

# ***PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE MANIZALES 2013***

**ALCALDIA DE MANIZALES**

**JORGE EDUARDO ROJAS GIRALDO**  
**ALCALDE**

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA**

**CARLOS HUMBERTO OROZCO TELLEZ**  
**SECRETARIO DE DESPACHO**

**JUAN DIEGO LÓPEZ PALACIO**

**JEFE UNIDAD DE PLANEACIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA**

**LEIDY LISBETH MORENO MEZA**

**JEFE UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

**GERMAN SANCHEZ CANO**

**JEFE UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

## **UNIDAD DE PLANEACION Y EPIDEMIOLOGIA**

*Luz Marina Agudelo Gallego*  
*Lusayda Corrales Sánchez*  
*Yolanda Salazar Sánchez*  
*Beatriz Eugenia Cardona Ruíz*

## **UNIDAD PRETACION DE SERVICIOS**

*Blanca Cecilia Largo Hernández*  
*Mónica Villada Grajales*  
*Myriam Miranda Rodríguez*  
*María Eugenia Gómez Valencia*  
*Diana Maritza Molina Marín*  
*Gladys Montoya Orozco*

## **UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**

*Claudia Piedad Estrada Rueda*  
*Myriam Astrid Ramírez Díaz*  
*Lucía Franco Giraldo*  
*Ana María Ocampo Mejía*  
*Alejandro Prieto Montoya*  
*Angélica Arias Hernandez*  
*Claudia Liliana Valencia Gutierrez*

# CAPITULO 1

# CARACTERIZACION DEL MUNICIPIO

## Contexto territorial

Nombre del Municipio	MANIZALES
Otros nombres	NIDO DE AGUILAS
Fecha de Fundación	12 de Octubre de 1.849
Fundadores	Fermín López, Manuel Grisales, José María Osorio, Joaquín, Antonio,  Victoriano y Gabriel Arango, Antonio Ceballos, Eduardo Hoyos y Marcelino Palacio, entre otros.
Municipio	desde 1864
Altura	2150 MSNM
Temperatura Promedio	18°C
Humedad relativa promedio	80%
Ubicación:	5.4º de latitud norte y 75.3º de Greenwich
Velocidad promedio del viento:	15 Km. por hora
Precipitación:	2.008 mm
Extensión	508 Kms2
Población año 2013	393.167 habitantes
Distancia en kilómetros	285 Kms a Bogotá
Gentilicio	MANIZALEÑO O MANIZALEÑA





Consta de tres fajas horizontales de igual anchura, en los colores blanco, verde y rojo. El color blanco significa las flores del cafeto, el verde el follaje de los cafetales y el rojo representa el color de los granos maduros. En los pliegues soberanos de su bandera, se presiente el perfume de los blancos azahares, se escucha la canción del viento que pasa por entre el verde de su follaje y se extasían los sentidos con el rojo carmesí de sus granos maduros.



Está constituido por cuatro planos, un plano lejano o profundo cuyo motivo son el volcán y el [nevado del Ruiz](#), en color blanco en zócalo y firmamento azules. Un segundo plano en tonalidades verdes que presenta el complejo de la cordillera y el cerro de San Cancio, cruzado por un camino ascendente. El plano tercero está dominado por la [catedral de Manizales](#) en el color de su materia arquitectónica; y un cuarto plano representado por una puerta de alas abiertas, con la apariencia de maderas sin pulir y en color sepia, provistas de una chapa o aldabón de estilo antiguo. El borde o [cenefa](#) del escudo tiene estas características, la parte superior formada por un trapecio, las laterales son dos rectángulos y al inferior es un triángulo isósceles dentro del cual, y en el fondo negro, aparece el diseño de un cóndor. Las dimensiones del borde conservan una proporción de tres a dos a favor de la vertical.

## Himno a Manizales

La letra de este himno fue compuesta por el poeta [Eduardo Carranza](#).

La música por [José Rozo Contreras](#) a instancias de [Fernando Londoño](#).

### Coro

Manizales, beso tu nombre  
que significa juventud  
beso la orilla de tu Cielo  
y de pie te canto salud.

#### 1

Sobre tu frente cruza un águila  
y a tus pies un río de miel  
y arde la vida bellamente  
en el varón y en la mujer.

#### 2

La patria entera oye la música  
que sale de tu corazón  
y mira hoy hacia tu frente  
que se levanta como el Sol



## Localización

## Limites – geografía



Según el Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC 2001) el Municipio de Manizales posee un área de 43948 hectáreas. Se extiende por la Vertiente Occidental de la Cordillera Central desde su cima hasta las orillas del Río Cauca; se encuentra delimitado de Sur oriente a Nor Occidente por el Río Chinchiná, que actúa como límite natural con los Municipios de Villamaría, Chinchiná y Palestina, el limite hidrográfico se inicia en el Alto del Frailejón ubicado cerca de la vía de acceso al Parque Nacional Natural los Nevados, hasta la desembocadura de la Quebrada los Cuervos (Villamaría); continua en dirección Sur-Norte hasta el punto de confluencia de la Quebrada Cameguadua (Chinchiná); en este punto se inicia el límite con Palestina y se extiende hasta el sitio donde el Río Chinchiná vierte sus aguas al Río Cauca. Aquí se inicia el límite con el Municipio de Anserma y se continúa aguas abajo del Cauca hasta la confluencia de la Quebrada Llano Grande; estos dos Municipios (Palestina y Anserma) constituyen el límite Occidental. Al Norte limita con el Municipio de Neira desde la confluencia de la Quebrada Llano Grande en el Río cauca, siguiendo aguas arriba hasta la desembocadura de la Quebrada Fonditos, dicho limita se prolonga por la zona montañosa hasta encontrar la confluencia del Río el Guineo en el Río Guacaica, continuando por este aguas arriba hasta su nacimiento en la Vereda San Pablo (Neira), a una altura de 3477 M.S.N.M.



## Comunas

### Atardeceres:



Esta comuna se ubica en el occidente de la ciudad, antes llamada comuna 1. Limita con las comunas de [San José](#), [Cumanday](#) y [La Macarena](#) y con los corregimientos de [Panorama](#), [El Remanso](#) y [Corredor Agroturístico](#). Conformada por 10 barrios de los cuales, el más reconocido es el barrio chipre y también podría decirse el más antiguo de la comuna, la comuna es en su mayoría zona residencial también posee grandes áreas verdes.

### Barrios:

- Arenillo
- Bella Montaña
- Campohermoso
- Chipre
- Ciudadela La Linda
- La Francia
- Los Alcázares
- Morrogacho
- Sacatín
- Villapilar

### San José



Antes comuna 2, limita con las comunas de [Atardeceres](#), [Cumanday](#), [Estacion](#) y [Ciudadela del Norte](#),

Barrios:

- Asis
- Avanzada
- Colon
- Delicias
- Estrada
- Galan
- San Ignacio
- San Jose

**Cumanday**



La comuna Cumanday, antiguamente comuna 3 es la más antigua de la ciudad y por tanto la que más posee historia, conformada por 6 barrios, limita con las comunas [Atardeceres](#), [San Jose](#), [La Macarena](#), [La Fuente](#) y [Estacion](#)

Barrios:

- Campoamor
- Centro
- Fundadores
- Las Americas
- Los Agustinos
- San Joaquin

## Estación



La comuna Estación, antiguamente comuna 4 está conformada por 9 barrios, limita con las comunas de [San José](#), [La Fuente](#), [Palogrande](#), [Cumanday](#) y [Ciudadela del Norte](#).

Barrios:

- El Campín
- El Sol
- La Argentina
- La Asunción
- Lleras
- Los Cedros
- Santa Helena
- San Jorge
- Versalles

## Ciudadela del Norte



Esta comuna conformada por 16 barrios, es la que más barrios posee en la ciudad y además es la más poblada, antiguamente denominada comuna 5 limita con las comunas de [San José](#), [Estación](#), [Ecoturístico Cerro de Oro](#) y [Palogrande](#).

Barrios:

- Altos de Capri
- Bosques del Norte
- Comuneros
- Puerta del Sol(Corinto)
- San Cayetano
- San Sebastián

- El Caribe
- El Porvenir
- Fanny Gonzales
- La Carola
- Peralonso
- Sierra Morena(Parte Urbana)
- Sinai
- Solferino
- Villahermosa(La Playa)
- Villa Julia

### Ecoturístico Cerro de Oro



Esta comuna, conformada por 10 barrios, antiguamente denominada comuna 6, limita con las comunas de [Tesorito](#), [Ciudadela del Norte](#), y [Palogrande](#).

Barrios:

- Alta Suiza
- Baja Suiza
- Bosques de Niza
- Colseguros
- La Cumbre
- La Sultana
- La Toscana
- Minitas
- Residencias Manizales
- Viveros

### Tesorito



La comuna está conformada por 8 barrios, limita con las comunas [Palogrande](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#), antes llamada comuna 7.

Barrios:

- Alhambra
- Caserio La Enea
- Cerros de la Alhambra
- La Enea
- Lusitania
- Malteria
- San Marcel
- Zona Industrial

## Palogrande



Esta comuna conformada por 14 barrios, antiguamente denominada comuna 8 limita con las comunas de [Tesorito](#), [Estacion](#), [Ciudadela del Norte](#), [La Fuente](#), [Ecoturístico Cerro de Oro](#) y [Universitaria](#).

Barrios:

- Arboleda
- Belen
- Camelia
- El Trebol
- Guayacanes
- La Estrella
- La Leonora
- La Rambla
- Laureles
- Los Rosales
- Milan
- Palermo
- Palogrande
- San Cancio

## Universitaria



Antes comuna 9, está conformada por 9 barrios; limita con las comunas de [La Fuente](#) y [Palogrande](#) y con el corregimiento [Corredor agroturístico](#).

Barrios:

- Aranjuez
- Betania
- Camilo Torres
- Fatima
- Kennedy
- Las Colinas
- Malhabar
- Pio XII
- Vivienda Popular

## La Fuente



Esta comuna está conformada por 14 barrios, antiguamente denominada comuna 10 limita con las comunas de [Estacion](#), [Cumanday](#), [La Macarena](#), [Universitaria](#) y [Palogrande](#).

Barrios los cuales son:



- Arrayanes
- Bajo Prado
- Cervantes
- Colombia
- El Paraiso
- Gonzales
- Guamal
- Marmato
- Nevado
- Persia
- Prado
- Uribe
- Velez
- Villacarmenza

### La Macarena



Esta comuna se ubica en el suroccidente de la ciudad, antes llamada comuna 11. Limita con las comunas [Cumanday](#), [La Fuente](#) y [Atardeceres](#) y con el Corregimiento [Corredor Agroturístico](#). Conformada por 10 barrios.

#### Barrios:

- 20 de Julio
- Buena Esperanza
- Centenario
- El Bosque
- El Carmen
- Estambul
- La Castellana
- Nogales
- Panorama
- San Antonio
- la albania
- Bosconia

### Mapa 2. División política administrativa y limites, área rural de Manizales 2013



La zona rural compuesta de basta áreas de bosque y cultivos, cuenta con 7 corregimientos los cuales se dividen en veredas, algunos presentan pequeños caseríos; unas de las veredas más reconocidas son Alto tablazo y Bajo tablazo, La cabaña, La cuchilla del Salado, El alto de Lisboa y Morrogacho.

## CORREGIMIENTOS

### Colombia



Es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee una vereda, limita con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Cristalina](#); y con los municipios de [Palestina](#), [Neira](#) y [Anserma](#).

Vereda:

- Colombia Km 41

## Cristalina



**Cristalina** es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 5 veredas o divisiones, limitando con los corregimientos de [Colombia](#) y [El Remanso](#); y con el municipio de [Neira](#).

### Veredas:

- El Cascarero
- El Guineo
- La Garrucha
- Lisboa
- Tarroliso

## Corredor Agroturístico



Es uno de los 7 Corregimientos, que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 12 veredas o divisiones limitando con la comunas [Atardeceres](#), [La fuente](#), [Universitaria](#) y [La Macarena](#) de la zona urbana de Manizales, con el corregimiento de [Panorama](#) y con los municipios de [Villamaria](#) y [Chinchina](#).

### Veredas:

- Agua Bonita
- Guacas

- Alto del Naranjo
- Alto del Zarzo
- Alto Tablazo
- Bajo Tablazo
- El Aventino
- Hoyo Frío
- Java
- La Pola
- La Siria
- La Violeta

## El Remanso



Posee 17 veredas o divisiones limitando con la comuna [Atardeceres](#), [San Jose](#) y [Ciudadela del Norte](#) de la zona urbana de Manizales, con los corregimientos de [Panorama](#), [Colombia](#), [Cristalina](#) y [El Manantial](#), y con los municipios de [Palestina](#) y con [Neira](#) por el norte

## Veredas:

- Cuchilla Del Salado
- El Bosque
- La Linda
- La Palma
- Cuchilla De Los Santas
- Queibra De Velez
- Cueva Santa
- La Cabaña
- Morrocaliente
- Patio Bonito
- Farallones
- Malpaso
- Santa Clara
- Morrogordo
- Manzanares
- La Pava
- Altamar

## El Manantial



Es uno de los 7 Corregimientos, que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 12 veredas o divisiones limitando con la comunas [Ciudadela del Norte](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#) de la zona urbana de Manizales, con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Río Blanco](#), y con el municipio de [Neira](#).

### Veredas:

- Alto Bonito
- Alto Corinto
- Alto del Guamo
- Bajo Corinto
- El Porvenir(Parte)
- Espartillal
- Guacaica
- Hoyo Frio
- Olivares
- Pueblo Hondo
- Santa Rita
- Sierra Morena(Parte)

## Panorama



Es uno de los 7 Corregimientos, que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#), posee 11 veredas o divisiones, limitando con la comunas [Atardeceres](#) y [La Macarena](#) de la zona urbana de

Manizales, con los corregimientos de [El Remanso](#) y [Corredor Agroturístico](#) y con los municipios de [Palestina](#) y [Chinchina](#).

Veredas de las cuales algunas también se encuentran en la zona urbana:

- El Arenillo(Parte)
- El Rosario
- La Argelia
- La Aurora
- La China
- La Francia(Parte)
- La Quebra del Billar
- La Trinidad
- Minitas
- Morrogacho(Parte)
- San Peregrino

### Río Blanco



Río Blanco es uno de los siete corregimientos que comprenden zonas rurales del Municipio de [Manizales](#). Posee siete veredas o divisiones limitando con la comunas [Tesorito](#) y [Ecoturístico Cerro de Oro](#) de la zona urbana de Manizales, con el corregimiento de [El Manantial](#) y con los municipios de [Villamaria](#), [Neira](#) y [Marulanda](#), siendo el menos poblado pero el más grande de todos los 7 corregimientos.

Veredas:

- Buenavista
- El Desquite
- La Enea (Parte)
- La Esperanza
- Minitas
- San Juan
- Río Blanco

### Características físicas del territorio



públicos, instalándose un hábitat marginal y vulnerable en áreas de influencia de amenazas siconaturales como los deslizamientos y las inundaciones.

Aunque esta fue una problemática recurrente que fue necesario afrontar desde los años 70 con obras de estabilización de taludes, se siguieron presentando deslizamientos de gran magnitud en diferentes sectores de la ciudad como consecuencia de lluvias intensas; por ejemplo, las de 1993 y 2003, que causaron en cada caso un preocupante número de muertos, heridos, afectados y evacuados. En general, se reconoce que ha existido un proceso de desestabilización de laderas por la acción de los mismos asentamientos humanos, situación que ha significado que el riesgo sea una variable de especial interés en la ciudad y que se hagan esfuerzos notables para su reducción en forma explícita.

Por otra parte, la expansión urbana y sus procesos de construcción, movilización, expansión de cobertura de servicios públicos y procesos industriales, han venido causando conflictos ambientales por vertimientos de aguas residuales industriales y domésticas sin tratamiento previo a los ríos; emisiones de dióxido de carbono y otras sustancias contaminantes por fuentes industriales y fuentes móviles; la deforestación y el sobrepastoreo de áreas de ladera, que generan la reducción de los caudales y la erosión, lo cual exagera la susceptibilidad a deslizamientos.

Pero también, frente a esta situación, en forma paralela, han surgido herramientas, acciones e instituciones para afrontar varios de los problemas mencionados.

Los riesgos y amenazas presentes en la ciudad de Manizales son los que se describen a continuación.

**La amenaza sísmica:** Es producto de la actividad sísmica que se presenta por la confluencia de tres placas continentales en el país —Nazca, Caribe y Sur América— y por el fenómeno de cambios en la inclinación de una capa del terreno en las zonas de deslizamiento del borde de una placa de corteza terrestre por debajo de otra, ya que hay zonas de Benniof más superficiales al norte y más profundas al sur. Además, la existencia de una serie de fallas geológicas activas, limitadas por la zona de subducción y la falla Frontal de la cordillera oriental, de las cuales revisten mayor importancia la de Romeral y la frontal (ERN, 2004).

Durante el siglo XX, Manizales sufrió seis sismos importantes: en 1938 (magnitud estimada: 6,7 sobre la escala de Richter), en 1961 (magnitud estimada: 6,1), en 1962 (magnitud estimada: 6,5), en 1979 (magnitud estimada: 6,3), en 1995 (magnitud registrada: 6,6) y en 1999 (magnitud registrada: 6,3).

Los últimos sismos generaron pocas víctimas en la ciudad, pero sí daños materiales de consideración (en vivienda, redes de agua, alcantarillado y vías), y afectaron de manera considerable el sur de la



región cafetera (a la cual pertenece Manizales) y más precisamente a la ciudad de Pereira, situada a 60 km al sur de Manizales (en 1995: 45 muertos, 350 heridos, 700 damnificados y daños materiales por 20 millones de dólares) y a la ciudad de Armenia a 120 km al sur de Manizales (en 1999: 1 200 muertos, 220 000 damnificados y daños materiales por 5 mil millones de dólares). Tales consecuencias, tanto materiales como humanas, se pueden esperar en la ciudad de Manizales si sismos similares a los anteriores (superficiales y de magnitud e intensidad elevadas) ocurren cerca del perímetro urbano (Chardon, 2002; Londoño, 1998).

**La amenaza volcánica:** Representada principalmente por la caída de cenizas, en caso de erupción del volcán Nevado del Ruiz. Estas cenizas pueden llegar a recubrir la ciudad por efecto de los vientos alisios. La última caída de cenizas sobre la ciudad ocurrió el 1 de septiembre de 1989 (Abramovsky, 1990; en Chardon, 2002).

**El riesgo por deslizamientos:** Generado por el crecimiento de la ciudad hacia zonas de ladera con pendientes muy fuertes y con construcciones, conformándose barrios principalmente de estratos socioeconómicos muy bajos, lo cual ha incrementado la vulnerabilidad, por lo que en las temporadas invernales se presentan problemas por deslizamientos.

En el año de 1993, se presentaron varios eventos que afectaron seriamente a la ciudad: en mayo, 20 deslizamientos en la ciudad dejaron como saldo dos muertos, cerca de 98 familias afectadas, 6 viviendas destruidas y 15 en peligro, 40 casas fueron evacuadas, tragedia causada por el fuerte invierno que afectó a familias de zonas marginadas de Manizales, consideradas de alto riesgo.

Otros deslizamientos se presentaron en septiembre, noviembre y diciembre, dejando como saldo algunos muertos, varios heridos, viviendas destruidas y obstrucción del tráfico entre otros. En el año 2003 y en uno de los eventos ocurridos, se detectaron más de 90 deslizamientos, que ocasionaron 18 pérdidas de vidas humanas, 32 personas heridas, con el resultado adicional de 811 familias damnificadas y 74 viviendas destruidas, 104 quedaron afectadas. Fueron evacuadas 635 viviendas y 1 700 quedaron en zonas de riesgo

Adicionalmente, Manizales ha sufrido incendios devastadores en 1925 y 1926, y aún hoy es muy vulnerable al fuego esencialmente en su zona central donde predomina un hábitat tradicional de bahareque, que es una construcción con bambú o guadua. También existen algunos sectores inundables, principalmente a orillas de los ríos Chinchiná y olivares, aunque las inundaciones son excepcionales.



## Lista de Atractivos:

- Ecoparque Los Yarumos
- Monumento a Los Colonizadores
- Monumento El Bolívar Cóndor
- Parque Nacional Natural Los Nevados
- Recinto del Pensamiento
- Torre Panorámica de Chipre

## Ferias y fiestas del municipio



### Historia

La Feria de Manizales se inició en Enero de 1955 y tuvo como gran gestor a Oscar Hoyos Botero quien observando la Feria de Sevilla (España) quiso realizar una festividad similar en la ciudad.

De esta primera versión fue su dirigente el Arquitecto José María Gómez Mejía a quien acompañó en la preparación del certamen su señora esposa Mariela López de Gómez; siendo Alcalde de la Ciudad, el Doctor Mario Vélez Escobar.

La Feria de Manizales ha sido suspendida en dos ocasiones: en 1980 por los desastres causados por el terremoto del 29 de Noviembre de 1979 y en 1986 por la tragedia sucedida con la erupción del Volcán del Nevado del Ruiz, ocurrida el 13 de Noviembre 1.985.

La primera versión del Reinado Internacional del Café se realizó en el año 1.957, año en que fue coronada su primera soberana, la Panameña Analida Alfaro.

La primera reina de la Feria fue la señorita Alicia Toro Vallejo.

Como parte integral de la Feria anual de Manizales, se programó desde su origen, en 1955, la Temporada Taurina. El primer consagrado en nuestra Monumental Plaza de Toros (inaugurada en 1951) fue el español Cesar Girón merecedor de la réplica de la Catedral de Manizales, establecida como trofeo en 1.957, es Manuel Caballero. La Temporada Taurina llega a su versión 49.

El Instituto de Cultura y Turismo (anteriormente Fomento y Turismo) otorga desde 1.958, mediante jurado, el Cordón de la Feria "Mario Vélez Escobar". Se hacen merecedores de esta honrosa condecoración personas naturales o entidades que buscan que la Feria de Manizales gane prestigio Nacional e Internacional y que la ciudad ocupe un sitio privilegiado en Colombia.

El pasodoble "Feria de Manizales", con letra del poeta Ansermeño Guillermo González Ospina y música del Maestro español Juan Mari Asins, fue creado en 1.957.

Por decreto desde el año 1.978 es el Himno de la Feria.

## El Reinado

La primera versión del Reinado Internacional del Café se realizó en el año 1.957, año en que fue coronada su primera soberana, la Panameña Analida Alfaro.

Este reinado se celebró originalmente cada 2 años (1957, 1959, 1961, 1963) bajo el nombre de: Reinado Continental del Café, sin embargo, para darle un alcance más amplio, en 1972 se denominó: Reinado Internacional del Café, para así, admitir la participación de países productores de Café en América y otros continentes. Manizales ha sido sede permanente desde su primera versión.

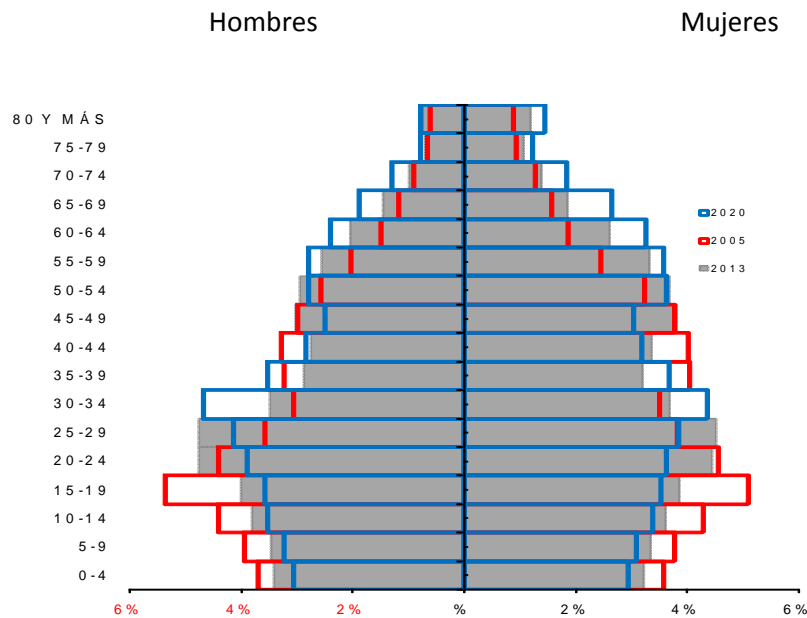
# CAPITULO 2

# DEMOGRAFIA DEL

# MUNICIPIO:



### Pirámide poblacional de Manizales, 2005, 2013, 2020



Fuente: DANE

### Población por grupo de edad

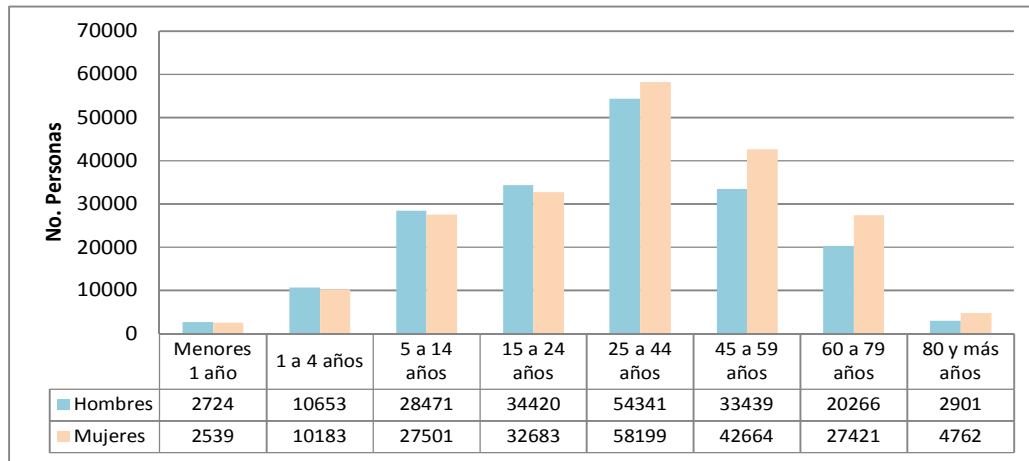
El desarrollo del ser humano es un proceso de cambios, es por eso que cada etapa o ciclo de vida es de suma importancia, ésta influye desde los primeros años de vida y cada ciclo afecta o enriquece los ciclos siguientes. Para el Ministerio de Salud y Protección Social, los siguientes son los ciclos vitales, la tabla describe la población y el peso porcentual para los años 2005, 2013 y 2020.

**Proporción de la población por ciclo vital, Manizales 2005, 2013 y 2020.**

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número personas	%	Número personas	%	Número personas	%
Primera infancia (0 a 5 años)	33249	8.7	31318	8.0	29091	7.2
Infancia (6 a 11 años)	36075	9.5	33003	8.4	31489	7.8
Adolescencia (12 a 18 años)	52490	13.8	42090	10.7	39606	9.8
Juventud (14 a 26 años)	92910	24.5	88130	22.4	76868	19.1
Adultez (17 a 59 años)	231155	60.9	243787	62.0	242899	60.3
Persona mayor (60 años y más)	43141	11.4	55350	14.1	70909	17.6
<b>Total</b>	<b>379794</b>	<b>100.0</b>	<b>393167</b>	<b>100.0</b>	<b>402578</b>	<b>100.0</b>

Fuente: DANE

**Población por sexo y grupo de edad de Manizales, 2013**



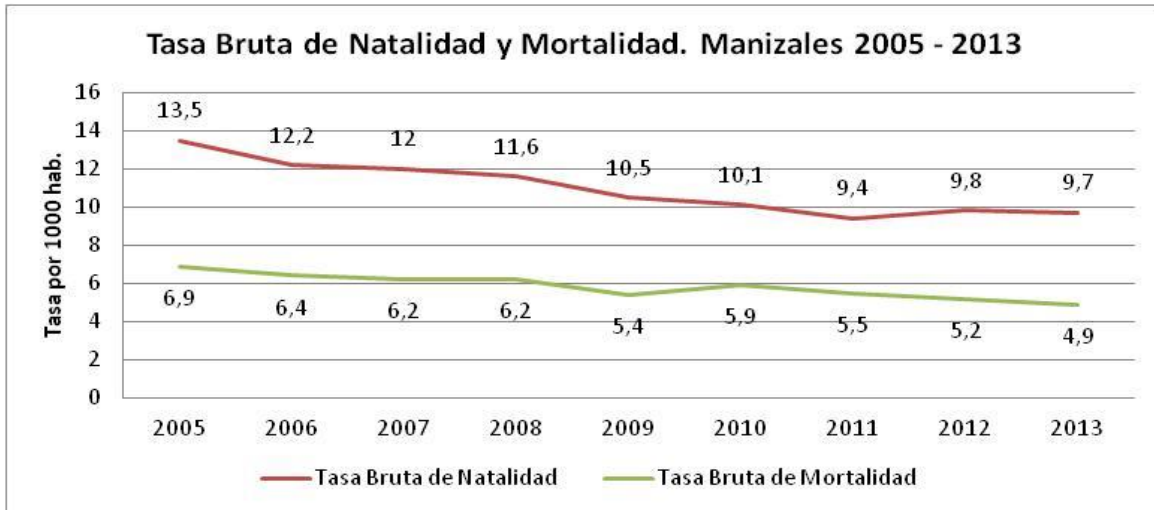
Fuente:DANE





## Dinámica demográfica

### Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad Manizales, 2005 a 2013



Fuente: DANE

Comparando las tasas de natalidad y mortalidad se ratifica que la pirámide poblacional de Manizales tiene una forma estacionaria puesto que en siete años la tasa de natalidad disminuyó. pasó de una forma moderada a débil y la mortalidad aunque también disminuyó conservó una forma débil.

## Movilidad forzada

Los movimientos forzados en cualquiera de sus manifestaciones, bien como migraciones forzadas o como migraciones voluntarias, reflejan las desigualdades y desequilibrios entre territorios y grupos sociales.

Según el ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados), en el 2007 atendieron en Colombia 3 millones de los 13 millones de desplazados que hay en el mundo, ubicando a Colombia en el primer país con más desplazados internos.



# CAPITULO 3

# SECTOR EDUCATIVO MUNICIPAL

Tomado del informe de Gestión 2013

Elaborado por:

Dr. Fabio Hernando Arias Orozco y su equipo de Trabajo

## INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Educación de Manizales en su compromiso con la comunidad manizaleña y partiendo del reconocimiento de la voluntad ciudadana manifestada a través de la participación masiva en el ejercicio del Voto por la Educación, enfocó sus esfuerzos durante el año 2012 buscando traducir en acciones concretas las iniciativas y anhelos que motivaron la movilización social, referente nacional en este tipo de procesos.

En este contexto, se propició la generación de espacios de participación permanente en el marco del debate y la construcción colectiva de la política educativa de la ciudad, en un momento trascendental derivado de complejas coyunturas sociales y donde la apropiación de los compromisos cívicos se convirtió en la expresión natural de una esperanza clamorosa de un futuro orientado a garantizar una calidad de vida creciente para la población con un desarrollo armónico e integral.

La dinámica manifestada anteriormente, aunada al compromiso de la nueva Administración Municipal en cabeza del Doctor Jorge Eduardo Rojas Giraldo en su propuesta de gestión denominada *Gobierno en la Calle*, posibilitó sinergias en la construcción del actual Plan de Desarrollo, marcando denodadamente su enfoque social alrededor del desarrollo de la ciudad partiendo de la Educación como pilar fundamental y estructurador de largo plazo de cada una de las acciones de las diferentes dependencias. Es así como en cada uno de los ejes de política se evidencian propuestas consistentes tanto con los propósitos nacionales como con las ejercicios locales contando con el acompañamiento a su vez de la Junta Asesora de Educación, nuevo espacio conformado con el objeto de garantizar la representación y participación de la sociedad en la toma de decisiones en materia educativa, sumando aportes de expertos para una orientación pertinente.

El informe presentado a continuación refleja los avances de un segundo año de gestión de la actual Administración Municipal, donde el consolidado del desempeño evidenció un cumplimiento global superior al esperado por parte de la Secretaría de Educación, anotando además el desarrollo y la concreción de una serie de actividades tendientes a crear condiciones estructurales para procesos e iniciativas de largo plazo con objetivos de transformación de la calidad educativa buscando cada vez una mayor pertinencia e integralidad, propiciando igualmente mejores condiciones de acceso.

La información se estructura a partir de la definición de metas propuestas, su nivel de cumplimiento y su asociación con los proyectos y recursos, de acuerdo con el esquema programático definido en el Plan de Desarrollo *Gobierno en la Calle* que parte de las

conceptualizaciones por eje de política. Se amplía la información describiendo los principales hitos desarrollados y se incluyen finalmente las acciones propuestas para el año 2014. En la última parte se presentan las acciones de control desarrolladas por el Área de Inspección y Vigilancia y las acciones realizadas desde el Área Jurídica.

## MISIÓN

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los manizaleños a través de la gerencia transparente, eficiente, eficaz y equitativa en la prestación oportuna del servicio educativo.

## VISIÓN

En los próximos diez años el sistema educativo municipal brindará una educación de calidad a los manizaleños, mediante la implementación de programas de acceso, permanencia, mejoramiento continuo, innovación y desarrollo tecnológico.

## OBJETIVOS

1. Conservar la certificación del Municipio en materia educativa con el fin de lograr la autonomía para la toma de decisiones sobre los recursos, personal e insumos, por ende una eficiente asignación y uso de los recursos educativos.
2. Garantizar la vinculación de maestros con actividad y formación adecuada a las necesidades de mejoramiento de la calidad educativa.
3. Mejorar los niveles de eficiencia interna de los establecimientos educativos oficiales del Municipio, para lograr que los estudiantes permanezcan en el sistema educativo y terminen su ciclo educativo dentro de los rangos de edad establecidos para cada nivel.
4. Mejorar la infraestructura física y dotación de los establecimientos educativos oficiales del Municipio.
5. Reducir los niveles de analfabetismo de la población del Municipio.
6. Propiciar alternativas que permitan lograr la convivencia ciudadana y educativa.
7. Desarrollar programas educativos para la población vulnerable.

**PROPÓSITO 1:**

**MEJORAR EL ACCESO Y LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE FORMACION EN TODOS LOS NIVELES.**

**Porcentaje de ejecución año 2013: 95,49%**

**PROGRAMA:** EDUCACIÓN INICIAL DE CALIDAD DE CERO A SIEMPRE.

**SUBPROGRAMA:** ACCESO Y PERMANENCIA EN EL MARCO DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS Y NIÑAS DE CERO A CINCO AÑOS EN PROCESO DE FORMACIÓN

**PROYECTO:** AMPLIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA COBERTURA Y CALIDAD EDUCATIVA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender integralmente en salud, Nutrición, educación y protección social al 100% de los niños y niñas vinculados en el programa de cero a siempre.	Porcentaje de niños y niñas con atención integral en el programa de cero a siempre	100.0%	100.0%

**Desarrollo de la meta**

La estrategia de Cero a Siempre tiene **21.048** niños y niñas atendidos; en sectores oficiales 15.670 y en sectores privados 5.738; distribuidos de la siguiente forma: 3396 en establecimientos educativos oficiales, 2226 en privados, 5774 en CDI, 1064 en hogares infantiles, 2250 en modalidad familiar, 312 en hogares comunitarios, 2784 en hogares comunitarios familiares, Hogares DIA 2005, jardines sociales 860, Fundación Tobías 120, FESCO 167.

Se desarrollaron actividades lúdicas, recreativas y culturales específicas para esta población además de apoyo en nutrición, vacunación, crecimiento y desarrollo, valoración y seguimiento nutricional, registro civil de nacimiento, educación inicial, afiliación a salud, procesos de participación familiar, acceso a ludotecas, vacaciones recreativas, y celebración de fechas especiales para niños y niñas.

Feria Infantil: el objetivo inicial de este proyecto es ofrecer espacios públicos y recreativos a los niños, se beneficiaron aproximadamente 5000 niñas y niños. Se realizó una contratación directa, previa convocatoria a diferentes entidades de carácter Municipal.

ALCALDÍA DE MANIZALES  
 CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM  
 TEL 887 9700 EXT 71400  
 www.manizallessalud.com

Se cuenta con la Mesa Municipal para la Primera Infancia, conformada por un equipo interdisciplinario, compuesto por entidades de carácter gubernamental y no gubernamental que atienden primera infancia, constituida legalmente y el cual cuenta con su plan de acción anual que ejecuta y hace seguimiento a las acciones planteadas. Lo conforman representantes de las siguientes entidades: Secretaría de Educación, Secretaria de Salud, Secretaría del Deporte, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Planeación, Instituto de Cultura y Turismo, ONG, Universidades, CDI, Instituto de Bienestar Familiar, Fesco, Cinde, Policía de Infancia y Adolescencia, Operadores de Servicio, entre otros.

La Política pública de Primera infancia está siendo implementada, actualmente se encuentra en proceso para ser presentada ante el Concejo Municipal para su adopción.

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Realizar mantenimiento a 9 establecimientos educativos oficiales.	Número de establecimientos educativos intervenidos	6	233,3%

Nota: Esta meta está proyectada para los cuatro años del Plan de Desarrollo y en el año 2013 se realizó más de lo planeado.

### Desarrollo de la meta

Construcción y adecuación de baterías sanitarias y obras complementarias para la atención de la Primera Infancia.

Núcleo	Institución Educativa	Institución Educativa
3. CUMANDAY	INST EDUC GRAN COLOMBIA	IE GRAN COLOMBIA SEDE A
9. UNIVESITARIA	INST EDUC EUGENIO PACELLI	IE EUGENIO PACELLI SEDE B
10. LA FUENTE	INSTITUTO LATINOAMERICANO	IE INSTITUTO LATINOAMERICANO SEDE A (2)
	INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO	INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO (2)

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Formar a 300 agentes educativos de instituciones educativas oficiales y privadas que atienden población infantil bajo enfoque de la atención integral.	Número de agentes educativos formados	172	191%



Nota: Esta meta está proyectada para los cuatro años del Plan de Desarrollo y en el año 2013 se realizó más de lo planeado.

## Desarrollo de la meta

Fortalecimiento de procesos de cualificación de 172 agentes educativos, cuidadores y familias en la promoción del desarrollo infantil, la atención integral de calidad y la garantía de derechos en primera infancia, así como en los lineamientos y orientaciones pedagógicas de educación inicial. Temáticas: Sistema de Gestión de Calidad para la Atención Integral de la Primera Infancia, resignificación del PAIPI, Ruta Integral de Atención Municipal para la Primera Infancia; Expresión Corporal, Desarrollo de procesos para la implementación de la política pública de Primera Infancia en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre en Manizales (documental)

### PROGRAMA: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA EDUCACION BASICA Y MEDIA

#### SUBPROGRAMA: ESTRATEGIAS DE FORMACIÓN HUMANÍZANTE EN PRINCIPIOS Y VALORES

#### PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN RURAL EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Restablecer el modelo escuela nueva en 14 establecimientos educativos rurales	Número de establecimientos educativos rurales con modelo escuela nueva	15	107.1%

## Desarrollo de la meta

El Ministerio de Educación Nacional ha definido como uno de los Modelos flexibles más exitosos a Escuela Nueva, ya que en ella se propicia el desarrollo de competencias con criterios de calidad, se respetan ritmos de aprendizaje como una estrategia para combatir la deserción temprana en las aulas de los escolares, para fomentar el liderazgo, y la apropiación de competencias ciudadanas entre los estudiantes y la articulación de los estudiantes de los grados 10° y 11° con el mundo productivo, la Universidad, y el ejercicio de una ciudadanía responsable.

Restablecimiento del modelo Escuela Nueva en 15 Instituciones educativas rurales: Rural La Violeta, María Goretti, El Libertador, José Antonio Galán, La Cabaña, La Palma, Rafael Pombo, La Trinidad, Seráfico San Antonio de Padua, Juan Pablo II, Maltería, San Peregrino, Adolfo Hoyos (sedes rurales), Escuela de Trabajo La Linda, y Granada.

Se cuenta con cronograma semanal de visitas a las IE, las cuales cuentan con unos padrinos que permanentemente acompañan los diferentes procesos de formación. En el año 2013 se han realizado cerca de 76 visitas como seguimiento, asesoría y acompañamiento.

**ESCUELA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA:** Es un proyecto pedagógico productivo implementado en las escuelas rurales del Municipio de Manizales y que integra a los currículos de la educación básica y media, contenidos pertinentes y útiles orientados hacia la seguridad alimentaria, para promover en los niños y jóvenes el desarrollo de competencias que contribuyan en el corto plazo al mejoramiento de la calidad de vida de las familias rurales. Se cuenta con la participación de 12 IE.

**UNIVERSIDAD EN EL CAMPO:** Articula la Educación Media con la Educación Superior. Se basa en los principios de Escuela Nueva y en enfoque de formación por competencias y ciclos secuenciales y complementarios lo que permite la continuidad en el sistema educativo y la formación universitaria de los estudiantes rurales del Municipio de Manizales. Se ofrecen programa Técnicos y Tecnológicos profesionales con la Universidad Católica de Manizales y la Universidad de Caldas.

Características del proyecto:

Conserva el modelo pedagógico de Escuela Nueva de las escuelas rurales.

Propone estrategias de aseguramiento de la calidad.

Se requiere menor tiempo para el desarrollo de los ciclos educativos: al terminar el grado 11 ya se tienen los créditos requeridos para el ciclo técnico, y en un año más se alcanzan los créditos para el nivel tecnológico.

Los estudiantes son becados por la alianza.

Se desarrolla directamente en las Instituciones Educativas de Posprimaria del área rural donde reside la población beneficiaria.

En el Proceso están las IE Maltería, María Goretti, La Trinidad y José Antonio Galán; con 133 estudiantes en técnico y 15 en Tecnológico.

**ESCUELA VIRTUAL:** Es una innovación educativa basada en el modelo Escuela Nueva que utiliza las TIC con sentido pedagógico y como medio para la comunicación entre las comunidades rurales. El

proyecto se desarrolla a través de las siguientes fases: Sensibilización y Apropiación; Proyectos colaborativos; Consultorios Virtuales; Telecentros Comunitarios y Capacitación Virtual. 12 IE vinculadas, 4.400 estudiantes beneficiados.

ESCUELA Y CAFÉ: Este proceso se realiza en los Sectores con producción de café, en el que se encuentran Jóvenes con sentido de pertenencia que quieren el campo y aprenden a conocer mejor el café. 6 IE vinculadas al proceso, 800 estudiantes beneficiados.

**PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN DE LA JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Implementar el programa de jornada escolar extendida en 30 instituciones educativas	Número de instituciones educativas atendidas con jornada escolar extendida	55	183.0%

**Desarrollo de la meta**

Este programa es una iniciativa del Ministerio de Educación Nacional que pretende ampliar el tiempo de permanencia de los escolares en la Instituciones educativas con el fin de fortalecer en ellos las competencias académicas, ciudadanas y de convivencia.

En la ciudad de Manizales se trabajan articuladamente en cuatro ejes que son:

- Humanidades y lenguas extranjeras
- Desarrollo de pensamiento científico y tecnológico
- Desarrollo humano y competencias ciudadanas
- Desarrollo de las habilidades artísticas y deportivas.

	INSTITUCION EDUCATIVA	SEDES	ESTUDIANTES BENEFICIADOS
1	IE ADOLFO HOYOS OCAMPO	LA AURORA	191
		EL ARENILLO	
		LA ARGELIA	
		PRINCIPAL	
2	IE LA LINDA	MANZANARES	185
		PRINCIPAL	
3	IE INSTITUTO MANIZALES	PRINCIPAL	446

4	IE SAN AGUSTIN	PRINCIPAL	263
5	IE ANDRES BELLO	PRINCIPAL	372
6	IE BOSQUES DEL NORTE	SEDE B	461
		PRINCIPAL	
7	IE SINAI	SOLFERINO	1011
		PRINCIPAL	
8	IE MARISCAL SUCRE	LA CUMBRE	484
		RICARDO FLOREZ	
		JF KENEDY	
		MERCEDES A PRINCIPAL	
9	IE MALTERIA	PRINCIPAL	231
10	INEM	LA CAROLA	455
		PRINCIPAL	
11	IE ATANASIO GIRARDOT	PRINCIPAL	188
12	IE EUGENIO PACELLI	BOLIVARIANA	610
		EDUARDO S	
		MARIELA Q	
		PRINCIPAL	
13	IE MALABAR	RUFINO J. CUERVO	203
		PRINCIPAL	
14	IE ARANJUEZ	PRIMARIA	464
		PRINCIPAL	
15	IE PERPETUO SOCORRO	PRINCIPAL	246
16	IE PARAISO	PRINCIPAL	118
17	IE GIOVANI MONTINI	PRINCIPAL	158
18	IE LA CABAÑA	PRINCIPAL	114
19	IE MARIA GORETI	GUACAS	57
		PRINCIPAL	
20	IE SERAFICO SAN ANTONIO DE P	PRINCIPAL	50
21	IE LA VIOLETA	PRINCIPAL	39
22	IE JUAN PABLO II	PRINCIPAL	33
23	IE SAN PEREGRINO	PRINCIPAL	51
24	IE MIGUEL ANTONIO CARO	SEDE A	93
		SEDE B	
		PRINCIPAL	
25	IE JOSE A GALAN	PRINCIPAL	195
26	IE RAFAEL POMBO	PRINCIPAL	49
27	IE VILLA DEL PILAR	NIÑOS DE LOS A	139
		CIUDAD DE MAN	
		PRINCIPAL	
28	IE MARCO FIDEL SUAREZ	ESC LAS AM	102
		PRINCIPAL	
29	IE LICEO ISABEL LA CATOLICA	PRINCIPAL	361
30	IE LA SULTANA	LA MACARENA	425
		PRINCIPAL	
31	IE LEON DE GREIFF	PRINCIPAL	404
32	IE FE Y ALEGRIA LA PAZ	FANNY GONZALEZ	247
		PRINCIPAL	

ALCALDÍA DE MANIZALES  
 CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM  
 TEL 887 9700 EXT 71400  
 www.manizalesalud.com

33	IE SIETE DE AGOSTO	PRINCIPAL	457
34	IE GRAN COLOMBIA	LA PRESENTACION	330
		PRINCIPAL	
35	IE SAN PIO X	VARGAS VILA	448
		ROCIO JURADO	
		PRINCIPAL	
36	IE ASUNCION	PRINCIPAL	386
37	IE CHIPRE	JULIO ZULUAGA	191
		PRINCIPL	
38	IE LEONARDO DA VINCI	NS DE LOURDES	383
		PRINCIPAL	
39	ESTAMBUL	PRINCIPAL	213
40	UNIVERSITARIO	PRINCIPAL	436
41	TECNOLOGICO	PRINCIPAL	417
42	SAN JORGE	PRINCIPAL	589
43	LA TRINIDAD	PRINCIPAL	25
44	LA PALMA	PRINCIPAL	142
45	NORMAL DE CALDAS	ANEXA	562
		PRINCIPAL	
46	NORMAL DE MANIZALES	PRINCIPAL	213
47	IE DIVINA PROVIDENCIA	PRINCIPAL	55
48	ENAE	PRINCIPAL	145
49	IE LATINOAMERICANO	J A SILVA	190
		VICTORIANO V	
		PRINCIPAL	
50	IE PABLO VI	B UNIDOS	164
		PRINCIPAL	
51	IE JB SALLE	PRINCIPAL	277
52	COLCRISTO	PRINCIPAL	100
53	NUESTRA SEÑORA DE FATIMA	PRINCIPAL	0
54	LIBERTADOR	PRINCIPAL	20
55	SANTA TERESITA	PRINCIPAL	25
56	ZAGALES	PRINCIPAL	0
57	GRANADA	PRINCIPAL	96
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>			<b>14.309</b>

COMUNAS		ESTUDIANTES
1	ATARDECERES	929
2	SAN JOSE	764
3	CUMANDAY	1916
4	LA ESTACION	1537
5	BOSQUES DEL NORTE	1996

ALCALDÍA DE MANIZALES  
 CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM  
 TEL 887 9700 EXT 71400  
 www.manizallessalud.com

6	ECOTURISTICA CERRO DE ORO	1009
7	TESORITO	679
8	PALOGRADE	813
9	UNIVERSITARIA	1465
10	LA FUENTE	937
11	LA MACARENA	1238
<b>CORREGIMIENTOS</b>		
1	CORREGIMIENTO COLOMBIA	158
2	CORREGIMIENTO LA CRISTALINA	142
3	CORREGIMIENTO EL REMANSO	251
4	CORREGIMIENTO PANORAMA	76
5	CORREGIMIENTO CORREDOR	146
6	CORREGIMIENTO MANATIAL	253
7	CORREGIMIENTO RIO BLANCO	0
<b>TOTALES</b>		<b>14309</b>

Este proceso fue concebido como instrumento de aprendizaje complementario enfocado a la buena utilización del tiempo libre de los estudiantes del municipio, la estrategia contempla diversas líneas que permiten la selección de actividades según las necesidades e intereses de los niños y jóvenes.

Este programa es transversal dada la participación activa y articulada de las Secretarías de Educación, del Deporte y el Instituto de Cultura y Turismo.

- Líneas ejecutadas:
  - Formación en competencias académicas y desarrollo de competencias de convivencia escolar.
  - Montaña Mágica, fábrica de sueños.
  - Atención integral en los componentes formativo y nutricional.
  - Formación en habilidades para la vida.
  - Formación en habilidades psicosociales, afectivas, culturales y lúdicas.
  - Talleres de teatro y confección de máscaras.
  - Baile folclórico colombiano.
  - Primaria artística y coros bilingües.
  - Talleres de lectoescritura y presentación en público.

- Formación danza moderna y contemporánea.
  - Pensamiento científico y tecnológico, desarrollo humano y formación ciudadana.
  - Jornada escolar complementaria.
  - Exoneración de impuestos.
- Instituciones educativas intervenidas: 55
  - Estudiantes impactados: 14.309 estudiantes.

Así, las Jornadas se han convertido en un aliado para las instituciones educativas, permeando la generación de espacios de enriquecimiento colectivo en los estudiantes, donde la articulación de las diferentes áreas de trabajo (ciencia y tecnología, formación artística: artes plásticas, teatro, danza, música y escuelas deportivas) les ha facilitado la interacción con sus pares y la adquisición de aprendizajes significativos.

**PROYECTO: MEJORAMIENTO DEL MODELO ESCUELA ACTIVA URBANA EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Mejorar la calidad y eficiencia de la educación básica y media mediante la réplica del proyecto Escuela Activa Urbana en 11 establecimientos educativos oficiales	Número de establecimientos educativos oficiales con proyecto de Escuela Activa Urbana	11	118.0%

**Desarrollo de la meta**

Desde el año 2002 este proyecto ha permitido en el Municipio de la integración de esfuerzos entre el sector público y privado de la ciudad generando sinergias para el desarrollo del modelo enfocado en tres aspectos: Fortalecimiento de la gestión institucional, Fortalecimiento de la gestión del contexto y Fortalecimiento de la gestión de aula; alcanzándose resultados

ALCALDÍA DE MANIZALES  
 CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM  
 TEL 887 9700 EXT 71400  
 www.manizalesalud.com

satisfactorios en el desempeño académico y personal. Con el modelo en convenio con la Fundación Luker se han beneficiado las Instituciones educativas: Escuela Nacional Auxiliares de Enfermería, Latinoamericano, Andrés Bello, La Gran Colombia, Colegio Divina Providencia, Liceo Mixto Aranjuez, Atanasio Girardot, Colegio San Jorge, Colegio La Asunción, Normal Superior de Manizales, e Integrado Villa del Pilar

Se llevaron a cabo procesos de dotación de material de autoinstrucción, guías de autoaprendizaje (textos guía para las áreas básicas), además de actividades de formación docente como acompañamiento maestro-maestro y estrategias dentro del equipo de apoyo de cada institución (acompañamiento, inducción y reinducción)

**PROYECTO: APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA PEQUEÑOS CIENTÍFICOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Mantener la metodología de pequeños científicos en 18 establecimientos educativos desde su contexto.	Número de establecimiento educativos oficiales con metodología pequeños científicos	16	100.0%

**Desarrollo de la meta**

Durante el año 2013 se realizaron clases demostrativas en 16 instituciones educativas, en las cuales se pretendió desarrollar habilidades científicas mediante la experimentación y la observación, en compañía de los docentes para que tuvieran un conocimiento más amplio de las clases experimentales de las ciencias, los cuales fueron:



INSTITUCIÓN EDUCATIVA		ESTUDIANTES BENEFICIADOS	No. DOCENTES
		PRIMARIAS	
1	I.E. San Jorge	469	17
2	I.E. Estambul	333	11
3	I.E. Instituto Tecnológico de Caldas	845	1
4	I.E. INEM - Todas las sedes	603	19
5	I.E. Bosques del Norte - Sede Central	758	15
6	I.E. Divina Providencia	160	8
7	I.E. Adolfo Hoyos - Sede Central	95	5
8	I.E. Eugenio Pacelli - Sedes Primarias	434	24
9	I.E. Atanasio Girardot	134	7
10	I.E. Sinaí - Sede Central	291	31
11	I.E. Andrés Bello	341	6
12	I.E. Normal Superior de Manizales	1054	24
13	I.E. Mariscal Sucre - Sede C	160	0
14	I.E. Liceo León de Greiff	452	0
15	I.E. Rural Miguel Antonio Caro Sede A y B	219	0
16	I.E. Liceo Mixto Malabar - Sede Central	382	0
TOTALES		6730	168

### SEMILLEROS DE INVESTIGACION

- En el transcurso del proyecto de pequeños científicos se crearon siete semilleros de investigación en diferentes colegios de Manizales tales como:

COLEGIOS	SEMILLEROS
Adolfo Hoyos	Herbario
Andrés Bello	Herbario
Atanasio Girardot	Reciclaje
Divina providencia	Herbario
Estambul	Separación de Mezclas
Miguel Antonio Caro	Huerta
Pacelli sede Bolivariana	Reciclaje

El proyecto orientó clases modelos a todos los docentes de primaria de los diferentes colegios, fomentando el espíritu científico y dando una idea más amplia de dar ciencias con procedimientos experimentales, apoyados en la V de GOWIN como un recurso que ayuda al proceso de enseñanza experimental de las ciencias. Se desarrolla el proceso en convenio con Fundeca.

**PROYECTO: FORTALECIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO LECTOR DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Fortalecer competencias comunicativas, lectoras, escritoras en los 35 establecimientos educativos con talleres literarios y dotación de bibliotecas escolares.	Número de establecimientos educativos fortalecidos en competencias comunicativas	51	146%

**Desarrollo de la meta**

La Alcaldía de Manizales, a través de la Secretaría de Educación consideró adoptar el Plan Nacional de Lectura y Escritura, con todos sus componentes, entre ellos cofinanciar el desarrollo del primer componente del Plan, mediante la dotación a los Establecimientos Educativos de la “Colección Semilla”, conformada por 256 títulos (obras de referencia, de ficción e informativas) para educación preescolar, básica y media y para ello se hizo una inversión de \$95.700.000 en el año 2012; con esta cofinanciación se logró dotar a las 57 Instituciones Educativas en sus sedes principales y 52 sedes alternas.

La Colección semilla es un conjunto de libros con equilibrio temático, adecuado para todos los grados, áreas y asignaturas atendidas, que cumplen criterios de calidad literaria, informativa y editorial, pertinencia pedagógica para los rangos de grados dotados y relevancia curricular y que reúnen la condición de ser interesantes, novedosos, atractivos y sencillos.

En el año 2013 para fortalecer las bibliotecas escolares y su dinámica, con recursos propios se dotaron 53 Instituciones Educativas con un computador todo en uno y 28 Instituciones con Televisores Smart TV. Para la compra de estos equipos se dispusieron \$119.000.000; en el momento a Enero de 2014 se está haciendo entrega a las IE que faltaban para completar las 57, 29 TV con una inversión de 60.253.000.

**SUBPROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA FORMACIÓN Y EL BIENESTAR SOCIAL DEL TALENTO HUMANO**

**PROYECTO: SERVICIO DE FORMACIÓN, CUALIFICACIÓN Y BIENESTAR SOCIAL A LOS DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender el 75% del personal educativo directivo, docente y administrativo que accede a programas de formación	Porcentaje del personal educativo directivo, docente y administrativo que accede a programas de formación	75%	128%

**Desarrollo de la meta**

Han participado en alguna actividad de capacitación, 1.635 docentes y directivos docentes, de 2206 posibles, el 75%, de las 57 Instituciones Educativas.

En este mismo período de tiempo se han llevado a cabo un total de 158 actividades, como talleres, encuentros, seminarios, congresos, diplomados; en los cuales se han tocados temas relativos a Renovación Curricular, Evaluación, Primera Infancia, Inclusión, Bilingüismo, Competencias Ciudadanas, Saberes Disciplinarios Específicos, PEI, Planes de Mejoramiento, Tic y Uso de Medios, Competencias Lectoras, Educación Rural, Educación Ambiental, entre otros.

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender el 75% del personal educativo directivo, docente y administrativo que accede a programas de bienestar	Porcentaje del personal educativo directivo, docente y administrativo que accede a programas de bienestar	87%	132%

### Desarrollo de la meta

Se desarrolló el Seminario Taller de Liderazgo y Trabajo en equipo para el grupo de Docentes del PTA(15) y Docentes de la I.E. Maltería (17), Celebración del día de la Mujer para 601 asistentes, celebración Día de la Secretaria para 72 funcionarios administrativos, y asisten 109 Docentes y funcionarios a la conferencia El Camino a la felicidad; También se consolida los convenios con Emi, con la prestación de servicios para 24 Docentes, Club de la Salud, para 27 funcionarios, Jardines de la Esperanza para 10 y Gimnasio Enforma para 9 Docentes y/o funcionarios. Se realizó la celebración del Día del Maestro con la participación de 1.039 docentes y se realizó seminario trabajo en equipo para 23 funcionarios administrativos de la SEM.

### SUBPROGRAMA: INNOVACIÓN Y FORTALECIMIENTO CURRICULAR Y EDUCATIVO

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Mantener buenas prácticas educativas pedagógicas en 20 establecimientos educativos oficiales	Número de establecimientos educativos con buenas prácticas educativas y pedagógicas, implementadas.	40	200%

### Desarrollo de la meta

Corresponde a la transformación de prácticas de aula a través de didácticas flexibles. La medición incluye también las experiencias significativas inscritas por parte de la Secretaría.

El proceso se fundamenta mediante la Guía 36, 37 y 38 del Ministerio de Educación en las que se dictan las orientaciones para los autores, evaluadores y secretarías de educación.

El encargado archiva los proyectos pedagógicos que corresponden a las Buenas prácticas registradas en la SEM, las cuales son el primer paso para que entren a ser evaluadas como candidatas a Experiencias Significativas por el comité evaluador.

El comité de Evaluadores de Experiencias Significativas reporta al funcionario encargado los resultados de la evaluación según la asignación, mediante un formato dado por el MEN.

Después de verificar esta información los docentes inscriben la experiencia en el portal Colombia aprende y el funcionario de la SEM las válida para que se evidencien el línea.

## ACOMPAÑAMIENTO A EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS

INSTITUCION EDUCATIVA	NOMBRE DE REGISTRO EXPERIENCIA CANDIDATA	DOCENTE	EVALUADOR ASIGNADO
1. LA SULTANA	"Sueños y ensueños"	María Victoria Arce	CLAUDIA OSORIO V
2. LEONARDO DA VINCI	Conciliadores estudiantiles de paz",	Luz Ángela Bedoya, Nancy Cecilia Martínez	MARTHA SALAZAR
3. MALABAR	Proyecto de vida como potencializador del mejoramiento personal	Gloria Inés García H.	ANGELA PATIÑO
4. CHIPRE	Enganche personal familiar e institucional	Betancur Orozco	MARTHA SALAZAR
5. LA TRINIDAD	El Baúl de mi abuelita	Liliana Patricia Delgado	ALVARO MAYA
6. SAN PEREGRINO	La oratoria	María Emma Márquez y Natalia González	ENRIQUE CARMONA
7. INSTITUTO UNIVERSITARIO	Hacia una nueva orientación vocacional	Liliana María Cardona Nieto, Claudia Elena Gómez Álvarez	DIEGO MARIN
8. LA LINDA	Rehabilitación basada en la comunidad	Yamile Blanco Velandia	SULAY ECHEVERRY
9. COLEGIO DE CRISTO	Pastoral Infantil y juvenil Marista	María Constanza	ANGELA PATIÑO
10. BOSQUES DEL NORTE	La comunidad activa y efectiva para el mundo de hoy	Olga Liliana López, Martha Rocío Bañol	DRA ARACELLY LOPEZ
11. SIETE DE AGOSTO	El afecto como mediador del aprendizaje	Alicia Zuluaga Torres	ALEYDA QUINTERO
12. INTEGRADO LA SULTANA	"Recreo incluyente una alternativa para una mejor convivencia Social"	Esperanza Yepes Castrillón	ALVARO MAYA
13. INTEGRADO LA SULTANA	El universo sonoro de los gestos como un proyecto de humanización incluyente	Alexa Johana Patiño	SULAY ECHEVERRY
14. LA CABAÑA	Vincúlate a la tecnología agropecuaria para crecer en el emprendimiento	José Uriel Franco Valencia	IBETH MONCADA
15. INSTITUTO UNIVERSITARIO	De la escritura al aula, del aula a la ciudad	Héctor Manuel	IBETH MONCADA
16. GRAN COLOMBIA	La música, espacio de convivencia y aprendizaje artístico	Paula Andrea Ocampo Betancur	ALEYDA QUINTERO
17. MALTERIA	Las plantas medicinales, aromáticas y su uso industrial en la zona Maltería	Pedro Adolfo Hernández Vásquez	ANGEL MARIA OCAMPO CARDONA

**SUBPROGRAMA: FOMENTO, FORTALECIMIENTO Y SEGUIMIENTO A LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR**

**PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA QUE FOMENTE EL ACCESO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Aplicar las pruebas Saber al 100% de establecimientos educativos	Porcentaje de establecimientos educativos en los que se aplica la prueba Saber	100	100%

**Desarrollo de la meta**

Se evalúan las competencias de estudiantes de tercero, quinto y noveno grado en lenguaje y matemáticas en los 57 Establecimientos educativos. Adicionalmente en 2012 los estudiantes de quinto y noveno grado también presentaron pruebas de ciencias naturales y competencias ciudadanas. Las pruebas Saber 11 se aplicaron en las 53 Instituciones obteniéndose la siguiente caracterización:

*(Granada, Libertador, Santa Teresita y la Palma por ser Centros Educativos – no tienen Educación Media-, no se presentan estas pruebas)*

**PRUEBAS SABER 11°**

	NUMERO DE I.E.	PORCENTAJES
Muy superior	1	1.61%
Superior	9	14,52%
Alto	11	17,74%
Medio	24	38,71%
Bajo	4	6,45%
Inferior	0	0
Muy Inferior	0	0
No Reportó el ICFES	12	19.35%
No presentó	1	1.61%
	62	100,00%

ALCALDÍA DE MANIZALES  
 CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM  
 TEL 887 9700 EXT 71400  
 www.manizalesalud.com

### PRUEBAS SABER 3º, 5º, Y 9º.

La prueba Saber se aplicaba cada tres años a todos los estudiantes de grado 5º, y 9º, a partir del año 2012 se evalúan los estudiantes de 3º, 5º y 9º cada año. Esta prueba tiene como objetivo evaluar las competencias de los alumnos en las áreas de lenguaje, ciencias naturales, matemáticas y competencias ciudadanas.

La prueba Saber 3º, 5º, y 9º, se aplicó el 23 de octubre a estudiantes de todas las instituciones educativas oficiales y no oficiales. Los resultados los entrega el ICFES, en junio de 2014. Las pruebas que aplicaron fueron Matemáticas, Lenguaje y Competencias Ciudadanas.

### PRUEBAS SABER 3º, 5º, Y 9º.

Total Estudiantes			Estudiantes sector oficial			Estudiantes sector no oficial		
Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9
5199	4918	5045	4463	4336	4445	981	881	1058
<b>Total 15162</b>								

Estudiantes Zona Urbana			Estudiantes zona rural		
Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9
4463	4835	5156	424	382	347

### ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS QUE PARTICIPARON EN LA PRUEBA SABER 3º, 5º Y 9º.

Total Establecimientos			Establecimientos sector oficial			Establecimientos sector no oficial		
Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9
97	94	77	57	57	54	40	37	23

Establecimientos Zona Urbana			Establecimientos zona rural		
Grado 3	Grado 5	Grado 9	Grado 3	Grado 5	Grado 9
82	79	65	15	15	12

**PROGRAMA: DISMINUCION DE LAS BRECHAS EDUCATIVAS**

**SUBPROGRAMA: FOMENTO DE UNA SEGUNDA LENGUA**

**PROYECTO: FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS EN LENGUAS EXTRANJERAS**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Ejecución del 100% del componente de segunda lengua definido en el Plan Estratégico de Educación	Porcentaje de avance en la ejecución del componente de segunda lengua	100	100%

**Desarrollo de la meta**

22 Instituciones Educativas, Total estudiantes beneficiados 1.479, Docentes Capacitados 524

<b>LINEA SEMILLEROS: 853</b>	<b>LINEA PROFUNDIZACIÓN:379</b>	<b>MODELO LICEO: 247</b>
Normal de Caldas	Malabar	Normal de Caldas
Liceo Isabel la Católica	Instituto Universitario	Liceo Isabel la Católica
La Sultana	San Pio X	Instituto Tecnológico
Instituto Tecnológico	Siete de Agosto	Instituto Universitario
Instituto Universitario	Instituto Manizales	Instituto Latinoamericano
Fe y Alegría la Paz	Instituto Latinoamericano	Agustín
León de Greiff	ENAE	San Jorge
La trinidad	Fe y Alegría La Paz	Marco Fidel Suarez
San Agustín	La Asunción	Atanasio Girardot
San Jorge	María Goretti	
Eugenio Pacelli	Leonardo Davinci	
Marco Fidel Suarez	San Jorge	
	Eugenio Pacelli	
<b>TOTAL ESTUDIANTES BENEFICIADOS 1.479</b>		

<b>SEM</b>	<b>MEN</b>
Talleres de metodología para docentes primaria:	Proyecto Cascada: 7
Actualización en metodologías para docentes inglés:	Proyecto formación básica en inglés . TICS, MET: 38
Participación congreso bilingüismo: 20	Inmersiones San Andrés: 7
Capacitación uso del material de dotación: 28	Bunny Bonita: 9
Total beneficiados: 463	Total beneficiados: 61
<b>TOTAL DOCENTES CAPACITADOS: 524</b>	



La línea de semilleros nació en el año 2012 con 12 Instituciones Educativas de la ciudad, los cuales fueron inscritos con el fin de generar el impacto esperado para el año 2019, meta que proyecta que el 40% de los estudiantes se gradúen con un nivel de lengua B1. A estos grupos se le debe de garantizar la continuidad por lo que en el año 2013 siguieron siendo formados ya cursando los grados 5to y 6to, y así consecutivamente seguirán en el programa en el 2014 estos jóvenes que ahora cursan sexto y séptimo. Ellos seguirán así hasta el año 2019.

La Línea de profundización en la media: nació en el año 2013, ya que el Señor alcalde solicitó se trabajara con más estudiantes y por resultados a corto plazo, con los chicos de la media (10º y 11º) y se proyectara un módulo de Tics en esta formación de lengua, para garantizar el acceso de estos chicos al sector laboral. Se hizo la inscripción de más Instituciones Educativas en el programa para un total de 22.

Modelo liceo es un diplomado de dos años que ofrece la Universidad Católica de Manizales en convenio con el Liceo Isabel La Católica, para capacitar estudiantes de la media para que salgan certificados en grado once con nivel de lengua y puedan insertarse laboralmente.

En cuanto a la capacitación docente, se ofrecieron por medio de la alianza de la mesa de Bilingüismo talleres de capacitación y cualificación metodología a 463 entre docentes de inglés y de primaria de todas las 57 Instituciones Educativas, además se contó con la participación de 61 docentes en ofertas del MEN, para un total de 524 docentes capacitados. Es necesario aclarar que los docentes que atienden a los estudiantes del programa son de las Universidades y del Colombo, independientes de los docentes de nuestras Instituciones Educativas que recibieron las capacitaciones.

#### **SUBPROGRAMA: FOMENTO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR, TÉCNICA Y TECNOLÓGICA**

#### **PROYECTO: AMPLIACIONES DEL PROCESO DE ARTICULACIÓN DE LA MEDIA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Implementar las competencias laborales como política educativa en 30 Instituciones educativas oficiales del municipio de Manizales	Número de instituciones educativas oficiales con competencias laborales implementadas	23	82%

## Desarrollo de la meta

Procesos de articulación con el SENA, la Universidad Católica y la Universidad Autónoma que ofrecen diferentes alternativas como Técnicos en facturación de servicios de salud, en Recreación, Sistemas domóticos, Dibujo mecánico, Aplicaciones web, entre otros, para estudiantes de grados 10 y 11 de Instituciones educativas focalizadas.

RURALES	URBANAS	I.E	Nombre Egresados	PROGRAMA
4	4	José Antonio Galán	Sonia Lorena Parra Gómez	Fisioterapia
		Adolfo Hoyos	Daniela Valbuena Hernández.	Ingeniería Biomédica
		La Violeta	Fabio Nelson Osorio Gallego	Ingeniería Industrial
		María Goretti	Jesús Antonio López Londoño	Ingeniería de Sistemas
		Sinaí	Lina María Álvarez Herrera	Negocios Internacionales
		Siete de Agosto	Kelly Yamile López Agudelo	Fisioterapia
		Villa del Pilar	Angie Paolo Martínez Arias	Ingeniería Biomédica
		León de Greiff	Edwin Loaiza Gómez	Ingeniería Biomédica

ESTUDIANTES BENEFICIADOS	PRESUPUESTO ASIGNADO
25 estudiantes en programas de la Universidad	\$ 210.855.000 Para toda la cohorte (tiempo duración)

PROGRAMA	EGRESADOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES BENEFICIADOS.
<input type="checkbox"/> Ciencia política, gobierno y relaciones internacionales	<input type="checkbox"/> Normal Superior de Manizales
<input type="checkbox"/> Diseño industrial	<input type="checkbox"/> Fe y Alegría la Paz
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	<input type="checkbox"/> Liceo Isabel La Católica, Pablo VI, Normal Superior de Manizales, mariscal Sucre, Leonardo Da Vinci,
<input type="checkbox"/> Ingeniería de sistemas	<input type="checkbox"/> Juan Bautista de la Salle, Asunción, Fe y
<input type="checkbox"/> Ingeniería electrónica	<input type="checkbox"/> Rural María Goretti
<input type="checkbox"/> Ingeniería mecánica	<input type="checkbox"/> Tecnológico
<input type="checkbox"/> Negocios internacionales	<input type="checkbox"/> Tecnológico, Cristo
<input type="checkbox"/> Odontología	<input type="checkbox"/> Enae, Cristo.
<input type="checkbox"/> Tecnología en análisis y programación de sistemas de información.	<input type="checkbox"/> Instituto Universitario

La Alcaldía de Manizales, a través de la secretaría de educación suscribió la Alianza con el ICETEX con el fin de beneficiar con créditos educativos a los estudiantes egresado de instituciones educativas oficiales del municipio de Manizales que en la actualidad aspiran a cursar estudios técnicos, tecnológicos o universitarios.

Los egresados de las diferentes instituciones educativas que ingresan a la educación superior se benefician durante toda la cohorte 2012 – 2017.

Debe resaltarse igualmente en este proyecto el apoyo brindado en convenio con ICETEX para el acceso a educación superior de egresados de Instituciones educativas oficiales de estratos 1, 2 y 3 con buen desempeño académico.

### TALENTO DIGITAL. 2012 - 2013

EGRESADOS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES	150	Presupuesto asignado por el Ministerio de las Tics en Alianza con el ICETEX y Universidades de todo el País. La Secretaría de Educación no coloca recursos esta es el puente con las instituciones educativas oficiales para el ingreso de sus egresados a las diferentes universidades que brindan programas de Talento Digital
---	-----	--

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Sostener en 12 Instituciones educativas públicas, por año, el programa de emprendimiento	Número de instituciones educativas con programas de emprendimiento	11	92%

### Desarrollo de la meta

Con apoyo de la Secretaría de Competitividad se llegó a 11 Instituciones educativas oficiales, enfocándose a estudiantes de los últimos grados con procesos de sensibilización: Divina Providencia, Liceo Mixto Sinaí, La Sultana, Nuestra Señora de Fátima, Colegio Maltería, Leonardo Da Vinci, Escuela de Trabajo la Linda, Eugenio Pacelli, Adolfo Hoyos Ocampo, Marco Fidel Suarez, Mariscal Sucre.

### PROYECTO: MANTENIMIENTO MANIZALES CIUDAD VIRTUAL

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Brindar conectividad de Internet al 100% de las sedes oficiales, por año	Porcentaje de sedes oficiales con conectividad de Internet	16	12%

### Desarrollo de la meta

En el año 2013 todas las sedes contaron con servicio de internet hasta el mes de mayo finalización del contrato 2012-2013. Por el proceso contractual llevado a cabo por el MEN, por Ley de Garantías y proceso contractual, no se pudo realizar la implementación del servicio internet nuevamente sino hasta el mes de diciembre de 2013.

- El proyecto se complementa con dotación y reposición de equipos de cómputo, así como actividades de mantenimiento.
- Se han entregado 2.187 computadores a IE y Bibliotecas.

**SUBPROGRAMA: INFRAESTRUCTURA Y ADECUACION DE AMBIENTES EDUCATIVOS**

**PROYECTO: AMPLIACIÓN, ADECUACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS PLANTAS FÍSICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Mejorar el espacio locativo a 12 ambientes escolares tipo A (3 aulas por año)	Número de aulas con mejoras locativas en ambientes escolares tipo A	127	3867%

**Desarrollo de la meta**

Incluye construcción y adecuaciones de aulas tendientes a ampliar la oferta de servicios o el mejoramiento de los espacios de Establecimientos educativos:

Núcleo	Institución Educativa	Institución Educativa	
1. ATRADECERES	INST EDUC ADOLFO HOYOS OCAMPO	IE ADOLFO HOYOS OCAMPO SEDE RUR B	
	INST EDUC LA LINDA	INST EDUC LA LINDA SEDE A	
	INST EDUC CHIPRE	INST EDUC CHIPRE	IE CHIPRE SEDE A
			IE CHIPRE SEDE B
		INST EDUC RURAL SAN PEREGRINO	ESC ANTONIO NARIÑO
3. CUMANDAY	INST EDUC GRAN COLOMBIA	IE GRAN COLOMBIA SEDE A	
	INST TECNICO FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS	INST EDUC TEC SUP DE CALDAS "ITEC"	
	IE INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CALDAS	IE INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CALDAS	
	LICEO ISABEL LA CATOLICA	INST EDUC ISABEL LA CATOLICA	
6. ECOTURISTICO	INST EDUC LA SULTANA	INST EDUC LA SULTANA	
		IE LA SULTANA SEDE A	
		IE LA SULTANA SEDE B	
		INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO	

8. PALOGRANDE	INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO	INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO SEDE A
	INST EDUC NORMAL SUP DE MANIZALES	INST EDUC NORMAL SUP DE MANIZALES
	INST EDUC ATANASIO GIRARDOT	INST EDUC ATANASIO GIRARDOT
	INST EDUC RURAL GIOVANNI MONTINI	INST EDUC RURAL GIOVANNI MONTINI
9. UNIVESITARIA	INST EDUC EUGENIO PACELLI	IE EUGENIO PACELLI SEDE B
	INST EDUC ARANJUEZ	INST EDUC ARANJUEZ SEDE A
	INST EDUC MALABAR	IE MALABAR SEDE A
10. LA FUENTE	INSTITUCIÓN EDUCATIVA LEONARDO DA VINCI	INST EDUC LEONARDO DA VINCI SEDE A
	IE INSTITUTO LATINOAMERICANO	IE INSTITUTO LATINOAMERICANO
		IE INSTITUTO LATINOAMERICANO SEDE A
		IE INSTITUTO LATINOAMERICANO SEDE B
	INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO	INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO
INST EDUC RURAL MIGUEL ANTONIO CARO	ESC RURAL JUAN HURTADO	
11. LA MACARENA	INST EDUC SIETE DE AGOSTO	INST EDUC SIETE DE AGOSTO

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Realizar mantenimiento preventivo y correctivo a 30 plantas físicas oficiales, por año	Número de plantas físicas oficiales con mantenimiento preventivo y correctivo	49	150%

### Desarrollo de la meta

Las labores de mantenimiento incluyeron labores de adecuación de redes hidrosanitarias y eléctricas, estructuras, cerramientos, cubiertas, pisos, manejo de humedades y pintura.

Núcleo	Institución Educativa	Institución Educativa
1. ATRADECERES	INST EDUC ADOLFO HOYOS OCAMPO	IE ADOLFO HOYOS OCAMPO SEDE RUR A
		IE ADOLFO HOYOS OCAMPO SEDE RUR B
	INST EDUC LA LINDA	INST EDUC LA LINDA
		INST EDUC LA LINDA SEDE A
		INST EDUC LA LINDA SEDE B
	INST EDUC CHIPRE	INST EDUC CHIPRE
		IE CHIPRE SEDE A
		IE CHIPRE SEDE B
CENT EDUC LA PALMA	CENT EDUC LA PALMA	
IE INSTITUTO TECNICO MARCO FIDEL SUAREZ	IE INSTITUTO TECNICO MARCO FIDEL SUAREZ	
INST EDUC RURAL SAN PEREGRINO	INST EDUC RURAL SAN PEREGRINO	
2. SAN JOSE	IE INSTITUTO MANIZALES	IE INSTITUTO MANIZALES
	INST EDUC RURAL JOSE ANTONIO G	INST EDUC RURAL JOSE ANTONIO G
3. CUMANDAY	INST EDUC ANDRES BELLO	IE ANDRES BELLO
	INST EDUC GRAN COLOMBIA	INST EDUC GRAN COLOMBIA
		IE GRAN COLOMBIA SEDE A
	INST TECNICO FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS	INST EDUC TEC SUP DE CALDAS "ITEC"
	IE INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CALDAS	IE INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CALDAS
LICEO ISABEL LA CATOLICA	INST EDUC ISABEL LA CATOLICA	
4. LA ESTACION	INST EDUC NORMAL SUP DE CALDAS	INST EDUC NORMAL SUP DE CALDAS
	INST EDUC RURAL RAFAEL POMBO	INST EDUC RURAL RAFAEL POMBO
5. CIUADELA	INST EDUC LICEO MIXTO SINAI	INST EDUC LICEO MIXTO SINAI
6. ECOTURISTICO CERRO DE ORO	INST EDUC LA SULTANA	INST EDUC LA SULTANA
		IE LA SULTANA SEDE A
		IE LA SULTANA SEDE B
	INST EDUC MARISCAL SUCRE	IE MARISCAL SUCRE SEDE B

		IE MARISCAL SUCRE SEDE D	
<b>7. TESORITO</b>	<b>INST EDUC SAN PIO X</b>	INST EDUC SAN PIO X IE MARISCAL SUCRE SEDE C	
<b>8. PALOGRANDE</b>	<b>INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO</b>	INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO INST EDUC INEM BALDOMERO SANIN CANO	
	<b>INST EDUC NORMAL SUP DE MANIZALES</b>	INST EDUC NORMAL SUP DE MANIZALES	
	<b>INST EDUC ATANASIO GIRARDOT</b>	INST EDUC ATANASIO GIRARDOT	
	<b>INST EDUC RURAL GIOVANNI MONTINI</b>	INST EDUC RURAL GIOVANNI MONTINI	
			IE EUGENIO PACELLI SEDE A IE EUGENIO PACELLI SEDE B IE EUGENIO PACELLI SEDE C
<b>9. UNIVESITARIA</b>	<b>INST EDUC ARANJUEZ</b>	INST EDUC ARANJUEZ SEDE A	
	<b>INST EDUC MALABAR</b>	INST EDUC MALABAR IE MALABAR SEDE A	
<b>10. LA FUENTE</b>	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA LEONARDO DA VINCI</b>	INST EDUC LEONARDO DA VINCI SEDE A	
	<b>IE INSTITUTO LATINOAMERICANO</b>	IE INSTITUTO LATINOAMERICANO IE INSTITUTO LATINOAMERICANO SEDE A IE INSTITUTO LATINOAMERICANO SEDE B	
		<b>INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO</b>	INST EDUC FE Y ALEGRIA EL PARAISO
		<b>INST EDUC RURAL MIGUEL ANTONIO CARO</b>	ESC RURAL JUAN HURTADO
	<b>INST EDUC RURAL LA CABAÑA</b>	INST EDUC RURAL LA CABAÑA	
	<b>CENT EDUC RURAL EL LIBERTADOR</b>	CENT EDUC RURAL EL LIBERTADOR	
	<b>CENTRO EDUCATIVO RURAL GRANADA</b>	CENT EDUC RURAL GRANADA SEDE F	
		<b>INST EDUC SIETE DE AGOSTO</b>	INST EDUC SIETE DE AGOSTO
		<b>INST EDUC PABLO VI</b>	INST EDUC PABLO VI SEDE C



**PROYECTO: DOTACIÓN DE MOBILIARIO, MATERIALES Y EQUIPOS EDUCATIVOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Dotar de mobiliario y menaje de cocina al 50% de las instituciones educativas	Número de instituciones educativas intervenidas con dotación de mobiliario y menaje de cocina	44	550%

**Desarrollo de la meta**

Se logró la dotación de 44 instituciones educativas en 2013 con elementos de seguridad consistentes en kit básicos de cámaras con posibilidad de monitoreo y para ello se priorizaron e intervinieron las sedes de acuerdo a las necesidades más urgentes tanto urbanas como rurales y según eventos de robo. Igualmente se dotaron sillas universitarias y trapezoidales y menajes de cocina.

Todo el proceso contractual se realizó a través de invitación pública.

IINSTITUCION EDUCATIVA	Kit de alarmas de	Sillas universitarias	Menaje de
IE PABLO SEXTO	X		
IE ATANASIO GIRARDOT	X		X
IE ANDRÉS BELLO	X		
IE LICEO MIXTO SINAI	X	X	
IE EUGENIO PACELLY	X		
IE FE Y ALEGRÍA EL PARAÍSO	X		
IE FE Y ALEGRÍA LA PAZ	X	X	X
IE MALHABAR - RUFINO JOSÉ CUERVO	X		
IE RURAL MARÍA GORETTI	X		X
IE LA SULTANA	X		
IE NORMAL DE CALDAS – ESCUELA ANEXA	X		X
IE SAN PIO X	X		
IE INSTITUTO TÉCNICO MARCO FIDEL	X		
IE BOSQUES DEL NORTE	X	X	X

I.E. LEONARDO DA VINCI		X	
I.E. LA ASUNCIÓN		X	
I.E. ESTAMBUL		X	X
I.E. MARISCAL SUCRE		X	
I.E. LEÓN DE GREIFF		X	
I.E. I.N.E.M.		X	
I.E. GIOVANI MONTINI		X	X
I.E. LA TRINIDAD.		X	
I.E. RAFAEL POMBO		X	X
C.E. LA PALMA			X
I.E. LA CABAÑA			X
I.E. LA LINDA			X
I.E. JOSE A. GALÁN			X
I.E. INSTITUTO MANIZALES			X
I.E. SAN AGUSTÍN			X
I.E. SAN PEREGRINO			X
I.E. ADOLFO HOYOS			X
I.E. MALTERIA			X
I.E. LA VIOLETA			X

**SUBPROGRAMA: OPORTUNIDAD EN ACCESO Y PERMANECIA**

**PROYECTO: MANTENIMIENTO ACCESO Y PERMANENCIA DE LOS ESTUDIANTES DEL MUNICIPIO**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender el 100% de la población escolar entre 5 y 16 años que solicitan el acceso al sistema educativo del sector oficial	Porcentaje de niños que solicitan matrícula al sistema educativo oficial, de transición al grado 11, atendidos	100	100%

**Desarrollo de la meta**

El indicador mide el impacto tomando como base la población que solicita acceso al sistema educativo oficial para los grados de transición a 11 a la cual se le ha garantizado el derecho.

Colegio Amigo Hermano Gemelo:

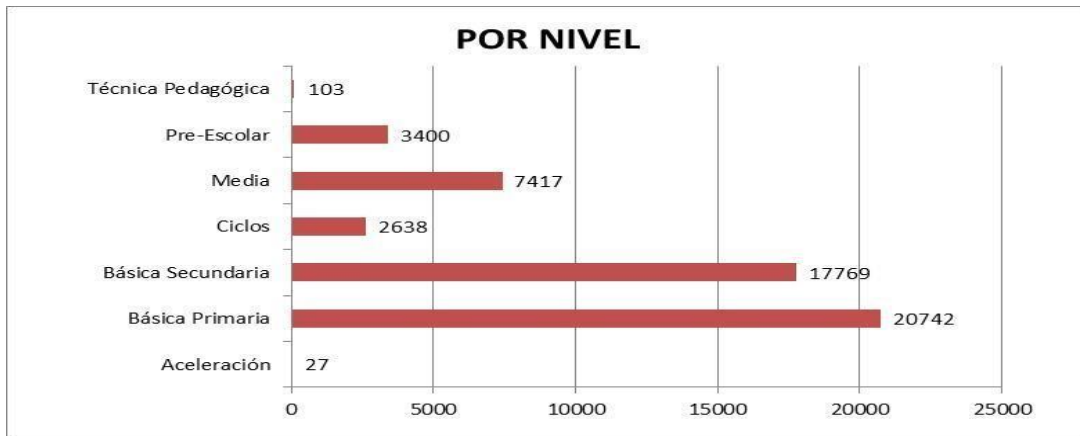
- Estrategia de acceso y permanencia que busca la creación de tejido social a través de lazos de amistad entre los niños de los colegios amigos. Se comparten metodologías exitosas entre los colegios amigos lo que ha llevado a afianzamientos en el aprendizaje de los niños

7 instituciones Educativas Rurales	7 Colegios Privados
257 beneficiarios	234 participantes
Escuela Agua Bonita	La Consolata
Escuela la Pola	Santa Inés
Colegio María Goretti	Nuevo Gimnasio
Escuela la Aurora	Gemelli
Escuela Argelia	Redentoristas
Escuela Arenillo	Americano
Escuela la Palma	Anglo hispano
Santa Teresita	

#### Te Queremos Estudiando Por Siempre:

Estrategia que busca promover el acceso y la permanencia de los estudiantes, movilizando a la comunidad educativa para que dentro de la corresponsabilidad ninguna persona en edad escolar este por fuera del sistema educativo, es una Alianza entre la Alcaldía de Manizales y el Once Caldas; donde se visitan los colegios por los jugadores del equipo y estos invitan a los niños a los partidos, comprometiéndolos a ser buenos estudiantes.

La Sultana	1.007 estudiantes,
Bosques del Norte	2.243 estudiantes,
Fe y alegría	2.415 estudiantes,
San Jorge	1.267 estudiantes.



Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender a 769 estudiantes con el servicio de transporte escolar urbano focalizado	Número de estudiantes con servicio de transporte escolar urbano focalizado	849	110%

### Desarrollo de la meta

Se ofrecen rutas de servicio transporte urbano en zonas que presentan dificultades para acceder al sistema por las distancias, así como para hacer uso de la capacidad disponible en algunas sedes con la matrícula de estudiantes de otros sectores de la ciudad. Igualmente para favorecer estudiantes de bajos recursos y atender decisiones judiciales.

Los establecimientos que gozan del servicio son: INEM Baldomero Sanín, Fe y Alegría la Paz que benefician estudiantes de la Comuna Bosques del Norte; y San Pio X que beneficia alumnos de la Comuna Tesorito.

### PROYECTO: APOYO SOSTENIMIENTO DE SERVICIOS PÚBLICOS Y MONITOREO A ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES

Se realizó el pago de los servicios públicos de las Instituciones Educativas así como la contratación del aseguramiento de los establecimientos educativos para el cuatrienio con autorización de vigencias futuras.

### PROYECTO: PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES

Se ha velado por el pago oportuno de salarios y prestaciones al 100% de la planta de personal docente, directivo y administrativo vinculados al sector oficial.

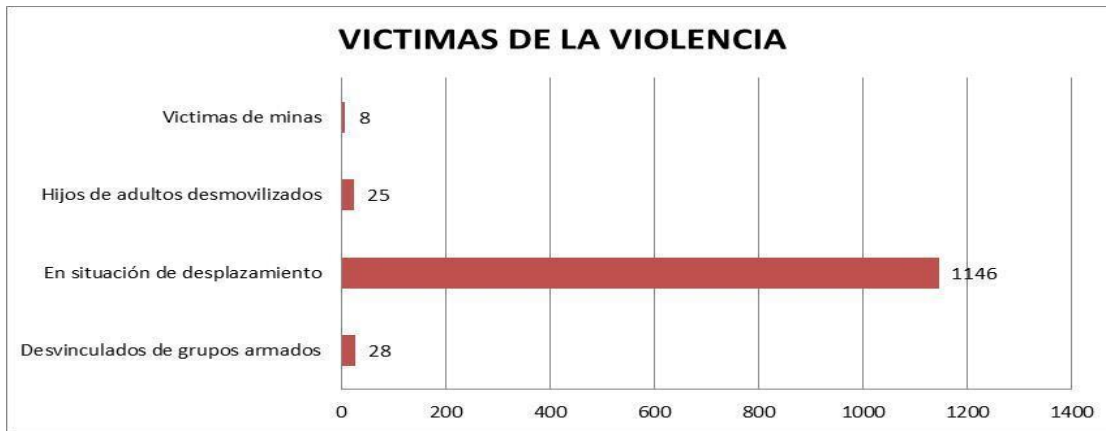
Se ha realizado la vinculación temporal de funcionarios administrativos para laborar como Tesoreros, servicios Generales y vigilancia en las I.E. que carecen de personal; así mismo, vinculación temporal de Docentes en las áreas de Educación Física y Artística, para el nivel de Básica Primaria de las I.E. Oficiales.

### PROYECTO: ACTUALIZACIÓN ACCESO PERMANENCIA Y PROMOCIÓN DE POBLACIÓN VULNERABLE EN EL SISTEMA EDUCATIVO DE MANIZALES

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Atender el 100% de las solicitudes de ingreso al sistema educativo de la población vulnerable (desplazados, reinsertados, desmovilizados, hijos de héroes de guerra)	Porcentaje de solicitudes atendidas	100	100%

### Desarrollo de la meta

La atención incluye la disposición de personal de apoyo en temas de inclusión así como la oferta de educación por ciclos, dadas las condiciones particulares de la población objetivo. Se refleja la atención de 1084 solicitudes por parte de población víctima en atención al cumplimiento de la ley 1448 de 2011.



Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Implementar culturas, políticas y prácticas inclusivas en todos los establecimientos educativos.	Número de establecimientos educativos que implementan culturas, políticas y prácticas inclusivas	48	137%

### Desarrollo de la meta

57 Instituciones educativas con asistencia técnica en Cultura, Políticas y Prácticas inclusivas, brindada por Docentes de Apoyo de planta de las instituciones educativas, profesionales del Programa de Inclusión Educativa de la SEM y profesionales contratados mediante convenio existente entre la Alcaldía de Manizales y la Universidad de Manizales.

De las 57 instituciones educativas 48 han demostrado avances en procesos de atención a la diversidad, realizando ajustes institucionales razonables que permiten el acceso, la permanencia y la promoción de los estudiantes en el sistema educativo.

Se realizó ajuste al reporte de población con necesidades educativas diversas en el Sistema Integrado de Matrícula SIMAT, lo que permitió para el 2013 alcanzar un reporte de 4.761 estudiantes caracterizados con evidencias.

43 docentes implementando didácticas flexibles en 32 IE, con capacitación en alfabetización, post alfabetización, y didácticas de las matemáticas; ello ha permitido el avance efectivo en la inclusión de los estudiantes en instituciones educativas oficiales, posibilitando atención educativa ajustada a los requerimientos de los estudiantes. Además la capacitación de docentes en didácticas flexibles ha suscitado otra mirada al estudiante como sujeto de derechos y participe en los procesos de aprendizaje.

Se han realizado convenios de asociación con la Corporación Alberto Arango Restrepo CEDER y con la Universidad de Manizales.

En el primer convenio, con CEDER, se benefician un aproximado de 70 estudiantes y sus familias ya que se brinda atención educativa, apoyos terapéuticos y asesoría familiar para el manejo adecuado de cada uno de las personas beneficiarias. Este convenio fue incluido en vigencias futuras con el fin de dar continuidad al servicio.

En el segundo convenio, con la Universidad de Manizales, se contrataron 12 profesionales 4 técnicos en Lengua de Señas Colombiana (LSC), un capacitador en LSC y un profesional idóneo en manejo de Limitación Visual. Se benefician 30 instituciones educativas en las cuales hay reportada población con necesidades educativas diversas que requieren atención y seguimiento. Este convenio fue incluido en vigencias futuras con el fin de dar continuidad al servicio.

Se han suscrito convenios interinstitucionales y de prestación de servicios con CONFAMILIARES para la atención a personas víctimas de la violencia (20 beneficiarios); y, con Corporación CONPRENDE para brindar capacitación a docentes en didácticas flexibles GEEMPA, Lectura y Escritura y matemáticas e igualmente para la dotación de canastas didácticas para 50 IE.

#### PROYECTO: TRANSPORTE ESCOLAR RURAL DEL MUNICIPIO DE MANIZALES

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Beneficiar por año a 2.450 estudiantes del área rural con transporte	Número de estudiantes del área rural beneficiados con transporte	2.555	104%

#### Desarrollo de la meta

Se ofrecen rutas viabilizadas de servicio transporte rural en zonas que presentan dificultades para acceder al sistema educativo por las distancias o dispersión de la población, como estrategia de acceso y permanencia.

Se benefician 19 Establecimientos educativos, 16 IE Rurales y 3 Mixtas: Miguel Antonio Caro, La Violeta, La Trinidad, María Goretti, Seráfico San Antonio, José Antonio Galán, Juan Pablo II, Granada, Giovanni Montini, San Peregrino, Rafael Pombo, La Linda, La Cabaña, Maltería, Mariscal Sucre, Villa del Pilar, La Sultana, El Libertador, Adolfo Hoyos Ocampo.



**PROGRAMA: MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES Y TECNOLÓGICOS**

**SUBPROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL**

**PROYECTO: CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Un plan estratégico participativo de educación para el municipio	Plan estratégico participativo de educación para el municipio	100%	100%

**Desarrollo de la meta**

PLAN MAESTRO EDUCACIÓN

Conjunto de acciones, grandes, medianas y pequeñas, que de manera priorizada y jerarquizada orientan el proceder, lo mismo que la actuación educativa, política, económica y social durante los próximos 20 años. En este plan quedaron consignadas 19 acciones:

Nueva composición curricular.

Educación vocacional con base en proyectos de vida.  
Segundo idioma para las principales áreas del conocimiento.  
Ambientes virtuales.

Pedagogías flexibles. Aulas abiertas.

Espacios públicos para el aprendizaje.  
Plataforma de proyectos.

Sistema flexible de currículos.  
Semilleros de investigación.  
Caracterización de las familias.  
Jornadas extendidas.

Proyectos productivos.  
Participación intersectorial.

Sensibilización sector privado.  
Formación de líderes.

Plan de vida para docentes.  
Restauración de esquemas de estudio.  
Entrenamiento para docentes.

Relevo generacional.

Hasta el momento se han adelantado diferentes modalidades de socialización intentando llegar a múltiples públicos que están inmersos en el proceso educativo.

- Encuentros participativos previos al trazado del plan:

16 reuniones con actores educativos de los sectores público y privado.

10 entrevistas a empresarios de la ciudad.

2 mil encuestas a estudiantes de colegios públicos.



84 docentes, investigadores, licenciados, magister y doctores.

49 visitas a colegios urbanos y rurales para dialogar con padres, docentes y directivos.

- Simposios luego del diseño del plan: puesta en común:

Simposio con 70 directivos docentes.



Simposio con 70 padres de familia.

Simposio con 80 representantes estudiantiles.

Simposio con 13 empresarios.

Simposio con 80 docentes.

**PROYECTO: MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS ORGANIZACIONALES Y TECNOLÓGICOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN**

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Utilización del 100% de los sistemas de información suministrados por el Ministerio de Educación Nacional	Porcentaje de sistemas de información en funcionamiento	100%	100%

### Desarrollo de la meta

El Ministerio de Educación ha dispuesto sistemas para la administración de la información financiera, de personal, de matrículas, de infraestructura, de calidad educativa, para atención al ciudadano, y para reporte de emergencias, los cuales se implementan en el marco del proceso de modernización en desarrollo por parte de la Secretaría de Educación.

SISTEMA DE INFORMACIÓN	PERFIL/CARGO	ADMINISTRADOR
HUMANO	Profesional Universitario	
SICIED	Profesional Universitario	
SIMAT	Profesional Universitario	
SINEB	Profesional Universitario	
SIET	Profesional Universitario	
SIGCE	Profesional Universitario	
SAC	Profesional Universitario	
SGCF	Profesional Universitario	

Meta	Indicador	Resultado a 2013	Cumplimiento
Mantener el 90% de satisfacción de usuarios que requieren el servicio de la Secretaría de Educación Municipal	Satisfacción de los usuarios que requieren servicios	99,6%	110%

### Desarrollo de la meta

Corresponde al número de mediciones de usuarios que calificaron como excelente (calificación 5) o bueno (calificación 4) el servicio o la atención prestados, teniendo en cuenta que es el valor acumulado del año. En el 2013 se logró llegar al primer lugar en atención al usuario en el ranking del Ministerio de Educación Nacional. En 2013 se consolidó la planta de personal de la Secretaría de Educación en el marco del proceso de modernización orientado por el Ministerio de Educación en el cual se crearon 19 cargos nuevos.

**PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS AMBIENTALES ESCOLARES (PRAES) EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Meta	Indicador	Resultado	
		Indicador	Cumplimiento
Una (1) estrategia de educación pública diseñada en gestión del riesgo implementada, que integre página WEB, boletines y redes sociales	Estrategias de educación pública en gestión del riesgo diseñada e implementada	NA	NA

**Desarrollo de la meta**

La construcción de una estrategia de educación en gestión de riesgo hace parte de la construcción del Plan de educación en situaciones de emergencia que debe recoger aspectos relacionados con la gestión a nivel de preparación, atención y superación de cada evento. Se ha contado con asistencia por parte del Ministerio de Educación en este campo y se está estructurando Red de educación en situaciones de emergencia para el sector. La meta se ha dispuesto alcanzar en 2014.

En 2012 se llevó a cabo la sensibilización del equipo de trabajo de la Secretaría encargado de desarrollar los procesos y se desarrolló material didáctico de apoyo para la formación, a través de un Convenio de Asociación con la Fundación para el Desarrollo Educativo de Caldas, cuyo objeto fue, propiciar herramientas pedagógicas y didácticas en contenidos de apoyo al riesgo, que sirvieran de material para garantizar la calidad de la educación e la implementación de los proyectos transversales de la Ley PRAE

**PROYECTO: DESARROLLO DE COMPETENCIAS CIUDADANAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DEL MUNICIPIO DE MANIZALES**

Se inicia trabajo de planeación y sensibilización con 21 IE en convenio de asociación con fe y alegría Colombia en la representación legal de fe y alegría regional. El contrato es hasta 31 de julio de 2014 hay vigencias futuras y presupuesto del MEN y SEM por 360.000.000.

#### **AREA DE INSPECCION Y VIGILANCIA**

Se realizaron 18 visitas de evaluación y control y se verificó el estado del proceso archivístico; donde se realizaron los informes correspondientes, las observaciones pertinentes y los ajustes de ser necesarios, incluyendo la recomendación sobre capacitar al personal de la institución responsable de tal área en la ley de archivos y tablas de retención documental.

Se enfatiza en que todos los documentos que sean expedidos por las instituciones estén legalizados con la firma de los directivos o funcionarios responsables.

Se revisaron 879 documentos radicados al 31 de diciembre. Algunos documentos son devueltos por encontrarse inconsistencias en la información contenida, por lo que continuamente se dan orientaciones a las directivas de los establecimientos educativos sobre la expedición de los mismos.

Este subproceso ha permitido verificar que las Instituciones Educativas de Manizales se encuentren dentro de la normatividad vigente, al igual que confrontar la legalidad de los mismos. Además ha contribuido a generar ingresos a la Administración Municipal, en cumplimiento del Acuerdo Número 726 del 16 de septiembre de 2009.

Se realizaron 31 visitas de verificación de registros, control de costos y evaluación y control donde se constató el nivel de conectividad y los recursos tecnológicos para la prestación del servicio educativo. En los informes se realizan observaciones y sugerencias con el fin de que las I.E ofrezcan herramientas tecnológicas como soporte a los procesos educativos, mejorando la calidad del servicio prestado.

Se realizaron 57 visitas en las cuales se verificó: para los oficiales el cumplimiento de la jornada de los docentes, personal administrativo y directivo. Para las Instituciones privadas de educación formal y para el trabajo y el desarrollo humano se verifica el cumplimiento de número de horas en las jornadas establecidas. En caso de que se encuentren inconsistencias en el cumplimiento de las jornadas obligatorias, en los informes se realizan observaciones y sugerencias con el fin de que se dé cumplimiento a las normas que rigen estos aspectos.

761 PQRS atendidas durante el 2013. Con corte al 31 de diciembre y de acuerdo a los resultados arrojados en el SAC, Ventanilla Única, Proyección de Oficios como respuesta a las PQRS e Informes de verificación de requisitos para licencias de funcionamiento y de revisión de programas para registro, los datos indicaron que se dio atención en los tiempos

requeridos a las 761 PQRS presentadas por la comunidad educativa de Manizales y ciudadanía en general.

Según la PQRS presentadas se requirió a las directivas de los E.E. para dar solución a los interesados y/o presentar planes de mejoramiento, actuaciones que deben ser enviadas al área para su posterior seguimiento.

En las 18 visitas de evaluación y control, se verificaron los procesos de reporte de información. En las instituciones visitadas no se evidenció ningún requerimiento en lo referente al reporte en su oportunidad de la información requerida por las distintas entidades. En las instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano se verifica el reporte de la información pertinente en el SIET.

Cinco reuniones con rectores y coordinadores. Un taller con las Instituciones de Educación para el trabajo y el Desarrollo Humano. Durante las socializaciones con las directivas de los establecimientos educativos, se enfatiza sobre la normatividad que rige para el sector educativo, en particular el cumplimiento de la jornada laboral y el calendario escolar (decreto 1850 de 2002 y directiva ministerial No. 016 de 2013), gratuidad educativa y condiciones de atención a la primera infancia, manejo de bullying, entre otras temáticas.

Con las instituciones de Educación para el trabajo y Desarrollo humano se socializó el tema de certificación en calidad, renovación de registro de programas y nueva normatividad en el área de la salud, entre otros.

## AREA JURIDICA

Los riesgos jurídicos de la SEM se resumen en el volumen de acciones que actualmente se adelantan, así:

Acciones de tutela tramitadas de enero a 31 de diciembre de 2013:

**91**

Demandas de Nulidad y Restablecimiento del derecho asignadas por la Secretaría Jurídica a la oficina jurídica de la Secretaría de Educación a la fecha: **378** en temas de: Acciones Populares (infraestructura de las instituciones educativas), Costo Acumulado de Escalafón Docente, Primas de Servicios, Intereses Moratorios a las Cesantías, Reliquidación de Pensiones por no inclusión de factores salariales (primas de navidad y de vacaciones), Reintegro de personal, entre los más destacados.

Revisión de los Actos Administrativos de la Secretaría de Educación de enero a 31 de diciembre de

2013:

**4.803**

Revisión, asesoría jurídica y visado de contratos de la Secretaría de Educación de enero a 31 de

diciembre de 2013:

**59**

Número de requerimientos o asuntos asignados por SAC al área jurídica desde enero a 31 de diciembre de 2013: **255**

Además de la asistencia a audiencias de conciliación ante la Procuraduría General de la Nación, las audiencias fijadas por los despachos judiciales en los diferentes procesos a cargo de la oficina, presentación de alegatos finales y recursos contra las providencias judiciales en contra de la Secretaría de Educación y el Municipio de Manizales y los conceptos jurídicos solicitados externamente por la comunidad educativa de los colegios e internamente por las diferentes dependencias de la Secretaría.

La presente información se extrae de las bases de datos del área jurídica y del SAC, así como de la información reportada por la auxiliar administrativa en los libros radicadores.



# CAPITULO 4

# MORBILIDAD DEL MUNICIPIO

Para estimar las principales causas de morbilidad atendida se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas.

## Principales causas de morbilidad

### Morbilidad atendida

Principales causas de morbilidad, Manizales 2009 – 2012

Ciclos vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Condiciones maternas perinatales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	8,45	13,76	14,01	10,32	-3,69
Infancia de 06 a 11 años	0,20	1,98	0,07	0,22	0,15
Adolescentes de 12 a 18 años	6,55	7,75	6,88	10,11	3,23
Juventud de 14 a 26 años	38,40	43,70	33,74	44,78	11,04
Adulthood de 27 a 59 años	46,23	32,72	43,74	34,57	-9,17
Personas de 60 y más años	0,17	0,09	1,56	0,00	-1,56
Condiciones transmisibles y nutricionales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	23,52	23,61	23,24	21,35	-1,89
Infancia de 06 a 11 años	8,61	8,74	7,21	7,52	0,31
Adolescentes de 12 a 18 años	7,38	6,76	6,52	6,56	0,04
Juventud de 14 a 26 años	18,84	18,86	18,53	19,81	1,28
Adulthood de 27 a 59 años	36,12	34,13	36,42	35,44	-0,98
Personas de 60 y más años	5,53	7,90	8,08	9,32	1,24
Enfermedades no transmisibles					
Primera Infancia de 0 a 05 años	4,91	4,65	4,75	3,63	-1,12
Infancia de 06 a 11 años	4,12	3,80	4,03	3,87	-0,16
Adolescentes de 12 a 18 años	5,80	5,18	5,53	5,37	-0,16
Juventud de 14 a 26 años	13,97	12,81	12,50	13,18	0,68
Adulthood de 27 a 59 años	50,72	47,52	47,73	46,77	-0,97
Personas de 60 y más años	20,47	26,05	25,45	27,19	1,73
Lesiones					

Ciclos vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Primera Infancia de 0 a 05 años	6,79	6,65	6,68	6,21	-0,47
Infancia de 06 a 11 años	6,12	5,93	6,60	5,99	-0,62
Adolescentes de 12 a 18 años	9,03	9,05	10,02	9,44	-0,58
Juventud de 14 a 26 años	21,34	21,08	19,94	21,30	1,36
Adulthood de 27 a 59 años	45,26	42,14	41,87	41,51	-0,36
Personas de 60 y más años	11,46	15,16	14,87	15,55	0,68
Signos y síntomas mal definidos					
Primera Infancia de 0 a 05 años	9,85	9,58	9,74	8,10	-1,64
Infancia de 06 a 11 años	7,19	6,29	6,72	6,74	0,01
Adolescentes de 12 a 18 años	8,04	6,92	8,23	7,74	-0,49
Juventud de 14 a 26 años	18,36	16,64	17,89	19,59	1,70
Adulthood de 27 a 59 años	44,74	42,06	41,74	41,79	0,05
Personas de 60 y más años	11,82	18,50	15,68	16,05	0,38

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Analizando las principales causas de morbilidad en Manizales en el periodo 2009 – 2012 para cada uno de los ciclos vitales, en la tabla 25 se observa como los cambios en puntos porcentuales se logran positivamente más en los grupos de primera infancia y adultez que en el resto, quiere decir esto que las tasas disminuyeron en el último año con respecto al anterior, producto de la cantidad de actividades que se realizan en la ciudad por parte de la administración con su red prestadora de servicios tanto pública como privada y con los diferentes programas y estrategias que se desarrollan en y con la comunidad.

#### Principales causas de morbilidad en hombres, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
<b>Condiciones maternas perinatales</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	86,29	80,56	90,19	85,63	-4,56
Infancia de 06 a 11 años	2,42	11,57	0,32	2,32	2,00
Adolescentes de 12 a 18 años	0,40	0,74	1,90	2,63	0,73
Juventud de 14 a 26 años	2,42	1,48	2,85	6,03	3,18
Adulthood de 27 a 59 años	8,06	4,75	3,64	3,40	-0,24
Personas de 60 y más años	0,40	0,89	1,11	0,00	-1,11
<b>Condiciones transmisibles y nutricionales</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	28,66	29,07	28,40	26,11	-2,28
Infancia de 06 a 11 años	9,69	9,93	8,31	8,71	0,41
Adolescentes de 12 a 18 años	7,70	7,13	6,79	6,77	-0,03
Juventud de 14 a 26 años	17,27	17,13	17,72	18,60	0,88
Adulthood de 27 a 59 años	32,31	30,17	32,18	31,75	-0,44
Personas de 60 y más años	4,38	6,58	6,60	8,06	1,46
<b>Enfermedades no transmisibles</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	6,87	6,75	5,18	6,29	1,12
Infancia de 06 a 11 años	5,68	5,99	5,51	5,70	0,19
Adolescentes de 12 a 18 años	6,11	6,65	6,45	6,47	0,03
Juventud de 14 a 26 años	11,77	12,43	12,72	12,50	-0,22
Adulthood de 27 a 59 años	41,32	41,60	41,31	42,22	0,90
Personas de 60 y más años	28,25	26,59	28,84	26,82	-2,02
<b>Lesiones</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	6,50	6,48	6,39	6,00	-0,39
Infancia de 06 a 11 años	6,30	6,47	6,78	6,54	-0,25
Adolescentes de 12 a 18 años	10,11	10,64	12,07	11,44	-0,63
Juventud de 14 a 26 años	23,48	24,35	23,51	24,89	1,38
Adulthood de 27 a 59 años	45,76	41,92	41,36	40,46	-0,90
Personas de 60 y más años	7,84	10,14	9,89	10,67	0,78
<b>Signos y síntomas mal definidos</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	13,07	12,73	13,02	10,85	-2,16
Infancia de 06 a 11 años	9,31	8,41	8,87	9,00	0,13
Adolescentes de 12 a 18 años	9,48	7,85	9,40	8,90	-0,50
Juventud de 14 a 26 años	16,28	14,35	16,15	17,26	1,11
Adulthood de 27 a 59 años	39,41	35,65	35,90	36,86	0,96

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Personas de 60 y más años	12,45	21,01	16,67	17,13	0,46

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Al discriminar las principales causas de morbilidad por sexo, se observa como en la primera infancia para el grupo de los hombres las diferencias porcentuales son más notorias excepto en las enfermedades no transmisibles, situación que justificada ya que eventos como diabetes, hipertensión, neoplasia etc, se presentan es en la adultez. Puede concluirse entonces que las personas en éstas edades están interiorizando todas las actividades de promoción y prevención que se han implementado en la comunidad a través de las IPS y de la estrategia APS.

#### Principales causas de morbilidad en mujeres, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	Cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Condiciones maternas perinatales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	4,69	8,42	6,50	5,43	-1,07
Infancia de 06 a 11 años	0,10	1,21	0,05	0,09	0,04
Adolescentes de 12 a 18 años	6,85	8,31	7,34	10,61	3,26
Juventud de 14 a 26 años	40,12	47,08	36,78	47,29	10,52
Adultez de 27 a 59 años	48,08	34,96	47,73	36,58	-11,15
Personas de 60 y más años	0,16	0,02	1,61	0,00	-1,61
Condiciones transmisibles y nutricionales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	19,58	19,51	19,43	17,68	-1,75
Infancia de 06 a 11 años	7,78	7,81	6,38	6,61	0,22
Adolescentes de 12 a 18 años	7,14	6,49	6,33	6,40	0,07
Juventud de 14 a 26 años	20,06	20,19	19,15	20,75	1,61
Adultez de 27 a 59 años	39,02	37,12	39,56	38,30	-1,27
Personas de 60 y más años	6,41	8,87	9,15	10,27	1,12
Enfermedades no transmisibles					
Primera Infancia de 0 a 05 años	3,60	3,45	3,64	2,75	-0,89
Infancia de 06 a 11 años	3,22	2,76	2,93	2,94	0,00
Adolescentes de 12 a 18 años	5,29	4,68	4,90	4,76	-0,14
Juventud de 14 a 26 años	14,52	13,40	12,56	13,46	0,90
Adultez de 27 a 59 años	53,46	50,91	51,19	49,92	-1,28
Personas de 60 y más años	19,90	24,81	24,78	26,18	1,40
Lesiones					

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	Cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Primera Infancia de 0 a 05 años	7,21	6,89	7,07	6,49	-0,59
Infancia de 06 a 11 años	5,86	5,18	6,36	5,30	-1,06
Adolescentes de 12 a 18 años	7,48	6,95	7,32	6,90	-0,42
Juventud de 14 a 26 años	18,28	16,79	15,25	16,78	1,53
Adulthood de 27 a 59 años	44,59	42,46	42,55	42,90	0,35
Personas de 60 y más años	16,59	21,72	21,44	21,63	0,19
Signos y síntomas mal definidos					
Primera Infancia de 0 a 05 años	7,87	7,65	7,78	6,39	-1,40
Infancia de 06 a 11 años	5,88	4,98	5,43	5,33	-0,10
Adolescentes de 12 a 18 años	7,15	6,36	7,53	7,01	-0,52
Juventud de 14 a 26 años	19,66	18,10	18,97	21,06	2,09
Adulthood de 27 a 59 años	48,06	46,06	45,31	44,87	-0,44
Personas de 60 y más años	11,38	16,85	14,98	15,34	0,36

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

#### Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Enfermedades no transmisibles					
Anomalías congénitas					
Primera Infancia de 0 a 05 años	47,0	50,2	55,6	52,5	-3,1
Infancia de 06 a 11 años	10,5	12,4	11,5	14,2	2,6
Adolescentes de 12 a 18 años	9,0	9,0	7,6	7,8	0,2
Juventud de 14 a 26 años	10,4	9,9	8,3	8,5	0,2
Adulthood de 27 a 59 años	18,8	15,2	13,5	14,4	0,9
Personas de 60 y más años	4,4	3,3	3,6	2,7	-0,9
Condiciones neuropsiquiátricas					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	2,5	2,9	2,8	2,1	-0,6
Infancia de 06 a 11 años	5,9	6,7	6,6	5,8	-0,8
Adolescentes de 12 a 18 años	9,2	9,4	9,5	9,3	-0,2
Juventud de 14 a 26 años	19,8	19,0	19,5	20,5	1,0

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Adulthood de 27 a 59 años	52,2	49,2	49,0	47,9	-1,0
Personas de 60 y más años	10,5	12,8	12,7	14,4	1,7
Condiciones orales					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	5,7	6,2	5,4	0,8	-4,5
Infancia de 06 a 11 años	8,3	7,0	7,5	8,5	1,0
Adolescentes de 12 a 18 años	8,2	8,1	7,9	8,6	0,7
Juventud de 14 a 26 años	20,1	19,1	16,2	18,6	2,5
Adulthood de 27 a 59 años	52,1	49,9	53,1	52,3	-0,8
Personas de 60 y más años	5,7	9,6	10,0	11,2	1,1
Desordenes endocrinos					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,4	1,5	1,5	1,2	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	2,3	2,2	2,2	2,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	3,7	2,8	3,2	2,9	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	9,5	8,2	8,5	8,7	0,2
Adulthood de 27 a 59 años	66,2	64,0	63,0	63,3	0,3
Personas de 60 y más años	16,9	21,2	21,6	21,8	0,2
Diabetes mellitus					
Primera Infancia de 0 a 05 años	0,2	0,2	0,2	0,1	-0,1
Infancia de 06 a 11 años	1,1	0,9	0,8	0,6	-0,2
Adolescentes de 12 a 18 años	1,9	1,1	1,5	1,1	-0,4
Juventud de 14 a 26 años	3,2	2,7	2,5	2,8	0,3
Adulthood de 27 a 59 años	43,3	39,7	36,9	38,4	1,4
Personas de 60 y más años	50,3	55,4	58,2	57,1	-1,1
Enfermedades cardiovasculares					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0
Infancia de 06 a 11 años	0,2	0,2	0,2	0,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	0,7	0,4	0,5	0,5	0,0
Juventud de 14 a 26 años	2,3	1,8	1,7	2,2	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	46,0	38,8	38,6	37,9	-0,8
Personas de 60 y más años	50,6	58,5	58,8	59,2	0,4
Enfermedades de la piel					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	10,3	11,2	10,4	9,4	-1,0
Infancia de 06 a 11 años	5,7	5,8	5,6	5,3	-0,3
Adolescentes de 12 a 18 años	11,9	10,2	11,4	10,9	-0,5

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Juventud de 14 a 26 años	23,7	22,1	21,4	21,9	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	39,7	39,0	40,3	38,4	-1,8
Personas de 60 y más años	8,6	11,8	11,0	14,1	3,1
<b>Enfermedades de los órganos de los sentidos</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	5,3	6,0	6,1	4,9	-1,2
Infancia de 06 a 11 años	6,8	6,9	6,3	6,6	0,3
Adolescentes de 12 a 18 años	7,7	6,8	7,3	7,2	-0,1
Juventud de 14 a 26 años	16,4	14,9	15,7	15,7	0,0
Adulthood de 27 a 59 años	47,2	44,4	46,1	43,3	-2,8
Personas de 60 y más años	16,4	21,1	18,5	22,3	3,8
<b>Enfermedades digestivas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	7,3	6,0	6,4	5,6	-0,8
Infancia de 06 a 11 años	3,1	2,8	3,2	3,0	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	6,1	5,5	6,2	5,5	-0,7
Juventud de 14 a 26 años	18,4	17,9	18,4	19,3	0,9
Adulthood de 27 a 59 años	53,4	51,6	50,5	49,6	-0,9
Personas de 60 y más años	11,7	16,1	15,4	16,9	1,5
<b>Enfermedades genitourinarias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	3,8	4,3	4,1	3,1	-1,0
Infancia de 06 a 11 años	2,2	2,4	2,2	2,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	5,1	5,1	4,9	4,9	0,0
Juventud de 14 a 26 años	18,9	19,5	16,2	16,7	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	55,9	51,6	47,9	46,6	-1,3
Personas de 60 y más años	14,1	17,1	24,7	26,6	2,0
<b>Enfermedades musculoesqueleticas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,2	1,2	1,2	1,0	-0,2
Infancia de 06 a 11 años	1,8	1,5	1,7	1,5	-0,2
Adolescentes de 12 a 18 años	4,5	4,2	4,2	3,9	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	12,3	11,2	10,9	10,9	0,0
Adulthood de 27 a 59 años	62,8	59,9	59,9	58,2	-1,7
Personas de 60 y más años	17,4	22,1	22,1	24,5	2,3
<b>Enfermedades respiratorias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	19,3	15,9	17,8	16,1	-1,7



Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Infancia de 06 a 11 años	13,1	10,5	11,6	10,6	-1,0
Adolescentes de 12 a 18 años	8,9	7,7	8,3	8,0	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	13,5	11,5	11,8	12,2	0,5
Adultez de 27 a 59 años	25,2	25,2	23,6	23,0	-0,6
Personas de 60 y más años	20,0	29,3	27,0	30,1	3,1
<b>Neoplasias malignas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,2	0,9	2,4	2,1	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	1,4	1,2	2,2	1,6	-0,6
Adolescentes de 12 a 18 años	2,5	1,8	1,8	1,6	-0,2
Juventud de 14 a 26 años	5,3	2,8	4,0	4,5	0,6
Adultez de 27 a 59 años	50,1	47,2	47,7	43,5	-4,1
Personas de 60 y más años	39,6	46,0	42,0	46,7	4,7
<b>Otras neoplasias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,9	1,9	2,4	2,1	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	1,6	1,2	1,8	2,2	0,4
Adolescentes de 12 a 18 años	4,4	3,6	4,8	4,2	-0,6
Juventud de 14 a 26 años	11,6	8,5	10,1	10,9	0,8
Adultez de 27 a 59 años	65,5	65,6	63,6	60,7	-2,9
Personas de 60 y más años	15,1	19,2	17,3	19,9	2,6

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Con respecto a las enfermedades no transmisibles, comparando el año 2012 con el año anterior, se observa una disminución en la morbilidad por anomalías congénitas en la primera infancia y un aumento en la infancia. Las condiciones orales mejoraron notablemente para la primera infancia, pero desmejoraron para la juventud; esto puede explicarse por las estrategias que se han implementado en la ciudad (la estrategia de cero a siempre y APS) para la primera infancia. En las enfermedades de la piel se observa como han aumentado los casos por este evento en las personas de 60 y más años; en las enfermedades de los órganos de los sentidos disminuyó entre el 2011 y 2012 en la primera infancia y en la adultez, pero aumentó en las personas mayores de 60 años, situación normal en este grupo de edad, en las enfermedades genitourinarias, la proporción también aumentó en este ciclo vital, lo mismo que en las enfermedades musculoesqueléticas, las neoplasias malignas y otras neoplasias.

Morbilidad específica por las lesiones, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Lesiones					
Lesiones de intencionalidad indeterminada					
Primera Infancia de 0 a 05 años	0,0	2,4	8,3	4,5	-3,8
Infancia de 06 a 11 años	0,0	0,0	8,3	0,0	-8,3
Adolescentes de 12 a 18 años	0,0	4,9	25,0	22,7	-2,3
Juventud de 14 a 26 años	21,1	9,8	25,0	36,4	11,4
Adulthood de 27 a 59 años	68,4	78,0	33,3	31,8	-1,5
Personas de 60 y más años	10,5	4,9	0,0	4,5	4,5
Lesiones intencionales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	4,5	0,6	0,6	3,2	2,6
Infancia de 06 a 11 años	0,0	0,6	1,2	1,8	0,6
Adolescentes de 12 a 18 años	13,6	14,0	22,6	15,6	-7,0
Juventud de 14 a 26 años	34,8	43,9	42,3	40,3	-2,0
Adulthood de 27 a 59 años	43,9	28,7	31,5	32,8	1,3
Personas de 60 y más años	3,0	12,2	1,8	6,3	4,5
Lesiones no intencionales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	9,3	12,1	9,3	8,5	-0,8
Infancia de 06 a 11 años	6,7	8,2	8,1	7,3	-0,8
Adolescentes de 12 a 18 años	7,8	8,0	8,1	7,7	-0,4
Juventud de 14 a 26 años	22,0	17,0	16,5	17,8	1,3
Adulthood de 27 a 59 años	40,5	40,3	41,2	36,3	-4,9
Personas de 60 y más años	13,7	14,4	16,7	22,4	5,7
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas					
Primera Infancia de 0 a 05 años	6,7	6,4	6,6	6,1	-0,5
Infancia de 06 a 11 años	6,1	5,9	6,6	6,0	-0,6
Adolescentes de 12 a 18 años	9,1	9,1	10,0	9,5	-0,6
Juventud de 14 a 26 años	21,3	21,2	20,0	21,3	1,3
Adulthood de 27 a 59 años	45,5	42,3	42,0	41,9	-0,1
Personas de 60 y más años	11,4	15,2	14,9	15,3	0,4

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

En las lesiones de intencionalidad indeterminada, se observa una mejoría en todos los ciclos vitales, excepto en la juventud y en las personas de 60 años y más, esto puede explicarse por los problemas de exclusión, falta de oportunidades, reproducción de la pobreza que cada vez es más

ALCALDÍA DE MANIZALES

CALLE 19 N° 21 - 44 PROPIEDAD HORIZONTAL CAM

TEL 887 9700 EXT 71400

www.manizallessalud.com

visible. En las lesiones intencionales se detecta un aumento en la proporción en los ciclos vitales extremos, situación que se comprueba con el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar en donde los grupos de edad con pocas condiciones para defenderse son las más agredidas.

#### Signos y síntomas mal definidos, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Signos y síntomas mal definidos					
Signos y síntomas mal definidos					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	9,9	9,6	9,7	8,1	-1,6
Infancia de 06 a 11 años	7,2	6,3	6,7	6,7	0,0
Adolescentes de 12 a 18 años	8,0	6,9	8,2	7,7	-0,5
Juventud de 14 a 26 años	18,4	16,6	17,9	19,6	1,7
Adultez de 27 a 59 años	44,7	42,1	41,7	41,8	0,0
Personas de 60 y más años	11,8	18,5	15,7	16,1	0,4

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

#### Morbilidad de eventos de alto costo

Se realizó estimación de los siguientes indicadores la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuente de información corresponde a Sivigila.

#### Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo. Manizales, 2009-2012

Evento de alto costo	Caldas, 2011	Manizales, 2011	2009	2010	2011	2012
Incidencia de VIH notificada	137	79	↘	↗	↗	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	2	0,1	-	↗	↘	-
Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años	5	2	↗	↘	-	↘

Fuente: SIVIGILA. SISPRO-MSPS

En conclusión, para los eventos de alto costo existen diferencias entre el municipio y el departamento pero no son significativas para las leucemias mieloide y linfoide, en cambio en la incidencia del VIH las diferencias son estadísticamente significativas favoreciendo al municipio.

### **Morbilidad de eventos de notificación obligatoria**

Se realizó estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2007 al 2011. El municipio de Manizales tomara como valor de referencia el departamento de Caldas.

Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria de Manizales, 2007-2011

Eventos de Notificación Obligatoria	Caldas. 2011	Manizales. 2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Letalidad por accidente ofídico	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por cólera	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por chagas	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por dengue grave	14,29	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por difteria	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por encefalitis	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por EDA	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por enfermedades transmitidas por alimentos	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
L. eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI)	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre amarilla	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hepatitis A	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hepatitis B	0,01	0,01	-	-	↗	↘	-	-
Letalidad por hipotiroidismo congénito	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
L. por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	2,01	1,01	-	-	-	↗	↘	↗
Letalidad por intoxicaciones	1,02	0,67	-	↗	↘	↘	-	↗
Letalidad por leishmaniasis	0,4	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis cutánea	0,4	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis mucosa	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis visceral	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leptospirosis	8,33	0,01	-	↗	↘	-	-	-
L. por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria falciparum	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria malariae	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria vivax	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	100	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parálisis flácida	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parotiditis	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rabia humana	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rotavirus	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rubeola	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sarampión	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sífilis congénita	6,67	0,01	-	-	-	-	-	↗
Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tétanos accidental	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tétanos neonatal	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tosferina	1,45	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis	2,49	2,74	-	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	3,85	0,01	-	-	↗	↘	↘	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	2,29	3,39	-	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad por varicela	0,06	0,11	-	-	-	-	-	↗

Fuente: SIVIGILA. SISPRO-MSPS

Los resultados de la tabla 35, concluyen que con respecto a las enfermedades de notificación obligatoria el municipio le aporta casos al Departamento, como lo hacen el resto, pero al comparar a Manizales con Caldas se encuentran diferencias aunque éstas no son significativas.

## Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012

Las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías el sistema nervioso; la piel; ninguna; Los ojos; Los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Para el análisis de la información se utilizó el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad que se encuentra disponible en la Bodega de Datos de SISPRO.

Distribución de las alteraciones permanentes de Manizales, 2009-2012

Alteraciones permanentes	2009	2010	2011	2012
El sistema nervioso	0	1779	23	150
La piel	0	143	1	4
Los ojos	1	2297	14	50
Los oídos	0	626	9	103
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	110	2	6
La voz y el habla	0	299	14	111
El sistema cardio respiratorio y las defensas	1	2400	6	12
La digestión, el metabolismo, las hormonas	0	1224	3	9
El sistema genital y reproductivo	0	351	5	3
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	0	2088	36	68
Ninguna	0	0	0	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS

Básicamente a partir del año 2010 en el país se implementó el registro para la caracterización y localización de las personas con discapacidad, al año 2011 se había registrado 11948 personas con discapacidad en la ciudad. La discapacidad más común en este grupo es la del sistema cardiorrespiratorio y las defensas (20.3%) y le continúan la del grupo del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguida de los del sistema nervioso (18.3% y 16.3% respectivamente). La discapacidad menos frecuente en este municipio es la de los demás órganos de los sentidos.

Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres de Manizales, 2009 al 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Ninguna
0 a 4 años	4	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0
05 a 09 años	72	1	6	8	1	29	7	3	0	13	0
10 a 14 años	355	2	33	21	4	57	19	5	6	33	0
15 a 19 años	259	8	84	24	11	38	40	19	7	49	0
20 a 24 años	73	8	58	21	13	31	31	20	2	40	0
25 a 29 años	28	2	25	7	3	8	17	12	2	14	0
30 a 34 años	34	4	27	11	5	13	16	11	4	29	0
35 a 39 años	26	4	21	11	1	11	9	6	4	27	0
40 a 44 años	21	2	25	10	1	13	22	17	2	32	0
45 a 49 años	31	2	27	16	1	16	30	19	6	43	0
50 a 54 años	36	2	42	17	4	9	45	27	6	55	0
55 a 59 años	38	5	72	25	2	13	60	34	13	78	0
60 a 64 años	31	7	74	28	7	12	114	47	16	91	0
65 a 69 años	31	3	84	32	4	11	115	41	13	72	0
70 a 74 años	45	2	76	31	1	8	121	39	27	86	0
75 a 79 años	31	7	89	33	2	9	106	40	25	87	0
80 años o más	48	6	162	73	5	10	207	77	53	175	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS

Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres.  
Manizales, 2009 a 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las defensas	La digestión, el metabolismo, las	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Ninguna
0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
05 a 09 años	25	1	7	4	1	9	2	4	3	8	0
10 a 14 años	144	1	26	10	1	19	17	8	1	10	0
15 a 19 años	145	6	97	22	8	19	27	17	3	28	0
20 a 24 años	43	6	57	12	6	14	27	26	8	17	0
25 a 29 años	14	2	36	8	4	10	15	14	9	13	0
30 a 34 años	28	5	35	7	2	9	21	20	5	25	0
35 a 39 años	20	2	22	6	2	6	16	18	3	25	0
40 a 44 años	34	8	64	15	5	13	47	41	11	46	0
45 a 49 años	42	6	70	24	5	11	68	50	9	56	0
50 a 54 años	47	8	121	26	5	13	102	83	15	96	0
55 a 59 años	47	2	141	30	1	7	149	101	12	122	0
60 a 64 años	45	9	141	27	4	10	162	92	15	138	0
65 a 69 años	37	7	142	34	3	8	170	87	16	139	0
70 a 74 años	40	6	130	35	3	5	163	61	13	139	0
75 a 79 años	38	3	152	35	1	7	180	75	18	163	0
80 años o más	102	15	245	97	7	20	309	134	36	295	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS



Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo y eventos de notificación obligatoria del municipio de Manizales

	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial de referencia Manizales	Valor del indicador de la entidad territorial Caldas
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales (adulto mayor)	9.32	No aplica
	Enfermedades no transmisibles ( infancia, adolescencia y juventud)	3.87, 5.37, 13.18	
	Lesiones ( primera infancia)	6.21	

Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Manizales, 2011

Eventos	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial de referencia (País, departamento) 2011	Valor del indicador de la entidad territorial (municipio, distrito departamento) 2011
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por accidente ofídico	0.0	0.0
	Letalidad por cólera	0.0	0.0
	Letalidad por chagas	0.0	0.0
	Letalidad por dengue grave	14.29	0.0
	Letalidad por difteria	0.0	0.0
	Letalidad por EDA	0.0	0.0
	Letalidad por ETA	0.0	0.0
	Letalidad por ESAVI	0.0	0.0
	Letalidad por fiebre amarilla	0.0	0.0
	Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0.0	0.0
	Letalidad por hepatitis A	0.0	0.0
	Letalidad por hepatitis B	0.0	0.0
	Letalidad por hipotiroidismo congénito	0.0	0.0
	Letalidad por IRAG	2.0	1.0
Letalidad por intoxicaciones	1.02	0.67	

Eventos	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial de referencia (País, departamento) 2011	Valor del indicador de la entidad territorial (municipio, distrito departamento) 2011
	Letalidad por leishmaniasis	0.40	0.0
	Letalidad por leishmaniasis cutánea	0.40	0.0
	Letalidad por leishmaniasis mucosa	0.0	0.0
	Letalidad por leishmaniasis visceral	0.0	0.0
	Letalidad por leptospirosis	8.33	0.0
	Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0.0	0.0
	Letalidad por malaria	0.0	0.0
	Letalidad por malaria falciparum	0.0	0.0
	Letalidad por malaria malariae	0.0	0.0
	Letalidad por malaria vivax	0.0	0.0
	Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	0.0	0.0
	Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	0.0	0.0
	Letalidad por meningitis tuberculosa	100.0	0.0
	Letalidad por parálisis flácida	0.0	0.0
	Letalidad por parotiditis	0.0	0.0
	Letalidad por rabia humana	0.0	0.0
	Letalidad por rotavirus	0.0	0.0
	Letalidad por rubeola	0.0	0.0
	Letalidad por sarampión	0.0	0.0
	Letalidad por sífilis congénita	6.67	11.11
	Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0.0	0.0
	Letalidad por tétanos accidental	0.0	0.0
	Letalidad por tétanos neonatal	0.0	0.0
	Letalidad por tosferina	1.45	0.0
	Letalidad por tuberculosis	2.49	2.74

Eventos	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de la entidad territorial de referencia (País, departamento) 2011	Valor del indicador de la entidad territorial (municipio, distrito departamento) 2011
	Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	3.85	0.0
	Letalidad por tuberculosis pulmonar	2.29	3.39
	Letalidad por varicela	0.06	0.11

Fuente: Registro de Discapacidad. Cálculos: Secretaría de Salud Pública de Manizales

Fuente: elaboración propia

### Conclusiones

Teniendo en cuenta la morbilidad atendida de acuerdo a la clasificación de las grandes causas. Se encontró que en Manizales las condiciones maternas y perinatales se presentan con mayor frecuencia en la juventud y en la adultez; teniendo en cuenta los puntos porcentuales entre el 2011 y 2012, en la juventud aumentó la morbilidad por esta causa.

La morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales es más común en la primera infancia sin embargo al comparar los dos últimos años, se encuentra que ésta consulta disminuyó.

Con respecto a las enfermedades no transmisibles, el porcentaje mayor se encuentra en el grupo de 27 a 59 años y aunque disminuyó en el año 2012, el cambio no fue muy marcado. El mismo comportamiento se presentó con las lesiones y con los signos y síntomas mal definidos.

Analizando el grupo de la primera infancia en cada una de las causas de los subgrupos incluidos para el análisis de la morbilidad, se encontró que en la mayoría de causas las proporciones del año 2012 fueron inferiores a las del 2011, esto puede explicarse por la cantidad de estrategias, entidades y personal de salud que están trabajando en este grupo de edad basados en los lineamientos nacionales, departamentales y locales.

En la infancia, el comportamiento de los eventos no es tan favorable, pues se nota aumento de la proporciones para el año 2012, en las deficiencias nutricionales, en las infecciones respiratorias y en las anomalías congénitas.

En los adolescentes las causas que presentaron aumento en el año 2012 con respecto al 2011 fueron: las condiciones maternas perinatales, lo que coincide con el aumento progresivo de madres en estas edades y las condiciones orales.

En el ciclo vital Juventud, se puede decir que todas las proporciones aumentaron en el año 2012 con respecto al año anterior, algunas causas con crecimientos muy leves, mientras que las condiciones maternas perinatales, las condiciones orales y las deficiencias nutricionales fueron las más evidentes: 10.5, 2.5 y 2.3 cambios porcentuales respectivamente.

En la adultez, la mayoría de las causas disminuyeron su proporción, encontrándose una disminución alta en las condiciones maternas perinatales y en las causas donde se presentó aumento, éste fue muy leve. En las personas de 60 y más años, aumentó la proporción en la mayoría de eventos, siendo más evidente en las neoplasias, las enfermedades de los órganos de los sentidos, en las enfermedades de la piel y en enfermedades respiratorias.

# CAPITULO 5

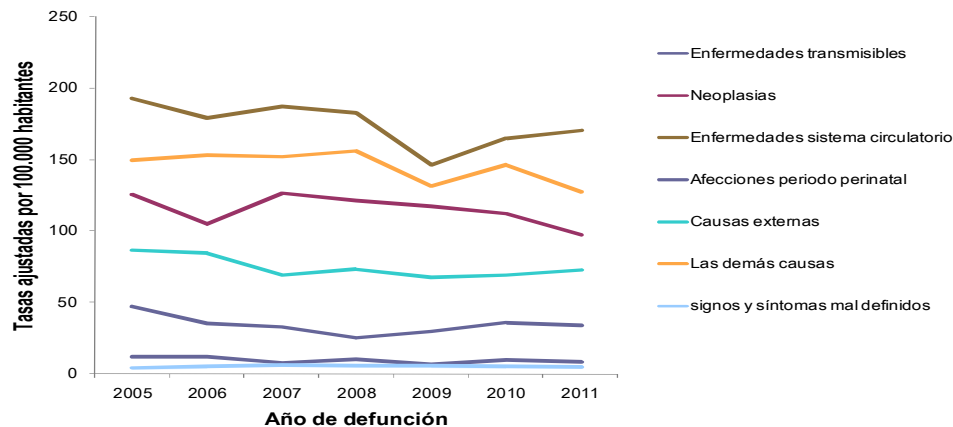
# MORTALIDAD DEL MUNICIPIO

## Mortalidad general por grandes causas

Para el análisis de mortalidad se tomó como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis se desagregó por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año 2011.

### Ajuste de tasas por edad

Tasa de mortalidad ajustada por edad según grandes causas, Manizales 2005 – 2011

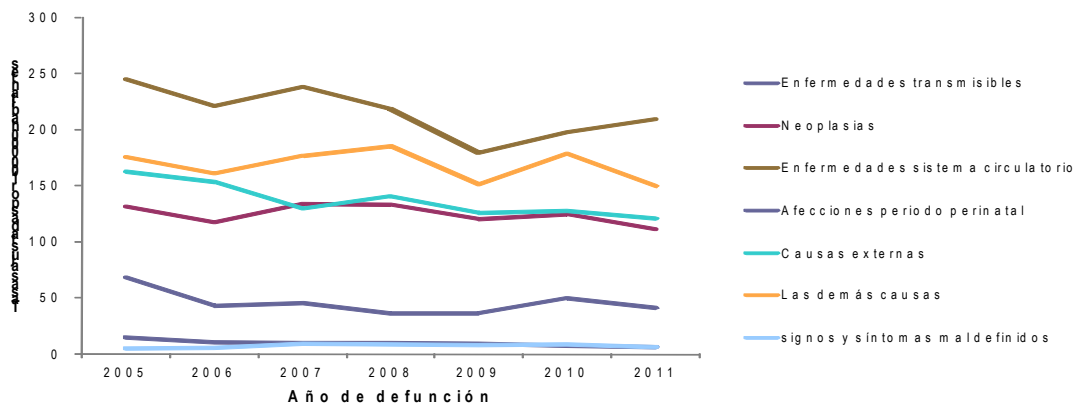


Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Utilizando el método de ajuste de tasas de mortalidad para las grandes causas y calculándolos para los años 2005 al 2011, se encontró que para Manizales el grupo que cuenta con las tasas más altas es el de las enfermedades del Sistema Circulatorio, esto va en concordancia con las cifras mundiales ya que afectan a nivel mundial al 25% de la población. En tercer lugar se encuentran las Neoplasias, comportamiento diferente al de Colombia y al del mundo ya que es la primera causa de muerte no violenta, de acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Cancerología (INC). En cuarto lugar se encuentran las causas externas y al respecto, en 1997, la OMS declara que, aunque la violencia sea tan antigua como el mundo, los nuevos hechos observados, juntamente con el crecimiento de su incidencia en los indicadores sanitarios de las últimas décadas, la transforman en un problema de salud pública regional (OPS, 1998). Así mismo, se ha destacado que la violencia afecta a toda la población en la región de las Américas; sin embargo, en condiciones de pobreza y desventaja social, algunos sectores sociales resultan especialmente amenazados.

Vale la pena resaltar que los signos y síntomas mal definidos aportan una cifra muy pequeña durante la tendencia, una de las razones es el contacto permanente entre la Secretaría de Salud Pública con los médicos quienes son los responsables de registrar los diagnósticos de las personas fallecidas para evitar que utilicen este grupo al certificar la causa básica de la defunción.

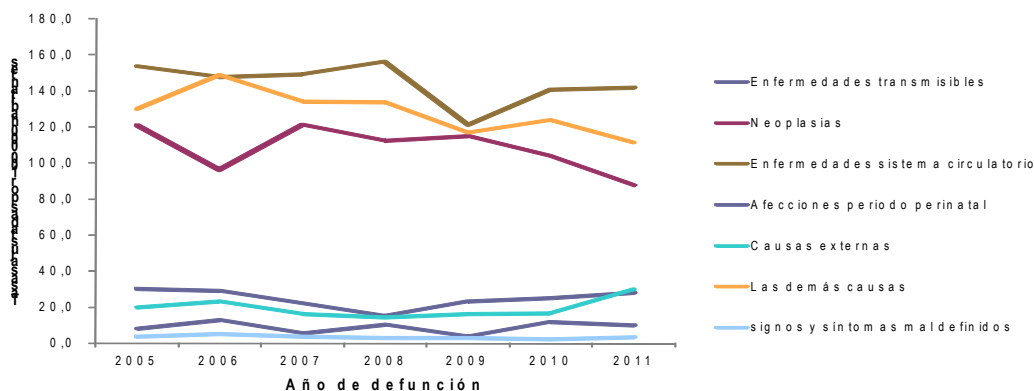
### Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres, según grandes causas Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Un comportamiento similar al general, ocurre al calcular las tasas ajustadas para los hombres, el grupo que aporta las tasas más altas son las del Sistema Circulatorio, pero en tercer lugar se encuentran las causas externas y le continúan las neoplasias. Sin embargo en todos los grupos se observa que a través del tiempo estas tasas tienden a la disminución.

### Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres de Manizales, 2005 – 2011

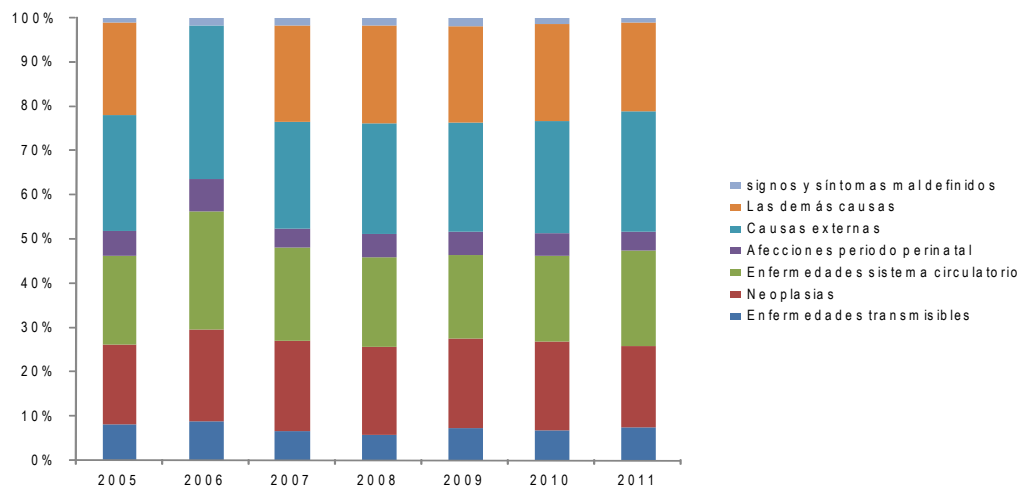


Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Al calcular las tasas ajustadas por sexo, se encontró que en las mujeres durante los años 2005 – 2011 las enfermedades del sistema circulatorio también ocupan el primer lugar pero a diferencia de los hombres, las neoplasias ocupan el tercer lugar. Es importante resaltar en las mujeres las diferencias tan marcadas entre las tasas de las tres primeras causas con las del resto de grupos.

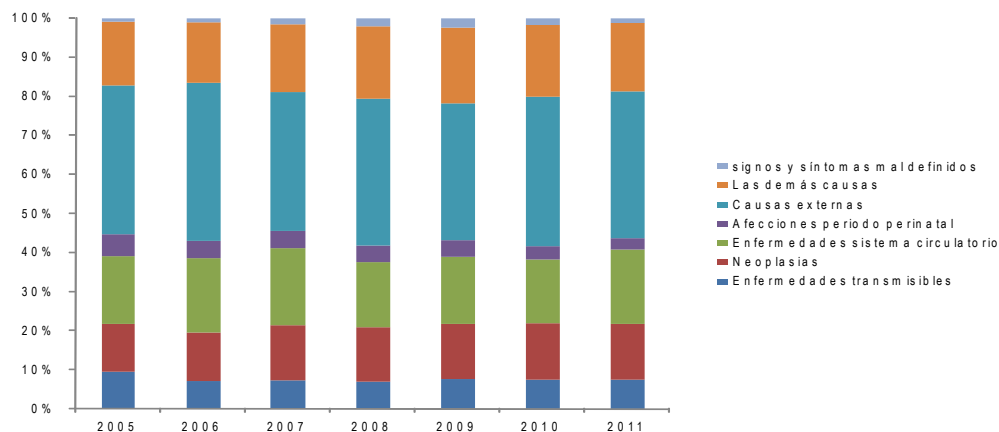
*Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP*

### Años de Vida Potencialmente Perdidos por grandes causas lista 6/67 Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

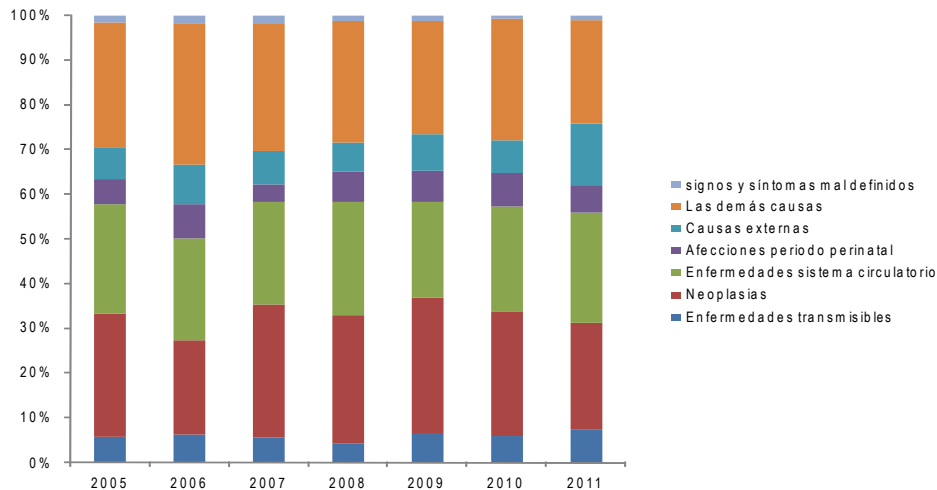
### Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres de Maizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

### Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres de Manizales, 2005 – 2011

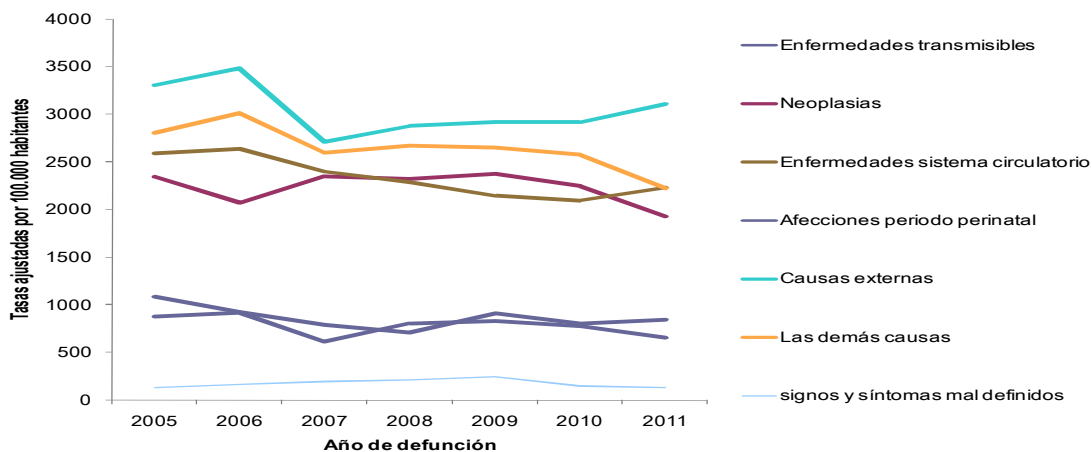




Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

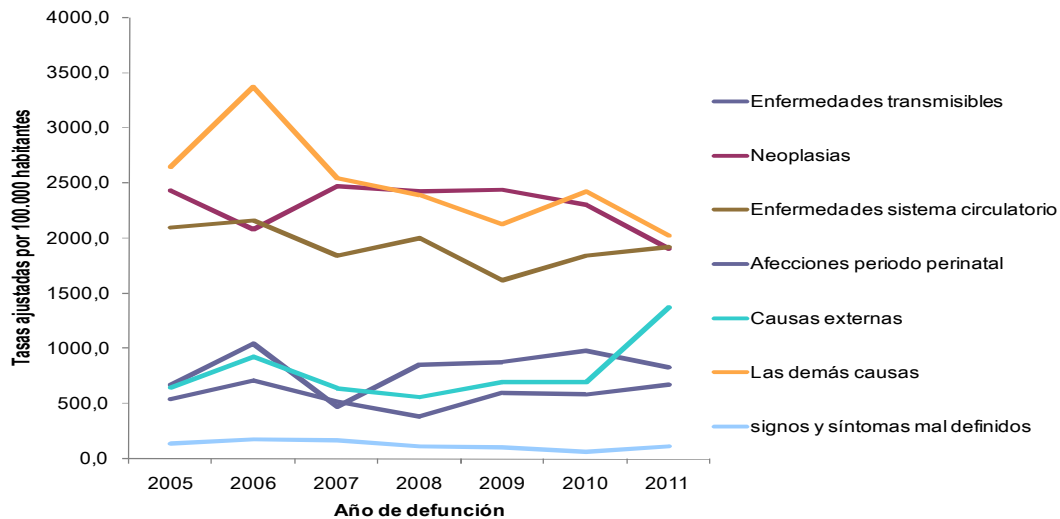
Los años de vida potencialmente perdidos miden la mortalidad prematura de los años que un individuo pudiera vivir hasta alcanzar la esperanza de vida estimada para la población. Una vez más se observa como el grupo de las causas externas y las demás causas son las que más años aportaron a los AVPP en todos los años; las afecciones del periodo perinatal contribuyeron también pero con cifras poco importantes. Sin embargo al discriminarlo por género se observa una vez más que en los hombres el grupo de causas externas es el que más predomina, es decir el que más años de vida potencialmente perdidos aporta; en las mujeres, en su orden aportan las neoplasias, las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio.

Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general de Manizales, 2005 – 2011



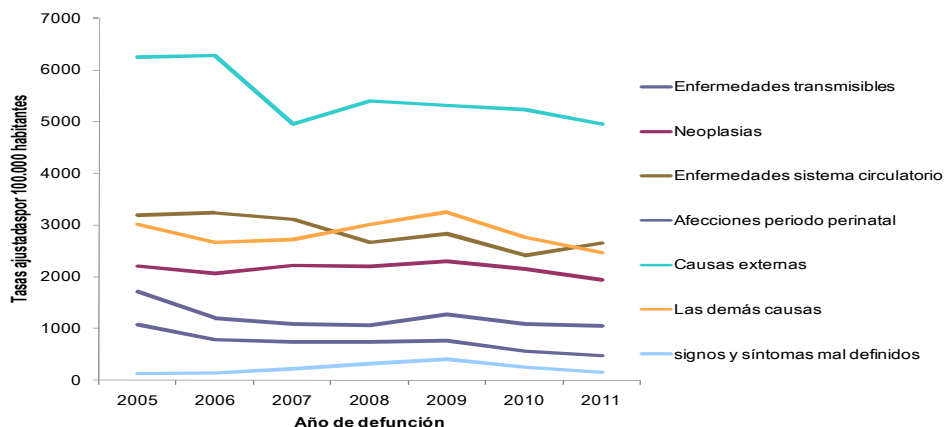
Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

### Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

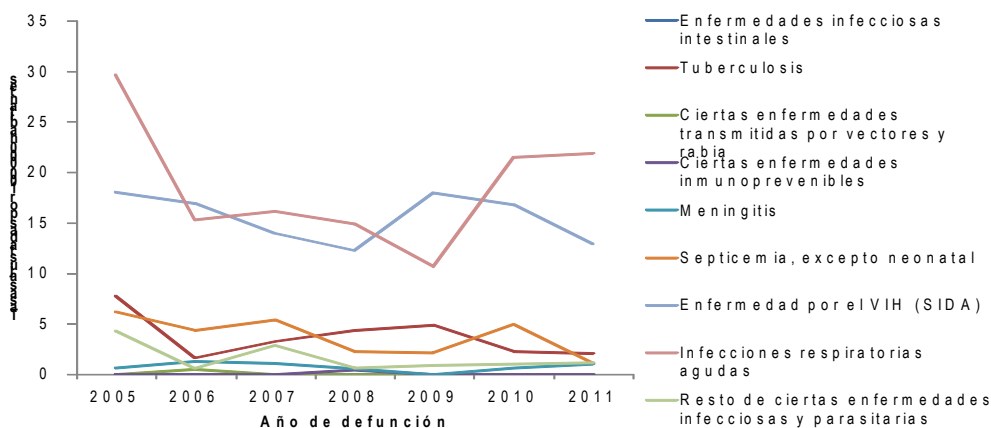
En general los grupos que más aportan en la tasa de los años de vida potencialmente perdidos son los mencionados en los párrafos anteriores, sin embargo se evidencia en estos grupos que paulatinamente el aporte disminuye a través del tiempo, excepto para los grupos de las causas externas y de las enfermedades del sistema circulatorio que aumentaron levemente para el año 2011.

En la tasa por género, específicamente en las mujeres los grupos de las demás causas, las neoplasias y las enfermedades del aparato circulatorio son los eventos que más aportaron durante este periodo y aunque éste último grupo es el que menos años de vida aportó es el único que va

en ascenso. En los hombres se nota una diferencia muy marcada entre el grupo de las causas externas y el resto de grupos aunque en este género el aporte también viene en descenso.

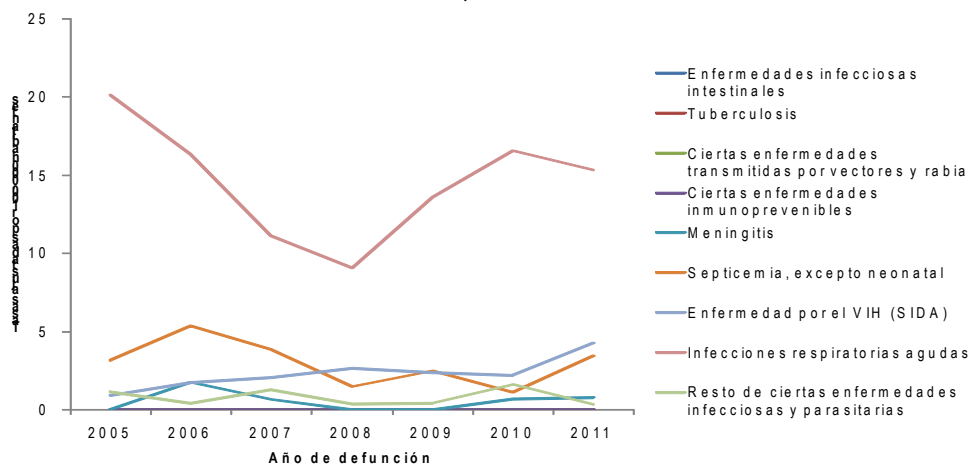
### Mortalidad específica por subgrupo

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres  
Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres  
Manizales, 2005 – 2011

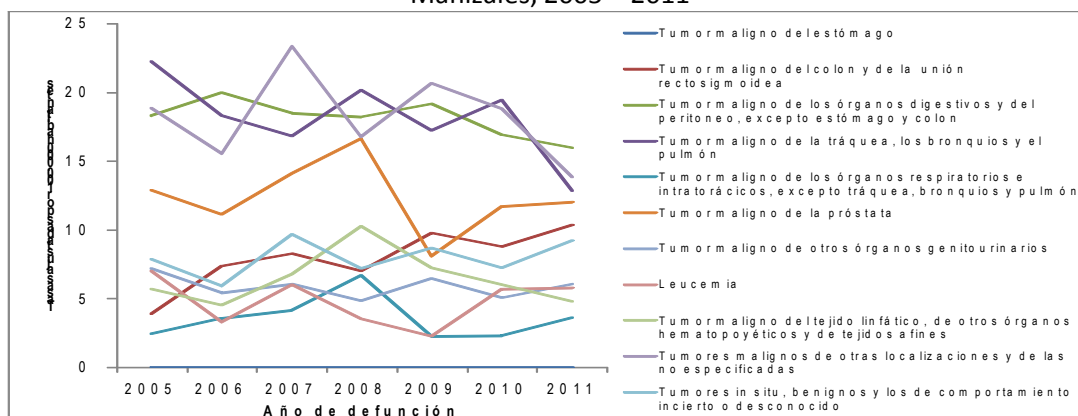


Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

En las enfermedades transmisibles las Infecciones Respiratorias Agudas y la enfermedad por VIH son los eventos que contaron con las tasas más altas en todo el periodo en los hombres y aunque

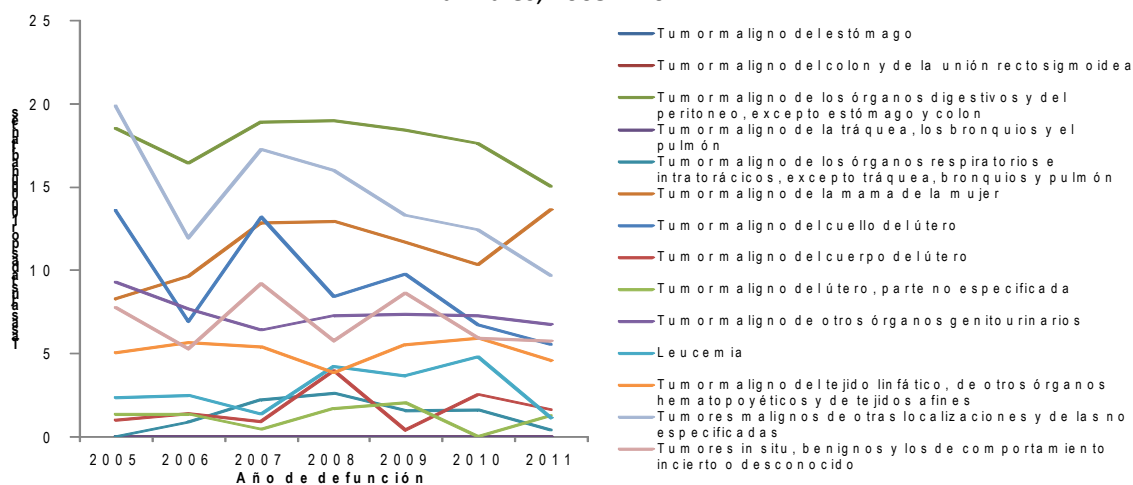
el comportamiento especialmente en las infecciones respiratorias agudas ha disminuido con respecto al inicio del período, se deberían aumentar las medidas de vigilancia epidemiológica ya que a partir del 2006 estas tasas vienen en ascenso. En las mujeres es muy evidente la diferencia de las tasas entre las infecciones respiratorias agudas y el resto de causas; a diferencia del comportamiento en los hombres la tasa disminuyó para el año 2011, sin embargo las medidas también se deben aplicar a este género.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres  
Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

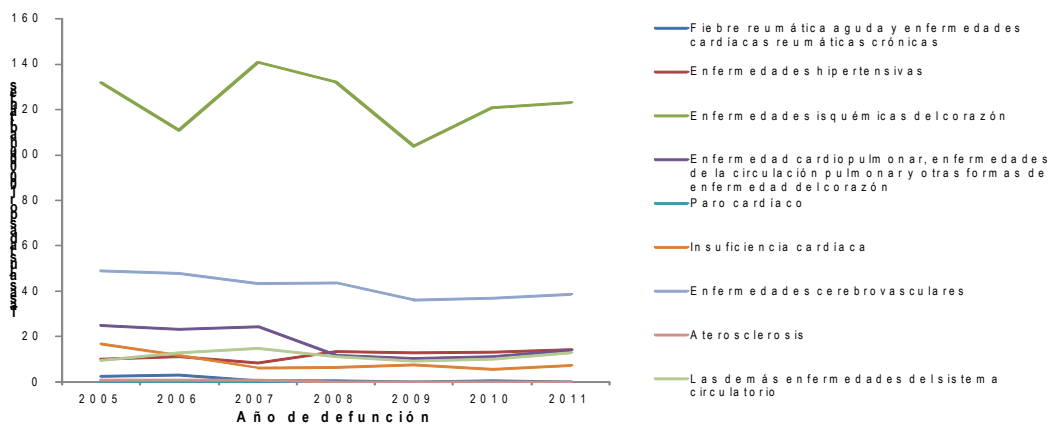
Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres  
Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

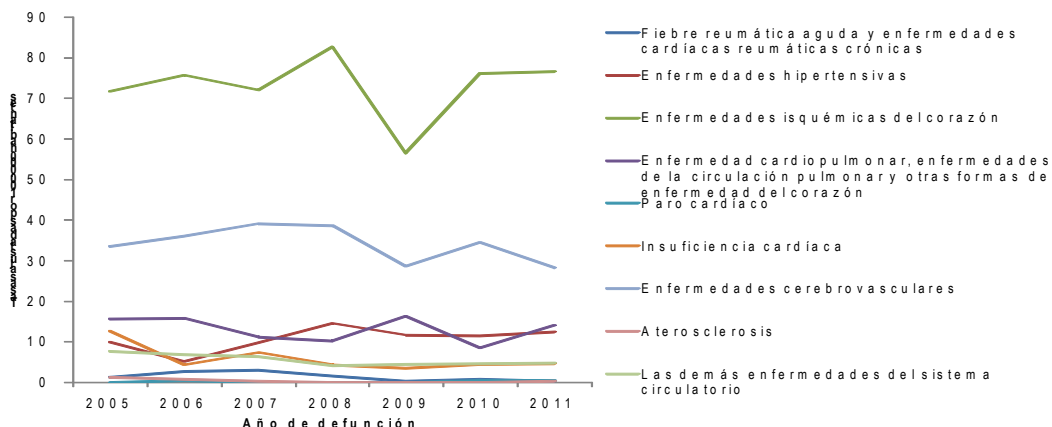
Algunos tumores son más comunes en un sexo que en el otro; otros son más comunes en los niños o en los ancianos y otros están relacionados con la dieta, el medio ambiente y los antecedentes familiares. En Manizales discriminando los tumores por género y aplicando el método de tasas ajustadas se obtuvo el mismo comportamiento para los tumores de los órganos digestivos y del estómago, en ambos géneros presentaron las mayores tasas, sin embargo a partir del año 2007 comienzan a disminuir. En cambio los tumores propios del sexo como el de la próstata para los hombres y el de mama para la mujer, comienzan a aumentar a partir del año 2010.

### Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres de Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

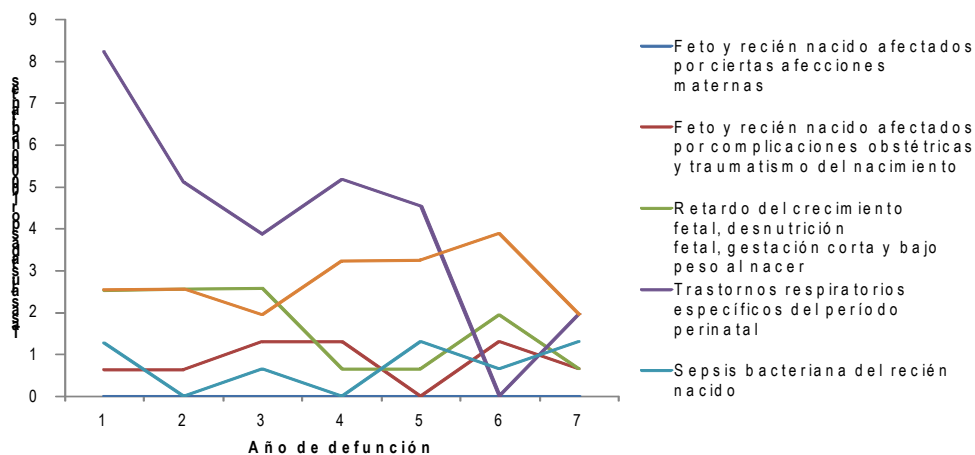
### Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres de Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

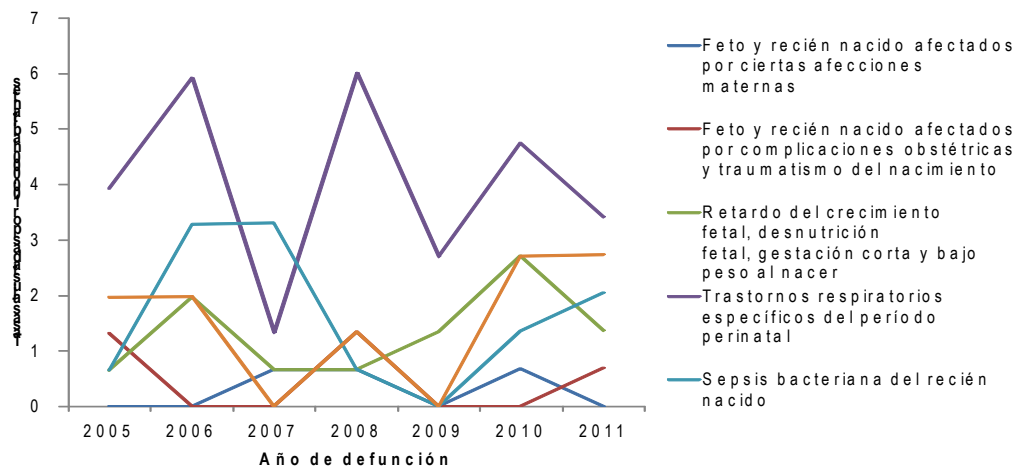
Con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, las isquémicas del corazón y las cerebrovasculares son las más representativas en ambos géneros, aunque las tasas son mayores en los hombres que en las mujeres, sin embargo en ambos géneros hay que intensificar las actividades de promoción y prevención puesto que ambos eventos tienen una tendencia a aumentar.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres de Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres de Manizales, 2005 – 2011

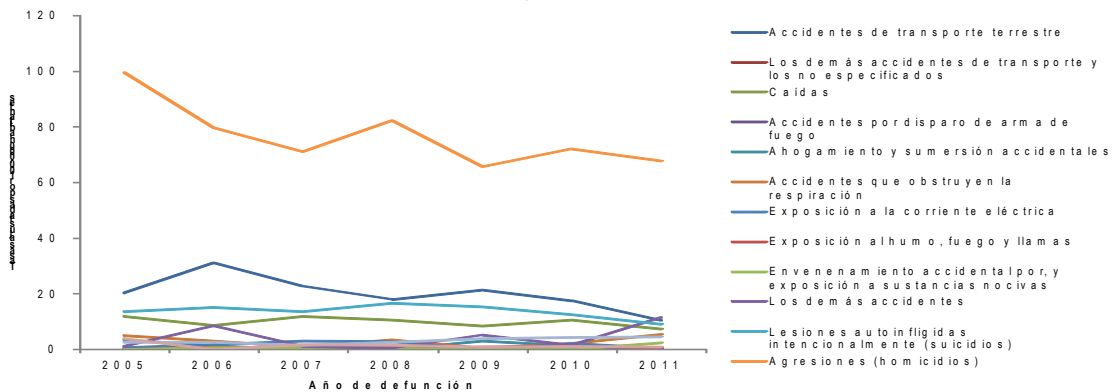


Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

En la estudio de la ENDS, La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y el postparto, actuando como demarcador tanto en la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive.

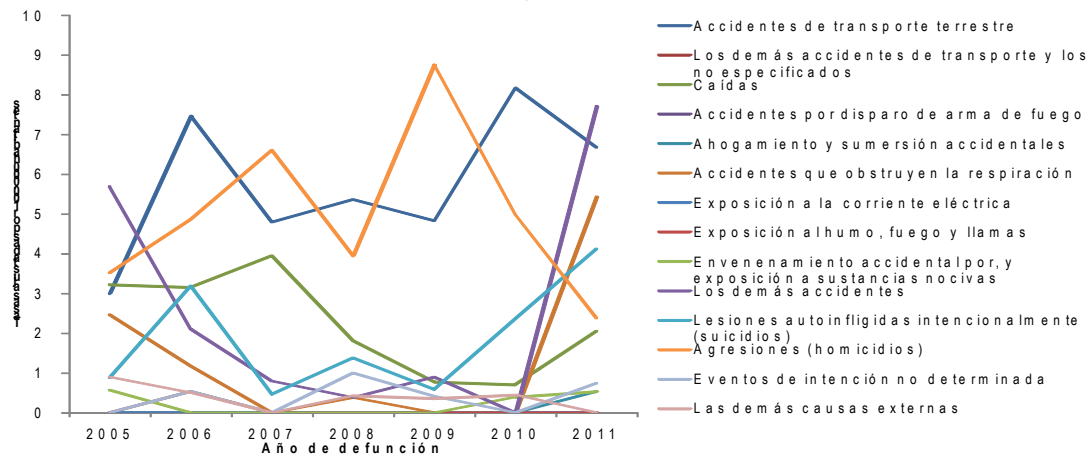
Analizando en Manizales las afecciones originadas en este grupo según el sexo, el comportamiento de éstas es similar; en las figuras 20 y 21 se observa como la causa del feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas son las que aportan las mayores tasas durante el periodo 2005 – 2011, excepto en año 2010 para los hombres y el 2007 para las mujeres.

Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres, Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

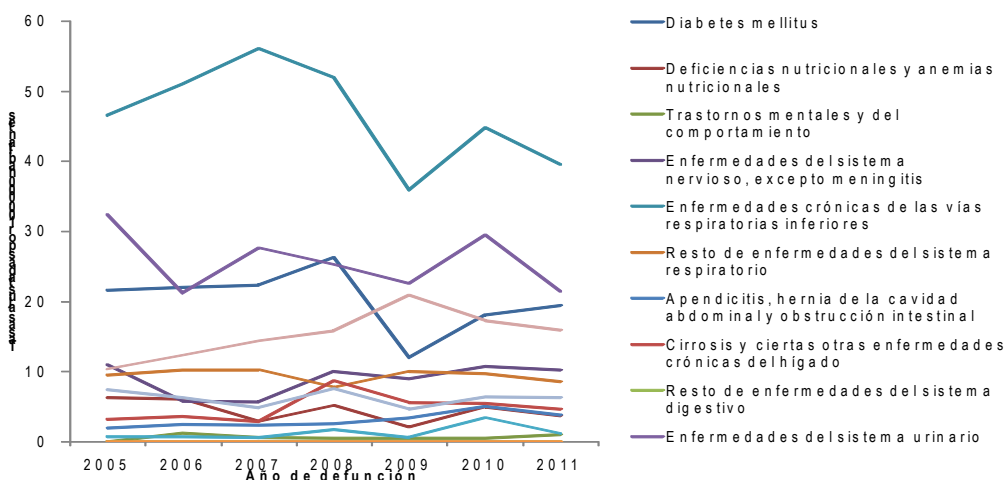
Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres, Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

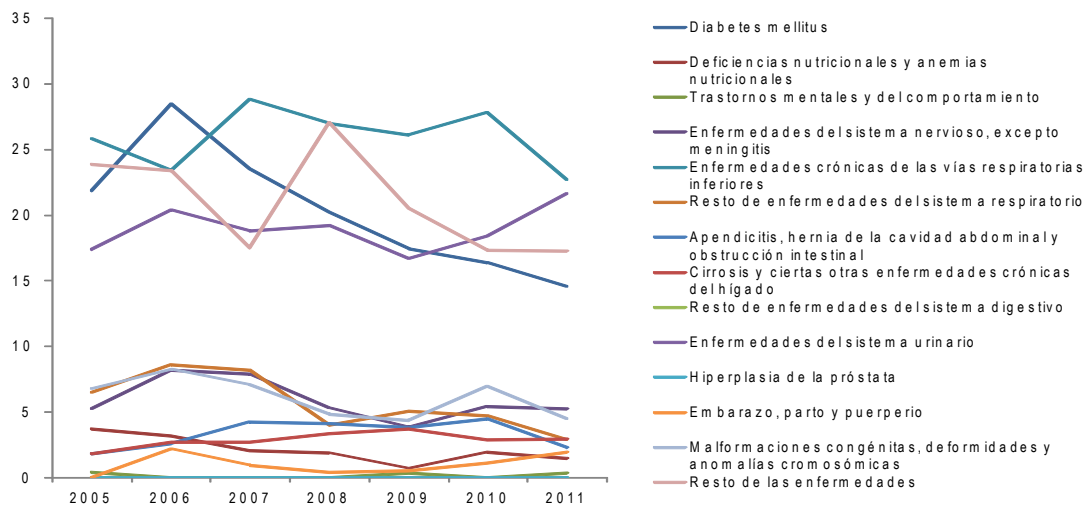
Al discriminar las causas externas por sexo, se observa el comportamiento de las agresiones tan definido en los hombres a través del periodo y a pesar que su comportamiento tiene una tendencia a la disminución las tasas de este grupo marcan una diferencia muy marcada con respecto al resto de causas de éste grupo. En las mujeres, los eventos que aportan mayores tasas en este grupo son las agresiones y los accidentes de tránsito, aunque las tasas son inferiores a las del grupo de los hombres.

### Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres de Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

### Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres de Manizales, 2005 – 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.



## Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública

Para realizar monitoreo y seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, se realizó un análisis de tendencia y desigualdad de salud mediante la estimación de diferencias relativas de los indicadores que muestra la tabla.

Las diferencias relativas de la Tasa de mortalidad de tumor maligno de mama, por tumor maligno de cuello por tumor maligno del estómago, mortalidad por diabetes, tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente, tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) muestran diferencias relativas que estadísticamente no son significativas (color amarillo).

Al comparar el comportamiento de la mortalidad por causas específicas entre Caldas y Manizales, se encontró que las diferencias de tasas entre el municipio y el departamento no son significativas.

Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas Manizales, 2005-2011

Causa de muerte	Caldas 2011	Manizales 2011	Comportamiento					
			2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre	12,74	9,2	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama	10,29	16,6	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	6,58	6,9	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata	10,48	11,9	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por tumor maligno del estómago	9,79	13,1	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	14,62	19,2	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4,46	6,7	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0,3	0,77	↗	↘	-	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	32,85	34,6	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por malaria	0	0	-	-	-	-	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0	0	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	6,83	7,69	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por emergencias y desastres	5,0	8,46	↗	↘	-	↗	↘	↗

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

## Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para el análisis de la mortalidad infantil y de la niñez, se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se realizó estimando las tasas específicas de mortalidad para el departamento, en tanto al municipio de Manizales reportaran el número de muertes, además la tabla esta desagregada por las muertes ocurridas en niños y niñas de acuerdo a la lista de tabulación de las 67 causa, la cual agrupa 67 subgrupos.

Número de muertes en la infancia y niñez, según la lista de las 67causas Manizales, 2005 – 2011

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	6	3	6	1	0	0	2
	Entre 1 y 4 años	2	1	3	0	0	0	1
	Menores de 1 año	4	2	3	1	0	0	1
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	1	2	3	2	5	3	0
	Entre 1 y 4 años	0	2	3	2	5	3	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de	Menores de 5 años	2	2	3	2	2	2	2

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Entre 1 y 4 años	1	1	2	1	1	1	1
	Menores de 1 año	1	1	1	1	1	1	1
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	3	2	1	1	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	3	1	1	1	0	0	1
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	0	3	2	1	2	4	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	0	2	2	1
	Menores de 1 año	0	2	1	1	0	2	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	0	1	0	0	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	1
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	4	5	2	5	5	6	3
	Entre 1 y 4 años	1	3	0	0	1	2	1
	Menores de 1 año	3	2	2	5	4	4	2
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	Menores de 5 años	1	1	1	3	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	3	0	0	1
	Menores de 1 año	1	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema	Menores de 5 años	1	0	1	0	0	0	0

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
genitourinario (N00-N98)	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	1	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	37	37	25	32	21	30	25
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	37	37	25	32	21	30	25
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	18	20	16	17	9	16	12
	Entre 1 y 4 años	3	2	0	3	2	0	0
	Menores de 1 año	15	18	16	14	7	16	12
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	0	1	1	4	0	1	2
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	1	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	3	0	1	2
Todas las demás enfermedades (F01-F99, H00-H59, L00-L98, M00-M99)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	9	8	3	2	1	4	4
	Entre 1 y 4 años	6	3	2	1	0	2	1
	Menores de 1 año	3	5	1	1	1	2	2

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

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

Teniendo en cuenta la lista de las 67 causas de mortalidad para la infancia y niñez, se observa como las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las del sistema digestivo, inclusive las causas externas de morbilidad y mortalidad, que en años pasados ocupaban los primeros puestos en este grupo, para el año 2011 disminuyeron considerablemente. La razón de estos resultados es gracias a la implementación de actividades como la de Cero a Siempre, que es una estrategia Nacional que busca promover y garantizar el Desarrollo Infantil Temprano de los niños y niñas en Primera Infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial y la estrategia APS La cual consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables para todos los individuos y familias de la comunidad a un costo que la comunidad y el estado pueden asumir.

Sin embargo, hay eventos en Manizales tales como las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas que continúan presentándose, a pesar del trabajo permanente entre la academia, el ente local y la misma comunidad. Ver tabla 9

Al discriminar las defunciones por sexo, Tablas 10 y 11, hay enfermedades que por los resultados de las tablas, se podría pensar que se presentan más en hombres que en mujeres como son las tumores, las enfermedades de la sangre, las del sistema respiratorio, las del digestivo y al contrario, las enfermedades como las del sistema nervioso y las endocrinas se presentan más en las mujeres que en los hombres, sin embargo no se podría asegurar esta hipótesis debido a la frecuencia tan baja que hay en cada uno de los eventos.

Número de muertes en la infancia y niñez, en los niños según la lista de las 67 causas  
Manizales, 2005 – 2011

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	4	1	4	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	3	0	0	0	1
	Menores de 1 año	4	1	1	0	0	0	0
Tumores (neoplasias) C00-	Menores de 5 años	0	0	2	1	3	3	0

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
D48	Entre 1 y 4 años	0	0	2	1	3	3	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	2	2	2	2	2	2	2
	Entre 1 y 4 años	1	1	1	1	1	1	1
	Menores de 1 año	1	1	1	1	1	1	1
enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	0	1	0	1	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	1	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	0	1	0	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	3	3	1	5	2	2	3
	Entre 1 y 4 años	1	3	0	0	0	0	1
	Menores de 1 año	2	0	1	5	2	2	2
Enfermedades del sistema	Menores de 5 años	0	0	1	3	0	0	0

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
digestivo (K00-K92)	Entre 1 y 4 años	0	0	1	3	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	Menores de 5 años	0	1	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	24	17	16	16	15	12	10
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	24	17	16	16	15	12	10
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	10	9	6	11	4	9	7
	Entre 1 y 4 años	2	1	0	2	1	0	0
	Menores de 1 año	8	8	6	9	3	9	7
Signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Menores de 5 años	0	0	0	3	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	2	0	1	1
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	6	6	3	2	1	3	1
	Entre 1 y 4 años	4	2	2	1	0	1	0
	Menores de 1 año	2	4	1	1	1	2	1
Síndrome respiratorio agudo grave	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
(SRAG) (U04)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Número de muertes en la infancia y niñez, en las niñas según la lista de las 67 causas  
Manizales, 2005 – 2011

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	Menores de 5 años	2	2	2	1	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	2	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	2	1	0	0	1
Tumores (neoplasias) C00-D48	Menores de 5 años	1	2	1	1	2	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	2	1	1	2	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	Menores de 5 años	0	0	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
enfermedades endocrinas, nutricionales y	Menores de 5 años	2	2	1	1	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0



Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
metabólicas (E00-E88)	Menores de 1 año	2	1	1	1	0	0	1
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G98)	Menores de 5 años	0	2	2	0	2	4	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	0	2	2	1
	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	2	0
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	1
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J98)	Menores de 5 años	1	2	1	1	4	4	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	2	0	0
	Menores de 1 año	1	2	1	0	2	3	0
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	1
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Menores de 5 años	13	20	9	16	6	18	15
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	13	20	9	16	6	18	15
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	Menores de 5 años	8	11	10	6	5	7	5
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	1	1	0	0
	Menores de 1 año	7	10	10	5	4	7	5
Signos síntomas y hallazgos	Menores de 5 años	0	1	1	1	0	0	1

Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	1	0	0	1
Causas externas de morbilidad y mortalidad (V01-Y89)	Menores de 5 años	3	2	0	0	0	1	2
	Entre 1 y 4 años	2	1	0	0	0	1	1
	Menores de 1 año	1	1	0	0	0	0	1

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Número de muertes en la infancia y niñez, por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (A09)	Menores de 5 años	2	2	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	1	0	0	0	0	0
Otras enfermedades infecciosas intestinales (A00-A08)	Menores de 5 años	1	0	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	1	0	0	0	0

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)Grandes causas de muerte	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Tos ferina (A37)	Menores de 5 años	0	1	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	0	0
Septicemia (A40-A41)	Menores de 5 años	1	0	1	1	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	1	1	0	0	1
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)	Menores de 5 años	0	0	2	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	2	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otras enfermedades virales (A81-B04, B06-B19, B25-B34)	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	1
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A20-A32, A38, A42-A79, B35-B49, B55-B94, B99)	Menores de 5 años	0	0	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Las causas que más aportan al grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias, son la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia

humana, aunque como se menciona en el párrafo anterior, no son muchas las defunciones que se reportan en este grupo para este grupo de edad, éstos eventos son los que más aportan al grupo.

Número de muertes en la infancia y niñez, por tumores, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Leucemia (C91-C95)	Menores de 5 años	0	1	1	1	1	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	1	1	1	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Resto de tumores malignos (C00-C90, C96-C97)	Menores de 5 años	1	1	2	0	2	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	2	0	2	1	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0
Resto de tumores (D00-D48)	Menores de 5 años	0	0	0	1	2	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	2	1	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Con respecto a los tumores, en el año 2009 fue donde más se reportaron defunciones y específicamente en el grupo de 1 a 4 años y como se observa en la tabla 13, éstas defunciones están incluidas en el resto de tumores malignos y resto de tumores.

Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad,  
Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Anemias (D50-D64)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D65-D89)	Menores de 5 años	1	0	1	0	1	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	1	0	1
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

En las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, no podría definirse la tendencia de las muertes en este grupo ni la causa específica ya que las pocas defunciones quedaron incluidas en el resto de enfermedades de la sangre y como se observa en la tabla, se presentan eventos en un año, pero en el siguiente no.

Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales (E40-E64)	Menores de 5 años	3	2	0	1	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	2	1	0	1	0	0	0
Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E34, E65-E88)	Menores de 5 años	1	1	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

En este grupo de causas, si es evidente que las defunciones se presentaron más por la desnutrición y otras deficiencias nutricionales, sin embargo se observa en la tabla que en los últimos tres años no se presentaron defunciones por éste evento.

Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Meningitis (G00-G03)	Menores de 5 años	0	3	0	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	2	0	0	0	0	0
Resto de enfermedades del sistema nervioso (G04-G98)	Menores de 5 años	0	0	2	3	1	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	2	1	0	1
	Menores de 1 año	0	0	1	1	0	1	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Número de muertes en la infancia y niñez, por enfermedades del sistema respiratorio, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Neumonía (J12-J18)	Menores de 5 años	2	4	1	5	6	2	3
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	1	2	0	1

	Menores de 1 año	1	2	1	4	4	2	2
Otras infecciones respiratorias agudas (J00-J11, J20-J22)	Menores de 5 años	1	0	0	1	0	2	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	1	0	2	0
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	1	1	1	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	1	0	0	1	0

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

El comportamiento de la mayoría de los eventos en este grupo de edad es muy similar cuando se reportan defunciones en los primeros años de la tendencia; en los últimos años o no se presentan o disminuyen considerablemente. Estos grupo de causas no son ajenos al comportamiento.

Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal,  
Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	3	1	2	5	0	3	2
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	5	7	5	2	3	7	3
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0	0	1	0	0	0	0
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	4	2	0	1	0	0	1



Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	8	8	5	13	9	6	6
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	0	1	0	0	1	1	0
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	7	6	3	3	1	0	1
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	3	5	6	1	2	3	5
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	0	0	0	0	1	0	0
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	2	1	1	2	1	3	1
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	5	6	2	5	3	7	6

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

La mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción y es muy importante porque permite tener reflejo de la atención prenatal, durante el parto y postparto, actuando como demarcador tanto de la calidad del servicio de salud materno infantil como de la condición nutricional de la madre y del entorno en que ésta vive.

Al discriminar las causas de éste grupo, se observa como en Manizales esta definición se corrobora, ya que las causas de las mayores defunciones fueron los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, la dificultad respiratoria del recién nacido y la sepsis bacteriana del recién nacido.

Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas,  
Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Hidrocefalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	2	2	1	0	1	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	1	0	0
	Menores de 1 año	2	1	1	0	0	1	0
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	0	2	0	1	4	3	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	2	0	0
	Menores de 1 año	0	2	0	0	2	3	0
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	8	7	3	8	1	3	8
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	6	7	3	7	1	3	8
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	0	1	2	2	0	2	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	2	2	0	2	1
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	0	0	1	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	1	0	1	0	0
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	8	7	9	5	3	7	3
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	7	7	9	5	3	7	3

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 años	0	1	0	2	0	0	0
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	2	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	1	2	0	1	2

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

En esta tabla se observa cómo las defunciones mal definidas son mínimas, esto es el resultado de el contacto permanente de de la Secretaría de Salud con el profesional que certifica este hecho vital.

Número de muertes en la infancia y niñez, por causas externas de morbilidad y mortalidad, Manizales, 2005 – 2011

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
Accidentes de	Menores de 5 años	2	2	1	1	0	1	0

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	No. muertes 2005	No. muertes 2006	No. muertes 2007	No. muertes 2008	No. muertes 2009	No. muertes 2010	No. muertes 2011
transporte (V01-V99)	Entre 1 y 4 años	2	2	1	1	0	1	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	2	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	2	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	4	4	1	1	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	3	4	1	1	0	1	1
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	0	1	1	0	1	1	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	1	1	0
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	4	1	0	0	0	0	2
	Entre 1 y 4 años	4	1	0	0	0	0	1
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

## Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Ahora después de identificar las causas de muerte que representa con mayor frecuencia en los niños, se realizó un análisis materno – infantil, que permitió identificar los indicadores que peor situación se encuentran. Para estimar la razón de razones de la mortalidad materna y la razón de las tasas de mortalidad neonatal, de mortalidad infantil, de mortalidad en la niñez, de mortalidad por EDA, de mortalidad por IRA y mortalidad por desnutrición crónica en los menores de cinco años de edad y también se calcularon los intervalos de confianza al 95% utilizando el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

Al estimar las la razón de razones y las razones de tasas, se obtuvo valores entre menos infinito y más infinito, donde la unidad representa ausencia de desigualdad; los valores por encima de uno indican que la entidad territorial presenta la peor situación que su referente de comparación (departamento- municipio) y los valores menores de uno indican una mejor situación del municipio de Manizales con respecto el departamento de Caldas de comparación.

Amarillo: Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.

Rojo: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

Verde: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.

También aparecerá graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a partir del año 2005 hasta el año 2011.

↘ Indica que el indicador disminuyó con respecto al año anterior

↗ Indica que el indicador aumentó con respecto al año anterior

- Indica que el indicador se mantuvo igual con respecto al año anterior

### Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Manizales, 2005- 2011

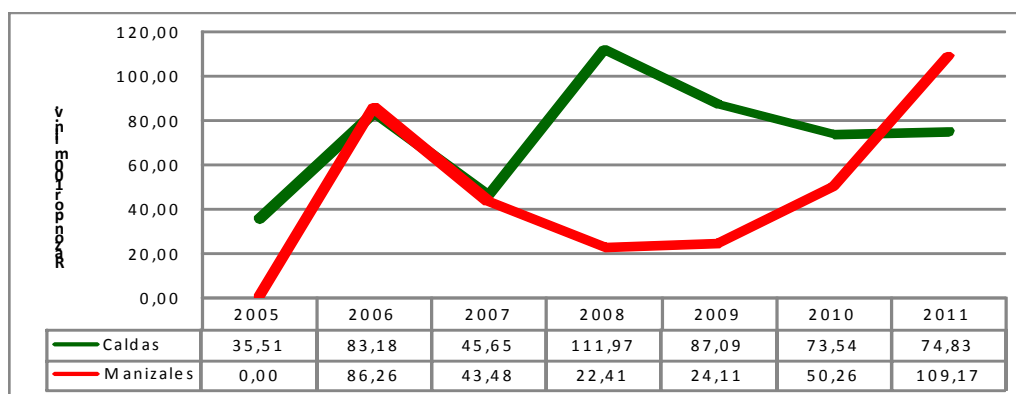
Causa de muerte	Caldas 2011	Manizales 2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	74,83	109,2	↗	↘	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	8,14	8,461	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	12,07	12,55	↗	↘	↗	↘	↗	↘

Causa de muerte	Caldas 2011	Manizales 2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa de mortalidad en la niñez ajustada (DANE)	13,66	14,19	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	7,3	11,28	↘	↘	↘	-	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	1,2	0,1	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	0,06992	0,1	↘	↘	↗	↘	-	-

Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Comparando los eventos relacionados con el dúo materno-infantil entre el departamento y el municipio se encontró que aunque se evidencian diferencias, éstas no son significativas a excepción de la razón de mortalidad materna donde la tasa del municipio superó a la del departamento en el año 2011. Al respecto la Secretaría de Salud continuamente está realizando vigilancia e interviniendo cuando es necesario; producto de ello es la disminución de las muertes maternas en los años siguientes, lográndose unas tasas de 26 por Cada 100000 nacidos vivos en ambos años.

Razón de mortalidad materna, Caldas - Manizales, 2005 -2011



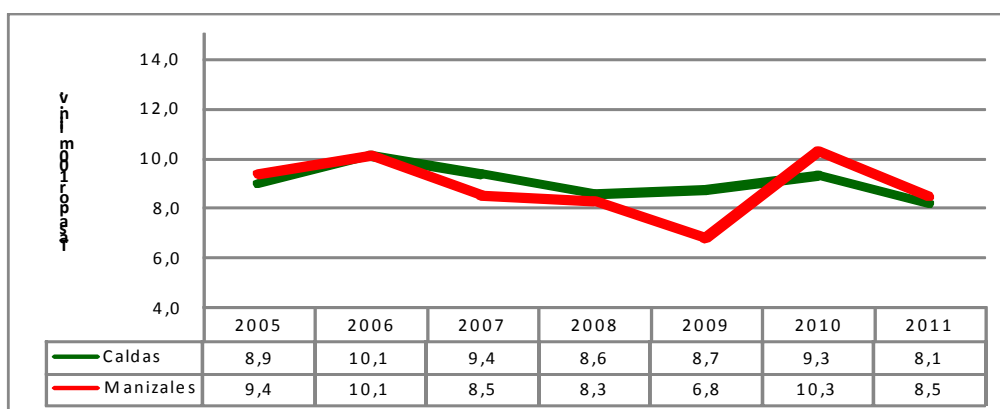
Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

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

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

En Caldas y Manizales, el comportamiento de las muertes maternas ha sido variable, el cálculo difiere considerablemente durante cada periodo evaluado. Por ejemplo, si se toma en cuenta los años 2007 y 2011 los cuales cuentan con números de casos similares, la razón de mortalidad materna varia. En el año 2008 la diferencia de las tasas entre el departamento y el municipio son muy grandes, quiere decir esto que otros municipios aportaron más muertes por esta causa.

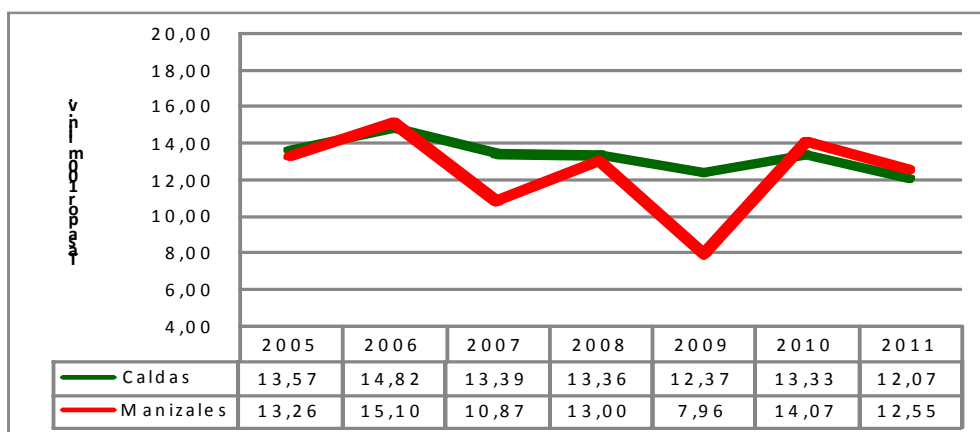
Tasa de mortalidad neonatal, Caldas - Manizales, 2005- 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

Un comportamiento similar a las demás causas del grupo infantil sucede con la mortalidad neonatal a, compararla con el departamento, en los años 2007 al 2009 las tasas son inferiores en el municipio, aumentan en el 2010 y ya en el 2011 las diferencias son mínimas.

Tasa de mortalidad infantil, Caldas - Manizales, 2005- 2011



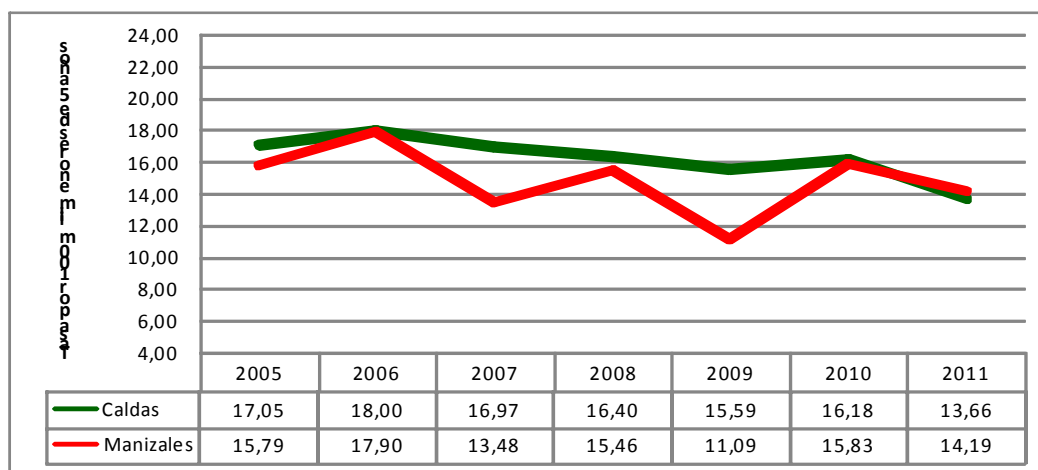
Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

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

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

En Caldas el comportamiento de éste evento, para los años 2007, 2008 y 2009 fue superior al de Manizales, para los siguientes años, la tasa fue superior en el municipio aunque en general, esta tasa tuvo un descenso marcado, es inferior a la del nivel Nacional y también está por debajo de la meta que se ha propuesto ODM al 2015, reducir la mortalidad en menores de un año a 16.68 por cada mil nacidos vivos.

Tasa de mortalidad en la niñez, Caldas - Manizales, 2005- 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

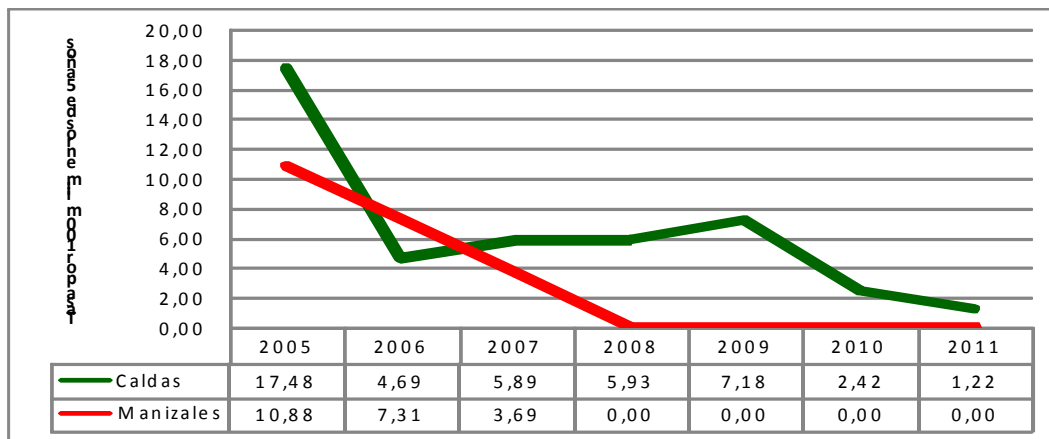


La mortalidad en los niños menores de 5 años constituye un serio problema de salud pública ya que es un indicador altamente sensible para determinar el impacto de las acciones en salud realizadas en una región a través de las entidades correspondientes.

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

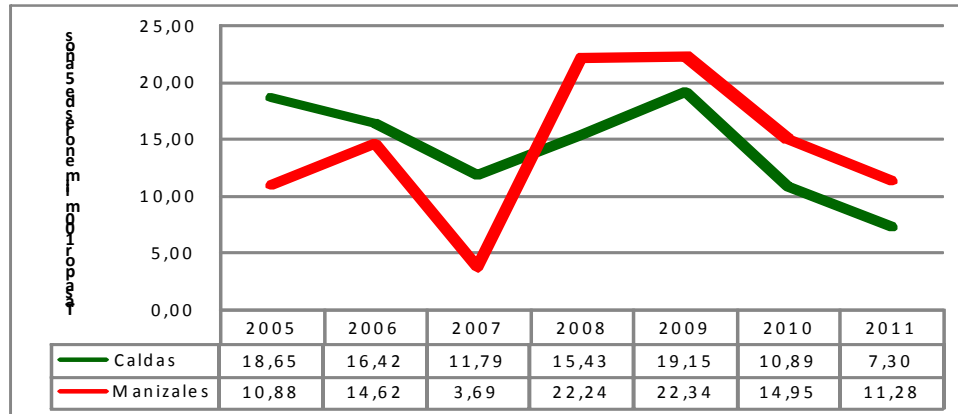
Caldas hasta el año 2010 obtuvo tasas superiores a Manizales y similar a la mortalidad infantil, para el año 2011 este indicador se invirtió, aunque la diferencia solo fue de 0.53 puntos. Sin embargo la meta del ODM se está cumpliendo paulatinamente, pues como se observa en el gráfico entre el año 2005 y 2012 la tasa ha disminuido en una cifra considerable y las estrategias que se han implementado a nivel nacional y municipal tales como: Programa Ampliado de Inmunización, La estrategia de Cero a Siempre y APS, mencionada en el indicador anterior, han contribuido a disminuir dichas cifras han tenido muy buen impacto.

Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años, Caldas - Manizales, 2005- 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

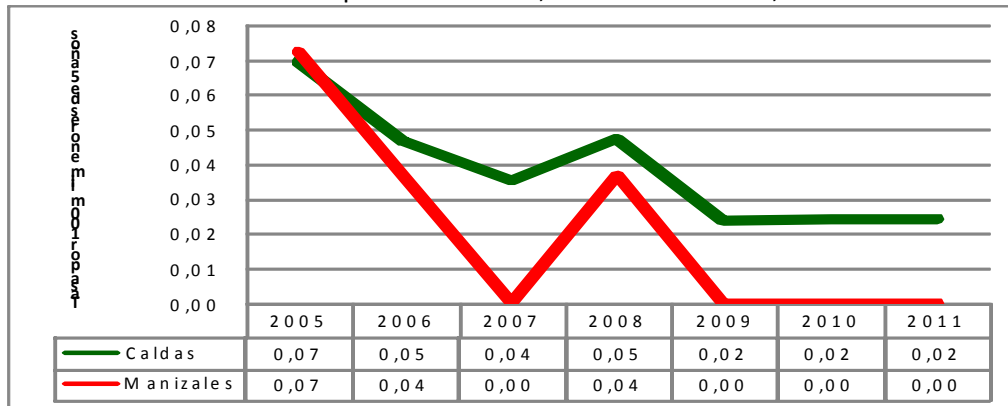
### Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, Caldas - Manizales, 2005- 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

A diferencia de la mayoría de defunciones en la primera infancia donde el comportamiento durante el periodo estudiado comienza alta y va disminuyendo a través del tiempo, la infección respiratoria se comportó diferente ya que comenzaron bajas y aunque al año 2011 disminuyeron la supera al Departamento.

### Tasa de mortalidad por desnutrición, Caldas - Manizales, 2005- 2011



Fuente: DANE- SISPRO - MSPS.

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

A pesar de que las tasas no alcanzan una cifra absoluta con una constante de 100000, el gráfico muestra que se han presentado muertes por esta causa, en Manizales solo se presentaron

muerres en los años 2005 y 2008, mientras que en el Departamento aún continúan presentándose muertes por esta causa.

Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia de Manizales, 2010 – 2011

Área	2010	2011	Cambio
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
Cabecera	54,02	117,92	63,9
Centro Poblado			
Área rural dispersa			
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Cabecera	9,18	8,55	-0,63
Centro Poblado	23,44		
Área rural dispersa	27,03	13,89	-13,14

Fuente: DANE- SISPRO, MSPS

Identificación de prioridades en salud del municipio Manizales, 2013

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador en la entidad territorial Manizales	Valor del indicador en la entidad territorial de referencia Caldas	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2011
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio	97.58 por 100.000 habitantes	No aplica	Disminuyó
	Causas Externas	73.10 por 100.000 habitantes		Fluctuante
	Neoplasias	97.5 por 100.000 habitantes		Fluctuante
Mortalidad específica por subgrupo	Enfermedad cerebrovascular	32.5 por 100.000 habitantes		disminuyó
	Agresiones	67.7 por 100.000 habitantes		Fluctuante
	Tumor maligno de estómago	12.8 por 100.000 habitantes		Fluctuante
Mortalidad materno-infantil	Cierta afecciones durante el periodo perinatal	6.4 por 100.000 menores de 5 años		Fluctuante
	Tasa mortalidad neonatal	8.5	8.1	Fluctuante
	Tasa de mortalidad infantil	12.5	12.1	Fluctuante
	Tasa de mortalidad niñez	14.2	13.7	Fluctuante

Fuente: elaboración propia

## Conclusiones

Durante el periodo 2005 al 2011, las tasas ajustadas por la edad en Manizales han tenido una tendencia al decremento.

De acuerdo a las tasas ajustadas por la edad, la principal causa de muerte en el municipio fueron las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las causas externas. En los hombres la primera causa de defunciones fue por causas externas, mientras que en las mujeres fueron las neoplasias. Esta situación también se ve reflejada al analizar la mortalidad prematura, establecida por el indicador AVPP.

El grupo denominado de las enfermedades del sistema circulatorio es el que tiene mayor participación en la mortalidad corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón.

Al desagregar las enfermedades transmisibles por sexo, se encontró que en los hombres las causas que marcan diferencia en este grupo son el VIH (SIDA) y las Infecciones respiratorias agudas. Aunque entre los años 2005 – 2011 éstas causas contaron con las tasas más altas, se nota un decrecimiento en la enfermedad por el VIH, en cambio las infecciones respiratorias comenzaron el periodo con unas tasas muy altas, disminuyeron entre el 2006 y 2009 y en los años siguientes aumentó nuevamente. Para las mujeres, las causas que mantuvieron las tasas más altas durante el periodo, fueron las Infecciones respiratorias agudas y aunque los cambios son más leves que en los hombres, el comportamiento es muy similar.

Con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, las tasas de las enfermedades isquémicas del corazón fueron las más altas para ambos sexos, aunque en el sexo femenino las tasas fueron inferiores en ambos sexos la tendencia es a aumentar. Las enfermedades cerebrovasculares ocupan la segunda causa más frecuente en ambos sexos con unas tasas muy similares, la diferencia de este comportamiento se nota entre los años 2010 y 2011, ya que mientras en los hombres está aumentando, en las mujeres está disminuyendo.

Otro grupo de causas que tiene diferencia de tasas muy marcadas entre la primera y el resto, es la causa externa, comportamiento que se observa en los hombres, ya que mientras las agresiones cuenta con tasas desde 100 para el año 2005, hasta aproximadamente 70 para el año 2011, para el resto de causas y específicamente para los accidentes de transporte terrestre la tasa más alta fue en el año 2006, de aproximadamente 30 por 100 mil habitantes.

En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2011, la principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio. Tanto en niño menor de 1 año la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en el grupo de 1 a 4 años la principal causa fue por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en niños menores de 5 años la primera causa de defunción fue por enfermedades del sistema respiratorio.

En el periodo entre 2005 a 2011, la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad neonatal se observa una tendencia a la disminución mientras que la tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años la tendencia ha venido en incremento.

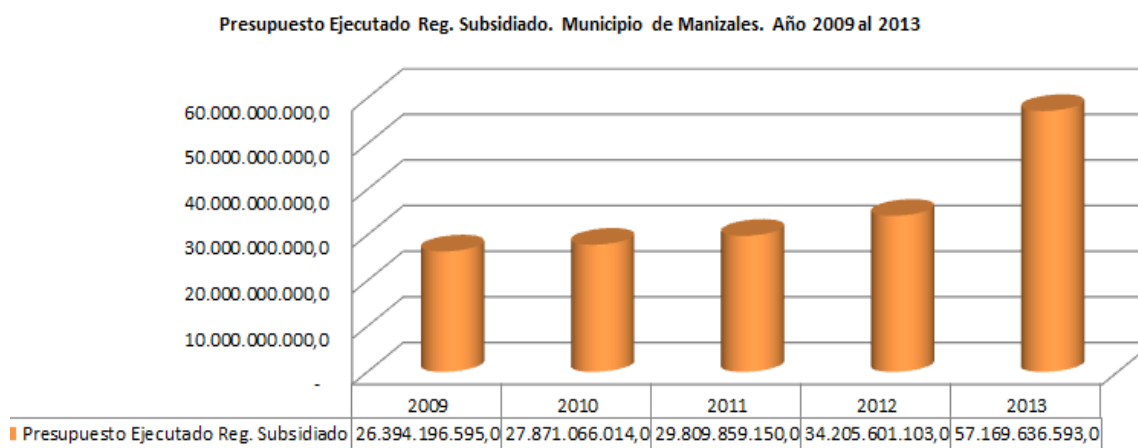
# CAPITULO 6

# ESTADO DE ASEGURAMIENTO MUNICIPIO

A continuación se presenta en detalle el tipo de aseguramiento que tiene la población del municipio de Manizales, el número de población no afiliada, las coberturas por régimen de aseguramiento, la cofinanciación del municipio para el régimen subsidiado que aseguradoras o EPS están con afiliados en el municipio

## HISTORICO DE LA FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

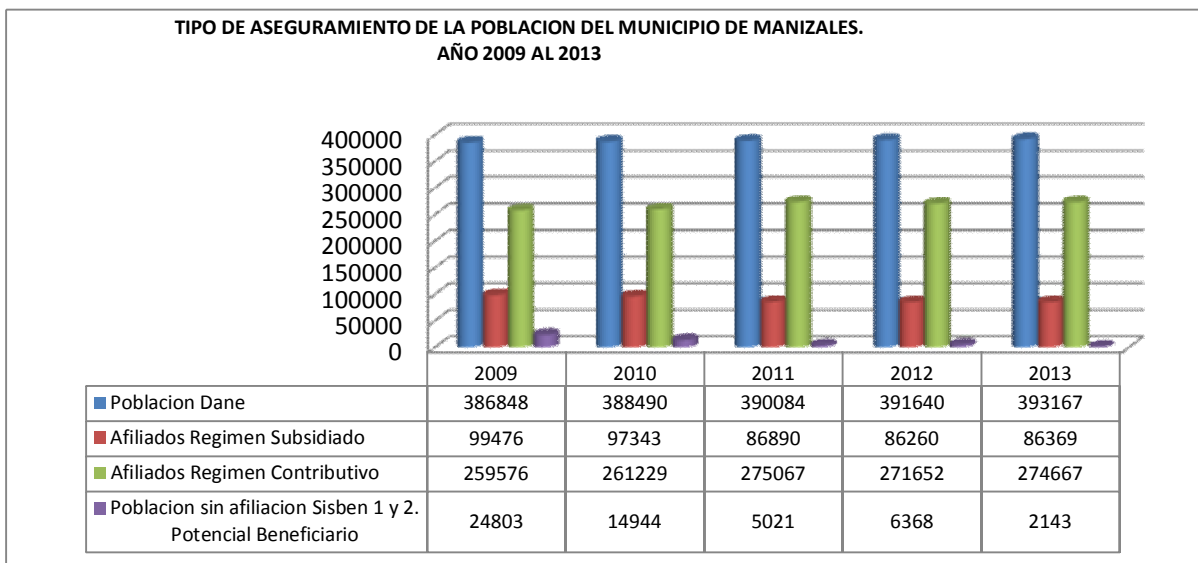


El gráfico nos muestra como ha venido incrementando la financiación del régimen subsidiado para el reconocimiento de la unidad de pago por capitación para los afiliados a éste régimen a través de una Empresa Promotora de Salud Subsidiada. Este reconocimiento es directamente proporcional al plan obligatorio de salud ofrecido a los afiliados.

Es así como desde el año 2009 el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido ampliando el Plan Obligatorio de Salud e igualándolo al ofrecido a los afiliados del régimen contributivo.

Como puede observarse en la gráfica el mayor incremento en la financiación del régimen subsidiado se observa para el año 2013, toda vez, que para esta vigencia, el Ministerio de Salud y Protección Social igualó el Plan de Salud para los afiliados al régimen subsidiado y contributivo. Adicionalmente incluyó a Manizales entre las ciudades capitales que tienen un mayor gasto en salud y le asignó una Unidad de Pago por Capitación (UPC) diferencial al resto del País, lo que generó un mayor valor de la UPC.

## TIPO DE ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO DE MANIZALES



Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, se concibió para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dos tipos de regímenes: El contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarlos parcial o totalmente. Adicional definió un tipo de población que no estaba afiliada al Sistema y mientras lograba ser incluida alguno de ellos, se les llamo “Vinculados” hoy conocidos como población sin afiliación al Sistema de Salud o Población potencial beneficiaria con SISBEN nivel uno o dos.

Consecuente con lo anterior el gráfico describe el número de afiliados al Sistema de Salud, pero también incluye las personas sin ninguna afiliación, pero que pueden ser afiliadas al régimen subsidiado de persistir su condición de potencial beneficiario, toda vez, que tienen SISBEN nivel uno o dos y no tienen afiliación a una Empresa Promotora de Salud (EPS) subsidiada o contributiva.

Es así que desde el año 2009 se ha disminuido drásticamente las personas sin afiliación al Sistema de salud, como lo muestra la gráfica, lo cual puede obedecer al cambio de operación del régimen subsidiado en salud, ya que desde el año 2011 hasta la fecha, no se habla de cupos en este régimen y pueden ingresar todas las personas sin afiliación al Sistema de Salud y que tengan SISBEN nivel uno o dos y no tengan una EPS. Adicional desde la Administración Municipal se han



venido desarrollando diferentes campañas de afiliación en la zona urbana y rural del Municipio, además de trabajar con grupo cautivos y especiales como son las instituciones educativas, programas sociales como red unidos, familias en acción, hogares del ICBF, centros de desarrollo infantil, entre otros.

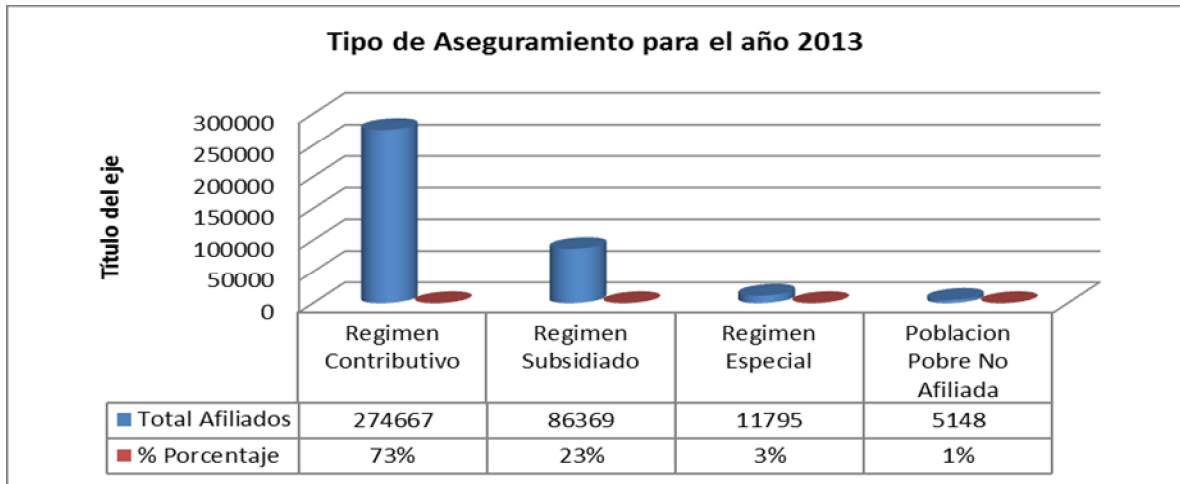
Las afiliaciones al régimen subsidiado en el gráfico se ven disminuidas por diferentes motivos, entre ellos tenemos:

- Las afiliaciones al régimen contributivo se han venido incrementando, gracias a las acciones de evasión y elusión que se adelantan desde el programa de régimen subsidiado, buscando la afiliación al régimen contributivo de las personas que cumplen condiciones como lo define el Decreto 806 de 2005.
- Antes del año 2011, existían contratos de régimen subsidiado entre el Municipio y las EPS, con un cupo de afiliados definidos en el contrato.
- Desde el año 2011 no existen cupos, motivo por el cual, el dato de afiliados al régimen subsidiado son los afiliados activos en la Base de Datos Única del Fosyga.

### TIPO DE ASEGURAMIENTO PARA EL AÑO 2013

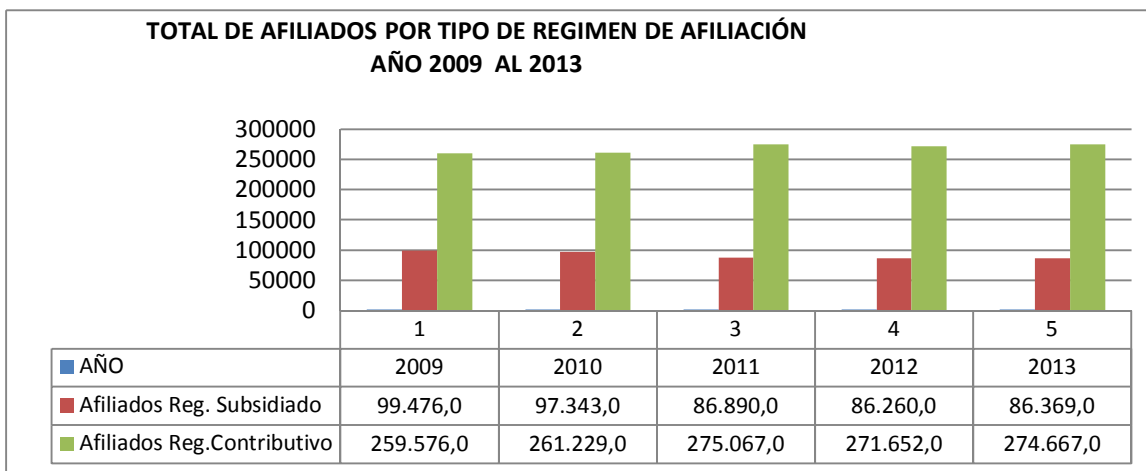
En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales [Entidades promotoras de salud](#) (EPS), su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS ([Plan Obligatorio de Salud](#)) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del [régimen contributivo](#) y el de [régimen subsidiado](#), en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. Etc. Existen también los [Regímenes de excepción](#) llamados también Regímenes especiales y son los siguientes definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de [Ecopetrol](#) así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

En la gráfica siguiente se muestra el tipo de afiliación por régimen para el año 2013 en el Municipio de Manizales:



Como se puede observar en el gráfico el mayor número de afiliados al Sistema de Salud están en el Régimen Contributivo, lo cual puede interpretarse como algo positivo, toda vez, que coadyuda a una mayor financiación y equilibrio del Sistema de Salud y es en éste régimen donde debe estar la mayoría de población de una región.

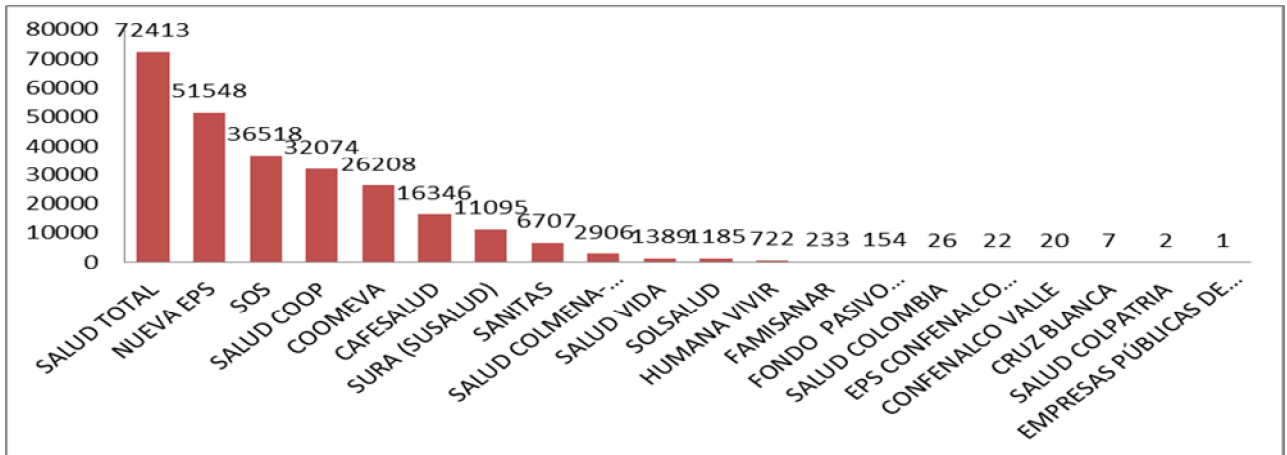
## TOTAL DE AFILIADOS POR REGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO



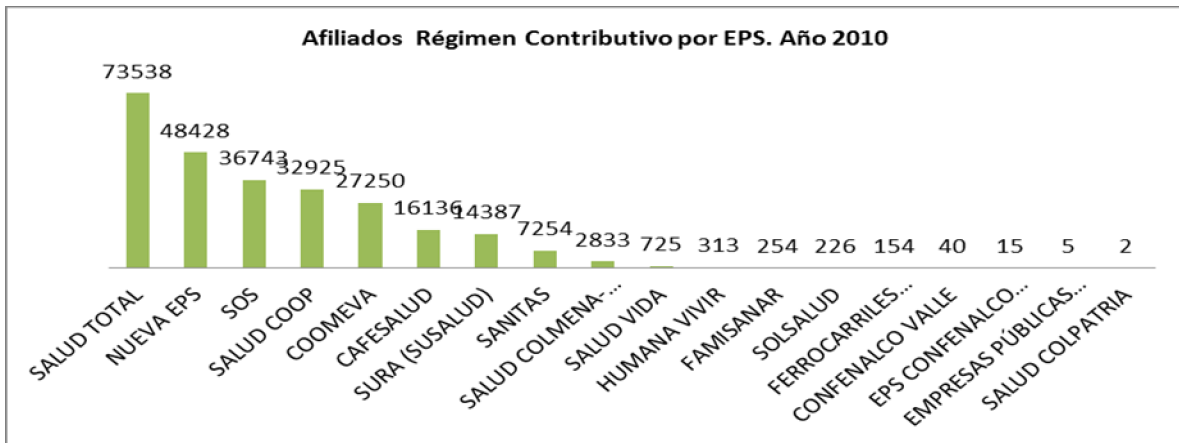
La gráfica anterior muestra como ha variado el comportamiento de afiliación tanto del régimen subsidiado y contributivo desde el año 2009 al año 2013, donde se evidencia un incremento significativo de la afiliación al régimen contributivo y un descenso de los afiliados al régimen subsidiado. Lo cual obedece a las políticas de control de evasión y elusión al Sistema General de Seguridad Social en Salud, buscando que las personas que tienen capacidad de pago o un empleador, hagan su afiliación con todo el grupo familiar a una EPS del contributivo y que en régimen subsidiado realmente estén las personas más pobres y vulnerables del Sistema de Salud, clasificadas en los niveles uno y dos del SISBEN.

## AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO MUNICIPIO DE MANIZALES, 2009 A 2013

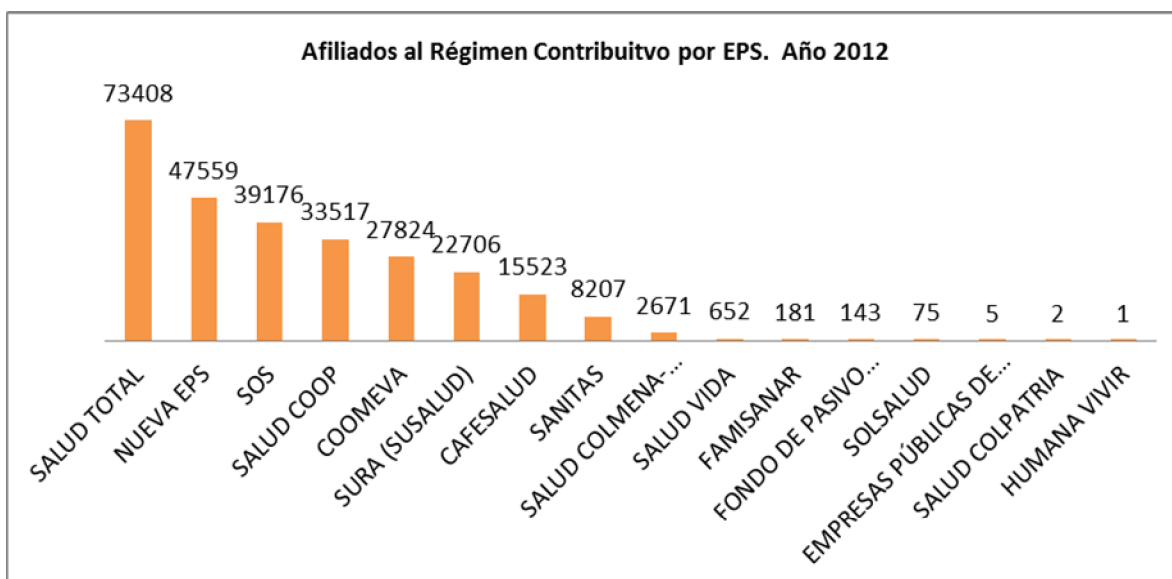
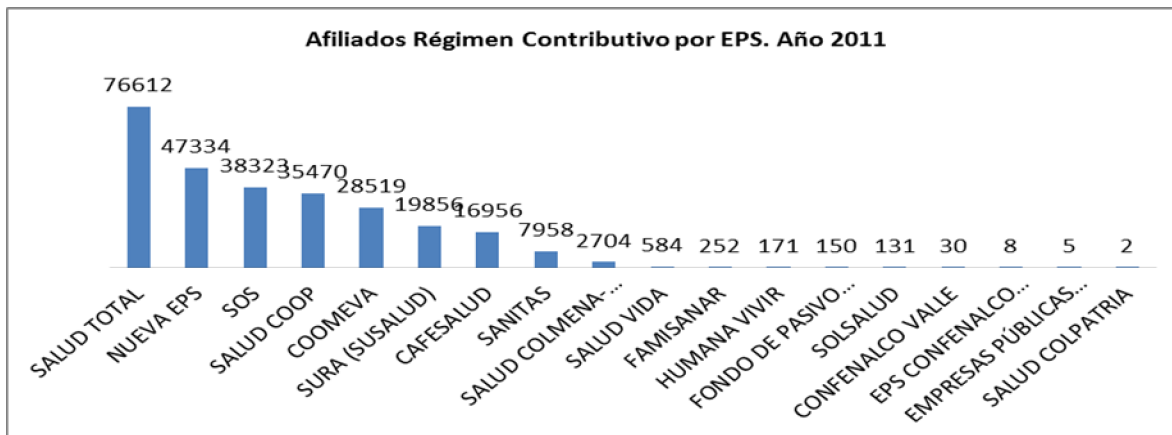
### AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO POR EPS-C. AÑO 2009



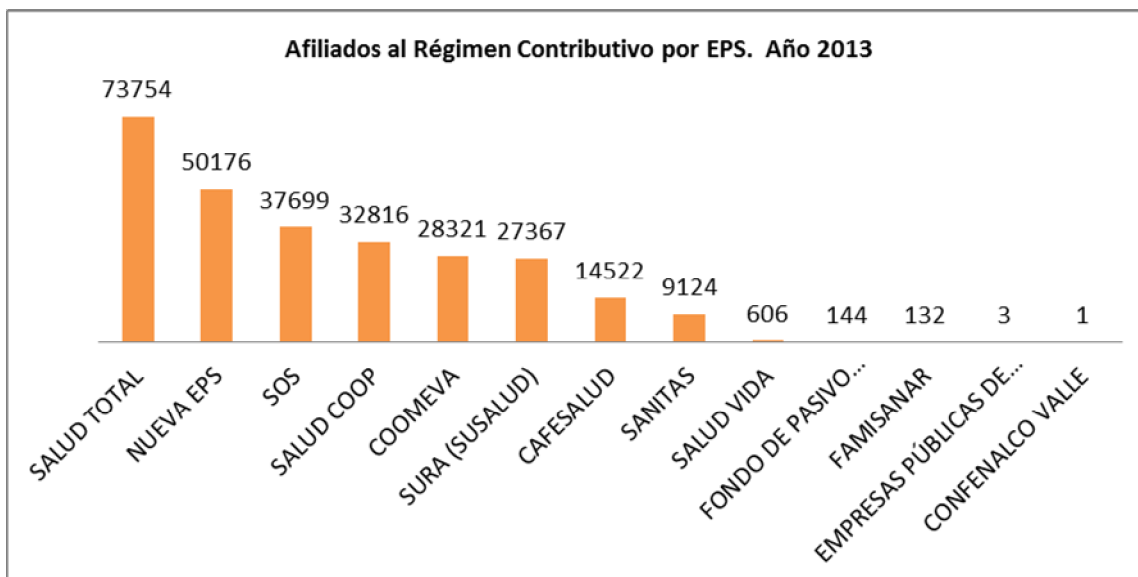
En el Municipio de Manizales para el año 2009, existían 20 EPS contributivas con un número mayor de afiliados en la EPS Salud Total.



Para el año 2010, salen de la operación del Régimen Contributivo en el Municipio las EPS Humana Vivir y Salud Colombia. Continúa la EPS Salud Total con el mayor número de afiliados.

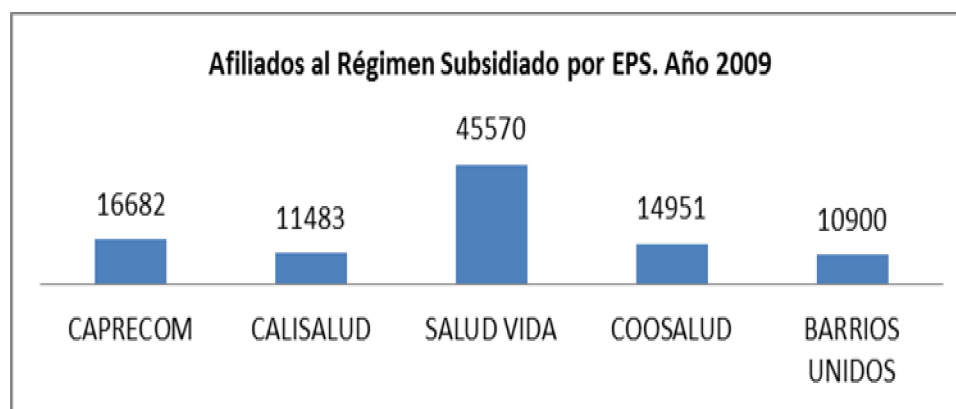


Se observa para los años 2011-2012, un comportamiento similar de afiliación en régimen contributivo frente al año 2010

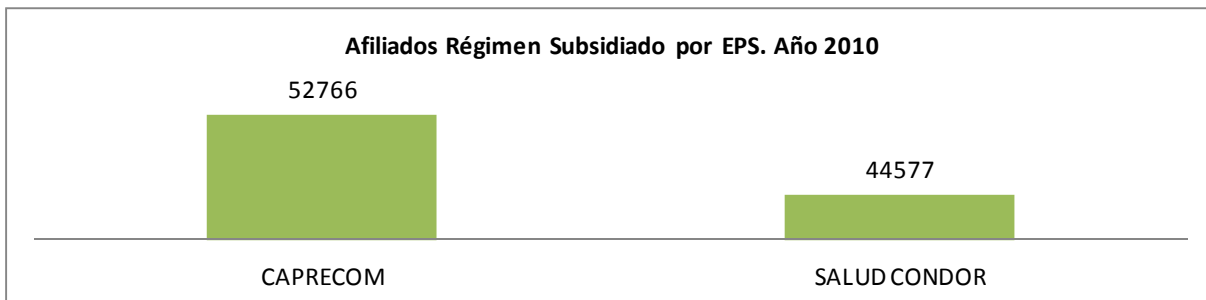


Para el año 2013 aparecen en el Sistema del Régimen Contributivo, para el Municipio de Manizales, trece EPS y salen del mercado Humana Vivir, Salud Colpatria, Solsalud y Famisanar

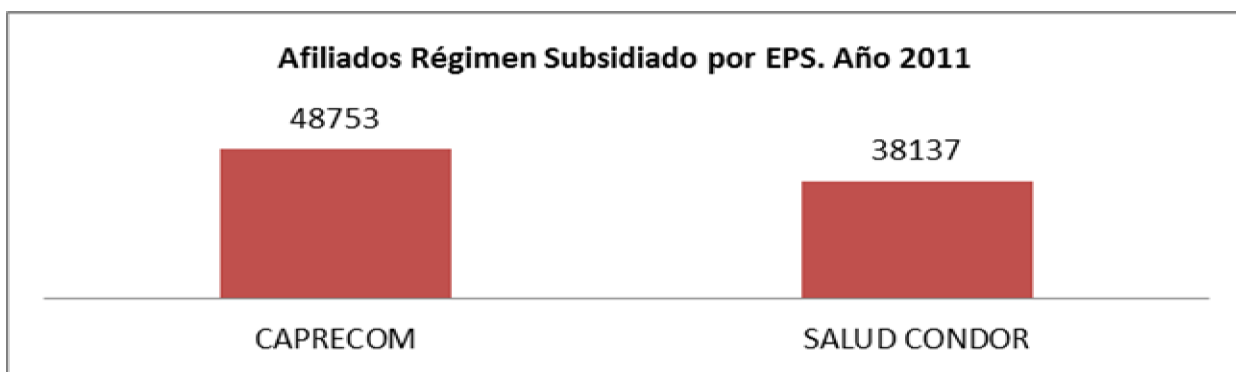
### AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIO DE MANIZALES, 2009 A 2013



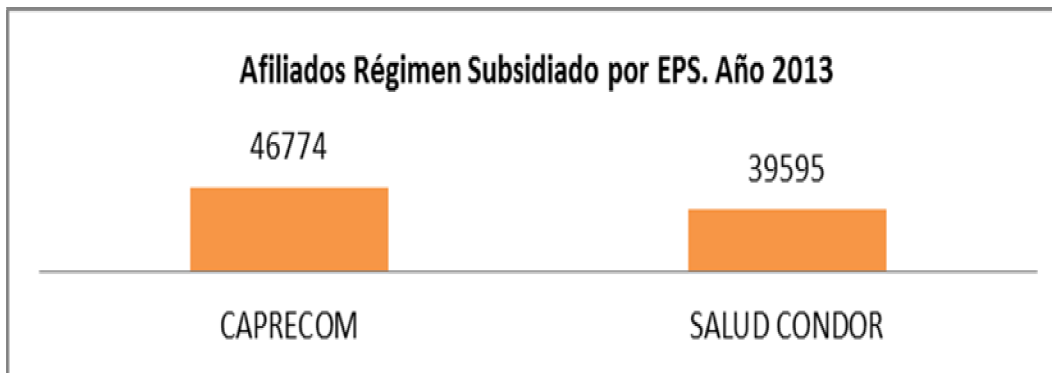
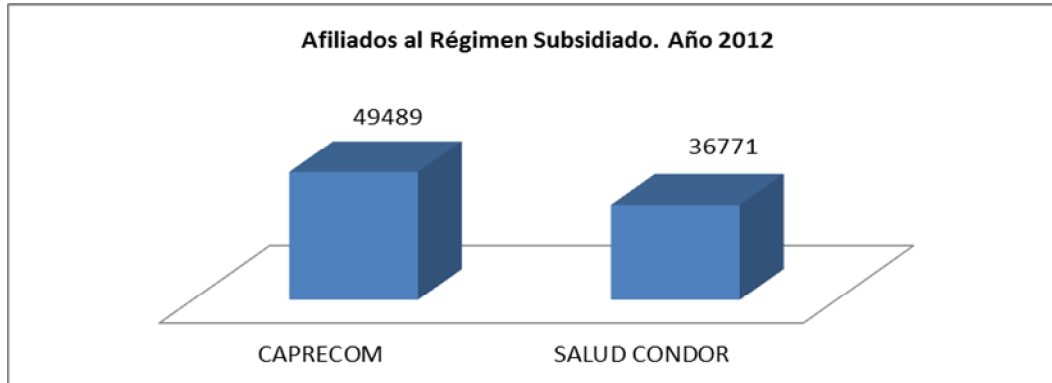
Para el año 2009, el Municipio de Manizales, contaba con cinco Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-s), y el mayor número de afiliados se encontraban en las EPS-s Salud Vida y Barrios Unidos del Quibdó.



Para este año las EPS-s Calisalud, Salud Vida y Barrios Unidos del Quibdó, manifiestan su voluntad de retiro para la operación del régimen subsidiado en el Municipio de Manizales y la población queda afiliada a las EPS-s Caprecom y Salud Cóndor. Esta última entra a operar el Régimen Subsidiado el 27 de noviembre de 2010 y recibe la población que estaba afiliada a la EPS-s Saludvida.



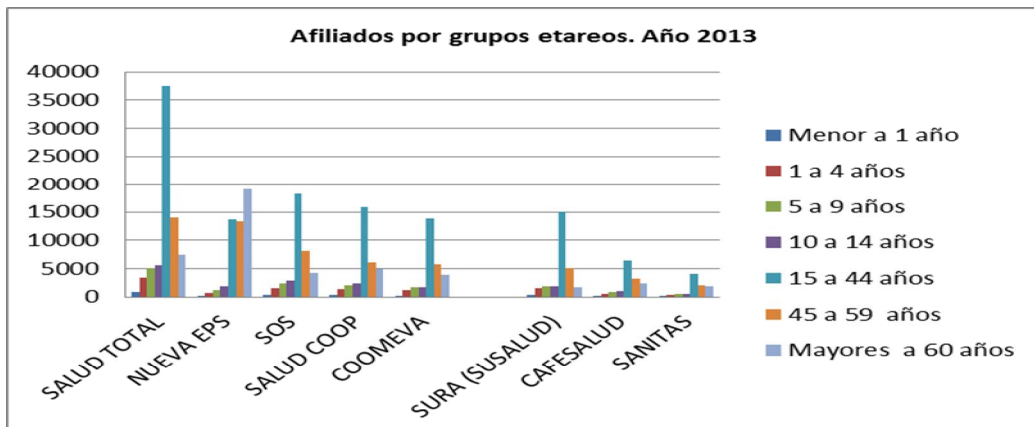
Para el año 2011, una vez expedida la Ley 1438 de 2011, cambia la operación del régimen subsidiado en salud y al no hay contratación entre EPS-s y Municipio, no se habla de cupos de afiliados sino de afiliados activos en la Base de Datos Unica del Fosyga. Por lo anterior se evidencia una disminución de afiliados frente al año 2010.



Para los años 2012-2013, no se observa mayor variación en la operación del régimen subsidiado, respecto a la afiliación y carnetización de los afiliados a la EPS-s. Cabe la pena mencionar que la EPS-s Salud Córdor, es liquidada por la Superintendencia Nacional de Salud y sus afiliados son entregados a la EPS-s Salud Vida, según inscripción que hiciera esta EPS-s para operar nuevamente el régimen subsidiado en Manizales. Para el año 2012 y 2013, la EPS-s Caprecom, no puede realizar nuevas afiliaciones al régimen subsidiado por haber superado la cobertura regional para Caldas, autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud.

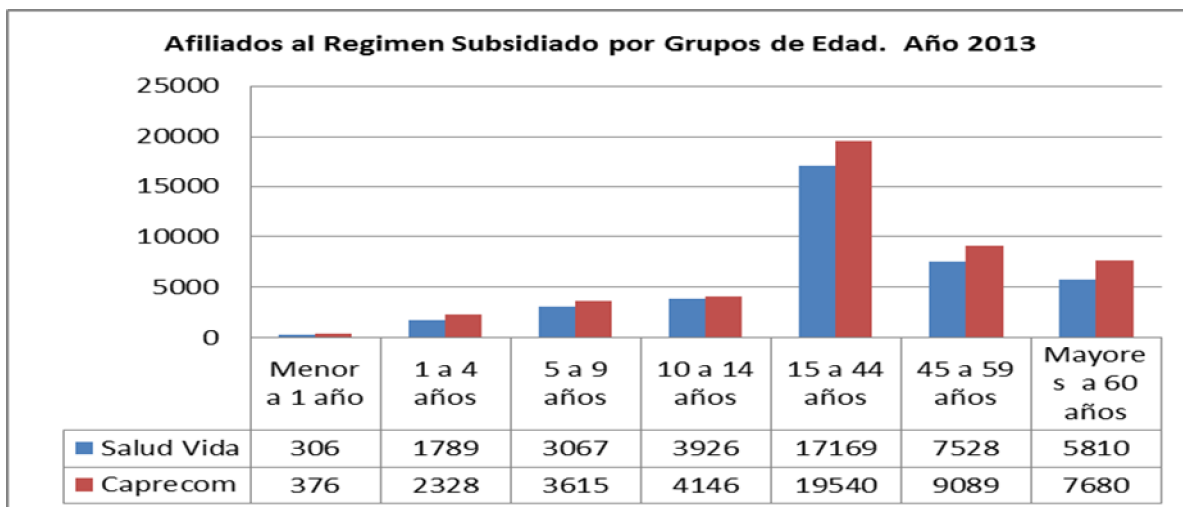


### AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MANIZALES 2013



Esta gráfica muestra que el mayor número de afiliados al régimen contributivo se ubica en el rango de edad de 15 a 44 años con una diferencia significativa para el menor de un año. El hecho de que un gran número de afiliados esté en el rango de edad descrita, muestra que existe una mayor fuerza laboral en dicho grupo donde además suma los beneficiarios de los cotizantes, toda vez, que es un rango de edad que además es el más significativo en edad reproductiva de la población en general.

### AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, MANIZALES 2013



La afiliación por grupos de edad, tienen un comportamiento similar en el régimen subsidiado en salud, observándose un mayor número de afiliados en el grupo de 15 a 44 años.

### **CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LAS EPS-S CON LA IPS PUBLICAS DE MANIZALES.**

Las EPS-s Salud Vida y Caprecom, para el año 2013 y 2014, tienen contratación vigente con la ESE Municipal del primer nivel de atención – ESE Assbasalud – y con las otras IPS Públicas Hospital Santa Sofía y Hospital Geriátrico, los servicios son contratados según disponibilidad de oferta de servicios de estas dos últimas IPS.

# CAPITULO 7

# VACUNACION

El Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI, pilar de la Atención Primaria en Salud, tiene como objeto contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil por causas inmunoprevenibles, mediante el desarrollo de acciones enmarcadas en los componentes de gestión, cadena de frío, sistemas de información, movilización social, entre otros. Estos basados en procesos de articulación intersectorial, fortalecimiento institucional y empoderamiento familiar que conlleven a la protección de la población infantil, mediante la VACUNACIÓN.

Lo anterior, tiene como parámetro de medición el indicador de protección en niños objeto del programa y cuya meta es alcanzar el 95% de cobertura en los biológicos trazadores del programa.

A la fecha, el país tiene como biológicos trazadores la BCG Rn, tercera dosis de Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) y segunda dosis de Rotavirus aplicadas en la población menor de un año y primera dosis de triple viral, fiebre amarilla y tercera de neumococo en los niños de un año.

Dichos biológicos, han ingresado al esquema permanente en momentos diferentes y de manera paulatina, por lo que algunos resultados en las coberturas de vacunación, todavía se ven influenciados por dicho comportamiento.

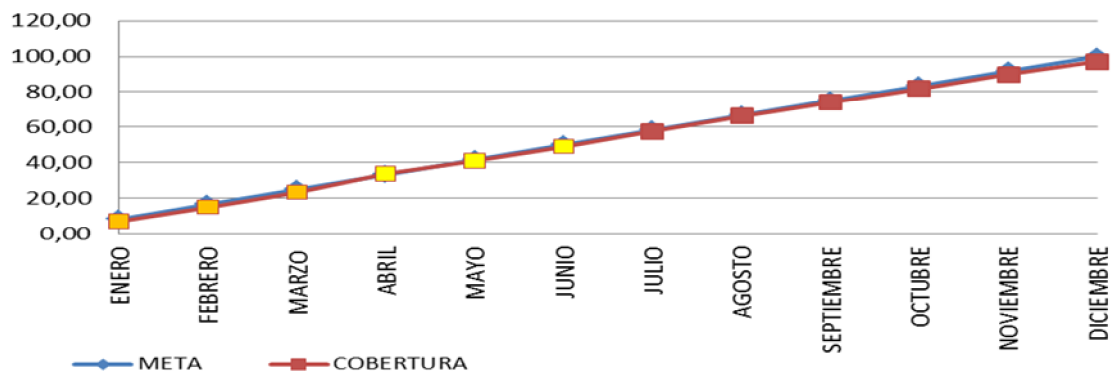
Otro aspecto relevante para el análisis de las coberturas de vacunación, es el denominador, ya que de toma como referencia por lineamiento nacional la población DANE. Sin embargo, teniendo en cuenta que dicha información se basa en proyecciones poblacionales según censo 2005, y que existen diferencias importantes reportadas por algunos entes territoriales al MSPS; se desarrolla a nivel local la programación y evaluación de coberturas utilizando nacidos vivos, censos de canalización, sisben, entre otros..

En consecuencia, teniendo en cuenta que la proyección de la población DANE, reportada al municipio posee datos locales confiables y corresponde al grupo de estadísticas vitales, en el Municipio se toma como denominador dicha fuente.

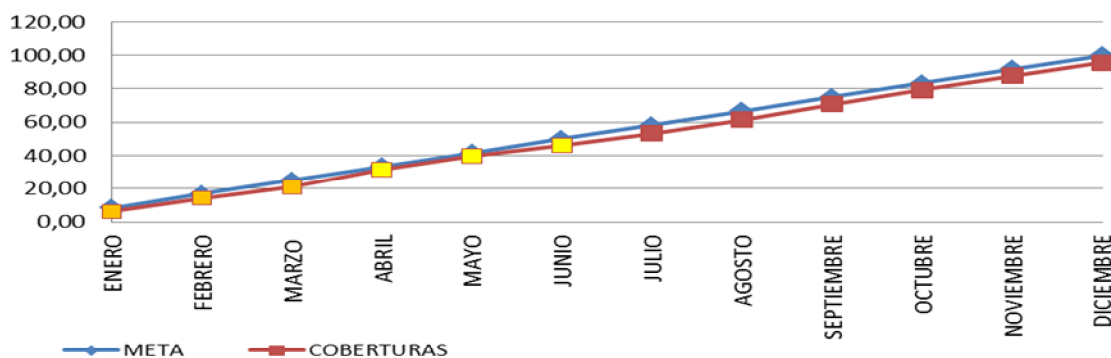
Para la vigencia 2013, el municipio presenta coberturas útiles (superiores al 95%) de vacunación los biológicos: 3 Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) Gráfico 1; Fiebre Amarilla (Gráfico 2) y Triple Viral (Gráfico 3) de un año. Segunda dosis de Rotavirus (Gráfico 4) y tercera de Neumococo (Gráfico 5) para niños de un año se encuentran en 90,7% y 93,4 % respectivamente lo que indica un Porcentaje de riesgo bajo.

Sin embargo, con relación a la población DANE, Manizales presenta coberturas en todos los biológicos inferior a Caldas y Colombia, excepto en BCG. 43

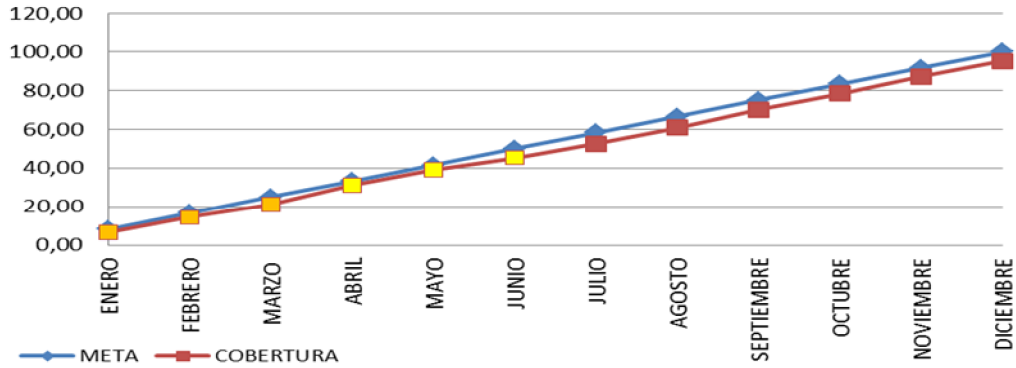
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN VOP3 EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



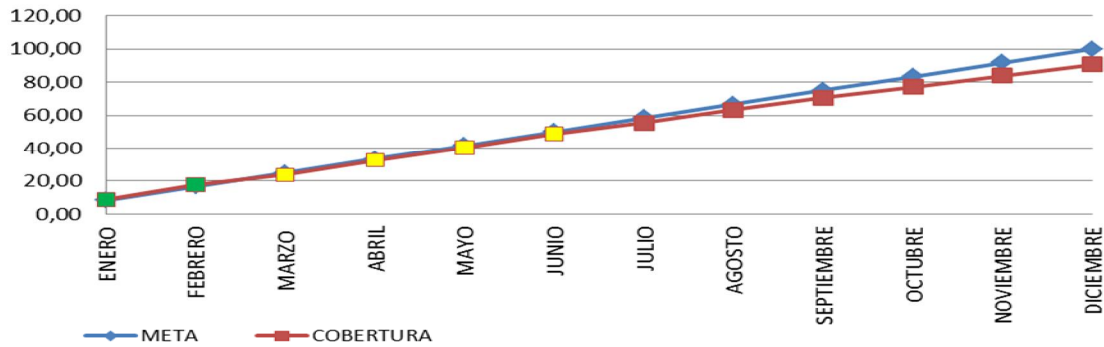
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



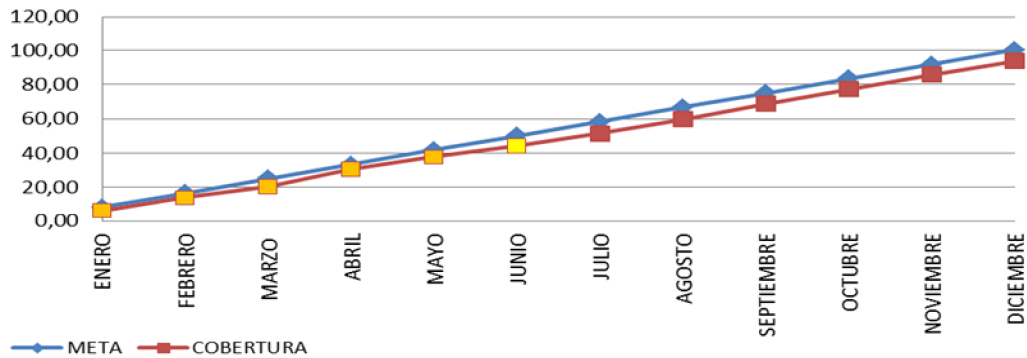
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA TRIPLE VIRAL EN LA POBLACION MENOR DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



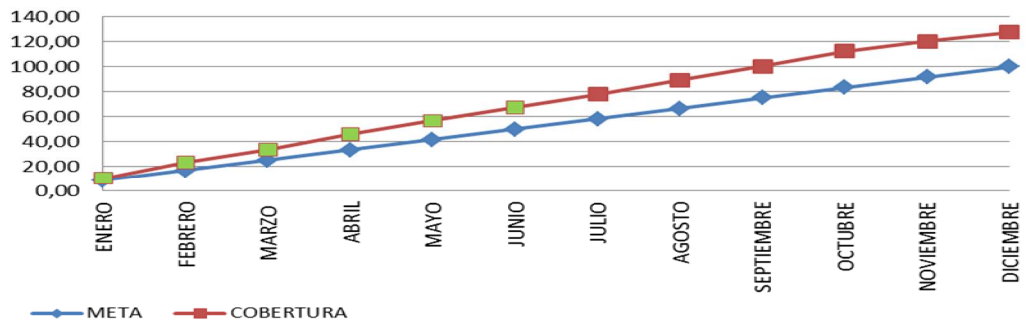
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA ROTAVIRUS EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA NEUMOCOCO EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA BCG EN LA POBLACION MENOR DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



**Primer Monitoreo Rápido de Coberturas, correspondiente al mes de Marzo de 2013**

**1. Cobertura por Biológico**

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Cobertura con BCG en menores de 1 año	Número de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG	221	100,0
	Total de niños de 0 a 11 meses encuestados (Con carné)	221	
Cobertura con terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente	69	94,5
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	73	
Cobertura con segunda dosis de rotavirus en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus	109	97,3
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	112	
Cobertura de vacunación con dosis de Triple viral	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral	256	98,5
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	260	
Cobertura de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo	123	93,9
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	131	
Cobertura de vacunación con triple viral refuerzo	Número de niños de 60 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo	72	93,5
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	77	

Los resultados muestran que la población menor de seis años, alcanzó una excelente cobertura, el 100%, en vacunación con BCG. Para los demás biológicos se observa este mismo indicador entre el 91 y 99%



### INDICADORES DE OPORTUNIDAD

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Oportunidad en la vacunación con BCG en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	221	100,0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	221	
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de pentavalente	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	65	80,0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados (Con carné)	81	
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de rotavirus	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	115	93,4
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	123	
Oportunidad en la vacunación con dosis de triple viral	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	180	97,2
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	185	
Oportunidad de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	254	93,0
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	273	
Oportunidad de vacunación con triple viral refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo entre los 60 meses y 63 meses 29 días de edad	42	85,7
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	49	

A pesar de que los niños menores de 6 años en la ciudad de Manizales se encontraron con esquemas completos de vacunación se ven afectados por la oportunidad en la aplicación de Pentavalente terceras dosis y refuerzo de triple viral.

#### INDICADORES DE ESQUEMA COMPLETO

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Esquema completo para el grupo de 12 a 23 meses	Número de niños entre 12 a 23 meses que tienen esquema completo de menor de un año	256	98,4
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	260	
Esquema completo para el grupo de 24 a 35 meses	Número de niños entre 24 a 35 meses que tienen esquema completo de un año	212	100,0
	Total de niños de 24 a 35 meses encuestados (Con carné)	212	

Se evidencia un indicador de esquema completo adecuado con un resultado de 98,4%.

#### TENENCIA DEL CARNÉ

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 11 Meses)	Número de niños de 0 a 11 meses que tienen carné	221	100,0
	Total de niños encuestados de 0 a 11 meses (Con y sin carné)	221	
Tenencia de carné (grupo de edad 12 a 23 Meses)	Número de niños de 12 a 23 meses que tienen carné	260	100,0
	Total de niños encuestados de 12 a 23 meses (Con y sin carné)	260	
Tenencia de carné (grupo de edad 24 a 35 Meses)	Número de niños de 24 a 35 meses que tienen carné	212	100,0
	Total de niños encuestados de 24 a 35 meses (Con y sin carné)	212	
Tenencia de carné (grupo de edad 60 a 71 Meses)	Número de niños de 60 a 71 meses que tienen carné	77	100,0
	Total de niños encuestados de 60 a 71 meses (Con y sin carné)	77	

Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 71 Meses)	Número de niños de 0 a 71 meses que tienen carné	804	100,0
	Total de niños encuestados de 0 a 71 meses (Con y sin carné)	804	

La tenencia del carné de los niños menores de 6 años en 100%, lo cual lo establece como un indicador óptimo.

### Segundo Monitoreo Rápido de Coberturas, correspondiente al mes de Mayo

Indicadores	Descripción	Datos	Resultado
Cobertura con BCG en menores de 1 año	No. de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG	136	100.0
	Total de niños de 0 a 11 meses encuestados (Con carné)	136	
Cobertura con terceras dosis de pentavalente en menores de 1 año	No. de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente	59	98.3
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	60	
Cobertura con terceras dosis de antipolio en menores de 1 año	No. de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de antipolio	59	98.3
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	60	
Cobertura con segunda dosis de neumococo en menores de 1 año	No. de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo	78	100.0
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	78	
Cobertura con segunda dosis de rotavirus en menores de 1 año	No. de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus	78	100.0
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	78	
Cobertura de vacunación con dosis de Triple viral	No. de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con dosis de Febre Amarilla	No. de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de Febre Amarilla	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con refuerzo de Neumococo	No. de niños de 12 a 23 meses vacunados con refuerzo de Neumococo	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Cobertura de vacunación con DPT primer refuerzo	No. de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo	105	96.3
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	109	
Cobertura de vacunación con antipolio primer refuerzo	No. de niños de 18 a 23 meses vacunados con antipolio primer refuerzo	105	96.3
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	109	
Cobertura de vacunación con DPT segundo refuerzo	No. de niños de 60 a 71 meses vacunados con DPT segundo refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	

Cobertura de vacunación con antipolio segundo refuerzo	No. de niños de 60 a 71 meses vacunados con antipolio segundo refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	
Cobertura de vacunación con triple viral refuerzo	No. de niños de 60 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo	66	100.0%
	Total de niños de 60 a 71 meses encuestados (Con carné)	66	

Se observa una óptima cobertura del 100% en vacunación en la gran mayoría de biológicos, a excepción de PENTA (98.3%), POLIO (98.3%) y DPT (96%). Los biológicos con el indicador más deficiente en cobertura, fueron DPT y POLIO, Refuerzo 1, con el 96.3%.

### Oportunidad por biológico

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Oportunidad en la vacunación con BCG en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	116	100.0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	116	
Oportunidad en la vacunación con Hepatitis B en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	116	100.0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	116	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de antipolio	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	
Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de antipolio	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de antipolio entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de antipolio	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados en tercera dosis de antipolio entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	49	100.0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	49	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de pentavalente	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	

Oportunidad en la vacunación con segunda dosis de pentavalente	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con tercera dosis de pentavalente	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	49	100.0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados (Con carné)	49	
Oportunidad de la vacunación con primera dosis de rotavirus	Número de niños vacunados con primera dosis de rotavirus entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	89	100.0
	Total de niños entre 3 y 11 meses encuestados (Con carné)	89	
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de rotavirus	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con primera dosis de neumococo	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	88	98.9
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	89	
Oportunidad de la vacunación con segunda dosis de neumococo	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	67	100.0
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	67	
Oportunidad en la vacunación con dosis de triple viral	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	137	100.0
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	
Oportunidad en la vacunación con dosis de Fiebre Amarilla	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con fiebre amarilla entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	137	100.0
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	
Oportunidad en la vacunación con	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	137	100.0

refuerzo de Neumococo	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	137	
Oportunidad de vacunación con DPT primer refuerzo	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	262	97.0
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	270	
Oportunidad de vacunación con Antipolio primer refuerzo	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	262	97.0
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	270	
Oportunidad de vacunación con DPT segundo refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de DPT entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	
Oportunidad de vacunación con Antipolio segundo refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de antipolio entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	
Oportunidad de vacunación con triple viral refuerzo	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo entre los 60 meses y 63 meses 29 días de edad	29	100.0
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	29	

Se observa una excelente continuidad del 100% en vacunación en la gran mayoría de los biológicos, a excepción de DPT y POLIO, Refuerzo 1, con el 97%; PENTA, POLIO y NEUMOCOCO, 1ªd, con el 98.9%.

### Indicadores de Esquema Completo

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Esquema completo para el grupo de 12 a 23 meses	Número de niños entre 12 a 23 meses que tienen esquema completo de menor de un año	196	100.0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	196	
Esquema completo para el grupo de 24 a 35 meses	Número de niños entre 24 a 35 meses que tienen esquema completo de un año	93	40.1
	Total de niños de 24 a 35 meses encuestados (Con carné)	232	

Llama la atención el resultado del indicador de Esquema Completo de la población de 24 a 35 meses de edad, con sólo el 40.1%. Esto podría generarse dado que la vacuna de Neumococo fue aprobada dentro del esquema de vacunación, a partir de noviembre de 2010.

### Indicadores de Tenencia de Carné

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 11 Meses)	Número de niños de 0 a 11 meses que tienen carné	136	100.0
	Total de niños encuestados de 0 a 11 meses (Con y sin carné)	136	
Porcentaje de encuestados por régimen	Número de niños encuestados por cada régimen	630	100.0
	Total de niños encuestados * 100	630	
Porcentaje de encuestados por asegurador	Número de niños encuestados por cada asegurador	630	100.0
	Total de niños encuestados * 100	630	
Porcentaje de motivos de no vacunación relacionados con la logística y las estrategias del programa	Número de motivos relacionados con la logística y las estrategias del programa	0	0.0
	Total de niños no vacunados encuestados	1	
Porcentaje de motivos de no vacunación relacionados con la salud del usuario	Número de motivos relacionados con la salud del usuario	1	100.0
	Total de niños no vacunados encuestados	1	
Porcentaje de motivos de no vacunación relacionados con el cuidador o la familia	Número de motivos relacionados con el cuidador o la familia	0	0.0
	Total de niños no vacunados encuestados	1	
Tenencia de carné (grupo de edad 12 a 23 Meses)	Número de niños de 12 a 23 meses que tienen carné	196	100.0
	Total de niños encuestados de 12 a 23 meses (Con y sin carné)	196	
Tenencia de carné (grupo de edad 24 a 35 Meses)	Número de niños de 24 a 35 meses que tienen carné	232	100.0
	Total de niños encuestados de 24 a 35 meses (Con y sin carné)	232	
Tenencia de carné (grupo de edad 60 a 71 Meses)	Número de niños de 60 a 71 meses que tienen carné	66	100.0

edad 60 a 71 Meses)	Total de niños encuestados de 60 a 71 meses (Con y sin carné)	66	
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 71 Meses)	Número de niños de 0 a 71 meses que tienen carné	630	100.0
	Total de niños encuestados de 0 a 71 meses (Con y sin carné)	630	

### MOTIVOS DE NO VACUNACIÓN

El motivo evidenciado de no vacunación, estuvo relacionado con la salud del menor.

### TERCER MONITOREO RÁPIDO DE VACUNACIÓN, correspondiente al mes de Octubre

#### INDICADORES DE COBERTURA

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Cobertura con <b>BCG</b> en menores de 1 año	Número de niños de 0 a 11 meses vacunados con BCG	59	100,0
	Total de niños de 0 a 11 meses encuestados (Con carné)	59	
Cobertura con terceras dosis de <b>pentavalente</b> en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente	32	100,0
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	32	
Cobertura con terceras dosis de <b>antipolio</b> en menores de 1 año	Número de niños de 6 a 11 meses vacunados con tercera dosis de antipolio	32	100,0
	Total de niños de 6 a 11 meses encuestados (Con carné)	32	
Cobertura con segunda dosis de <b>neumococo</b> en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo	37	94,9
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	39	
Cobertura con segunda dosis de <b>rotavirus</b> en menores de 1 año	Número de niños de 4 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus	38	97,4
	Total de niños de 4 a 11 meses encuestados (Con carné)	39	
Cobertura de vacunación con dosis de <b>Triple viral</b>	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral	124	100,0
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	124	
Cobertura de vacunación con dosis de <b>Febre Amarilla</b>	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con dosis de Febre Amarilla	123	99,2



	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	124	
Cobertura de vacunación con refuerzo de <b>Neumococo</b>	Número de niños de 12 a 23 meses vacunados con refuerzo de Neumococo	120	96,8
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	124	
Cobertura de vacunación con <b>DPT</b> primer refuerzo	Número de niños de 18 a 23 meses vacunados con DPT primer refuerzo	67	95,7
	Total de niños de 18 a 23 meses encuestados (Con carné)	70	

La encuesta muestra que la población menor de seis años, alcanzó una excelente cobertura del 100% en vacunación con BCG. Para los demás biológicos se observa este mismo indicador entre el 91 y 99%

### INDICADORES DE OPORTUNIDAD

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Oportunidad en la vacunación con <b>BCG</b> en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	58	100,0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	58	
Oportunidad en la vacunación con <b>Hepatitis B</b> en el recién nacido	Número de niños de 1 a 11 meses vacunados en los primeros 29 días con BCG	58	100,0
	Total de niños de 1 a 11 meses encuestados (Con carné)	58	
Oportunidad en la vacunación con <b>primera</b> dosis de <b>antipolio</b>	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	45	100,0
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	45	
Oportunidad en la vacunación con <b>segunda</b> dosis de <b>antipolio</b>	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de antipolio entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	37	100,0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	37	
Oportunidad en la vacunación con <b>tercera</b> dosis de <b>antipolio</b>	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados en tercera dosis de antipolio entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	29	100,0
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	29	
Oportunidad en la vacunación con <b>primera</b> dosis de <b>pentavalente</b>	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	45	100,0

	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	45	
Oportunidad en la vacunación con <b>segunda</b> dosis de <b>pentavalente</b>	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados en segundas dosis de pentavalente entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	37	100,0
	Total de niños de 5 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	37	
Oportunidad en la vacunación con <b>tercera</b> dosis de <b>pentavalente</b>	Número de niños de 7 a 11 meses vacunados con tercera dosis de pentavalente entre los 6 meses y 6 meses 29 días de edad	28	96,6
	Total de niños de 7 a 11 meses encuestados (Con carné)	29	
Oportunidad de la vacunación con <b>primera</b> dosis de <b>rotavirus</b>	Número de niños vacunados con primera dosis de rotavirus entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	45	100,0
	Total de niños entre 3 y 11 meses encuestados (Con carné)	45	
Oportunidad de la vacunación con <b>segunda</b> dosis de <b>rotavirus</b>	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de rotavirus entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	37	100,0
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	37	
Oportunidad en la vacunación con <b>primera</b> dosis de <b>neumococo</b>	Número de niños de 3 a 11 meses vacunados en las primeras dosis de antipolio entre los 2 meses y 2 meses 29 días de edad	45	100,0
	Total de niños de 3 a 11 meses encuestados * 100 (Con carné)	45	
Oportunidad de la vacunación con <b>segunda</b> dosis de <b>neumococo</b>	Número de niños de 5 a 11 meses vacunados con segunda dosis de neumococo entre los 4 meses y 4 meses 29 días de edad	36	97,3
	Total de niños entre 5 y 11 meses encuestados (Con carné)	37	
Oportunidad en la vacunación con dosis de <b>triple viral</b>	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con dosis de triple viral entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	86	98,9
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	87	
Oportunidad en la vacunación con dosis de	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con fiebre amarilla entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	86	98,9

<b>Fiebre Amarilla</b>	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	87	
<b>Oportunidad en la vacunación con refuerzo de Neumococo</b>	Número de niños de 16 a 23 meses vacunados con refuerzo de neumococo entre los 12 meses y 15 meses 29 días de edad	85	97,7
	Total de niños entre 16 y 23 meses encuestados (Con carné)	87	
<b>Oportunidad de vacunación con DPT primer refuerzo</b>	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	188	96,4
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	195	
<b>Oportunidad de vacunación con Antipolio primer refuerzo</b>	Número de niños de 22 a 35 meses vacunados con primer refuerzo de DPT entre los 18 y 21 meses de edad	188	96,4
	Total de niños entre 22 a 35 meses encuestados (Con carné)	195	
<b>Oportunidad de vacunación con DPT segundo refuerzo</b>	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de DPT entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	27	96,4
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	28	
<b>Oportunidad de vacunación con Antipolio segundo refuerzo</b>	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con segundo refuerzo de antipolio entre los 60 y 63 meses 29 días de edad	27	96,4
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	28	
<b>Oportunidad de vacunación con triple viral refuerzo</b>	Número de niños de 64 a 71 meses vacunados con triple viral refuerzo entre los 60 meses y 63 meses 29 días de edad	27	96,4
	Total de niños entre 64 a 71 meses encuestados (Con carné)	28	

Se observa una adecuada continuidad del 100% en vacunación en la gran mayoría de los biológicos, a excepción de DPT y POLIO, Refuerzo 1, PENTA, POLIO y NEUMOCOCO, por encima del 95 %

## INDICADORES DE ESQUEMA COMPLETO

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Esquema completo para el grupo de 12 a 23 meses	Número de niños entre 12 a 23 meses que tienen esquema completo de menor de un año	118	95,2
	Total de niños de 12 a 23 meses encuestados (Con carné)	124	
Esquema completo para el grupo de 24 a 35 meses	Número de niños entre 24 a 35 meses que tienen esquema completo de un año	163	95,3
	Total de niños de 24 a 35 meses encuestados (Con carné)	171	

Se observa un indicador adecuado con un porcentaje del 95 %.

## TENENCIA DEL CARNÉ

Indicador	Descripción	Datos	Resultado
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 11 Meses)	Número de niños de 0 a 11 meses que tienen carné	59	100,0
	Total de niños encuestados de 0 a 11 meses (Con y sin carné)	59	
	Total de niños encuestados * 100	416	
	Total de niños encuestados * 100	416	
Tenencia de carné (grupo de edad 12 a 23 Meses)	Número de niños de 12 a 23 meses que tienen carné	124	100,0
	Total de niños encuestados de 12 a 23 meses (Con y sin carné)	124	
Tenencia de carné (grupo de edad 24 a 35 Meses)	Número de niños de 24 a 35 meses que tienen carné	171	100,0
	Total de niños encuestados de 24 a 35 meses (Con y sin carné)	171	
Tenencia de carné (grupo de edad 60 a 71 Meses)	Número de niños de 60 a 71 meses que tienen carné	62	100,0
	Total de niños encuestados de 60 a 71 meses (Con y sin carné)	62	
Tenencia de carné (grupo de edad 0 a 71 Meses)	Número de niños de 0 a 71 meses que tienen carné	416	100,0
	Total de niños encuestados de 0 a 71 meses (Con y sin carné)	416	

Se observa un adecuado indicador con respecto a tenencia al carné de vacunas

Para el año 2012 se presentaron dos ESAVIS (Eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización) en las semanas epidemiológicas 25 y 38 respectivamente. El primer Evento fue relacionado con la vacunación; el segundo no fue concluyente.

Para el evento relacionado con vacunación el caso fue procedente del área rural de Manizales, vereda la Palma, sexo femenino, 9 meses de edad con esquema atrasado; según la ficha de notificación se le administraron 4 vacunas: VOP, HB, Neumococo y HIB; el paciente requirió hospitalización por presentar petequias, equimosis y epistaxis.

#### **La IPS Salud Total describe el caso de la siguiente manera:**

La menor María Salomé Giraldo Castaño RC 1054879864, quien asiste al servicio de vacunación en la UPP Palmas Calle 58 el 21 de Junio de 2013 y se administran las terceras dosis de vacuna Pentavalente y Polio, fue vacunada por la Auxiliar de Enfermería Daniela Giraldo.

De acuerdo al registro en HC la menor presenta "fiebre subjetiva posterior a la vacunación", acompañado de epistaxis y que el transcurso del día comenzó a presentar equimosis y petequias por todo el cuerpo con dificultad respiratoria malestar general niega otra sintomatología /// la llevo de forma particular al pediatra el Dr. Alberto correa Jaramillo que dirige para urgencias para manejo medico estudios mas hospitalización . Es atendida en la UUBC para estudios complementarios y remitida a Hospital Infantil para hospitalización.

Valorada el 22 de Julio por Pediatría:

#### Anamnesis

Motivo de Consulta: 9 MESES

PURPURA

**Enfermedad Actual:** paciente con cuadro de hace 1 mes, de síntomas de epixtaxis, lesiones purpuricas en piel pediatra particular ordena hospitalizar, se ingresó a oncologos de occidente por 20 dias, en hospitlizacion se ordenó inmunoglobulina g y se ordenaron estudios, evento despues de presenta bacteremia pos staphilococo aureus metencilino

resistente con necesidad de vancomicina por 10 días, por trombocitopenia severa colocaron plaquetas. Determinan por respuesta autoinmune por vacunación, con mielograma descarta linfoproliferación anticuerpos plaquetarios negativos, con coombs negativo citometría de flujo descarta linfoma y leucemia. Refiere que se encuentra normal, presenta rinorrea escasa de estos días, no cuadro febril, no equimosis ni epistaxis, come normal, de buen ánimo,

### Análisis y Manejo

Análisis y Plan de Manejo: Paciente con trombocitopenia 8 horas después de vacuna pentavalente con pti y anemia, que recuperó con esteroide y con inmunoglobulina 3 dosis, en el momento con gripe se hace necesario control de hemograma, por bacteremia por *S. aureus* se pidió ecocardiograma Doppler color modo M y B que se autoriza y se da control con hematología e infectología pediátrica para la gripe lavar suero fisiológico, oximetazolina se ordena hierro por anemia

### **Ha asistido a las siguientes consultas con pediatría:**

Agosto 20 de 2013

Octubre 9 de 2013

Noviembre 20 de 2013

Enero 21 de 2014

Abril 15 de 2014

Julio 4 de 2014

Se ordena DPT acelular dado en antecedente de reacción, para refuerzo correspondiente a los 18 meses.

En controles periódicos por la especialidad por trombocitopenia y bajo peso.

# CAPITULO 8

# SALUD AMBIENTAL EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES

Según el Conpes 3550 de 2008, la Salud Ambiental se define como el área de las ciencias que trata la interacción y los efectos que, representa para la salud humana, el medio en el que habitan las personas. De acuerdo a esto, los componentes principales de la salud ambiental tienen un carácter interdisciplinario, multicausal, pluriconceptual y dinámico, y se cubren mutuamente, en una relación dialéctica. Siendo conscientes de la complejidad y envergadura que demanda su abordaje, se decidió de manera unánime e intersectorial, abordar gradualmente la salud ambiental en Colombia. Con el fin de propiciar y facilitar el abordaje de los lineamientos por el Conpes descritos, se tendrán en cuenta algunos de los múltiples factores ambientales cuyo deterioro influye negativamente en la salud humana; entre ellos se incluyen de forma prioritaria la baja calidad del aire, la baja calidad de agua para consumo humano y la gestión inadecuada de las sustancias químicas (seguridad química); esto debido a que se considera que la afectación de los anteriores factores deteriora considerablemente el medio ambiente y afecta negativamente la salud de la población, especialmente los grupos vulnerables (niños, mujeres gestantes, población adulta mayor y población en extrema pobreza), los factores citados se convierten en problemas de alto costo para la economía del país.

La Organización Mundial de la Salud OMS, define La Salud ambiental, como "la disciplina que comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluidas la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones".

Una rama de la Salud Ambiental es la medicina ambiental, que establece el efecto de los factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales, ergonómicos y de seguridad, sobre la salud humana; la medicina ambiental hace referencia a los aspectos asistenciales, centrándose más, en los agentes productores de enfermedad que han sido introducidos en el medio ambiente por el hombre, así como el conocimiento de dichos agentes tanto con finalidad preventiva como curativa. Como una rama de la medicina ambiental, está la terapéutica ambiental que se ocupa del tratamiento de las enfermedades ambientales. Como tal, ante la multiplicidad de síntomas y signos, recurre a variadas formas terapéuticas, desde las convencionales hasta las alternativas y complementarias.

Existe consciencia en la clase gubernamental, que un medio ambiente, laboral y doméstico deteriorado, produce efecto directo o indirecto, inmediato o posterior sobre los seres humanos y



sus actividades, además de generarles enfermedades y en por ello ha expedido, entre otras las siguientes normas tendientes a minimizar y/o eliminar efectos nocivos:

### SOPORTE LEGAL PARA LAS ACCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE AUTORIDAD SANITARIA

Instrumentos legales	Tema
Constitución política de Colombia	
Plan decenal de Salud 2012-2021	De obligatorio cumplimiento de acuerdo a sus competencias y obligaciones de la Nación, para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.
Ley 9 de 1979	Código Sanitario Nacional
Ley 142 de 1994 y Decreto 302 de 2000	Servicios públicos domiciliarios
Decreto 1575 de 2007, resolución 1459 de 2005 y resolución 2115 de 2007	Vigilancia del agua para consumo humano
Decreto 3075 de 1997	Alimentos
Ley 212 de 1995	Calidad y seguridad en los medicamentos
Decreto 2257 de 1986	Zoonosis
Ley 100 de 1993	Sistema General de seguridad Social en Salud en Colombia
Ley 1122/2007	Modificaciones Sistema General de Seguridad Social
Ley 99/93	De creación del Ministerio del Medio Ambiente, y organización del Sistema Nacional Ambiental SINA y se dictan otras disposiciones
Decreto 2811 de 1974	Recursos naturales y medio ambiente
Decreto 948 de 1995	Calidad del aire
Ley 30 de 1990	Agua y contaminantes
Ley 13 de 1990	Ozono
Decreto 1753 de 1994	Términos de referencia para licencias ambientales
Decreto 1294 de 1994;	Riesgos profesionales; Sistema general de riesgos profesionales
Decreto 1832 de 1994	Tabla de enfermedades, para efectos de los riesgos profesionales
Conpes 3550 de 2008	Lineamientos para la formulación de la política de integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química
Decreto 2792 de 2010	Por el cual se crea la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental CONASA y se dictan otras disposiciones
Decreto 3192 de 1983	fabricas de alcohol y bebidas alcohólicas, elaboración,

	hidratación, envase, distribución, exportación, importación y venta de estos productos y se establecen mecanismos de control en el territorio nacional
--	--

Observaremos contexto ambiental en el municipio de Manizales, desde tres aspectos de riesgo presentes en el ambiente, que son motivo de vigilancia por parte de la autoridad sanitaria local (Unidad de Saneamiento Ambiental de la Alcaldía):

## 1. FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO:

Como factores de riesgo de consumo, se considera **el agua y los alimentos de consumo humano, las bebidas alcohólicas y los medicamentos**, estos últimos de vigilancia por parte de la Dirección Territorial de Salud de Caldas (en todos los municipios del departamento, incluida la ciudad capital) .

### AGUA

El Agua para consumo humano, se define como el agua que puede ser consumida sin limitación debido a que, gracias a un proceso de purificación o potabilización no representa riesgo para la salud. El término se aplica al agua que cumple con las normas de calidad e inocuidad establecidas por la normatividad sanitaria vigente sobre el tema.

La prestación del servicio público de agua para consumo humano en la zona urbana y parte de la zona rural en el municipio de Manizales, está a cargo de la empresa “AGUAS DE MANIZALES”, empresa que opera el acueducto municipal (plantas Nizza y Luis Prieto Gómez). Con una cobertura residencial, a junio de 2012, de 99,96% en el área urbana y de 64,76% en el área rural, para un total de 98,16% (datos suministrados por el laboratorio de Control de Calidad del Agua de la Empresa Aguas de Manizales).

Otros acueductos que operan en el área urbana del municipio, son:

- “ACUEDUCTOS LA ENEA S.A” con 22 Usuarios,
- “PROMOTORA DE INVERSIONES DEL CAFÉ”, que opera para las Industrias del Parque Industrial Juanchito y viviendas aledañas con 53 usuarios
- ACUEDUCTO DE LA INDUSTRIA LICORERA DE CALDAS ILC que abastece a la I.L.C.
- C.I. SUPER DE ALIMENTOS, acueducto de pozo profundo que abastece la planta de producción (y el consumo humano de la misma).

Como se ha dicho, en la zona rural el servicio de agua para consumo humano es prestado en un 64,76%, por la Empresa “AGUAS DE MANIZALES” y el porcentaje restante a través de acueductos veredales como se observa en el cuadro siguiente:

- **Seis (6)** acueductos, Java (23 usuarios), La Trinidad (53 Usuarios), La Cabaña (356 Usuarios) y Mal Paso (36 usuarios, Patio Bonito (14 usuarios) y La China (70 usuarios) **abastecen veredas que tienen otra fuente alternativa** (abastecimiento por Aguas de Manizales). Los pobladores de estas veredas, en su mayoría, se sirven del acueducto municipal para las necesidades domiciliarias y utilizan el agua del acueducto veredal para labores agrícolas principalmente. Es recomendable que todas las viviendas que aún no se sirven del acueducto municipal, lo hagan.
- **Seis (6)** acueductos que poseen como única fuente de abastecimiento el acueducto veredal; **con sistema de tratamiento en funcionamiento** Buena Vista, Tarro Liso, Alto Bonito, Colombia (operado por EMPOCALDAS) Maracas y el acueducto de Maltaría cuya planta de tratamiento fue construida en 2013, por el Plan Departamental de Agua, (a través de un proceso contractual) y para entrar en funcionamiento a partir de 2014.
- **Tres (3)** acueductos, tienen **plantas de tratamiento, sin operar**: La Garrucha, Pueblo Hondo, Bajo Corinto.
- **Seis (6)** acueductos no tienen planta de tratamiento: Chisperos – La Estrella, El Águila, Mina Rica, Alto del Guamo, Espartillal y San Gabriel y son los que requieren de manera prioritaria la solución.

#### VIGILANCIA DE AGUA DE CONSUMO HUMANO, MANIZALES 2008 – 2013

AÑO	Nº DE MUESTRAS AGUA CONSUMO HUMANO					
	URBANA			RURAL		
	TOTAL	RECHAZO	% RECHAZO	TOTAL	RECHAZO	% RECHAZO
2008	49	0	0	156	106	67,95
2009	60	0	0	153	93	60.78
2010	57	0	0	167	117	70,05
2011	198	2	1	139	95	68.34
2012	117	0	0	173	116	67
2013	94	0	0	155	109	70,3



## ALIMENTOS

Los alimentos para consumo humano son aquellas sustancias naturales o sintéticas o mezcla de estas que contienen uno o varios principios nutritivos, (carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y sales orgánicas), los cuales proveen materia y energía al ser humano que los ingiere, para reparar el desgaste y dar energía y calor al organismo a fin conservar su actividad funcional (son reparadores y reguladores que intervienen en el proceso metabólico).

Existen varios grupos de alimentos, entre los cuales podemos citar: Lácteos, Cárnicos, Huevos, Legumbres, Frutas, Hortalizas, Verduras, Cereales.

La vigilancia y control en la inocuidad de los alimentos, es una prioridad para las autoridades sanitarias, y dentro de los alimentos, hay algunos grupos que por su composición, son más vulnerables de descomposición o contaminación y por consiguiente son ALIMENTOS DE MAYOR RIESGO EN SALUD PUBLICA, estos alimentos son:

- Carne, productos cárnicos y sus preparados.
- Leche y derivados lácteos.
- Productos de la pesca y sus derivados.
- Productos preparados a base de huevo.
- Alimentos de baja acidez empacados en envases sellados herméticamente. (pH > 4.5)
- Alimentos o Comidas preparados de origen animal listos para el consumo.
- Agua envasada.
- Alimentos infantiles. (Artículo 3, Decreto 3075 de 1997)

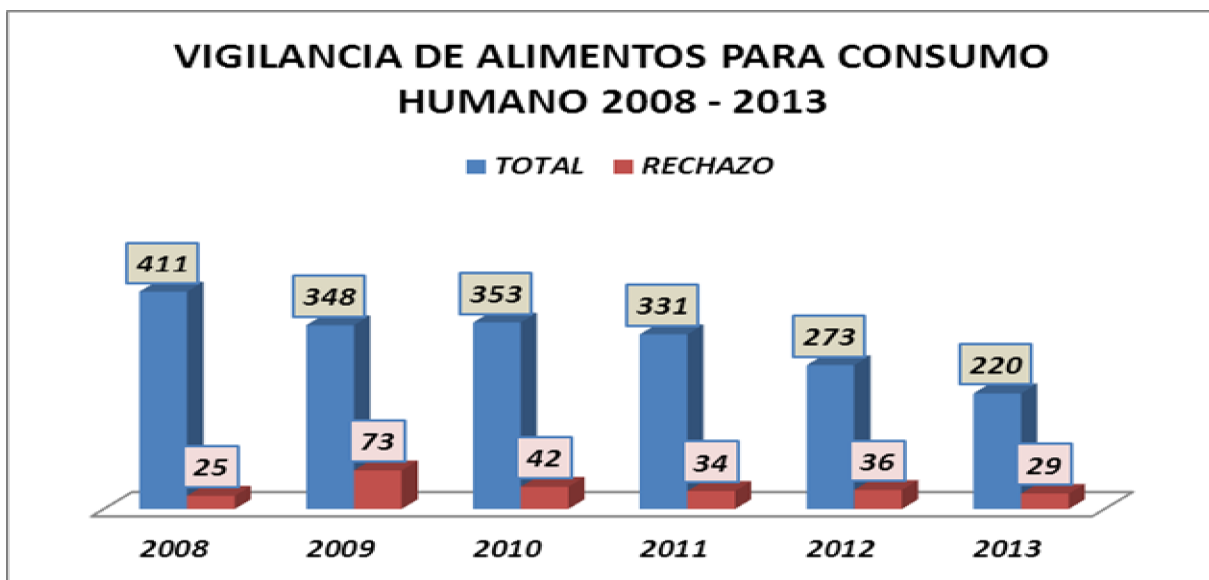
Hacia estos grupos de alimentos se direccionan prioritariamente las actividades de vigilancia y control a fin de garantizar su inocuidad, sin dejar del lado otros de importancia en salud pública como son la panela, la sal y la harina de trigo y aquellos otros alimentos de diferente composición que se distribuyen en centros educativos, (en los programas de complementación alimentaria) y en centros carcelarios.

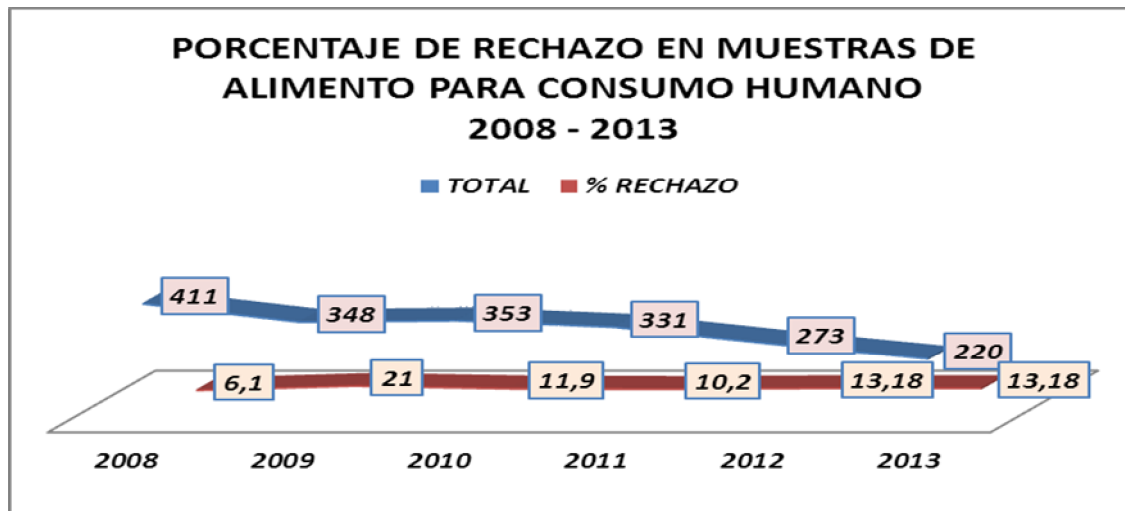
El muestreo de alimentos para análisis Físico químico y/o microbiológico que se realiza, en desarrollo del programa de vigilancia de la calidad e inocuidad de alimentos de consumo humano en el municipio de Manizales, se obtuvieron los siguientes porcentajes.

### VIGILANCIA DE ALIMENTOS DE CONSUMO HUMANO, MANZIALES 2008 – 2013

AÑO	Nº MUESTRAS ALIMENTOS		
	TOTAL	RECHAZO	% RECHAZO
2008	411	25	6,1
2009	348	73	21
2010	353	42	11,9
2011	331	34	10,2
2012	273	36	13,18
2013	220	29	13,18

### VIGILANCIA DE ALIMENTOS DE CONSUMO HUMANO, MANZIALES 2008 – 2013





Desde 2007, el INVIMA asumió la función de Inspección, Vigilancia y Control IVC en las fábricas y procesadoras de alimentos en todo el territorio nacional, con muy poco personal y por consiguiente con limitadas coberturas por municipio, lo cual ha influido en los resultados de rechazo de muestras de alimentos analizadas en los años siguientes, observándose el valor más alto en 2009, cuando fue creada la sede regional para el eje cafetero, ha venido con tendencia a la baja. Se continuará en la tarea de educación y la vigilancia y control de los alimentos institucionales y de comercialización, aplicando las medidas sanitarias pertinentes, a fin de mejorar dicho indicador y por ende disminuir los riesgos para la comunidad usuaria y la incidencia de Enfermedades transmitidas por alimentos ETAs que en 2013 fue de 2 brotes.

### **BEBIDAS ALCOHÓLICAS**

Las bebidas alcohólicas son bebidas que contienen etanol (alcohol etílico).

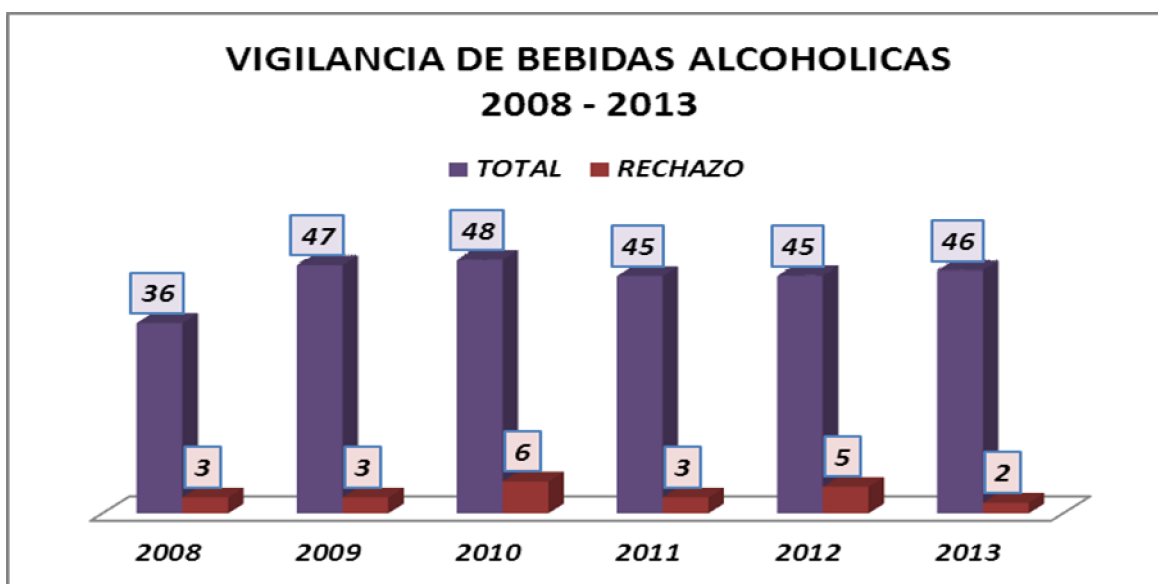
Según la elaboración existen varios tipos de bebidas: Por fermentación alcohólica (vino, cerveza, hidromiel, sake), en las que el contenido en alcohol no supera los 15 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación (aguardientes, diferentes tipos de brandy, whisky, anís, tequila, ron, vodka, ginebra, entre otras).

La cantidad de alcohol de un licor u otra bebida alcohólica se mide bien por el volumen de alcohol que contenga o bien por su grado de alcohol.

El alcohol es una droga legal en la mayor parte del mundo, pero que debe ser vigilada por la autoridad sanitaria a fin de garantizar que las características de la misma correspondan a las declaradas en el rótulo y su envase cumpla con todos los requisitos establecidos por ley.

### VIGILANCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, MANIZALES 2008 - 2013

AÑO	Nº MUESTRAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS		
	TOTAL	RECHAZO	% RECHAZO
2008	36	3	8,3
2009	47	3	6,4
2010	48	6	12,5
2011	45	3	6,6
2012	45	5	11,1
2013	46	2	4,3







En la vigilancia adelantada a las bebidas alcohólicas durante los años 2008 a 2013, se observa porcentaje de rechazo muy similar, con picos en 2010 y 2012, que casi duplica lo observado en las otras vigencias y con una baja considerable en 2013. Es importante aclarar que ninguna de las muestras rechazadas contenía metanol; y su rechazo obedeció a otras causas como partículas en suspensión, inconformidades en el rótulo, grados alcoholimétricos. Se continuará la vigilancia tendiente a garantizar bebidas alcohólicas que cumplan con la normatividad sanitaria vigente.

## ELEMENTOS AMBIENTALES:

### SISTEMAS DE ABASTECIMIENTO DE AGUA

Con base en las condiciones sanitarias de los **21** acueductos veredales que se tienen identificados en la Unidad de Saneamiento Ambiental, como prestadores del servicio de agua para consumo humano, como única fuente o fuente alternativa, se pueden agrupar de la siguiente manera:

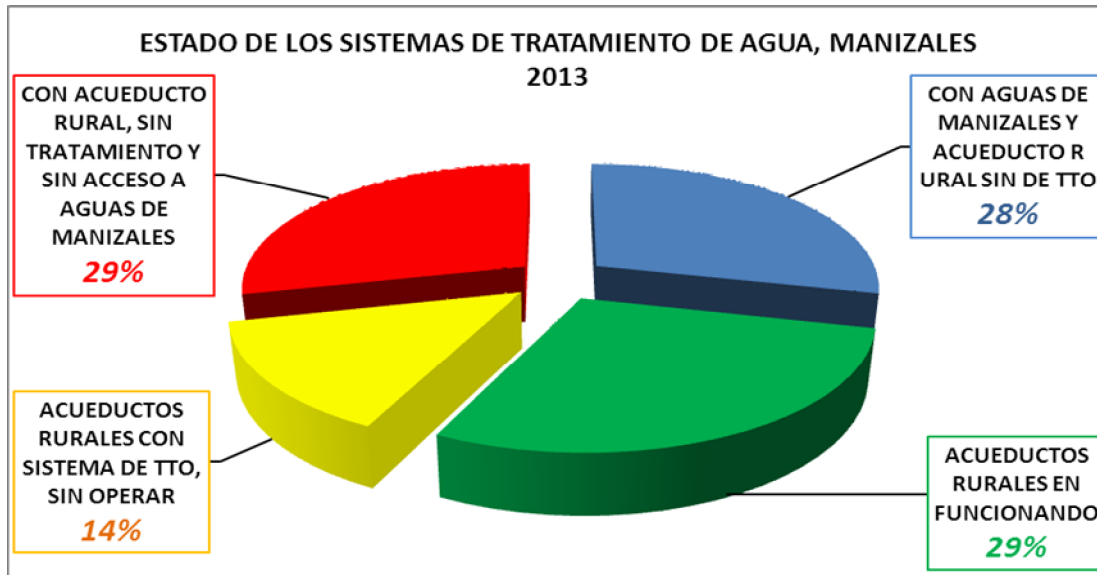
- **Seis (6)** acueductos, Java (23 usuarios), La Trinidad (53 Usuarios), La Cabaña (356 Usuarios) y Mal Paso (36 usuarios, Patio Bonito (15 usuarios) y La China (70 usuarios) **abastecen veredas que tienen otra fuente alternativa** (abastecimiento por Aguas de Manizales). Los pobladores de estas veredas, en su mayoría, se sirven del acueducto municipal para las necesidades domiciliarias y utilizan el agua del acueducto veredal para labores agrícolas

principalmente. Es recomendable que todas las viviendas que aún no se sirven del acueducto municipal, lo hagan.

- **Seis (6)** acueductos, Buena Vista (87 usuarios), Tarro Liso (29 usuarios), Alto Bonito (52 usuarios, Colombia (316 usuarios aproximadamente (operado por EMPOCALDAS), Maracas (15 usuarios) y Maltería (174 usuarios), poseen como única fuente de abastecimiento el acueducto veredal, todos **con sistema de tratamiento en funcionamiento**.
- **Tres (3)** acueductos, tienen **plantas de tratamiento, sin operar**: La Garrucha (137 usuarios), Pueblo Hondo (62 usuarios), Bajo Corinto (58 usuarios).
- **Seis (6)** acueductos no tienen planta de tratamiento: Chisperos – La Estrella (42 usuarios), El Águila (42 usuarios), Mina Rica - Lisboa (45 usuarios), Alto del Guamo (42 usuarios), Espartillal (32 usuarios) y San Gabriel (12 usuarios) y son los que requieren de manera prioritaria la solución.

### ESTADO ACTUAL Y NÚMERO DE USUARIOS DE ACUEDUCTOS RURALES MANIZALES 2013

CON DOS (2) ALTERNATIVAS DE SUMINISTRO Y ACUEDUCTO RURAL SIN SISTEMA DE TTO	ACUEDUCTOS RURALES CON SISTEMA DE TTO FUNCIONANDO	ACUEDUCTOS RURALES CON SISTEMA DE TTO, SIN OPERAR	VEREDAS CON ACUEDUCTO SIN SISTEMA DE TRATAMIENTO Y SIN ACCESO A AGUAS DE MANIZALES
JAVA (23 usuarios)	BUENA VISTA (87 usuarios)	LA GARRUCHA, Solo funciona un filtro, (137 usuarios)	CHISPEROS-LAESTRELLA (42 usuarios)
LA TRINIDAD (53 usuarios)	TARRO LISO (29 usuarios)	PUEBLO HONDO (62 usuarios)	EL AGUILA (42 usuarios)
LA CABAÑA (356 usuarios)	ALTO BONITO (52 usuarios)	BAJO CORINTO (58 usuarios)	MINA RICA-LISBOA (45 usuarios)
MAL PASO (36 usuarios)	COLOMBIA (operado por EMPOCALDAS ARAUCA, (316 usuarios)		ALTO DEL GUAMO (42 usuarios)
PATIO BONITO (15 usuarios)	MARACAS (15 usuarios)		ESPARTILLAL (32 usuario)
LA CHINA (70 usuarios)	MALTERIA (174 usuarios)		SAN GABRIEL (12 usuarios)
<b>6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>



Con base en la vigilancia realizada a los sistemas de abastecimiento de agua para consumo humano en Manizales, el 100% de las muestras de agua de las plantas de tratamiento del área urbana y el 29,7% de las aguas de los acueductos rurales, resultaron APTAS para consumo humano; (están incluidas las muestras de los acueductos rurales CON o SIN tratamiento y CON o SIN fuente alternativa de abastecimiento).

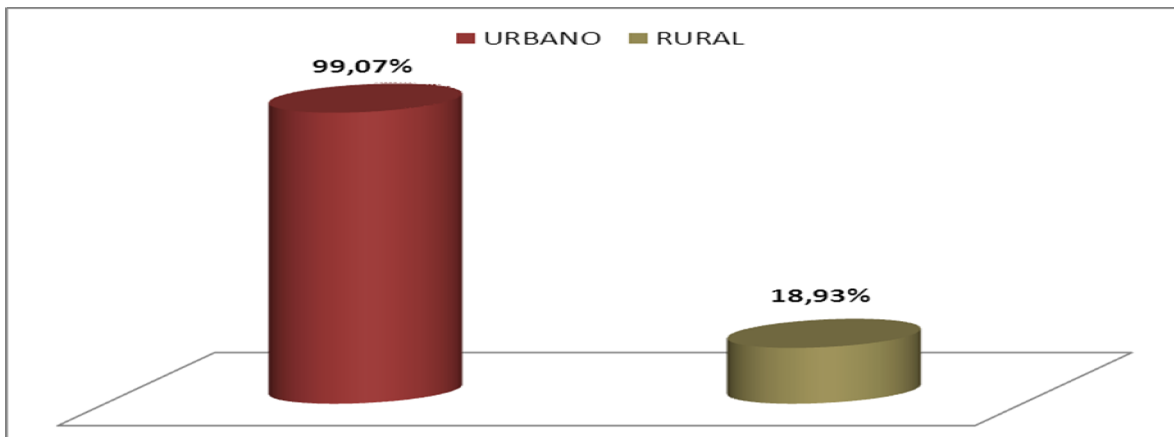
En 2013 se construyó la planta de tratamiento de la vereda Maltería y se puso en funcionamiento. Las demás plantas que requieren mejoramiento o construcción, se tienen proyectadas con el plan departamental de agua.

### ALCANTARILLADO

Alcantarillado o red de alcantarillado o sistema de alcantarillado, es un término que hace referencia a las estructuras y tuberías que se utilizan para el transporte de aguas residuales o servidas (alcantarillado sanitario), o aguas de lluvia, (alcantarillado pluvial) desde el lugar en que se generan hasta el sitio en que se vierten a un cauce o se tratan.

En Manizales las coberturas con servicio de alcantarillado, por la Empresa Aguas de Manizales, a junio de 2012 es 99,06% en el sector residencial del área urbana y 17,87% del área rural, para un total de 94, 92%

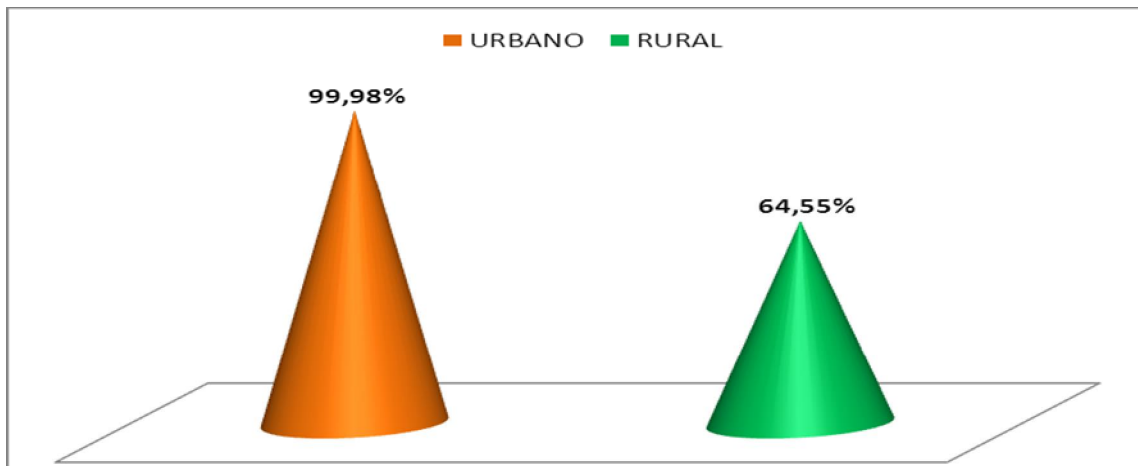
### COBERTURA DEL SERVICIO DE ACUEDUTO POR LA EMPRESA AGUAS DE MANIZALES AÑO 2012



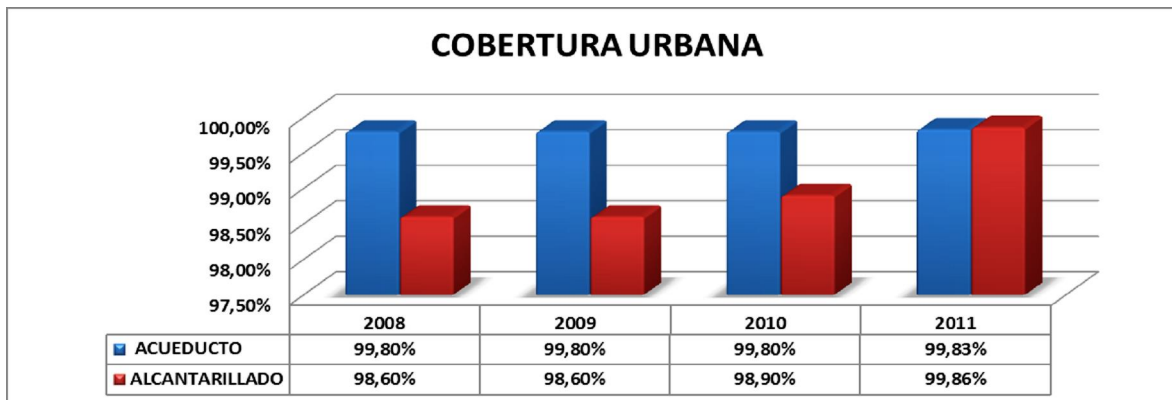
Información suministrada por el laboratorio Control de Calidad del Agua de la Empresa Aguas de Manizales.

En las gráficas siguientes se observa las coberturas de los servicios Acueducto y Alcantarillado, reportadas por el Centro de Información y Estadística – CIE Unidad de Planeación Estratégica - Secretaría de Planeación de Manizales

### COBERTURA DEL SERVICIO DE ACUEDUTO POR LA EMPRESA AGUAS DE MANIZALES AÑO 2012



Información suministrada por el laboratorio Control de Calidad del Agua de la Empresa Aguas de Manizales.



**Fuente:** Secretaría de Planeación – Centro de Información y Estadística. Con base en matriz de seguimiento a metas físicas Plan de Desarrollo

### MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS

El municipio de Manizales, desde el año 1991, cuenta con un sistema apropiado de disposición final de residuos, el Relleno Sanitario “la Esmeralda”, el cual se encuentra ubicado en el kilómetro dos, vía al municipio de Neira Caldas, administrado por la Empresa Metropolitana de Aseo EMAS.

Cuenta con un área total de 54 Hectáreas, de las cuales 9.3 están ocupadas en su capacidad.

Su vida útil está proyectada hasta el año 2019; con proyección al año 2022

Diariamente se están disponiendo en el relleno la Esmeralda unas 390 toneladas de residuos ordinarios y un promedio **mes** de 11,700 toneladas.

La incineración promedio **mes** es de 324,13 toneladas de residuos biomédicos, (incluye los residuos para el municipio y de otros municipios que se benefician de este servicio).

Los líquidos lixiviados, generados en el Relleno Sanitario “La Esmeralda”, son tratados, logrando remoción del 90%

Las Coberturas con el servicio de aseo alcanzan el 100% en la zona urbana y el 86,3 % en el área rural, no pudiéndose aumentar su cobertura en esta zona, por causa de dificultades en las vías de acceso. En aquellas veredas donde no tienen el servicio, el 70% de sus residuos (que corresponden

a material orgánico), se utilizan como abono y el 30% restante, cuya composición es material inorgánico, lo disponen en una fosa o hueco o se incineran.

## ESTABLECIMIENTOS Y VIVIENDAS

### ESTABLECIMIENTOS

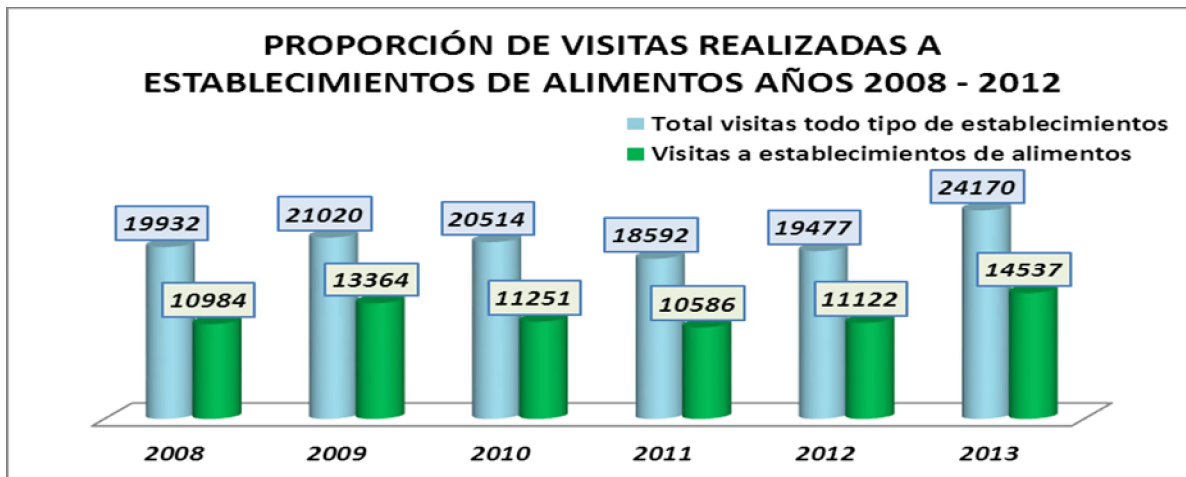
En Manizales funcionan aproximadamente 13000 establecimientos, entre fábricas y otros establecimientos de alimentos, peluquerías, expendios de bebidas alcohólicas, expendios de medicamentos, talleres, oficinas, almacenes, entre otros.

El personal de la Unidad de Saneamiento Ambiental del municipio de Manizales, es la dependencia encargada de la Inspección, Vigilancia y Control IVC de estos establecimientos, como lo establece la Ley 09 de 1979 (código sanitario nacional), y en cumplimiento a dicha responsabilidad el personal técnico realiza visitas a fin de verificar condiciones sanitarias generales del establecimiento y aplicar los correctivos de acuerdo a los hallazgos de cada visita, el tipo y la evaluación del riesgo: Durante los últimos años el número de visitas realizadas por el personal técnico fueron las siguientes:

#### VISITAS DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL A ESTABLECIMIENTOS , MANIZALES 2008 – 2012

<i>Año</i>	<i>Total visitas todo tipo de establecimientos</i>	<i>Visitas a establecimientos de alimentos</i>	<i>% de Visitas a establecimientos de alimentos</i>
<b>2008</b>	<b>19932</b>	<b>10984</b>	<b>55,10</b>
<b>2009</b>	<b>21020</b>	<b>13364</b>	<b>63,57</b>
<b>2010</b>	<b>20514</b>	<b>11251</b>	<b>54,84</b>
<b>2011</b>	<b>18592</b>	<b>10586</b>	<b>59,93</b>
<b>2012</b>	<b>19477</b>	<b>11122</b>	<b>57,10</b>
<b>2013</b>	<b>24170</b>	<b>14537</b>	<b>60,14</b>

Fuente: Unidad de saneamiento Ambiental - Secretaría del Medio Ambiente – Manizales



El mayor porcentaje de las visitas Inspección, Vigilancia y Control realizadas por el personal de la Unidad de Saneamiento Ambiental corresponde a establecimientos de alimentos (60,14%) y la variación es mínima por vigencia y está sujeta a la intensificación en la programación de operativos de IVC, acordes con las prioridades establecidas en el grupo técnico, previa evaluación de factores de riesgo.

Es importante indicar que de las Instituciones prestadoras de servicios de salud visitadas el 100% realizan un manejo adecuado de sus residuos (peligrosos y no peligrosos), el 100% están conectados a un sistema de acueducto y alcantarillado, el 100% manejan buenas prácticas de manufactura BPM en el servicio de alimentación, salvo algunas recomendaciones sanitarias dadas por el personal técnico que no ponen en riesgo la salud de sus usuarios.

Los centros de estética vigilados por la Unidad de Saneamiento Ambiental, al igual que las Funerarias que funcionan en la ciudad, cumplen con las condiciones higiénico-sanitarias y locativas y con el manejo adecuado de residuos; o están en proceso de cumplimiento de algunos requerimientos sanitarios.

En el 100% de Centros y Clínicas Veterinarias tienen un manejo adecuado de sus residuos, el 100% están conectados a un sistema de acueducto y alcantarillado. El manejo de los medicamentos veterinarios se hace ajustado a las exigencias sanitarias de conservación y almacenamiento, dependiendo del tipo de medicamento.

## VIVIENDAS

Según información dada por la Secretaría de Planeación, no se tienen datos actualizados, del número de viviendas en el municipio y su clasificación por estratos o estratificación, lo cual está en proceso de actualización.

## Distribución de los predios según uso, estrato socioeconómico y clasificación del suelo.

Información con corte al mes de mayo de 2014 - Fuente: Grupo Estratificación Socioeconómica -Unidad Planeación y Ordenamiento Territorial  
- Secretaría de Planeación Municipal - Base SUI 2013

LOCALIZACION	CODIGO DANE - DIVIPOLA	INMUEBLES RESIDENCIALES							INMUEBLES NO RESIDENCIALES	INMUEBLES NO ESTRATIFICADOS	TOTAL	
		Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total Viviendas				
<b>A</b>	<b>Rural Disperso Metodología TIPO 6</b>	<b>2.047</b>	<b>1.020</b>	<b>804</b>	<b>262</b>	<b>155</b>	<b>32</b>	<b>4.320</b>	<b>3.618</b>	<b>58</b>	<b>7.996</b>	
Centros Poblados Rurales	Alto Lisboa	001	5	10	3	-	-	-	18	5	0	23
	Kilómetro 41 - Colombia	002	17	77	55	-	-	-	149	8	0	157
	Bajo Tablazo	003	4	88	146	-	-	-	238	2	0	240
	La Cabaña	004	1	16	32	-	-	-	49	5	0	54
	La Cuchilla del Salado	005	10	102	111	-	-	-	223	16	0	239
	San Peregrino	009	3	21	40	-	-	-	64	0	0	64
	Alto Tablazo	010	3	40	56	-	-	-	99	3	0	102
	El Arenillo	012	6	47	36	-	-	-	89	16	0	105
	La Aurora	015	3	23	51	-	-	-	77	2	0	79
	Mina Rica	023	7	18	0	-	-	-	25	0	0	25
	La Garrucha	024	2	15	6	-	-	-	23	5	0	28
	Bajo Corinto	025	13	7	2	-	-	-	22	4	0	26
Alto Corinto	026	87	135	22	-	-	-	244	59	0	303	
<b>B</b>	<b>Centros Poblados Rurales Metodología TIPO 2</b>	<b>161</b>	<b>599</b>	<b>560</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.320</b>	<b>125</b>	<b>0</b>	<b>1.445</b>	
Centros Poblados Especiales	Las Gaviotas	Sector Km 41	-	-	-	0	18	0	18	1	0	19
	El Jardín	Sector Km 41	-	-	-	0	30	0	30	1	0	31



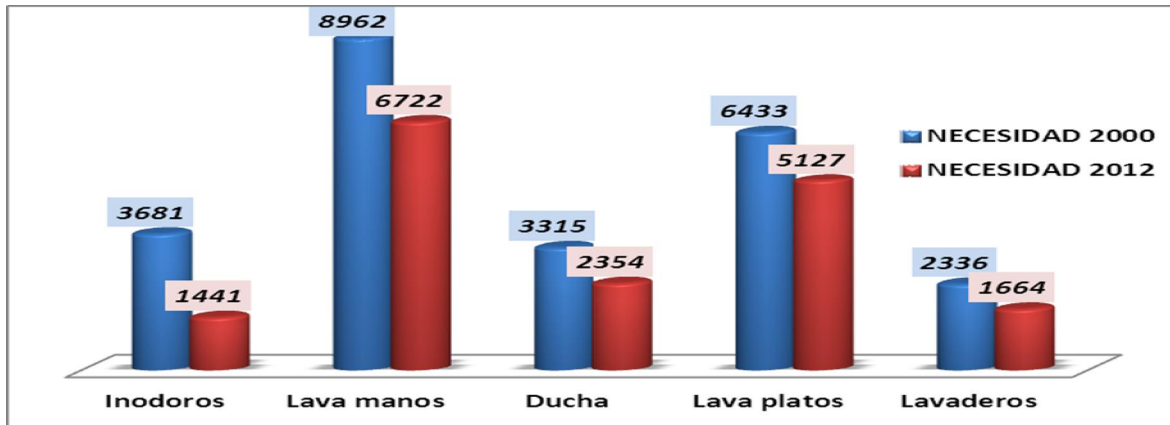
La campiña - Altos de San Sebastian	Sector Bajo Tablazo	-	-	0	0	8	0	<b>8</b>	15	0	23
Las Margaritas	Sector Bajo Tablazo			0		-		<b>0</b>	9	0	9
Altos del Caney	Sector La Cabaña	-	-	-	0	8	0	<b>8</b>	19	0	27
La Palmera	Sector La Cabaña	-	-	2	0	10	0	<b>12</b>	0	0	12
Condominio Poblado Verde	Sector San Peregrin o	-	-	-	0	11	0	<b>11</b>	1	0	12
Condominio Campestre Monte Verde	Sector el Arenillo	-	1	-	0	10	0	<b>11</b>	6	0	17
Altamira	Sector el Arenillo	-	-	-	0	10	0	<b>10</b>	1	0	11
Condominio San Bernardo del Viento	Sector La Trinidad	-	-	-	0	0	55	<b>55</b>	2	0	57
Condominio Portal de Los Cerezos	Sector La Trinidad	-	-	-	0	0	42	<b>42</b>	37	0	79
Los Álamos	Sector La Trinidad	-	-	-	0	0	5	<b>5</b>	0	0	5
Parcelación San Rafael	Sector el Rosario	-	-	-	0	0	8	<b>8</b>	3	0	11
San Sebastián del Rosario	Sector el Rosario	-	-	-	0	0	6	<b>6</b>	22	0	28
Altos del Campestre	Sector el Rosario	-	-	-	0	0	5	<b>5</b>	53	0	58
Condominio el Rosario - FODUN	Sector el Rosario	-	-	-	0	0	24	<b>24</b>	0	0	24
Cerro de Oro	Sector Cerro de	-	-	-	0	7	1	<b>0</b>	0	0	0

	Oro											
	Reserva del Campo	Sector Tres Puertas (78 lotes)	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
	El Agrado	Sector el Algarrobo (47 lotes)	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0
<b>C</b>	<b>Centros Poblados Especiales Metodología TIPO 5</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>116</b>	<b>121</b>	<b>240</b>	<b>185</b>	<b>0</b>	<b>425</b>
<b>Total Rural (A+B+C)</b>			<b>2.208</b>	<b>1.620</b>	<b>1.366</b>	<b>262</b>	<b>271</b>	<b>153</b>	<b>5.880</b>	<b>3.928</b>	<b>58</b>	<b>9.866</b>
<b>Total Urbano</b>			<b>8.103</b>	<b>20.961</b>	<b>36.538</b>	<b>15.162</b>	<b>5.230</b>	<b>9.108</b>	<b>95.102</b>	<b>36.643</b>	<b>1.651</b>	<b>133.396</b>
<b>TOTAL MANIZALES</b>			<b>10.311</b>	<b>22.581</b>	<b>37.904</b>	<b>15.424</b>	<b>5.501</b>	<b>9.261</b>	<b>100.982</b>	<b>40.571</b>	<b>1.709</b>	<b>143.262</b>

Fuente: Información reportada por el Grupo de Estratificación Socioeconómica de la Secretaría de Planeación, sobre distribución de los predios según uso, estrato socioeconómico y clasificación del suelo

### Cuadro 8 NECESIDADES DE ARTEFACTOS SANITARIOS MANIZALES 2012

TIPO DE ARTEFACTO	NECESIDAD 2000	ENTREGAS HASTA 2010	% COBERTURA	NECESIDAD 2013
<b>Inodoros</b>	3681	2240	60,85	1441
<b>Lava manos</b>	8962	2240	24,99	6722
<b>Ducha</b>	3315	961	28,98	2354
<b>Lava platos</b>	6433	1306	20,30	5127
<b>Lavaderos</b>	2336	672	28,76	1664



Desde el año 2000, cuando se aplicó una encuesta en las viviendas del área rural con el fin de tener un diagnóstico de las condiciones sanitarias de las mismas, el gobierno municipal ha venido adquiriendo artefactos sanitarios para atender las necesidades de la población más vulnerable, con un subsidio por parte del administración municipal de un 90%, correspondiéndole al beneficiario un aporte de solo el 10%.

En el año 2010, se hizo entrega de 200 inodoros, 200 lavamanos, 1 ducha, 18 lavaplatos y 10 lavaderos; en los últimos 3 años no se logró realizar el programa por falta de presupuesto, a pesar de que las necesidades permanecen, posiblemente en un considerable número de viviendas, con respecto a las necesidades detectadas en el último diagnóstico sanitario realizado en la zona rural en 2000.

Como el diagnóstico sanitario de viviendas del área rural y de los estratos 1 y 2 del área urbana se realizó hace 13 años, hoy podemos estar ante un panorama diferente de necesidades de dotación sanitaria de las viviendas, por lo cual sería muy conveniente realizar una actualización del diagnóstico (mediante la aplicación de encuesta), que cubra la zona rural y los estratos 1 y 2.

## PLAGUICIDAS

En Manizales, al igual que en la mayoría de las ciudades del mundo, los problemas con el uso inadecuado de plaguicidas y con la comercialización de estos productos, son motivo de alerta por parte de las autoridades ambientales. Es de conocimiento general que hay productos que por su alta toxicidad el gobierno nacional ha determinado sacarlos del mercado, mediante la expedición de normas de estricto cumplimiento, pero continúan utilizándose, de manera ilegal, (para usos agropecuarios o domésticos); lo anterior, sumado a otros problemas referentes a contratación temporal de personal aplicador, sin los conocimientos sobre el tema y por períodos muy cortos, las combinaciones de productos químicos plaguicidas para aplicar en cultivos y animales, sobredosificación de mezclas a aplicar con la creencia de mayor efectividad; aplicaciones con frecuencias

intensivas no requeridas según indicaciones de sus fabricantes, entre otros, complican la situación.

Durante las labores de IVC en manejo de plaguicidas que adelanta el Técnico en el Área de la Salud, en la zona rural, ha podido detectar que un alto porcentaje de los patronos o administradores no dotan a sus empleados (aplicadores de plaguicidas) de ningún equipo de protección o si se los dan, o los dotan parcialmente, (la mayoría de los equipos no cumplen con las características de seguridad que garanticen su adecuada protección o están incompletos) o los aplicadores de plaguicidas se rehúsan a utilizarlos por la incomodidad que les genera.

Con el fin de vigilar y controlar la problemática a nivel de aguas, alimentos y personas expuestas a la acción de plaguicidas, la Secretaría del Medio Ambiente – Unidad de Saneamiento Ambiental, cuenta con un laboratorio de análisis VEO dotado de los equipos e insumos necesarios y con un funcionario capacitado para desarrollar las pruebas y las demás actividades propias del programa (aplicación de medidas sanitarias o recomendaciones, según la observación de las prácticas de aplicación o manejo de los productos químicos y los resultados de los análisis.

### **VIGILANCIA ACCION DE PLAGUICIDAS EN PERSONAS EXPUESTAS**

Por ser Manizales un municipio cafetero y con variedad de producciones agropecuarias que son atacadas por plagas de diversa índole, se ve obligado a combatir las, entre otros métodos, con sustancias químicas (plaguicidas), con los consecuentes riesgos para las personas y el medio ambiente.

La Unidad de Saneamiento Ambiental del municipio de Manizales (hoy adscrita a la Secretaría del Medio Ambiente, desarrolla, desde hace más de 10 años, el programa de Vigilancia de Insecticidas organofosforados y carbamatos VEO, a través del seguimiento de personas expuestas a la acción de esas sustancias plaguicidas, ya sean aplicadores, empleados de almacenes agropecuarios o empresas aplicadoras; a quienes se les analiza una muestra de sangre, para determinar los niveles de actividad de la colinesterasa y compararlos con los parámetros de la normatividad sanitaria vigente.

El Instituto Nacional de Salud INS es la entidad encargada de monitorear la calidad de los análisis practicados a las muestras por el personal técnico en Saneamiento Ambiental, previamente entrenado.

Entre los años 2008 a 2013 el comportamiento de los análisis practicados a muestras de sangre de las personas expuestas a la acción de plaguicidas fue el siguiente:

### VIGILANCIA EN SANGRE DE PERSONAS EXPUESTAS A LA ACCIÓN DE PLAGUICIDAS, MANIZALES , 2008-2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	197	357	177	201	198	183
RECHAZO	20	20	23	7	30	9
% DE RECHAZO	10,15	5,60	12,99	3,48	15,15	4,9



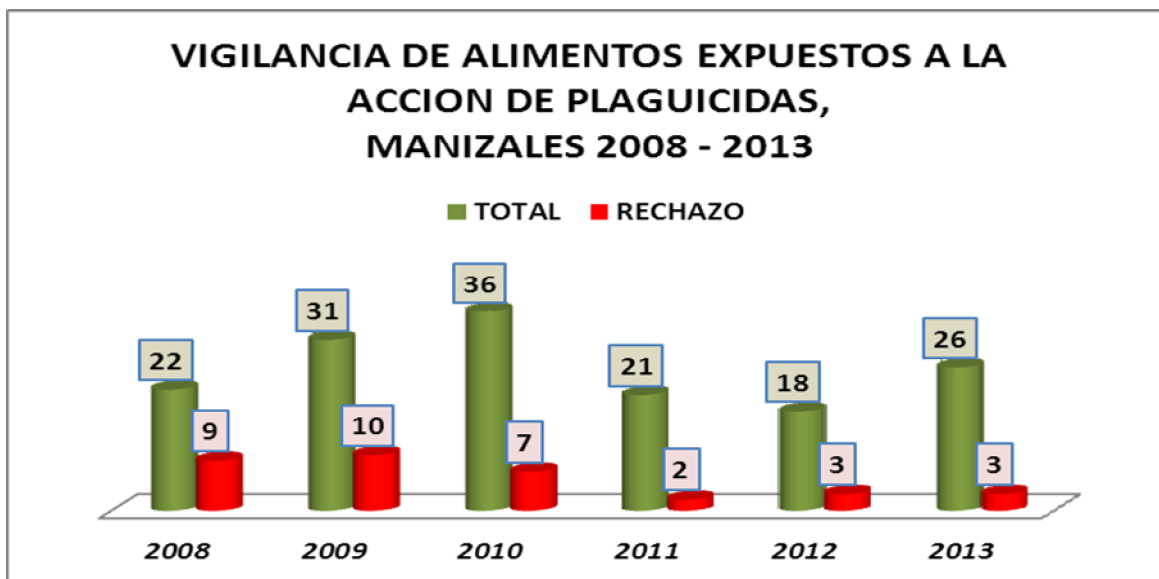
La incidencia de personas expuestas con algún grado de intoxicación por plaguicidas, entre los años 2008 y 2012 ha variado siendo el 2011 el año en el cual se presentó el mínimo valor obtenido en los últimos 5 años y el 2012, donde el porcentaje de muestras analizadas arrojó mayor positividad (15,15%). EL seguimiento de personas con bajos niveles de actividad de la colinesterasa, se dificulta debido a la condición de inestabilidad laboral del personal aplicador (llegan por temporadas), lo cual no permite una intervención y una educación adecuada, otra situación que ha sido frecuente, es la deserción cuando son informadas sobre su estado de intoxicación, (abandonan el sitio, para dirigirse a otro donde no tengan la vigilancia y puedan continuar con la actividad que les proporciona el sustento).

### VIGILANCIA DE ALIMENTOS PARA CONSUMO HUMANO EXPUESTOS A LA ACCION DE PLAGUICIDAS

Una de las responsabilidades legales de la Unidad de Saneamiento Ambiental, como autoridad sanitaria, es la vigilancia de los alimentos para consumo humano y en cumplimiento de la misma, realiza el análisis de muestras de alimentos expuestos a la acción de productos plaguicidas, para determinar si en los mismos existen trazas de dichos productos. En los años 2008 al 2013, el comportamiento de los productos alimenticios fue el siguiente:

### COMPORTAMIENTO DE ALGUNOS ALIMENTOS EXPUESTOS A LA ACCIÓN DE PLAGUICIDAS MANIZALES 2008-2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	22	31	36	21	18	26
RECHAZADAS	9	10	7	2	3	3
% RECHAZO	40,90	32,25	19,44	9,52	16,66	11,54



Es importante aclarar que la vigilancia de alimentos se orienta hacia los que se consideran de mayor riesgo, debido a que en el proceso de producción han requerido la aplicación de plaguicidas.

### VIGILANCIA DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO (ACUEDUCTOS RURALES)

Debido a que en las visitas que se realizan a las micro cuencas del municipio, se ha detectado que hay cultivos o explotaciones pecuarias aledañas a algunos acueductos rurales, en los cuales se aplican sustancias químicas para combatir plagas de animales o plantas, la vigilancia reviste mayor interés para la salud pública. Es por lo anterior que la Unidad de Saneamiento Ambiental desarrolla un programa de Vigilancia del agua para consumo humano, mediante la toma y análisis de muestras, de cada uno de los acueductos rurales.

El comportamiento de las muestras de agua de los acueductos rurales expuestos a la acción de plaguicidas, (por cercanía a cultivos fumigados o por la acción de la escorrentía) analizadas en los años 2008 al 2013, ha sido el siguiente:

### VIGILANCIA DE PLAGUICIDAS EN AGUA PARA CONSUMO HUMANO, MANIZALES 2008-2012

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL	19	31	38	25	40	23
RECHAZADAS	0	0	0	0	0	0

En los 6 últimos años de vigilancia realizada a los sistemas de abastecimientos de agua para consumo humano, no se ha presentado ninguna muestra rechazada, no obstante se dan las recomendaciones pertinentes a fin de evitar futuros problemas y se da educación a las personas de los sectores expuestos al riesgo.

#### RIESGOS BIOLÓGICOS:

En la historia de la humanidad, los seres humanos se han visto enfrentados a diferentes problemas generados por las Plagas (roedores, y artrópodos), tanto al interior de su domicilio, como en su entorno; todos ellos vectores de enfermedades tales como el dengue, la malaria, la fiebre amarilla; hepatitis, leptospirosis, salmonelosis, etc.

Las ratas, por ejemplo, además de consumir y destruir grandes cantidades de alimentos, contaminan con su orina, saliva y excrementos diez veces más, causando un gran daño económico, además de las enfermedades que transmiten, muchas de ellas mortales como: Leptospirosis, Hantavirus, teniasis, triquinosis, toxoplasmosis, tifo, fiebres, disenteria, salmonelosis, peste bubónica (a través de las pulgas, esta enfermedad mató a millones de personas en Europa en el siglo XIV).

Las cucarachas, además de que son insectos desagradables y molestos que provocan malos olores, contaminan y ensucian a través de sus excrementos y desechos, superficies, objetos y alimentos que encuentran a su paso; son portadoras de bacterias, virus y hongos, así como microorganismos que pueden provocar graves enfermedades como salmonelosis, hepatitis, diversas fiebres, incluso asma y alergias. Otros daños que pueden causar son la descompostura de aparatos eléctricos y electrónicos.

Las pulgas, que se hospedan en diferentes animales, como el perro, el gato, la rata, entre otras; atacan indiferentemente a cualquier animal e incluso al ser humano. Su picadura además de ser sumamente molesta, puede transmitir diversas enfermedades como la peste bubónica, la

Rickettsia, la encefalitis, y diversas afecciones de la piel entre otras. Las pulgas también causan daño a nuestras mascotas chupándoles la sangre y transmitiendo diversas enfermedades que pueden no solo acabar con su vida sino también con la nuestra, al transmitir la Rickettsia, la parálisis de la garrapata, la tularemia, así como diversas enfermedades de la piel.

Otro insecto-plaga muy perjudicial es la mosca casera, está infestada con microorganismos de más de 20 enfermedades humanas y es vector importante de la fiebre tifoidea, diarrea, amibas, disentería bacilar, cólera, poliomielitis y diversos gusanos parásitos.

Teniendo en cuenta que las plagas mencionadas son un riesgo para la Salud Pública en nuestro municipio, la administración municipal con el propósito de realizar un control de estas plagas, de los riesgos que su infestación representa en la comunidad expuesta y para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de los sectores más afectados, ha implementado un programa de control de plagas, el cual adelanta anualmente en los sectores más vulnerables, con prioridad de atención a los estratos 1 y 2 y área rural con alto grado de infestación.

### **CONTROL DE PLAGAS INTRADOMICILIARIAS**

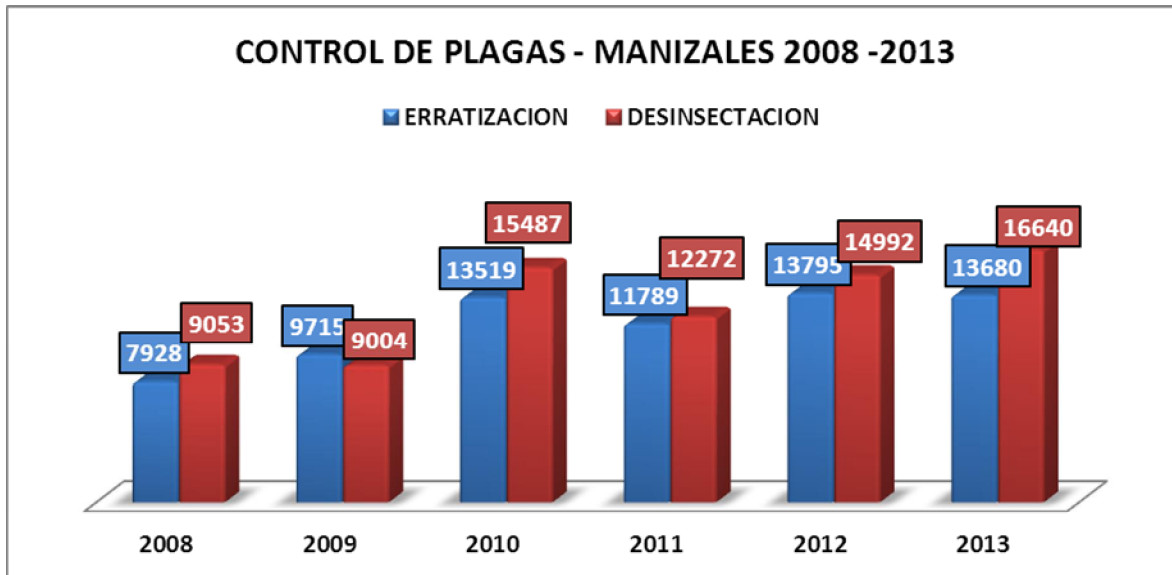
En la selección de los sectores motivo de control oficial anual, se hace teniendo en cuenta principalmente la ubicación de las viviendas, sus condiciones estructurales y los hábitos de sus moradores, clasificando como viviendas para atención prioritaria, las construidas en materiales sensibles a la acción de los roedores, (esterilla, bahareque), o que carecen de sistemas de protección contra el acceso de roedores, (rejillas en alcantarillas, anjeos u otras barreras físicas), proximidad a áreas verdes enmalezadas y con mínimo mantenimiento, etc. Las campañas de control de plagas (erratización y desinsectación) se enfatizan en aquellos sectores con las características citadas, pertenecientes a estratos 1 y 2 o área rural.

En los años comprendidos entre 2008 y 2013, se realizaron las siguientes aplicaciones de plaguicidas:

### **CONTROL DE PLAGAS, MANIZALES 2008 - 2012**

<b>AÑO</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
ERRATIZACION	7928	9715	13519	11789	13795	13680
DESINSECTACION	9053	9004	15487	12272	14992	16640





La Unidad de saneamiento Ambiental considera que a pesar de los esfuerzos que se hace en la Administración Municipal para cubrir las necesidades de la población, estas superan las coberturas del programa y cada año quedan algunos sectores vulnerables sin atender, porque los recursos son limitados y obligan a priorizar. Las campañas de control de plagas son acompañadas con educación personalizada a los beneficiarios, sobre asunción de buenos hábitos sanitarios y ambientales y medidas de protección de la vivienda, todo encaminado a evitar re infestaciones futuras.

### VECTORES DE ENFERMEADES TROPICALES

Los mosquitos son insectos comunes que tienen un aparato bucal adaptado para perforar y succionar. Existen más de 3000 especies de mosquitos en todo el mundo. Los mosquitos tienen cuatro etapas que incluye; huevos, larvas, pupas y adultos. Los adultos ponen huevos en agua estancada o cerca de ella, y las larvas completan su desarrollo en el medio acuático. Los adultos que emergen en general permanecen en un radio de 1,6 kilómetros de este sitio de reproducción y el tiempo de vida de un mosquito hembra, puede alcanzar los 100 días. Los mosquitos machos viven de néctar y savia de plantas y las hembras complementan su dieta con la ingesta de sangre que les permite producir huevos. Los seres humanos son su fuente preferida. Los mosquitos hembra inyectan saliva en el lugar de la picadura para evitar la coagulación de la sangre durante su alimentación. Es a través de este proceso que se transmiten los microorganismos patógenos, como los virus y protozoos.

Los tres géneros de mosquitos más importantes que afectan al hombre son Anopheles, Aedes y Culex. En conjunto, estos mosquitos son responsables de transmitir malaria, dengue, fiebre amarilla, filariasis, fiebre chikungunya, encefalitis japonesa y muchas otras enfermedades virales.

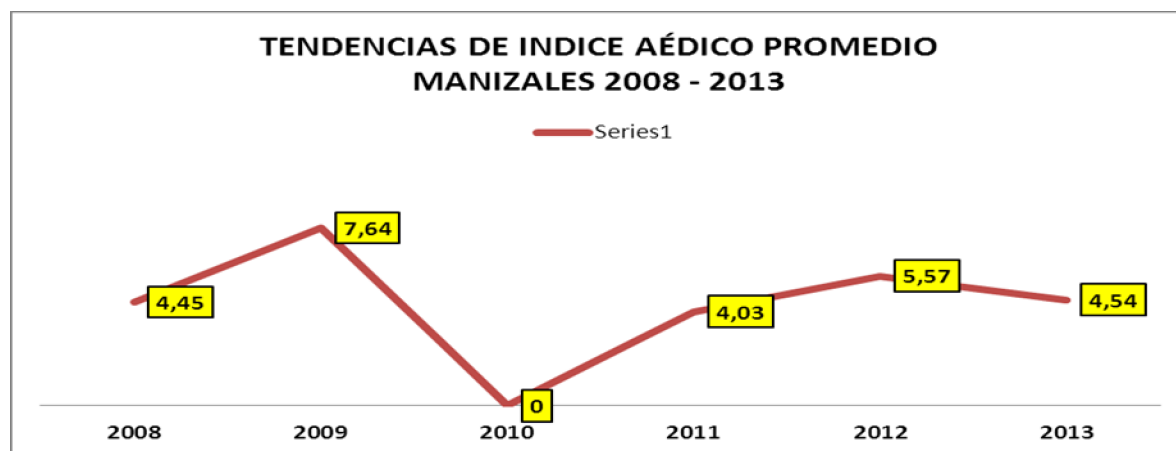
Para la Salud Pública de Manizales, las enfermedades citadas, no han representado mayor preocupación, no obstante por la vecindad de la vereda Colombia de Manizales con la vereda San José del municipio de Neira, donde el Dengue tiene prevalencia considerable, se hace necesario mantener controles permanentes por parte de la Unidad de Saneamiento Ambiental.

No obstante, se han observado índices aélicos a niveles que superan los tolerantes para la autoridad sanitaria, que obligan a permanecer en guardia y a implementar estrategias tendientes a disminuirlos: Se adelantan de manera periódica campañas educativas en coordinación con estudiantes del servicio social a fin de crear conciencia de auto cuidado en la población para prevenir casos o brotes de dichas patologías.

En los últimos años los índices que se han observado en la vereda Colombia son las siguientes:

### INDICES AEDICOS PROMEDIOS VEREDA COLOMBIA MANIZALES 2008 -2012

AÑO	INDICE PROMEDIO AÑO
2008	4,45
2009	7,64
2010	4.31
2011	4,03
2012	5,57
2013	4,54



### EXPLOTACIONES PECUARIAS

Las actividades de la autoridad sanitaria en explotaciones pecuarias se limita actualmente a la atención de quejas por molestias sanitarias o a la detección de riesgos de zoonosis en humanos, a

causa del inadecuado manejo de animales de abasto público en granjas o fincas. Cuando se requiere, las labores se coordinan con la autoridad agropecuaria (el ICA) y autoridad ambiental (CORPOCALDAS).

## ZOONOSIS

### LA RABIA

La rabia es una de las zoonosis que más preocupa al sector salud, no solo porque se presenta en casi todos los países del mundo, sino por ser una enfermedad **mortal** que puede afectar al ser humano; por eso. Es por las características de la enfermedad que todos los países toman medidas para su prevención y control, y en lo posible su eliminación.

La rabia urbana se presenta habitualmente en zonas cuya densidad poblacional canina es alta; por eso, la forma más eficaz de prevención para detener la transmisión de esta zoonosis es a través de las campañas masivas de vacunación de perros y gatos (principales transmisores de la rabia urbana).

El Ministerio de Salud y Protección Social con los entes territoriales, ha desarrollado estrategias orientadas a combatirla en sus principales transmisores, el perro y el gato, dentro de la política de erradicación de la rabia urbana.

Con el censo canino y felino realizado en Manizales entre los años 2008 (rural) y 2009 (urbano), se logró determinar una población de 21600 animales. Tomando este dato censal como línea base, se trata de cumplir con una meta de cobertura de vacunación antirrábica superior a 80%, meta que se ha venido cumpliendo cada año, como se observa en el cuadro 14.

La vacunación antirrábica canina y felina, la Vigilancia epidemiológica de los accidentes rábicos, el desarrollo del programa de análisis de muestras animales y la esterilización de caninos y felinos, han sido estrategias muy importantes para alcanzar la meta de cero (0) casos de rabia humana y animal en Manizales y para continuar en el camino que conduce a la erradicar la rabia urbana en nuestro país.

### ACCIDENTE RABICO

La lesión por agresión animal, también denominado Accidente rábico, es la herida causada por mordedura (s) o arañazo (s), cualquiera que sea su número, extensión o profundidad en cualquier parte del cuerpo de la persona, ocasionada por un animal potencialmente transmisor de la rabia. Los dedos y la cara son los sitios con mayor riesgo.

### EXPOSICIÓN RABICA

La exposición rábica es la probabilidad de penetración y replicación del virus rábico en el organismo de una persona que ha sufrido lesión por agresión de un animal potencialmente

transmisor de rabia, o el contacto de la piel lesionada o de mucosa con la saliva o tejido de un animal infectado o presuntamente infectado con el virus rábico, de manera accidental o por fallas en las medidas preventivas (laboratorios, cavernas)

## TIPOS DE EXPOSICIÓN

**Exposición rábica grave:** Accidente causado por un animal rabioso o con rabia confirmada en el laboratorio. O por un animal salvaje. O por una animal callejero o desconocido (que ha agredido o producido heridas en cabeza, cara, cuello, punta de los dedos y heridas múltiples). Y Contacto de heridas o mucosas con material de necropsia de un animal o un humano sospechoso o positivo a rabia.

**Exposición rábica leve:** Accidente causado por un animal callejero o desconocido: mordedura única en partes cubiertas del cuerpo, brazos, tronco y miembros inferiores del cuerpo.

**No Exposición:** Mordedura en cualquier área cubierta o descubierta del cuerpo de una persona; lamedura de mucosas; lamedura de piel lesionada; o arañazo, provocado o no, ocasionado por un animal doméstico vacunado (perros y gatos), con certificado de vacunación vigente, observable, sin signos ni síntomas compatibles con rabia; Contacto de saliva o tejido nervioso con piel intacta; Lesión causada por un roedor; Mordedura en cualquier área cubierta o descubierta del cuerpo de una persona; lamedura de mucosas; lamedura de piel lesionada; o arañazo ocasionado por un animal en una persona que consulta después de diez o más días de ocurrida la agresión o contacto con el animal (perro o gato) y en el momento en que consulta la persona, el animal se encuentra sano.

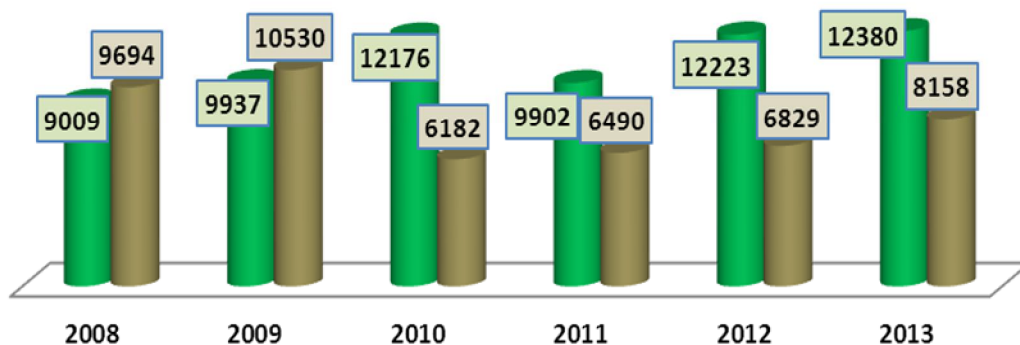
## VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA MANIZALES 2008-2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>TOTAL</b>	18703	20467	18358	16392	19042	20538
<b>URBANA</b>	9009	9937	12176	9902	12223	12380
<b>RURAL</b>	9694	10530	6182	6490	6829	8158

**Nota:** No incluye la vacunación particular

## VACUNACION ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA MANIZALES 2008 - 2013

■ URBANA ■ RURAL

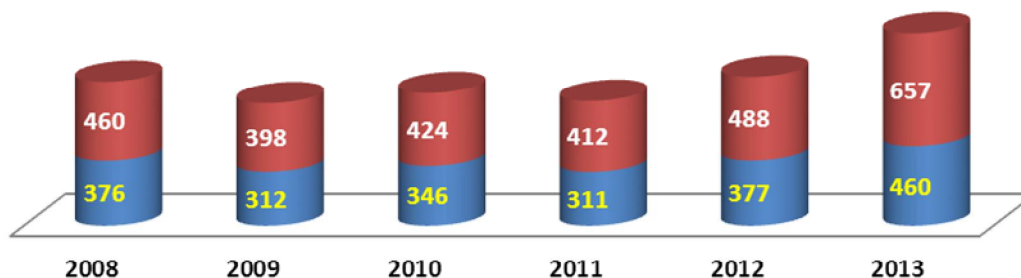


## COMPORTAMIENTO DE LOS ACCIDENTES RÁBICO MANIZALES 2008 - 2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>TOTAL</b>	836	710	770	723	865	1117
<b>OBSERVADOS</b>	376	312	346	311	377	460
<b>NO OBSERVADOS</b>	460	398	424	412	488	657

## VIGILANCIA DE ACCIDENTES RÁBICOS SEGUN OBSERVACION DEL ANIMAL AGRESOR, MANIZALES 2008 - 2013

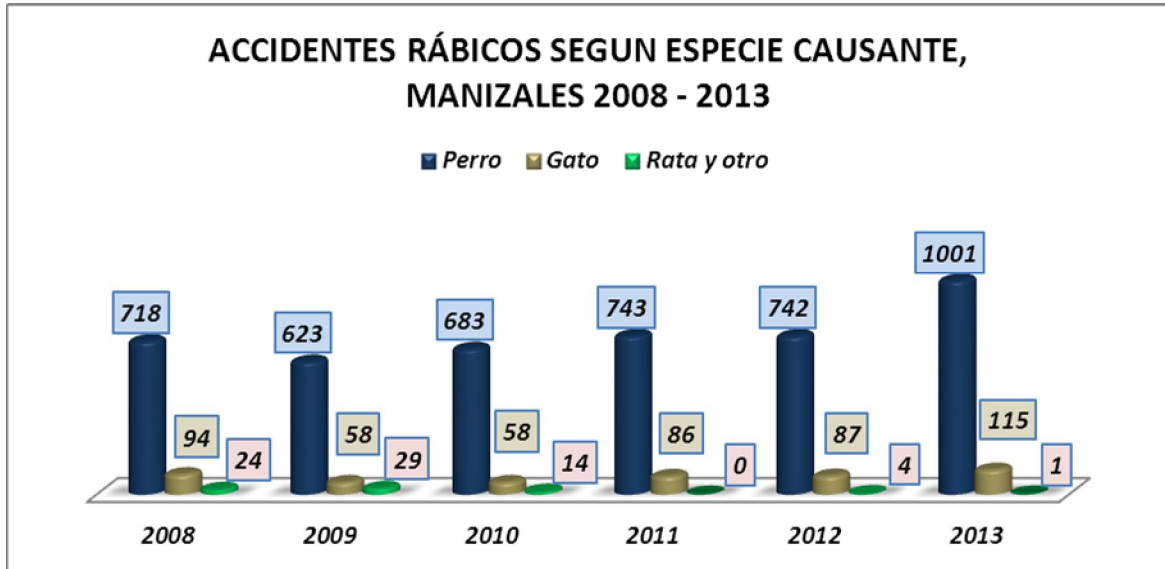
■ OBSERVADOS ■ NO OBSERVADOS



La Autoridad Sanitaria en cabeza de la Unidad de Saneamiento Ambiental, recibe de la Unidad de Planeación de la Secretaría de Salud Pública, las notificaciones entregadas por las diferentes Instituciones de salud notificadoras, los casos de accidentes rábicos, pero es preocupante observar que alrededor del 60% de los mismos no pueden ser vigilados. Algunas de las principales causas de la no observación de los animales causantes de accidentes rábicos, son las siguientes: animal callejero o desconocido, información incorrecta, animal agresor de especie difícil o imposible de identificar (roedor o un animal silvestre), o animal de otra jurisdicción (en este caso la notificación es remitida al ente competente).

## CASOS DE ACCIDENTES RÁBICOS SEGÚN ESPECIE CAUSANTE MANIZALES 2008-2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total</b>	836	710	755	829	846	1117
<b>Perro</b>	718	623	683	743	742	1001
<b>Gato</b>	94	58	58	86	87	115
<b>Rata y otro</b>	24	29	14	0	4	1



Alrededor del 90% de los accidentes rábicos son causados por el perro, por eso es a esta especie, a la cual se dirigen los mayores esfuerzos en prevención de rabia urbana, sin descuidar, por supuesto, al felino que está en segundo lugar de riesgo de transmisión de la rabia.

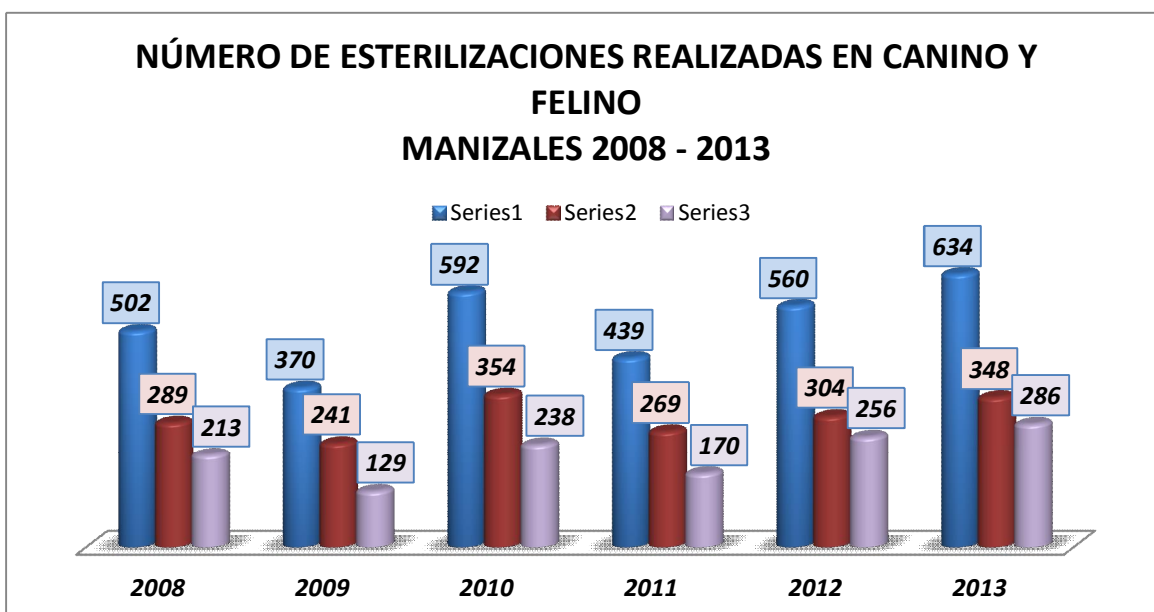
#### **CONTROL NATAL DE CANINOS Y FELINOS**

El abandono de las mascotas por sus dueños es un fenómeno doloroso que se observa en todo el mundo, y en nuestro municipio ha venido en aumento. Este fenómeno se debe a que los propietarios desisten de la compañía de sus mascotas por diferentes causas; porque el animal creció mucho y esperaban tener un animal más pequeño, porque el espacio de su vivienda no es suficiente para compartir con un animal, porque no tienen dinero para atender sus necesidades o simplemente porque se cansan de él. Se estima que la población canina callejera en Manizales se encuentra alrededor de los 2000 animales.

Para tratar de disminuir los problemas de estos animales abandonados y los que por su actividad callejera puedan generar a la comunidad, la administración municipal desarrolla campaña anual de control natal dirigido a la población canina y felina callejera y residentes en sectores de estratos 1 y 2. Las coberturas que se alcanzan con las campañas, están sujetas a la disponibilidad de recursos, por la Secretaría de Salud Pública de Manizales. En los últimos seis (6) años se han obtenido las siguientes coberturas:

## ESTERILIZACIONES DE CANINOS Y FELINOS MANIZALES 2008 - 2013

AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	502	370	592	439	560	634
CANINOS	289	241	354	269	304	348
FELINOS	213	129	238	170	256	286



El método utilizado para el control natal de los caninos y felinos, es quirúrgico (ovariohisterectomía y orquiectomía de hembras y machos respectivamente) en caninos y felino, complementado con un programa de educación a la comunidad, sobre tenencia responsable de mascotas.

Los animales que se operan son prioritariamente los callejeros y los pertenecientes a estratos 1 y 2 del área urbana y los residentes en el área rural. Los datos obtenidos de las esterilizaciones realizadas cada año por especie, indican que la proporción de los caninos esterilizados, supera en cada período al de felinos, También se observó con respecto al género que tiene más demanda la cirugía para hembras que para machos.



# CAPITULO 9

# VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

## Morbilidad específica por subgrupo

Para el análisis de la morbilidad específica por subgrupo se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizara estimación de cambios en las proporcionales durante el periodo 2009 a 2012.

### Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
<b>Condiciones transmisibles y nutricionales</b>					
<b>Deficiencias nutricionales</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	26,2	25,4	16,9	16,7	-0,2
Infancia de 06 a 11 años	7,6	8,8	6,7	7,9	1,2
Adolescentes de 12 a 18 años	9,6	10,0	10,3	10,2	-0,1
Juventud de 14 a 26 años	14,1	15,0	14,0	16,3	2,3
Adulthood de 27 a 59 años	33,2	30,7	34,7	28,7	-6,0
Personas de 60 y más años	9,2	10,2	17,3	20,1	2,8
<b>Enfermedades infecciosas y parasitarias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	17,2	16,5	16,6	14,6	-2,0
Infancia de 06 a 11 años	8,2	7,7	7,7	7,3	-0,4
Adolescentes de 12 a 18 años	7,6	6,7	6,9	7,0	0,0
Juventud de 14 a 26 años	21,3	21,1	22,1	22,2	0,2
Adulthood de 27 a 59 años	40,3	39,4	39,7	40,5	0,8
Personas de 60 y más años	5,3	8,5	6,9	8,3	1,4
<b>Infecciones respiratorias</b>					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	27,3	28,4	27,8	25,7	-2,1
Infancia de 06 a 11 años	8,9	9,5	6,9	7,6	0,7
Adolescentes de 12 a 18 años	7,1	6,6	6,1	6,1	0,0
Juventud de 14 a 26 años	17,5	17,5	16,4	18,5	2,0
Adulthood de 27 a 59 años	33,7	30,6	34,3	32,6	-1,8
Personas de 60 y más años	5,5	7,4	8,4	9,5	1,0

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Analizando las condiciones transmisibles y nutricionales por ciclos vitales y por causas, se observa como en primera infancia, adolescentes y adultez, la proporción disminuyo en el 2011, con

respecto al año anterior; llama la atención los cambios porcentuales en la adultez, valdría la pena aunar más en el tema.

Con respecto a las infecciones respiratorias, el cambio se observa en la primera infancia, observando la tendencia, la proporción está disminuyendo paulatinamente. En los adultos la proporción es muy variada entre año y año, terminando el periodo con una disminución.

#### Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	Cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Condiciones maternas perinatales					
Primera Infancia de 0 a 05 años	4,69	8,42	6,50	5,43	-1,07
Infancia de 06 a 11 años	0,10	1,21	0,05	0,09	0,04
Adolescentes de 12 a 18 años	6,85	8,31	7,34	10,61	3,26
Juventud de 14 a 26 años	40,12	47,08	36,78	47,29	10,52
Adultez de 27 a 59 años	48,08	34,96	47,73	36,58	-11,15
Personas de 60 y más años	0,16	0,02	1,61	0,00	-1,61

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Con respecto a las condiciones materno-perinatales, se observa el cambio en puntos porcentuales tan grande en la adultez, que aunque el rango que hay entre estos dos años es muy alto la diferencia de proporciones entre el año 2012 con respecto al 2011 también es muy grande, se puede explicar por la búsqueda activa que se tiene en este grupo de personas para prevenir enfermedades relacionadas con las condiciones maternas y perinatales.

#### Morbilidad de eventos de alto costo

Se realizó estimación de los siguientes indicadores la incidencia de VIH notificada; la incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada y la incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años notificada, la fuente de información corresponde a Sivigila.

Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo.  
Manizales, 2009-2012

Evento de alto costo	Caldas, 2011	Manizales, 2011	2009	2010	2011	2012
Incidencia de VIH notificada	137	79	↘	↗	↗	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	2	0,1	-	↗	↘	-
Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años	5	2	↗	↘	-	↘

Fuente: SIVIGILA. SISPRO-MSPS

En conclusión, para los eventos de alto costo existen diferencias entre el municipio y el departamento pero no son significativas para las leucemias mieloide y linfoide, en cambio en la incidencia del VIH las diferencias son estadísticamente significativas favoreciendo al municipio.

Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Se realizó estimación de la razón letalidad y sus intervalos de confianza al 95% durante los años 2007 al 2011. El municipio de Manizales tomara como valor de referencia el departamento de Caldas.

Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria de Manizales, 2007-2011

Eventos de Notificación Obligatoria	Caldas. 2011	Manizales. 2011	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Letalidad por accidente ofídico	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por cólera	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por chagas	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por dengue grave	14,29	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por difteria	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por encefalitis	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por EDA	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por enfermedades transmitidas por alimentos	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
L. eventos supuestamente atribuidos a inmunización (ESAVI)	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre amarilla	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por fiebre paratifoidea y paratifoidea	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hepatitis A	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por hepatitis B	0,01	0,01	-	-	↗	↘	-	-
Letalidad por hipotiroidismo congénito	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
L. por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	2,01	1,01	-	-	-	↗	↘	↗
Letalidad por intoxicaciones	1,02	0,67	-	↗	↘	↘	-	↗
Letalidad por leishmaniasis	0,4	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis cutánea	0,4	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis mucosa	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leishmaniasis visceral	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por leptospirosis	8,33	0,01	-	↗	↘	-	-	-
L. por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria falciparum	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria malariae	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por malaria vivax	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Haemophilus influenzae - Hi	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis Neisseria meningitidis - Nm	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por meningitis tuberculosa	100	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parálisis flácida	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por parotiditis	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rabia humana	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rotavirus	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por rubeola	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sarampión	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por sífilis congénita	6,67	0,01	-	-	-	-	-	↗
Letalidad por síndrome de rubeola congénita	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tétanos accidental	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tétanos neonatal	0,01	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tosferina	1,45	0,01	-	-	-	-	-	-
Letalidad por tuberculosis	2,49	2,74	-	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	3,85	0,01	-	-	↗	↘	↘	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	2,29	3,39	-	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad por varicela	0,06	0,11	-	-	-	-	-	↗

Fuente: SIVIGILA. SISPRO-MSPS

Los resultados de la tabla 35, concluyen que con respecto a las enfermedades de notificación obligatoria el municipio le aporta casos al Departamento, como lo hacen el resto, pero al comparar a Manizales con Caldas se encuentran diferencias aunque éstas no son significativas.

# CAPITULO 10

# POLITICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Con el fin de dar continuidad al Programa de prevención y control de las ITS-VIH/SIDA y contribuir al logro de los Objetivos del Milenio y el Plan de Desarrollo 2012-2015 GOBIERNO EN LA CALLE, “Mantener por debajo de 1% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años” y “Mantener coberturas del 100% de pacientes con VIH Sida atendidos y con acceso al tratamiento”, durante el año 2013, se dio continuidad a las estrategias que se vienen desarrollando, tales como el monitoreo a la epidemia, el seguimiento a cada uno de los usuarios que reciben atención integral y la asistencia técnica a cada EPS e IPS y la inducción a la demanda para la prueba.

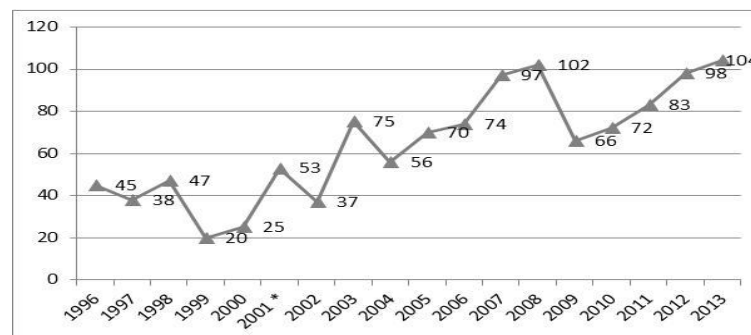
## MONITOREO A LA EPIDEMIA

Se cuenta con un consolidado de casos diagnosticados en la ciudad desde el año 1996. Con base en la información proporcionada por las UPGD (SIVIGILA 850), el programa de vigilancia epidemiológica de la unidad de Planeación y Epidemiología, valida la información y el programa de prevención y control de las ITS/SIDA la organiza y consolida para dar lugar a la caracterización correspondiente. Se discriminan las variables: tendencia del evento (número de casos a través del tiempo), sexo, estado al momento del diagnóstico, sitio de residencia, posible mecanismo de transmisión, distribución por grupos de edad y aseguramiento.

- Tendencia del evento:

Desde 1996 hasta 2013, se han diagnosticado en Manizales 1162 personas viviendo con VIH/SIDA, 104 de ellas en el último año. Se evidencia un incremento progresivo del número de casos diagnosticados hasta el 2008 con un descenso en el 2009.

Número de personas diagnosticadas como viviendo con VIH-SIDA en Manizales, 1996-2013

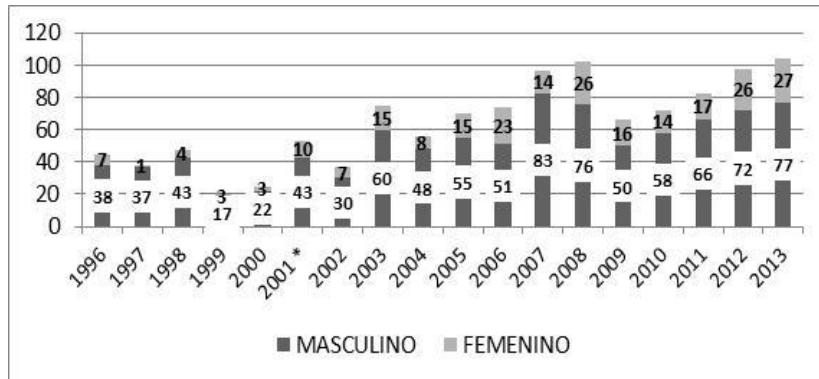


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Sexo:

En la gráfica que se presenta a continuación, se evidencia el comportamiento del diagnóstico año a año, teniendo en cuenta la variable sexo.

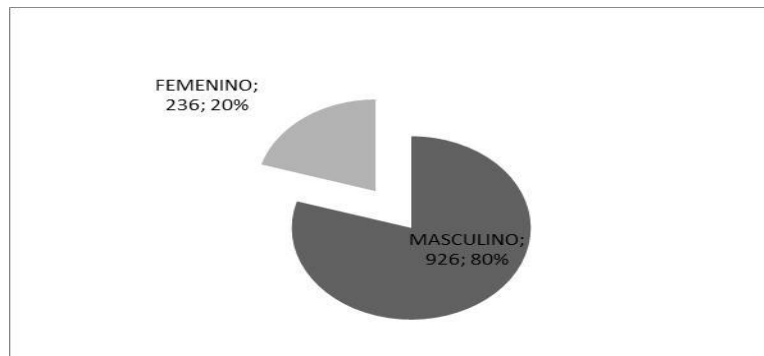
Comportamiento del diagnóstico de personas viviendo con VIH o SIDA en Manizales, variable sexo, 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Durante el período en monitoreo (1996-2013) se observa una relación Hombre: Mujer de 4:1. El 80% personas diagnosticadas son de sexo masculino y el 20%, restante de sexo femenino.

Proporción de personas diagnosticadas como viviendo con VIH-SIDA, variable sexo, Manizales, 2003-2013

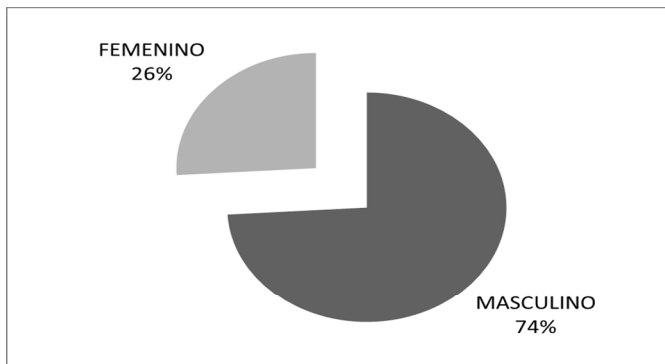


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Durante el 2013 la caracterización por sexo, muestra la misma proporción, tal como se evidencia en la siguiente gráfica.

Proporción de personas diagnosticadas como viviendo con VIH-SIDA, variable sexo, Manizales, 2013



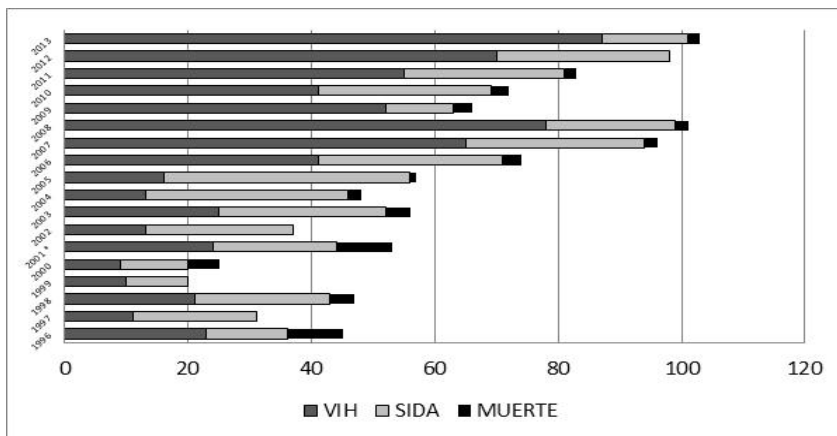


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Estado al momento del diagnóstico:

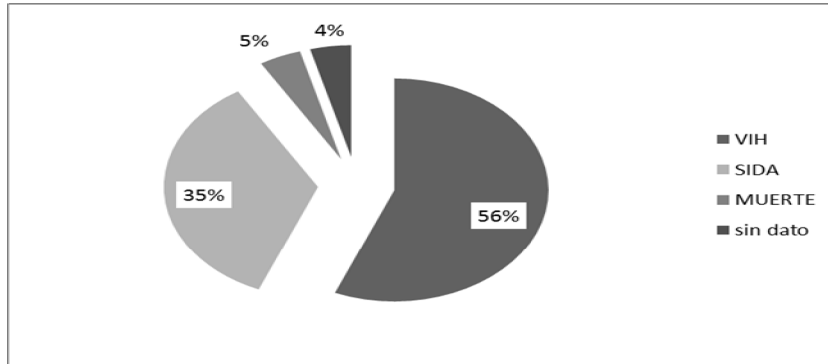
La creciente tendencia a diagnósticos en fase VIH, (gráficos 5 y 6) evidencia la inducción a la demanda que se ha incrementado en las EPS e IPS. Es de esperar que esta situación se vea reflejada en la mejor calidad de vida y mayor sobrevivencia de los usuarios.

Relación de casos de VIH-SIDA diagnosticados, según estado al momento del diagnóstico, Manizales 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Consolidado de casos de VIH-SIDA diagnosticados, según estado al momento del diagnóstico, Manizales 1996-2013

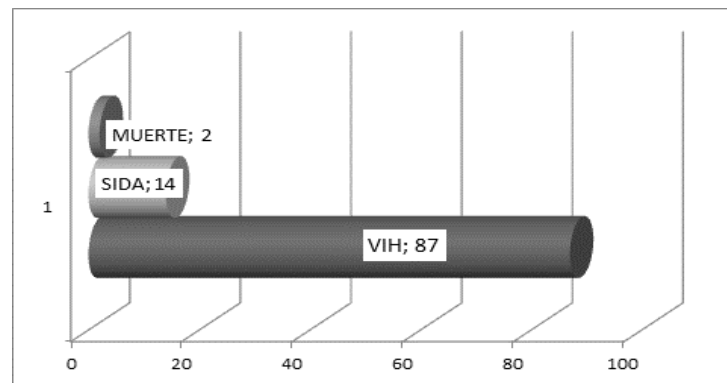


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Durante el año 2013, 87(83.6%) personas estaban en fase VIH al momento del diagnóstico y 14 personas (13,4%) fueron diagnosticadas en fase de SIDA y 2(1,92%) postmortem.

El comportamiento de la variable estado al momento del diagnóstico, durante el año 2013, se evidencia en la siguiente gráfica:

Estado al momento del diagnóstico de los casos de VIH-SIDA diagnosticados, Manizales 2013

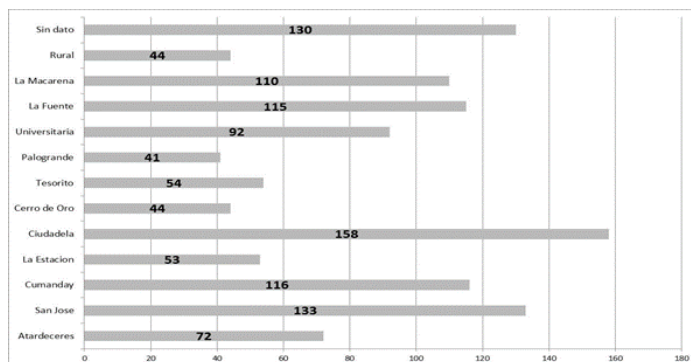


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Sitio de residencia:

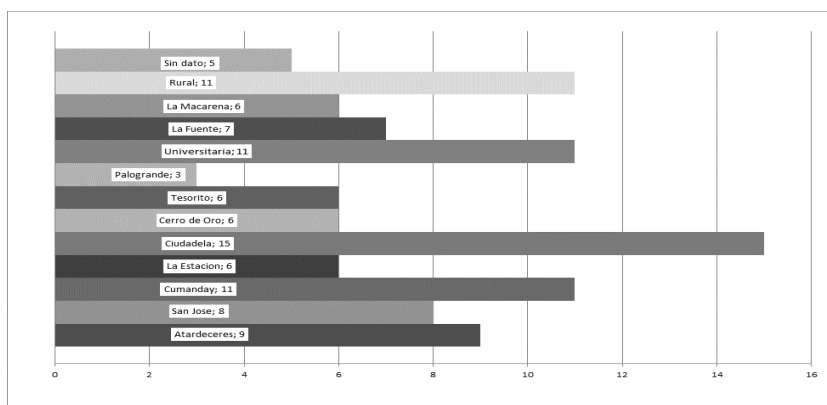
Las comunas San José, Ciudadela del Norte, La Fuente y La Macarena, son las que mayor prevalencia de VIH/SIDA en todos los grupos de población. Durante el 2013, probablemente por la migración de las personas de la comuna, la proporción de San José disminuyó y se vio incrementada en la Comuna Ciudadela del Norte (ver gráfico 9)

### Número de casos por sitio de residencia al momento del diagnóstico de VIH-SIDA, Consolidado, Manizales 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

### Número de casos por sitio de residencia al momento del diagnóstico de VIH-SIDA, Manizales 2013

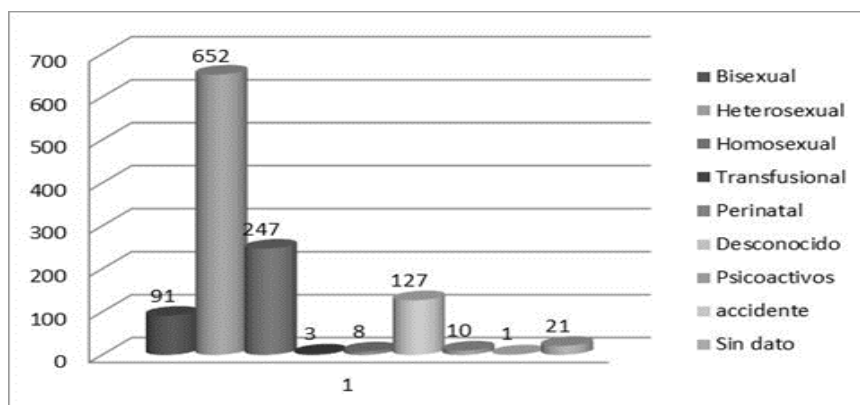


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Posible mecanismo de transmisión:

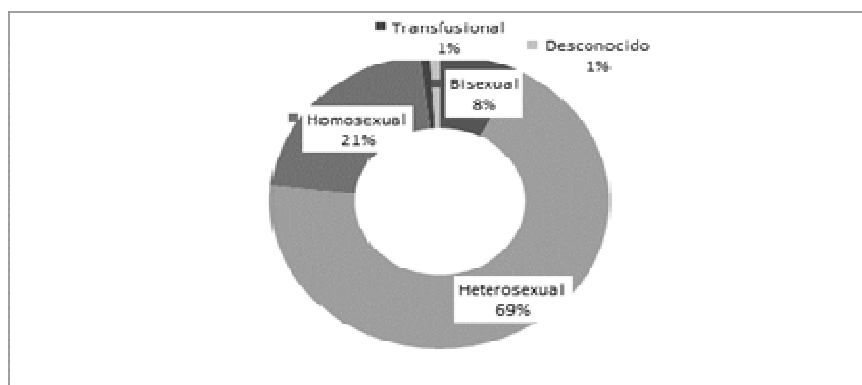
Tal como se observa en la siguiente gráfica, durante los 17 años de seguimiento al diagnóstico, la transmisión heterosexual viene aumentando y desde el año 2001 predomina, nótese que en el año 2013, es reportada en el 68,3% (70) de los casos.

### Comportamiento del diagnóstico de casos de VIH-SIDA por posible mecanismo de transmisión, Manizales, 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

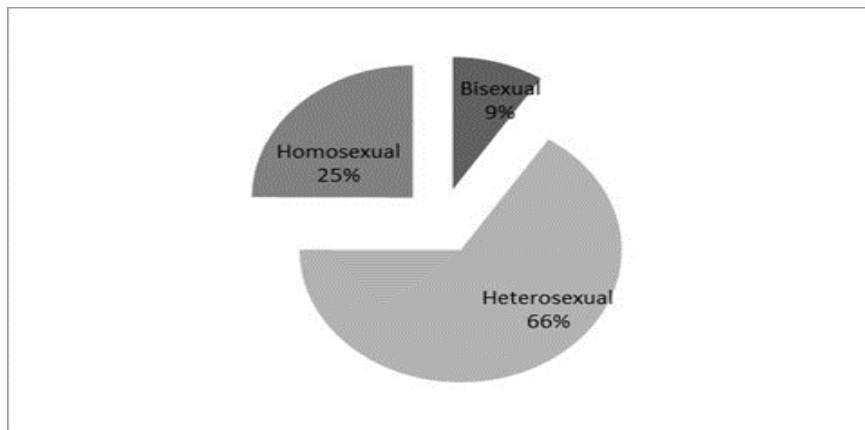
### Comportamiento del diagnóstico de casos de VIH-SIDA por posible mecanismo de transmisión, consolidado, Manizales, 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

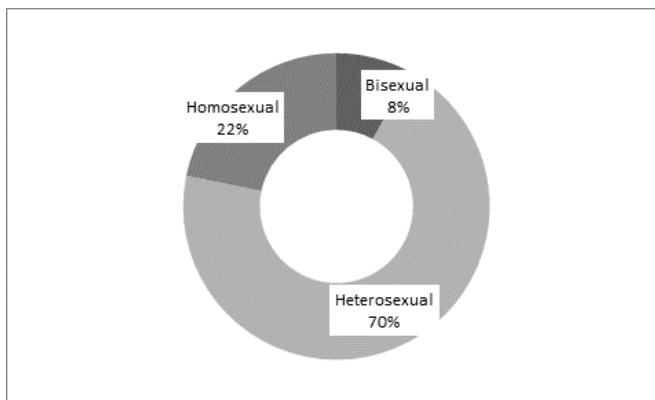
Como se evidencia en las gráficas, el 98% de las personas viviendo con VIH/SIDA manifestó como posible mecanismo de transmisión el sexual (hetero, homo o bisexual), heterosexual u homosexual) y es claro el predominio heterosexual, (Ver gráficos 12,13) lo que genera la necesidad de fortalecer los procesos de educación sexual positiva, con un enfoque que favorezca el reconocimiento de factores de riesgo biológicos y socioculturales, con perspectiva de género, así como el empoderamiento de las mujeres para su autocuidado y para negociar el preservativo en sus relaciones sexuales, inclusive con el compañero permanente.

Comparativo transmisión sexual (bi,homo,hetero) casos diagnosticados, consolidado, Manizales, 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Proporción transmisión sexual casos diagnosticados de VIH/SIDA, Manizales, 2013

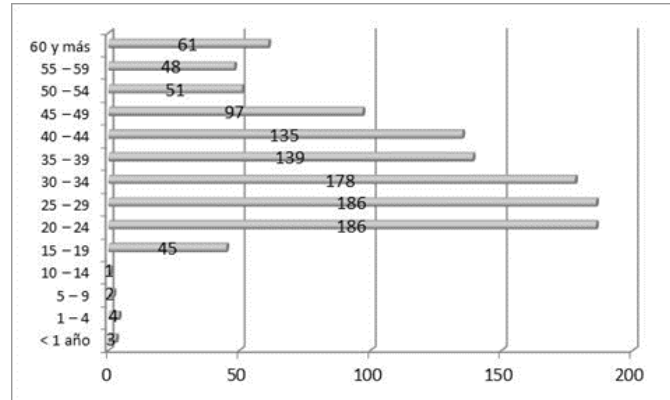


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Grupos de edad:

El grupo poblacional con mayor prevalencia de infección, es el comprendido entre los 20 y 29 años, (32%), seguido por el de 30-39 años (27%). Una de cada 5 personas infectadas tiene menos de 24 años, con el impacto que esto puede tener en la vida sexual y afectiva de personas en plena etapa de conformación de pareja y vida sexual activa.

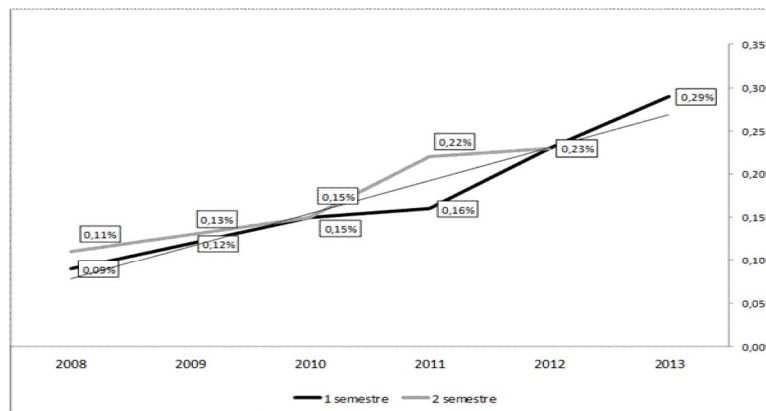
Distribución de casos diagnosticados, por grupos de edad, consolidado, Manizales, 1996-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

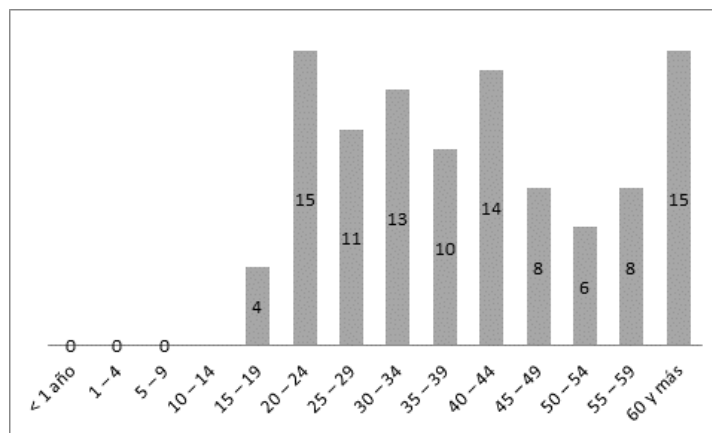
A nivel nacional, la prevalencia de VIH en personas de 15-49 años, es de 0.7% y la meta es mantenerla por debajo de 1%, durante el 2013 en Manizales fue de 0.29%.

#### Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años en Manizales, 2008-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

#### Número de personas diagnosticadas, por grupos de edad, Manizales, 2013

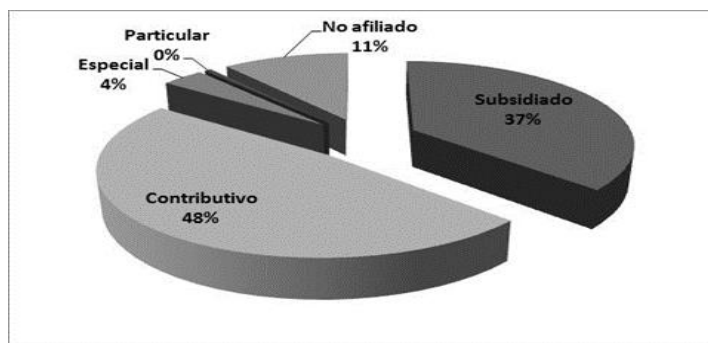


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2012

- Tipo de aseguramiento de los personas diagnosticadas:

Al momento del diagnóstico, el 89% de las personas estaban afiliadas a alguna EPS, así: 48% al régimen contributivo, 37% al régimen subsidiado y 4% a Regímenes especiales. 11% no estaban afiliados.

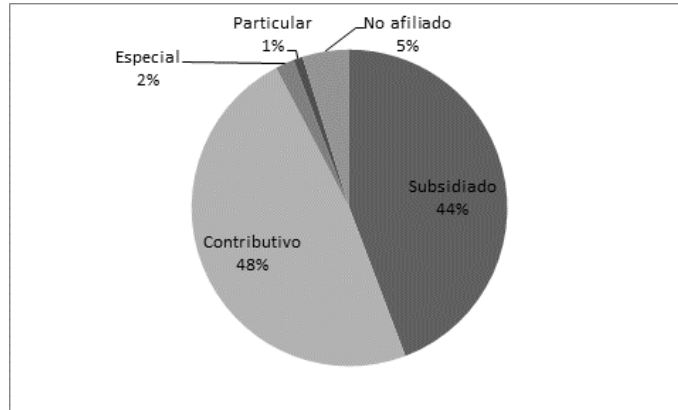
Distribución de casos diagnosticados, por aseguramiento, consolidado, Manizales, 2008-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Como se puede observar en el gráfico que se presenta a continuación, las personas no afiliadas disminuyeron y aumentaron las de régimen subsidiado. Esto es importante ya que las EPS garantizan la atención integral a los usuarios en cualquiera de los dos regímenes.

Distribución de casos diagnosticados, por condición de aseguramiento, Manizales, 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

### SEGUIMIENTO A PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA:

El programa de seguimiento implementado por la Secretaría de Salud Pública, permitió concluir que a diciembre de 2013, 679 personas viviendo con el VIH-SIDA (PVVS) estaban en seguimiento por EPS e IPS en la ciudad.

Como su nombre lo indica, se monitorea la situación de las personas que son atendidas por las diferentes aseguradoras, verificando que se mantenga la adherencia al tratamiento y se brinden todas las garantías de acuerdo con los protocolos establecidos en la guía de atención, en el marco de la legislación vigente. Una caracterización de la población observada se describe a continuación.

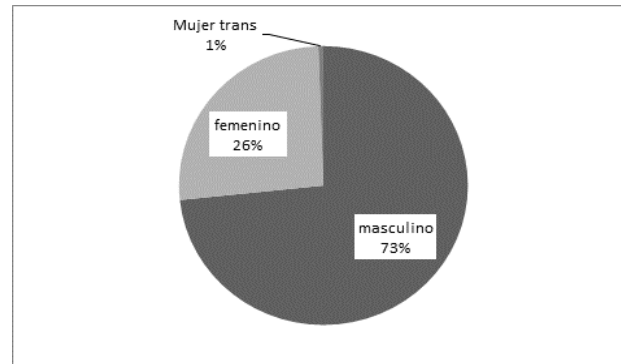
### USUARIOS EN SEGUIMIENTO Y CON ACCESO A TRATAMIENTO

- Sexo:

De las 679 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), 498 (73,3%) son hombres, 177 (26,1%) son mujeres y 4 (1%) son mujeres transexuales.



Proporción de personas viviendo con VIH-SIDA, Distribución por sexo, Manizales, a diciembre de 2013

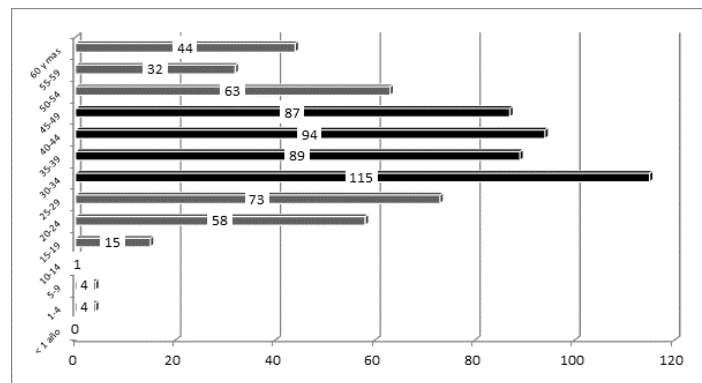


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Edad

El 78,2%(531) de las PVVS en la ciudad, se ubica entre 15-49 años, 147 (21,6%) entre los 10 y 29 años, 8 (1,2%) son menores de 10 años y 44 (6,4%) mayores de 60 años. El promedio de edad es de 38,9 años, la edad mínima es de 2 años y la máxima de 85 años.

Número de personas viviendo con VIH-SIDA, Distribución por grupos de edad, Manizales, a diciembre de 2013

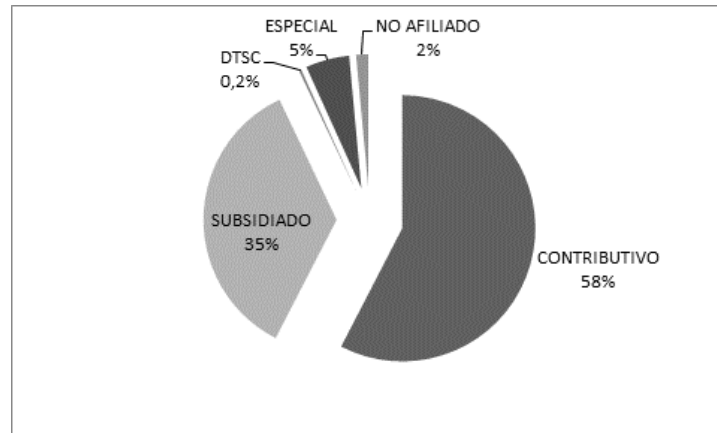


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Afiliación:

De las personas monitoreadas por el programa encontramos que el 58% pertenece al régimen contributivo, el 35% a subsidiado, 5% a regímenes especiales y 2% estaban desafiados al momento del presente informe.

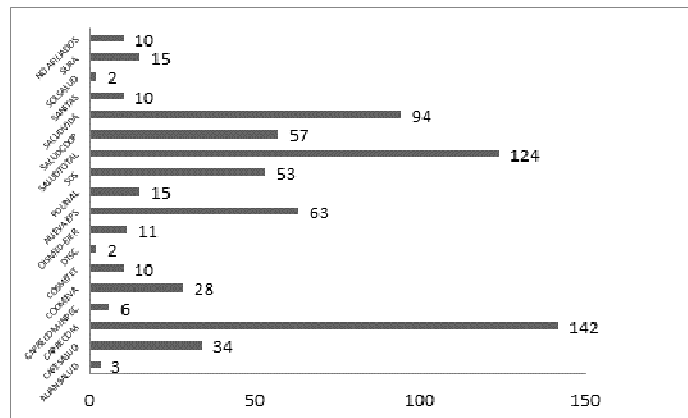
Proporción de personas viviendo con VIH-SIDA, Distribución por aseguramiento, Manizales, a diciembre de 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

Como se aprecia en el gráfico que aparece a continuación, la mayor parte de usuarios están afiliados a: Caprecom (20,9%), Saludtotal (18,2%), Saludvida (13,8%) y Nueva EPS (9,2%)

Número de PVVS afiliadas a cada EPS, Manizales, a diciembre de 2013

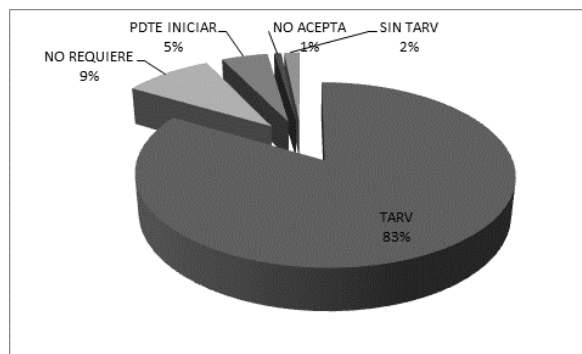


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Acceso a tratamiento:

El siguiente gráfico resume la distribución general del uso de terapia antirretroviral, el 98% de los pacientes que lo requieren reciben este tipo de medicamentos.

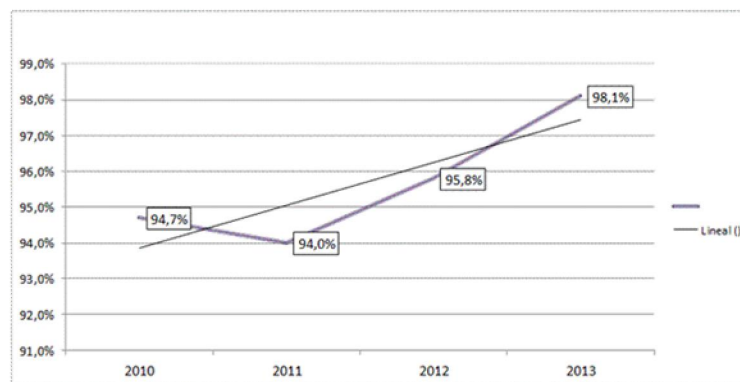
### Proporción de uso de terapia antirretroviral por parte de las PVVS, Manizales, a diciembre 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

El gráfico que se presenta a continuación refleja el aumento progresivo en el acceso a terapia antirretroviral. Esto de manera conjunta con el manejo integral con base en los protocolos actuales y los lineamientos de la Guía de atención basada en la evidencia, favorecen la sobrevivencia de las personas viviendo con VIH/SIDA.

### Proporción de acceso a terapia antirretroviral por parte de las PVVS, consolidado, Manizales 2010-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

### ESTRATEGIA REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH:

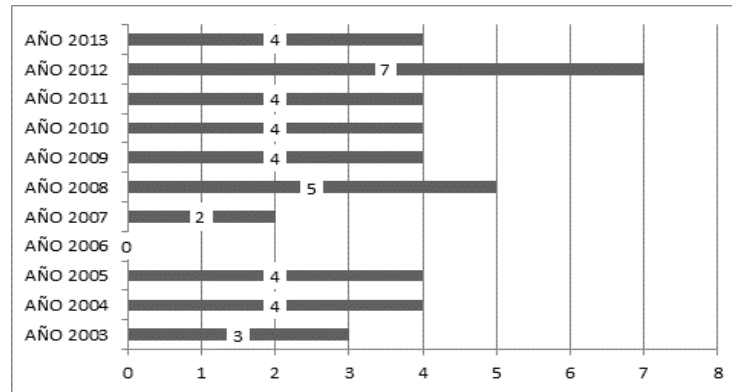
Esta estrategia que empezó en nuestro país a partir del año 2003. Consiste en diagnosticar de manera temprana el VIH en las gestantes y ofrecer todas las garantías para que el recién nacido esté sano.

En Manizales, a través de esta estrategia se han diagnosticado desde el 2003, 41 gestantes viviendo con el VIH, 36 de las cuales han recibido el protocolo completo, que comprende:

tratamiento antirretroviral anteparto, intraparto y postparto, cesárea electiva, tratamiento profiláctico para el recién nacido, fórmula láctea durante los primeros 6 meses y los exámenes diagnósticos para la gestante y el bebé: pruebas de Elisa, Western Blot, cargas virales y recuento de linfocitos.

A continuación se resumen los principales resultados del programa en Manizales desde el año 2003.

Número de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, Manizales, 2003-2013

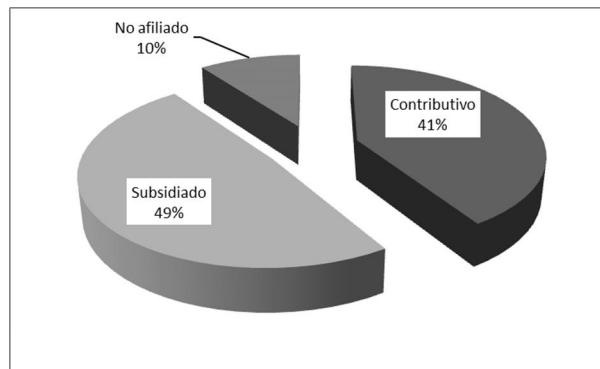


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Aseguramiento :

La seguridad social de las usuarias se detalla a continuación. En su fase inicial esta estrategia estuvo destinada solo a mujeres pobres no afiliadas y aseguradas por Gestarsalud, pero posteriormente se extendió a todas las gestantes.

Proporción de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, por afiliación al SGSSS, Manizales, 2003-2013

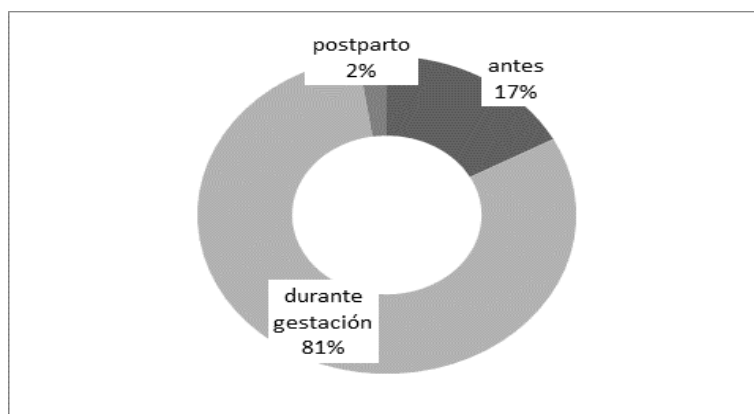


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Oportunidad del diagnóstico de la gestante:

Como se observa en la gráfica que aparece a continuación el 98% de las mujeres fueron diagnosticadas durante la gestación o antes, lo que sin duda representa un beneficio para su(s) hijo(os), ya que conocer el diagnóstico es definitivo para iniciar el protocolo correspondiente y garantizar recién nacidos sanos y adicionalmente captar una usuaria que dará continuidad a su tratamiento.

Proporción de gestantes viviendo con VIH/SIDA, variable estado al momento del diagnóstico, Manizales, 2003-2013

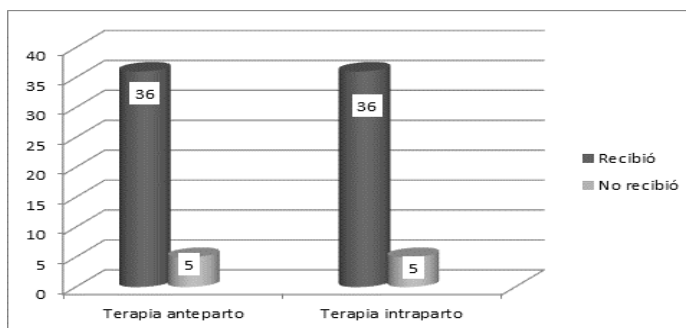


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Acceso a tratamiento

En la gráfica siguiente se evidencia la proporción de mujeres que recibieron Tratamiento Antirretroviral (TARV) durante la gestación y el parto

Número de mujeres viviendo con VIH/SIDA que recibieron TARV durante la gestación e intraparto, Manizales, 2003-2013

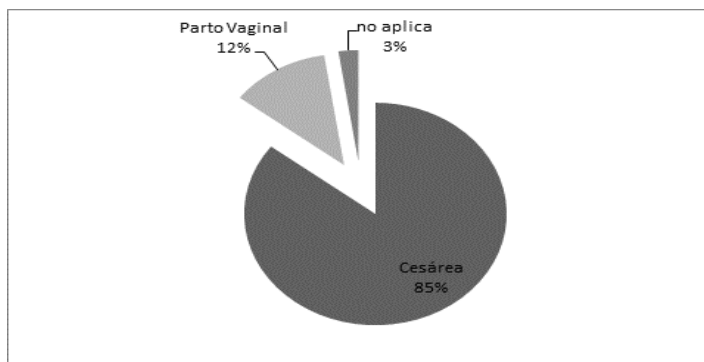


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Acceso a la cesárea:

Como se observa en la gráfica, el 85% de las gestantes tuvo acceso a la cesárea, el 3% (1 gestante) terminó su gestación en aborto y las restantes 5 (12%) realizaron trabajo de parto, aumentando de manera significativa el riesgo de infección en el neonato. A la fecha, el único niño que se tiene diagnosticado como infectado a través de este mecanismo, no recibió ningún tipo de intervención y el diagnóstico de su madre se hizo posterior al parto.

Acceso a cesárea de gestantes viviendo con VIH-SIDA en Manizales, 2003 -2013

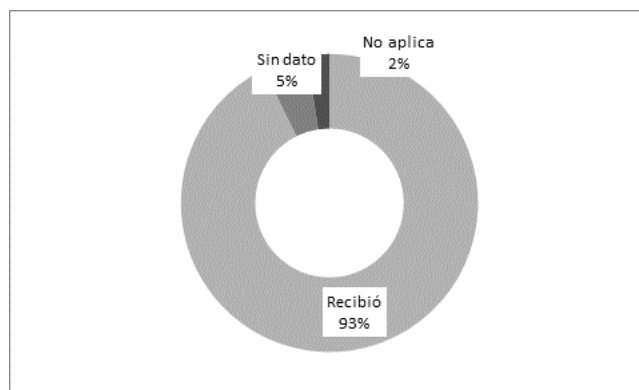


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Acceso de los hijos al tratamiento profiláctico:

De los 40 niños nacidos vivos, se tiene información de 37 que recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante las primeras seis semanas de vida.

Proporción de hijos de mujeres viviendo con VIH-SIDA con acceso a tratamiento profiláctico, Manizales, 2003 -2013

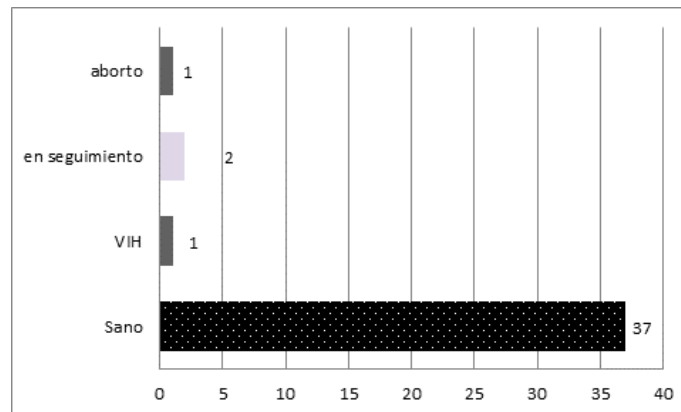


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Estado final de los hijos de madres viviendo con el VIH

El estado de los hijos de madres infectadas, después de realizadas las pruebas diagnósticas protocolarias (Carga viral a los 6 meses, y en algunos casos Elisa a los 18) se resume en la gráfica que se presenta a continuación:

Estado final de los hijos de madres viviendo con VIH-SIDA, Manizales, 2003-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

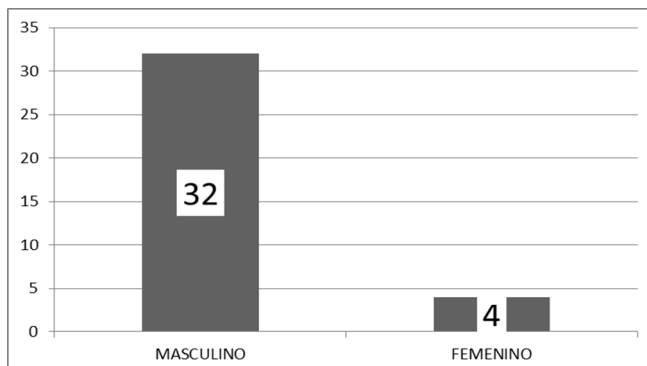
### MORTALIDAD POR SIDA DURANTE EL AÑO 2013:

A partir del informe de las muertes por VIH que realiza la Unidad de Planeación y Epidemiología, con base en los Certificados de defunción, el programa de Prevención y Control de las ITS/VIH-SIDA, realizó un consolidado que permite la siguiente caracterización de las personas fallecidas por esta causa en la ciudad:

- Sexo:

Durante el 2013 fallecieron en la ciudad, 36 personas de SIDA, 32(88%) hombres y 4 (12%) mujeres. (Ver gráfico 32)

### Distribución de casos de mortalidad por SIDA, por sexo, Manizales 2013

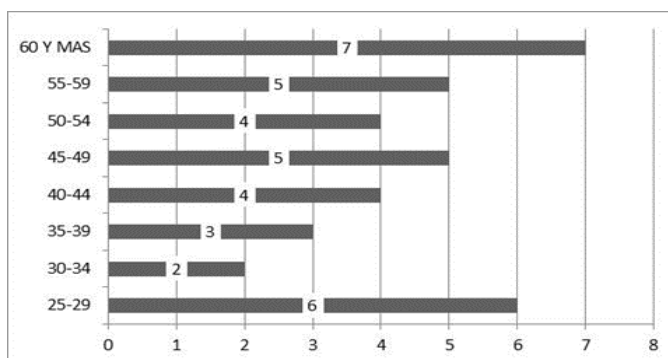


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Edad:

Con respecto a la mortalidad por grupo de edad, se evidencia que 11 (30%) de las personas fallecidas, tenía entre 25 y 39 años, 13 (36%) entre 40 y 54 y 12 (33%) eran mayores de 55 años.(ver gráfico 33)

### Distribución de casos de mortalidad por SIDA, por grupos de edad, Manizales 2013



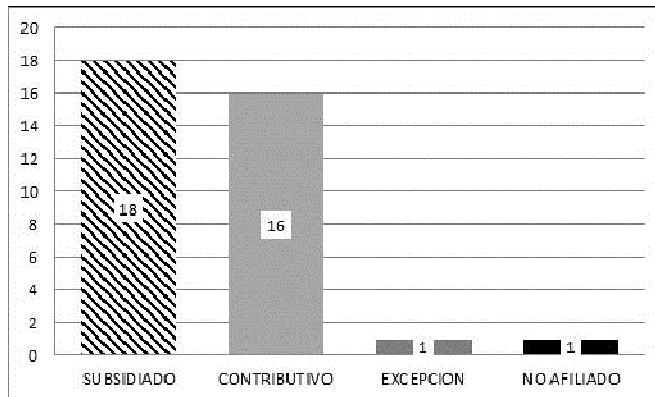
Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

- Afiliación:

En la variable afiliación, se evidencia que de las personas fallecidas, El 50%(18) estaba afiliada a EPS de régimen subsidiado, 44,4%(16) al régimen contributivo, 2,7%(1) a régimen especial y 2,7%(1) estaba desafiado. Ver gráfico a continuación.



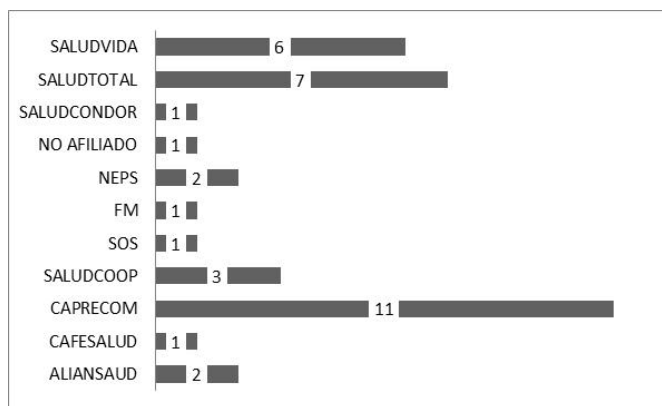
### Distribución de casos de mortalidad por SIDA, por variable aseguramiento, Manizales 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

En el gráfico a continuación aparece el número de casos de personas fallecidas por cada una de las EPS a las que se encontraban afiliadas al momento del evento, el mayor número de casos se presentaron en usuarios de Caprecom (31%), Saludtotal (19%) y Saludvida (16%). Por ello se realizó el correspondiente Comité de Vigilancia Epidemiológica y se establecieron planes de mejoramiento, a partir de los hallazgos que así lo ameritan.

### Distribución de casos de mortalidad por SIDA, variable EPS de afiliación, 2013

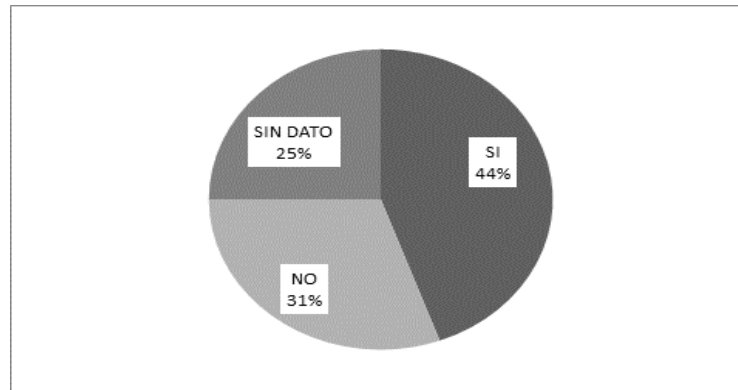


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

Como parte de la búsqueda de factores que contribuyeron al fallecimiento de los usuarios ya descritos, se indagó su asistencia a Programas de Atención Integral (obligatorios según la Normatividad vigente) y se encontró que la tercera parte de los fallecidos, por diversas razones, no alcanzó a llegar a dichos programas, algunos llegaron a servicios de salud, con compromiso severo

de su estado físico sin diagnóstico de VIH/SIDA, otros tuvieron un diagnóstico tardío y no alcanzaron a ser remitidos y otros fueron inasistentes e inadherentes al programa. A continuación se puede observar detalladamente esta variable.

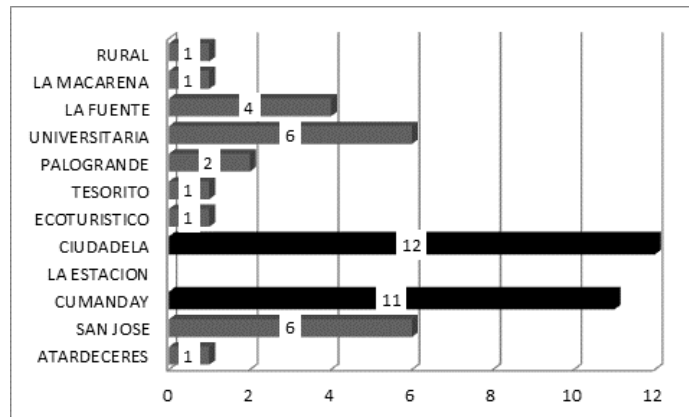
Porcentaje de personas fallecidas por SIDA, que asistían a Programa de Atención Integral, Manizales, 2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, 2013

Con respecto al sitio de residencia, las personas fallecidas, se observó que pertenecían principalmente a las comunas donde se presenta mayor prevalencia, Comuna Ciudadela, Comuna Cumanday, Comuna San José, Universitaria y La Fuente.

Número de personas fallecidas por SIDA, según sitio de residencia, Manizales, 2013



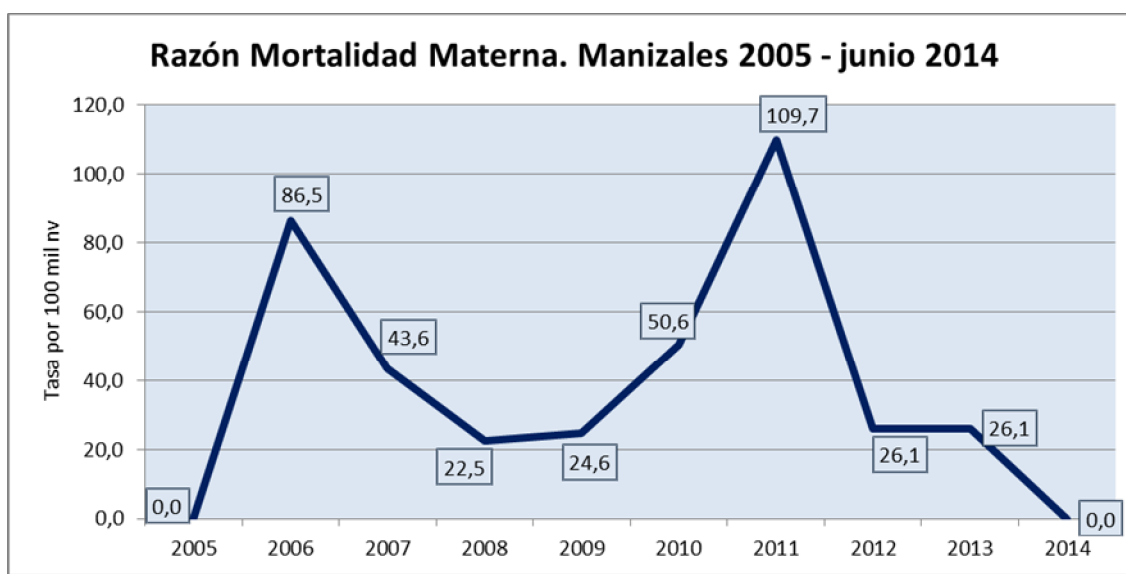
Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Planeación y Epidemiología, 2013

# CAPITULO 11

# INDICADORES DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

### Indicador 1. Razón de Mortalidad Materna:

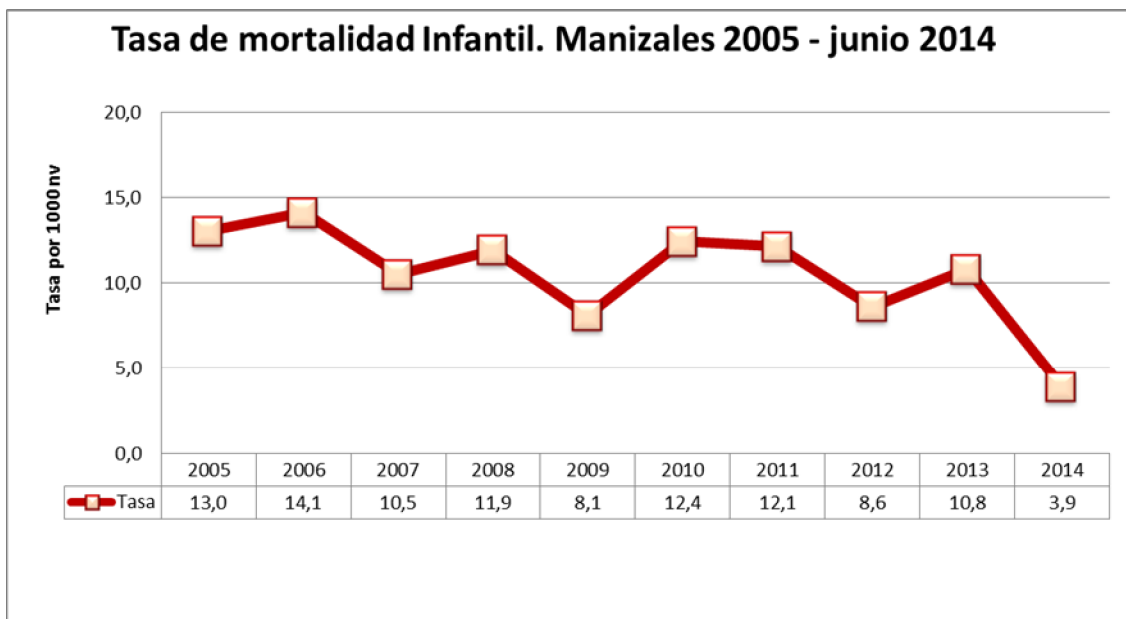
En Manizales, continúa la vigilancia epidemiológica en eventos tan importantes y prevenibles como lo es la mortalidad materna, los resultados se ven reflejados en las tasas de los últimos años, desde el 2012 sólo se ha presentado un solo evento para cada año y hasta junio del 2014 ninguno asociado a la maternidad. Ver gráfico.



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

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

Como se observa en el gráfico para el año 2013 la tasa aumentó 2 puntos porcentuales sin embargo sigue estando por debajo de las cifras nacionales y de los ODM cuya meta al 2015 es reducir la mortalidad en menores de un año a 16.68 por cada mil nacidos vivos. Ver gráfico.

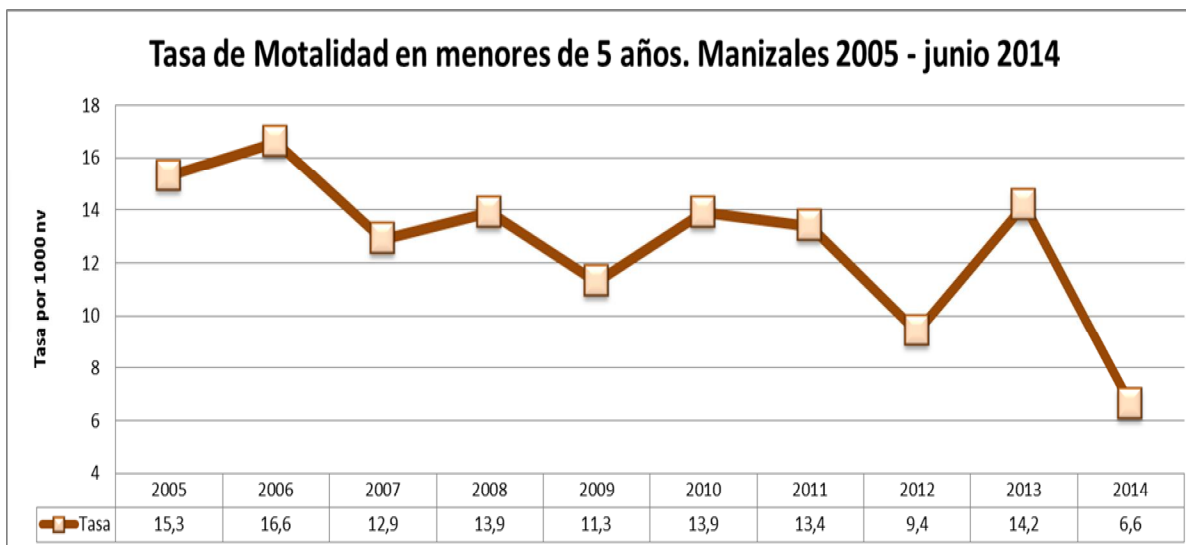


Las estrategias que se vienen implementando reflejan los resultados a corto plazo, es así como para el año 2014 contamos en el primer semestre con una tasa de sólo 4 por 1000 nv.

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

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

A pesar de que la tasa de mortalidad en este grupo de edad aumentó un poco en el año 2013, es posible que terminando el año 2014 la tasa disminuya, pues a junio la tasa está en menos de la mitad con respecto al año anterior. Continúan las estrategias que se han implementado a nivel nacional y municipal a través del trabajo unificado e intersectorial.



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

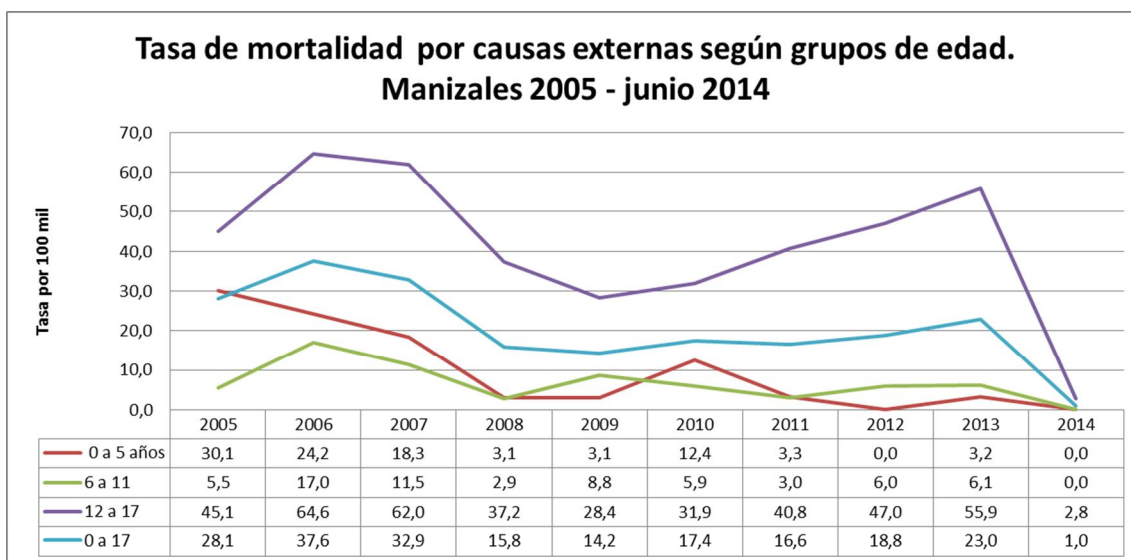
El comportamiento de las principales causas de mortalidad en los menores cinco años, ha cambiado su orden paulatinamente; se observa como para la mayoría de años hasta el 2012, la principal causa eran los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; y a partir del año 2013 la primera causa son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Estos cambios son reflejo del cumplimiento de los protocolos de todas las estrategias que se tienen para prevenir la mortalidad en los menores de cinco años.

Principales causas de mortalidad en población menor de 5 años. Manizales 2005 - junio 2014

Orden	Causas	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		jun-14	
		Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.	Orden	No. Def.
1	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal.	1	18	1	18	2	30	1	15	1	11	2	11	1	9	2	8	3	1		
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.	2	18	2	14	1	22	2	14	2	8	6	8	1	8	2	13	1	4		
3	Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta.	3	5	3	7	3	7	5	6	5	6	1	7	6	7	5	4	4			
4	Otros accidentes, inclusive secuelas	4	5	6	6	7	8	6	6	6	5	3	6	7	5	6	3				
5	Infecciones respiratorias agudas.	5	4	5	4	6	6	3	2	3	3	5	4	3	3	8	2				
6	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal.			4														3	5		
7	Sepsis bacteriana del recién nacido.																	5	3		
8	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas.																			2	
	<b>Total</b>		50		49		73		43		33		36		34		26		33		7

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

Discriminando las tasas de mortalidad por causas externas en los menores de 18 años, se observa como continúan siendo las tasas más altas en el grupo de 12 a 17 años, hasta superan las tasas del grupo 0 a 17 años; es preocupante además, como en el año 2013 todas las tasas específicas aumentaron.



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

Teniendo en cuenta los indicadores que considera la OMS para evaluar es estado nutricional de una comunidad y los criterios de las nutricionistas de la Secretaría de Salud Pública, se analizarán solo los indicadores recomendados mundialmente. Por ésta razón en la matriz de indicadores algunos de ellos aparecen con las letras ND.

Las cifras de la secretaría de Salud del Municipio de Manizales corresponden a los datos de una muestra de 11.113 estudiantes atendidos en el programa de complementación alimentaria en las instituciones públicas; de los cuales el 49 % fue de género masculino y el 51 % de género femenino; la composición por subgrupo de edad fue de 75 % entre 5 y 12 años y 25 % de 12 a 18 años.

Para el análisis se consideran los indicadores trazadores definidos como importantes de monitorear en este grupo de población como son la prevalencia de población con retraso en talla y

retraso severo en talla –medidos por el indicador talla edad, y los porcentajes de delgadez, sobrepeso y obesidad según el Índice de masa corporal –IMC-

El retraso en talla guarda una relación similar con las cifras observadas en el Departamento, y el país; mientras el departamento presenta una cifra igual a la del país (10%), en Manizales este porcentaje es dos décimas inferior (9,8%).

En el caso de la delgadez se observa que Caldas se encuentra 0,7 puntos porcentuales por debajo al del país mientras que la población del programa en Manizales logra bajar 0.9 puntos al ubicarse en 1, 2 %.

El exceso de peso, es decir el sobrepeso, logró el 13% , cifra similar a la del país (13,4%) y menor que la cifra departamental (18,4 %); para el caso de la obesidad tanto en el departamento (4,6%) como en la población evaluada en Manizales la (4,4%) se observan cifras ligeramente superiores al país (4,1 %).

En resumen, la Secretaría de Salud Pública de Manizales, con el fortalecimiento del programa de nutrición, ha emprendido acciones con el fin de monitorear los indicadores y ha reforzado las intervenciones para mejorar la calidad de la alimentación suministrada en los comedores infantiles.

Los resultados de los indicadores Índice de Masa corporal y Talla Edad en el año 2013 en el programa de nutrición de las instituciones educativas públicas del Municipio de Manizales se muestran en la siguiente tabla.

**ESTADO NUTRICIONAL SEGUN EL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC), DE LA POBLACION EN EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTE ATENDIDA EN EL PROGRAMA DE NUTRICION, POR ZONA. MANIZALES 2013**

CLASIFICACIÓN	TOTAL		RURAL		URBANO	
	No. niños	%	No. niños	%	No. niños	%
Delgadez	133	1,2	46	1,5	87	1,1
Sobrepeso	1096	9,8	297	10,0	799	9,8
Obesidad	368	3,3	115	3,9	253	3,1
Adecuados	9556	85,7	2511	84,6	7045	86,1
<b>Total Valorados</b>	<b>11153</b>	<b>100,0</b>	<b>2969</b>	<b>100</b>	<b>8184</b>	<b>100</b>





La principal causa del sobrepeso y la obesidad infantiles es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico y se encuentra asociado a factores como:

- cambio en los patrones de consumo de alimentos hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares y escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables. E
- Disminución de la actividad física, debido al aumento muchas actividades de ocio son de naturaleza sedentaria: televisión, computador, video juegos, así como el cambio de los de transporte que disminuyen la actividad física y la creciente urbanización; asociados a asuntos relacionados con el desarrollo social y económico y las políticas públicas en diferentes determinantes de la seguridad alimentaria y nutricional.

Por otra parte, el retraso en talla en este grupo poblacional es el reflejo de la historia de la desnutrición que presenta este grupo poblacional desde la primera infancia, especialmente deficiencias en el consumo de alimentos de larga duración asociadas a limitaciones en el acceso físico y económico a los alimentos que padece la población más pobre que se reflejan en el indicador de inseguridad alimentaria; estos grupos de población consumen una alimentación alta en calorías vacías, es decir aquellas procedentes de los carbohidratos y las grasas, sumadas a una dieta pobre en proteína de alto valor biológico – carnes, huevos, leche y derivados, vitaminas y minerales –frutas, verduras, hortalizas, carnes, lácteos.

De acuerdo con la OMS, el exceso de peso es un problema social y por consiguiente requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

Sumado a lo factores sociales y económicos, los niños y adolescentes no pueden elegir el entorno en el que viven ni los alimentos que consumen, por el contrario deben adaptarse a sus entornos escolares, familiares y sociales. Asimismo, tienen una capacidad limitada para comprender las consecuencias a largo plazo de su comportamiento.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares; lo que sumado a las deficiencias les resta capacidad intelectual, productiva y resistencia a las enfermedades traduciéndose en costos sociales y económicos para la ciudad y en el caso de las mujeres con estados de malnutrición los consiguientes efectos sobre los menores y la perpetuación del ciclo de la malnutrición .

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles, es así como la Secretaría de Salud pública conjuntamente con la Secretaría de educación han fortalecido el Programa de Alimentación Escolar al suministrar una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada con el fin no sólo de mejorar la permanencia de los estudiantes y a su vez de garantizar el aporte nutricional de macro y micronutrientes de la población escolar y adolescente de las instituciones públicas del municipio de Manizales.

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

La Secretaría de Salud, actualmente adelanta una investigación en lactancia materna, se espera que para el próximo año se tengan los resultados.

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

A partir de año 2014 se implementó un registro para cuantificar el porcentaje de gestantes con anemia nutricional y para el primer semestre el 1.72% de las gestantes contaban con éste diagnóstico; se pretende continuar con éste registro e intervenir en forma inmediata para disminuir a cero el porcentaje y mantenerlo en ese valor a través del tiempo.

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

Llama la atención el aumento en los dos últimos años del bajo peso al nacer en Manizales, sin embargo éstos porcentajes son inferiores a la meta que se tiene propuesta en los objetivos del milenio que se considera inferior a un 10%-



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

El objetivo principal de la medición de éstos indicadores es la protección de los niños y niñas objeto del programa y cuya meta es alcanzar el 95% de cobertura en los biológicos trazadores del programa.

A la fecha, el país tiene como biológicos trazadores la BCG Rn, tercera dosis de Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) y segunda dosis de Rotavirus aplicadas en la población menor de un año y primera dosis de triple viral, fiebre amarilla y tercera de neumococo en los niños de un año.

Dichos biológicos, han ingresado al esquema permanente en momentos diferentes y de manera paulatina, por lo que algunos resultados en las coberturas de vacunación, todavía se ven influenciados por dicho comportamiento.

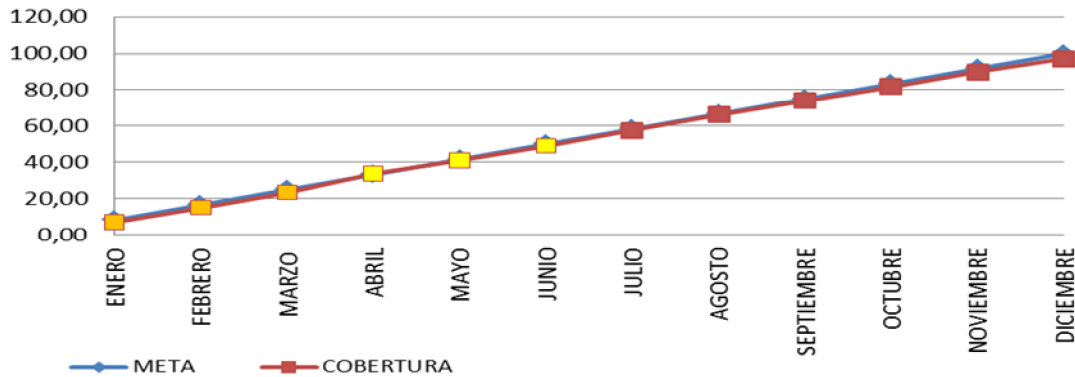
Otro aspecto relevante para el análisis de las coberturas de vacunación, es el denominador, ya que de toma como referencia por lineamiento nacional la población DANE. Sin embargo, teniendo en cuenta que dicha información se basa en proyecciones poblacionales según censo 2005, y que existen diferencias importantes reportadas por algunos entes territoriales al MSPS; se desarrolla a nivel local la programación y evaluación de coberturas utilizando nacidos vivos, censos de canalización, sisben, entre otros.

En consecuencia, teniendo en cuenta que la proyección de la población DANE, reportada al municipio posee datos locales confiables y corresponde al grupo de estadísticas vitales, en el Municipio se toma como denominador dicha fuente.

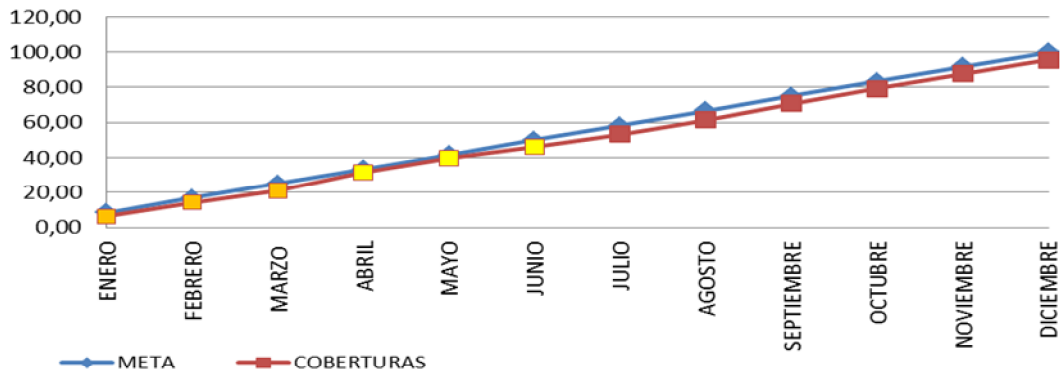
Para la vigencia 2013, el municipio presenta coberturas útiles (superiores al 95%) de vacunación los biológicos: 3 Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) Gráfico 1; Fiebre Amarilla y Triple Viral de un año. Segunda dosis de Rotavirus y tercera de Neumococo para niños de un año se encuentran en 90,7% y 93,4 % respectivamente lo que indica un Porcentaje de riesgo bajo.

Sin embargo, con relación a la población DANE, Manizales presenta coberturas en todos los biológicos inferior a Caldas y Colombia, excepto en BCG.

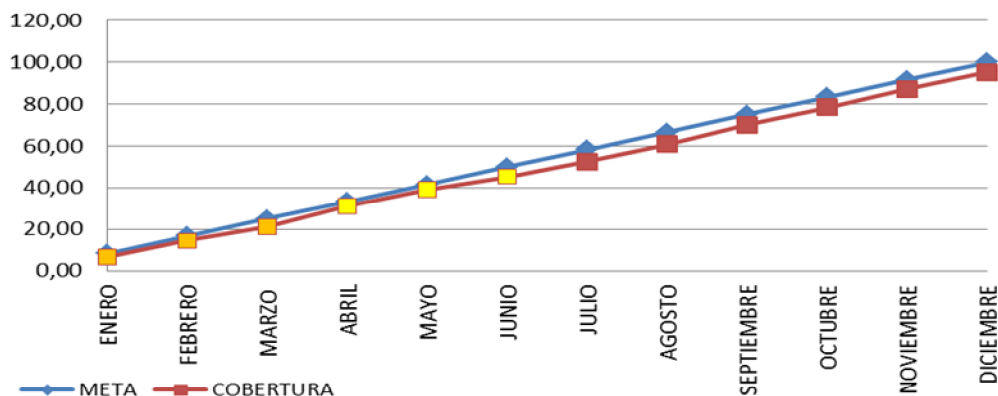
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN VOP3 EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



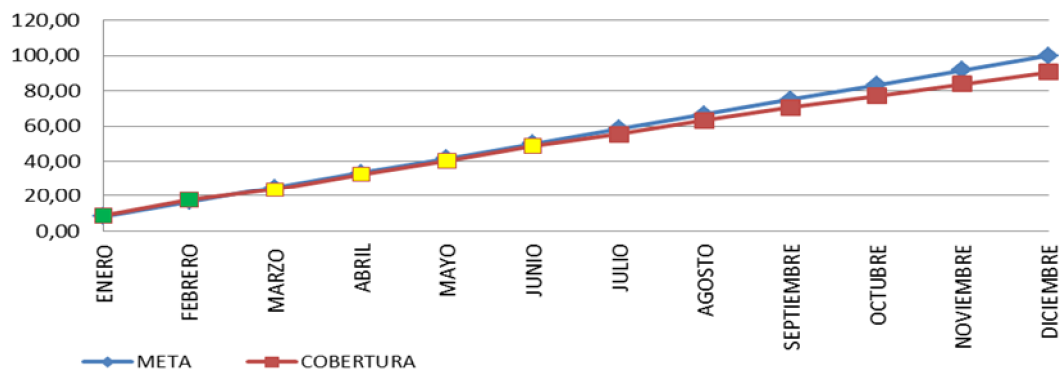
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA FIEBRE AMARILLA EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013

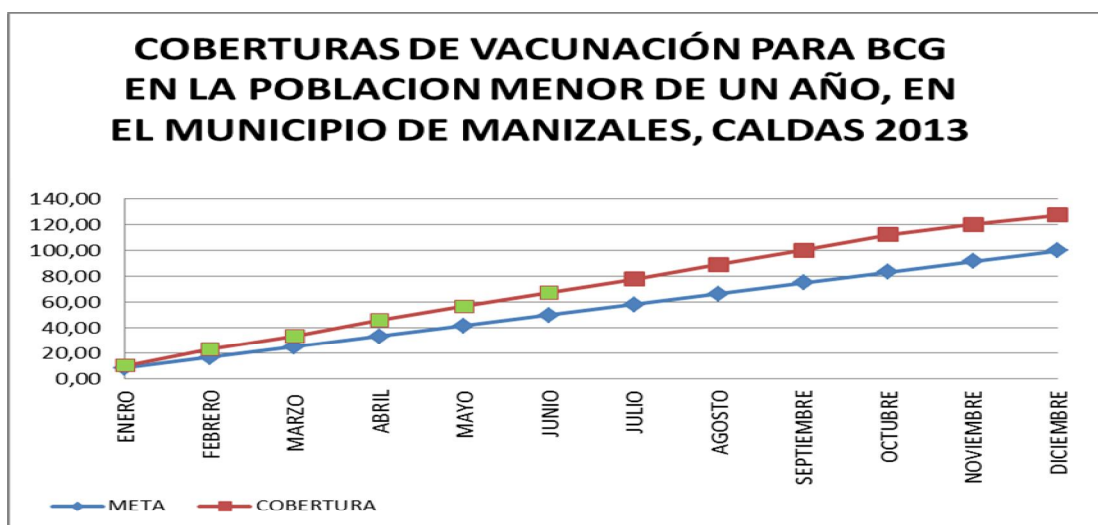
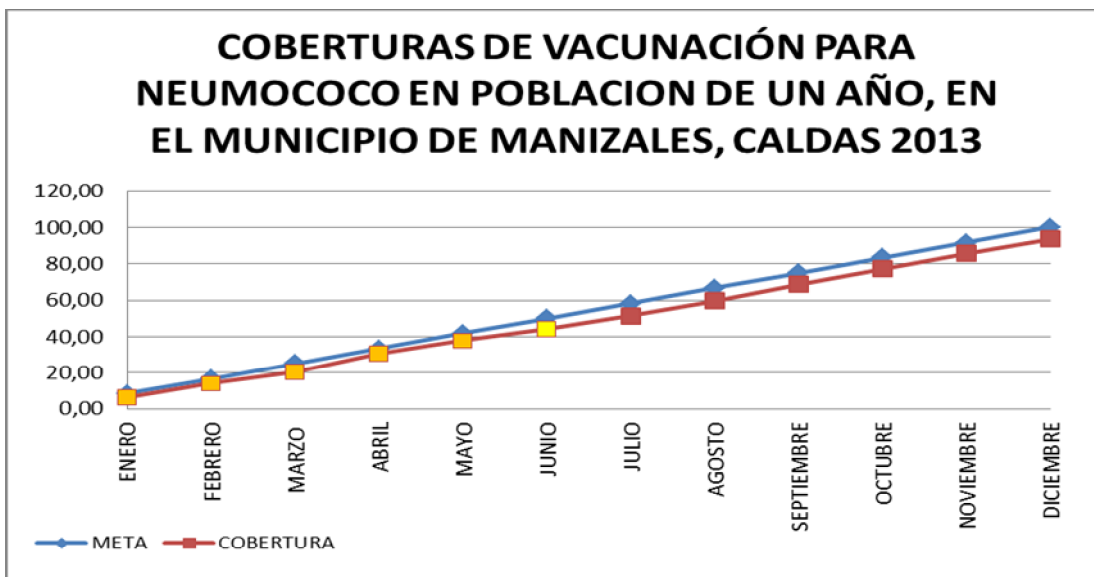


### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA TRIPLE VIRAL EN LA POBLACION MENOR DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



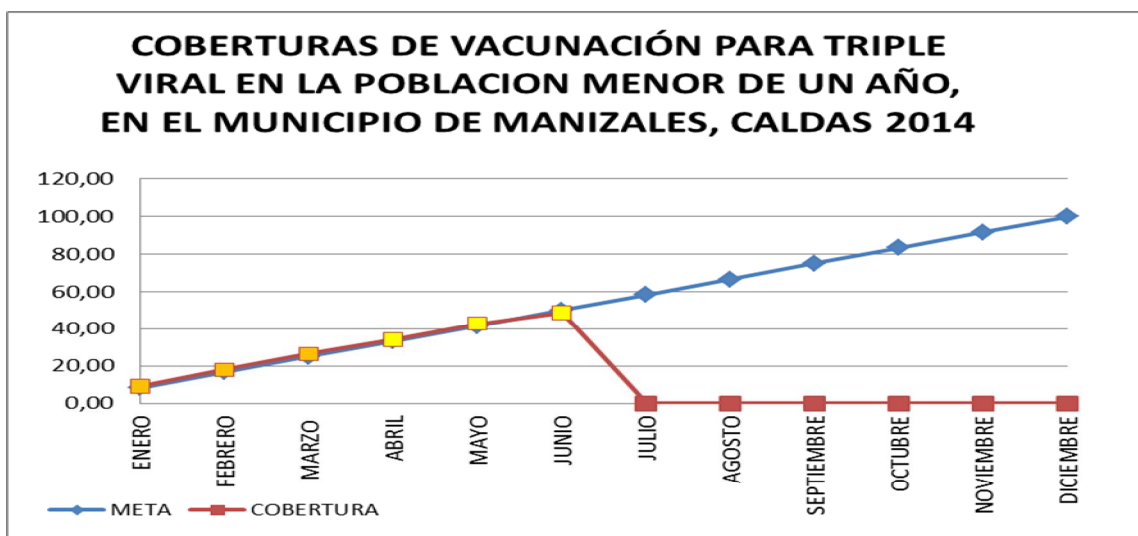
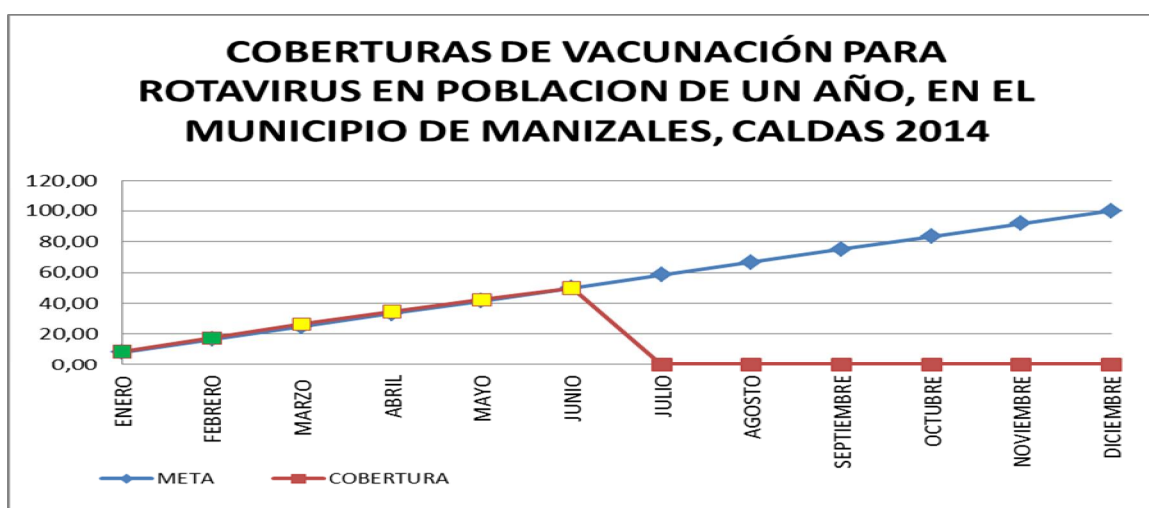
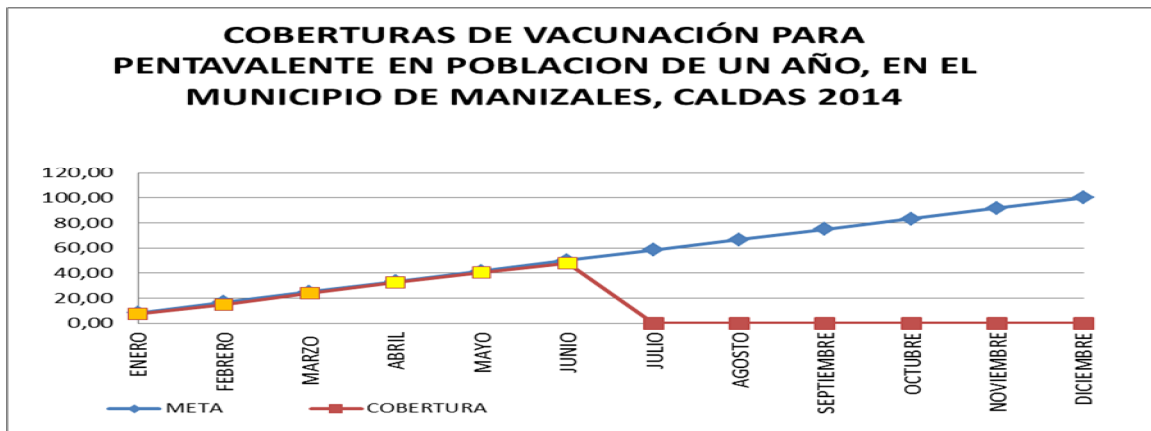
### COBERTURAS DE VACUNACIÓN PARA ROTAVIRUS EN POBLACION DE UN AÑO, EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES, CALDAS 2013



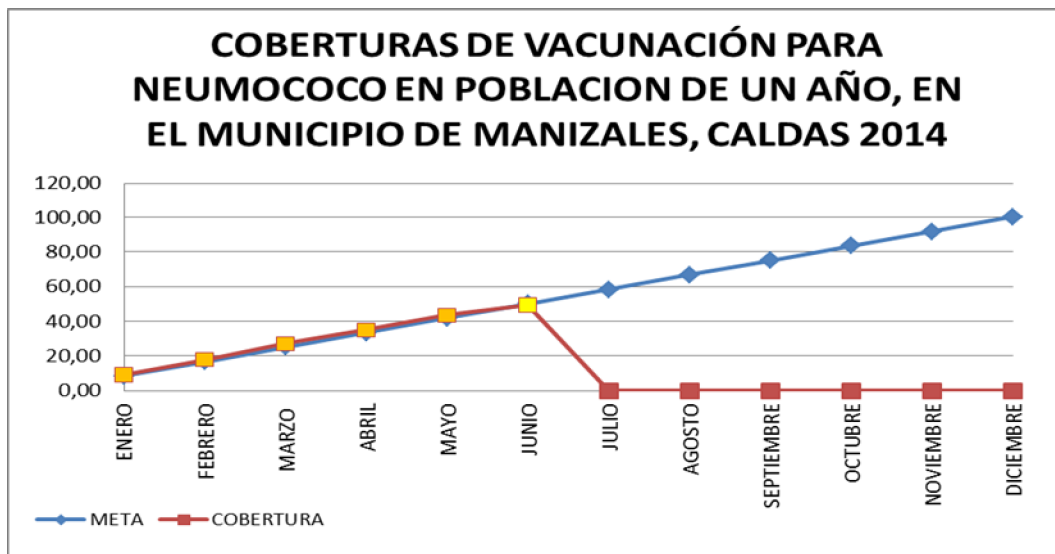
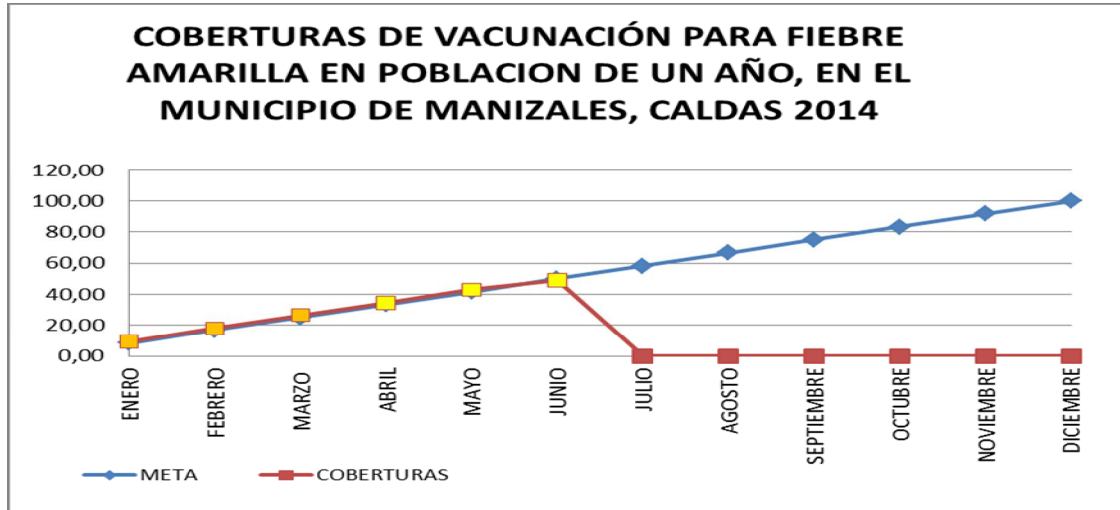


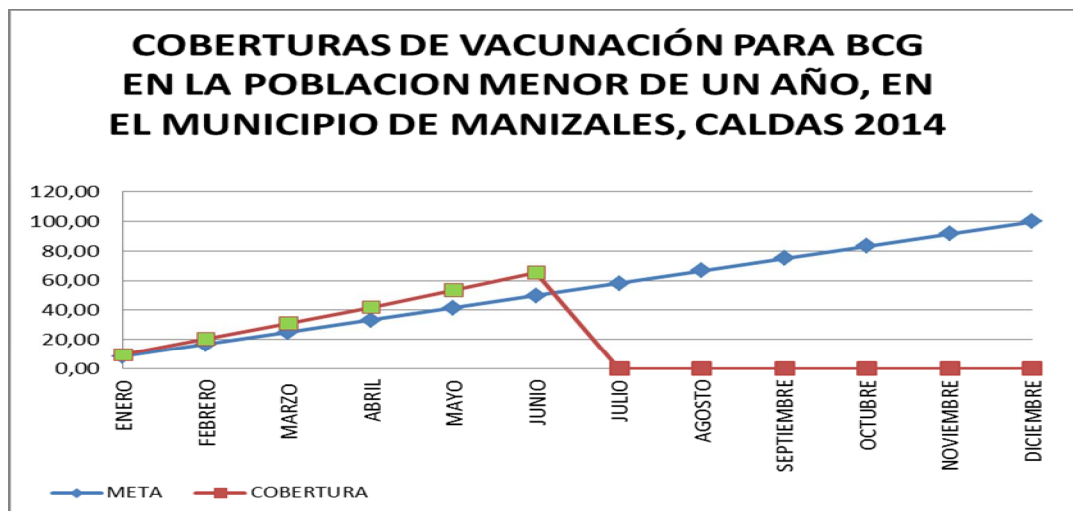
Para la vigencia Primer semestre del 2014 el municipio presenta coberturas útiles (superiores al 48 %) de vacunación los biológicos: 3 Pentavalente (DPT, Hib, Hb y Polio) Gráfico 1; Rotavirus segunda dosis, Gráfico 2; Para niños de un año de edad se tiene coberturas igualmente útiles con un 48 % para Triple Viral y Fiebre Amarilla y un 49 % para el refuerzo de Neumococo

Sin embargo, con relación a la población DANE, Manizales presenta coberturas en todos los biológicos inferior a Caldas y Colombia, excepto en BCG. Gráfico 6.









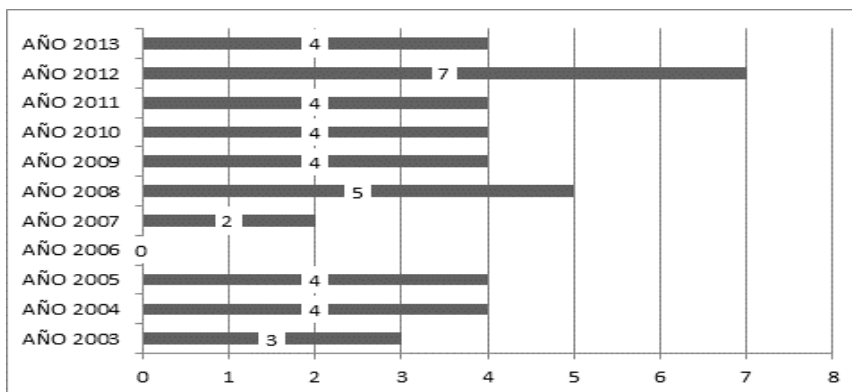
**Indicador 19. Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa)**

Esta estrategia que empezó en nuestro país a partir del año 2003. Consiste en diagnosticar de manera temprana el VIH en las gestantes y ofrecer todas las garantías para que el recién nacido esté sano.

En Manizales, a través de esta estrategia se han diagnosticado desde el 2003, 41 gestantes viviendo con el VIH, 36 de las cuales han recibido el protocolo completo, que comprende: tratamiento antirretroviral anteparto, intraparto y postparto, cesárea electiva, tratamiento profiláctico para el recién nacido, fórmula láctea durante los primeros 6 meses y los exámenes diagnósticos para la gestante y el bebé: pruebas de Elisa, Western Blot, cargas virales y recuento de linfocitos.

A continuación se resumen los principales resultados del programa en Manizales desde el año 2003.

### Número de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, Manizales, 2003-2013

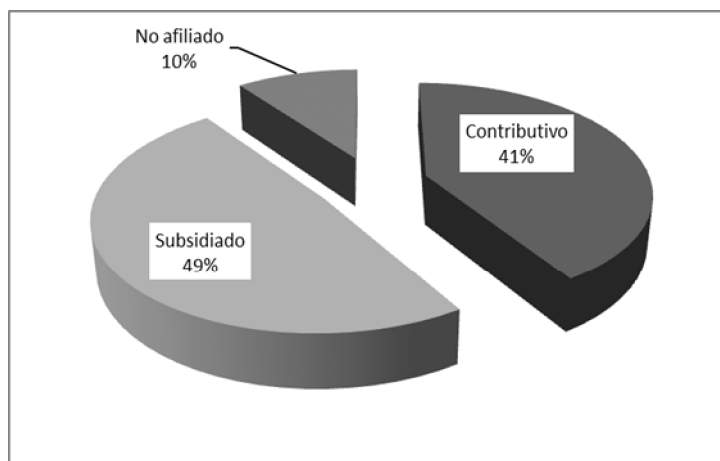


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Aseguramiento :

La seguridad social de las usuarias se detalla a continuación. En su fase inicial esta estrategia estuvo destinada solo a mujeres pobres no afiliadas y aseguradas por Gestarsalud, pero posteriormente se extendió a todas las gestantes.

### Proporción de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, por afiliación al SGSSS, Manizales, 2003-2013

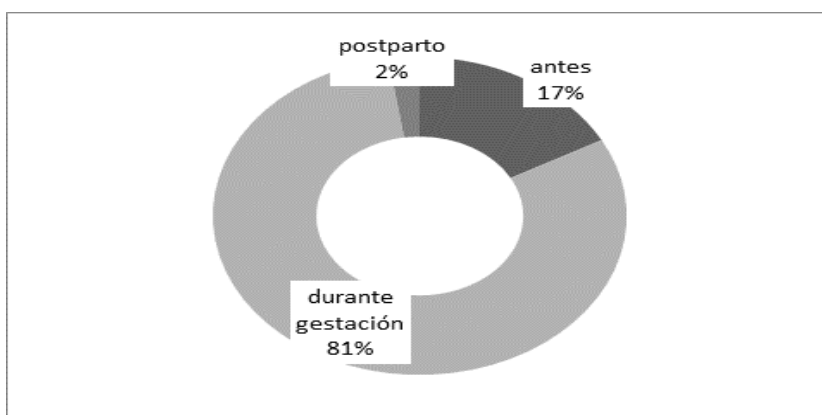


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Oportunidad del diagnóstico de la gestante:

Como se observa en la gráfica que aparece a continuación el 98% de las mujeres fueron diagnosticadas durante la gestación o antes, lo que sin duda representa un beneficio para su(s) hijo(os), ya que conocer el diagnóstico es definitivo para iniciar el protocolo correspondiente y garantizar recién nacidos sanos y adicionalmente captar una usuaria que dará continuidad a su tratamiento.

Proporción de gestantes viviendo con VIH/SIDA, variable estado al momento del diagnóstico, Manizales, 2003-2013

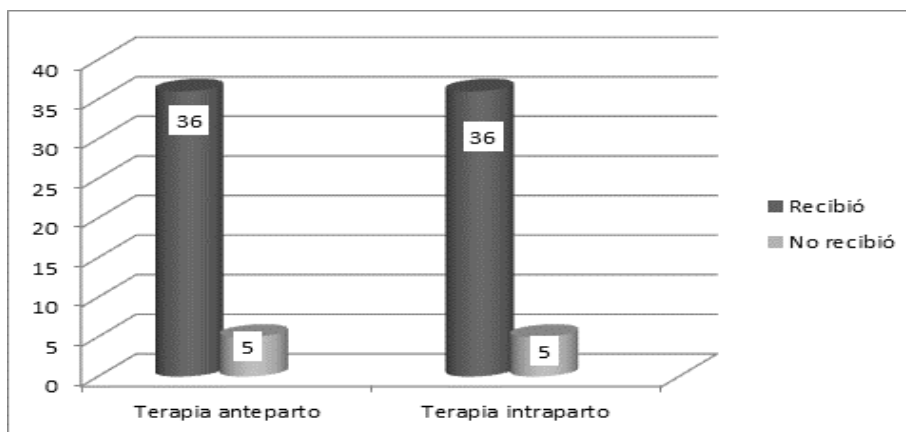


Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

- Acceso a tratamiento

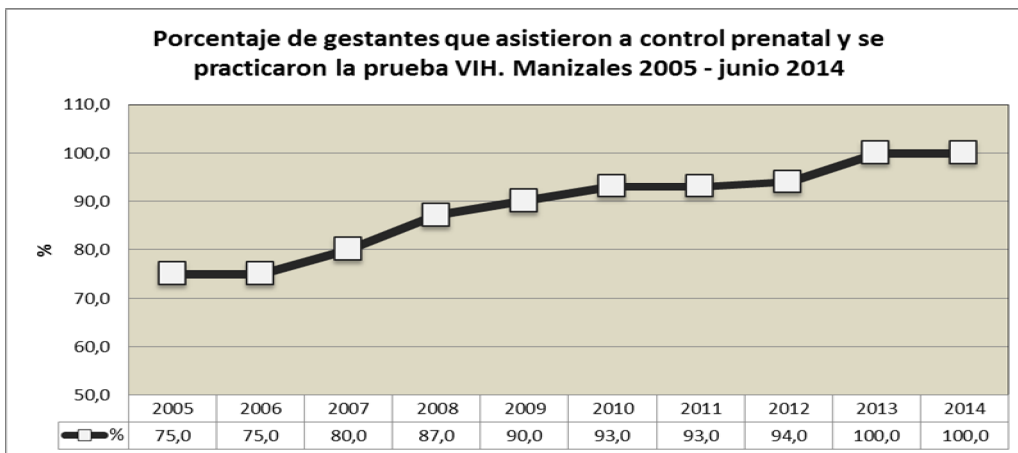
En la gráfica siguiente se evidencia la proporción de mujeres que recibieron Tratamiento Antirretroviral (TARV) durante la gestación y el parto

Número de mujeres viviendo con VIH/SIDA que recibieron TARV durante la gestación e intraparto, Manizales, 2003-2013



Fuente: Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA, 2013

En resumen el siguiente gráfico muestra el porcentaje de las gestantes que asistieron a control prenatal y se practicaron la prueba VIH



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

### Tasa de transmisión maternoinfantil de VIH

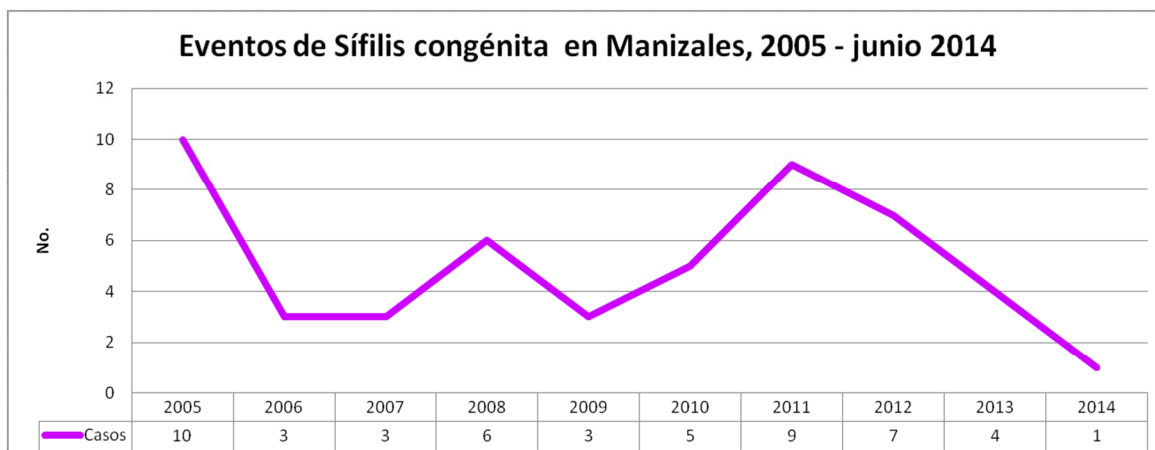
Durante el año 2013, 4 mujeres gestantes se diagnosticaron como viviendo con VIH y a noviembre de 2014, fecha de realización del presente del presente informe se ha diagnosticado una gestante.

Los 4 niños nacidos en el 2013, nacieron sanos y la gestante del presente año mencionada, tiene fecha probable de parto el 7 de enero de 2015.

Este resultado de niños no infectados, a pesar de ser hijos de mujeres que si lo están, probablemente pueda atribuirse a la aplicación de la estrategia de reducción de la transmisión madre-hijo del VIH, que desde el 2003, es de obligatorio cumplimiento en el país para mujeres del régimen subsidiado y no afiliadas y desde el 2007 es universal, es decir cubre a todas las mujeres y sus hijos independientemente del régimen de afiliación. Dicha estrategia comprende: captación temprana, asesoría pre y postest, consentimiento informado, apoyo psicosocial, tratamiento antirretroviral anteparto, intraparto y postparto, cesárea electiva, tratamiento profiláctico para el recién nacido, formula láctea durante el primer año de vida y los exámenes diagnósticos para la gestante, el bebé y su(s) pareja(s): pruebas de Elisa, Western Blot, cargas virales y recuento de linfocitos.

Con respecto a la sífilis congénita, La sífilis congénita es causada por la bacteria **Treponema pallidum**, la cual se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de todos los niños infectados con sífilis mientras están en el útero muere poco antes o después del nacimiento. A pesar del hecho, esta enfermedad puede curarse con antibióticos si se detecta de manera temprana.

En Manizales, según el gráfico se observa como los eventos han disminuido año tras año esto es resultado de la vigilancia intensa y permanente que se le realiza al binomio madre-hijo.



**Indicador 21. Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.**

Son muchas las actividades que se realizan para aumentar la edad de la mujer para concebir y aunque los porcentajes aumentaron en los últimos años, se ha logrado disminuir en gran cantidad el porcentaje en mujeres entre 10 y 14 años.

**Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.  
Manizales 2005 - junio 2014**

<b>Año</b>	<b>%</b>
2005	11,8
2006	11,8
2007	11,5
2008	11,4
2009	10,8
2010	11,5
2011	10,1
2012	10,7
2013	18,4
2014	21,1

Dentro de las actividades que viene realizando la administración municipal se encuentran las siguientes:

1. La prevención del embarazo adolescente es una de los programas bandera de esta administración, tanto así que el programa TU DECIDES, prevención y atención al embarazo adolescente, es coordinado de manera directa por la Primera Gestora Social, y cuenta con reconocimiento nacional y el aval de la Alta Consejería para la Equidad de Género.

2. En la Mesa Municipal de Infancia y Adolescencia se adoptó este documento como una de las líneas prioritarias y se cuenta con el Plan de acción respectivo. (Se anexa acta de adopción). No existe a la fecha una mesa específica de prevención del embarazo adolescente o implementación del Conpes 147 de 2012.

3. Para la prevención del embarazo adolescente, se cuenta con múltiples estrategias, las cuales se pueden resumir de la siguiente manera:

a. Programa TU DECIDES, prevención y atención al embarazo adolescente:

Este programa busca afrontar la prevención del embarazo adolescente con un enfoque de impulso del proyecto de vida personal, partiendo del conocimiento de las condiciones actuales de la juventud, las expectativas frente al futuro, el entorno socio cultural, la situación familiar que afrontan y las razones por las cuales se embarazan por voluntad y opción de vida. De la mano de la Secretaría de Salud Pública, este programa busca fortalecer las actuaciones que el municipio ha venido realizando con respecto a este tema y reforzar el conocimiento de los adolescentes en métodos de anticoncepción e infecciones de transmisión sexual, con el fin de generar un mayor impacto y recordación en la población a intervenir. Este programa cuenta con múltiples estrategias tales como las actividades educativas sobre prevención de embarazo, experiencias vivenciales de embarazo y maternidad-paternidad, campañas publicitarias, difusión de mensajes a través de artistas juveniles de reconocimiento nacional e internacional, tomas de colegios, Psicodrama “Murmulllos”, etc. Todas ellas con un lenguaje juvenil y metodologías lúdicas participativas.

b. Servicios de Salud Amigables para jóvenes:

Desde el **14 de julio** de 2010, en Manizales se cuenta con un servicio de consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes (10 a 29 años) en los Centros de atención de La Asunción (cobertura a comuna Ciudadela del Norte) y El Prado (Comuna La Fuente) de ASSBASALUD. A partir del **1 de**



marzo del año 2011, se amplió la oferta a las comunas San José, Universitaria y La Macarena y desde el 2013, se amplió la oferta a los Corregimientos Manantial y Colombia.

Los servicios amigables cuentan con el siguiente grupo de profesionales: 5 médicos (1 por centro de salud, que dedica parte de su tiempo a esta consulta diferenciada), 3 enfermeras y 1 psicóloga (de tiempo completo para el programa). Quienes desarrollan la atención intramural en los Centros de Salud de ASSBASALUD de los sectores antes mencionados y extramural en instituciones educativas y otros espacios de interacción juvenil como Casas de la Cultura y Clubes Juveniles.

En ASSBASALUD, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, funcionan en los siguientes horarios y espacios: En el Centro Piloto (Comuna San José) los **miércoles** 7am a 4:pm, en el CISCO Bosques del Norte los **Viernes** de 7:30 a 11:30 am y de 1:00 a 4:30 pm, en el Centro de Salud de Fátima los **lunes** de 7:30 am a 12 m, en la Unidad de Atención del Prado los **jueves** de 1:30 a 5:00 pm y en el Centro de Salud de El Bosque los **lunes** de 1:30 a 5:30 pm.

Inversión: Durante la vigencia de 2010 se invirtieron \$24.000.000,00, durante el 2011, \$62.000.000, durante el año 2012 se destinaron \$84.000.000, para la vigencia 2013, \$90.000.000 y durante este 2014, se ejecutarán \$ 94.000.000. Logros del programa: contar con un servicio de atención diferenciado para personas entre 10 y 29 años, con énfasis en salud mental, sexual y reproductiva. El programa ha sido muy bien recibido y acogido por la comunidad, toda vez que responde a las necesidades específicas de un grupo de población que se considera prioritario, ya que su morbilidad está relacionada con su conducta, por lo tanto es fundamental la intervención para el manejo de sus factores de riesgo y fomento de los factores protectivos en pro de su salud integral.

#### c. Actividades educativas en salud sexual y reproductiva:

Cuenta con dos modalidades, talleres grupales y consejerías individuales, que buscan responder de manera adecuada y oportuna a las inquietudes más frecuentes de las personas jóvenes, sobre temáticas como Maternidad segura, Planificación familiar, Salud sexual y reproductiva, Infecciones de transmisión sexual, Prevención de Cáncer de cuello uterino y mama, violencia sexual y doméstica. Además de brindar respuestas puntuales, busca inducir la demanda de atención en salud y acercar la población juvenil al sistema.

#### d. Anticoncepción sin barreras:

Según el Acuerdo 380 de 2007, están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud todos los anticonceptivos hormonales, DIU y quirúrgicos, de tal manera que previa consejería e indicación médica podrá acceder a ellos quien los necesite. Esto incluye a los adolescentes.

4. Las actividades previamente descritas se han ejecutado de acuerdo con lo planeado, en los anexos técnicos del Plan de Salud Territorial.

5. El seguimiento a las actividades se refleja en el monitoreo anual que se hace a la tasa de fecundidad adolescente, el cual se presenta a continuación y en el cual se evidencia que va en descenso. Se anexa el artículo de análisis del comportamiento de la fecundidad en el Municipio de Manizales, durante el período 2003-2013, publicado en el Observatorio de Salud Pública del Municipio de Manizales [www.sismanizales.net](http://www.sismanizales.net)

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

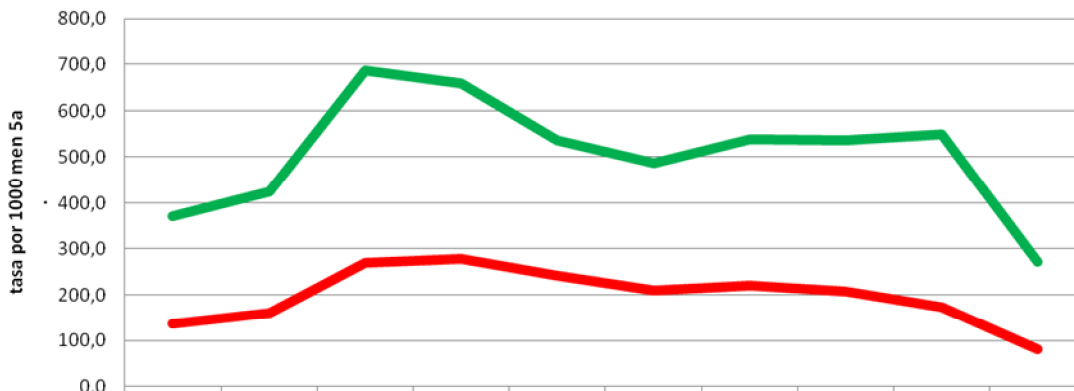
Es importante mencionar que las estrategias que se han implementando en la ciudad para detectar tempranamente a la gestante diagnosticada con sífilis, ha sido muy favorable ya que del 40% en el 2012 subió al 71.4% en el 2013 y al 90% en el 2014.

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

Continúan aportando a este grupo de edad las enfermedades virales e infecciosas como la Respiratorias Agudas, Otitis y enfermedades diarreicas entre otras; sin embargo es vale la pena mencionar que a partir del año 2013 los trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes se registran dentro de las cinco primeras causas de morbilidad en éste grupo de edad.

Basados en los registros de notificación obligatoria, cuya fuente primaria son todas las Unidades Generadoras de datos de la ciudad, se encontró que éstos eventos también vienen disminuyendo. Una vez más se ve reflejado todas las actividades de promoción y prevención que se realizan en la ciudad con todos los actores.

### Tasa de enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en menores de 5 años. Manizales 2005 - 2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<span style="color: red;">—</span> EDA	136,9	160,1	270,5	278,2	241,1	209,8	219,7	207,4	174,0	79,7
<span style="color: green;">—</span> IRA	371,9	423,6	686,3	659,9	535,8	486,7	538,5	536,7	549,7	271,6

# CAPITULO 12

# SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

## RESULTADOS PARA LA POBLACION MENOR DE CINCO AÑOS

Del total de la población valorada se identifica que el 48% son niñas y el 52 % son niños, así mismo se determina que de las 15 entidades que notificaron información la ESE Assbasalud y el ICBF fueron las instituciones que mayor número de registros reportaron, aportando 17.6% y 60.5% de total que información respectivamente. Cabe señalar que las dos entidades nombradas son las que mayor cobertura en lo referente a la atención de primera infancia en sus respectivas competencias en la ciudad de Manizales.

### Prevalencia del estado nutricional según indicador antropométrico Peso/Talla

CLASIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
DESNUTRICION AGUDA	169	1.3
DESNUTRICION AGUDA SEVERA	55	0.4
NA	3	0.0
OBESIDAD	674	5.1
PESO ADECUADO PARA LA TALLA	8722	66.6
RIESGO BAJO PESO PARA LA TALLA	1124	8.6
SOBREPESO	2353	18.0
TOTAL GENERAL	13100	100.0

Se identifica que del total de población valorada 1.7% presentan bajo peso para la talla o desnutrición aguda, mientras que el 21% de la población presentan malnutrición por exceso de peso (sobrepeso u obesidad).

### Prevalencia del estado nutricional según indicador antropométrico Talla/ Edad.

CLASIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
RETRASO TALLA	1779	13.6
RIESGO BAJA TALLA	3691	28.2
TALLA ADECUADA PARA LA	7630	58.2
Total General	13100	100.0

Al observar los resultados del indicador Talla para la Edad se determina que el 13.6% de la población total valorada presenta retraso en el crecimiento o baja talla para la edad.

### Prevalencia del estado nutricional según indicador antropométrico Peso/ Edad.

CLASIFICACION	NUMERO	PORCENTAJE
DESNUTRICION GLOBAL	438	3.3
DESNUTRICION GLOBAL SEVERA	67	0.5

EXCESO DE PESO	<b>1320</b>	<b>10.1</b>
PESO ADECUADO PARA LA EDAD	<b>8946</b>	<b>68.3</b>
RIESGO BAJO PESO PARA LA EDAD	<b>2329</b>	<b>17.8</b>
Total General	<b>13100</b>	<b>100.0</b>

Se determina que 4 de los 10 niñ@s valorados presentan bajo peso para la edad o desnutrición global.

GENERO	DNT	RETRASO TALLA %	DNT GLOBAL	SOBREPESO%	OBESIDAD
<b>FEMENINO</b>	<b>1.6</b>	<b>12.6</b>	<b>3.4</b>	<b>18.1</b>	<b>5.3</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>1.8</b>	<b>14.5</b>	<b>4.1</b>	<b>17.9</b>	<b>5</b>

\*Los 5 indicadores mostrados son independientes por lo tanto no se suman entre sí.

Según la información analizada se encuentra que la situación nutricional de los niños valorados en cuanto a los indicadores de malnutrición por déficit de masa corporal y de estura presenta mayor afectación que las niñas, ya que en los 3 indicadores analizados: desnutrición aguda, desnutrición crónica o retraso en talla y desnutrición global, presentan mayor prevalencia que sus semejantes del género opuesto. Seguidamente se identifica que en los indicadores de malnutrición por exceso de peso: sobre peso y obesidad, presentan mayor afectación de las niñas que los niños.

Por lo cual se puede concluir que en la población, menor de cinco años de la ciudad de Manizales existe mayor prevalencia de desnutrición en el género masculino y mayor prevalencia de malnutrición por exceso de peso en el género masculino y mayor prevalencia de malnutrición por exceso de peso en el género femenino.

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MALNUTRICIÓN POR DEFICIT Y EXCESO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS Vs ENSIN 2010

UNIDAD GEOGRAFICA	PORCENTAJE DE DESNUTRICION CRONICA	PORCENTAJE DE DESNUTRICION GLOBAL
Manizales	13.6	3.9
Departamento de Caldas	13.5	3.1
Region Central (Antioquia, Caldas, Caqueta, Huila, Quindio Risaralda y Tolima)	10.7	2.8
Total Colombia	13.2	3.4

**Fuente. ENSI 2010 y Secretaria de Salud de Manizales 2013**

Se puede visualizar la situación del estado nutricional de la población menor de cinco años en la ciudad de Manizales según los dos indicadores antropométricos planteados no es la más favorable realizando el comparativo con respectivas unidades geográficas, si bien la prevalencia porcentual de los eventos desnutrición crónica y desnutrición global de la ciudad de Manizales son relativamente semejantes a la prevalencia de estos eventos a nivel departamental, se observa que comparando la información de la ciudad vs la región central y la nación son mal altos a nivel local, con lo cual se puede determinar que la situación nutricional de la población de primera infancia en la ciudad no es la ideal.

### PROGRAMAS DE NUTRICION VIGENCIA 2013

PROGRAMA	BENEFICIARIOS	EJECUCION
COMPLEMENTACION ALIMENTARIA ESCOLAR	12.500	128 DIAS
SOPORTE NUTRICIONAL MENORES DE 5 AÑOS	350	7 MESES
PAQUETE NUTRICIONAL MUJERES GESTANTES	280	7 MESES
CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL	15	10 MESES

### COMPONENTE ADMINISTRATIVO

CONTRATOS EN EJECUCION	VALOR CONTRATO	VALOR EJECUTADO	VALOR POR EJECUTAR
COMPLEMENTACION ESCOLAR, SOPORTE NUTRICIONAL NIÑOS Y GESTANTES	2.494.366.670	1.111.000.560	1.383.366.110

CENTRO RECUPERACION NUTRICIONAL	28.000.000	20.000.000	8.000.000
TOTAL	2.522.366.670	1.131.000.560	1.391.366.110

### COMPLEMENTACION ALIMENTARIA ESCOLAR

La población beneficiaria son los niños y niñas de las instituciones educativas públicas del municipio de Manizales, que tienen entre 5 y 17 años de edad, para la vigencia de 2013 se beneficiaron 91 instituciones educativas adscritas al programa, de las cuales 44 pertenecen a la zona urbana y 47 son de la zona rural.

El total de población beneficiaria fue de 12.500 estudiantes, dándose una cobertura del 37% de la población urbana y un 100% de la población rural escolarizada, con esto se garantiza la priorización de la población más vulnerable del municipio.

El programa cuenta con dos modalidades de atención: desayuno y almuerzo; donde se cubre el 40% del requerimiento nutricional de la población escolar; se cuenta con un ciclo de minutos para la programación diaria en la preparación de los alimentos.

El objetivo del programa complementación alimentaria: Contribuir al mejoramiento del estado nutricional de los niños, niñas y adolescentes de las instituciones educativas del área urbana y rural del Municipio de Manizales.

### EJECUCION DEL PROGRAMA

MODALIDAD ATENCION	RACIONES ENTREGADAS	DIAS EJECUTADOS A 30 JUNIO	NUMERO BENEFICIARIOS
DESAYUNO	167.209	59	3000
ALMUERZO	524.149	59	9500



### ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

ACTIVIDAD	NUMERO DE USUARIOS
VALORADOS NUTRICIONALMENTE	10.782
DESPARASITADOS	626
CAPACITADOS	10.391

# CAPITULO 13

# DISCAPACIDAD

Las alteraciones permanentes están organizadas por las siguientes categorías el sistema nervioso; la piel; ninguna; Los ojos; Los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Para el análisis de la información se utilizó el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad que se encuentra disponible en la Bodega de Datos de SISPRO.

#### Distribución de las alteraciones permanentes de Manizales, 2009-2012

Alteraciones permanentes	2009	2010	2011	2012
El sistema nervioso	0	1779	23	150
La piel	0	143	1	4
Los ojos	1	2297	14	50
Los oídos	0	626	9	103
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	110	2	6
La voz y el habla	0	299	14	111
El sistema cardio respiratorio y las defensas	1	2400	6	12
La digestión, el metabolismo, las hormonas	0	1224	3	9
El sistema genital y reproductivo	0	351	5	3
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	0	2088	36	68
Ninguna	0	0	0	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS

Básicamente a partir del año 2010 en el país se implementó el registro para la caracterización y localización de las personas con discapacidad, al año 2011 se había registrado 11948 personas con discapacidad en la ciudad. La discapacidad más común en este grupo es la del sistema cardiorespiratorio y las defensas (20.3%) y le continúan la del grupo del movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, seguida de los del sistema nervioso (18.3% y 16.3% respectivamente). La discapacidad menos frecuente en este municipio es la de los demás órganos de los sentidos.

#### Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres de Manizales, 2009 al 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos,	Ninguna
0 a 4 años	4	1	2	0	0	1	1	0	0	2	0
05 a 09 años	72	1	6	8	1	29	7	3	0	13	0
10 a 14 años	355	2	33	21	4	57	19	5	6	33	0
15 a 19 años	259	8	84	24	11	38	40	19	7	49	0
20 a 24 años	73	8	58	21	13	31	31	20	2	40	0
25 a 29 años	28	2	25	7	3	8	17	12	2	14	0
30 a 34 años	34	4	27	11	5	13	16	11	4	29	0
35 a 39 años	26	4	21	11	1	11	9	6	4	27	0
40 a 44 años	21	2	25	10	1	13	22	17	2	32	0
45 a 49 años	31	2	27	16	1	16	30	19	6	43	0
50 a 54 años	36	2	42	17	4	9	45	27	6	55	0
55 a 59 años	38	5	72	25	2	13	60	34	13	78	0
60 a 64 años	31	7	74	28	7	12	114	47	16	91	0
65 a 69 años	31	3	84	32	4	11	115	41	13	72	0
70 a 74 años	45	2	76	31	1	8	121	39	27	86	0
75 a 79 años	31	7	89	33	2	9	106	40	25	87	0
80 años o más	48	6	162	73	5	10	207	77	53	175	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS

Tabla 1. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres.  
Manizales, 2009 a 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las vías	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Ninguna
0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
05 a 09 años	25	1	7	4	1	9	2	4	3	8	0
10 a 14 años	144	1	26	10	1	19	17	8	1	10	0
15 a 19 años	145	6	97	22	8	19	27	17	3	28	0
20 a 24 años	43	6	57	12	6	14	27	26	8	17	0
25 a 29 años	14	2	36	8	4	10	15	14	9	13	0
30 a 34 años	28	5	35	7	2	9	21	20	5	25	0
35 a 39 años	20	2	22	6	2	6	16	18	3	25	0
40 a 44 años	34	8	64	15	5	13	47	41	11	46	0
45 a 49 años	42	6	70	24	5	11	68	50	9	56	0
50 a 54 años	47	8	121	26	5	13	102	83	15	96	0
55 a 59 años	47	2	141	30	1	7	149	101	12	122	0
60 a 64 años	45	9	141	27	4	10	162	92	15	138	0
65 a 69 años	37	7	142	34	3	8	170	87	16	139	0
70 a 74 años	40	6	130	35	3	5	163	61	13	139	0
75 a 79 años	38	3	152	35	1	7	180	75	18	163	0
80 años o más	102	15	245	97	7	20	309	134	36	295	0

Fuente: RCLP- SISPRO-MSPS

# CAPITULO 14

# ENFERMEDADES CRONICAS

Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Manizales 2009 – 2012

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
<b>Enfermedades no transmisibles</b>					
<b>Anomalías congénitas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	47,0	50,2	55,6	52,5	-3,1
Infancia de 06 a 11 años	10,5	12,4	11,5	14,2	2,6
Adolescentes de 12 a 18 años	9,0	9,0	7,6	7,8	0,2
Juventud de 14 a 26 años	10,4	9,9	8,3	8,5	0,2
Adulthood de 27 a 59 años	18,8	15,2	13,5	14,4	0,9
Personas de 60 y más años	4,4	3,3	3,6	2,7	-0,9
<b>Condiciones neuropsiquiátricas</b>					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	2,5	2,9	2,8	2,1	-0,6
Infancia de 06 a 11 años	5,9	6,7	6,6	5,8	-0,8
Adolescentes de 12 a 18 años	9,2	9,4	9,5	9,3	-0,2
Juventud de 14 a 26 años	19,8	19,0	19,5	20,5	1,0
Adulthood de 27 a 59 años	52,2	49,2	49,0	47,9	-1,0
Personas de 60 y más años	10,5	12,8	12,7	14,4	1,7
<b>Condiciones orales</b>					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	5,7	6,2	5,4	0,8	-4,5
Infancia de 06 a 11 años	8,3	7,0	7,5	8,5	1,0
Adolescentes de 12 a 18 años	8,2	8,1	7,9	8,6	0,7
Juventud de 14 a 26 años	20,1	19,1	16,2	18,6	2,5
Adulthood de 27 a 59 años	52,1	49,9	53,1	52,3	-0,8
Personas de 60 y más años	5,7	9,6	10,0	11,2	1,1
<b>Desórdenes endocrinos</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,4	1,5	1,5	1,2	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	2,3	2,2	2,2	2,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	3,7	2,8	3,2	2,9	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	9,5	8,2	8,5	8,7	0,2
Adulthood de 27 a 59 años	66,2	64,0	63,0	63,3	0,3
Personas de 60 y más años	16,9	21,2	21,6	21,8	0,2
<b>Diabetes mellitus</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	0,2	0,2	0,2	0,1	-0,1

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Infancia de 06 a 11 años	1,1	0,9	0,8	0,6	-0,2
Adolescentes de 12 a 18 años	1,9	1,1	1,5	1,1	-0,4
Juventud de 14 a 26 años	3,2	2,7	2,5	2,8	0,3
Adulthood de 27 a 59 años	43,3	39,7	36,9	38,4	1,4
Personas de 60 y más años	50,3	55,4	58,2	57,1	-1,1
Enfermedades cardiovasculares					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	0,2	0,3	0,2	0,1	0,0
Infancia de 06 a 11 años	0,2	0,2	0,2	0,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	0,7	0,4	0,5	0,5	0,0
Juventud de 14 a 26 años	2,3	1,8	1,7	2,2	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	46,0	38,8	38,6	37,9	-0,8
Personas de 60 y más años	50,6	58,5	58,8	59,2	0,4
Enfermedades de la piel					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	10,3	11,2	10,4	9,4	-1,0
Infancia de 06 a 11 años	5,7	5,8	5,6	5,3	-0,3
Adolescentes de 12 a 18 años	11,9	10,2	11,4	10,9	-0,5
Juventud de 14 a 26 años	23,7	22,1	21,4	21,9	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	39,7	39,0	40,3	38,4	-1,8
Personas de 60 y más años	8,6	11,8	11,0	14,1	3,1
Enfermedades de los órganos de los sentidos					
Primera Infancia de 0 a 05 años	5,3	6,0	6,1	4,9	-1,2
Infancia de 06 a 11 años	6,8	6,9	6,3	6,6	0,3
Adolescentes de 12 a 18 años	7,7	6,8	7,3	7,2	-0,1
Juventud de 14 a 26 años	16,4	14,9	15,7	15,7	0,0
Adulthood de 27 a 59 años	47,2	44,4	46,1	43,3	-2,8
Personas de 60 y más años	16,4	21,1	18,5	22,3	3,8
Enfermedades digestivas					
Primera Infancia de 0 a 05 años	7,3	6,0	6,4	5,6	-0,8
Infancia de 06 a 11 años	3,1	2,8	3,2	3,0	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	6,1	5,5	6,2	5,5	-0,7
Juventud de 14 a 26 años	18,4	17,9	18,4	19,3	0,9
Adulthood de 27 a 59 años	53,4	51,6	50,5	49,6	-0,9
Personas de 60 y más años	11,7	16,1	15,4	16,9	1,5



Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
<b>Enfermedades genitourinarias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	3,8	4,3	4,1	3,1	-1,0
Infancia de 06 a 11 años	2,2	2,4	2,2	2,1	-0,1
Adolescentes de 12 a 18 años	5,1	5,1	4,9	4,9	0,0
Juventud de 14 a 26 años	18,9	19,5	16,2	16,7	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	55,9	51,6	47,9	46,6	-1,3
Personas de 60 y más años	14,1	17,1	24,7	26,6	2,0
<b>Enfermedades musculo-esqueléticas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,2	1,2	1,2	1,0	-0,2
Infancia de 06 a 11 años	1,8	1,5	1,7	1,5	-0,2
Adolescentes de 12 a 18 años	4,5	4,2	4,2	3,9	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	12,3	11,2	10,9	10,9	0,0
Adulthood de 27 a 59 años	62,8	59,9	59,9	58,2	-1,7
Personas de 60 y más años	17,4	22,1	22,1	24,5	2,3
<b>Enfermedades respiratorias</b>					0,0
Primera Infancia de 0 a 05 años	19,3	15,9	17,8	16,1	-1,7
Infancia de 06 a 11 años	13,1	10,5	11,6	10,6	-1,0
Adolescentes de 12 a 18 años	8,9	7,7	8,3	8,0	-0,3
Juventud de 14 a 26 años	13,5	11,5	11,8	12,2	0,5
Adulthood de 27 a 59 años	25,2	25,2	23,6	23,0	-0,6
Personas de 60 y más años	20,0	29,3	27,0	30,1	3,1
<b>Neoplasias malignas</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,2	0,9	2,4	2,1	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	1,4	1,2	2,2	1,6	-0,6
Adolescentes de 12 a 18 años	2,5	1,8	1,8	1,6	-0,2
Juventud de 14 a 26 años	5,3	2,8	4,0	4,5	0,6
Adulthood de 27 a 59 años	50,1	47,2	47,7	43,5	-4,1
Personas de 60 y más años	39,6	46,0	42,0	46,7	4,7
<b>Otras neoplasias</b>					
Primera Infancia de 0 a 05 años	1,9	1,9	2,4	2,1	-0,3
Infancia de 06 a 11 años	1,6	1,2	1,8	2,2	0,4
Adolescentes de 12 a 18 años	4,4	3,6	4,8	4,2	-0,6
Juventud de 14 a 26 años	11,6	8,5	10,1	10,9	0,8

Ciclos Vitales	2009	2010	2011	2012	cambios en puntos porcentuales 2012-2011
Adulthood de 27 a 59 años	65,5	65,6	63,6	60,7	-2,9
Personas de 60 y más años	15,1	19,2	17,3	19,9	2,6

Fuente: RIPS- SISPRO, MSPS

Con respecto a las enfermedades no transmisibles, comparando el año 2012 con el año anterior, se observa una disminución en la morbilidad por anomalías congénitas en la primera infancia y un aumento en la infancia. Las condiciones orales mejoraron notablemente para la primera infancia, pero desmejoraron para la juventud; esto puede explicarse por las estrategias que se han implementado en la ciudad (la estrategia de cero a siempre y APS) para la primera infancia. En las enfermedades de la piel se observa como han aumentado los casos por este evento en las personas de 60 y más años; en las enfermedades de los órganos de los sentidos disminuyó entre el 2011 y 2012 en la primera infancia y en la adultez, pero aumentó en las personas mayores de 60 años, situación normal en este grupo de edad, en las enfermedades genitourinarias, la proporción también aumentó en este ciclo vital, lo mismo que en las enfermedades musculoesqueléticas, las neoplasias malignas y otras neoplasias.

# CAPITULO 15

# SALUD MENTAL

## INTRODUCCIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) estableció dentro de su priorización de temas, la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, definiéndola como un: “Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”.

Es importante hacer hincapié en la importancia de ésta dimensión, desde el contexto mundial y nacional, lo cual está sustentado entre otros aspectos por el análisis que realizó el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2013 (Desarrollo metodológico de los procesos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud a evaluar, aumento de cobertura y supresión para efectos de la actualización del POS 2013) en donde determinó que la patología de mayor impacto en la salud de la población colombiana es la depresión mayor unipolar, de 39 patologías encontradas. Lista que a su vez tiene en el puesto 6 los trastornos bipolares, en el 14 la esquizofrenia, en el puesto 24 los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol y en el puesto 29 la epilepsia.

A su vez para la OMS (Informe de la secretaría: Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país) los trastornos mentales no tratados cobran un alto precio, ya que representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial; representando el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente. De hecho la exposición a situaciones de emergencia humanitaria es un poderoso factor de riesgo de problemas de salud mental, máxime en un país como Colombia en donde el conflicto interno lleva más de 60 años. Las tasas de mortalidad de quienes padecen trastornos mentales son más altas, por ejemplo, las personas con esquizofrenia y depresión profunda, tienen el riesgo global de muerte de 1,6 y 1,4 veces mayor, respectivamente, que en la población general, a causa de los problemas de salud física (como cáncer, diabetes e infección por el VIH así como de las graves consecuencias como el suicidio) asociados a los trastornos mentales y en general se reconoce que las repercusiones sociales y económicas de la discapacidad mental son diversas y de una gran magnitud.

En este capítulo se caracterizará la situación del municipio de Manizales desde esta dimensión, teniendo como temas centrales el comportamiento suicida, los trastornos mentales, el consumo e intoxicación por el uso de sustancias psicoactivas (SPA), la violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil, los estilos parentales y el funcionamiento familiar y otros temas relacionados.

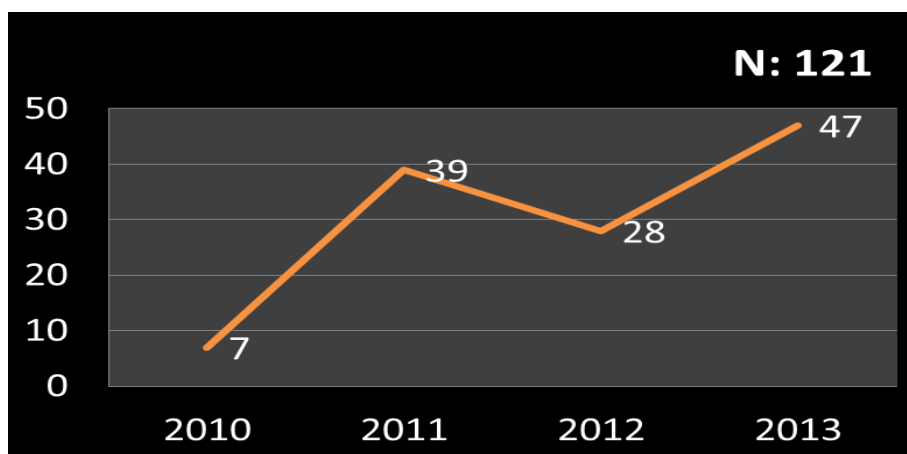
## 1. Intoxicaciones Manizales 2010 - 2013

Se presentan las intoxicaciones reportadas por el SIVIGILA desde el año 2010 al 2013, que han tenido como sustancia involucrada las psicoactivas. Según el Instituto Nacional de Salud en el protocolo de este evento, se entiende como intencionalidad psicoactiva, la que se da como una situación en la que hay una exposición voluntaria y con fines recreativos o adictivos a una o más sustancias psicoactivas presentando manifestaciones de toxicidad, sea por sobredosisificación o por respuesta inesperada a la sustancia involucrada.

Según el Instituto, la relevancia en éste tema se da debido a que a nivel nacional circula una gran cantidad y variedad de sustancias que causan un número importante de intoxicaciones, ameritando un seguimiento continuo para el fortalecimiento y mejora de la notificación al sistema de vigilancia en salud pública por parte de las entidades territoriales.

Se entenderá como sustancia psicoactiva (SPA), según lo define la OMS, a todas aquellas sustancias químicas de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía ejercen un efecto directo sobre el Sistema Nervioso Central, ocasionando cambios específicos en sus funciones. Dentro de este grupo se incluyen: Alcohol etílico, tabaco, cocaína, marihuana, escopolamina, cacao sabanero, anfetaminas, metanfetaminas, heroína, LSD, bebidas energizantes, hongos, yagé, popper y otros inhalantes.

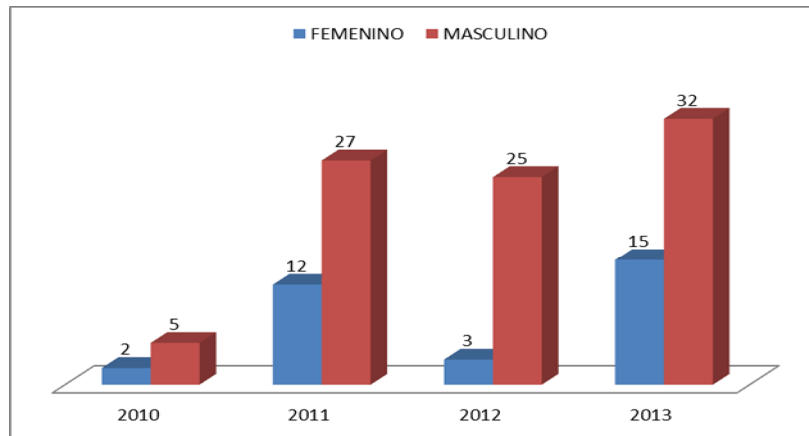
### Intoxicaciones 2010 – 2013



Fuente: SIVIGILA. Cálculos: Los autores

El año de mayor reporte en este tipo de eventos se presentó en el año 2013, con el 38,8% de los casos totales notificados en el período evaluado, siendo significativamente superior a lo reportado en el año 2012. Lo anterior puede estar relacionado con el énfasis y el seguimiento que ha realizado el ente municipal a este evento con cada una de las UPGD de Manizales.

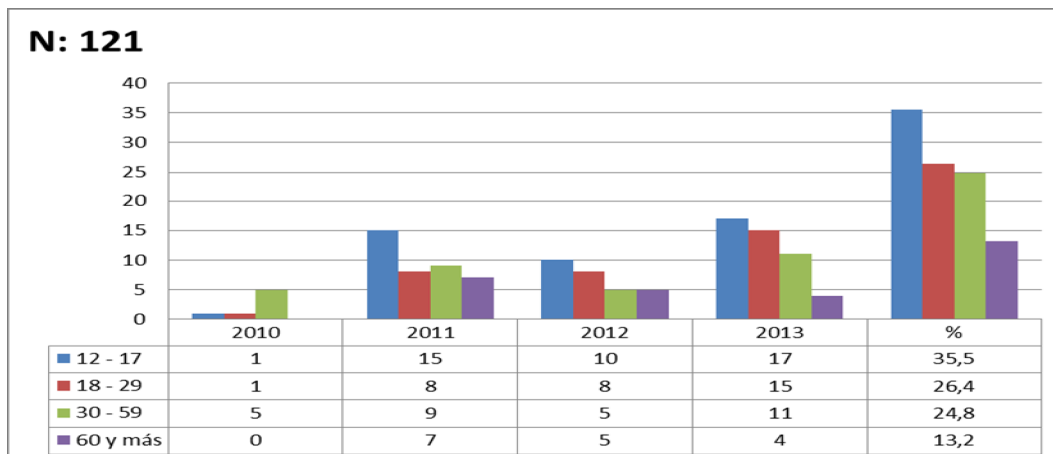
### Intoxicaciones por sexo



Fuente: SIVIGILA. Cálculos: Los autores

Según los datos, la distribución por sexo, corresponde a una razón entre hombres y mujeres de 7 : 3. Presentándose en el año 2012 una distribución más amplia entre ambos sexos, aspecto que puede estar relacionado con comportamientos de mayor riesgo, que son más característicos del sexo masculino.

### Intoxicaciones por ciclo vital

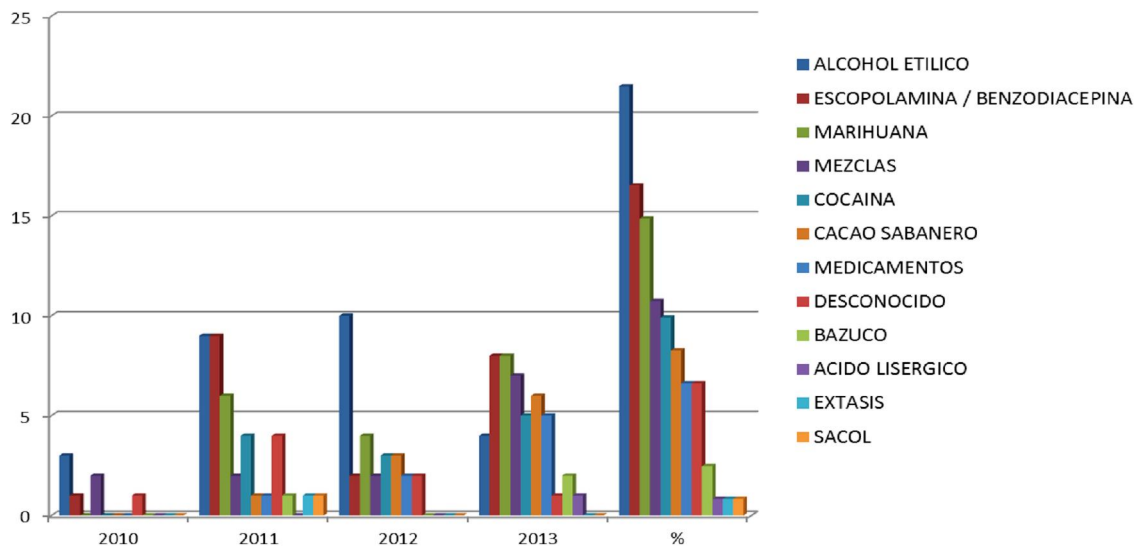


Fuente: SIVIGILA. Cálculos: Los autores

Como se puede evidenciar, a menor edad mayor los casos por intoxicaciones con sustancias psicoactivas. En donde los adolescentes representan la tercera parte de los casos notificados con 43 de ellos, siguiéndole el grupo de edad de 18 a 29 años con 32 casos. Por el contrario, la

tendencia desde el año 2011 es hacia la disminución de notificaciones en población mayor a los 60 años.

### Intoxicaciones según SPA y año



FUENTE: SIVIGILA. CAUCIOS: LOS AUTORES

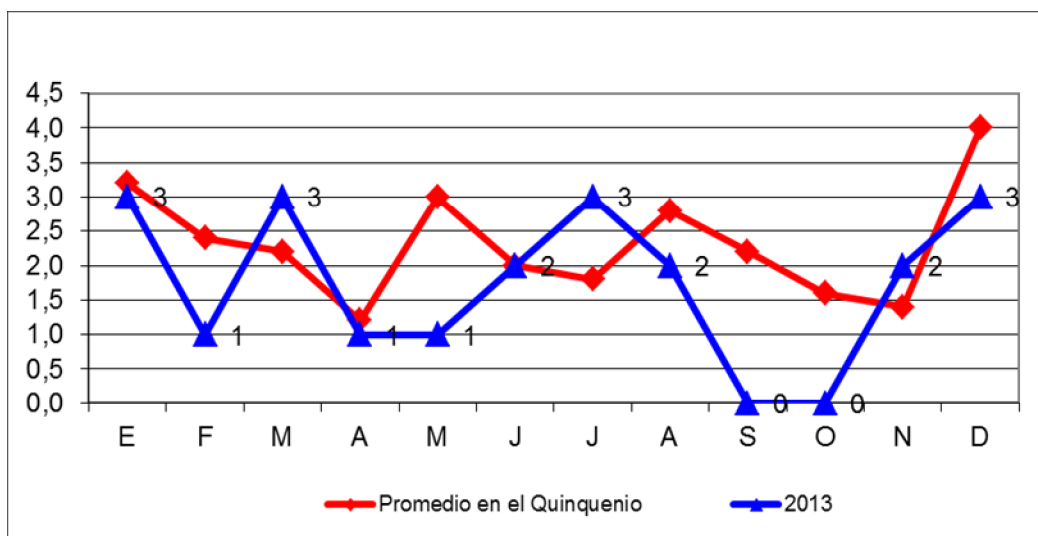
Se observa que la mayor proporción de intoxicaciones se da por el alcohol etílico, con un 21.4% de los casos notificados, seguidamente de la escopolamina con un 16.5% y en tercera instancia la marihuana con un 14.8%. Con relación a las mezclas de SPA se reconoce su incremento en el año 2013, al igual que con el cacao sabanero y los medicamentos.

En general se encontró como el perfil de las personas intoxicadas son hombres, entre 12 y 17 años, de escolaridad secundaria, solteras y del régimen contributivo. En donde las SPA principalmente involucradas son el alcohol, la marihuana, la cocaína y las mezclas, con el 57% de los casos notificados. Las mezclas incluyen principalmente el alcohol, la marihuana y la cocaína y el lugar de ocurrencia se da principalmente en la comuna la Fuente y Cumanday. Vale la pena resaltar el uso de la escopolamina; el cual tiene principalmente una intencionalidad delictiva, evidenciándose que las víctimas suelen ser hombres en una relación de 3 : 1, de escolaridad primaria y de la tercera edad en un 50% de los casos.

### Suicidios. Manizales.

A continuación se ilustra la tendencia del comportamiento del suicidio en el municipio de Manizales desde el año 2008 hasta el 2013, según el Certificado de Defunción - Base de Datos de la Secretaría de Salud Pública (SSP) del municipio.

**Figura 5. Promedio en el quinquenio 2008 – 2012 y año 2013 según el mes de ocurrencia**

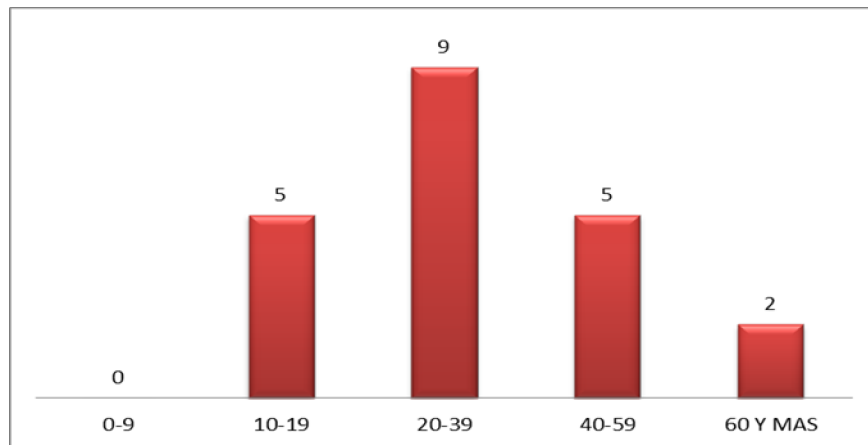


Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP.

La figura ilustra un comportamiento tendiente a la disminución del comportamiento, presentándose sólo en tres de los 12 meses un incremento en el año 2013 comparado con el promedio del quinquenio. El mes de diciembre es el que presenta el mayor promedio del quinquenio y el mes de abril el menor. Para mayor información se presenta la información específica por año.



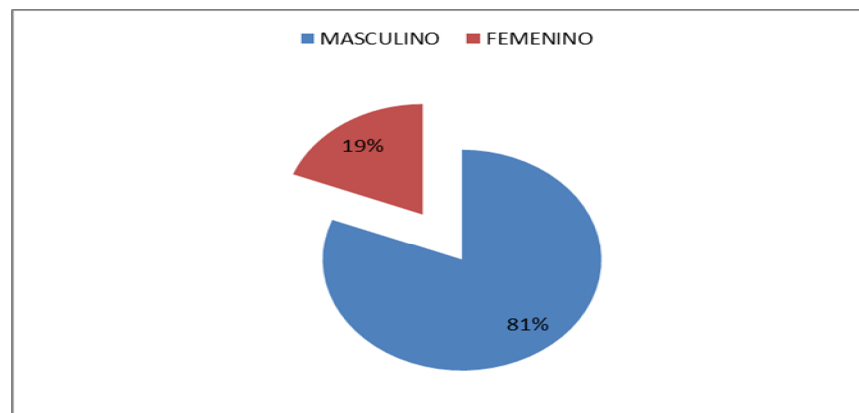
### Suicidios por grupos de edad. 2013



Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP.

Por grupos de edad vemos que el grupo que más aporta a este hecho es el ubicado en el rango de edad de 20 a 39 años, significando el 43% de los casos presentados en el año 2013 y en iguales proporciones se encuentran los de 10 a 19 años y los de 40 a 59 años con 5 casos.

### Figura 7. Suicidios según sexo. 2013

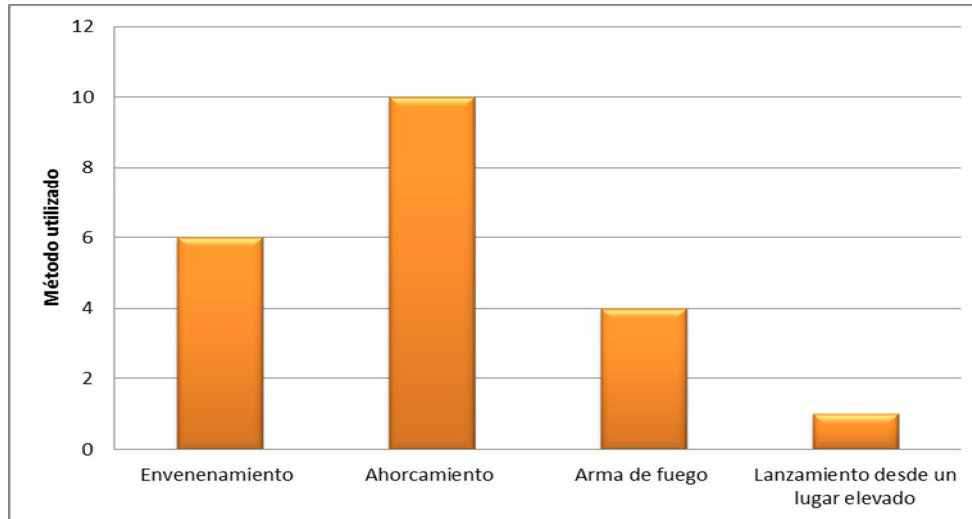


Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP.

Según el sexo de las personas que se suicidaron, se encuentra que 4 de cada 5 casos representan el sexo masculino, siendo en este año un total de 17 hombres que se suicidaron. Información que es inversamente proporcional a los intentos de suicidio, en donde la proporción mayor es en el sexo femenino. Igual aspecto se presenta a nivel nacional, en donde de los 1.901 suicidios registrados durante el 2012, el 81 % correspondió a hombres y el 19 % a mujeres, lo que indica

que por cada mujer se suicidan cuatro hombres. En el mundo se presenta una media de tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino (Forensis, 2012).

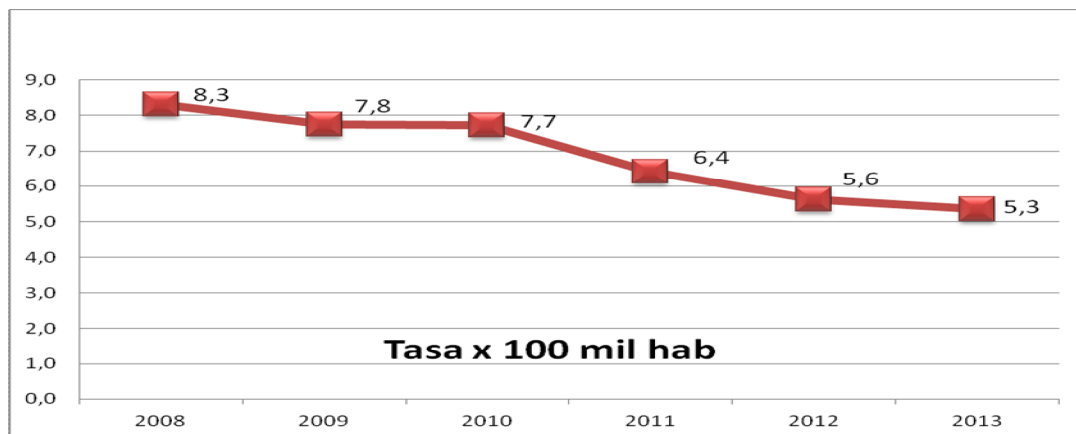
### Suicidios según método. 2013



Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP. Cálculos: Los autores

Según el método utilizado, encontramos que el ahorcamiento representa el 47.7% de los casos, posteriormente le sigue el envenenamiento con 28.5%, el uso de armas de fuego de cualquier tipo el 19% y en último lugar con 1 caso el lanzamiento al vacío con un 4.8%

### Tendencia del suicidio, últimos 5 años



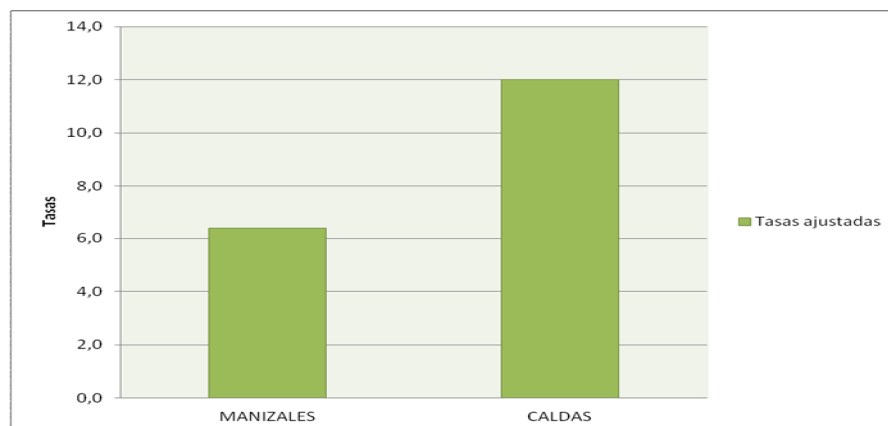
Fuente: Certificado de Defunción - Base de Datos SSP. Cálculos: Los autores

Como se puede evidenciar, el municipio de Manizales viene presentando una reducción en las tasas de suicidio desde el año 2008 a la fecha, con 3 puntos de diferencia entre estos. A nivel nacional, en el cuatrienio comprendido entre el 2009 y el 2012, el fenómeno de suicidios por tasas se estabilizó, manteniéndose una tasa promedio para nuestro país de 4,1 por 100.000 habitantes (Forensis, 2012), indicando que Manizales a pesar de la disminución de casos, está por encima de la media nacional en 1.2 casos por cien mil habitantes.

### Estimación de tasas ajustadas por la edad para suicidios en el año 2011

Se llevó a cabo la estimación de las tasas ajustadas por la edad para Caldas y Manizales y para Colombia y Manizales, para el comportamiento de suicidios consumados en el 2011, último año para el cual se dispone de información, utilizando como fuentes de información SISPRO y Forensis.

**Tasas ajustadas para suicidio 2011 Caldas y Manizales**

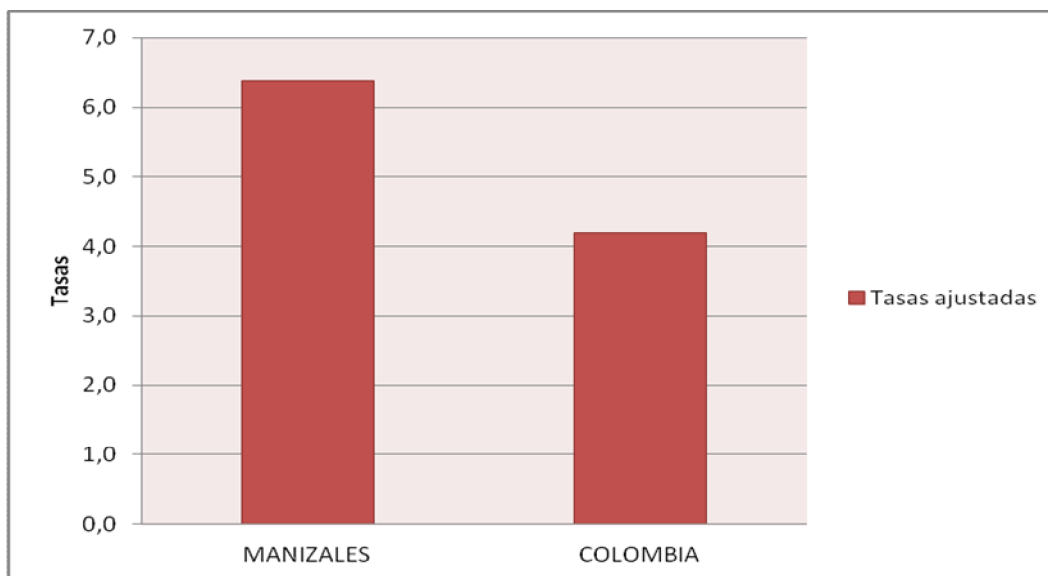


Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores

Los resultados indican una tasa ajustada casi del doble de suicidios de Caldas sobre Manizales para este año. En relación con las tasas crudas por cada 100 mil habitantes de Manizales en el año 2011 se suicidaron 6,67 personas, en Caldas por cada 100 mil habitantes en el año 2011 se suicidaron 12,04 personas. Ahora bien, si la población de habitantes de Manizales para el año 2011 tuviera la misma distribución de la población mundial estándar, se esperarían 6,4 suicidios en Manizales por cada 100 mil habitantes, lo que en Caldas sería 12 personas en este mismo año por cada 100 mil personas.

Según los resultados anteriores se llevó a cabo la estimación de la razón de tasas estandarizada, encontrando que la mortalidad por suicidios en el año 2011 de la población de Manizales, es un 47% más baja que la de la población de Caldas.

### Tasas ajustadas para suicidio 2011 Colombia y Manizales



Fuente: SISPRO. Forensis. Cálculos: Los autores

En este caso Manizales arroja una tasa ajustada mayor que la de Colombia, contrario al cálculo realizado entre municipio y departamento para el mismo año. Los resultados indican una tasa cruda de 6,67 para Manizales y de 4,1 para Colombia, por cada 100 mil habitantes en el año 2011. En relación con las tasas ajustadas, si la población de habitantes de Manizales para el año 2011 tuviera la misma distribución de la población mundial estándar, se esperarían 6,4 suicidios en Manizales por cada 100 mil habitantes, lo que en Colombia sería de 4,2 personas en este mismo año por cada 100 mil habitantes.

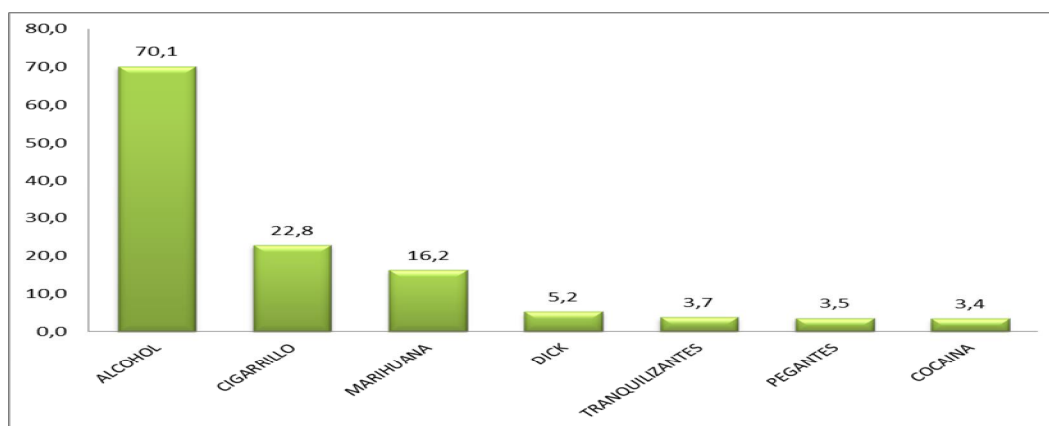
Así mismo, se realizó la estimación de la razón de tasas estandarizada, encontrando que la mortalidad por suicidios consumados en la población de Manizales en el año 2011 es un 54% más alta que la de la población de Colombia

## Consumo de SPA en población escolar. Manizales. 2013

La Alcaldía de Manizales - Secretaría de Salud Pública y la Universidad Autónoma de Manizales, realizaron a finales del año 2013 la investigación: Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º, 9º y 10º residentes en Manizales en el año 2013, con el fin de estimar la magnitud actual del consumo de SPA en población escolar y determinar su relación con el tipo familiar de educación que ejercen los padres de los estudiantes encuestados.

Este es el primer estudio que se realiza en la ciudad de Manizales contemplando el total de la población de los grados mencionados, lo cual permite unos resultados completamente ajustados a la realidad de estos estudiantes. A su vez se realizó de forma novedosa la recolección de información por medio de la Internet en cada institución educativa, permitiendo el ahorro de papel, evitando errores en la digitación y teniendo una encuesta en tiempo real, con mayores niveles de confiabilidad. Obteniendo en total 13518 encuestas, de 79 Instituciones educativas públicas y privadas, de zona urbana y rural de la ciudad.

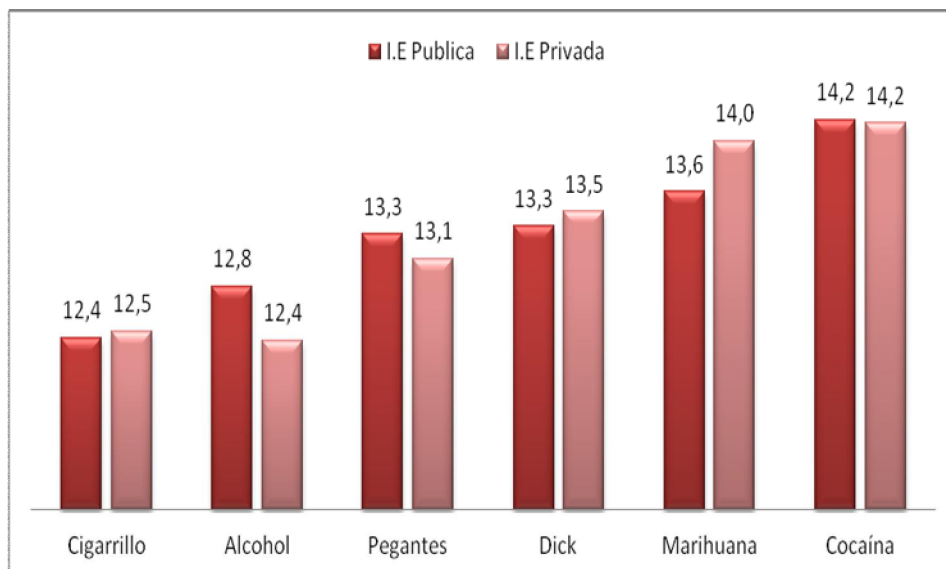
**Figura 12. SPA de mayor consumo según prevalencia de último año**



Fuente: SSP. Cálculos: Los autores.

Las dos SPA de mayor consumo en este grupo poblacional, son el alcohol y el cigarrillo - sustancias de uso legal exclusivo de población adulta-, en donde 7 de cada 10 estudiantes consumieron alcohol en el último año y cigarrillo 2 de cada 10 estudiantes. Le sigue la marihuana como SPA ilegal para cualquier grupo de edad, el cual lo ha consumido en el último año 16 adolescentes de cada 100 y posteriormente con menor y cercanas prevalencias el dick (cloruro de metilo - sustancia química inhalable), tranquilizantes (sin prescripción médica), pegantes (sacol, thinner, etc) y la cocaína.

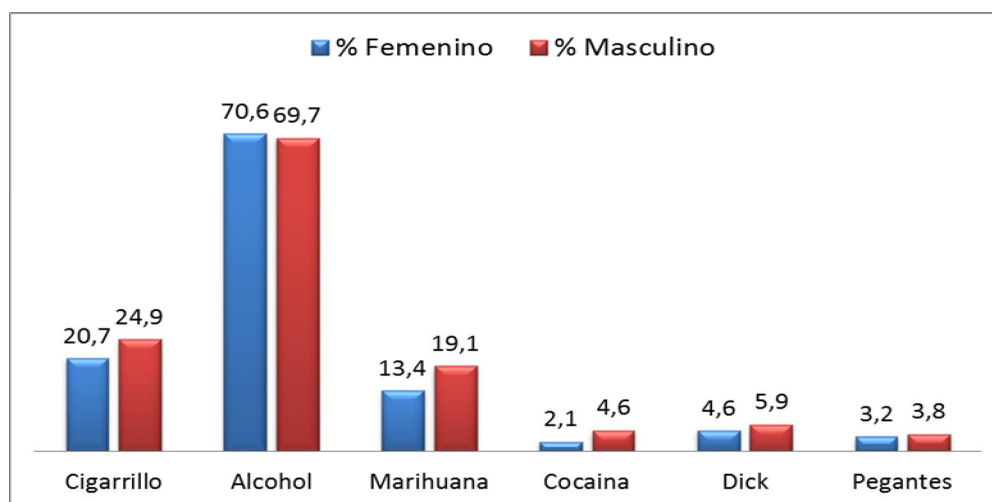
**Promedio de edad de inicio del consumo de SPA,  
según naturaleza de la institución educativa**



Fuente: SSP. Cálculos: Los autores.

Para consumo de cigarrillo, dick y marihuana, la edad de inicio es más temprana en el sector público que en el privado, para consumo de cocaína, la edad es igual en ambas con 14.2 años y para las sustancias psicoactivas como alcohol y pegantes, la edad de inicio en el consumo es más precoz en el sector privado.

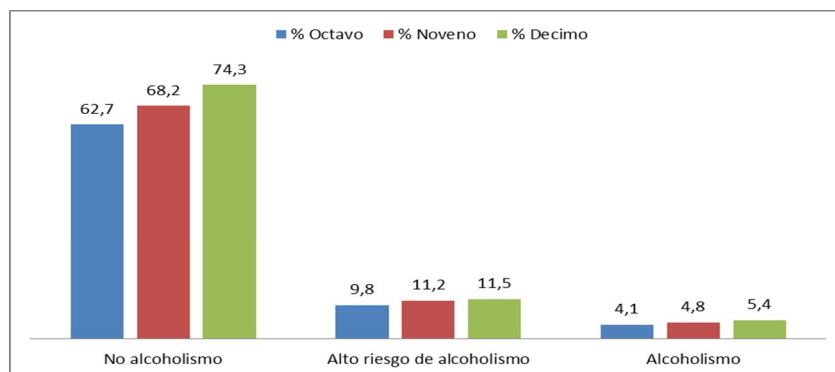
### SPA de mayor consumo según sexo. Prevalencia de año



Fuente: SSP. Cálculos: Los autores.

En relación con el sexo de los encuestados, el porcentaje de consumidores en el último año es mayor en hombres en casi todas las SPA, destacándose el consumo de alcohol en las mujeres, el cual resulta ser mayor que el de sexo masculino.

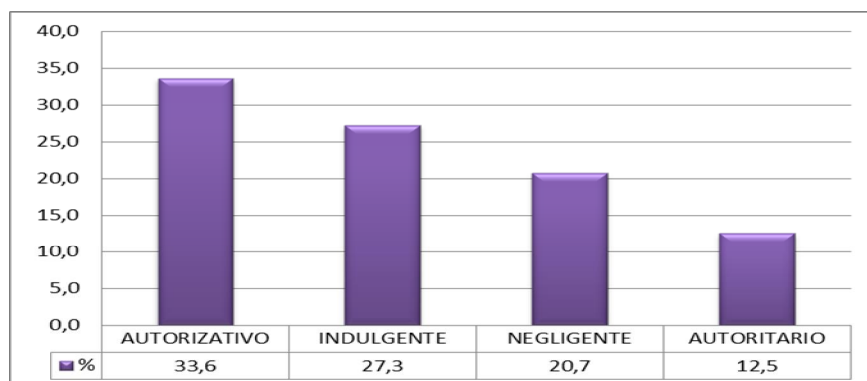
### Índice de posible riesgo de alcoholismo (CAGE) según grado



Fuente: SSP. Cálculos: Los autores.

Del total de encuestados, el 16.2% no ha consumido licor, el 68.2% lo ha consumido pero no presenta alcoholismo, el 10.8% están en alto riesgo de alcoholismo y el 4.8% pueden estar cursando con esta enfermedad, lo que equivale a 621 adolescentes de los grados mencionados.

### Estilo parental familiar



Fuente: SSP. Cálculos: Los autores.

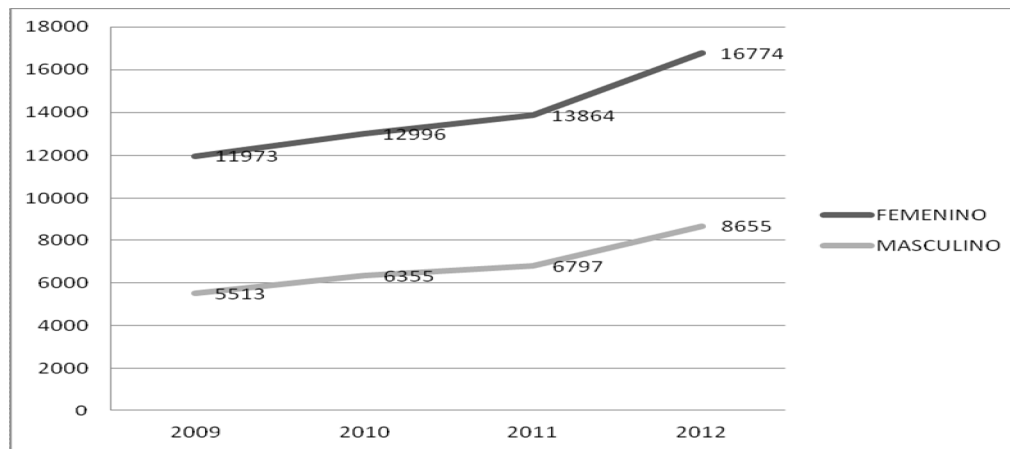
En relación con el estilo educativo de los padres de los estudiantes encuestados, se evidenció como estilo parental predominante el *autorizativo*, en donde 1 de cada tres familias ejercen este estilo de educación, identificando a padres que se esfuerzan en guiar las actividades del hijo a través del establecimiento de normas concertadas y estimulando el diálogo. En segundo lugar se ubica la familia indulgente, manifestándose en comportamientos en donde no se aplica la sanción física ni verbal y se da autonomía por medio de la responsabilidad, direccionada a través de la comunicación con el hijo, siendo considerado uno de los estilos más idóneos en la crianza. Luego se encuentra la familia con un estilo negligente, en 1 estudiante de cada 10, en el cual existe baja expresión de afecto y pocos límites hacia el hijo y como último estilo el autoritario, en el cual predomina la exigencia de las normas sin contemplar el dialogo o afecto como recurso.

### Atención en el componente mental.

A continuación se presenta la información más relevante, según la consulta realizada en los cubos del SISPRO, en el período del 2009 al 2012. Es importante especificar que estos datos corresponden a población atendida en los servicios de salud de la ciudad por un diagnóstico del componente mental y no a la población total que efectivamente tiene un diagnóstico en esta área.



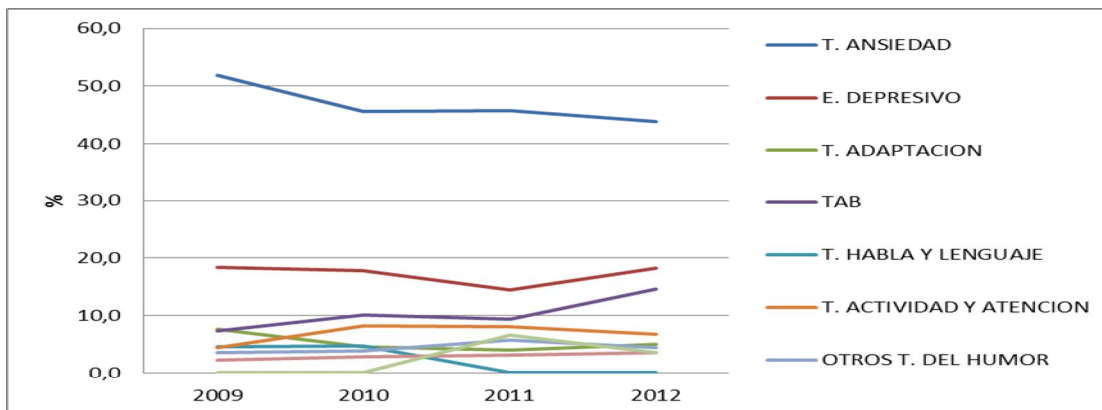
### Morbilidad por sexo. Condiciones neuropsiquiátricas. Manizales



Fuente: Morbilidad. Taller ASIS.

Dentro de las grandes causas de morbilidad encontramos las enfermedades no transmisibles y dentro de estas el subgrupo de condiciones neuropsiquiátricas, en donde podemos ver que el sexo femenino reporta superior en cerca del 50% de los casos en cada uno de los años del 2009 al 2012 y que la tendencia va en incremento en ambos sexos.

**Figura 18. Principales trastornos mentales atendidos en consulta 2009 – 2012.  
Manizales**

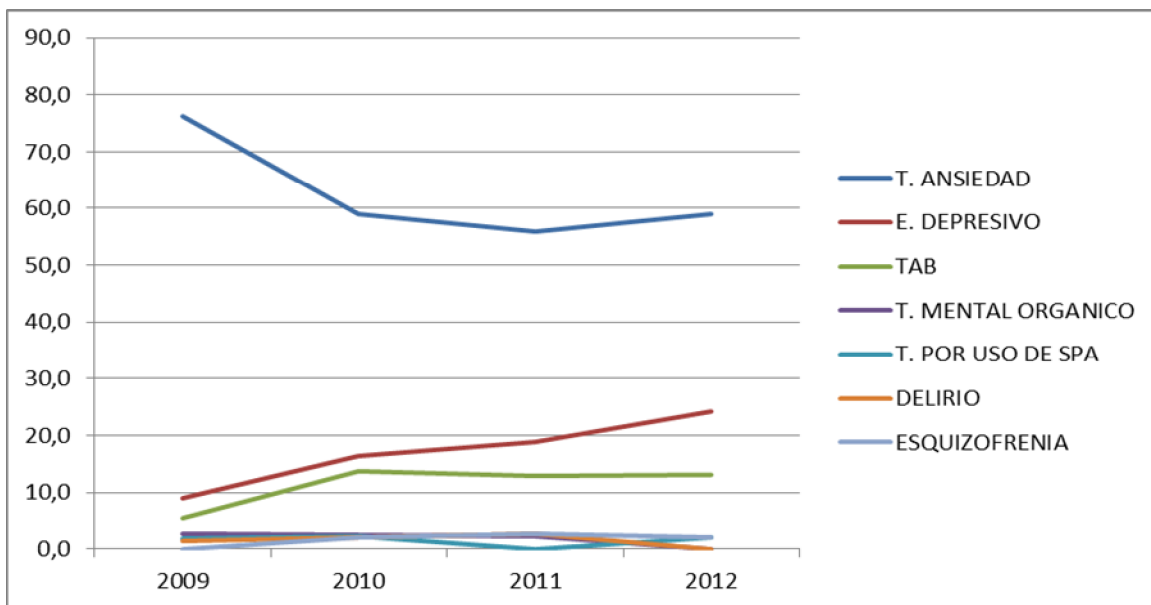


Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores.

A través del SISPRO se seleccionaron por año las 15 primeras causas de consulta en el componente mental, las cuales fueron posteriormente agrupadas por trastornos mentales, quedando en promedio 8 trastornos por año. Los cuales se distribuyeron porcentualmente tal como se muestra en la figura.

Como se evidencia, durante este período los trastornos por ansiedad ocupan el primer lugar, con cerca de la mitad de los casos atendidos por esta causa, le sigue el episodio depresivo con 1 de cada 5 casos atendidos por este tema, en tercera medida los trastornos afectivos bipolares y los trastornos por perturbación de la actividad y la atención están en el cuarto lugar.

### Principales trastornos mentales atendidos en urgencias 2009 – 2012 Manizales



Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores.

De igual forma se filtro a través del SISPRO las 10 primeras causas de urgencia por trastornos mentales, de cada uno de los años revisados, quedando en promedio 7 trastornos por año. Los cuales se distribuyeron porcentualmente tal como se muestra en la figura.

En relación con este tipo de atenciones, se encontró que en promedio la tercera parte de las urgencias están relacionadas con los trastornos de ansiedad, recordando que a su vez es el diagnóstico más común en la consulta externa. Seguido de los trastornos depresivos con un promedio del 17% de atenciones por esta causa y le sigue los trastornos afectivos bipolares con un promedio del 11% de las urgencias relacionadas con alteraciones mentales. En relación con el sexo femenino es importante mencionar que representan en este tipo de intervenciones el 75% de los casos; así mismo el grupo de edad entre los 27 y los 44 años es la población que más consulta en un 36% de los casos, a las salas de urgencias.

**Principales trastornos mentales atendidos en consulta externa.  
2011 – 2012. Manizales.**

Diagnóstico	2011		Diagnóstico	2012	
	No.	Tasa x 10.000 hab		No.	Tasa x 10.000 hab
Trastorno de ansiedad	2.849	73,03	Trastorno de ansiedad	3627	92,61
Episodio depresivo	900	23,07	Episodio depresivo	1509	38,53
Trastorno afectivo bipolar	586	15,02	Trastorno afectivo bipolar	1206	30,79
Perturbación de la actividad y la atención	504	12,92	Perturbación de la actividad y la atención	553	14,12
Trastorno de la conducta	407	10,43	Trastornos de adaptación	417	10,64

Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores.

Según esta fuente de información, podemos evidenciar los principales trastornos mentales atendidos por el SGSSS en el año 2011 y 2012 con sus respectivas tasas por 10.000 hab. Vemos que se incrementaron los usuarios que consultaron por este tipo de alteraciones del año 2011 al 2012 y que los cuatro principales diagnósticos se mantienen en las mismas posiciones. Se resalta las atenciones por el trastorno afectivo bipolar, el cual de un año al otro se duplico las atenciones por este trastorno al igual que hubo un incremento sustancial en relación con el episodio depresivo.

**Principales trastornos mentales atendidos en consulta externa. Por quinquenios. 2012.  
Manizales.**

Diagnóstico	Trastorno de ansiedad	Episodio depresivo	Trastorno afectivo bipolar	Perturbación de la actividad y la atención	Trastornos de adaptación
	Número de casos				
De 0 a 4 años	6	2	1	20	18
De 5 a 9 años	47	31	11	256	51
De 10 a 14 años	113	86	43	229	56
De 15 a 19 años	209	106	81	50	44
De 20 a 24 años	275	101	83	0	18
De 25 a 29 años	266	120	70	0	34
De 30 a 34 años	333	105	63	0	28
De 35 a 39 años	292	125	74	0	28
De 40 a 44 años	345	139	100	0	22
De 45 a 49 años	412	149	131	0	30
De 50 a 54 años	395	146	173	0	27
De 55 a 59 años	331	140	130	0	27
De 60 a 64 años	238	101	100	0	17
De 65 a 69 años	161	71	82	0	7
De 70 a 74 años	130	46	41	0	6
De 75 a 79 años	65	32	32	0	7
De 80 y más años	80	45	32	0	5

Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores.

En relación con la edad, según atenciones realizadas por consulta externa en el año 2012 de los principales trastornos mentales mencionados, encontramos que las atenciones realizadas a usuarios con trastorno de ansiedad, se da en un 40% en población entre los 40 a 59 años, los usuarios con episodios depresivos, también se focalizan mayoritariamente en este grupo de edad con el 37% de los casos y de 45 a 59 años es el grupo de edad en el cual se centran las atenciones a la población con trastorno afectivo bipolar. Los trastornos por perturbación de la actividad y la atención se dan exclusivamente en población menor de 18 años y los trastornos de adaptación se centran en un 40% en este mismo grupo de edad.

**Tabla 3. Principales trastornos mentales atendidos en consulta externa. Según sexo y régimen de seguridad social. 2012. Manizales.**

Diagnóstico	Sexo				Régimen de seguridad social					
	Femenino		Masculino		Contributivo		Subsidiado		PNA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Trastorno de ansiedad	2782	76,7	845	23,3	3397	96,6	115	3,3	3	0,1
Episodio depresivo	1128	74,8	381	25,2	1417	96,5	50	3,4	1	0,1
Trastorno afectivo bipolar	803	66,6	403	33,4	1090	94,7	60	5,2	1	0,1
Perturbación de la actividad y la atención	102	18,4	451	81,6	487	95,5	23	4,5	0	0
Trastornos de adaptación	248	59,5	169	40,5	388	98,5	6	1,5	0	0

Fuente: SISPRO. Cálculos: Los autores.

Las principales atenciones en el componente mental están dirigidas a la población con trastorno de ansiedad y depresión, las cuales se dan en 3 de cada cuatro casos en mujeres. El trastorno afectivo bipolar y los trastornos de adaptación en 6 de cada 10 casos comprenden mujeres y al contrario la perturbación de la actividad y la atención se da en cuatro de cada cinco casos en el sexo masculino.

La información suministrada corresponde en su mayoría a población del régimen contributivo, sin indicar que existe más prevalencia de estos trastornos en esta población que en el régimen subsidiado, sino que se presume que existe carencia de información al respecto.