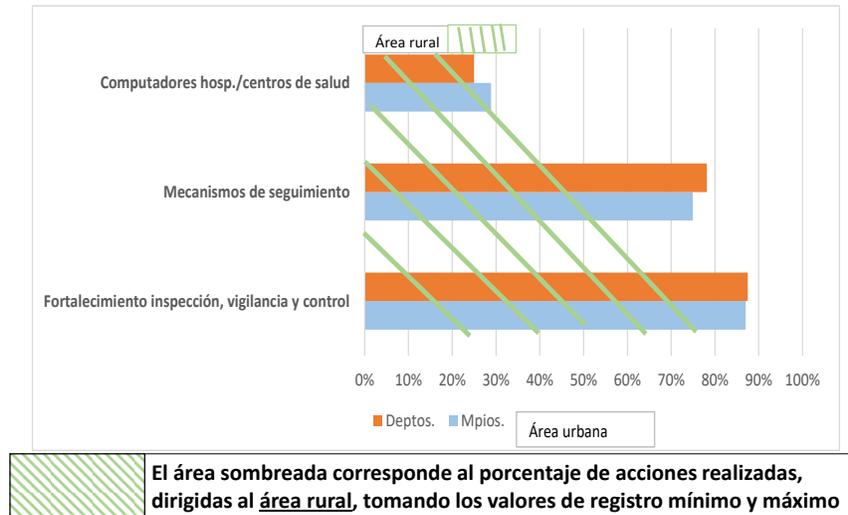
Acciones de fortalecimiento institucional	Departamentos		Municipios	
	Área urbana	Área rural	Área urbana	Área rural
Fortalecimiento inspección, vigilancia y control	87,5%	71,9%	87,0%	77,9%
Mecanismos de seguimiento	78,1%	65,6%	74,9%	67,8%
Computadores hospitales/centros de salud	25,0%	18,8%	28,9%	19,3%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

De lo anterior se colige que: (i) el análisis sobre la implementación y/o fortalecimiento de procesos de inspección, vigilancia y control, ocupó los registros más altos a nivel departamental, es decir, 87%; (ii) implementación y/o fortalecimiento de los mecanismos de seguimiento a las políticas, planes y programas dirigidos a la salud infantil, que son los que orientan el mejoramiento de la calidad de los servicios, no fue registrado por más del 78% de las entidades territoriales y (iii) la dotación de computadores en hospitales y centros de salud, lo cual no estuvo dentro la planeación del 73% de los departamentos y el 81% de los municipios. Una mayor claridad sobre estos porcentajes, se ofrece en la siguiente gráfica:



Gráfica 7. Acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud infantil, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019, según área urbana y rural



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

4. ANÁLISIS SALUD MATERNA

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, “el abordaje integral de la mujer teniendo en cuenta los enfoques de derechos, género, diferencial y curso de vida antes, durante y después del evento obstétrico como estrategia del componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva, implica el reconocimiento de la salud materna no solo como la ausencia de enfermedades durante el embarazo, parto y postparto, sino que la mujer gestante pueda disfrutar del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para vivir y afrontar su maternidad dignamente, de tal manera que este momento del ciclo vital permita sustraer a la mujer de la mirada exclusivamente biológica o médica, y que sea también abordada desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos”.³⁰

También señala que Colombia “ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el fortalecimiento de competencias en el

³⁰ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

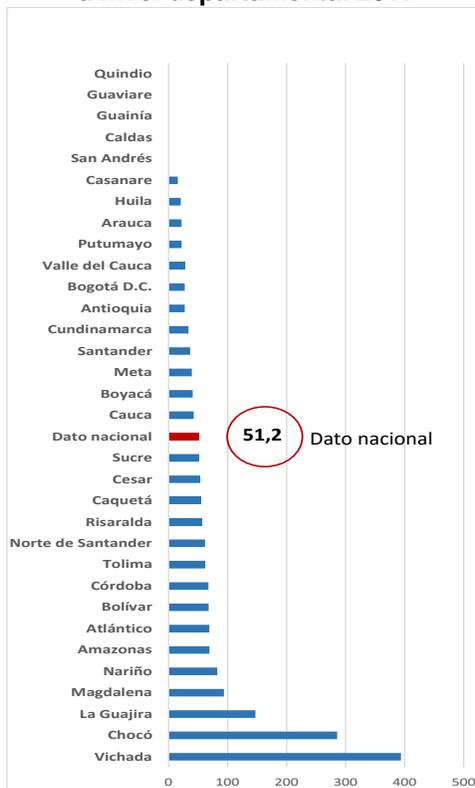


talento humano en salud”³¹. Bajo este panorama, se presenta a continuación el análisis del indicador de mortalidad materna y las acciones estratégicas desarrolladas por las administraciones territoriales 2016-2019, para garantizar la salud materna.

4.1 Indicador Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos

Entre 2016 y 2019, más del 80% de los departamentos y municipios realizaron acciones estratégicas para la atención integral de la mujer gestante, no obstante en 2017 la razón de mortalidad materna en 15 departamentos fue superior a la media nacional ubicada en 51,2 por 100.000 nacidos vivos,³², como se aprecia en la siguiente gráfica:

Gráfica 8. Indicador Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, a nivel departamental 2017



Fuente: Sistema único de Información de la Niñez SUIN con información del Ministerio de Salud y Protección Social 2017

Las menores tasas de mortalidad estuvieron en los departamentos de Casanare, Huila, Arauca, Putumayo, Valle del Cauca, Bogotá y Antioquia. Es preciso

³¹ Ibidem

³² Fuente SUIN, con información del Ministerio de Salud 2017. Último dato disponible



recordar que el país no cumplió la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015, es decir, 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos y ahora, se enfrenta el reto establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuya meta es que a 2030, se reduzca a 32 este indicador. Por su parte, el esfuerzo de los departamentos de Amazonas, Nariño, Magdalena, La Guaira, Chocó y Vichada para el período 2020-2023 debe ser muy significativo, teniendo en cuenta que ostentan las más altas tasas de mortalidad materna; Vichada es casi 5 veces la media nacional. También, es preciso tener en cuenta, tal como se señala en las Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 que “el indicador para los grupos indígenas y negros y afrocolombianos equivale a más de tres veces el indicador para el total nacional y alrededor de cuatros veces en relación con el resto de la población”³³, lo que demanda redoblar esfuerzos para la oportuna y pertinente atención en salud de las mujeres gestantes pertenecientes a estos grupos poblacionales.

Como se observa en la tabla siguiente y desde el análisis de cada territorio, se tiene que en los departamentos de Arauca, Cesar, Chocó, Cundinamarca, Guainía, La Guajira y Vichada, este indicador DESMEJORÓ, lo propio ocurrió en 72 municipios. En el resto del territorio, hubo MEJORA en el comportamiento del indicador (18%) y como ESTABLE, se reportó en el 59% restante.

**Tabla 15. Semáforo comportamiento
Indicador Razón de mortalidad materna 2015-2018**

Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
AMAZONAS	1					2				
ANTIOQUIA	1					23	10	79	9	4
ARAUCA		1				2	1	1	3	
ATLÁNTICO	1					5	1	12	5	
BOGOTÁ						1				
BOLÍVAR	1					13	3	17	6	7
BOYACÁ			1			6	3	86	24	4
CALDAS	1					5	1	21		
CAQUETÁ	1					6	1	6	3	
CASANARE	1					3	1	14	1	
CAUCA	1					11	3	20	7	1
CESAR		1				8	4	11	2	
CHOCÓ		1				3	3	16	5	3
CÓRDOBA	1					7		9	13	1
CUNDINAMARCA		1				11	6	90	4	5
GUAINÍA		1					1			

³³ Bases Plan Nacional de Desarrollo 2018 -2022, pág. 831. Tomado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf>



Departamento	No. Departamentos					No. municipios				
	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte	Mejoró	Desmejoró	Estable	Serie incompleta	Sin reporte
GUAVIARE	1					2		2		
HUILA	1					9	1	25	1	1
LA GUAJIRA		1				6	3	4	2	
MAGDALENA			1			7	2	18	3	
META	1					4	1	20	3	1
NARIÑO	1					12	3	41	4	4
NORTE SANTANDER				1		5	3	26	6	
PUTUMAYO	1					4	2	7		
QUINDÍO	1					2	1	9		
RISARALDA			1			3	2	8	1	
SAN ANDRÉS			1							1
SANTANDER					1	2	10	66	8	1
SUCRE	1					6	1	6	9	4
TOLIMA	1					13	3	26	5	
VALLE	1					7	1	31		3
VAUPÉS			1			1		2		
VICHADA		1				1	1		2	
Totales	18	7	5	1	1	190	72	673	126	40

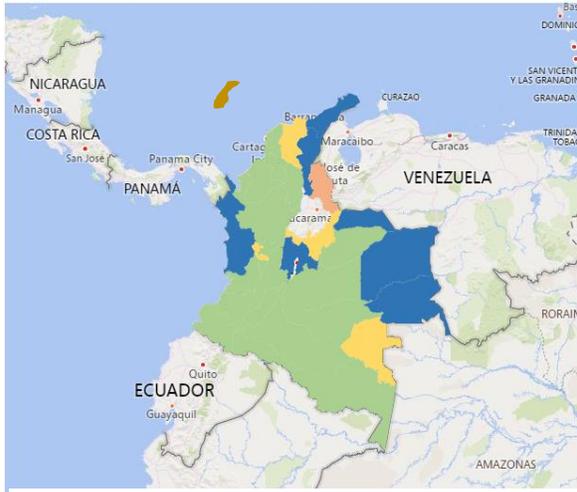
Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Cálculos propios

Entre las causas mencionadas por las administraciones territoriales en los cuales este indicador desmejoró, se señalaron las siguientes: deficiente seguimiento por parte de las EAPB a las gestantes de alto riesgo obstétrico, pacientes en puerperio y con morbilidad materna externa; complicaciones en el embarazo, parto o puerperio; falta de controles prenatales; dificultades en el acceso a la atención en salud para la población rural; enfermedades de base; partos domiciliarios; población migrante; embarazo adolescente y embarazo de alto riesgo; debilidades en programas de promoción y prevención.

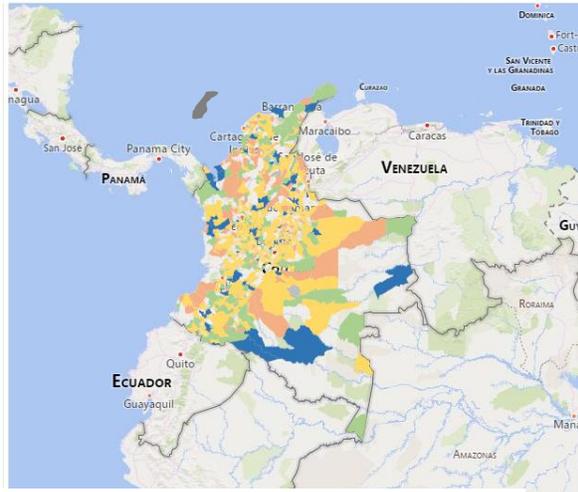
Los mapas que se presentan a continuación, permiten visualizar el comportamiento de este indicador, tanto a nivel departamental como municipal:

Comportamiento del indicador Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos, según registro de las entidades territoriales 2015-2018

Mapa 15. Nivel departamental



Mapa 16. Nivel municipal



Mejoró ● Estable ● Desmejoró ● Serie incompleta ● Sin reporte ●

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial. Modelo Analítico de Infancia

Con estos resultados, el llamado es a no olvidar que la mortalidad materna es, además, la máxima expresión de injusticia social, porque afecta a las mujeres más pobres, residentes en el área rural, especialmente a las jóvenes, que tienen menor nivel educativo y las que tienen mayores problemas de acceso a los servicios de salud además de otras situaciones de vulnerabilidad.

4.2 Acciones estratégicas

4.2.1 Acciones de promoción

Dos acciones importantes de promoción fueron consideradas por la vigilancia superior: la promoción del control prenatal a nivel rural y los procesos de información sobre la salud materna.

Pero ¿por qué la promoción del control prenatal a nivel rural?

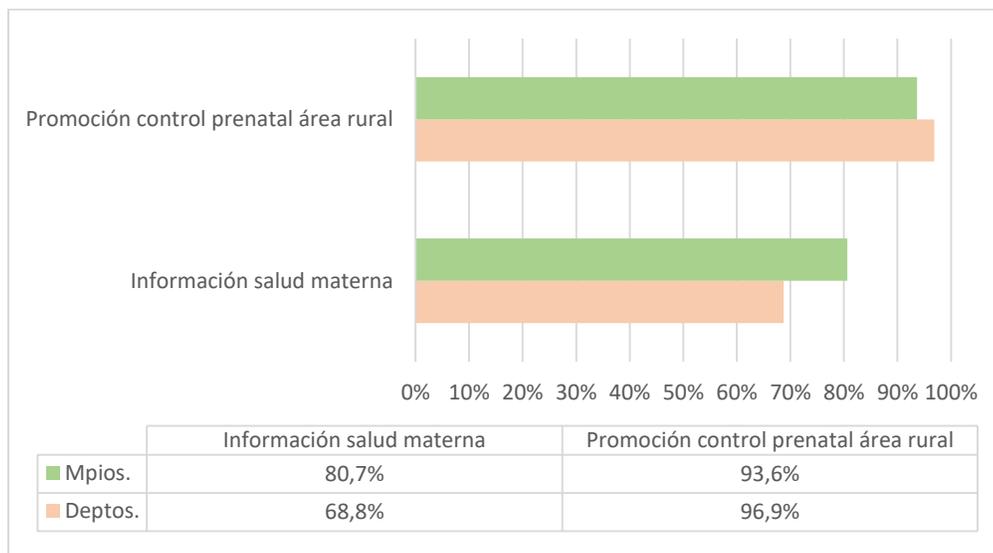
Se ha señalado que “el cuidado y protección de la vida durante la gestación y el nacimiento son parte integral de la promoción del desarrollo de los niños y niñas en primera infancia. Para asegurarlas, es importante procurar un acceso oportuno a servicios de salud, una alimentación equilibrada y nutritiva, unas condiciones de vida dignas para la familia, y en general, un acceso a servicios de apoyo que



favorezcan el desarrollo de los niños y niñas desde que están en el vientre materno. Si bien el Estado se esfuerza por cumplir con estas responsabilidades, no siempre logra hacerlo de igual manera para toda la población, debido a que la diferencia de condiciones de vida exige intervenciones específicas que no siempre se desarrollan. Tal es el caso de las personas que habitan en zona rural, cuyas particularidades exigen un tratamiento diferenciado con respecto a la zona urbana que actualmente no se lleva a cabo, y que por ende genera rezagos en el acceso importantes de considerar.”³⁴

Frente a lo anterior, en la siguiente gráfica se puede observar que las administraciones territoriales le asignaron la mayor importancia a esta acción, registrada por más del 93% de los departamentos y municipios, aportando sin duda a la disminución de las brechas entre lo urbano y lo rural.

Gráfica 9. Acciones de promoción de la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Por su parte, las actividades sobre información y comunicación de la importancia de la salud materna, tuvieron mayor priorización en los municipios que en los departamentos.

³⁴ Tomado de:

<http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%204%20Condiciones%20de%20vida%20para%20la%20gestaci%C3%B3n%20y%20el%20nacimiento%20en%20la%20zona%20rural%20en%20Colombia.pdf>



4.2.2 Acciones de atención

Son muy variadas las intervenciones y procesos que permiten una atención integral a la mujer gestante. La Vigilancia superior priorizó las que se listan a continuación, encontrando que entre el 59% y el 92% de los municipios las realizaron:

Tabla 16. Distribución de las acciones de atención para garantizar la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019

ACCIONES DE ATENCIÓN	Deptos.	Mpios.
Fortalecimiento talento humano	90,6%	78,8%
Servicios salud sexual y reproductiva	81,3%	91,6%
Acceso a atención integral	81,3%	89,1%
Identificación gestantes con riesgo	78,1%	83,3%
Seguimiento a gestantes	71,9%	85,8%
Afiliación SGSSS mujeres edad fértil	65,6%	84,1%
Fortalecimiento red de servicios	65,6%	75,5%
Atención diferencial adolescente gestante	65,6%	76,5%
Capacitación parteras	53,1%	26,4%
Programa de visitas domiciliarias	43,8%	73,7%
Seguimiento gestantes migrantes	40,6%	53,6%

Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Se destacan las acciones dirigidas al fortalecimiento del talento humano en el 90,6% de los departamentos, aunque en los municipios solo alcanzó el 78,8%, siendo esta una de las principales estrategias para abordar la salud materna y garantizar una atención de calidad, relacionada no solo con procesos de capacitación y formación, sino con aumentar el número de funcionarios calificados para la atención pregestacional, prenatal, durante el parto y el puerperio en los establecimientos de salud.

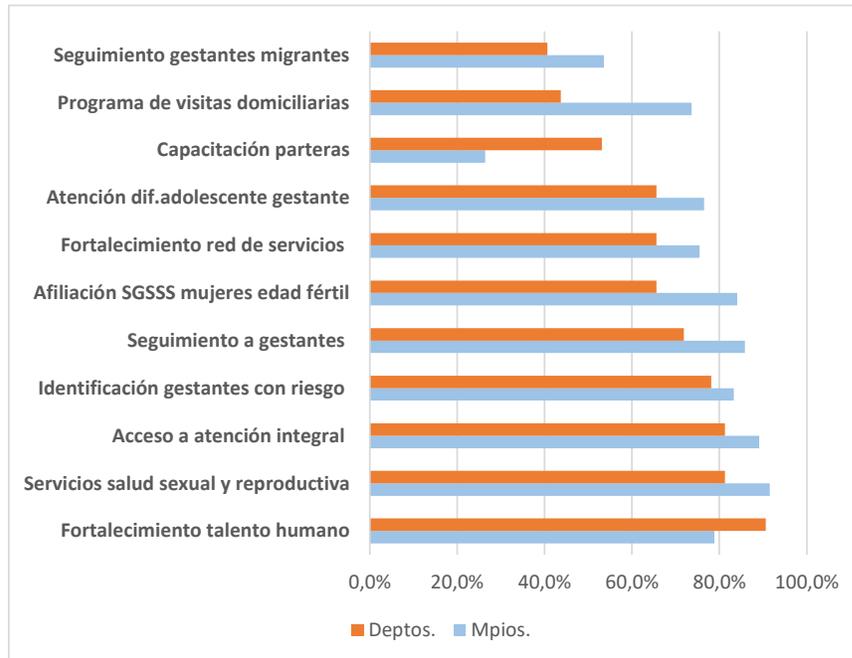
El registro de acciones con menor frecuencia fue la atención de gestantes migrantes. En un informe reciente de la Revista de la Universidad Industrial de Santander se mencionaba que, en el fenómeno migratorio desde Venezuela hacia Colombia, las mujeres representan una proporción significativa entre los migrantes irregulares; de ellas, las gestantes han sido priorizadas por sus condiciones particulares de vulnerabilidad. Sin embargo, se desconocen sus condiciones de salud.³⁵ En este punto, las acciones relacionadas con el seguimiento a las gestantes migrantes, fue realizado por el 40,6% de los departamentos y el 53,6% de los municipios. Aquí es importante tener en cuenta que, según el Ministerio de Salud y

³⁵ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Tomado de:
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9685>



Protección Social, a partir del Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, en 2018, se reportaron 8.209 mujeres gestantes y 7.496 mujeres en período de lactancia (la mayor parte sin control prenatal ni seguridad social).³⁶

Gráfica 10. Acciones de atención para garantizar la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

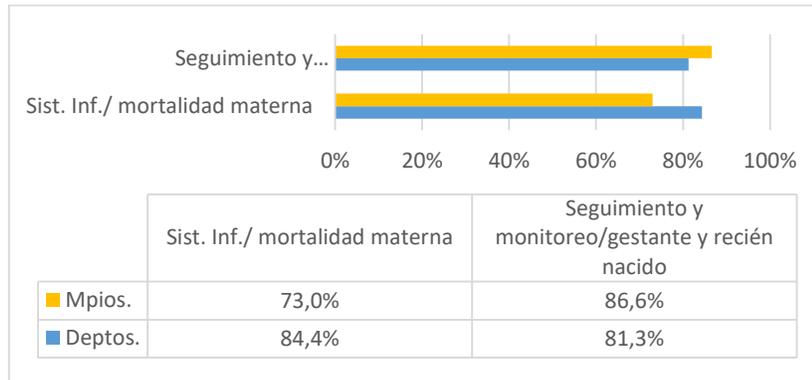
4.2.3 Acciones de fortalecimiento institucional

Según la OMS, las complicaciones durante la gestación y el parto constituyen la primera causa de muerte y discapacidad de las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo. Esto justifica ampliamente contar con procesos de seguimiento y monitoreo a la mujer gestante y al recién nacido, especialmente para detectar factores de riesgo, lo cual contribuye para reducir la morbilidad materna y garantizarles la atención segura. Estos procesos de seguimiento y monitoreo a la mujer gestante fueron realizados en promedio, por más del 83% de las entidades territoriales, como se aprecia a continuación:

³⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf>



Gráfica 11. Acciones de fortalecimiento institucional para garantizar la salud materna, realizadas a nivel territorial durante el período 2016-2019



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

Igualmente, teniendo en cuenta que los sistemas de información son parte integral del fortalecimiento institucional para garantizar la salud materna y para la formulación de políticas de maternidad segura, al menos el 73% de los municipios y el 84,4% de los departamentos, registraron acciones para el desarrollo o actualización de los sistemas de información sobre mortalidad materna.

Además de las acciones por las que indagó la Vigilancia superior, las entidades territoriales registraron otras como la promoción de parto humanizado; atención integral a la gestante infectada con VIH; seguimiento a casos de sífilis gestacional; implementación de la Estrategia APS -Atención Primaria en Salud- (Ley 1438 de 2011), que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial/transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud; implementación y consolidación de las Estrategias IAMII, Maternidad Segura, AIEPI, SSAAJ (Instituciones amigas de la mujer y la niñez).

5. NIVEL DE ABORDAJE DE ACCIONES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INFANTIL Y A LA SALUD MATERNA

Sobre la base del valor esperado de las acciones realizadas y considerando la lista de alternativas que ofreció el aplicativo web de la Vigilancia superior, la Procuraduría General de la Nación diseñó un indicador para estimar el nivel de abordaje de cada derecho o temática en la gestión territorial de las administraciones 2016-2019. Los rangos posibles son los siguientes:

Entre 0 y 25%	Entre 25.1% y 50%	Entre 50.1% y 75%	Entre 75.1% y 100%
Muy bajo	Bajo	Medio	Alto



6. PRINCIPALES DIFICULTADES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD INFANTIL Y LA SALUD MATERNA

De las alternativas que ofreció el aplicativo para indicar las dificultades que tuvieron las entidades territoriales para garantizar el derecho a la salud infantil y la salud materna, las de mayor frecuencia, sobre un total de 700 registros, fueron las relacionadas con la poca receptividad de la población destinataria de las acciones estratégicas (117), la falta de personal para ejecutarlas (99) y la persistencia de prácticas socio-culturales, mitos, creencias y prejuicios (98).

Entre las otras dificultades se mencionó el déficit de cobertura del sistema de salud en el área rural, sumado a la dispersión de la población y las dificultades para el acceso a esta zona; igualmente la escasez de recursos para ejecutar las acciones programadas. La información detallada se presenta a continuación:

Gráfica 12. Principales dificultades identificadas por las entidades territoriales para garantizar el derecho a la salud (salud infantil y salud materna)



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial

7. CONCLUSIONES

La salud es uno de los derechos sobre los cuales los mandatarios territoriales generalmente concentran su accionar y se confirma así con la gestión de las



administraciones territoriales 2016-2019 , que realizaron acciones para avanzar en la garantía de este derecho fundamental, aunque aún persisten brechas significativas.

Los indicadores trazadores que se analizaron reflejan la calidad de vida y la calidad de los servicios de salud en los territorios, algunos con situaciones específicas que deben ser revisadas; precisamente las tablas y mapas presentadas sobre el comportamiento de los indicadores en el período 2015-2018, muestran avances pero también reafirman lo manifestado en cuanto a que, situaciones que afectan el derecho a la salud de nuestros niños, niñas y adolescentes, así como de las madres gestantes, persisten en el territorio,.

Siguen vigentes barreras frente a la atención integral en salud, como las mismas administraciones lo reportaron, relacionadas principalmente con falta de universalidad en la afiliación de toda la población al sistema de seguridad social en salud; falta de adherencia por diversos factores, a los controles prenatales y a los programas de promoción y prevención en salud; dificultades en el acceso a los servicios de salud por parte de la población que se encuentra en zonas rurales y rurales dispersas; incidencia de factores culturales de los pueblos indígenas para la atención mediante medicina no tradicional de sus niños y mujeres; factores socioeconómicos que generan movilidad de la población de un municipio a otro; flujo migratorio de la población venezolana; deficiencias en la atención institucional; metas fijadas con base en las proyecciones del DANE (Censo 2005), que generan sobreestimación de las mismas.

Las poblaciones más afectadas frente a la garantía del derecho a la salud, son la rural, la indígena y la migrante venezolana, con diversos factores que impactan el resultado de los indicadores priorizados para el análisis de este derecho.

Con respecto a la media nacional, según datos SUIN del año 2017, con información del Ministerio de Salud y Protección Social, cerca del 48% de los departamentos, incluidos sus municipios, se encuentran por debajo de esta,

8. RECOMENDACIONES

8.1 Recomendaciones del Ministerio Público

La acción preventiva de la Procuraduría busca llamar la atención de los gobiernos territoriales del período de administración 2020-2023, acerca de la necesidad de realizar acciones contundentes que conduzcan a garantizar el derecho pleno a la



salud para los niños, niñas, adolescentes y madres gestantes toda la población escolar y presenta las siguientes recomendaciones:

- i) Fortalecer los diferentes programas y estrategias con que cuentan los departamentos, distritos y municipios para garantizar la atención integral en salud de la población menor de edad y de las madres gestantes, abordando las causas y barreras que con mayor representatividad fueron señaladas por los gobiernos locales del período anterior.
- ii) Articular acciones entre los niveles departamental, distrital y municipal, que permitan mejorar los resultados de los indicadores de salud infantil y salud materna, especialmente para aquellas entidades territoriales que mostraron resultados desfavorables en el período 2015-2018.
- iii) Articular acciones con el Ministerio de Salud y Protección Social y las Empresa Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), para que se fortalezcan los programas de promoción, prevención y atención en salud de los niños, niñas, adolescentes y madres gestantes.
- iv) Continuar con procesos de fortalecimiento y/o armonización de los sistemas de información con que cuentan las entidades territoriales y la fuente nacional a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, para disponer de datos de los indicadores que correspondan con los resultados de cada territorio, en forma oportuna e incluyendo procesos de capacitación a los responsables de los reportes, para que se mejore su capacidad técnica de análisis de información.
- v) Revisar y actualizar en lo pertinente, las acciones previstas en los planes de desarrollo 2020-2023 y las políticas públicas en materia de salud con que cuenta la entidad territorial, para asegurar que se logren metas relacionadas con cobertura plena en controles prenatales y vacunación, disminución y eliminación de la mortalidad infantil y materna, priorizando acciones para la población rural y rural dispersa, la población indígena y la población migrante.
- vi) Posicionar como una prioridad en las agendas territoriales, la salud materna y la salud infantil.
- vii) Impulsar y dar continuidad a las campañas de prevención tanto para salud infantil como salud materna.

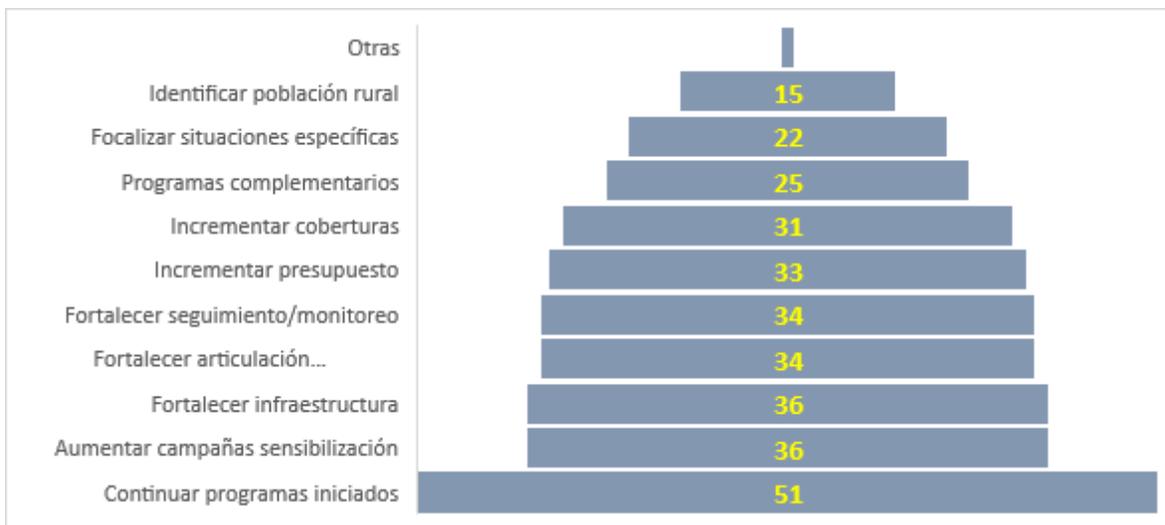


8.2 Recomendaciones que hicieron las administraciones 2016-2019 a los nuevos mandatarios territoriales

Entre las recomendaciones que las entidades territoriales hacen a los nuevos mandatarios para garantizar el derecho a la salud (salud infantil y salud materna), de un total de 378 registros, la de mayor frecuencia fue la de continuar con los programas iniciados (51), aumentar las campañas de sensibilización y fortalecer la infraestructura para salud, cada una con 36 registros. También fue relevante la de fortalecer la articulación interinstitucional (34) y fortalecer los mecanismos de seguimiento y monitoreo (34).

Las demás se presentan gráficamente a continuación:

Gráfica 13. Principales recomendaciones las administraciones 2016-2019 a los nuevos mandatarios territoriales



Fuente: Procuraduría General de la Nación – Aplicativo web de la Vigilancia superior a la gestión pública territorial