

Balance de Gestión Infancia, Adolescencia y Juventud 2005 - 2010

Balance de Gestión Infancia Adolescencia y Juventud 2005 - 2010

José Rozo Millán

Gobernador 2008 - 2011

Plan Departamental de Desarrollo

¡Para Seguir Creciendo!

Gabinete Departamental

ING. JOSÉ ROZO MILLÁN

Gobernador de Boyacá

ING. PAULINA ROZO MILLÁN

Gestora Social del Departamento

NÉSTOR ARTURO MÉNDEZ

Asesor del Despacho

JUAN DE JESÚS ÁLVAREZ

Asesor del Despacho

MAURICIO GIRALDO GARCÍA

Asesor del Despacho

ZULMA RODRÍGUEZ VEGA

Asesora del Despacho

MÉLIDA ALEXANDRA NAVARRO ERAZO

Asesora de Despacho

EDNA PAOLA RICAURTE MORA

Asesora de Control Interno

HÉCTOR ANIBAL OJEDA PINILLA

Asesor de Control Interno Disciplinario

HÉCTOR EFRAÍN ORJUELA GARCÍA

Secretario de Productividad, Tic's y Gestión del Conocimiento

MAURO HERNÁN MORA LOZANO

Asesor Oficina de Relaciones Nacionales e Internacionales

EMILIO HERNANDO ORJUELA PEÑA

Gerente Indeportes Boyacá

INDIRA PATRICIA ILLIDGE IBARRA

Secretaria General

RAFAEL HUMBERTO ROSAS CARO

Secretario de Hacienda

ALEXANDRA FORERO QUIÑÓNES

Secretaria de Fomento Agropecuario

JUAN CARLOS MARTÍNEZ MARTÍN

Secretario de Educación

JOSÉ RICARDO BAUTISTA PAMPLONA

Secretario de Cultura y Turismo

LUIS CARLOS OLARTE CONTRERAS

Secretario de Salud

ANGELA ROJAS DE VILLARREAL

Jefe Oficina de Comunicaciones y Protocolo

TERESA VICTORIA DÁVILA

Secretaria de Desarrollo Humano

EDGAR ALBERTO SIMBAQUEBA MORENO

Director Departamento Administrativo de Planeación

YULY MARIBEL FIGUEREDO MENESES

Secretaria de Participación y Democracia

OSCAR FERNANDO BLANCO BLANCO

Secretario de Minas y Energía

JESÚS GILBERTO DELGADO GARCÍA

Secretario de Infraestructura Pública

LUZ MARY CÁRDENAS HERRERA

Gerente INFIBOY

CARLOS ELIECER CASTRO CORREA

Gerente Lotería de Boyacá

RUBEN FABIAN MORALES HERNANDEZ

Gerente ITBOY

Gobernación de Boyacá

Dirección General

Edgar Alberto Simbaqueba Moreno

Director Departamento Administrativo de Planeación

Coordinadora Área Social – Departamento Administrativo de Planeación

Uldy Amparo Camacho Cárdenas

Comunicaciones y Productos Editoriales:

Angélica Alexandra Gómez Murillo

Equipo Editorial

Freddy González

Jaime Humberto Romero R

Fotografía

Oficina Asesora de Comunicaciones y Protocolo

Secretarías de Despacho

Diseño Gráfico y Editorial:

Euler Enrique Nieto Bernal

Casa de Boyacá

Impresión:

BÚHOS Editores – Tunja

Representantes Sectoriales

Desarrollo humano

Sandra Liliana Barrera Tibavija
Beatriz Elena Niño Orjuela
Ángela Bolívar

Educación

Amanda Flórez
Mireya Mojica S

Salud

Lely Stella Guzmán
Ruth Jael Robles
Patricia Avello
Adrian Franco Riaño
Nancy Chaparro P
Bertha González
Holwann Álvarez Lizarazo
Victor Leguizamón

INDEPORTES

Eliana Torres

Despacho Gestora Social

Julián Alonso Rodríguez Barón

Fomento Agropecuario

Claudia Boada G
Aracely Ruiz Sánchez

Oficina Comunicaciones

Juan Diego Rodríguez

Cultura

María Clemencia Caro López

Infraestructura Pública

Antonio Naizaque
Laura Pinilla P
Miguel Camacho
Laureano Vargas Arias
Luis Fernando Piñeros
Carlos Alfredo Alfaro
Mauricio Rueda

Planeación

Amparo Camacho Cárdenas
Doris Amalia Alba Sánchez
Liz Adriana Mozo

Hacienda

Rafael Gustavo Espejo
Raúl Tarazona

I.C.B.F

Amira Soracá
Fernando Velásquez

Casa del Menor

Fabiola Victoria Higuera de Sáenz

Minas y Energía

Yaneth Vanegas

Consultoría y Asistencia Técnica Fundación Santa Fé – UNICEF

Dra. Juana Marcela Carrillo
Dr. Miguel Silva

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	23
ALCANCE	25
CAPITULO 1.....	26
INFORMACIÓN DE CONTEXTO E INSTITUCIONAL.....	26
1.1 CONTEXTO TERRITORIAL	26
CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DEPARTAMENTO	26
Clima	26
Vías de comunicación	26
DINÁMICA DEMOGRÁFICA	27
Tamaño.....	27
Crecimiento	31
Estructura	33
Niñez, Infancia, Adolescencia y Juventud en Boyacá.....	35
Distribución.....	36
Movilidad.....	37
DINÁMICA SOCIAL	37
Necesidades Básicas Insatisfechas	37
Pobreza e Indigencia en el Departamento	38
DINÁMICA ECONÓMICA	39
Actividad económica.....	39
Turismo	40
Tasa de Ocupación, Desempleo y subempleo.....	40
DINÁMICA AMBIENTAL	42
Cobertura de agua, saneamiento básico, agua potable	42
Diagnóstico del departamento en materia de servicios públicos.....	43
Calidad del agua.....	45
ESTADO CONYUGAL DE LOS ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO	46

JEFATURA DEL HOGAR Y FAMILIA.....	47
GASTO PÚBLICO SOCIAL	52
Indicadores de Referencia	52
Prioridad fiscal del Gasto Público Social (GPS) Inicial Vs Definitivo	53
Ilustración 10. Prioridad Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010	54
Ilustración 11. Prioridad Fiscal Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010	54
Prioridad fiscal del Gasto Público Social (GPS) Ejecutado	55
Prioridad macroeconómica del Gasto Público Social del Departamento (GPS).....	57
Ilustración 14. Prioridad Macroeconómica Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010	57
Gasto Público Social Per - cápita	58
Ilustración 15. Gasto Público Social Per Cápita Departamento de Boyacá 2005-2010	58
Indicadores por ciclo vital.....	59
Prioridad del Gasto Público social en Primera Infancia, Infancia y Adolescencia	60
Indicadores Sectoriales	62
Gasto público social –GPS- en salud.....	62
Participación del Gasto en Educación para la primera Infancia, Infancia y Adolescencia en GPS	69
Participación del gasto en vivienda en el gasto público social.	70
Participación del gasto en agua potable en el gasto público social.....	71
Participación del gasto en saneamiento ambiental en el gasto público social.....	72
Participación del gasto en recreación y deporte en el gasto público social.....	73
Participación del gasto en cultura en el gasto público social.	74
1.2.1 PRIMERA INFANCIA.....	76
CATEGORÍA: EXISTENCIA	76
Objetivo de política. Todos Vivos.	77
Mortalidad materna	77
Mortalidad Infantil	83

Mortalidad en la niñez	87
Objetivo de política. Ninguno desnutrido	92
Mujeres gestantes con anemia nutricional	93
Niños, niñas con bajo peso al nacer	93
Lactancia Materna.....	94
Nutrición en niños y niñas menores de 5 años.....	97
Desnutrición aguda, crónica y global en niños y niñas menores 5 años.	97
Objetivo de política. Todos saludables	103
Coberturas de vacunación.....	105
BCG, polio, el DPT, Hepatitis B, triple viral en niños y niñas menores de 1 año.....	105
Cobertura administrativa B.C.G. en menores de 1 año	107
Cobertura administrativa V.O.P en menores de 1 año	108
Cobertura administrativa Triple viral (T .V) y Fiebre amarilla (FA), en niños y niñas de 1 año.....	109
Cobertura grupos prioritarios intervención antiinfluenza (H1N1).....	110
Cobertura de inmunización contra el Rotavirus, neumococo e influenza en niños y niñas menores de 1 año	111
Cobertura de Sarampión y Rubeola.....	113
Comportamiento en VIH – SIDA Materno Infantil	115
Sífilis.....	119
Morbilidad por EDA (menores de 5 años), Morbilidad por ERA (menores de 5 años)	122
CATEGORÍA: DESARROLLO.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo de política: Ninguno sin educación	¡Error! Marcador no definido.
Educación inicial.....	¡Error! Marcador no definido.
CATEGORÍA: CIUDADANÍA	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo de política. Ninguno sin registro.....	¡Error! Marcador no definido.
INFANCIA	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 INFANCIA	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo de política: Ninguno desnutrido.....	¡Error! Marcador no definido.

Desnutrición aguda, crónica y global en escolares. ¡Error! Marcador no definido.

CATEGORÍA: DESARROLLO..... ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política. Ninguno sin educación..... ¡Error! Marcador no definido.

Cobertura escolar educación básica primaria. ¡Error! Marcador no definido.

Deserción Escolar ¡Error! Marcador no definido.

Desempeño pruebas saber – 5 grado. ¡Error! Marcador no definido.

1.2.3 ADOLESCENCIA..... ¡Error! Marcador no definido.

DERECHO DE EXISTENCIA ¡Error! Marcador no definido.

Embarazos en mujeres adolescentes..... ¡Error! Marcador no definido.

DERECHO AL DESARROLLO..... ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política: Ninguno sin Educación..... ¡Error! Marcador no definido.

Educación básica secundaria..... ¡Error! Marcador no definido.

Cobertura escolar para educación media ¡Error! Marcador no definido.

Deserción Escolar ¡Error! Marcador no definido.

Repitencia Escolar. ¡Error! Marcador no definido.

Desempeño pruebas saber ¡Error! Marcador no definido.

Desempeño pruebas del ICFES ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política. Adolescentes acusados de violar la ley penal con su debido proceso ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 56... Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Adolescentes acusados de violar la ley penal con su debido proceso ¡Error! Marcador no definido.

Adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal ... ¡Error! Marcador no definido.

Tabla 57. Número de adolescentes entre 14 y 17 años que han sido detenidos y vinculados a procesos judiciales en el Departamento de Boyacá. ¡Error! Marcador no definido.

Adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley penal reincidentes ¡Error! Marcador no definido.

Adolescentes entre 14 y 17 años privados de la libertad procesados conforme a la Ley. ¡Error! Marcador no definido.

1.2.4 JUVENTUD ¡Error! Marcador no definido.

DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN JOVEN DE BOYACÁ ¡Error! Marcador no definido.

Afiliación al sistema de seguridad social ¡Error! Marcador no definido.

Morbilidad en jóvenes..... **¡Error! Marcador no definido.**

Causas de muerte en jóvenes

Salud Sexual y Reproductiva

DERECHO AL DESARROLLO ¡Error! Marcador no definido.

Educación superior

DERECHOS A LA PARTICIPACIÓN ¡Error! Marcador no definido.

DERECHO A LA EXISTENCIA..... ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de Política: Todos vivos..... **¡Error! Marcador no definido.**

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

Objetivo de política. Ninguno sin familia..... **¡Error! Marcador no definido.**

Adopción en niños, niñas y adolescentes

Número estimado de personas menores de 18años en situación de calle¡Error! Marcador no definido.

DERECHO AL DESARROLLO..... ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política. Todos jugando..... **¡Error! Marcador no definido.**

Objetivo de política. Todos jugando..... **¡Error! Marcador no definido.**

Programas de recreación y deporte

Escuelas de formación deportiva..... **¡Error! Marcador no definido.**

Festivales Escolares..... **¡Error! Marcador no definido.**

Programas Artísticos Lúdicos y Culturales

Objetivo de política. Todos participando en espacios sociales.. **¡Error! Marcador no definido.**

Gobiernos escolares operando..... **¡Error! Marcador no definido.**

Consejos de Política Social (departamental y municipales) en los que participan niños, niñas y adolescentes

DERECHO A LA PROTECCIÓN ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política. Ninguno maltratado, abusado o víctima del conflicto interno generado por grupos al margen de la ley..... **¡Error! Marcador no definido.**

Denuncias correspondientes a problemas de violencia, maltrato o negligencia hacia la salud física y mental, el desarrollo y el bienestar en personas entre 0 y 17 años..... ¡Error!

Marcador no definido.

Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes ¡Error! Marcador no definido.

Denuncia por abuso sexual en niños, niñas y adolescentes menores de 18 años ¡Error!

Marcador no definido.

Informes Periciales Sexológicos en Menores de 18 Años en Boyacá¡Error! Marcador no definido.

Tasa de informes periciales sexológicos en menores de 18 años.¡Error! Marcador no definido.

Víctimas de minas antipersona y municiones sin explotar. ¡Error! Marcador no definido.

Niños, niñas y adolescentes desplazados por la violencia..... ¡Error! Marcador no definido.

Objetivo de política. Ninguno en actividad perjudicial. ¡Error! Marcador no definido.

Trabajo infantil ¡Error! Marcador no definido.

Niños, niñas y Adolescentes entre 5 y 17 años de edad que participan en una actividad remunerada o no. ¡Error! Marcador no definido.

Niños, niñas y adolescentes que trabajan 15 o más horas en oficios del hogar. ¡Error! Marcador no definido.

La Estrategia Departamental de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil, Protección al Joven Trabajador “Niños a la Escuela, Padres al Trabajo” se considera una estrategia Departamental exitosa.....¡Error! Marcador no definido.

Niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años explotados sexualmente¡Error! Marcador no definido.

Fase 1: Estabilización Clínica ¡Error! Marcador no definido.

Fase 2: Recuperación nutricional clínica ¡Error! Marcador no definido.

Fase 3: Seguimiento Ambulatorio ¡Error! Marcador no definido.

Los retos de la familia, la sociedad y el estado en la construcción del nuevo ciudadano boyacense.....¡Error! Marcador no definido.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de Población por municipios del departamento de Boyacá.

Tabla 2. Comparativo de tasas brutas de natalidad y Mortalidad del Departamento de Boyacá y Nacional. 2005 – 2010.

Tabla 3. Estructura Poblacional por edades quinquenales.

Tabla 4. Población correspondiente a Infancia, adolescencia y juventud en el Departamento de Boyacá. 2005 – 2010.

Tabla 5. Estructura migratoria de Boyacá.

Tabla 6. Porcentaje de personas con NBI 1.993 - 2.005

Tabla 7. Incidencia de pobreza en Boyacá 2002 – 2009

Tabla 8. Posición de Boyacá entre los departamentos con mayor línea de pobreza.

Tabla 9. Coberturas de acueducto y alcantarillado en el Departamento de Boyacá.

Tabla 10. Propósitos del Plan Departamental de Agua en Boyacá.

Tabla 11. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores de Referencia

Tabla 12. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores por ciclo vital

Tabla 13. Prioridad Gasto Público Social Infancia y Adolescencia Departamento de Boyacá 2005-2010

Tabla 14. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores Sectoriales

Tabla 15. Gasto público social en el Departamento de Boyacá por ciclo vital sector. 2005 - 2010

Tabla 16. Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Vivos.

Tabla 17. Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011

Tabla 18. Muertes maternas por municipio. Departamento de Boyacá, año 2010

Tabla 19. Resumen de las principales causa de defunciones maternas, Boyacá. 2005-2008 (grupos de causas de defunción -lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS).

Tabla 20. Mortalidad Infantil en Boyacá. Distribución por municipios, año 2009

Tabla 21. Distribución de mortalidad infantil y en la niñez por provincias. Departamento de Boyacá, año 2008.

Tabla 22. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Distribución por municipios, año 2009

Tabla 23. Causas de defunción en niños y niñas menores de 5 años. Departamento de Boyacá, año 2008

Tabla 24. Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Desnutrido.

Tabla 25. Consolidado de la situación de lactancia materna en Boyacá y Colombia. 1997 - 2005

Tabla 26. Situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años. Departamento de Boyacá, años 2009

Tabla 27. Comportamiento por tipo de desnutrición y municipio. Boyacá, año 2009.

Tabla 28. Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Saludables.

Tabla 29. Diferencias poblacionales según DANE / SISBEN vs Población cubierta por el PAI, Boyacá, 2000 – 2009

Tabla 30. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con BCG menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

Tabla 31. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

Tabla 32. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

Tabla 33. Coberturas de inmunización contra el rotavirus, neumococo e influenza estacional en niños y niñas menores de 1 año en el Departamento de Boyacá. 2005 - 2010

Tabla 34. Casos de VIH/SIDA por municipio de procedencia. Boyacá, año 2010

Tabla 35. Proyecto reducción de la transmisión madre-hijo- VIH, Boyacá 2004 a 2010.

Tabla 36. Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.

Tabla 37. Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos por municipio. Departamento de Boyacá, año 2010

Tabla 38. Indicadores trazadores objetivo de política. Ninguno sin Educación

Tabla 39. Atención por edad y género Primera Infancia

Tabla 40. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno sin registro

Tabla 41. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Desnutrido.

Tabla 42. Indicadores trazadores objetivo de política. Ninguno sin Educación

Tabla 43. Cálculo población edad de siete años.

Tabla 44. Deserción Inter-Anual Escolar En Básica Primaria En 120 Municipios No Certificados De Boyacá

Tabla 45. Repitencia Nivel básica primaria 120 municipios del Departamento de Boyacá.

Tabla 46. Repitencia Nivel básica primaria 120 municipios

Tabla 47. Indicadores trazadores objetivo de política Todos Saludables.

Tabla 48. Distribución demográfica de mujeres en edad reproductiva, gestantes y recién nacidos Departamento de Boyacá año 2008

Tabla 49. Total nacidos vivos por grupo de edad de la madre, Boyacá, 2005 a 2009

Tabla 50. Indicadores trazadores objetivo de política. Ninguno sin Educación

Tabla 51. Deserción Inter-Anual Escolar en Básica Secundaria en 120 Municipios no Certificados de Boyacá

Tabla 52. Deserción Inter-Anual Escolar en Educación Media en 120 Municipios no Certificados de Boyacá

Tabla 53. Repitencia Nivel Básica Secundaria y Media 120 Municipios no certificados de Boyacá

Tabla 54. Resultados pruebas saber grado noveno

Tabla 55. Resultados pruebas saber ICFES grado once

Tabla 56. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Adolescentes acusados de violar la ley penal con su debido proceso

Tabla 57. Número de adolescentes entre 14 y 17 años que han sido detenidos y vinculados a procesos judiciales en el Departamento de Boyacá.

Tabla 58. Los delitos judicializados en orden de mayor a menor en el Distrito Judicial de Tunja y Santa Rosa de Viterbo.

Tabla 59. Adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal que fueron reincidentes en el departamento de Boyacá.

Tabla 60. Delitos cometidos por adolescentes reincidentes en Boyacá.

Tabla 61. Adolescentes entre 14 y 17 años privados de la libertad procesados conforme a la Ley en el Departamento de Boyacá.

Tabla 62. Matrícula total Educación Superior

Tabla 63. Número de Graduados del Grado 11º que ingresan al primer curso de Pregrado, en Boyacá (2002-2008)

Tabla 64. Apoyo y asesoría en conformación de organizaciones juveniles y gestión de proyectos. Departamento de Boyacá.

Tabla 65. Comportamiento Anual. Tasa de muerte por causa externa en población de 0-17 años. Boyacá. 2005 – 2009

Tabla 66. Total de casos según Tipo de muerte por causa externa en población de. 0 - 17 años. Boyacá 2005 – 2009.

Tabla 67. Muerte Por Causas Externas - Análisis por Provincias

Tabla 68. Indicadores trazadores objetivo de política. Ninguno sin Familia.

Tabla 69. Niños, niñas y adolescentes declarados en adoptabilidad en el Departamento de Boyacá.

Tabla 70. Niños, niñas y adolescentes declarados en adoptabilidad en el Departamento de Boyacá.

Tabla 71. Niños y niñas en Adoptabilidad, sobre el total de niños y niñas reportados al Comité de Adopciones (p)

Tabla 72. Población habitante de calle menor de 18 años de edad en los años 2005 – 2010 (p)

Tabla 73. Población Habitante de Calle por municipio 2005 – 2010 (p)

Tabla 74. Indicadores trazadores objetivo de política. Todos jugando.

Tabla 75. Participación de la infancia (6 a 11 años) en los programas de indeportes Boyacá

Tabla 76. Avance Plan de Desarrollo

Tabla 77. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Participando en espacios Sociales.

Tabla 78. Porcentaje de niños, Niñas y Adolescentes participando en Consejos municipales de política Social

Tabla 79. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno maltratado, abusado o víctima del conflicto interno generado por grupos al margen de la ley.

Tabla 80. Proporción de casos de maltrato infantil. Comparativo Nacional – Boyacá.

Tabla 81. Distribución por sexo de denuncias recibidas por años en niños, niñas y adolescentes en el Departamento de Boyacá

Tabla 82. Tasa de informes periciales sexológicos por ciclo vital en Boyacá

Tabla 83. Niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años víctimas de minas antipersonal y municiones sin explotar

Tabla 84. Dinámica de recepción de desplazamiento forzado Departamento de Boyacá.

Tabla 85. Dinámica de expulsión de desplazamiento forzado Departamento de Boyacá.

Tabla 86. Porcentaje de Personas Menores de 18 años Desplazados por la Violencia-Dinámica Recepción

Tabla 87. Porcentaje de personas menores de 18 años desplazados por la violencia - dinámica expulsión, ajustar título de la tabla

Tabla 88. Temas e indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno en actividad perjudicial.

Tabla 89. Comparativo en niños, niñas y adolescentes trabajadores identificados en los procesos de intervención en el Departamento de Boyacá

Tabla 90. Distribución de niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años trabajadora por ciclo vital en el Departamento de Boyacá

Tabla 91. Niños, niñas y adolescentes trabajadores y el total de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en cada uno de los municipios del Departamento de Boyacá.

Tabla 92. Distribución de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de los municipios seleccionados para el año 2008

Tabla 93. Distribución de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de los municipios seleccionados para el año 2009.

Tabla 94. Distribución de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años de los municipios seleccionados para el año 2010.

Tabla 95. Intervención de niños, niñas y adolescentes trabajadores en la labor doméstica en el Departamento de Boyacá

Tabla 96. Consolidado de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas del delito contra la formación, libertad e integridad sexual 2008-2011

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Población Total del Departamento de Boyacá

Ilustración 2. Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Departamento de Boyacá.

Ilustración 3. Proporción y Número de Hombres y Mujeres de el Departamento de Boyacá

Ilustración 4. Número y Porcentaje de población en el Departamento de Boyacá entre los 0 - 17 años. 2005 – 2010

Ilustración 5. Porcentaje y Número de las personas que residen en la Zona Urbana y Rural del Departamento

Ilustración 6. Tasas de ocupación, tasa de desempleo y de subempleo en Boyacá.

Ilustración 7. Estado Conyugal adolescentes en Boyacá.

Ilustración 8. Ranking porcentaje primera infancia, infancia y adolescencia que permanece en hogares con jefatura diferente a la de los padres.

Ilustración 9. Ranking de jefatura del hogar ejercida por los adolescentes en el Departamento de Boyacá.

Ilustración 10. Prioridad Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 11. Prioridad Fiscal Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 12. Prioridad Ejecución Inversión Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 13. Prioridad Ejecución Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010 47

Ilustración 14. Prioridad Macroeconómica Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 15. Gasto Público Social Per Cápita Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 16. Inversión Per cápita de los principales departamentos de Colombia y Promedio Nacional de Inversión Periodo 2005 – 2009

Ilustración 17. Participación del GPS en Primera Infancia, Infancia, adolescencia y Juventud

Ilustración 18. Participación Infancia y Adolescencia en el Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 19. Participación de Infancia, adolescencia y Juventud en el Gasto Público Social en Salud Departamento de Boyacá 2005 - 2010

Ilustración 20. Participación de la Primera Infancia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010.

Ilustración 21. Participación de la Infancia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 22. Participación de la Adolescencia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 23. Participación de la Juventud en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010

Ilustración 24. Aseguramiento en salud de niños, niñas y adolescentes al Régimen subsidiado. Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.

Ilustración 25. Número de niños, niñas y adolescentes sin afiliación al Sistema de Salud (Población Pobre No Asegurada). Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.

Ilustración 26. Cobertura de Aseguramiento en Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes. Departamento de Boyacá, año 2010

Ilustración 27. Inversión Sectorial en Salud para Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes, Boyacá años 2005 - 2010

Ilustración 28. Participación de Gasto público Social en Educación. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 29. Participación de Gasto público Social en Vivienda. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 30. Participación de Gasto público Social en Agua Potable y Saneamiento Básico. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 31. Participación de Gasto público Social en Saneamiento Ambiental. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 32. Participación de Gasto público Social en recreación y deporte. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 33. Participación de Gasto público Social en Cultura. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

Ilustración 34. Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011.

Ilustración 35. Tendencia Tasa de mortalidad Infantil. Boyacá, años 2005-2009

Ilustración 36. Comparativo Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años. Departamento de Boyacá. 2005-2010

Ilustración 37. Tendencia Tasa de mortalidad en la Niñez. Boyacá. 2005-2010.

Ilustración 38. Recién Nacidos con bajo peso al nacer. Departamento de Boyacá. Años 2005 -2008

Ilustración 39. Porcentaje de lactancia materna por mes. Departamento de Boyacá. Año 2009.

Ilustración 40. Prevalencia por tipo de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Boyacá. 2005

Ilustración 41. Prevalencia de desnutrición crónica y global en menores de 5 años – Colombia y Boyacá- ENSIN 2005 y 2010

Ilustración 42. Histórico Coberturas Administrativas de Vacunación, Boyacá 2005 – 2010

Ilustración 43. Tendencias poblacionales según DANE / SISBEN vs población realmente cubierta por el programa ampliado de inmunizaciones – PAI / Boyacá 2000 – 2009

Ilustración 44. Cobertura Administrativa T.V. y F.A., en niños y niñas, Boyacá 2010

Ilustración 45. Cobertura de Vacunación con Anti influenza H1N1, Grupos prioritarios Boyacá, 2010.

Ilustración 46. Cobertura de Vacunación niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.

Ilustración 47. Cobertura estimada de de Vacunación con encuesta niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.

Ilustración 48. Porcentaje de gestantes que asistentes a control prenatal con prueba de VIH, Boyacá 2005 a 2010.

Ilustración 49. Procedencia de casos VIH por provincia, Boyacá 1989 a 2010.

Ilustración 50. Tendencia de las tasas de incidencia por VIH/SIDA por 100.000 habitantes, Boyacá 1989 a 2009.

Ilustración 51. Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.

Ilustración 52. Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Municipios de Boyacá 2005 a 2010.

Ilustración 53. Morbilidad por IRA y EDA en niños y niñas menores de 5 años, Boyacá, 2005 -2010

Ilustración 54. Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009

Ilustración 55. Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009

Ilustración 56. Proporción de registros según lugar de nacimiento Boyacá. 2005 -2008.

Ilustración 57. Porcentaje estado Nutricional según Indicador Talla-Edad (T/E). Niños, niñas y adolescentes evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.

Ilustración 58. Análisis del Indicador Talla Edad según grupos de edad en niños, niñas y adolescentes en el Departamento de Boyacá. Año 2010.

Ilustración 59. Estado Nutricional según Indicador Índice de Masa Corporal (IMCZ). Niños, niñas y adolescentes evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.

Ilustración 60. Estado Nutricional según Indicador Peso para la Edad. Niños y niñas de 5 a 9 años evaluados Programa PAPA. Noviembre de 2010.

Ilustración 61. Tasa Neta de cobertura escolar educación básica primaria Departamento de Boyacá.

Ilustración 62. Tasa Neta de cobertura escolar educación básica secundaria Departamento de Boyacá.

Ilustración 63. Tasa Neta de cobertura escolar educación básica secundaria Departamento de Boyacá

Ilustración 64. Población de Boyacá entre 14 y 26 años por Municipios, Censo 2005.

Ilustración 65. Distribución de la población de Boyacá por Provincias y Rango de Edades, Censo 2005.

Ilustración 66. Distribución Poblacional por sector, año 2005.

Ilustración 67. Afiliación al régimen contributivo y subsidiado de salud, por Provincias, año 2009.

Ilustración 68. Causas de Morbilidad en jóvenes por Edades

Ilustración 69. Causas de muerte jóvenes en Boyacá, año 2008

Ilustración 70. Matrícula en Boyacá por Origen (2002-2009)

Ilustración 71. Consejos municipales de Juventud 2008

Ilustración 72. Conformación Consejos de Juventud municipales 2010

Ilustración 73. Jóvenes inscritos para votar en la elección de consejeros de juventud, año 2009

Ilustración 74. Casos de Muerte por causas externas en población 0 a 17 años en los años 2005 - 2009

Ilustración 75. MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS - ANALISIS POR PROVINCIA

Ilustración 76. Muerte por causas externas - análisis por provincia 2009

Ilustración 77. Sustancias Utilizadas en los Intentos de Suicidio Población. 0 - 18 años. Boyacá. 2008 – 2009.

Ilustración 80. Población habitante de Calle en los años 2005 - 2010 (p)

Ilustración 81. De escuelas de formación deportiva legalmente constituidas

Ilustración 82. Porcentaje de Consejos de Política Social con participación de niños, niñas y adolescentes.

Ilustración 83. Proporción casos de maltrato infantil en casos de violencia intrafamiliar Boyacá Nacional 2005 - 2009

Ilustración 84. Tasa de Maltrato infantil por 100.000 menores de 0 a 17 años 2005 - 2009

Ilustración 85. Informe Cualitativo del Diagnóstico de Atención a niños, las niñas y los adolescentes Víctimas del Delito Contra la Formación, Libertad E Integridad Sexual 2008-2011

Ilustración 86. Distribución poblacional de denuncias recibidas por años en niños, niñas y adolescentes en el Departamento de Boyacá

Ilustración 87. Distribución de Niños, niñas y adolescentes atendidos en Caivas según el tipo de delito.

Ilustración 88. Número de casos de Informes periciales sexológicos en menores de 18 años por rangos de edad en el Departamento de Boyacá.

Ilustración 89. Número de casos de Informes periciales sexológicos en menores de 18 años por rangos de edad en el Departamento de Boyacá

Ilustración 90. Tasa de informes periciales sexológicos en menores de 18 años – Boyacá

Ilustración 91. Informe cuantitativo del diagnóstico de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas del delito contra la formación, libertad e integridad sexual 2008-2011

Ilustración 92. La distribución poblacional por sexo de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas del delito contra la formación, libertad e integridad sexual 2008-2011

Ilustración 93. La distribución poblacional por rangos de edad de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas del delito contra la formación, libertad e integridad sexual 2008-2011

Ilustración 94. Distribución de niños, niñas y adolescentes atendidos en Caivas según tipo de delito

Ilustración 95. Análisis gasto público social por fuentes de financiación Boyacá 2005-2010

INTRODUCCIÓN

Boyacá tierra de niños, niñas y adolescentes. El compromiso con la infancia, adolescencia y juventud fue asumido por el señor Gobernador, José Rozo Millán a través del Plan de Desarrollo Departamental, en el que cada uno de los capítulos que lo componen da cuenta de las categorías establecidas de los derechos de niños, niñas y adolescentes: Existencia, Desarrollo, Ciudadanía y Protección, ya que invertir en la niñez es invertir en el futuro.

Entre muchas de las actividades que se han realizado para visibilizar los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Departamento cabe destacar: La participación activa del señor Gobernador en las Cumbres de Gobernadores y Gobernadora por la infancia, la adolescencia y la juventud convocados por la Procuraduría General de la Nación y UNICEF; definición de acciones contra el trabajo infantil, que le permitió al Departamento obtener la mención por la lucha en la erradicación del trabajo infantil; la formulación de políticas públicas con una visión holística del ciudadano boyacense y una formulación de políticas públicas participativas como es el caso de la política pública de infancia, adolescencia y juventud que se encuentra en proceso de construcción.

Además del interés del Gobierno Departamental y dando cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente, específicamente en la Constitución Política de Colombia, el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006) y la Estrategia Hechos y Derechos, se presenta el Informe de gestión sobre el cumplimiento de la garantía de los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el Departamento de Boyacá.

Este informe comprende el análisis de información desde el año 2005, haciendo énfasis en los años 2008 y 2010. Presenta los avances que las entidades han alcanzado en el cumplimiento de las estrategias definidas en el plan de desarrollo y en los planes y proyectos sectoriales.

El documento se encuentra conformado por cuatro capítulos; el primero contiene, información de contexto e institucional, se encuentra dividido en cuatro secciones: Contexto territorial (contiene la dinámica demográfica básica, las dinámicas: social, económica y ambiental del departamento y el municipio), análisis de los derechos por ciclo de vida (primera infancia, infancia, adolescencia y juventud), arquitectura institucional territorial para infancia, adolescencia y juventud y buenas prácticas.

El capítulo dos presenta la información y el análisis de interés a la ciudadanía adulta y niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

El tercer capítulo, la evaluación prospectiva sobre el proceso de gestión para la garantía de derechos de infancia, adolescencia y juventud. El cuarto capítulo, evaluación del proceso.

El documento que se presenta hoy, constituye uno de muchos esfuerzos realizados por las administraciones anteriores y especialmente la administración del Dr. José Rozo Millán para visibilizar los avances que ha realizado el Departamento en torno a la garantía de derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como evidenciar las necesidades y dificultades que persisten a pesar de las estrategias planteadas.

De forma que no sólo constituye un elemento que dé cuentas a la comunidad de la gestión realizada en torno al tema, sino que permite que familia, sociedad y Estado como garantes de derechos de esta población, logremos aunar esfuerzos para lograr que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Departamento logren su pleno desarrollo.

Cabe resaltar que la administración departamental ha realizado grandes esfuerzos para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y dar cumplimiento a lo consignado en la Plan de Desarrollo 2008-2011 “Para seguir creciendo”, lo cual se ha materializado en inversiones; sin embargo, situaciones de orden coyuntural como la ola invernal que afectó al departamento en el año 2010 y que se ha intensificado en 2011, han obligado a priorizar la inversión en estas comunidades que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Cabe resaltar que se han visto afectadas 15.503 familias, de 93 municipios, es decir en el 76% del Departamento se está enfrentando a una crítica situación que ha generado daños significativos en 12 acueductos, 14 alcantarillados, 166 sedes educativas, en materia de viviendas: con averías 6451 y para reubicar 4.441, destacando casos críticos como el sucedido en el Municipio de Jericó, en donde desaparecieron completamente tres veredas.

En materia de infraestructura vial se han visto afectadas 212 vías que han generado problemas de comunicación, impidiendo el desplazamiento de los productos hacia los centros de acopio, o el acceso de los niños, niñas y adolescentes a los centros educativos. Se han perdido 50.000 hectáreas de cultivos, sumiendo a la población en una situación de crisis económica y social.

En respuesta a la crítica situación se han priorizado 2159 soluciones de vivienda para los municipios de Jericó, Moniquirá, Otanche, Paipa, Puerto Boyacá, Tunja y Duitama, sin dejar de lado el municipio de Socotá.

Debido a lo anterior, posiblemente, algunos de los indicadores contemplados en el plan de desarrollo tales como: cobertura en agua potable y saneamiento básico, índice de calidad de agua, entre otros sufrirán un impacto negativo, retrasando las metas de cumplimiento.

Si bien a través de los Comités Locales para la Atención y Prevención de Desastres – CLOPAD- y el Comité Regional para la Atención y Prevención de Desastres – CREPAD - , Colombia Humanitaria y el Ministerio de Vivienda, Educación, Obras Públicas y Transportes, entre otras entidades que tienen como responsabilidad ofrecer una respuesta urgente ante la situación, se han desarrollado acciones que involucran, entre otros proyectos de vivienda que de manera inmediata está atendiendo el Ministerio de Vivienda para la construcción de 2159 soluciones de vivienda.

ALCANCE

Este informe de rendición pública de cuentas sobre la garantía de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del departamento de Boyacá ha sido elaborado, a partir de la información generada a través de fuentes oficiales Nacionales (DANE, Ministerio de la Protección Social, encuestas realizadas por Profamilia, Acción Social, Ministerio de Educación, entre otros), fuentes departamentales (SICAPS, información generada por las diferentes secretarías y municipios).

La Información relacionada con los municipios ha sido solicitada a ellos directamente, sin embargo, un porcentaje importante no reporta la información a nivel departamental, por lo que se aclara que la información presentada analiza la información reportada oportunamente.

El denominador poblacional utilizado para el cálculo de los indicadores, corresponde al censo 2005 y las proyecciones de población de derivadas de esta fuente. Tal como lo establece la Estrategia Hechos y Derechos, la tendencia para algunos indicadores, se realizó a partir del 2005 al 2010, de acuerdo a la disponibilidad de la información.

La información analizada se realizó a partir de los indicadores sociales y financieros propuestos por la estrategia Hechos y Derechos, los objetivos planteados en el plan de desarrollo **“Para seguir creciendo”**, la percepción de la sociedad civil adulta, niños, niñas, adolescentes y jóvenes y análisis de las quejas, peticiones o acciones emprendidas por la comunidad, relacionadas con el tema.

La mayor limitante en la realización del informe es la dificultad en la consecución y organización de los datos, por la carencia de un sistema de información confiable, lo que se constituye en una oportunidad de mejoramiento para el Departamento.

CAPÍTULO 1.

INFORMACIÓN DE CONTEXTO E INSTITUCIONAL

1.1 CONTEXTO TERRITORIAL

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DEPARTAMENTO

El Departamento de Boyacá está situado en el centro del país, en la cordillera oriental de los Andes; cuenta con una superficie de 23.189 km² lo que representa el 2.03 % del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos de Santander y Norte de Santander, por el Este con los departamentos de Arauca y Casanare, por el Sur con Meta y Cundinamarca, y por el Oeste con Cundinamarca y Antioquia.

Se encuentra dividido en 123 municipios, 13 provincias: Occidente, Ricaurte, Centro, Márquez, Lengupá, Norte, Gutiérrez, Valderrama, La Libertad, Oriente, Neira, Sugamuxi y Tundama.

Clima

En el Departamento de Boyacá se destacan en orden ascendente tres áreas pluviométricas: el altiplano central, de menor pluviosidad, con promedios anuales del orden de 1.000 mm, y las vertientes altas en ambos flancos de la cordillera Central, con promedios anuales inferiores a 2.500 mm; el altiplano central presenta un régimen de lluvias bimodal caracterizado por dos

períodos que se presentan entre abril y junio, y octubre y noviembre; el resto del año se considera como período seco aun cuando se presentan lluvias aisladas. Por lo variado de su relieve se presentan todos los pisos térmicos desde el nivel, en la sierra nevada del Cocuy, hasta el cálido, en el Territorio Vásquez y la vertiente oriental de la cordillera Oriental.

Vías de comunicación

Las principales vías de comunicación del Departamento son: La carretera central del norte en doble calzada desde la capital de la República hasta Sogamoso y la troncal oriental que atraviesan el Departamento de sur a norte y lo comunican con los departamentos de Cundinamarca y Santander.

Todos los municipios se encuentran comunicados por carretera con Tunja (a excepción de Cubará, conectado con Arauca y Santander), cuentan con vías terciarias que comunican la cabecera con las diferentes veredas, quedando, en la actualidad algunas pocas que no cuentan con vías de comunicación.

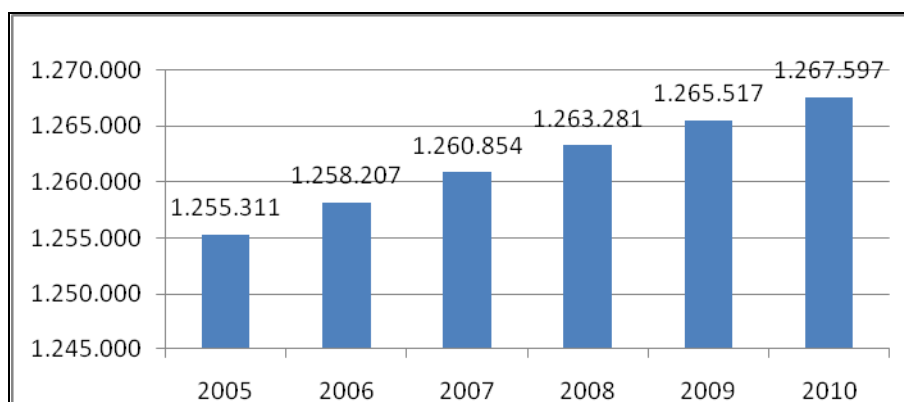
Su principal vía fluvial es el río Magdalena. Los municipios de Sogamoso y Paipa cuentan con aeropuerto.

DINÁMICA DEMOGRÁFICA

Tamaño

En el Censo 2005, el departamento de Boyacá, tenía una población de 1.255-311 habitantes, en 2010 según proyecciones del Departamento Administrativo de Estadística (DANE), tiene una población de 1.267.597 y para el período 2005 a 2010 una tasa de crecimiento lento y sostenido de 0.33. La densidad poblacional en el Departamento de Boyacá es de 54.57 habitantes por kilómetro cuadrado.

Ilustración 1. Población Total del Departamento de Boyacá



Fuente: DANE Proyecciones de población - Estimaciones con base en Censo 2005

La distribución de la población en el Departamento es la que se aprecia a continuación:

Tabla 1. Porcentaje de Población por municipios del departamento de Boyacá.

Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Departamento de Boyacá	1.255.311	1.258.207	1.260.854	1.263.281	1.265.517	1.267.597
Tunja	12,28	12,53	12,79	13,04	13,28	13,52
Almeida	0,18	0,18	0,17	0,17	0,16	0,16
Aquitania	1,32	1,31	1,29	1,28	1,26	1,25
Arcabuco	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41
Belén	0,72	0,70	0,69	0,67	0,66	0,65
Berbeo	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Betéitiva	0,20	0,19	0,19	0,18	0,18	0,18
Boavita	0,70	0,68	0,67	0,65	0,64	0,62
Boyacá	0,40	0,40	0,39	0,39	0,38	0,38
Briceño	0,22	0,22	0,22	0,21	0,21	0,21
Buenavista	0,47	0,47	0,47	0,46	0,46	0,46
Busbanzá	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,08
Caldas	0,32	0,32	0,31	0,31	0,31	0,30
Campohermoso	0,32	0,32	0,32	0,32	0,31	0,31
Cerinza	0,34	0,34	0,33	0,33	0,32	0,32
Chinavita	0,30	0,30	0,29	0,29	0,29	0,29
Chiquinquirá	4,44	4,51	4,58	4,65	4,71	4,78
Chiscas	0,43	0,42	0,41	0,40	0,39	0,38
Chita	0,86	0,85	0,84	0,83	0,81	0,80

Chitaraque	0,53	0,53	0,52	0,51	0,50	0,49
Chivatá	0,40	0,41	0,42	0,43	0,43	0,44
Ciénega	0,42	0,41	0,41	0,40	0,40	0,39
Cómbita	1,03	1,04	1,05	1,06	1,08	1,09
Coper	0,33	0,33	0,33	0,32	0,32	0,31
Corrales	0,20	0,20	0,20	0,19	0,19	0,19
Covarachía	0,26	0,26	0,26	0,25	0,25	0,24
Cubará	0,53	0,53	0,53	0,53	0,53	0,53
Cucaita	0,36	0,36	0,36	0,37	0,37	0,37
Cuítiva	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,15
Chíquiza	0,48	0,48	0,47	0,47	0,46	0,46
Chivor	0,18	0,17	0,17	0,17	0,16	0,16
Duitama	8,56	8,59	8,63	8,66	8,69	8,71
El Cocuy	0,44	0,44	0,44	0,43	0,43	0,43
El Espino	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32
Firavitoba	0,50	0,50	0,49	0,49	0,49	0,48
Floresta	0,39	0,38	0,38	0,38	0,37	0,37
Gachantivá	0,25	0,24	0,24	0,23	0,23	0,23
Gámeza	0,45	0,44	0,44	0,43	0,42	0,42
Garagoa	1,32	1,32	1,32	1,32	1,32	1,32
Guacamayas	0,17	0,17	0,16	0,16	0,15	0,15
Guateque	0,81	0,80	0,80	0,79	0,79	0,78
Guayatá	0,51	0,49	0,48	0,47	0,46	0,45
Güicán de la Sierra	0,63	0,62	0,61	0,60	0,59	0,59
Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Iza	0,17	0,17	0,17	0,17	0,17	0,18
Jenesano	0,59	0,59	0,59	0,59	0,60	0,60
Jericó	0,38	0,37	0,36	0,36	0,35	0,34
Labranzagrande	0,43	0,42	0,42	0,42	0,41	0,41
La Capilla	0,25	0,25	0,24	0,24	0,23	0,23
La Victoria	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
La Uvita	0,29	0,28	0,27	0,26	0,25	0,24
Villa de Leyva	0,96	0,99	1,02	1,05	1,08	1,11
Macanal	0,37	0,37	0,37	0,37	0,37	0,37
Maripí	0,63	0,63	0,62	0,62	0,61	0,61
Miraflores	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77	0,77
Mongua	0,42	0,41	0,41	0,40	0,40	0,39
Monguí	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40	0,40

Moniquirá	1,74	1,73	1,73	1,72	1,72	1,71
Motavita	0,54	0,55	0,56	0,57	0,58	0,58
Muzo	0,82	0,81	0,80	0,78	0,77	0,76
Nobsa	1,21	1,22	1,23	1,23	1,24	1,25
Nuevo Colón	0,48	0,49	0,49	0,49	0,50	0,50
Oicatá	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22
Otanche	0,83	0,83	0,84	0,84	0,84	0,84
Pachavita	0,25	0,24	0,24	0,23	0,23	0,22
Páez	0,27	0,26	0,26	0,26	0,25	0,25
Paipa	2,21	2,23	2,25	2,27	2,29	2,31
Pajarito	0,19	0,19	0,18	0,17	0,17	0,16
Panqueba	0,15	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13
Pauna	0,82	0,83	0,83	0,83	0,83	0,83
Paya	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21	0,21
Paz de Río	0,42	0,41	0,41	0,40	0,40	0,39
Pesca	0,78	0,76	0,75	0,73	0,72	0,70
Pisba	0,12	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11
Puerto Boyacá	4,01	4,05	4,08	4,12	4,15	4,18
Quípama	0,70	0,69	0,69	0,68	0,67	0,66
Ramiriquí	0,86	0,85	0,84	0,84	0,83	0,82
Ráquira	1,00	1,01	1,01	1,02	1,03	1,03
Rondón	0,24	0,24	0,24	0,23	0,23	0,23
Saboyá	1,03	1,03	1,02	1,01	1,01	1,00
Sáchica	0,31	0,31	0,31	0,30	0,30	0,30
Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sáchica	1,40	1,42	1,44	1,45	1,47	1,48
San Eduardo	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
San José de Pare	0,46	0,45	0,45	0,44	0,44	0,43
San Luis de Gaceno	0,51	0,50	0,49	0,47	0,46	0,45
San Mateo	0,38	0,37	0,36	0,35	0,34	0,33
San Miguel de Sema	0,37	0,37	0,36	0,36	0,36	0,36
San Pablo de Borbur	0,87	0,87	0,86	0,86	0,85	0,85
Santana	0,63	0,62	0,62	0,62	0,62	0,61
Santa María	0,37	0,36	0,36	0,35	0,35	0,34
Santa Rosa de Viterbo	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06	1,06
Santa Sofía	0,25	0,24	0,24	0,24	0,23	0,23
Sativanorte	0,22	0,22	0,21	0,21	0,20	0,20
Sativasur	0,11	0,11	0,10	0,10	0,10	0,10

Siachoque	0,71	0,71	0,71	0,71	0,70	0,70
Soatá	0,74	0,72	0,70	0,68	0,67	0,65
Socotá	0,82	0,80	0,78	0,76	0,74	0,72
Socha	0,60	0,60	0,60	0,59	0,59	0,58
Sogamoso	9,33	9,29	9,26	9,22	9,17	9,13
Somondoco	0,35	0,34	0,33	0,33	0,32	0,32
Sora	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
Sotaquirá	0,71	0,70	0,69	0,68	0,67	0,66
Soracá	0,47	0,47	0,46	0,46	0,45	0,44
Susacón	0,29	0,29	0,28	0,28	0,27	0,27
Sutamarchán	0,49	0,48	0,48	0,48	0,48	0,47
Sutatenza	0,36	0,36	0,35	0,35	0,34	0,34
Tasco	0,55	0,55	0,54	0,54	0,53	0,53
Tenza	0,37	0,37	0,36	0,36	0,35	0,35
Tibaná	0,77	0,77	0,76	0,76	0,75	0,75
Tibasosa	1,01	1,02	1,03	1,04	1,05	1,06
Tinjacá	0,23	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24
Tipacoque	0,31	0,30	0,30	0,29	0,28	0,28
Toca	0,84	0,84	0,83	0,83	0,82	0,82
Togüí	0,42	0,41	0,41	0,41	0,40	0,40
Tópaga	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29
Tota	0,45	0,45	0,45	0,44	0,44	0,44
Tununguá	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14
Turmequé	0,60	0,59	0,58	0,57	0,55	0,54
Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tuta	0,72	0,72	0,72	0,73	0,73	0,74
Tutazá	0,18	0,18	0,17	0,17	0,17	0,16
Umbita	0,80	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81
Ventaquemada	1,15	1,16	1,16	1,17	1,17	1,18
Viracachá	0,28	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27
Zetaquirá	0,41	0,41	0,40	0,39	0,39	0,38
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente:DANE Proyecciones de población - Estimaciones con base en Censo 2005

La población se concentra en las provincias de Sugamuxi (Sogamoso, Aquitania, Tibasosa, Nobsa), Centro (Tunja, Cóbbita), Occidente (Chiquinquirá, Saboyá, Puerto Boyacá), Ricaurte (Sáchica, Ráquira, Villa de Leyva, Moniquirá), Neira (Garagoa) y Tundama (Santa Rosa de

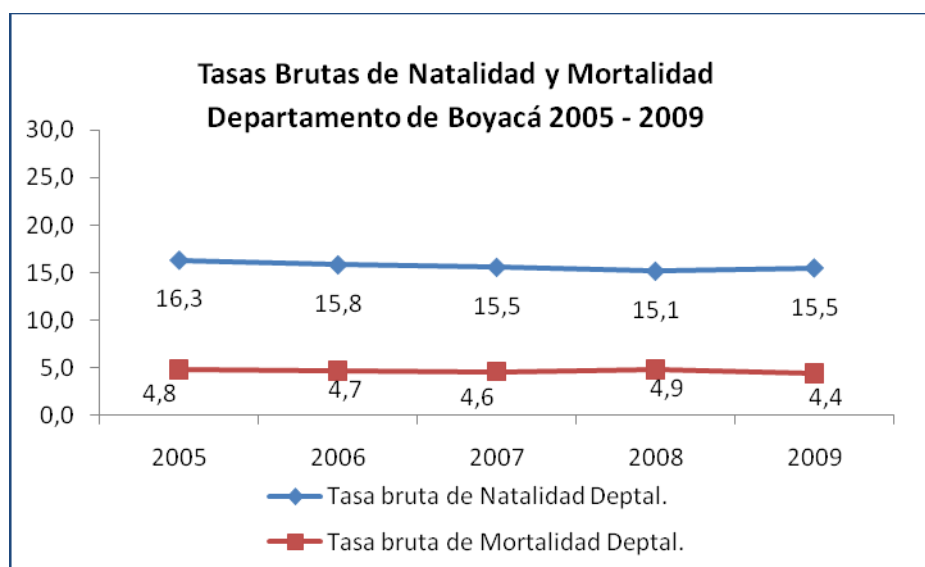
Viterbo, Paipa y Duitama), municipios que representan población superior al 1% del total Departamental y las principales ciudades de Boyacá.

La dinámica de crecimiento poblacional de Tunja, Duitama y Sogamoso trae implícito desarrollos conexos de importancia económica; entre ellos, el aumento y dinamismo en la oferta de servicios comerciales, financieros, de transporte, y de infraestructura para la prestación de servicios públicos y sociales, además que es en estas ciudades donde se concentra la producción industrial y de servicios de Boyacá.

Crecimiento

La tasa de natalidad se define como el número de nacimientos vivos ocurridos durante un año, por cada 1000 habitantes de la población. La tasa de mortalidad se define como el cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período.

Ilustración 2. Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Departamento de Boyacá.



Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2005 - 2009

El Departamento se encuentra en una etapa de transición, con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes, pero con un ritmo desacelerado. Se explica, por cuanto el crecimiento natural es decir la relación entre fallecimientos y nacimientos es mayor. Se dan impactos en la afiliación de la población al sistema de salud, que les permite tener una atención adecuada y oportuna. La mortalidad permanece relativamente estable en el último año alcanza el 4.4 por mil. La tasa de crecimiento vegetativo es positiva.

Tabla 2. Comparativo de tasas brutas de natalidad y Mortalidad del Departamento de Boyacá y Nacional. 2005 – 2010.

	Fecundidad y natalidad					Esperanza de vida al nacer 2005-2010		
	Tasa global de fecundidad 2005-2010 x mujer	Tasa bruta de natalidad 2005-2010 x 1000 habit.	Tasa general de fecundidad x 1000 mujeres 2005-2010	Mujeres en edad fértil de 15-49 años	Nacimientos esperados	Hombres	Mujeres	Total
Boyacá	2,70	19,60	81,20	307.801	24.993	71,53	77,12	74,25
Nación	2,45	19,86	74,60	11.860.262	884.776	70,67	77,51	74,00

Fuente: Estadísticas Vitales DANE

En el Departamento de Boyacá, el número promedio de hijos por mujer es de 2.70, valor que se encuentra por encima del promedio nacional que es de 2.45.

La tasa bruta de natalidad en el departamento es de 19.60 y en la nación es de 19.86. Por cada mil personas se estima este número de nacimientos.

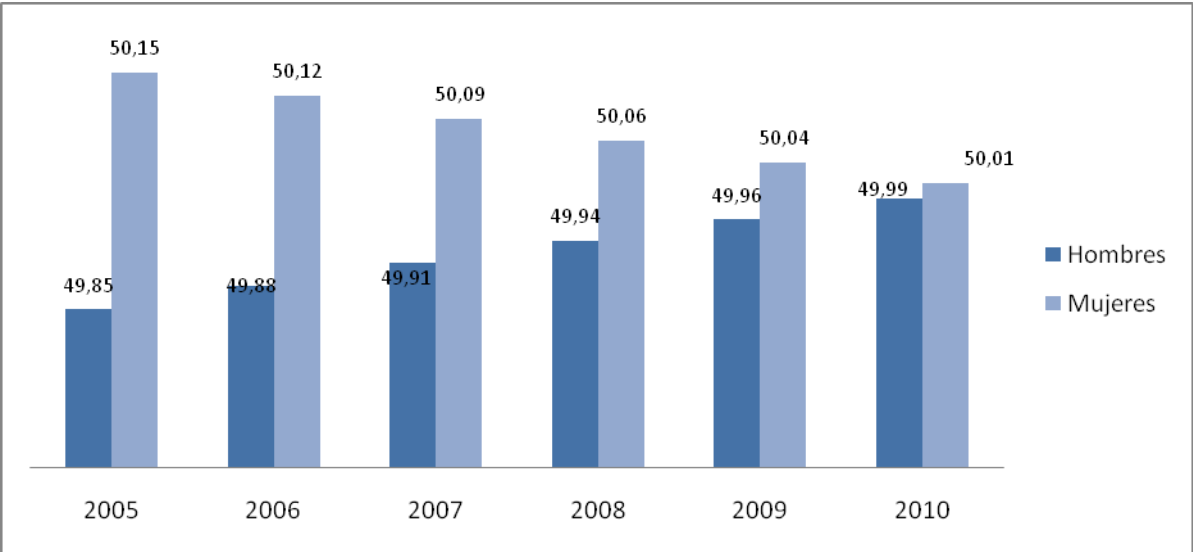
La tasa general de fecundidad es mayor en el Departamento que la nación, se tiene un valor de 81.20 frente a 74.60 del promedio nacional. Se presentan 81.20 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años). Existiendo en Boyacá 307.801 mujeres en estas edades.

La esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres que para los hombres en 5.59 años, con tendencia al aumento, y con un leve porcentaje por encima del nivel nacional.

Estructura

A continuación se presenta la proporción entre hombres y mujeres en el Departamento de Boyacá del año 2005 al año 2010.

Ilustración 3.Proporción y número de hombres y mujeres de el departamento de Boyacá



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Hombres	625.772	627.592	629.277	630.842	632.301	633.673
Mujeres	629.539	630.615	631.577	632.439	633.216	633.924
Total	1.255.311	1.258.207	1.260.854	1.263.281	1.265.517	1.267.597

Fuente: Proyecciones de población Censo Dane 2005-2010

Como resultado de la dinámica demográfica en Boyacá, la estructura de la población en donde la composición por sexo expresa los efectos de los procesos y la transformación social y económica que se dieron en el país y en los ámbitos locales, como efecto de la urbanización en la cual la población, se desplaza a los centros urbanos en búsqueda de mejores condiciones de vida y de acceso a servicios necesarios para garantizar un adecuado desarrollo humano.

Tabla 3. Estructura Poblacional por edades quinquenales.

Rango	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total	625.772	629.539	627.592	630.615	629.277	631.577	630.842	632.439	632.301	633.216	633.673	633.924
0-4	65.979	62.681	64.946	61.651	63.813	60.568	62.642	59.472	61.503	58.411	60.426	57.419
5-9	68.622	65.259	68.416	65.186	67.744	64.556	66.741	63.526	65.576	62.323	64.381	61.130
10-14	68.490	64.450	68.358	64.361	68.116	64.208	67.754	63.952	67.255	63.557	66.592	62.968
15-19	61.060	56.119	60.940	55.368	61.030	55.264	61.267	55.621	61.443	56.003	61.433	56.136
20-24	49.559	48.864	49.983	48.577	50.435	47.862	50.859	46.891	51.294	46.089	51.786	45.759
25-29	44.626	44.207	44.357	43.869	44.059	43.725	43.840	43.720	43.777	43.635	43.891	43.308
30-34	41.862	43.651	41.694	43.232	41.536	42.625	41.375	41.934	41.195	41.311	41.002	40.867
35-39	40.939	42.712	41.068	42.938	40.923	42.947	40.600	42.777	40.244	42.472	39.943	42.051
40-44	36.442	38.428	37.232	39.280	38.032	40.088	38.771	40.802	39.326	41.355	39.633	41.710
45-49	31.951	33.589	32.706	34.436	33.382	35.254	34.015	36.056	34.660	36.846	35.340	37.624
50-54	26.759	28.511	27.541	29.359	28.360	30.196	29.196	31.026	30.002	31.849	30.764	32.676
55-59	22.576	24.068	23.222	24.760	23.781	25.445	24.311	26.132	24.879	26.846	25.521	27.591
60-64	17.928	20.016	18.337	20.356	18.961	20.878	19.716	21.537	20.458	22.227	21.109	22.891
65-69	16.835	18.708	16.661	18.696	16.398	18.568	16.170	18.436	16.124	18.443	16.304	18.634
70-74	13.452	15.145	13.710	15.531	14.059	16.011	14.329	16.416	14.448	16.671	14.442	16.787
75-79	9.897	11.541	9.238	10.985	9.104	10.929	9.377	11.275	9.924	11.907	10.616	12.701
80 Y MÁS	8.795	11.590	9.183	12.030	9.544	12.453	9.879	12.866	10.193	13.271	10.490	13.672

Fuente: Proyecciones de población Censo Dane 2005-2010

El descenso en la participación porcentual del grupo de edad de 0 a 4 años, así como el ligero aumento que viene adquiriendo la cúspide de la pirámide a expensas de la población mayor de 70 años, fueron resultado de un proceso de transición demográfica caracterizado por disminución de la fecundidad y disminución de la mortalidad infantil y en la vejez.

En la actualidad, además del descenso de la natalidad, la estructura demográfica revela procesos de migración combinados. De una parte, se evidencia la pérdida de población rural, y la expulsión de población en edades productivas para todo el Departamento y de otra, el crecimiento de población adulta de entre 40 y 60 años, así como una participación importante de población en edad escolar.

Niñez, Infancia, Adolescencia y Juventud en Boyacá

La población en primera infancia, infancia, adolescencia y juventud se mantienen su porcentaje con respecto al total de la población boyacense, durante los años 2005 a 2008, en 2009 y 2010 se reduce en un punto porcentual la proporción con respecto al año anterior de infancia.

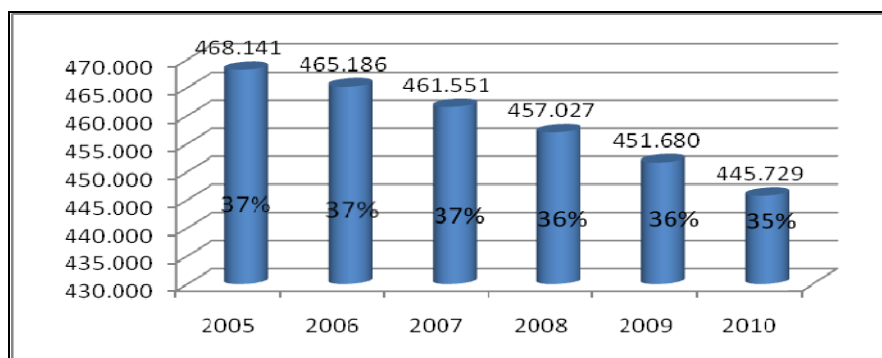
Tabla 4. Población correspondiente a Infancia, adolescencia y juventud en el Departamento de Boyacá. 2005 – 2010.

CICLO VITAL	2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
PRIMERA INFANCIA (0-5 años)	155.091	12	152.871	12	150.230	12	147.527	12	144.844	11	142.271	11
INFANCIA (6- 11 años)	161.538	13	161.163	13	160.156	13	158.395	13	155.996	12	153.206	12
ADOLESCENCIA (12- 17 años)	151.512	12	151.152	12	151.165	12	151.105	12	150.840	12	150.252	12
JUVENTUD (14- 26 años)	277.519	22	276.737	22	276.424	22	276.326	22	276.254	22	276.275	22
TOTAL INFANCIA Y JUVENTUD	647.336	52	643.894	51	639.611	51	634.713	50	629.380	50	623.807	49

Fuente: Dane censo 2005 Proyecciones de población.

En 2005 estos grupos poblacionales tenían un peso de 52%, pero desciende a 2010 en tres puntos porcentuales al pasar a 49%. En cada uno de los rangos de edad predomina el sexo masculino.

Ilustración 4. Número y Porcentaje de población en el Departamento de Boyacá entre los 0 - 17 años. 2005 – 2010

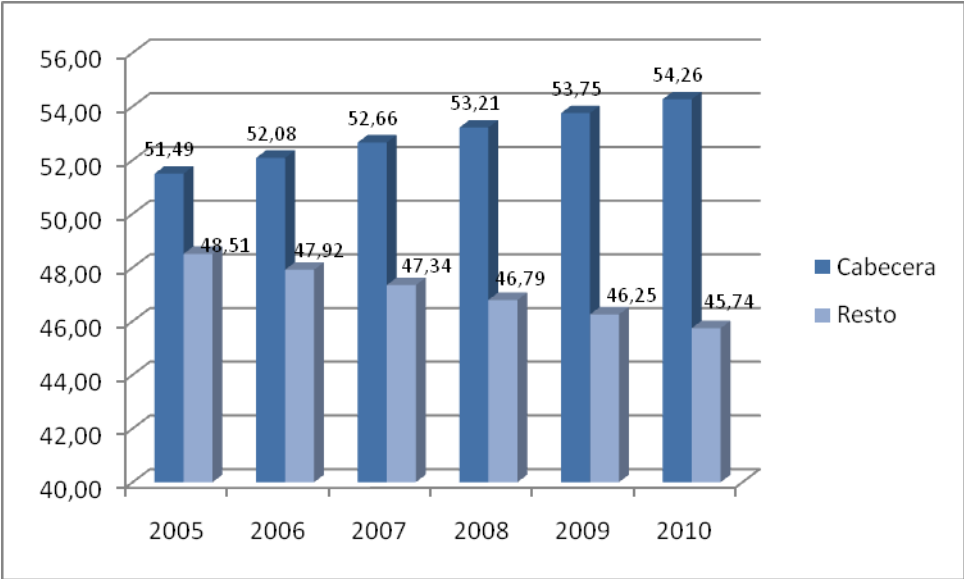


Fuente: Dane censo 2005 Proyecciones de población.

Distribución

Al revisar la distribución de la población por área se deduce que debido al predominio de desarrollo industrial y social de la zona urbana y la pérdida paulatina de población rural, se debilita la infraestructura del sector agropecuario. Es así como en la última década se aceleró el proceso de concentración de población en el área urbana

Ilustración 5. Porcentaje y Número de las personas que residen en la Zona Urbana y Rural del Departamento



	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cabecera	646.412	655.323	663.940	672.210	680.202	687.857
Resto	608.899	602.884	596.914	591.071	585.315	579.740
Total	1.255.311	1.258.207	1.260.854	1.263.281	1.265.517	1.267.597

Fuente: CensoDane 2005. Proyecciones de población.

Al revisar la distribución de la población por área se deduce que debido al predominio de desarrollo industrial y social de la zona urbana y la pérdida paulatina de población rural, se debilita la infraestructura del sector agropecuario. Es así como en la última década se aceleró el proceso de concentración de población en el área urbana

Movilidad

El Departamento pierde población por procesos de emigración continuos, se caracteriza nivel nacional como un Departamento expulsor de población, ante la imposibilidad de ofrecer empleo, la población en edad productiva esta emigrando. Lo cual genera la pérdida de población capacitada en el Departamento que se va a buscar inserción laboral en otros departamentos o en otros países.

Tabla 5. Estructura migratoria de Boyacá.

Período	Hombres	Mujeres	Total Migrantes Netos	Tasa de Migración
1995-2000	-35.980	-40.450	-76.430	-12,53
2000-2005	-34.950	-39.624	-74.574	-11,98
2005-2010	-32.023	-36.325	-68.348	-10,84
2010-2015	-28.226	-32.015	-60.241	-9,47

Fuente: Censo Dane 2005. Proyecciones de población.

Las personas que salen del Departamento se encuentran en su mayoría entre los 15 y 24 años de edad, los jóvenes son los que emigran, buscando nuevos aprendizajes y conocimiento y oportunidades laborales.

DINÁMICA SOCIAL

Necesidades Básicas Insatisfechas

“La metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica, Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela” (DANE 1993)

Tabla 6. Porcentaje de personas con NBI 1.993 - 2.005

ZONA	% POBREZA BOYACÁ		% POBREZA NACIONAL
	1993	2005	2005
Total	39	31	27
Cabecera	23	14	20
Resto	51	49	54

Fuente. DANE Censos de Población.

Al realizar un comparativo entre el NBI reportado con los resultados de los censos poblacionales 1993 y 2005 se aprecia avance frente a este tema en el Departamento, ya que pasa de 39 a 30.77 puntos, presentándose una disminución de 8.4 puntos. Esta disminución obedece a las acciones departamentales en lo relacionado a educación (este tema se revisará a profundidad en el capítulo correspondiente) y vivienda.

Según estadísticas DANE el déficit de vivienda cuantitativo para la población de 0 a 11 años es de 45.355 lo que corresponde al 65,78% de la población de infancia y adolescencia y para la población de 12 a 17 años 23.595 lo que corresponde al 34.22% de esta población. Dentro de la política de vivienda en el plan departamental de desarrollo “**Para Seguir Creciendo**” se planeó la asignación de 10.000 subsidios dentro del periodo 2008-2011 dentro del Programa de Vivienda Digna y Asociativa (PLAN VIDA), estrategia importante para garantizar el derecho a un nivel de vida adecuado en la población vulnerable del departamento donde juega un papel muy importante la Infancia y la adolescencia, dentro de la cual se realizan acciones que contribuyen con la reducción de la pobreza y mejoramiento de la calidad de vida de la población y la cual se enfoca principalmente en la zona rural.

Pobreza e Indigencia en el Departamento

La pobreza y la pobreza extrema en el departamento entre el 2002 y 2009, tenemos una disminución sostenida en el transcurso del tiempo, pero se hace notoria del 2008 a 2009 con una disminución de 7.4%, lo que indica que las políticas, programas y proyectos de la administración departamental, han tenido impactos positivos en la población.

Tabla 7. Incidencia de pobreza en Boyacá 2002 – 2009

Año	Pobreza	Pobreza extrema
2002	70,1%	41,9%
2003	69,7%	39,5%
2004	68,9%	37,5%
2005	64,3%	31,4%
2008	60,9%	30,4%
2009	53,5%	22,1%

Fuente: Cálculos MESEP. 2008 y 2009: GEIH. 2002-2005: Serie de ingresos ECH empalmados para el total Nacional

En cuanto a la incidencia de la pobreza por departamentos, es preciso destacar los avances que ha tenido Boyacá en el ranking Nacional, para este indicador. Durante los cuatro primeros años (2002 – 2005), el departamento se situó entre los mayores índices de pobreza a nivel nacional, ocupando el tercero y cuarto lugar. En el 2008 se situó en el 8 lugar, donde aproximadamente el 60.9% de su población se encontraba por debajo de la línea de pobreza, en el 2009, el departamento baja al 15 lugar y su población disminuye aproximadamente al 53.5%, exigiendo estrategias de generación de ingresos y dinámicas económicas y sociales que beneficien a un mayor número de población.

Tabla 8. Posición de Boyacá entre los departamentos con mayor línea de pobreza.

AÑO	PUESTO A NIVEL NACIONAL
2002	3° (después de Huila* y Sucre)
2003	4° (después de Huila*, Chocó y Cauca)
2004	3° (después de Chocó y Córdoba)
2005	4°(después de Chocó, Córdoba y Sucre)
2008	8°(después de Chocó, Guajira, Cauca, Sucre, Córdoba, Cesar y Magdalena)
2009	15°(después de Chocó, Cauca, Sucre, Córdoba, La Guajira, Huila*, Magdalena, Cesar*, Bolívar, Nariño*, Caquetá, Caldas, Tolima y Quindío)

Fuente: Cálculos MESEP. 2008 y 2009: GEIH. 2002-2005: Serie de ingresos ECH empalmados para el total Nacional.

DINÁMICA ECONÓMICA

Actividad económica

La economía de Boyacá se basa principalmente en la producción agrícola y ganadera, la explotación de minerales, la industria siderúrgica, el comercio y el turismo.

La agricultura se ha desarrollado y tecnificado en los últimos años; los principales cultivos son papa, maíz, cebolla, trigo, cebada, caña panelera, yuca. Existen en Boyacá alrededor de 6.800 explotaciones mineras, en su mayoría de carácter artesanal, principalmente de carbón coquizable, arcilla, roca fosfórica, arena, yeso, mármol y caliza de hierro; el carbón extraído técnicamente tienen reservas importantes en 19 municipios.

El petróleo se encuentra en el territorio Vásquez; en el occidente se explotan las esmeraldas consideradas las más famosas del mundo por su calidad y belleza. La producción artesanal es muy laboriosa especialmente en cerámica, tejidos de lana de oveja y fique, tagua, tapices, instrumentos musicales y cestería, entre otros. los renglones destacados de la actividad industrial son la producción de acero en las siderúrgicas Paz de Río, Sideboyacá y Sidehornasa, las más importantes y modernas del país; cemento, metalmecánica, cervecería, bebidas gaseosas, prefabricados para la construcción, ladrillos, carrocerías para camiones y buses, trefilados, muebles, calzado, artículos de cuero y productos alimenticios.

Turismo

Los diferentes pisos térmicos con que cuenta el departamento de Boyacá, ofrecen al visitante hermosos paisajes entre los que cabe destacar el nivel en la sierra nevada del Cocuy, reserva hidrográfica de las más importantes de Suramérica, donde varias series de picos nevados son separadas por hermosos valles y lagunas de diferentes colores, con numerosas especies de flora y fauna; el santuario de flora y fauna de Iguaque, poblado de bosques nativos donde se conservan especies casi en extinción y cuya laguna es fuente de leyendas de la cultura aborigen; el páramo de la Rusia, con 14 variedades de frailejón; el salto de Candelas, majestuosa caída de agua del río Cusiana; y extendidos en todo el departamento hermosos paisajes de colinas y valles, llenos de agradables contrastes, así como de pequeñas y bellas poblaciones de estilo colonial.

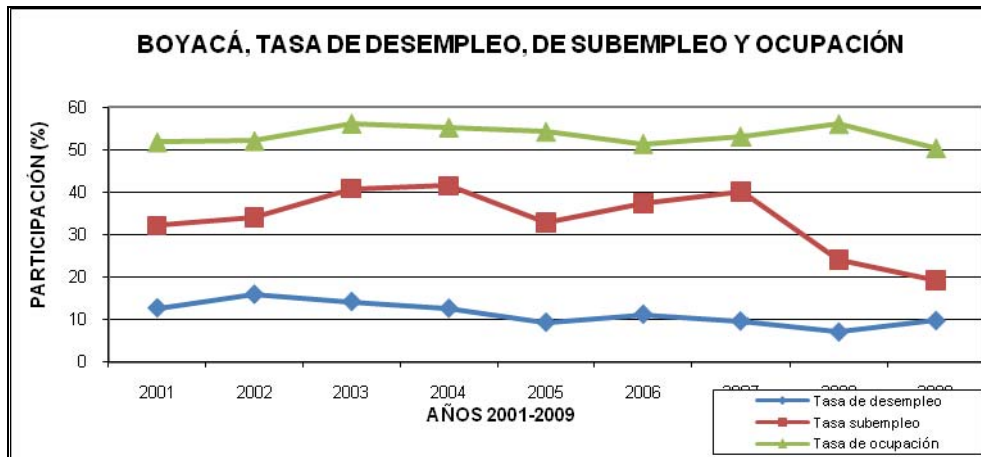
El Departamento de Boyacá posee un valioso patrimonio histórico heredado de la época colonial y de las luchas de independencia; el habitante boyacense es fiel a sus tradiciones, trajes, comidas típicas y mercados, fiestas patronales, romerías, bailes y ritmos folclóricos. Todo ello imprime al departamento un encanto y atracción especiales, identificándolo como uno de los más ricos, representativos y atractivos dentro de la diversidad cultural del país.

Tunja, la capital, y los municipios de Paipa, Sogamoso, Tota, Duitama, Iza, Tibasosa, Guican, Villa de Leiva, Ráquira, Chiquinquirá, Muzo, Quípama, Tenza, Garagoa, Guateque, Moniquirá, Ramiriquí y Puerto Boyacá disponen de hoteles confortables para el turista que los visita.

Tasa de Ocupación, Desempleo y subempleo.

En la siguiente gráfica se observan las tasas de ocupación, tasa de desempleo y de subempleo en Boyacá. De acuerdo con el DANE, el subempleo se mide de dos maneras: subempleo subjetivo y objetivo, ambos referidos a la manifestación clara del empleado de mejorar sus ingresos. Asimismo, el DANE, a partir de la Encuesta de Hogares, considera como ocupación todas las personas que durante un periodo de referencia se encontraban realizando actividades remuneradas por lo menos en una hora en dinero o especie en la semana, los que no trabajaron en la semana de referencia pero tenían un trabajo y aquellos trabajadores familiares que trabajaron sin remuneración en la semana de referencia. También se ha incluido el concepto de ocupados temporales.

Ilustración 6. Tasas de ocupación, tasa de desempleo y de subempleo en Boyacá.



Fuente: DANE, Encuesta Continua De Hogares.

La tasa de Ocupación hacia 2009 alcanza los 50 puntos porcentuales, su trayectoria desde el año 2001 muestra una tendencia que asciende y desciende encima del 50%, siendo más alta en el año 2003 y en el año 2008.

En relación con la tasa de subempleo, el DANE registra para el año 2009 un nivel de 19% después de haber sido significativamente alta en el año 2003 con 41% y 2007 con 40%, el punto más bajo fue en el año 2004. Y asimismo, la tasa de desempleo, presenta una caída desde 2002 con pequeños ascensos y descensos hasta 2008 y una subida y ubicación en 10% en el año 2009. Se observa que el porcentaje de desempleo es significativamente alto si a ello se le suma las cifras de subempleo que, como se mencionó anteriormente, están referidas a condiciones de ocupación no adecuadas ni apropiadas en relación con la calidad de vida de la población.

El porcentaje de la población en edad de trabajar con respecto a los desocupados, es mucho mayor, con un nivel significativo alto; ha tenido altibajos y su nivel de descenso no fue consecuente. De igual forma se evidencia, como la población que se encuentra en edad de trabajar, también ha aumentado desde 2001 hasta el año de 2009 de forma consecutiva.

DINÁMICA AMBIENTAL

El Departamento de Boyacá es rico en recursos naturales y biodiversidad, ya que posee aproximadamente 500 mil hectáreas de páramos (21% de su superficie), 100 mil hectáreas en bosques naturales y plantados, 150 mil hectáreas en rastrojo y aproximadamente 10 mil hectáreas en humedales.

Su gran potencial hidrográfico está representado por la Sierra Nevada de El Cocuy, de la cual nacen numerosos ríos, el 70% del área de Boyacá pertenece a la cuenta del río Meta. Existen también un sinnúmero de drenajes y cuencas derivadas de las geoformas, estructuras regionales del relieve altamente quebrado, característico de la Cordillera Oriental.

El Departamento de Boyacá conserva como áreas protegidas: El parque Nacional de El Cocuy (municipios de El Cocuy, El Espino, Guicán y Chiscas), Reserva Forestal Protectora El Malmo (Tunja), Santuario de Flora y Fauna de Iguaque (Villa de Leyva y Arcabuco), Serranía el Peligro (Moniquirá), Parque Nacional de Pisba (Mongua), Reserva forestal Río El Palmar (Pesca), Reserva Forestal ríos Upía – Lengupá (Aquitania), Reserva Natural Sucunama (Miraflores) y Páramo de Mamapacha como suelo de protección (Zetaquirá).

Cobertura de agua, saneamiento básico, agua potable

El Plan Departamental para el Manejo Empresarial de los Servicios de Agua y Saneamiento (PDA) del departamento de Boyacá (Gestionado por la Empresa Departamental de Servicios Públicos de Boyacá S.A. E.S.P.), tiene como propósito el de acelerar el crecimiento en materia de cobertura y calidad de los servicios públicos domiciliarios en los 101 municipios vinculados al Plan, y superar las preocupantes cifras que se presentan en materia de agua potable y saneamiento básico, como un aporte al reto del Gobierno Nacional en el marco de sus compromisos con los Objetivos del Milenio y como una estrategia para mejorar la calidad de vida y propiciar el desarrollo humano de la población boyacense.

Para el caso de Boyacá y de acuerdo con su estado diagnóstico, la cobertura en servicios públicos es aceptable, pero se presentan problemas serios relacionados con la calidad del agua, que requieren de un mejoramiento continuo; el lento avance institucional del sector, componente prioritario para el éxito del Plan que mediante la aplicación de economías de escala que redunden en viabilizar las tarifas, en superar el rezago en infraestructura, de tal forma que se haga sostenible la prestación de los servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo.

Se han estimado unas necesidades de inversión que pueden superar los 500 mil millones de pesos en el sector urbano, por lo cual se requiere impulsar esquemas regionales de prestación de los servicios, generar una menor atomización de los recursos invertidos y optimizar la distribución de los recursos asignados, la focalización de subsidios y la facilitación de los recursos faltantes.

Diagnóstico del departamento en materia de servicios públicos

El Plan Departamental de Agua de Boyacá, se fundamenta en los diagnósticos realizados en el año 2007 en el departamento a través de Mendoza y Asociados y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT) sobre la prestación de los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, como también en las necesidades presentadas por los alcaldes a través del proceso de validación de los mismos, adelantados con la Asistencia Técnica del PDA brindada por la empresa Aguas de Bogotá S.A., donde se consideraron entre otros aspectos los componentes técnicos, legales, comerciales, financieros, organizacionales y ambientales, y las particularidades de cada municipio, insumos importantes en la generación de la información para la estructuración e implementación de este Plan.

En la siguiente tabla se muestran las coberturas en los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, evidenciándose que la cobertura de acueducto está por encima del promedio nacional, e igualmente el componente de aseo.

Tabla 9. Coberturas de acueducto y alcantarillado en el Departamento de Boyacá.

COBERTURA %		
ACUEDUCTO	ALCANTARILLADO	ASEO
98,75	91,69	91,45

Fuente: **Validación Asistencia técnica 2010**

Los problemas técnicos e institucionales, se presentan no solo por la obsolescencia de estructuras, sino por la baja gestión empresarial que presentan la mayoría de los prestadores del Departamento.

En lo institucional, se presentan graves problemas en la gestión empresarial de los municipios, que repercuten directamente en la operación y prestación de los servicios públicos, entre las falencias más importantes se destacan las siguientes:

- Inadecuado manejo de subsidios y falta de operatividad y funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Redistribución de Ingresos.
- Bajos niveles y/o no cobro de tarifas y la carencia de estudio de costos y tarifas de acuerdo a la metodología de la CRA. Resolución 287 de 2004
- Falta de estudio de estratificación socioeconómica
- Bajos niveles de capacidad profesional del personal asignado.
- Dependencia total del municipio en los aspectos organizacionales, financieros, administrativos y operativos.
- Bajos niveles de viabilidad financiera y operacional.

De los 123 Municipios del departamento de Boyacá, el 68%, un total de 82 municipios son prestadores directos, aspecto que se ha validado en forma detallada para cada municipio. Además del agotamiento del procedimiento descrito en el artículo 6 de la Ley 142 de 1994. Así mismo, 17 municipios (15%) cuentan con prestadores de servicios municipales con la figura de Administraciones Públicas Cooperativas (APC); 5 municipios cuentan con empresas industriales y comerciales del estado y 16 municipios con empresas de servicios públicos (ESP), para un 21% en total de prestadores independientes.

Busca indicar la proporción de viviendas que cuentan con acceso al agua, que para el caso del PDA, corresponde a las viviendas que cuentan con la prestación del servicio público de acueducto en cabeceras municipales. En el Departamento, por cada 100 viviendas 98,75 disponen de conexión al servicio de acueducto¹.

Cómo plan de mejoramiento se propone: A diciembre de 2012, afinar y hacer más consistente el indicador a través del trabajo que el PDA viene efectuando con respecto a todos los estudios de carácter institucional para la transformación empresarial y los de carácter técnico por medio de la formulación de planes maestros de acueducto y alcantarillado.

En lo relacionado con saneamiento básico se busca indicar la proporción de viviendas que cuentan con conexión al servicio al sistema de alcantarillado, que para el caso del PDA, corresponde a las viviendas que cuentan con la prestación del servicio público de alcantarillado en cabeceras municipales. Encontrándose que un 91,69 por cada 100 viviendas disponen de conexión al servicio de alcantarillado. Frente a la información reportada se propone a diciembre de 2012, hacer más consistente el indicador a través del trabajo que el PDA viene efectuando con respecto a todos los estudios de carácter institucional para la transformación empresarial y los de carácter técnico por medio de la formulación de planes maestros de acueducto y alcantarillado.

De acuerdo a los lineamientos de las Políticas Nacionales en relación al mejoramiento de la prestación de los servicios públicos, los Planes Departamentales de Agua tienen entre otros propósitos los siguientes:

¹El número de viviendas señalado corresponde al dato censo DANE 2005 producto de la sumatoria de la información por municipio del departamento; el número de viviendas con servicio es producto de la cobertura promedio del departamento a partir del reporte municipal que se realiza al SUI – 2010

Tabla 10. Propósitos del Plan Departamental de Agua en Boyacá.

Componente	Avance
Aseguramiento de la prestación del servicio	✓ Elaboración y socialización de la propuesta a nivel de prefactibilidad de los esquemas regionales y/o locales de prestación de servicios públicos de acueducto, alcantarillado y aseo.
Mejoramiento Calidad del Agua Para Consumo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contratación de Planes Maestros de Acueducto. ✓ Formulación de proyectos para inversiones en infraestructura de acueducto (PTAP's) ✓ Formulación de un plan de choque para reducir los niveles de riesgo en los municipios más vulnerables.
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo en procesos de certificación de los municipios, en el cargue de la información al SUI (visitas y talleres por provincias) . ✓ Apoyo a procesos de regionalización de los servicios públicos para el aprovechamiento de economías de escala. ✓ Asesoría a los municipios vinculados al PDA, en aspectos administrativos, financieros e institucionales.
Ambiental	✓ Identificación y priorización de necesidades de pre e inversión conjunta PDA – Corporaciones. Se adelanta fase final: consolidación documento de caracterización ambiental y firma de actas de concertación.

Fuente: Plan General Estratégico de Inversiones PDA Boyacá.

En lo referente del mejoramiento de calidad del agua para consumo se han emprendido las siguientes actividades:

- Contratación de Planes Maestros de Acueducto.
- Formulación de proyectos para inversiones en infraestructura de acueducto (PTAP's)
- Formulación de un plan de choque para reducir los niveles de riesgo en los municipios más vulnerables. (En proceso) Optimización de sistemas y capacitación.

La cobertura de Agua Potable. Busca indicar la proporción de viviendas que reciben agua potable, que para el caso del PDA, corresponde a las viviendas cuyo índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano se encuentra “sin riesgo” en cabeceras municipales. En Boyacá, se encuentra que por cada 100 viviendas 58,02 disponen de conexión al servicio de acueducto y que son abastecidas con agua potable.

Calidad del agua

La Secretaria de Salud de Boyacá, en cumplimiento a las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la calidad de Agua para consumo humano, ha venido implementando un proceso de fortalecimiento en la capacidad instalada a través del laboratorio de Salud Pública y el

recurso humano que desde los niveles departamental y municipal han permitido ampliar la cobertura en las acciones de análisis físicoquímicos y bacteriológicos del agua monitoreando

El 100% de los municipios a nivel urbano e incrementando progresivamente los análisis de laboratorio a nivel rural; lo cual ha permitido conocer el índice de riesgo de la calidad del agua en forma ágil y oportuna, así como la notificación de resultados a autoridades municipales y empresas de servicios públicos para orientar y asesorar en la aplicación de medidas correctivas especialmente en el tratamiento y desinfección de la misma.

Se garantiza la vigilancia y control en los 123 municipios especialmente mediante la realización de monitoreos semanales a la dosificación de cloro residual libre y pH en campo en toda la red de distribución y visitas de Inspección, vigilancia y control a los acueductos urbanos aplicando los parámetros establecidos en la normatividad vigente.

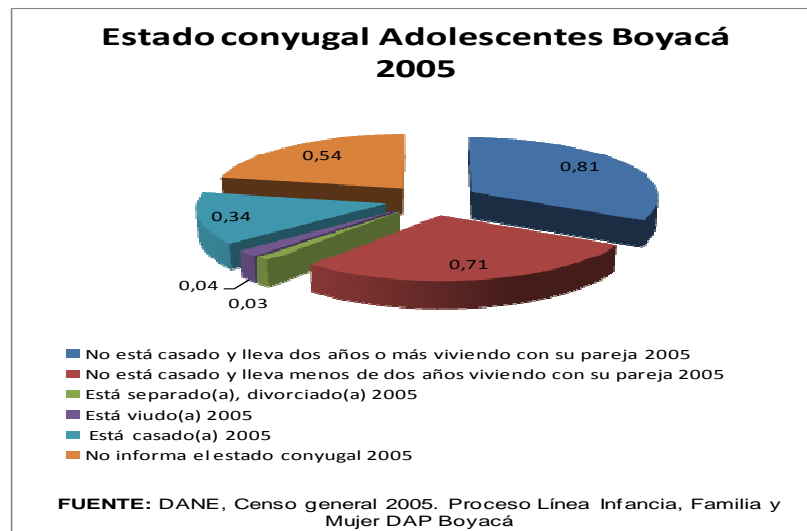
ESTADO CONYUGAL DE LOS ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO

En cuanto a los adolescentes del Departamento, para el año 2005 el 2,97% manifiestan una situación conyugal definida: bien sea que no están casados pero que llevan más de dos años viviendo con su pareja (0,81%), no están casados pero que llevan menos de dos años viviendo con su pareja (0,71%) están separados (a), divorciado (a) o viudo (a) (0.07 %), ***(afortunadamente la cifra es muy baja, pues situaciones como éstas no deben ser enfrentadas por personas en construcción, cuyo escenario natural debería ser el colegio, el deporte, la sana diversión y no una temprana responsabilidad familiar que en la mayoría de los casos les genera privaciones que más tarde se convierten en frustraciones y violencia)*** está casado (a) 0.34%.

En general, éstas cifras no se corresponden con la de embarazo adolescente (14%) del año mencionado, puede concluirse entonces, que en su mayoría los niños y niñas que nacen de las madres adolescentes no cuentan con un hogar en donde exista padre y madre que genere procesos formativos, afectivos y recursos económicos para la manutención de los menores, sino que sus hogares se desarrollan en los de sus familias, lo cual sin duda alguna genera tensiones y ambientes que pueden resultar no siendo los mejores para los niños y niñas en formación.

En los anexos puede encontrarse la estadística municipalizada para quienes deseen ampliar la información al respecto.

Ilustración 7. Estado Conyugal adolescentes en Boyacá.



Fuente. DANE. Censo 2005. Proceso Línea Infancia, familia y mujer.

JEFATURA DEL HOGAR Y FAMILIA

El análisis de Jefatura del Hogar para Boyacá se realiza con los datos del CENSO 2005, por lo tanto, es necesario tener en cuenta las siguientes definiciones de acuerdo con su manual técnico:

Hogar censal: “es una persona o grupo de personas, parientes o no, que viven (duermen) en una misma vivienda y comparten, generalmente, sus comidas”²

Jefe de hogar: “es una persona, miembro del hogar, reconocida como jefe(a) por los demás miembros. Se reconoce al jefe del hogar como tal, ya sea por una mayor responsabilidad en las decisiones, por prestigio, relación familiar o de parentesco, razones económicas o tradiciones culturales”³.

Como podemos observar ésta conceptualización nos permite inferir la importancia del Jefe del hogar en el bienestar de los niños, las niñas y los adolescentes, si se tiene en cuenta que él o ella lidera las decisiones tanto económicas, como de procedimiento dentro del hogar (se

² Manual técnico DANE CENSO 2005

³ Ibid

desprenden implicaciones en la nutrición, la educación y los patrones de crianza que se practican a su interior).

Con relativa frecuencia escuchamos a nuestros maestros (as) en los talleres de padres, como producto de su experiencia, requerirnos por los comportamientos de nuestros (as) hijos (as) con las sabias frases: “... **los niños reflejan en el colegio lo que se vive en el hogar...**” o “**son comportamientos aprendidos en la casa...**” y realmente no están lejos de la realidad.

Al interior del hogar y a partir de los patrones de crianza, que se transmiten con mayor énfasis en la primera infancia(entre ellos la estimulación, el amor, el respeto, el cuidado, acompañados de una buena nutrición), se van cimentando en ellos (as) las bases para una inserción exitosa en la comunidad, además de provocar el desarrollo neuronal que solo en ésta etapa de la vida se da, produciendo secuelas irreparables y para toda la vida, cuando éste primer ciclo no es manejado adecuadamente.

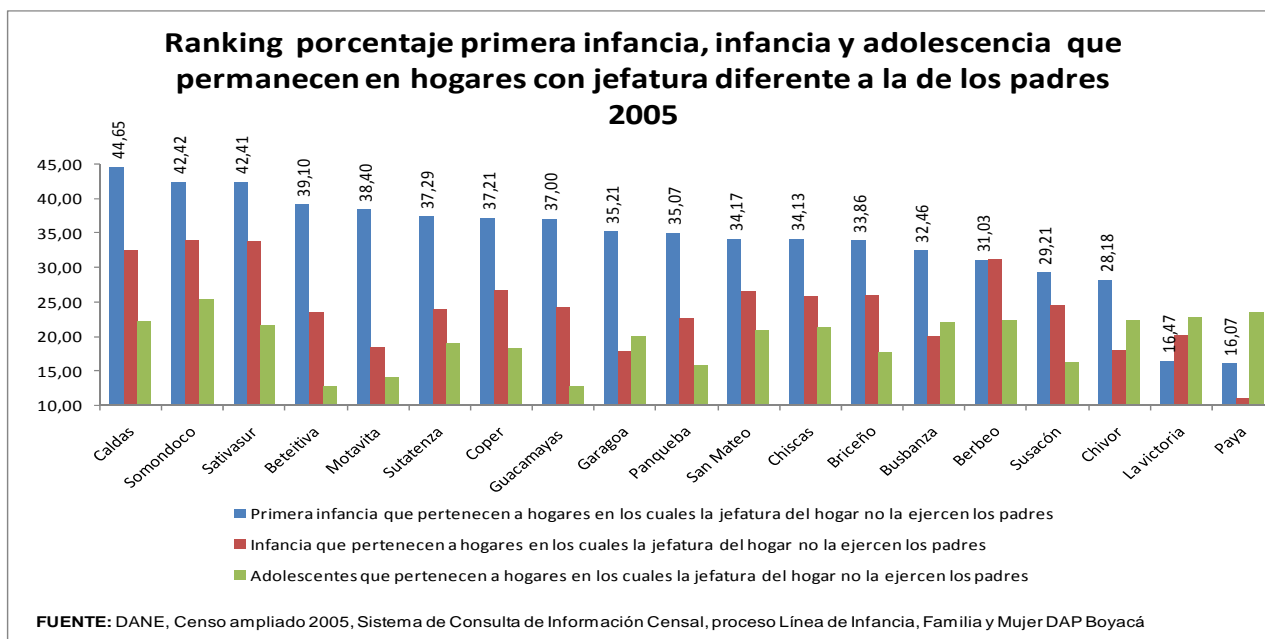
Diríamos entonces, que resulta de gran importancia, en el marco del proceso de la construcción del Nuevo Ciudadano Boyacense, analizar que está pasando en cuanto a la Jefatura del hogar en nuestro departamento.

Si bien diferentes estudios nos muestran como personas honestas, aguerridas, tradicionales, también evidencian personas violentas, lo hace necesario profundizar en la forma cómo se están dando los procesos de acompañamiento a los niños y las niñas y en qué contexto se desarrollan los adolescentes.

En el Departamento de Boyacá, existe gran preocupación con respecto a quienes tienen a cargo la Jefatura del hogar de los niños (as) en los diferentes ciclos de edad, por lo que desde diferentes escenarios de la vida pública (Secretaría de Salud, Secretaría de Educación, Departamento Administrativo de Planeación, Gerencia del Nuevo Ciudadano Boyacense), social (Episcopado) y académica (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia que recientemente publicó un estudio de familia, entre otras universidades interesadas en el tema), se vienen adelantando investigaciones que atañen a temas de familia, que sin duda nos permitirán validar o negar éstas aseveraciones y generar los cambios que requiere nuestra sociedad en aras de perpetuar nuestros valores como Boyacenses y que nos hacen únicos en éste mundo global, pero también de erradicar las prácticas agresivas y que lesionan la integridad tanto física, como moral y mental de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Teniendo como marco de referencia éste contexto, a continuación presentamos el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que viven en hogares en los cuales los padres no ejercen la jefatura, es decir hay un abuelo o abuela, hermano, otro pariente, otro no pariente o un patrón realizando este importante encargo.

Ilustración 8. Ranking porcentaje primera infancia, infancia y adolescencia que permanece en hogares con jefatura diferente a la de los padres.



Fuente. DANE. Censo 2005. Proceso Línea Infancia, familia y mujer.

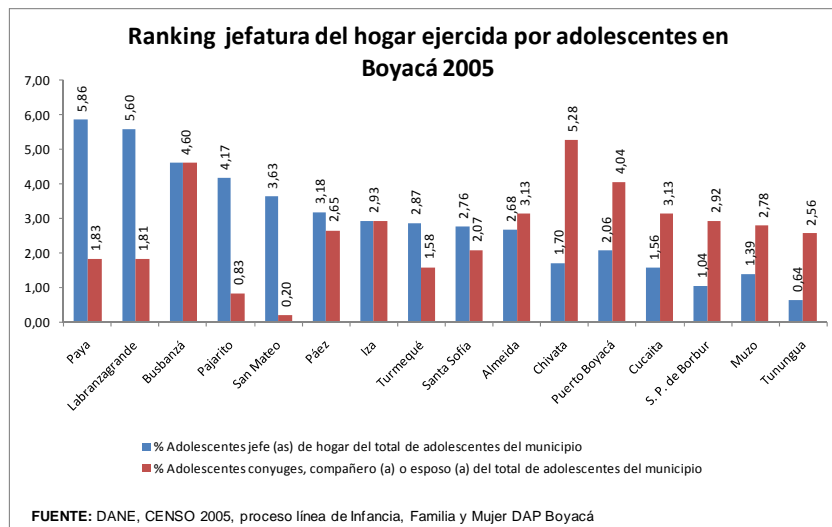
La gráfica anterior, permite apreciar un mayor porcentaje de niños y niñas en el ciclo de primera infancia en la situación objeto de análisis, proceso que poco a poco disminuye cuando los niños van creciendo y haciéndose adolescentes. Sin embargo llama la atención que en municipios como La Victoria y Paya la tendencia se revierte, siendo el mayor porcentaje los adolescentes.

Al revisar las cifras de la jefatura de hogar en los adolescentes para 2005 podemos observar que apenas el 1,09% de los mismos se reconocen como Jefes de hogar y el 1,17% como cónyuges, para un total de 2,26%, cifra que no es consecuente con el embarazo adolescente reportado en La Encuesta Nacional de Demografía y Salud que para el mismo año alcanza el 14% (cifra presentada por la Secretaria de Salud en páginas posteriores).

Estos datos nos sugieren que en la mayoría de los casos los adolescentes no tienen las condiciones necesarias para asumir una paternidad responsable y delegan la jefatura en otras personas. Cabe resaltar que a nivel municipal Paya presenta el mayor porcentaje de

embarazo adolescente para el año objeto de análisis (66,7%) y tiene el porcentaje más alto de adolescentes Jefes de hogar (6%), mientras que Puerto Boyacá y Cucaita presentan los ranking más altos en cuanto a cónyuges, dato consistente con las cifras más altas de nacimientos en menores de 18 años en el Departamento.

Ilustración 9. Ranking de jefatura del hogar ejercida por los adolescentes en el Departamento de Boyacá.



Fuente. DANE. Censo 2005. Proceso Línea infancia, familia y mujer.

Esto indica que los retos que nos trajo consigo el convulsionado Siglo XXI, están planteando serias modificaciones en la estructura familiar, retomando un papel protagónico la familia extendida, la familia recompuesta o simplemente que se están generando nuevas formas familiares, que imponen la primera (la perpetuidad en las pautas de crianza) y las segundas nuevas formas de estructura familiar que sin duda generan tensiones al interior de la familia, que se pueden traducir en violencia, sensación de abandono o soledad, problemas de comunicación, cambio en los imaginarios de solidaridad y apoyo básico, que se van desplazando de la familia hacia otros entornos sociales, asignándoles los valores y afectos que antaño le pertenecían al núcleo básico de la sociedad.

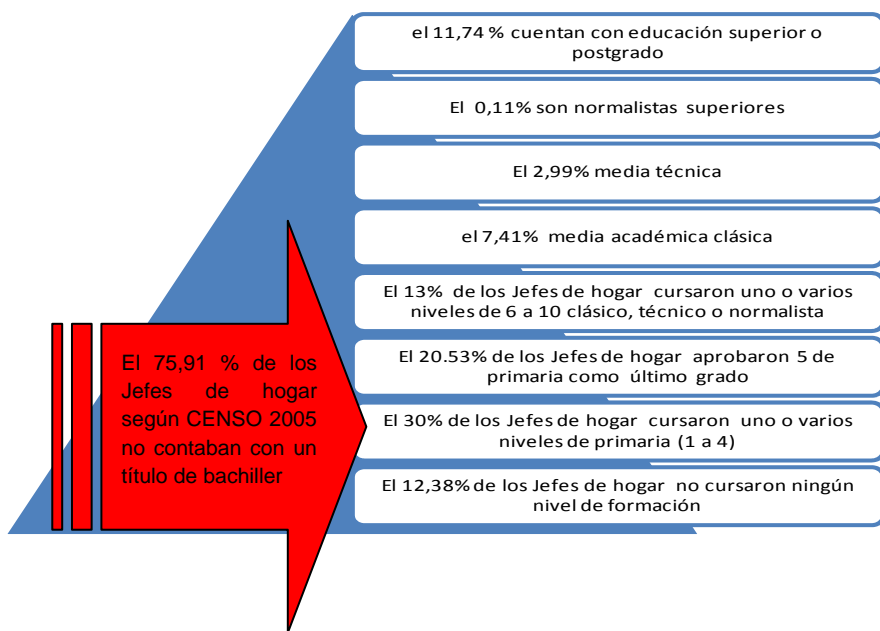
De acuerdo con el CENSO 2005 en Boyacá existen 322.850 hogares, de los cuales 92.918 es decir el 28,8 % cuentan con Jefatura femenina, éste puede ser un indicador de que en nuestro departamento la participación laboral de la mujer y su formación le están generando mayores ingresos, lo cual le permite asumir el rol de Jefa de hogar, o que por el contrario, hay muchos padres que abandonan sus hogares o nunca los conforman y las mujeres cada vez mas deben asumir tempranas jefaturas en desmedro del bienestar de sus menores hijos.

Estos temas están siendo objeto de análisis desde la línea de infancia, familia y mujer del Departamento Administrativo de Planeación, pues se considera que la familia no solo

teóricamente debe ser el núcleo de la sociedad, sino que debe transformarse en el núcleo de la planeación social y económica de los territorios.

Continuando con el análisis, al revisar el nivel formativo de los jefes del hogar (que resulta definitivo para concursar en el mercado laboral, obtener buenos ingresos y ofrecer bienestar a los niños, las niñas y los adolescentes) encontramos que:

Figura 1. Nivel formativo de los jefes del hogar.



FUENTE: DANE, Censo ampliado, sistema de consulta de información censal, Proceso Línea de infancia, familia y mujer DAP Boyacá.

En la sociedad del conocimiento que privilegia la formación, la capacidad de reaccionar de manera técnica y con rapidez a las necesidades del mercado, es indispensable que se eleve el nivel de formación técnica, tecnológica, profesional y post gradual de los Jefes de hogar, pues ello se va a traducir en un mayor nivel de ingreso, en desarrollo y por lo tanto en mejores condiciones para los niños, las niñas y los adolescentes de nuestros departamento.

Desde las Secretarías de Educación tanto Departamental como de las entidades descentralizadas se ha venido trabajando en formación de adultos, sin embargo las cifras que nos muestra el CENSO 2005 no son fáciles de transformar, pues hacen parte de un proceso cultural que no privilegia la formación como prioridad y más cuando ya se es adulto, y también

de las condiciones de pobreza de algunos sectores de la población que encuentran o ellos mismos se imponen limitaciones para mejorar sus niveles formativos.

GASTO PÚBLICO SOCIAL

La inversión en el desarrollo de los niños y las niñas es imperiosa no sólo por su vulnerabilidad al ser dependientes de sus padres y adultos, sino por representar el adulto del futuro, constituyéndose como parte de la sociedad. Sin embargo, se aprecia que no existe una identificación clara del gasto asignado para acciones concretas que contribuyan al cumplimiento de los derechos de este ciclo vital..

Circunstancia que se evidencia al realizar el análisis del gasto social del Departamento destinado a la infancia, adolescencia y juventud, que aunque ha realizado acciones que han contribuido a la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes carece del anexo establecido para tal fin, lo que dificulta el análisis de este tema y se constituye en una oportunidad de mejoramiento para Boyacá.

En este a parte se presentará la información correspondiente a los indicadores de gasto social establecidos: De referencia, ciclo vital y sectorial.

Indicadores de Referencia

Tabla 11. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores de Referencia

TEMA	INDICADOR
Indicadores de Referencia	Gasto público social (GPS) como prioridad macroeconómica
	Gasto público social (GPS) per cápita
	Gasto público social (GPS) como prioridad fiscal.

Fuente: Adaptación “indicadores básicos para hacer medición y seguimiento al gasto público social en los Departamentos. Convenio marco de cooperación y apoyo, UNICEF-CGR.

Prioridad fiscal del Gasto Público Social (GPS) Inicial Vs Definitivo

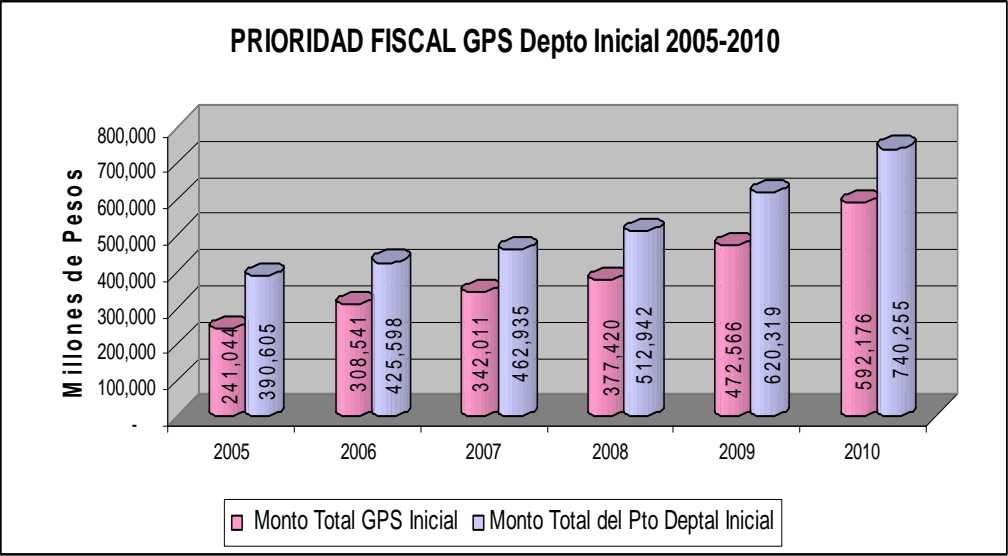
En cuanto a la inversión con la finalidad de satisfacer las necesidades mínimas vitales del hombre como ser social (Gasto Público Social); se considero el gasto dirigidos a salud, educación, agua potable, desarrollo humano, vivienda, recreación, cultura y medio ambiente.

El Departamento en los seis años de análisis (2005-2010) evidencia que no sólo en sus planes de desarrollo, sino desde las apropiaciones presupuestales iniciales ha dado prioridad al gasto público social pasando del 61.71% en el primer año al 80% en el último año, registrando un incremento de 19 puntos porcentuales en el periodo analizado de manera consecuente con el crecimiento de los ingresos. Con respecto a las apropiaciones definitivas del departamento en Gasto Publico Social se ha mantenido en sus presupuestos un incremento permanente, pasando en el 2005 de \$439.419 millones a \$730.683 en el año 2010.

Cabe resaltar que las inversiones de gasto público social se financian con las asignaciones y transferencia de los recursos del sistema general de participaciones que tienen un peso importante en los sectores de educación, salud, saneamiento básico y agua potable. De otra parte con las regalías directas y con recursos propios de libre destinación que complementan las inversiones sociales con alto impacto en infraestructura, recreación, deporte, medio ambiente, cultura, programas sociales y vivienda.

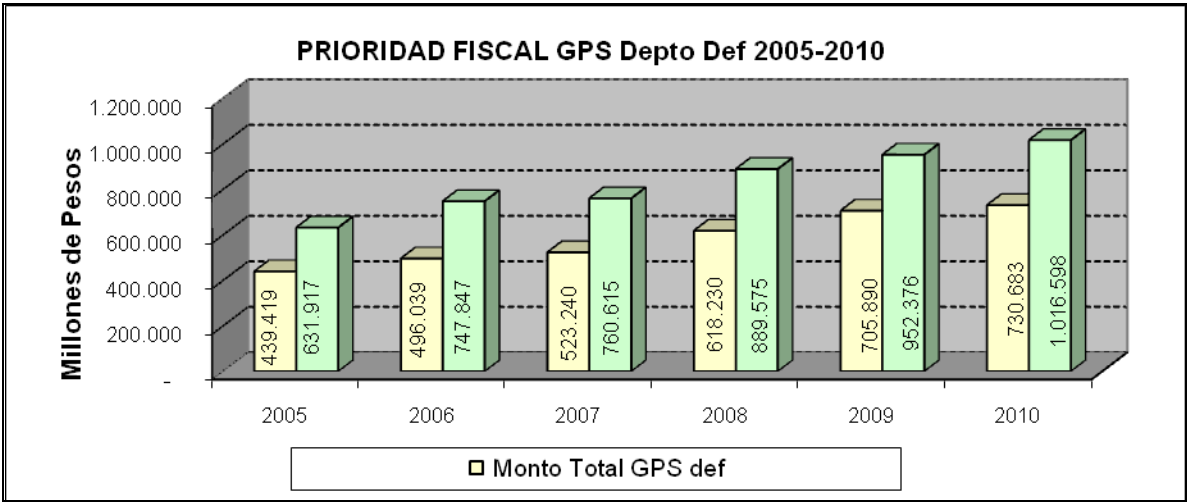
Por efectos del proceso de descentralización contemplado en la ley 715 de 2001, parte de esta población en su prioridad de gasto social en educación es atendida directamente por las administraciones de Tunja, Duitama y Sogamoso quienes igualmente reciben transferencias de la nación para estos fines, sin embargo, el Departamento en sus obligaciones de subsidiariedad y complementariedad apoya en diferentes proyectos de beneficio a niñas, niños, adolescentes y jóvenes a través del programa de nutrición escolar P.A.P.A y otros programas que benefician esta población como la construcción del Jardín Social para Tunja.

Ilustración 10. Prioridad Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Ilustración 11. Prioridad Fiscal Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

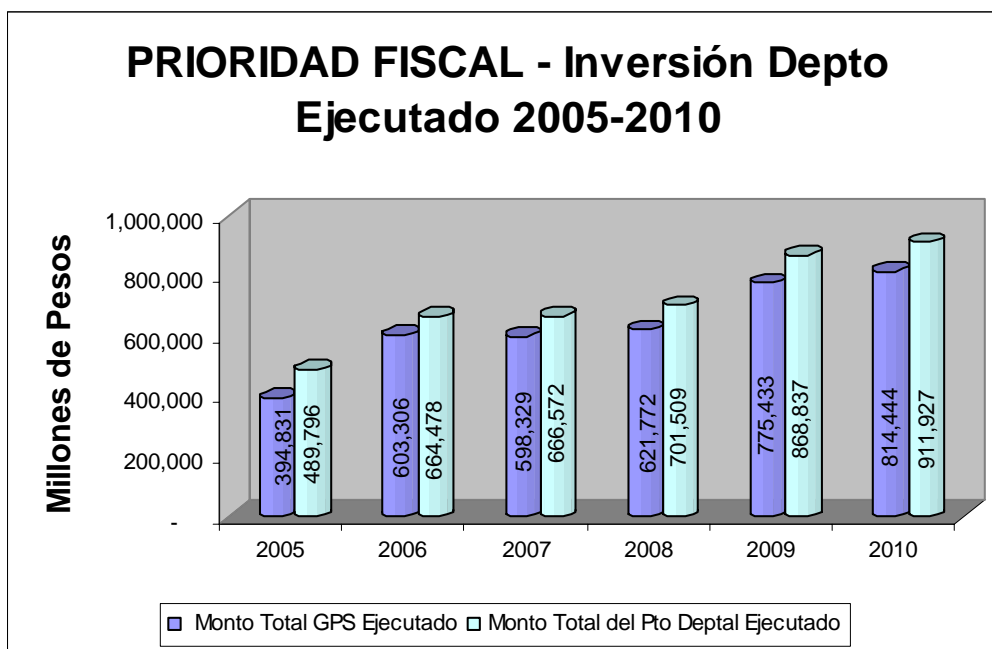


Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Prioridad fiscal del Gasto Público Social (GPS) Ejecutado

El Departamento ha hecho un esfuerzo fiscal en sus ejecuciones en el aumento proporcional con relación a las apropiaciones iniciales en su inversión; teniendo en cuenta que para el año 2005 la inversión fue del 81%, la inversión creció en ocho puntos porcentuales en el año 2010, lo cual indica que le departamento ha orientados sus recursos hacia proyectos de inversión pública contemplados en el Plan de Desarrollo.

Ilustración 12. Prioridad Ejecución Inversión Departamento de Boyacá 2005-2010



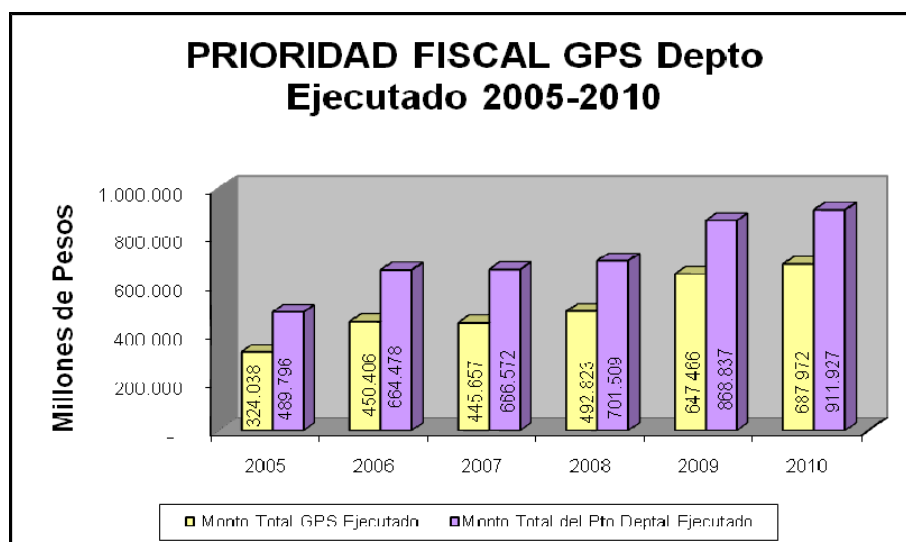
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

La mayor parte de los recursos del Departamento se han canalizado a la inversión pública en proyectos de construcción de vivienda urbana y rural, construcción y mejoramiento de escenarios deportivos y parques, dotación de de material educativo, construcción y mejoramiento de planteles educativas, construcción y mejoramiento de acueductos y plantas de tratamiento, alcantarillados y redes, programa alimentario para aprender (P.A.P.A), construcción, mejoramiento y mantenimiento de hospitales y centros de salud, programas de salud mental, salud infantil, cobertura régimen subsidiado, programas de prevención de la mortalidad infantil, construcción, mejoramiento y mantenimiento de la red vial, en casas de cultura y bibliotecas, programas de atención casa del menor, programas implementación del

código de infancia y adolescencia, programas de saneamiento ambiental, programas de saneamiento básico entre otros.

En cuanto al grado de participación de la inversión en gasto público social, es importante destacar que para el año 2005 fue del 66% teniendo un incremento en el 2010 de 9 puntos porcentuales. En el año 2007 la inversión en gasto público social presentó una variación negativa de 1 puntos porcentuales, pasando del 66% al 65%, justificada porque en el año 2006, los sectores de salud y educación hicieron una mayor ejecución como consecuencia de la adición de recursos de superávit de la vigencia anterior; lo cual nos permite determinar que la inversión en el Departamento ha tenido en los seis años de estudio un comportamiento estable con crecimientos moderados. Es importante anotar que a partir de este año la inversión se oriento no solo en atender salud, educación sino que ha enfocado sus esfuerzos en agua potable, cultura, medio ambiente recreación y deportes, siendo estas fundamentales para el bienestar de la población.

Ilustración 13. Prioridad Ejecución Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

En este entendido de participación y variación es creciente, sus mayores ejecutorias se han priorizado en la educación, que ha dedicado sus esfuerzo a la ampliación de la cobertura, la permanencia escolar y el mejoramiento de la calidad educativa, con crecimientos paulatinos en primera infancia e infancia, pero significativamente en la adolescencia, lo cual refleja el interés de este sector en complementar el proceso hasta la media con la consecuente disminución del analfabetismo funcional y del trabajo infantil, ofreciendo nuevas expectativas de vida y/o de ingreso a la educación técnica o superior.

En el sector salud, la inversión se ha concentrado en acciones tendientes a fortalecer los siguientes programas: salud sexual y reproductiva, nutrición en niñas, niños y adolescentes, control de crecimiento y desarrollo, salud mental, escolar sano, programa ampliado de inmunizaciones, salud oral y Guayty operación de Vida.

Prioridad macroeconómica del Gasto Público Social del Departamento (GPS)

Acorde a la participación del Gasto Público Social como proporción del PIB Departamental y en relación al Nacional, se observa que el Departamento en el transcurso de estos años ha hecho el esfuerzo por mantener en forma creciente su participación en el PIB Departamental y respecto al nacional está por debajo del promedio ponderado Nacional. El comportamiento registrado en el 2007 obedeció a la prioridad del gasto contemplado en el Programa de Ajuste Fiscal y financiero en que se encontraba el departamento en este año, donde se priorizó el pago de los pasivos a cargo del Departamento para el saneamiento de las finanzas territoriales.

Para la vigencia del 2010 la participación del Gasto público Social como proporción del PIB fue del 4.97% y con relación al período 2005-2010 se observa un incremento 1.64%, este demuestra su esfuerzo por parte del Departamento.

Ilustración 14. Prioridad Macroeconómica Gasto Público Social Departamento de Boyacá 2005-2010

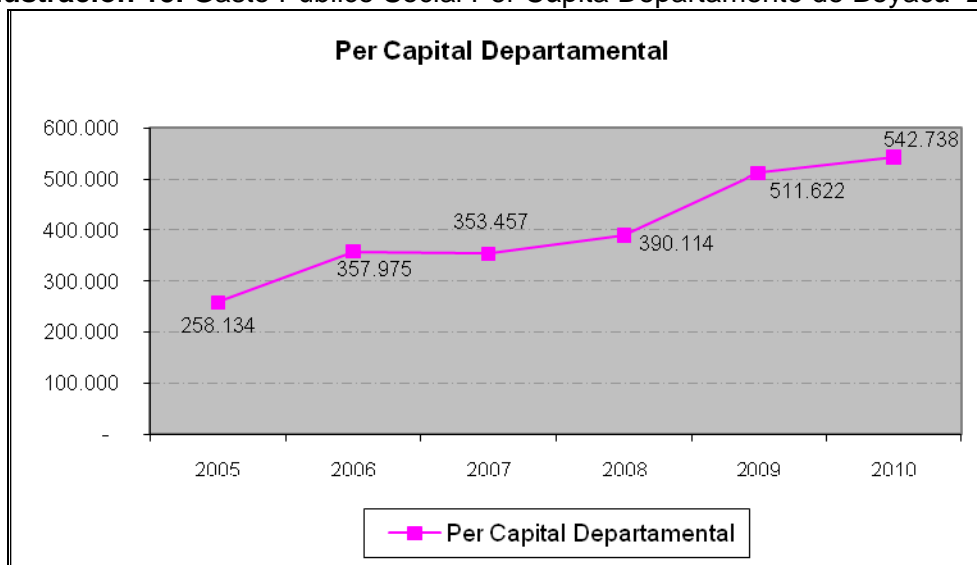


Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Gasto Público Social Per - cápita

Analizando como ha sido el comportamiento de la inversión per cápita, en el año 2005 el gasto público social por persona ascendió a \$258.134 y para el año 2010 alcanzó una inversión per cápita de \$542.738, en los años siguientes se refleja un aumento como se observa en la siguiente grafica.

Ilustración 15. Gasto Público Social Per Cápita Departamento de Boyacá 2005-2010



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Comparativamente se puede establecer que frente al promedio per cápita nacional el Departamento ha superado dicha inversión, dado que por cada colombiano para el 2005 fue de \$230.46 y para el año 2009 es de \$329.38, y con otros departamentos como Antioquia, Cundinamarca, Nariño, Santander, Tolima y Valle.

Ilustración 16. Inversión Per cápita de los principales departamentos de Colombia y Promedio Nacional de Inversión Periodo 2005 – 2009

INVERSIÓN PERCAPITA DE LOS PRINCIPALES DEPARTAMENTOS DE COLOMBIA Y PROMEDIO NACIONAL DE INVERSIÓN PERIODO 2005 - 2009					
Miles \$					
	2005	2006	2007	2008	2009
NOMBRE	INVERSION PERCAPITA	INVERSION PERCAPITA	INVERSION PERCAPITA	INVERSION PERCAPITA	INVERSION PERCAPITA
COLOMBIA- DPTOS	230.46	260.17	298.23	290.78	329.38
ANTIOQUIA	220.70	256.63	287.02	311.59	351.72
BOYACA	363.91	427.27	450.32	483.49	592.17
CUNDINAMARCA	369.57	413.57	446.62	456.41	415.40
NARIÑO	217.89	255.23	272.07	266.86	309.15
NORTE	205.69	199.07	271.19	312.38	365.09
SANTANDER	261.60	311.41	345.98	318.17	469.78
TOLIMA	246.67	301.34	334.65	408.40	358.06
VALLE	135.25	167.47	206.17	162.72	185.68

Fuente: Cálculos DAP con cifras suministradas por el DNP y DANE

Es importante anotar que la inversión social por habitante en Boyacá se ha venido incrementando debido a que la mayor parte de inversiones realizadas por el Departamento se han canalizado para lograr el bienestar social de la población Boyacense, y así garantizar el acceso y oportunidad en el desarrollo de la población mediante la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de salud, educación, seguridad social, agua potable y saneamiento básico, vivienda, cultura, medio ambiente y fortalecimiento de la infraestructura a nivel departamental.

Indicadores por ciclo vital

Tabla 12. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores por ciclo vital

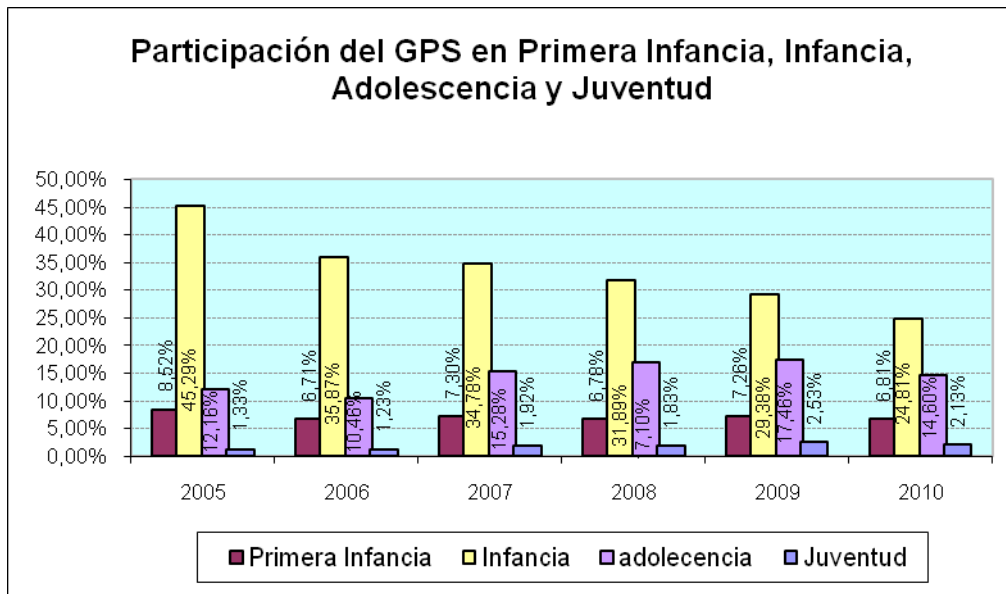
Tema	Indicador
Indicadores por ciclo vital	Gasto público social –GPS- en primera infancia (0 a 6 años)
	Gasto público social –GPS- en infancia (6 a 12 años)
	Gasto público social –GPS- en adolescencia (12 a 18 años)

Fuente: Adaptación “indicadores básicos para hacer medición y seguimiento al gasto público social en los Departamentos. Convenio marco de cooperación y apoyo, UNICEF-CGR.

Prioridad del Gasto Público social en Primera Infancia, Infancia y Adolescencia

Durante el período comprendido entre los años 2005-2010 el Departamento de Boyacá del total de sus Presupuesto destinado al GPS ha invertido más del 50% para la atención de la población de la primera infancia, infancia y adolescencia como lo podemos observar en el siguiente cuadro:

Ilustración 11. Participación del GPS en Primera Infancia, Infancia, adolescencia y Juventud



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Tabla 12. Prioridad Gasto Público Social Infancia y Adolescencia Departamento de Boyacá 2005-2010

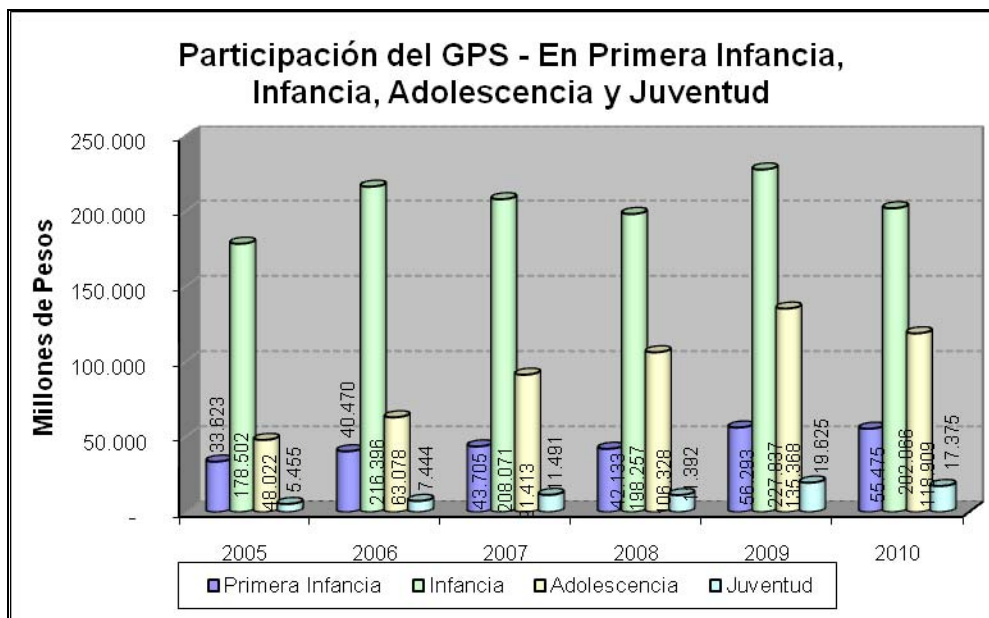
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prioridad GPS	67.3%	54.21%	59.2%	57.6%	56.6%	48.3%

Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Los indicadores anteriores confirman el cumplimiento del departamento a los compromisos adquiridos en el Plan Departamental de Desarrollo en el que se contempla el programa “Boyacá departamento responsable con sus niños, niñas y adolescentes” con el objetivo general de garantizar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes desde la perspectiva de los derechos en el Departamento.

Como se registra en la tabla, el gasto público social en los ciclos vitales de primera infancia, infancia y adolescencia, representa en todos estos años más del 50% de la inversión realizada por el Departamento. En razón a la prioridad que en el plan de desarrollo se otorga a la atención del grupo poblacional de primera infancia, infancia y adolescencia, en armonía con los lineamientos de la ley 1098 de 2006, buscando no solo la mejora en las coberturas de atención, el desarrollo de una estrategia de atención integral desde la política de cobertura y calidad desde el sector educativo se lideró estrategias para que se disminuyera la deserción escolar y en un trabajo intersectorial se consolidará este crecimiento con programas de asistencia nutricional, construcción y mejoramiento de infraestructura física, y transversalmente se garantiza otras condiciones de vida para los infantes y adolescentes de manera indirecta alrededor de la familia en vivienda, agua potable, recreación y deportes, artes y cultura, desarrollo humano y medio ambiente.

Ilustración 13. Participación Infancia y Adolescencia en el Gasto Público Social
Departamento de Boyacá 2005-2010



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Indicadores Sectoriales

Tabla 14.Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores Sectoriales

Tema	Indicador
Indicadores sectoriales	Gasto público social –GPS- en salud
	Gasto público social – GPS - en educación
	Gasto público social – GPS - en vivienda
	Gasto público social – GPS - en agua potable
	Gasto público social – GPS - en saneamiento ambiental
	Gasto público social – GPS - en cultura
	Gasto público social – GPS - en recreación y deporte

Fuente: Adaptación “indicadores básicos para hacer medición y seguimiento al gasto público social en los Departamentos. Convenio marco de cooperación y apoyo, UNICEF-CGR.

Gasto público social –GPS- en salud

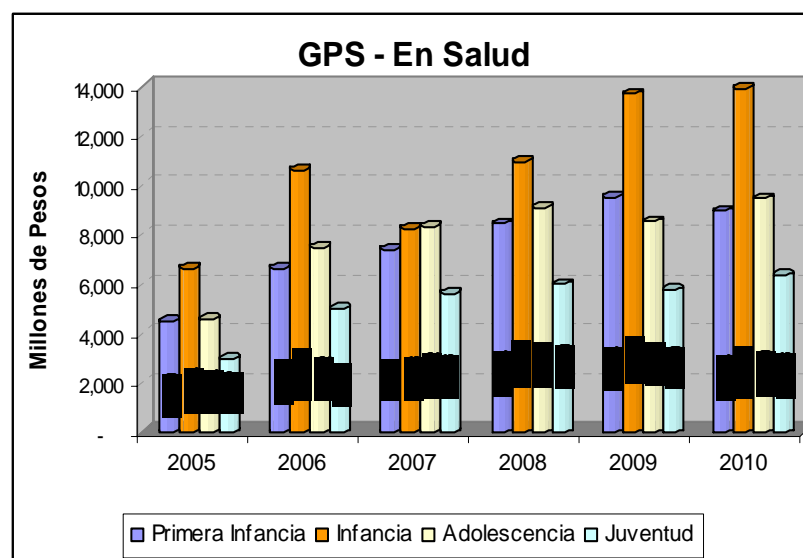
La secretaria de Salud en procura de la garantía de la atención integral en salud en la población boyacense ha tenido un interés especial en la población infante y adolescente consiente que esta etapa del ciclo vital constituye la piedra angular para la Salud y el Bienestar de nuestros habitantes. En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

Tabla 15. Gasto público social en el Departamento de Boyacá por ciclo vital sector.
2005 - 2010

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

Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Ilustración 15. Participación de Infancia, Adolescencia y Juventud en el Gasto Público Social en Salud Departamento de Boyacá 2005 - 2010



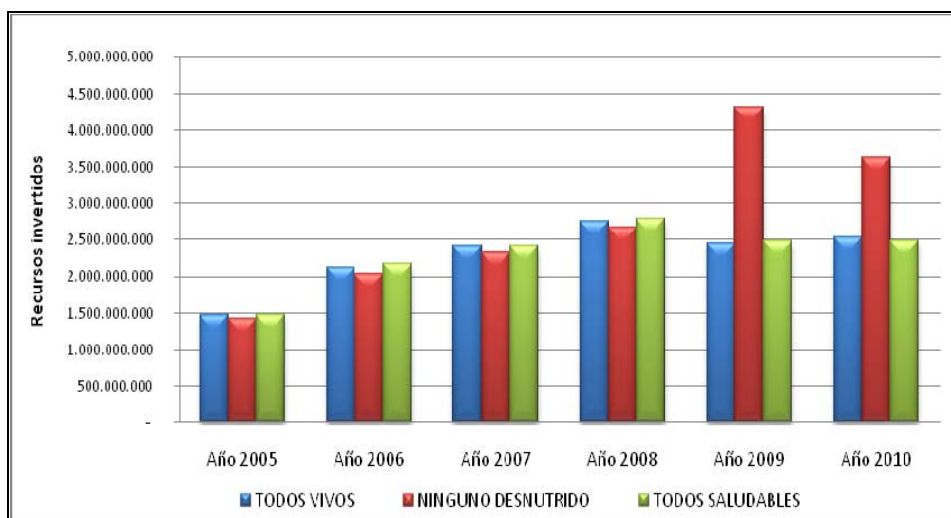
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Se ha desagregando la inversión en salud por ciclo vital y por categoría de derecho de existencia (responsable en su mayoría del sector salud), con el interés de presentar de manera sencilla los avances departamentales en la materia. Cada una de las líneas incluidas

En la categoría (Todos vivos, Ninguno desnutrido, Todos saludables) incluye los recursos asignados en el área de Salud pública, Aseguramiento y Prestación de Servicios.

Para *Primera infancia (menores de 6 años)*, el aumento ha estado a expensas de las tres líneas (Todos vivos, Ninguno desnutrido, Todos saludables), con una atención especial en la prevención y atención de la Desnutrición, donde se ha triplicado la inversión pasando de \$1.424.233.776 en el año 2005 a \$3.632.603.820 en el 2010.

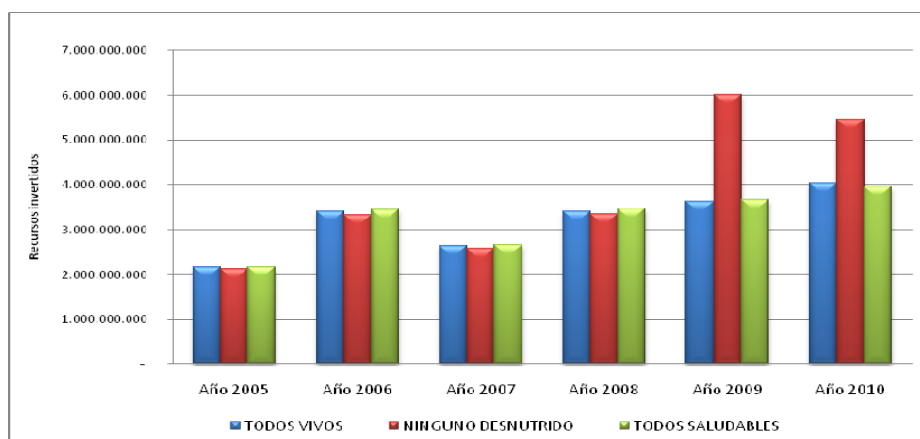
Ilustración 20. Participación de la Primera Infancia en el Gasto Público Social en Salud. Departamento de Boyacá 2005-2010.



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

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

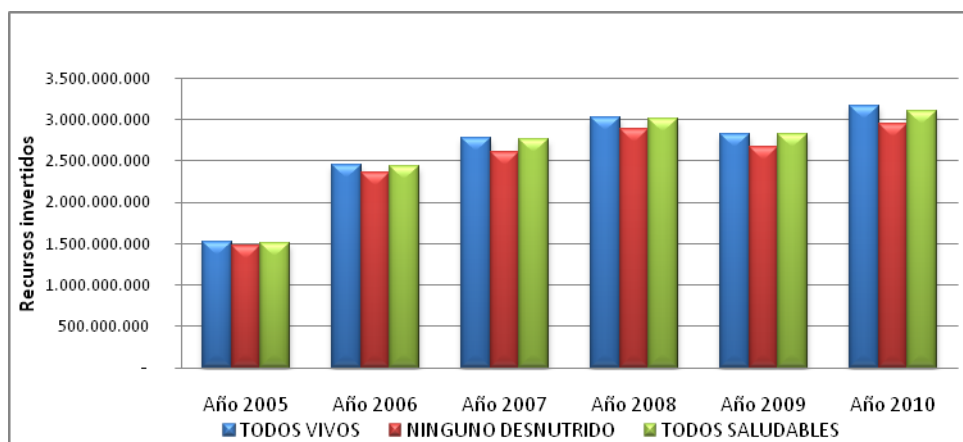
Ilustración 21. Participación de la Infancia en el Gasto Público Social en Salud.
Departamento de Boyacá 2005-2010



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

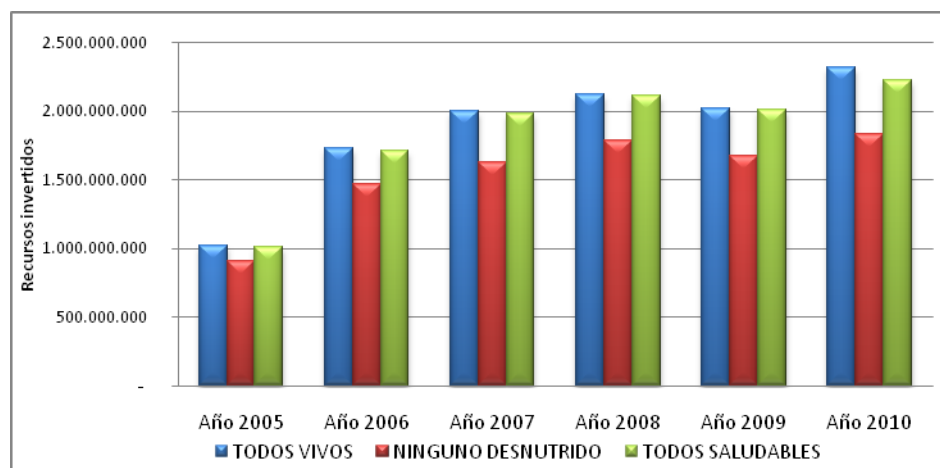
La participación del gasto social en salud para la adolescencia y la juventud, al igual que en los otros ciclos de vida (primer infancia e infancia) aumentó incluso hasta duplicar lo asignado durante el año 2005; la inversión incrementó de manera equitativa en todos los componentes, debido a los esfuerzos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

Ilustración 22. Participación de la Adolescencia en el Gasto Público Social en Salud.
Departamento de Boyacá 2005-2010



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

Ilustración 23. Participación de la Juventud en el Gasto Público Social en Salud.
Departamento de Boyacá 2005-2010

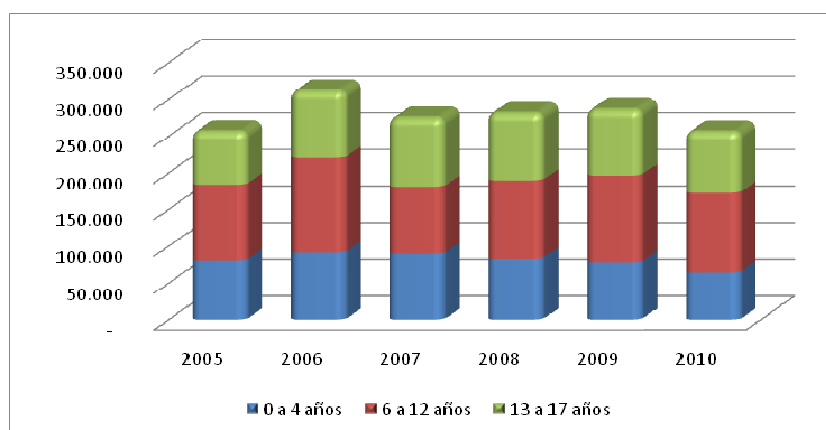


Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá, a partir de información de la Secretaría de Hacienda Departamental

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

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

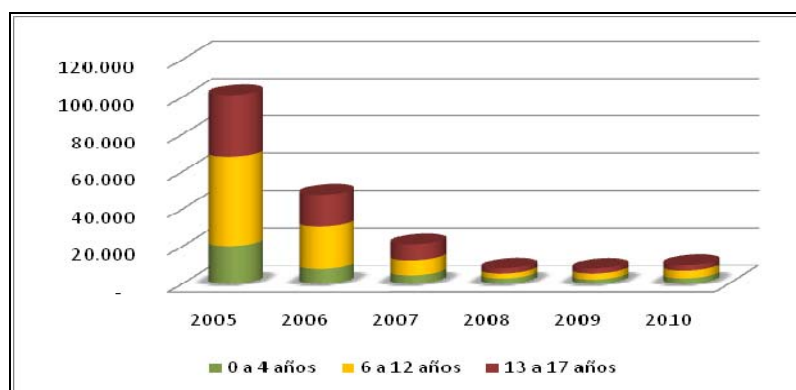
Ilustración 24. Aseguramiento en salud de niños, niñas y adolescentes al Régimen subsidiado. Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.



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

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

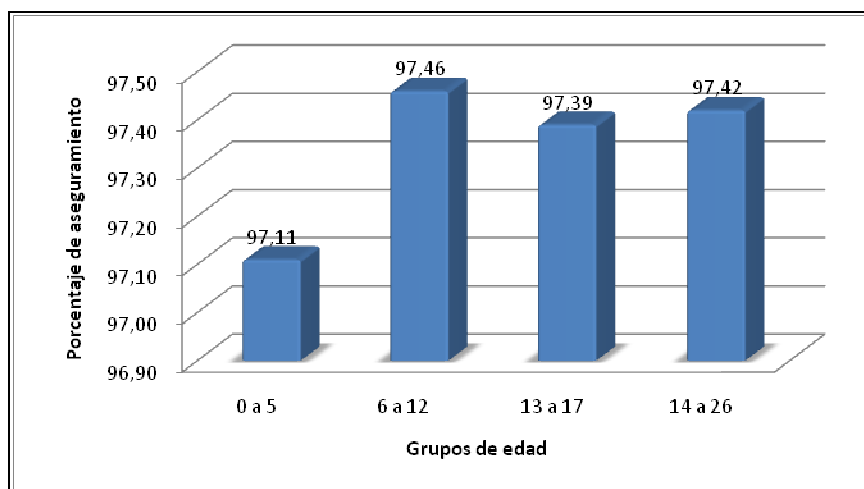
Ilustración 25. Número de niños, niñas y adolescentes sin afiliación al Sistema de Salud (Población Pobre No Asegurada). Departamento de Boyacá, años 2005 a 2010.



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

En 2010 la cobertura de aseguramiento para la población infantil se mantuvo superior al 97% como se puede evidenciar en la grafica, donde la mayor afiliación se encuentra en el grupo de infancia (6 a 12 años) en 97. 46%.

Ilustración 1. Cobertura de Aseguramiento en Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes.
Departamento de Boyacá, año 2010



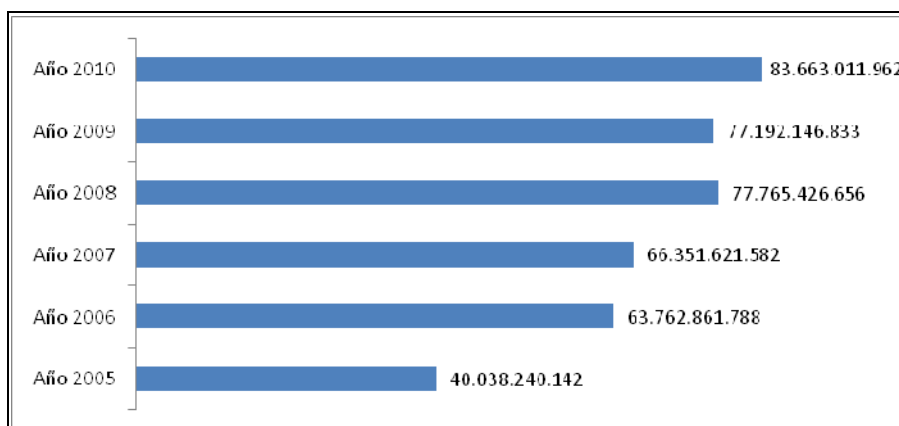
Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. Dirección Técnica de Aseguramiento. Años 2010

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

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

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

Ilustración 27. Inversión Sectorial en Salud para Niños, niñas, adolescentes y Jóvenes, Boyacá años 2005 - 2010



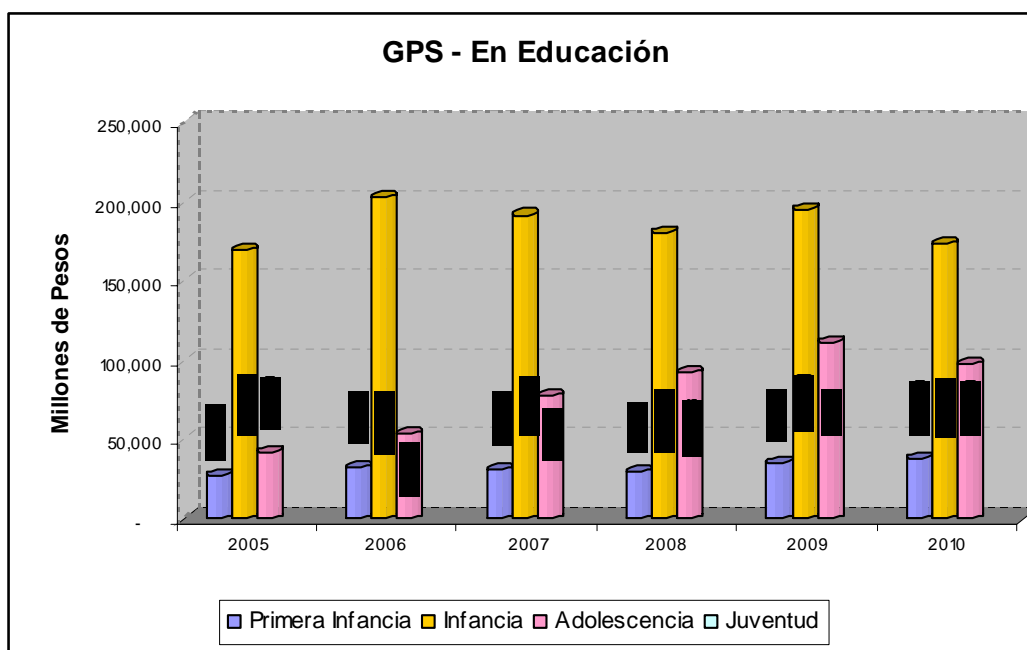
Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá. Años 2005 - 2010

Participación del Gasto en Educación para la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia en GPS

El departamento ha unido esfuerzos en materia de educación con programas en ampliación de coberturas como “Todos a las Aulas”, “Todos contémonos” y “Todos aportemos”; de mejoramiento de Calidad “Mejorar para Educar” y “Evaluar para mejorar”. Esto ha conllevado a una ampliación de cobertura entre los años 2005 y 2010 el que evidencia en cobertura para el año 2005 en infancia del 91% y adolescencia 62% y para el año 2010 de 93% en infancia y adolescencia con un 72% teniendo un crecimiento favorable en cumplimiento a los derechos de los niños y niñas del departamento.

Como se observa su mayor compromiso ha sido hacia la infancia, seguida de la adolescencia.

Ilustración 28. Participación de Gasto público Social en Educación. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

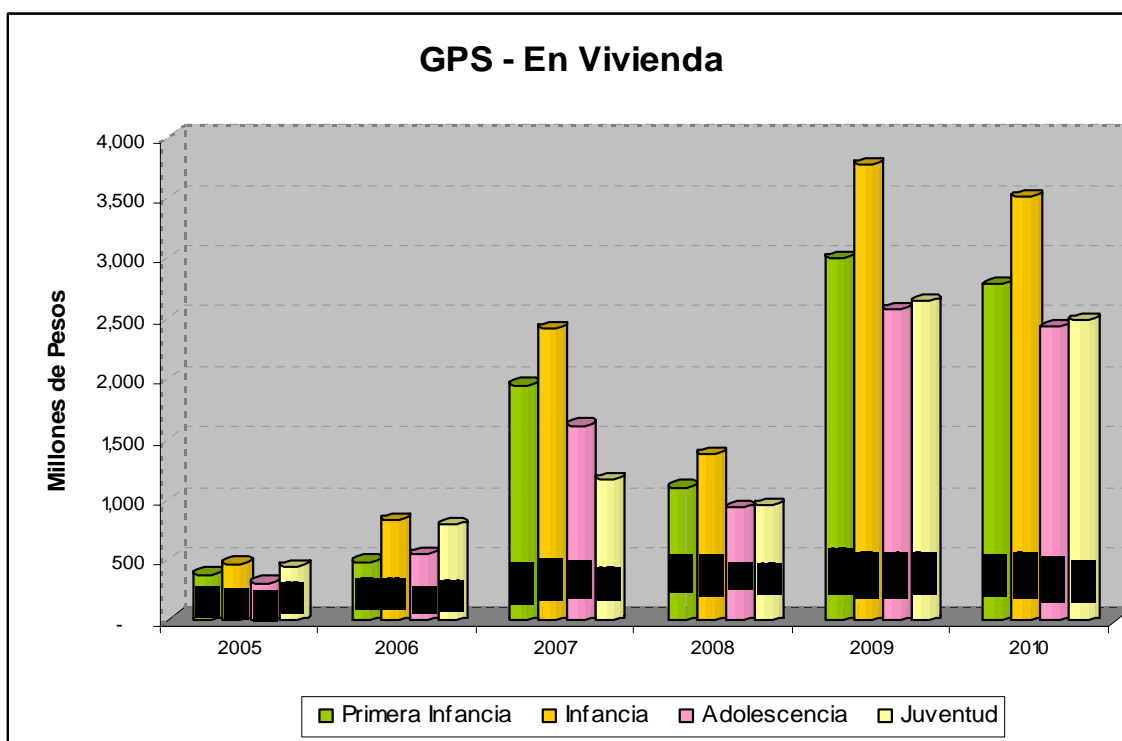


Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Participación del gasto en vivienda en el gasto público social

Boyacá en su política de vivienda de interés social, ha otorgado financiación para construcción de vivienda nueva, mejoramiento de vivienda en zona rural o urbana a familias que vivan en casos de extrema pobreza o afectados por desastres naturales, además se han asignado subsidios de vivienda. El gasto público social en vivienda ha aumentado en los últimos años, pasando de 0.41% en el 2005 a 1.38% en el 2010. Esto se logra gracias al desarrollo de programas como “Plan Vida” proyectos “Vivienda saludable” “Construcción de viviendas de interés social para familias en el área rural y urbana en Boyacá”.

Ilustración 29. Participación de Gasto público Social en Vivienda. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010



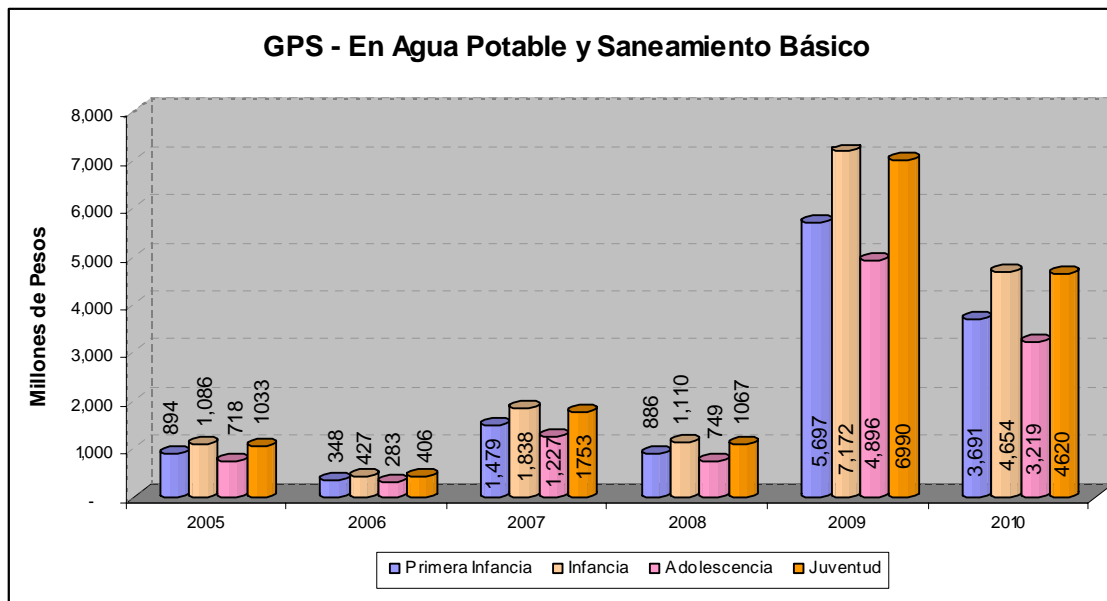
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Estos programas han atendido aproximadamente en estos años a 13.198 niñas, niños, adolescentes y jóvenes de nuestra población que con estos beneficios han mejorado su calidad de vida.

Participación del gasto en agua potable en el gasto público social

Para Boyacá la cobertura en servicios públicos en el departamento es aceptable, para mejorar dicha necesidad en la población el Gobierno Departamental implementó el plan departamental de agua y saneamiento básico, además formuló proyectos de inversión en construcción de unidades sanitarias para familias de estratos 1 y 2 rurales, construcción de baterías sanitarias escolares, manejo de aguas residuales domésticas entre otros. Como se puede observar en el siguiente gráfico, la participación del gasto en agua potable en el total del gasto público social para 2005 fue de 0.94% y del 2010 fue de 1.99%.

Ilustración 30. Participación de Gasto público Social en Agua Potable y Saneamiento Básico. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010

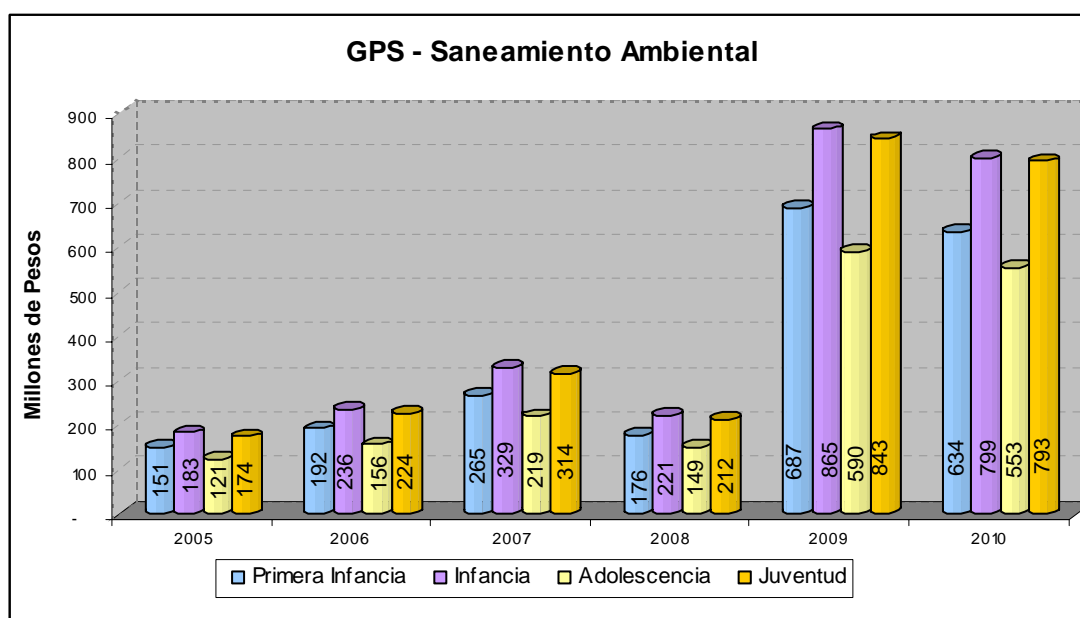


Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Participación del gasto en saneamiento ambiental en el gasto público social

Boyacá ha planteado en los últimos años programas que encaminan al desarrollo ambiental sostenible, enfocados a la recuperación del medio ambiente, tratamiento y manejo de aguas residuales los cuales benefician a toda la población boyacense. Lo evidenciamos en los programas de acueductos rurales y saneamiento básico rural, “Planificación y gestión ambiental territorial”, “Fortalecimiento del Sistema Nacional Ambiental (SINA) regional para la gobernabilidad ambiental”, “Prevención y control de la degradación ambiental”, “Gestión Integral del recurso hídrico”, entre otros. Como se muestra en el siguiente gráfico la participación del gasto en saneamiento ambiental en el total del gasto público social fue de 0.34% en el 2010, cifra que es positiva si se compara con lo obtenido en el 2005 que fue 0.16%.

Ilustración 31. Participación de Gasto público Social en Saneamiento Ambiental.
Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010



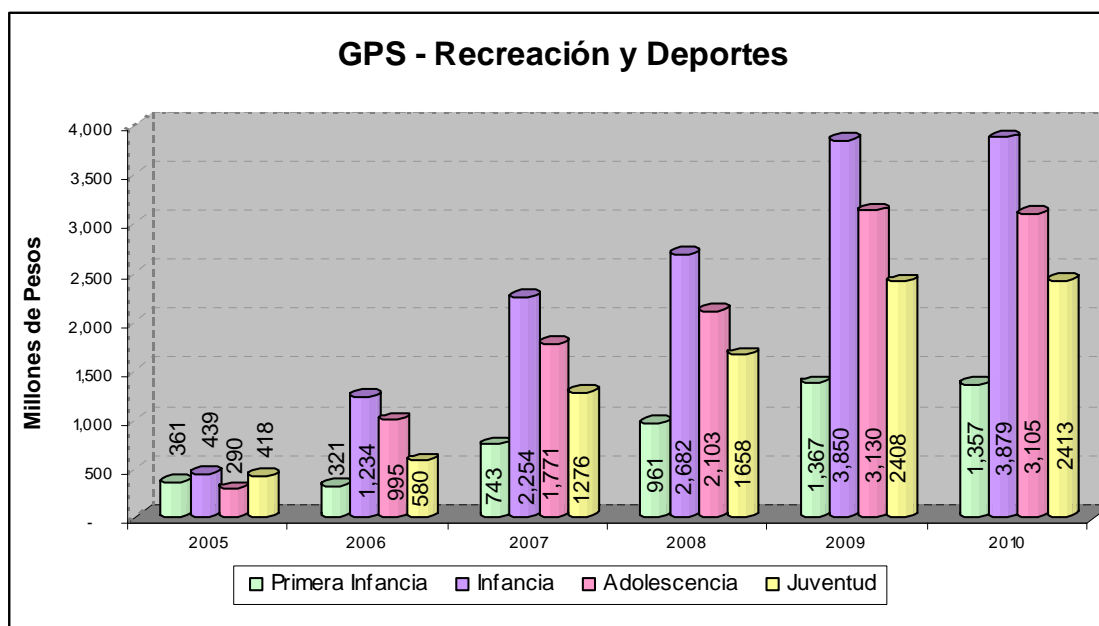
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Participación del gasto en recreación y deporte en el gasto público social

El departamento junto con Indeportes Boyacá, han direccionado el Plan departamental de deporte, la educación física y la recreación orientado a promover, impulsar y contribuir al desarrollo de la población en sus diferentes ciclos de vida, mediante la estimulación al desarrollo del deporte y la cultura orientado a mejorar la calidad de vida, con el desarrollo de Juegos Intercolegiados de Boyacá, participación en los Juegos Intercolegiados Nacionales, para el último año Indeportes Boyacá realizó una inversión de \$739 millones en escuelas de formación, festivales escolares, \$493 millones para juegos intercolegiados, e inversión en apoyos ligas deportivas para esta población, con una cobertura de 3770 niñas, niños; apoyo festivales de Escuelas,

La participación del gasto en recreación y deporte sobre el total del gasto público social fue de 1.32% para el 2010 con relación al 2005 que fue de 0.38%.

Ilustración 32. Participación de Gasto público Social en recreación y deporte. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010



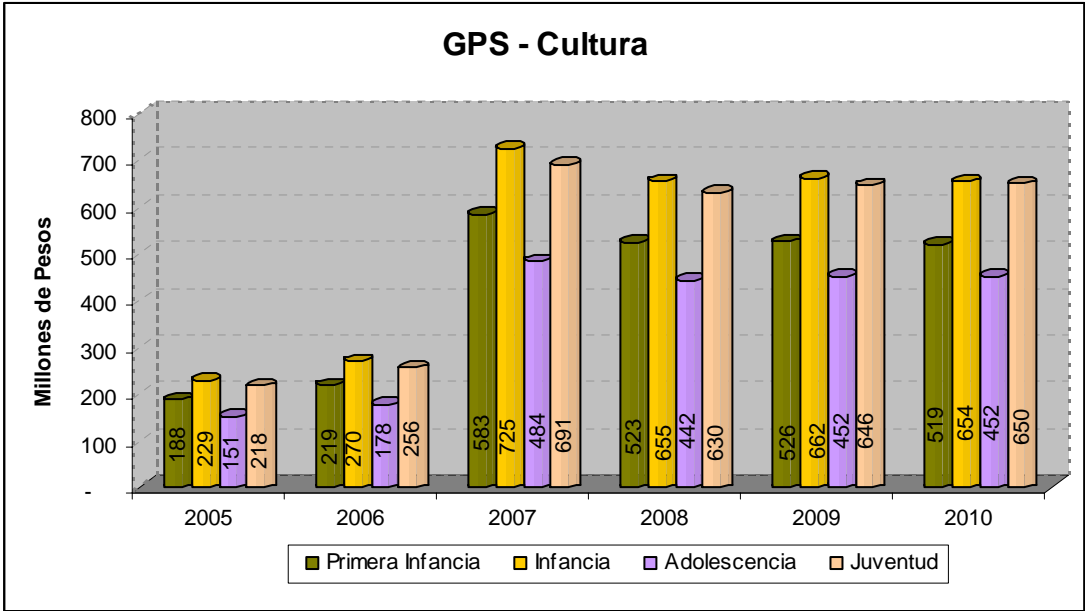
Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

Participación del gasto en cultura en el gasto público social

La participación del gasto en cultura en el total del gasto público social fue de 0.28% para el 2010 y un promedio de 0.31% en estos años. Cifra muy positiva si se consideran todos los esfuerzos que se hacen desde el Departamento en gestión, para impulsar y fortalecer los procesos en la Áreas de Música, Bibliotecas y Patrimonio, mediante programas de “Fortalecimiento del Sistema Departamental de Cultura” con equipos tecnológicos y diversas series para bibliotecas públicas municipales, acompañado del programa de promoción de lectura, uso del software SIABUC. “Promoción y fortalecimiento de procesos de formación artística y cultural Plan piloto de formación artística para Boyacá” en el año 2010 se registran más de 20.000 niños y jóvenes que pertenecen a procesos de formatos en música, danza, teatro, artes plásticas, cinematografía, artes plásticas. Se capacitaron 105 maestros responsables de la educación artística en la zona centro del Departamento y por su conducto se beneficiaron a 11.409 estudiantes, se dio inicio al programa de “Formador de formadores”, se creó el programa “Niños cantores de Boyacá” con presentaciones en auditorios nacionales como Corferias y el auditorio Julio Mario Santo Domingo, se dotaron Instituciones educativas

de instrumentos de cuerda y de percusión típica, entre otros que garantiza a los municipios contar con nuevas oportunidades para la formación de los niños, niñas y jóvenes, generando espacios para la sana convivencia, mejor utilización del tiempo libre y una adecuada recreación, que cautive a sus habitantes.

Ilustración 33. Participación de Gasto público Social en Cultura. Departamento de Boyacá, año 2005 - 2010



Fuente: Secretaría de Hacienda Departamental

1.2 ANÁLISIS DE LOS DERECHOS POR CICLO DE VIDA

1.2.1 PRIMERA INFANCIA

La primera infancia es una etapa del ciclo vital humano, que comprende desde la gestación y hasta los cinco años. Es la etapa en la cual las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades. La Primera Infancia es importante por los diferentes y complejos procesos que el ser humano realiza durante este periodo:

- Ocurre su mayor desarrollo neuronal.
- Se determinan las capacidades para las relaciones vinculares y afectivas, que en otras etapas de la vida será difícil o casi imposible construir.
- Se desarrollan las habilidades básicas para el lenguaje y la motricidad fina y gruesa.
- Se da el reconocimiento de sí mismo-a y del entorno físico y social, que luego se refleja en la construcción de su auto concepto, su autoimagen y sus relaciones e interacciones con su mundo.
- Se sientan las bases para los procesos de comunicación individual y colectiva.
- Se desarrollan las habilidades básicas para el auto cuidado.

Aunque todos los procesos mencionados anteriormente ocurren durante el resto de la vida, se reconoce que es en la primera infancia, cuando se realiza el mayor desarrollo de capacidades y habilidades del ser humano⁴.

A continuación se presentaran los indicadores que permiten apreciar la garantía de derechos de niños, niñas en este ciclo vital.

CATEGORÍA: EXISTENCIA

En este capítulo se analizaran los cuatro objetivos de política que se encuentran contemplados en esta categoría:

⁴ Convenio por la Primera Infancia y la Educación Inicial en el Distrito Capital. Todos los derechos reservados.
http://www.bogota.gov.co/ninos_boletin/index.htm

- Todos vivos.
- Ninguno sin familia.
- Ninguno desnutrido.
- Todos saludables.

Objetivo de política. Todos Vivos.

Refleja los avances de la familia y el estado para ofrecer protección a sus niños, niñas menores de 5 años y madres gestantes, así como la cultura en el manejo de enfermedades prevenibles y riesgo de accidentes.

En este objetivo se analizan

Tabla 16 .Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Vivos.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos vivos	Mortalidad Materna	Razón de mortalidad materna
	Mortalidad Infantil (Menores de 1 año)	Tasa de mortalidad en menores de un año
	Mortalidad en la niñez (De 0 a 5 años)	Tasa de mortalidad de niños, niñas de 0 a 5 años.
		Causas de defunción en niños y niñas menores de 5 años. Mortalidad infantil

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Vivos. Guía para alcaldes. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Mortalidad materna

La mortalidad materna se define como la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días siguientes a la terminación del embarazo. Se encuentra relacionada con múltiples factores entre los que se encuentran desigualdad económica, nivel educativo de las mujeres, carencia de oportunidades, problemas de acceso, oportunidad, calidad de los servicios de salud.⁵

⁵Referido en “Protocolos de vigilancia en salud pública. Mortalidad Materna”. Secretaría Distrital de salud de Bogotá.

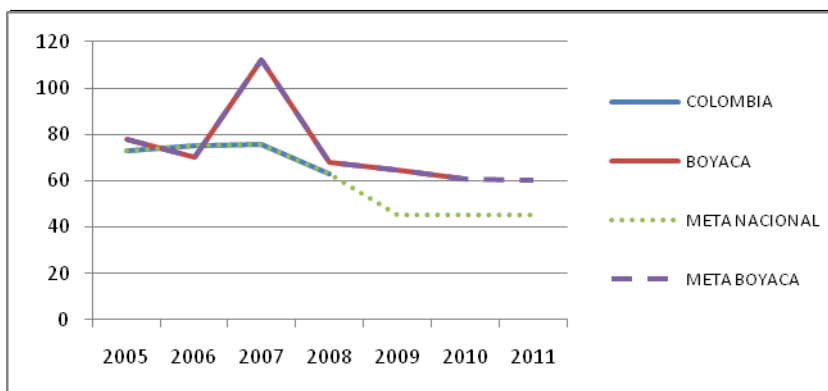
Es el 8 objetivo de desarrollo del milenio ya que se considera que entre el 90% a 95% de estas son evitables con oportuno y adecuado manejo y debido a la importancia de la mujer como cuidadora y en muchos casos cabeza de familia. La meta de reducción de mortalidad materna es igual o menor de 60 X 100.000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

A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se ha trabajado con iniciativas para la reducción de la mortalidad materna, persisten cifras elevadas que se estiman para el año 2003 en 84.4 por 100.000 nacidos vivos⁶ con diferencias importantes por departamento, grupo etario y condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

El departamento de Boyacá no se aparta de esta realidad y es por esta razón que ha desarrollado acciones para su reducción las cuales involucran diversos actores gubernamentales⁷ y no gubernamentales. Sin embargo, pese a los ingentes esfuerzos realizados, no existe correspondencia entre estos y los resultados ya que las cifras (aunque tendientes a la reducción) continúan siendo preocupantes.

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

Ilustración 34. Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011.



Fuente: SIVIGILA. 2005-2010⁸

⁶Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Ministerio de la Protección Social. INS. OPS, 2005

⁷ El actual gobierno incluyó la reducción de la mortalidad materna como prioridad en salud pública

⁸La información obtenida tanto por el SIVIGILA como el DANE guardan concordancia ya que el Departamento de Boyacá se destaca por el análisis y correlación de datos entre las fichas de notificación obligadora para Mortalidad Materna y el certificado de defunción, motivo por el cual a la fecha la Secretaria de Salud de Boyacá cuenta con los datos del año 2009 y 2010 fuente SIVIGILA mientras que los datos DANE para estos años son parciales.

Tabla 17.Tendencia razón de mortalidad materna Colombia –Boyacá. 2005-2011

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Meta 2011
Colombia	73.1	75.0	75.6	62.8			45
Boyacá	78	70.1	112.2	67.7	64.7	61	60

Fuente: SIVIGILA. 2005-2010

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

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

Tabla 18.Muertes maternas por municipio. Departamento de Boyacá, año 2010

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

Fuente: SIVIGILA, año 2010

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

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

Tabla 19. Resumen de las principales causa de defunciones maternas, Boyacá. 2005-2008 (grupos de causas de defunción -lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS).

CAUSA DE DEFUNCIONES MATERNAS	%
EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10-O16)	38,5
OTRAS AFECCIONES OBSTÉTRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (O95-O99)	23,1
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (O60-O75)	15,4
OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20-O29)	7,7
TRANSTORNOS RELACIONADOS CON HEMORRAGIAS	7,7
EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO	7,7
TOTAL	100 %

Fuente. DANE. Estadísticas Vitales.2005 -2008.

Las causas de mortalidad materna en los últimos 5 años están representadas en un 38.5% por los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, seguidas por las afecciones obstétricas con un 23.1% y las complicaciones del trabajo de parto y parto con un 15.4% y en menor proporción otros trastornos relacionados con el embarazo, los trastornos relacionados con hemorragia y aborto con un 7.7% respectivamente lo que conlleva al reforzamiento de la

identificación oportuna de las señales de peligro por parte de las gestantes para que acudan a los servicios de salud para la prevención de la morbilidad y mortalidad materna.

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

- El 87% de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por médicos, el 7% de los embarazos de los últimos cinco años fue atendido por enfermeras; 6% de las embarazadas no fue atendida por nadie.
- Tres de cada cuatro embarazadas recibieron complementos de hierro y 86% recibieron vacuna antitetánica.
- El 92% de los partos tuvo lugar en una institución de salud, la gran mayoría (88%) del sector público y el resto del sector privado; el 8% de los nacimientos ocurrieron en la casa, el 27% de los nacimientos fueron por cesárea.
- El 8% de los nacimientos ocurrieron en la casa, el 27% de los nacimientos fueron por cesárea.
- Menos de uno de cada diez niños no fue pesado cuando nació, un 8% con bajo peso al nacer (menos de 2.5 kilogramos) y 68% con 2.5 o más kilogramos,
- Sin embargo, con base al porcentaje de cumplimiento en las acciones de promoción y prevención con base en la protección específica y detección temprana a las mujeres embarazadas se evidenció que la cobertura del control prenatal es mayor del 95% en donde más del 60% acude a su control prenatal en el primer trimestre de embarazo en un promedio de 4 controles principalmente por el médico y la enfermera profesional, en cuanto el parto institucional según el DANE para el 2008 fue del 97% atendido principalmente por el médico (95%) y el 3% domiciliario, un 25% en la población indígena del municipio de Cubará; sin embargo, aumenta el bajo peso al nacer (9.3% de N.V) que está relacionado principalmente con las gestantes menores de 24 años y su estado nutricional.

Estrategias para Fortalecer una Maternidad Segura

Las estrategias que se proponen en el componente de mortalidad materna en el Departamento de Boyacá y que están siendo desarrolladas en la actualidad son continuas en el tiempo, por tal razón no se clasifican en corto, mediano y largo plazo.

- Asistencia Técnica para el desarrollo de mecanismos de vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones de salud con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones de primer, segundo y tercer nivel de complejidad, que realizan control prenatal, atención en planificación familiar, atención del parto, del

puerperio y del recién nacido, con base en el registro de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento en Salud Sexual y Reproductiva de acuerdo a lo establecido en la Resolución 0412 del 2000.

- Difusión de las Normas Técnicas y Guías de atención al recurso humano (médicos, gineco-obstetras, pediatras, enfermeras, bacteriólogas, auxiliares de enfermería) en forma continua y en servicio que se requiere para la atención integral Materno y Perinatal sin barreras y con calidad.
- Manejo de los riesgos relacionados con la maternidad segura: Historia CLAP Partograma, Complicaciones Hipertensivas asociadas al embarazo, Complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo (Código Rojo), Procesos infecciosos durante el embarazo, parto, puerperio, Mortalidad Materna, Morbilidad Materna Extrema, emergencias obstétricas, violencia sexual, interrupción voluntaria del embarazo, Sífilis Gestacional y congénita, VIH Materno-Perinatal. De acuerdo a lo establecido en la Resolución 0412 del 2000, y Vigilancia en Salud Pública Decreto 3518 de 2006. Años 2008-2011
- Diseño de una metodología para el estudio y análisis de carga de enfermedad, vigilancia de casos, acceso y calidad de los servicios de atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido durante los años 2005-2010. Año 2011
- Acompañamiento a los comités de Vigilancia en Salud Pública a nivel municipal y departamental para el análisis de los eventos de interés en salud pública relacionados con Maternidad Segura (Morbilidad extrema, Mortalidad materna y perinatal, Sífilis Gestacional y Congénita, Hepatitis B, VIH materno - perinatal). Por periodo epidemiológico anualmente.
- Alianzas con las EPS e IPS para eliminar las barreras económicas que limitan a las mujeres más pobres y con mayores riesgos para su salud de hacer uso de los servicios de salud. Años 2008-2011
- Alianzas con instituciones educativas formales y no formales para la formación del Recurso Humano en Salud. Año 2010 - 2011
- Adopción del Modelo de Atención primaria en Salud con enfoque en salud familiar (APS-SF) para la optimización e integración del SGSSS como política pública Ordenanza 023 del 14 de Septiembre de 2010 cuyo objetivo es la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas, planes y programas en salud pública, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, tendientes a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los (las) Boyacenses, por ciclo vital con mayor énfasis en las madres, niños, niñas, adolescentes y adulto mayor. A partir del año 2010.
- Fortalecer en el departamento de Boyacá la red de prestación de servicios de primer nivel de atención asistencial de la población para garantizar la atención integral, integrada y continua desde la detección temprana hasta la superación de la enfermedad y recuperación de la salud; con la aplicación de protocolos, normas y guías de atención vigentes para la atención de las personas en detección temprana, protección específica y consulta general por ciclo vital, con el concurso de las IPS en la continuidad y capacidad tecnológica, científica y de talento humano entrenado para el desarrollo de las acciones propuestas, aplicando medicamentos de control que garanticen el funcionamiento articulado y eficiencia del sistema de referencia y contra referencia establecido para la red de prestadores del Departamento teniendo en cuenta

la población más vulnerable (Gestantes, Recién Nacidos, Niños y Niñas). Reorganización primer trimestre de 2011.

Mortalidad Infantil

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

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

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

Las principales causas de mortalidad perinatal son: 1. Feto y Recién Nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento (46.3%⁹). 2. Trastornos respiratorios del periodo perinatal (19.4%), 3. Malformaciones congénitas (10.3%) y en menor proporción se encuentran: Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (4.2%).

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

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

⁹Relacionado a la inadecuada clasificación de las causas que llevaron a la muerte perinatal por parte del personal médico que atiende el parto.

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

Ilustración 35. Tendencia Tasa de mortalidad Infantil. Boyacá, años 2005-2009



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

Se observa una disminución notable de la mortalidad infantil en los últimos 5 años, pasando de 17.4 muertes por cada mil nacidos menores de 1 año en el año 2005 a 11.3 en el 2009 y de 21.9 por mil nacidos vivos menores de 5 años en 2005 a 14.6 en 2009; situación que de acuerdo a las proyecciones para el año 2010 tendrá una tendencia al descenso.

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

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

Tabla 20. Mortalidad Infantil en Boyacá. Distribución por municipios, año 2009¹⁰

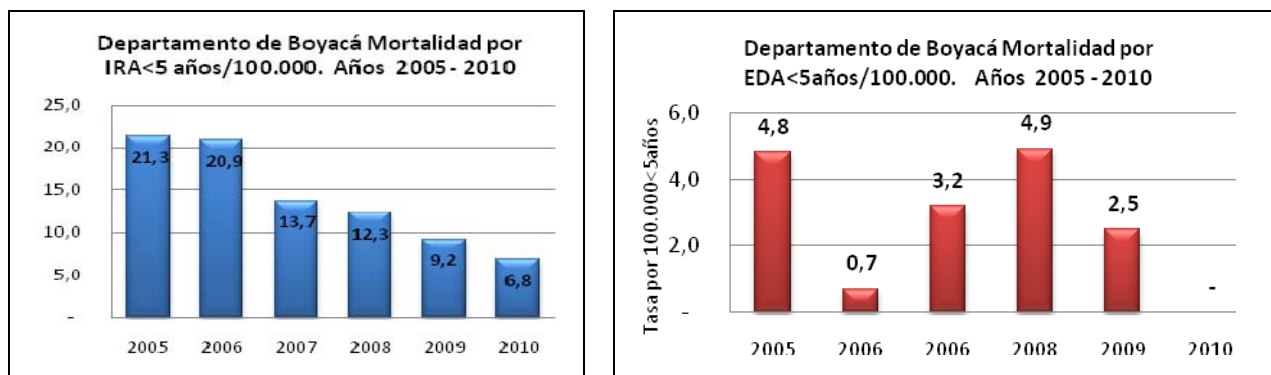
Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 1 año	Tasa por 1.000 NV
SATIVASUR	1	111.1	SANTA MARIA	1	23.3	SIACHOQUE	2	12.8
SACHICA	4	71.4	CHIQUEZA	2	23.0	DUITAMA	22	12.6
GUACAMAYAS	1	66.7	OTANCHE	3	22.4	CHIQUEQUIRA	13	11.8
PANQUEBA	1	55.6	SAN PABLO/BORBUR	2	22.2	MARIPI	1	11.6
SUTATENZA	2	55.6	UMBITA	2	19.4	MONGUA	1	11.1
COPER	2	52.6	SUTAMARCHAN	1	19.2	TIBANA	1	11.0
CHISCAS	2	47.6	SORACA	2	19.0	GAMEZA	1	10.8
CUBARA	4	43.5	QUIPAMA	1	18.5	SAMACA	4	10.4
CHITA	6	43.2	CHITARAQUE	2	18.3	RAQUIRA	1	10.1
MONGUI	3	42.9	TASCO	2	18.2	TUNJA	27	9.4
TINJACA	1	41.7	SAN MATEO	1	16.7	SOTAQUIRA	1	8.8
EL COCUI	3	38.0	BELEN	2	16.3	RAMIRIQUE	1	7.8
EL ESPINO	1	35.7	PAUNA	2	16.1	PESCA	1	7.5
SANTANA	4	34.2	SOATA	2	15.9	SANTA/VITERBO	1	7.0
TUTA	4	33.3	MONIQUEIRA	5	15.4	AQUITANIA	2	7.0
TOTA	3	33.3	JERICO	1	15.4	SOCOTA	1	6.7
TUTAZA	1	33.3	BOYACA	1	14.9	TIBASOSA	1	6.7
GARAGOA	6	31.4	BUENAVISTA	1	14.9	MUZO	1	6.6
RONDON	1	29.4	PAZ DE RIO	1	14.9	VILLA DE LEYVA	1	5.4
TOCA	5	28.6	BOAVITA	1	14.3	NOBSA	1	5.0
COVARACHIA	1	27.0	ZETAQUIRA	1	14.1	SOGAMOSO	10	4.9
CHIVATA	1	26.3	CIENEGA	1	13.9	PAIPA	2	4.4
GUAYATA	1	25.0	PUERTO BOYACA	13	13.8	VENTAQUEMADA	1	4.3
MIRAFLORES	3	24.2	SOCHA	2	13.1	COMBITA	0	0.0

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

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

¹⁰ La tabla incluye únicamente los municipios que en el año 2009 presentaron muertes en menores de 1 año

Ilustración 36.Comparativo Mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años. Departamento de Boyacá. 2005-2010



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

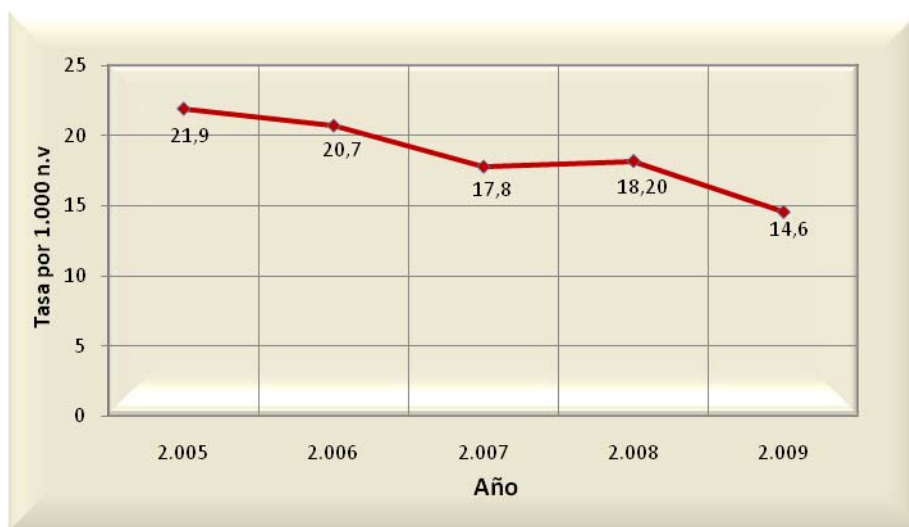
Los avances en relación a la mortalidad infantil se atribuyen en gran medida a la iniciativa departamental en el desarrollo de planes, programas y proyectos dirigidos a los niños, niñas y adolescentes, siendo los más relevantes:

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

Mortalidad en la niñez

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

Ilustración 16. Tendencia Tasa de mortalidad en la Niñez. Boyacá. 2005-2010.



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

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

Tabla 131. Distribución de mortalidad infantil y en la niñez por provincias. Departamento de Boyacá, año 2008.

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

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

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

Tabla 22. Mortalidad en niños y niñas menores de 5 años. Distribución por municipios, año 2009¹¹

Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV	Municipio	Muertes en < 5 años	Tasa por 1.000 NV
Sativasur	1	111.1	Campohermoso	1	27.8	Boavita	1	14.3
Tunungua	2	76.9	Covarachía	1	27.0	Zetaquirá	1	14.1
Sáchica	4	71.4	Chivata	1	26.3	Aquitania	4	13.9
Chiscas	3	71.4	Guayatá	1	25.0	Ciénega	1	13.9
Guacamayas	1	66.7	Santa María	1	23.3	Socha	2	13.1
Cubara	6	65.2	Chíquiza	2	23.0	Samacá	5	13.0
Chita	9	64.7	Otanche	3	22.4	Siachoque	2	12.8
Panqueba	1	55.6	San pablo/Borbur	2	22.2	Chiquinquirá	13	11.8
Sutatenza	2	55.6	Gameza	2	21.5	Maripi	1	11.6
Cuitiva	1	55.6	Ventaquemada	5	21.5	Arcabuco	1	11.5
Coper	2	52.6	Puerto Boyacá	19	20.1	Mongua	1	11.1
La capilla	1	52.6	Úmbita	2	19.4	Tunja	32	11.1
Mongui	3	42.9	Sutamarchan	1	19.2	Paipa	5	11.1
Tinjacá	1	41.7	Soracá	2	19.0	Tibana	1	11.0
Tuta	5	41.7	Quipama	1	18.5	Turmeque	1	10.3
El cocuy	3	38.0	Chitaraque	2	18.3	Ráquira	1	10.1
Tasco	4	36.4	Guican	1	17.2	Sotaquirá	1	8.8
El espio	1	35.7	San mateo	1	16.7	Guateque	1	8.3
Santana	4	34.2	Togui	1	16.4	Ramiriquí	1	7.8
Tota	3	33.3	Pauna	2	16.1	Sogamoso	15	7.3
Tutazá	1	33.3	Soatá	2	15.9	Santa Rosa/Viterbo	1	7.0
Belén	4	32.5	Moniquirá	5	15.4	Socotá	1	6.7
Miraflores	4	32.3	Boyacá	1	14.9	Tibasosa	1	6.7
Iza	1	32.3	Buenavista	1	14.9	Muzo	1	6.6
Garagoa	6	31.4	Paz de río	1	14.9	Saboya	1	6.6
Jericó	2	30.8	Pesca	2	14.9	Combita	1	6.3
Rondón	1	29.4	Duitama	26	14.9	Villa / Leyva	1	5.4
Toca	5	28.6	Nobsa	3	14.9	Total	270	14.6

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

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

¹¹ La tabla incluye únicamente los municipios que en el año 2009 presentaron muertes en menores de 5 años

Causas de Mortalidad en la primera infancia:

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

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

Tabla 23. Causas de defunción en niños y niñas menores de 5 años. Departamento de Boyacá, año 2008

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

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

No obstante la importante disminución de las muertes infantiles en Boyacá, el 76,7% de estas ocurren en el primer mes de vida, lo cual obliga a incrementar los esfuerzos conjuntos para disminuir el peso de la muerte en el período neonatal.

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

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

- Estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia -AIEPI.
- Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI.
- Programa de Amor y Nutrición.
- Programa ampliado de Inmunizaciones (Vacunación) – PAI.
- Modelo de Atención Primaria en Salud.

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

Objetivo de política. Ninguno desnutrido

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

El monitoreo del objetivo se da a partir de los temas que se presentan a continuación:

Tabla 24. Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Desnutrido.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Desnutrido.	Anemia Nutricional	Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional
	Bajo peso al nacer.	Porcentaje de niños, niñas con bajo peso al nacer
	Lactancia Materna	Porcentaje de niños, niñas entre 0-6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva
	Nutrición en niños, niñas	Porcentaje de niños, niñas valorados con desnutrición crónica
		Porcentaje de niños, niñas valorados con Desnutrición Global

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno desnutrido. Guía para alcaldes. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

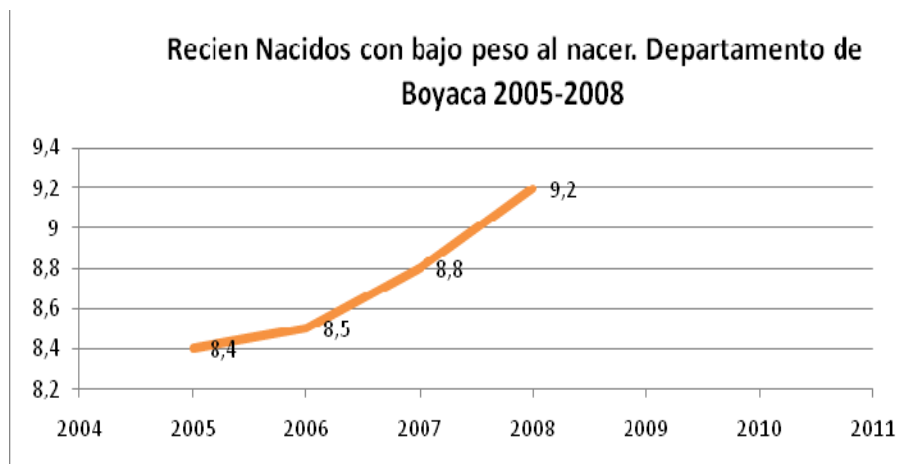
Mujeres gestantes con anemia nutricional

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

Niños, niñas con bajo peso al nacer

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

Ilustración 38. Recién Nacidos con bajo peso al nacer. Departamento de Boyacá. Años 2005 -2008



Fuente: DANE

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

Lactancia Materna

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

Promedio de duración total de la lactancia materna en meses

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad; contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La Secretaria de Salud de Boyacá basada en la evidencia científica y en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud¹². Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

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

¹² La OMS afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta.

Tabla 25. Consolidado de la situación de lactancia materna en Boyacá y Colombia. 1997 - 2005

INDICADOR	ICBF 1997 ¹³	ICBF 2001 ¹⁴	ENDS SUBREGIÓN BOYACÁ, CUNDINAMARCA Y META 2000 ¹⁵	ENDS COLOMBIA 2000 ¹⁶	ENSIN BOYACÁ 2005 ¹⁷	ENSIN NACIONAL 2005	ENSIN BOYACÁ 2010	ENSIN NACIONAL 2010
% de niños menores de 5 años que iniciaron amamantamiento	95	85.2	94.6	95	98.2	97.1		
% de niños y niñas que fueron amamantados durante la primera hora de nacidos			57.7	61	53.4	48.9		
Promedio de duración de la lactancia materna exclusiva en meses (recomendación 6 meses)			1,9	0,7	4,3*	2,2	4,5	1,8
Promedio de duración total de la lactancia materna en meses (recomendación 24 meses)	14.5	17	17	17	15 *	14,9	22,6	14,9
Edad promedio de iniciación de alimentos complementarios	3.7 mes	4.5 meses	-	-	-	-		

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

¹³Primera encuesta sistema de evaluación de impacto HCB 0 a 6 años ICBF 1997

¹⁴Encuesta sobre prácticas de lactancia materna ICBF Regional Boyacá 2001

¹⁵Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Subregión Boyacá, Cundinamarca y Meta. PROFAMILIA. 2000

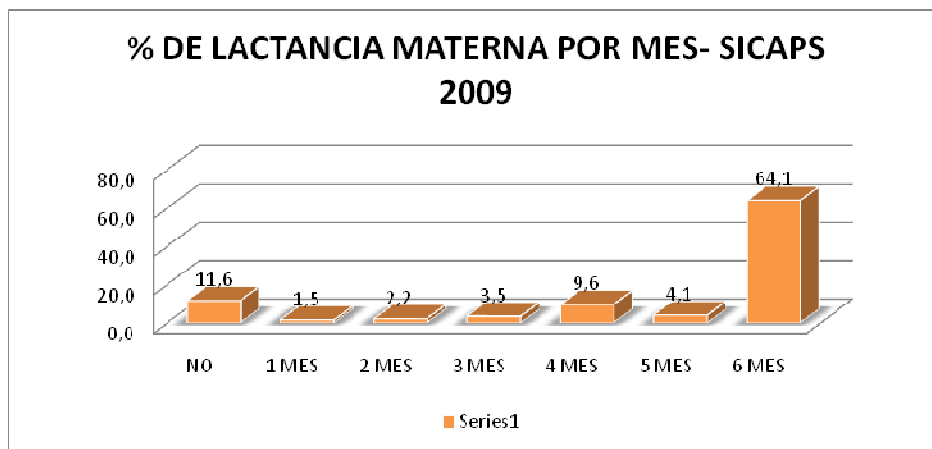
¹⁶Encuesta Nacional de la situación nutricional en Colombia - ENSIN – 2005 y 2010

¹⁷Datos presentados para la subregión Boyacá, Cundinamarca y Meta dentro de la ENSIN 2005

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

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

Ilustración 39. Porcentaje de lactancia materna por mes. Departamento de Boyacá. Año 2009.



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

La promoción de intervenciones locales que comprometen a las instituciones que atienden menores de 5 años para que se constituyan como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ) en la promoción protección y apoyo de la lactancia materna y el desarrollo infantil han sido una de las mejores alternativas para mejorar la lactancia materna, reflejada además en la disminución de mortalidad por enfermedad diarreica aguda y por enfermedad respiratoria aguda.

De igual manera la implementación del programa de Amor y Nutrición y el modelo de Atención Primaria en Salud y operatividad de los Centros de recuperación nutricional han contribuido de

manera importante no solo a identificar la población de alto riesgo nutricional, sino a empoderar a las comunidades frente a su auto cuidado y manejo de factores de riesgo, con énfasis en lactancia materna exclusiva hasta los seis años, hábitos de higiene saludable en el proceso de amamantamiento, complementación nutricional no solo del menor sino de la madre y promoción de habilidades para la crianza segura y prevención de accidentes en el hogar, todo lo anterior en miras del Nuevo ciudadano Boyacense.

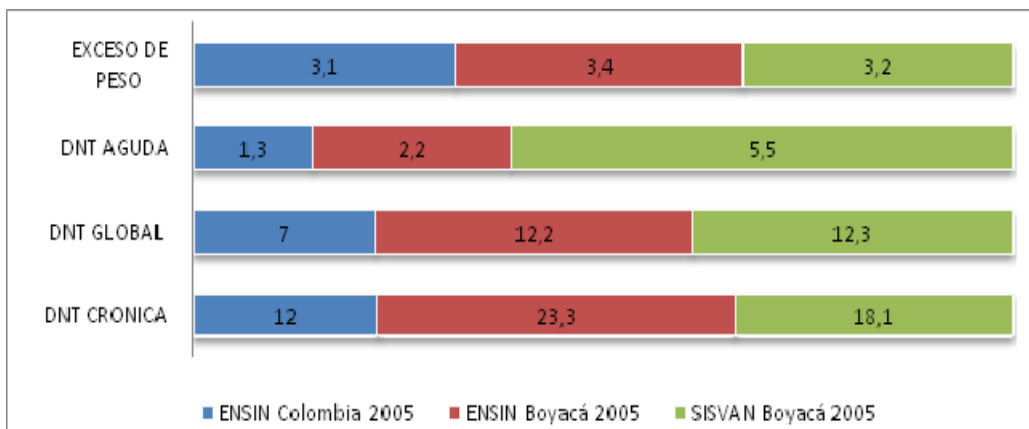
Nutrición en niños y niñas menores de 5 años

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

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

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

Ilustración 40.Prevalencia por tipo de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Boyacá. 2005

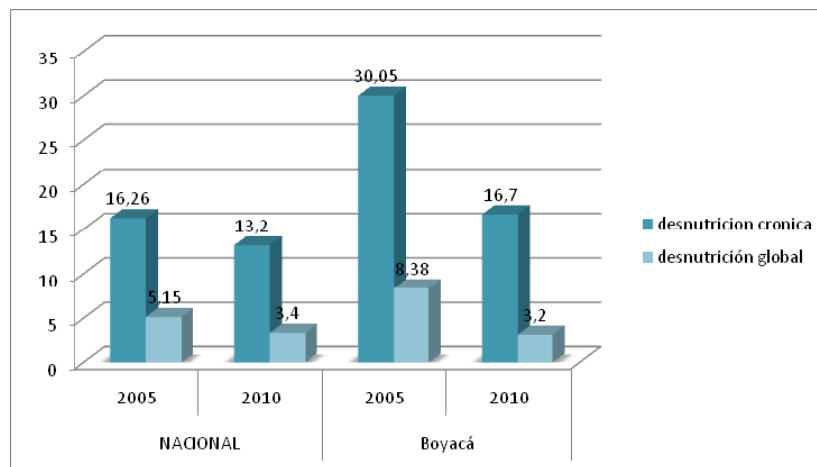


Fuente: ENSIN Colombia 2005; ENSIN Boyacá 2005; SISVAN Boyacá 2005 –Elaborado por Secretaria de Salud de Boyacá.

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

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

Ilustración 17. Prevalencia de desnutrición crónica y global en menores de 5 años – Colombia y Boyacá- ENSIN 2005 y 2010



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

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

Como parte de las estrategias para vigilar el estado nutricional de nuestra población menor de 5 años, el sistema de vigilancia nutricional se articuló al Sistema de Información Comunitaria

de Atención Primaria en Salud- SICAPS, implementado en el 2009, en el cual se logró aplicar ficha de identificación de riesgos a cerca de 233.000 familias (60%) de las cuales se 45.650 eran menores de 5 años una vez realizada la depuración de la base de datos se estableció esta muestra en 44.996.

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

Tabla 26. Situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años. Departamento de Boyacá, años 2009

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

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

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

Tabla 147. Comportamiento por tipo de desnutrición y municipio. Boyacá, año 2009.

MUNICIPIO	% Desnutrición crónica	MUNICIPIO	% Desnutrición Global	MUNICIPIO	% Desnutrición Aguda
UMBITA	67.5	BUSBANZA	41.4	CHIVOR	22.2
LA CAPILLA	67.2	LA CAPILLA	32.8	CAMPOHERMOSO	22.1
TOPAGA	66	UMBITA	30.5	MONGUA	19.8
BOYACA	65.2	SANTA MARIA	28	RAQUIRA	18.1
VENTAQUEMADA	63.2	CAMPOHERMOSO	27.9	TUTASA	15.3
BUSBANZA	62.1	GACHANTIVA	27.9	SAN MIGUEL DE SEMA	15.2
SANTA MARIA	59.8	TUTASA	27.8	MONGUI	15
CORRALES	55.6	BOYACA	26.8	SATIVANORTE	14.4
CUITIVA	55.3	VENTAQUEMADA	26.3	TOCA	14.3
GUICAN	54.5	TOPAGA	24.5	TINJACA	14
GACHANTIVA	52.9	SOTAQUIRA	24	SAN PABLO DE BORBUR	13.9
ZETAQUIRA	51.8	GUICAN	23	BERBEO	12.5
OTANCHE	51.7	CUITIVA	21.2	CALDAS	12.5
LA VICTORIA	51.3	TIBASOSA	21.1	JENESANO	12.4
SAN LUIS DE GACENO	50.8	CORRALES	21.1	SANTA ROSA DE VITERBO	11.9
EL COCUY	50.4	OTANCHE	20.4	SAMACA	11.9
MIRAFLORES	50.2	EL COCUY	20.1	COMBITA	11.8
SACHICA	50	SORA	20	BELEN	11.7
SIACHOQUE	50	SAN LUIS DE GACENO	19.8	UMBITA	11.7
SOTAQUIRA	50	SANTA ROSA DE VITERBO	19.6	PAZ DE RIO	11.2
SORACA	48.8	VIRACACHA	19.3	LABRANZAGRANDE	11
TIBASOSA	48.5	MIRAFLORES	19	RONDON	10.6
GUACAMAYAS	48.1	TOCA	19	CHITA	10.6
PISBA	47.8	ARCABUCO	18.7	TUNUNGUA	10.4
CAMPOHERMOSO	47.1	BELEN	18.3	SOCHA	10.4
MOTAVITA	46.8	LABRANZAGRANDE	18	BUSBANZA	10.3
CHITA	46	LA VICTORIA	17.9	SABOYA	10.2
ARCABUCO	45.1	NUOVO COLOM	17.8	DUITAMA	10.1
VIRACACHA	44.7	MONGUI	17.5	PAIPA	10
PANQUEBA	43.6	SORACA	17.5	LA CAPILLA	9.8
EL ESPINO	43.4	PISBA	17.4	SACHICA	9.8
GARAGOYA	42.6	CHITA	16.8	VILLA DE LEYVA	9.6
OICATA	41.8	AQUITANIA	16.6	SAN LUIS DE GACENO	9.5
TUTASA	41.7	ZETAQUIRA	16.5	FIRAVITOBA	9.4
NUOVO COLOM	41.5	SACHICA	16.3	NOBSA	9.3
SORA	40	TINJACA	15.9	LAUVITA	9.3
FLORESTA	38.4	SOCHA	15.7	TIPACOQUE	9
CHINAVITA	38.4	CHIVOR	15.6	CUCAITA	9
LABRANZAGRANDE	38	VILLA DE LEYVA	15.1	TUNJA	8.9
TOCA	36.7	PAJARITO	15.1	BRICEÑO	8.8
RAQUIRA	36.6	TUTASA	15.1	SORACA	8.8
TUTASA	36.6	SAN PABLO DE BORBUR	14.9	BOYACA	8.7
TINJACA	36.4	OICATA	14.9	GAMEZA	8.6
AQUITANIA	36.4	CUBARA	14.8	TUTA	8.6
CUCAITA	34.7	GARAGOYA	14.6	CHIQUEQUIRA	8.6
SANTA ROSA DE VITERBO	33.9	BOAVITA	14.2	GACHANTIVA	8.6
BETEITIVA	33.7	CUCAITA	14.2	BOAVITA	8.5
VILLA DE LEYVA	33.6	NOBSA	14	BUENAVISTA	8.5
TIBANA	33.5	MONGUA	13.5	SIACHOQUE	8.3
TOCA	33.5	CERINZA	13.5	SO COTA	8.3
PAUNA	33.3	PAIPA	13.2	CUITIVA	8.2
CUBARA	33.1	LAUVITA	13.1	CERINZA	8.2
TENZA	32.6	PAUNA	13	SOTAQUIRA	8.1
SOCOTA	32.6	JENESANO	13	AQUITANIA	7.9

Fuente: Sistema de Información Comunitario de Atención Primaria en Salud

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

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

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

Estrategias a mediano y largo plazo

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

- **Objetivos**

- Promover que los niños y niñas Boyacenses sean amamantados de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y con alimentación complementaria adecuada y saludable hasta los dos años de vida y más
- Mejorar las competencias y capacidades de las familias Boyacenses con niños y niñas menores de 6 años, para la adquisición, preparación y consumos de alimentos saludables de acuerdo a la disponibilidad de alimentos de la región

- Mejorar las capacidades de las familias, comunidades y actores sociales frente al monitoreo y control de peso y talla y realizar un uso efectivo de las redes en situaciones que amenacen la nutrición de los niños o niñas.
- Garantizar a todo niños y niña entre 6 meses y 4 años complementación nutricional con un alimento de alto valor nutricional y orientación sobre su alimentación para que sea óptima y saludable

- **Estrategias**

- Acreditar y posicionar las instituciones que atienden y brindan servicios a las gestantes, lactantes y menores de 6 años en Boyacá, como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia para promover salud y nutrición en estos grupos poblacionales.
- Verificación en la garantía de la licencia de maternidad y paternidad por parte de los empleadores.
- Promover iniciativa para ampliar el tiempo de licencia de maternidad y paternidad
- Promover y divulgar la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años de vida y más
- Establecer programa de culinaria familiar y adquisición de canasta básica familiar.
- Promoción y rescate de cultivos de alto valor nutricional y fomento para su consumo.
- Instauración de proyectos productivos alimenticios sostenibles en donde cada proyecto productivo tendrán un componente educativo sistemático y permanente dirigido hacia la alimentación saludable
- Empoderamiento familiar y comunitario frente a la vigilancia nutricional, creando sistema de alerta ante alteraciones de crecimiento y desarrollo
- Esquema antiparasitario a niños y niñas entre 12 meses y menores de 6 años y sus familias
- Complemento nutricional a niños y niñas entre 1 y 4 años y suplementación con hierro y zinc a menores de 3 años
- Sistema de vigilancia y control efectivo a las familias beneficiarias de programas sociales dirigidos a la primera con componente nutricional, para verificar su recuperación nutricional y social.

Objetivo de política. Todos saludables

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

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

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

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

Tabla 158.Primera Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Saludables.

Objetivo de política	Tema	Indicador
Todos saludables.	Coberturas de Vacunación	Cobertura de inmunización contra el BCG en < de 1 año Cobertura de inmunización contra el polio en <de 1 año Cobertura de inmunización contra el DPT en <de 1 año Cobertura de inmunización contra la Hepatitis B < 1 año Cobertura de inmunización contra el rotavirus < 1 año Cobertura de inmunización contra el neumococo < 1 año cobertura de inmunización contra la triple viral <1 año cobertura de inmunización contra la influenza <1 año
	Comportamiento en VIH – SIDA materno infantil	% de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa) tasa de transmisión materno infantil de VIH
	Sífilis	% de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17 Tasa de sífilis congénita
	Morbilidad en menores de 5 años	Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años Tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años
	Niños de 0 a 10 años en controles de crecimiento y desarrollo	% de niños, niñas entre 0 y 10 años que asisten a controles de crecimiento y desarrollo

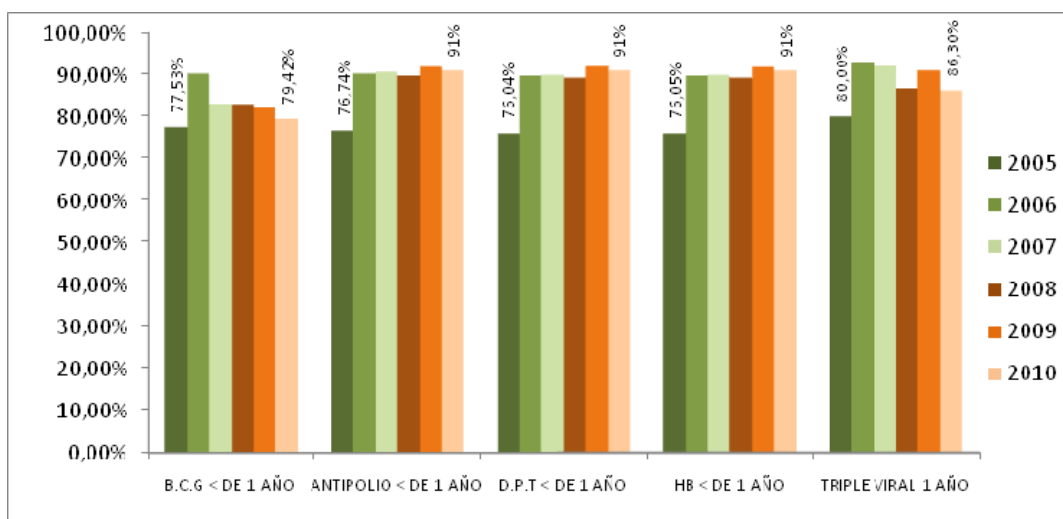
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno desnutrido. Guía para alcaldes. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Coberturas de vacunación.

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

La meta de cumplimiento definida por la Nación y consiste en: “lograr y mantener coberturas útiles en vacunación mayores o iguales al 95% en todos los biológicos del esquema regular en vacunación”, la Secretaría de Salud de Boyacá mediante el Reporte de Registro del Sistema de Información en Salud (SIS 151)¹⁸, obtiene los siguientes resultados:

Ilustración 42. Histórico Coberturas Administrativas de Vacunación, Boyacá 2005 – 2010



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

La gráfica anterior muestra la evolución de las coberturas administrativas de vacunación en Boyacá desde 2005 hasta 2010, que ha sido satisfactoria, aun sin alcanzar la meta Nacional (mayor ó igual al 95% en todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones .-

¹⁸El sistema de información ha sido ajustado año a año, teniendo en cuenta la evolución del esquema básico de vacunación con la inclusión de nuevos biológicos. Este es reportado mes a mes por las Instituciones de Salud que prestan el servicio de vacunación a la población.

PAI¹⁹); así, se ha mantenido un promedio del 91% de coberturas administrativas en los últimos años con todos los biológicos, aunque, al compararlo con las encuestas de monitoreo rápido de coberturas de vacunación el promedio anual en los últimos cinco años ha sido superior al 96%; y, el comportamiento de la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas muestra un comportamiento satisfactorio en el período indicado.

Tabla 29. Diferencias poblacionales según DANE / SISBEN vs Población cubierta por el PAI, Boyacá, 2000 – 2009

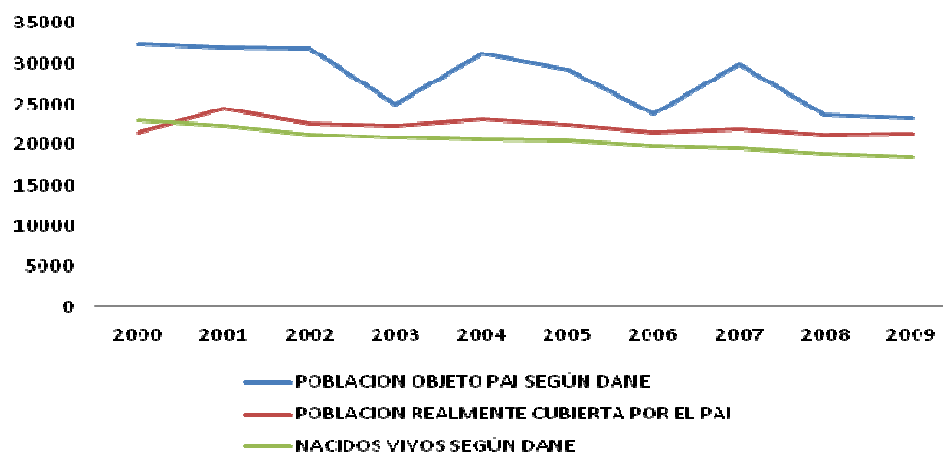
AÑO / VIGENCIA	NACIDOS VIVOS SEGÚN DANE	POBLACION OBJETO PAI SEGÚN DANE	POBLACION REALMENTE CUBIERTA POR EL PAI
2000	23.070	32.520	21.643
2001	22.381	32.138	24.467
2002	21.251	31.905	22.642
2003	20.893	24.990	22.342
2004	20.708	31.347	23.149
2005	20.469	29.250	22.452
2006	19.894	23.896	21.578
2007	19.596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

Fuente: Elaborado DANE, Ministerio de la Protección Social/Secretaría de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa Ampliado de Inmunizaciones.

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

¹⁹ Meta Nacional para todos los biológicos definida por el Decreto 3939 de 2007, Ministerio de la Protección Nacional.

Ilustración 43. Tendencias poblacionales según DANE / SISBEN Vs población realmente cubierta por el programa ampliado de inmunizaciones – PAI / Boyacá 2000 – 2009



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

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

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

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

Tabla 30. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con BCG menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

Meses	Número de municipios con cobertura < al 50% "coberturas críticas"	Número de municipios con coberturas entre el 51 al 79.9% "coberturas en alto riesgo"	Número de municipios con cobertura entre el 80 y el 94.9% "coberturas de bajo riesgo"	Número de municipios con cobertura > al 95% "coberturas útiles"
Enero a diciembre de 2005	91	17	3	12
Enero a diciembre de 2010	106	6	2	9

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

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

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

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

Tabla 31. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

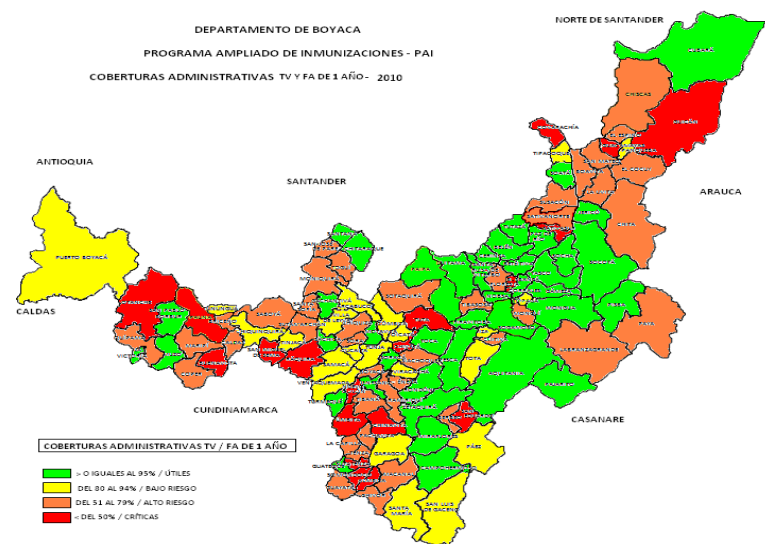
Meses	Número de municipios con cobertura < al 50% "coberturas críticas"	Número de municipios con coberturas entre el 51 al 79.9% "coberturas en alto riesgo"	Número de municipios con cobertura entre el 80 y el 94.9% "coberturas de bajo riesgo"	Número de municipios con cobertura > al 95% "coberturas útiles"
Enero a diciembre de 2005	17	61	28	17
Enero a diciembre de 2010	7	47	17	52

Fuente: Elaborado Secretaría de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa Ampliado de inmunizaciones.

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

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

Ilustración 44. Cobertura Administrativa T.V. y F.A., en niños y niñas, Boyacá 2010



Fuente: Elaborado Secretaria de Salud de Boyacá/Dirección Técnica de Salud Pública / Programa Ampliado de Inmunizaciones.

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

Tabla 32. Clasificación del riesgo de Coberturas Administrativas de vacunación con VOP, DPT, HB, HiB en menores de 1 año por municipios de Boyacá, 2005 y 2010

Meses	Número de municipios con cobertura < al 50% "coberturas críticas"	Número de municipios con coberturas entre el 51 al 79.9% "coberturas en alto riesgo"	Número de municipios con cobertura entre el 80 y el 94.9% "coberturas de bajo riesgo"	Número de municipios con cobertura > al 95% "coberturas útiles"
Enero a diciembre de 2005	18	58	25	22
Enero a diciembre de 2010	19	40	22	42

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

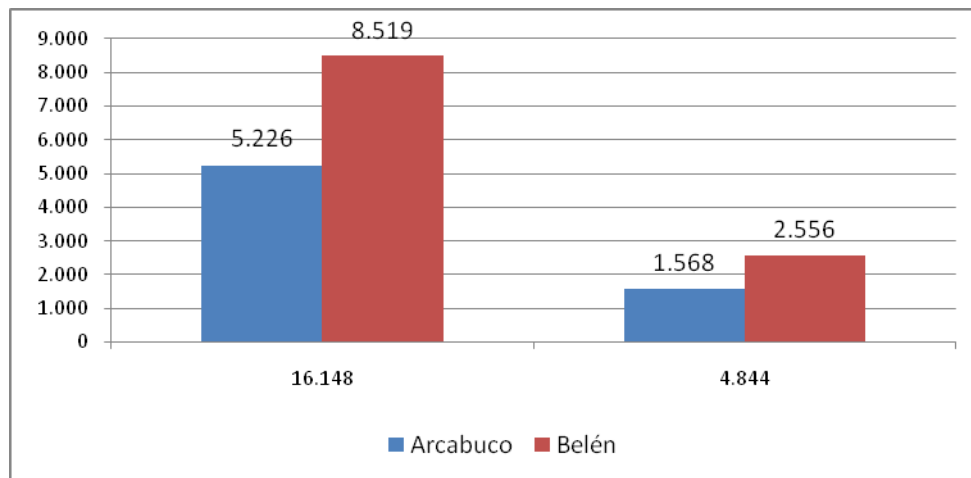
La realización de monitoreo rápido de coberturas en vacunación por parte de los equipos de Vigilancia en Salud Pública de los municipios, que consiste en verificar casa a casa el carnet de vacunación determinando así el esquema por grupo de edad; la actividad se efectúan a nivel urbano como rural, y muestra que los resultados de dicho monitoreo arrojan una cobertura que promedia para el último año en el 98% de utilidad en la eficacia del programa a nivel departamental.

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

Cobertura grupos prioritarios intervención antiinfluenza (H1N1).

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

Ilustración 45. Cobertura de Vacunación con Anti influenza H1N1, Grupos prioritarios Boyacá, 2010.



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

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

Cabe resaltar la participación activa de los profesionales de salud y las administraciones municipales para el desarrollo de campañas de vacunación rápidas que buscan alcanzar coberturas útiles en poblaciones prioritarias como la de influenza AH1N1.

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

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

Tabla 33. Coberturas de inmunización contra el rotavirus, neumococo e influenza estacional en niños y niñas menores de 1 año en el Departamento de Boyacá. 2005 - 2010

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

Fuente: MPS / Secretaria de salud de Boyacá / Dirección Técnica de salud Pública / PAI/ SIS
151

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

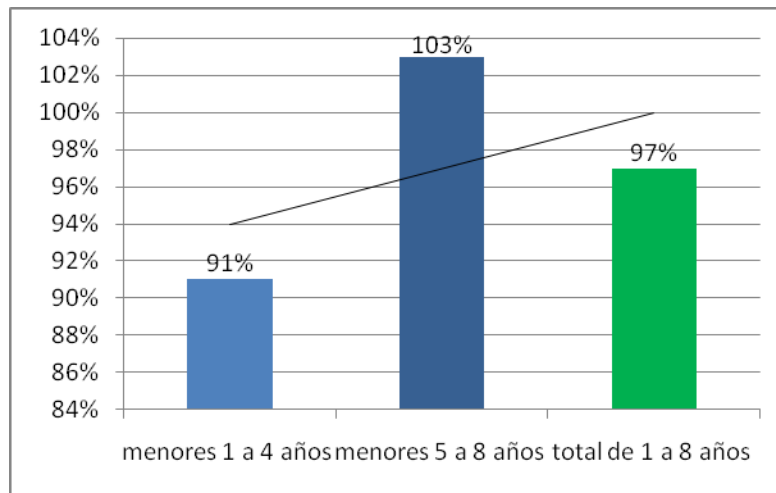
En lo referente a la Influenza estacional la Cobertura lograda en población < de 1 año fue del 77% (Niños con dos dosis); la Cobertura en población de 24 a 35 meses fue del 87.3%. (Es importante recalcar que la disponibilidad del biológico no es suficiente para el 100% de la población objeto), por ejemplo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

Cobertura de Sarampión y Rubeola

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

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

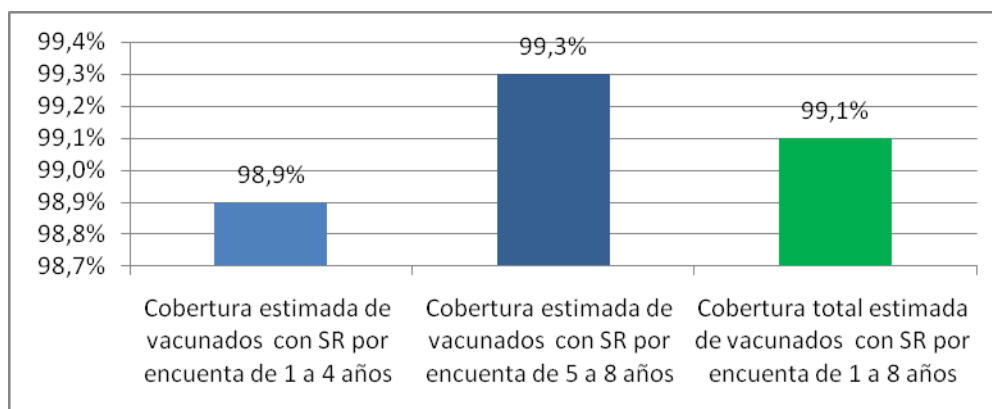
Ilustración 46. Cobertura de Vacunación niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.



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

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

Ilustración 47. Cobertura estimada de de Vacunación con encuesta niños y niñas de 1 a 8 años, Boyacá, 2010.



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

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

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

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

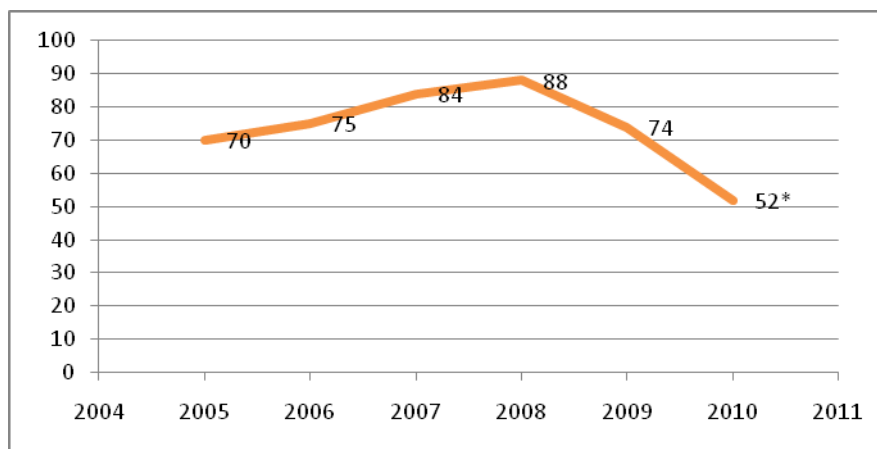
Las estrategias de información masivas, la implementación de seguimiento de cohortes de nacidos vivos en los últimos años, con las encuestas de verificación y monitoreo rápido de coberturas de vacunación, generalmente liderados por el sector público, el departamento de Boyacá ha garantizado esquemas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

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

Comportamiento en VIH – SIDA Materno Infantil

El Tamizaje de VIH para población de gestantes a nivel departamental durante los últimos cinco años ha estado alrededor del 70%, a través de las acciones del Plan Obligatorio de Salud- POS; sin embargo, como se observa en la gráfica siguiente existe un decrecimiento, a pesar de que la prueba es voluntaria, dicha situación es preocupante porque al parecer no se está ofertando y realizando la asesoría con calidad como lo dispone la norma, máxime que en los últimos 5 años se ha observado aumento, en la detección de embarazadas con VIH positivo, cuyo aporte esta en un 35% sobre el total de las mujeres infectadas, notándose principalmente para el año 2010.

Ilustración 48. Porcentaje de gestantes que asistentes a control prenatal con prueba de VIH, Boyacá 2005 a 2010.



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

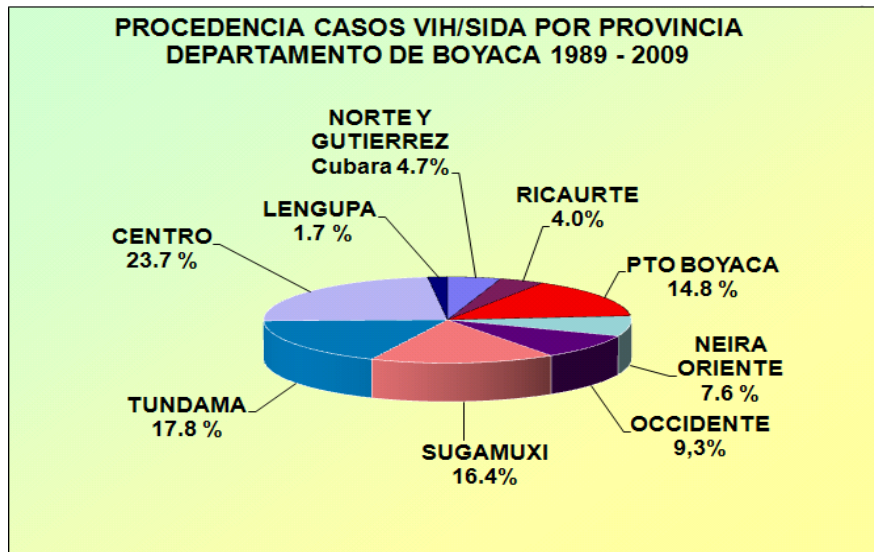
De acuerdo con el reporte por el SIVIGILA de 58 casos nuevos para VIH – SIDA en 2010, 18 fueron mujeres de las cuales 11 gestantes dando una proporción del 61% de incidencia de gestantes infectadas por VIH, acumulándose una tasa de prevalencia de infección de VIH de 0.2% en población de 15 a 49 años de Boyacá, dato obtenido a través del “*Estudio de Seroprevalencia de VIH/SIDA y factores asociados mediante encuesta de vigilancia del comportamiento(EVC) en población de 15 a 49 años en el Departamento de Boyacá año 2009*”²⁰ aunque, aun menor con la prevalencia estimada para Colombia en el año 2007 de 0.7% en la misma población.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución porcentual de casos por provincia en el Departamento de Boyacá siendo los municipios más afectados por provincia: Occidente (Puerto Boyacá, Muzo y Chiquinquirá); Centro (Tunja); Tundama (Duitama y Paipa); Sugamuxi

²⁰Elaborado por la Secretaria de Salud de Boyacá, 2009 y publicado en 2010.

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

Ilustración 49. Procedencia de casos VIH por provincia, Boyacá 1989 a 2010.



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

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

Tabla 34. Casos de VIH/SIDA por municipio de procedencia. Boyacá, año 2010

Municipio	Casos	Porcentaje	Municipio	Casos	Porcentaje
Tunja	12	20.7%	Santana	1	1.7%
Oicatá	1	1.7%	Villa/Leyva	1	1.7%
Siachoque	1	1.7%	Sogamoso	14	24.1%
Miraflores	1	1.7%	Cuitiva	1	1.7%
Viracachá	2	3.4%	Iza	1	1.7%
Soata	1	1.7%	Tibasosa	1	1.7%
Coper	1	1.7%	Duitama	6	10.3%
Muzo	1	1.7%	Santa Rosa/Viterbo	2	3.4%
Puerto Boyacá	10	17.2%	Departamento	58	100.0%
Moniquirá	1	1.7%			

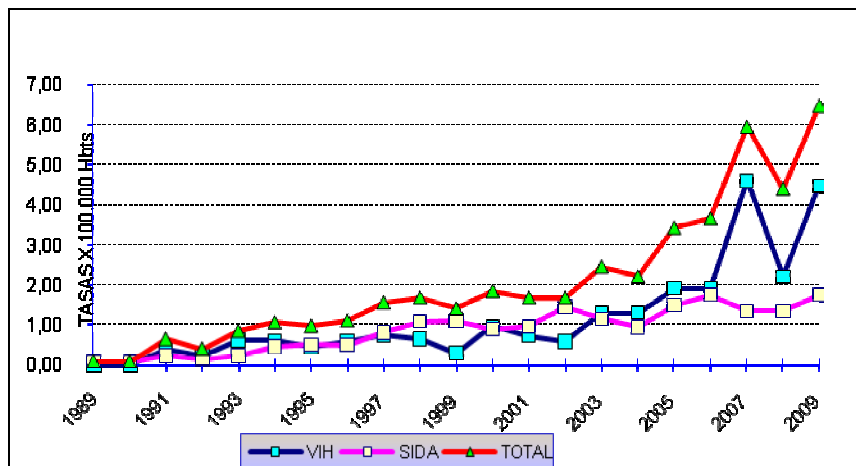
Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. Año 2010

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

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

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

Ilustración 50. Tendencia de las tasas de incidencia por VIH/SIDA por 100.000 habitantes, Boyacá 1989 a 2009.



Fuente: Elaborado por Secretaría de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2010

Se observa en la siguiente la tabla, que de los 389 casos reportados al SIVIGILA, el 38% son mujeres y del total de ellas el 31% se notificaron durante el embarazo como VIH positivas. A pesar que desde el año 2004 se ha venido reforzando las acciones para el ofrecimiento de asesoría para el tamizaje a través de la prueba ELISA voluntaria, que hace parte del control prenatal, ha permitido el tratamiento oportuno durante la gestación y parto, así como la

profilaxis del recién nacido y la entrega de la formula láctea por los primeros seis meses de vida de los niños y niñas, favoreciéndose la reducción de la transmisión del VIH Perinatal que en Boyacá satisfactoriamente no reporta registro de casos durante el desarrollo del proyecto; sin embargo vale aclarar que los casos reportados de algunos niños sucedieron en años anteriores, aunque no se llega al 3% sobre el total de la población con VIH/SIDA notificada al SIVIGILA.

Tabla 352. Proyecto reducción de la transmisión madre-hijo- VIH, Boyacá 2004 a 2010.

AÑO	Casos	Mujeres VIH	Madres VIH+
2004	31	12	1
2005	48	21	6
2006	46	14	7
2007	75	27	4
2008	55	23	8
2009	82	31	9
2010	52	18	11
Total	389	146	46

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

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

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

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

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

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

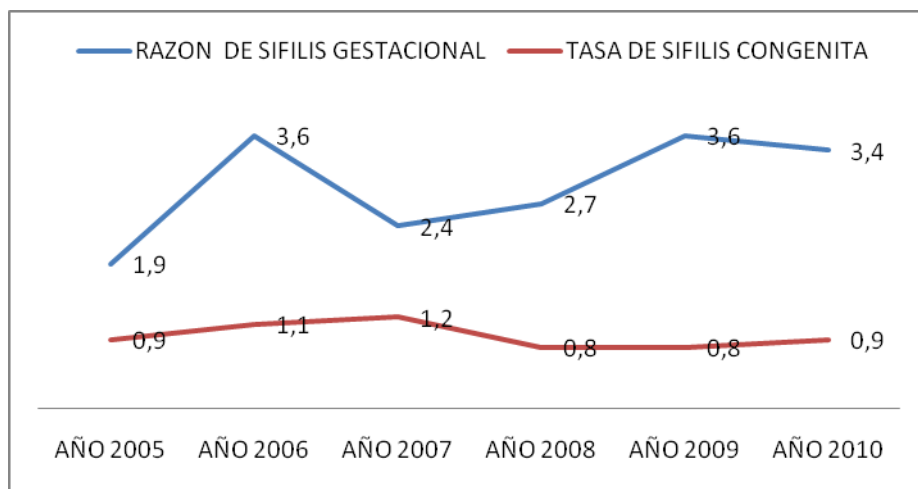
pública y la respuesta en la atención integral por parte de aseguradoras y prestadores de servicios de salud en el departamento de Boyacá.

Sífilis.

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

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

Ilustración 513. Razón de Sífilis Gestacional y Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.



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

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

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

Tabla 36. Razón de Sífilis gestacional y tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos, Boyacá 2005 a 2010.

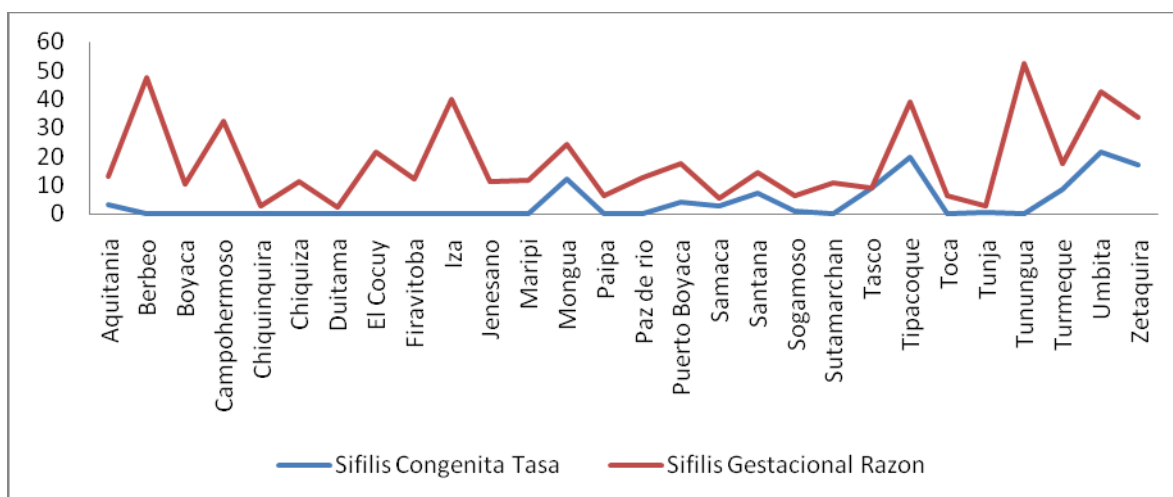
AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
RAZON DE SIFILIS GESTACIONAL	1.9	3.6	2.4	2.7	3.6	3.4
TASA DE SIFILIS CONGENITA	0.9	1.1	1.2	0.8	0.8	0.9

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

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

A continuación se presenta por Municipio la Tasa de Sífilis Congénita por 1.000 NV en el departamento de Boyacá en el año 2010, el municipio de Úmbita presentó la tasa más alta con 21.3 por 1.000 NV con 2 casos, seguido por Tipacoque con una tasa de 19.6 y Zetaquirá de 16.9 por 1.000 NV con un caso cada uno, Puerto Boyacá fue el municipio que tuvo más casos (4) con una tasa de 4.1 por 1.000 NV. La razón Sífilis Gestacional más alta la tuvo Tununguá con 52.6 por 1.000 NV, seguido de Berbeo (47.6 por 1.000 NV), Iza (47.6 por 1.000 NV) y Campohermoso (47.6 por 1.000 NV) con un caso cada uno, Puerto Boyacá fue el municipio que presentó más casos (13) con una razón de 13.3 por 1.000 NV.

Ilustración 52. Razón de sífilis gestacional y tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos, municipios de Boyacá 2005 a 2010.



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

Tabla 37. Razón de sífilis gestacional y tasa de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos por municipio. departamento de Boyacá, año 2010

Municipio	Sífilis Congénita		Sífilis Gestacional		Municipio	Sífilis Congénita		Sífilis Gestacional	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa		Casos	Tasa	Casos	Tasa
Aquitania	1	3,3	3	9,9	Paz de río			1	12,7
Berbeo			1	47,6	Puerto Boyacá	4	4,1	13	13,3
Boyacá			1	10,2	Samacá	1	2,6	1	2,6
Campohermoso			1	32,3	Santana	1	7,2	1	7,2
Chiquinquirá			3	2,9	Sogamoso	2	1	11	5,5
Chíquiza			1	11,4	Sutamarchan			1	10,8
Duitama			4	2,1	Tasco	1	9,2		
El Cocuy			2	21,5	Tipacoque	1	19,6	1	19,6
Firavitoba			1	12	Toca			1	6,3
Iza			1	40	Tunja	1	0,3	7	2,4
Jenesano			1	11,4	Tunungua			1	52,6
Maripi			1	11,5	Turmeque	1	8,7	1	8,7
Mongua	1	12,2	1	12,2	Umbita	2	21,3	2	21,3
Paipa			3	6,4	Zetaquirá	1	16,9	1	16,9
					Departamento	17	0,9	66	3,4

Fuente: Secretaría de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. Año 2010

Estrategias para la reducción de Sífilis en Boyacá

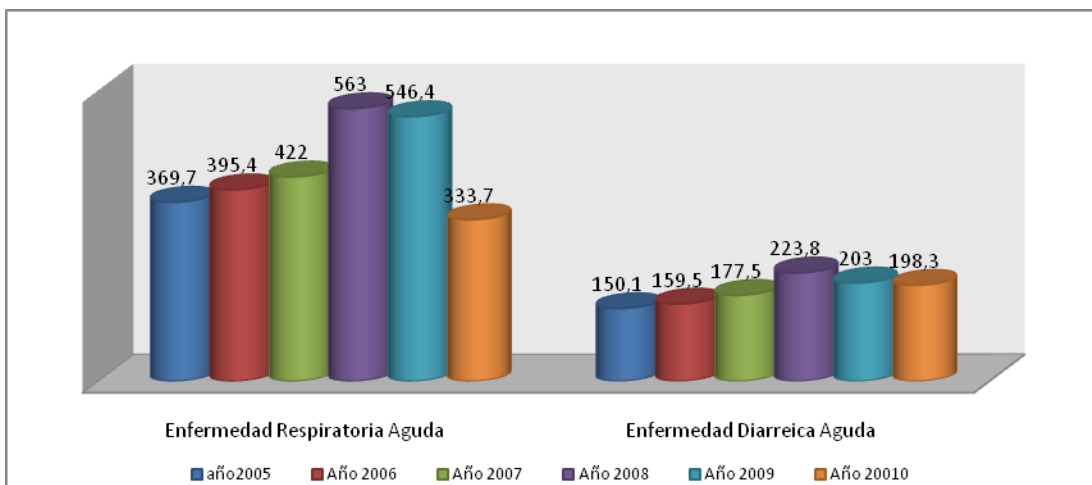
Si bien es cierto, Boyacá no ha podido alcanzar la meta nacional de sífilis congénita, a pesar del mejoramiento en la detección temprana de las gestantes durante el primer y segundo trimestre de embarazo.

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

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

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

Ilustración 534. Morbilidad por IRA y EDA en niños y niñas menores de 5 años, Boyacá, 2005 -2010



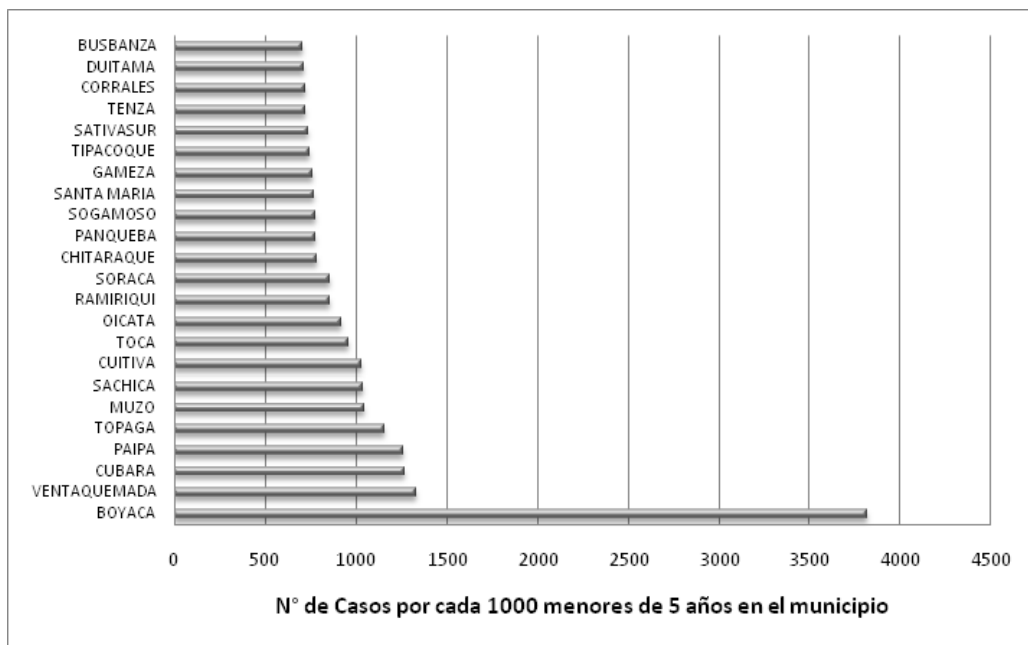
Fuente: Elaborado por Secretaría de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2005 – 2010

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

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

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

Ilustración 54. Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009



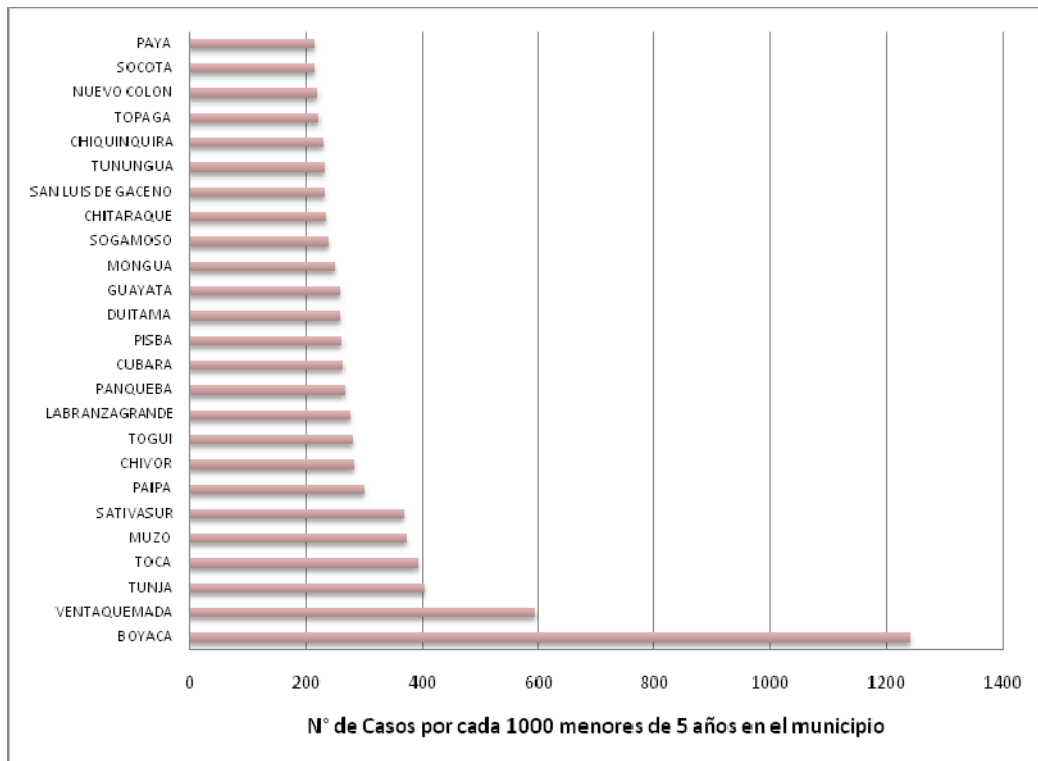
Fuente: Elaborado por Secretaría de Salud de Boyacá/ SIVIGILA. 2009

En los municipios registrados prevalecen por lo general condiciones precarias de saneamiento ambiental y comportamental consideradas de alto riesgo, que favorecen la aparición de casos siendo las más comunes: Hacinamiento, inadecuadas condiciones higiénicas en las viviendas,

condiciones climáticas (frio y templado); exposición a humo de leña en las viviendas; alto índice de Necesidades Básicas Insatisfechas; alta prevalencia de desnutrición aguda y crónica en niños y niñas menores de 5 años –Inseguridad alimentaria; Practicas inadecuadas para el cuidado de niños y niñas menores de 5 años donde el lavado de manos, higiene de los alimentos, signos de alarma en enfermedades prevalentes, entre otras no son habituales.

Para el caso de la prevalencia de enfermedad diarreica aguda, los municipios con mayor afectación en el 2009 se observa en la siguiente gráfica:

Ilustración 555. Municipios con mayor prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años, Boyacá, AÑO 2009



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

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