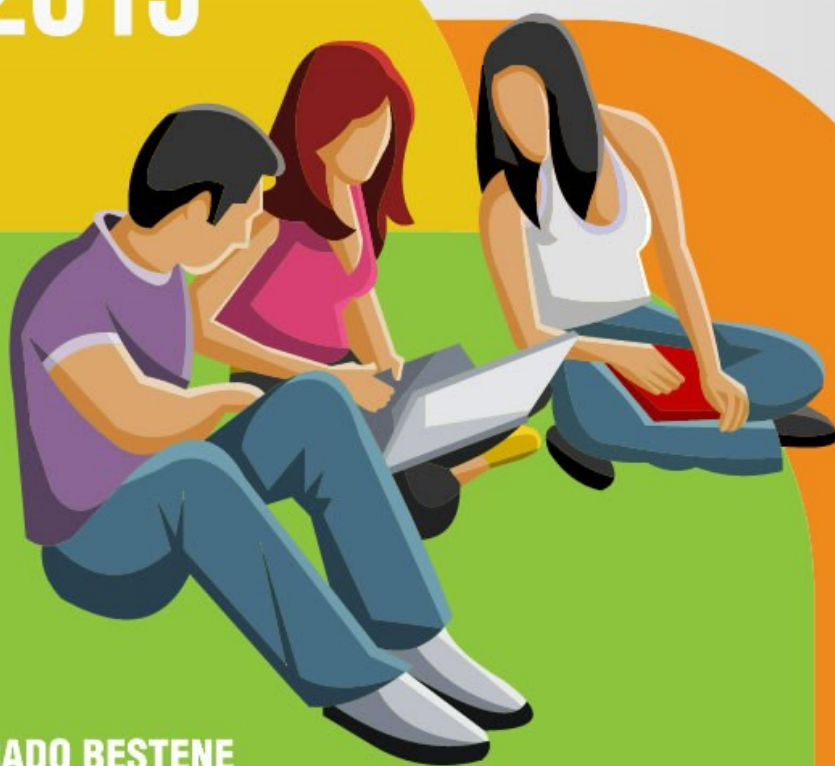


DIAGNOSTICO DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

2012-2015



RICARDO ALVARADO BESTENE
GOBERNADOR DE ARAUCA

ARAUCA
Territorio de Paz
PRODUCTIVA Y COMPETITIVA



GOBERNACIÓN DE ARAUCA



DIAGNOSTICO DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

RICARDO ALVARADO BESTENE
GOBERNADOR DE ARAUCA



Tabla de contenidos

1.1 Ubicación geográfica	7
1.2 Dinámica demográfica	8
1.3 Dinámica Social	10
1.4 Dinámica ambiental	11
1.5 Dinámica Económica.....	12
2. GARANTÍA DE DERECHOS.....	15
4.1. Primera infancia.....	15
4.1.1. DERECHOEXISTENCIA.....	15
4.1.1.1 Cinco primeras causas de mortalidad de niños y niñas.....	15
4.1.1.2. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años.	17
4.1.1.3. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años.	18
4.1.1.4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos). (ODM)	18
4.1.1.5. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales. ODM.	19
4.1.1.6. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos). (ODM)	20
4.1.1.7. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas de 0 a 5 años.	21
4.1.1.8. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas de 0 a 5 años.	22
4.1.1.9. Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad en menores de 5 años.....	22
<i>Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud</i>	<i>22</i>
4.1.1.10. Duración mediana de la lactancia materna exclusiva.....	23
4.1.1.11. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	24
4.1.1.12. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.	26
4.1.1.13. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año	28
4.1.1.14. Número de niños y niñas menores de 6 años a quienes se les realiza seguimiento individual, que tienen el esquema de vacunación completo para su edad.	31



4.1.1.15.	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.	32
4.1.1.16.	Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año	34
4.1.1.17.	Cobertura de vacunación contra neumococo dos dosis en niños y niñas menores de 1 año.	36
4.1.1.18.	Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas menores de 1 año.	38
4.1.1.19.	Porcentaje de mujeres gestantes que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).	40
4.1.1.20.	Incidencia de sífilis congénita.	40
4.1.1.21.	Cobertura de tratamiento antirretroviral.	41
4.1.1.22.	Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas.	42
4.1.1.23.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS.	43
4.1.1.24.	Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.	44
4.1.1.25.	Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.	45
4.1.2.	DERECHOS AL DESARROLLO	45
4.1.2.1.	Número de niños y niñas en programas de atención integral del ICBF (CDI y familiar).	46
4.1.2.2.	Porcentaje de niños y niñas (3-5 años) matriculados en prejardín, jardín y transición.	46
4.2.	Infancia	48
4.2.1.	Derechos a la existencia	49
4.2.1.1.	Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes	49
4.2.1.2.	Cobertura de vacunación VPH - virus del papiloma humano - en niñas escolarizadas y no escolarizadas a partir de los 9 años.	50
4.2.1.3.	Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas	52
4.2.1.4.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS.	53
4.2.1.5.	Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas	54
4.2.1.6.	Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes	55
4.2.1.7.	Tasa de suicidios en niños, niñas y Adolescentes	55



4.2.1.8. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes	56
4.2.2. Derechos al desarrollo	57
4.2.2.1. Cobertura escolar neta en educación básica primaria	58
4.2.2.2. Cobertura escolar bruta en educación básica primaria	59
4.2.2.3. Tasa de deserción en educación básica primaria	61
4.2.2.4. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5º: lenguaje, matemáticas, ciencias naturales y competencias ciudadanas	62
4.2.2.5. Tasa de repitencia en educación básica primaria	65
4.2.3. Derecho a la protección	67
4.2.3.1. Niños, niñas 5-11 años víctimas del desplazamiento forzado.	67
4.3. Adolescencia	67
4.3.1. Derechos a la existencia	68
4.3.1.1. Cobertura de tratamiento antirretroviral	68
4.3.1.2. Porcentaje de mujeres que han sido madres o están embarazadas....	69
4.3.1.3. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes actualmente unidas y no unidas sexualmente activas....	70
4.3.1.4. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS.	71
4.3.1.5. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes.	72
4.3.1.6. Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes	73
4.3.1.7. Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes	73
4.3.1.8. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.	74
4.3.1.9. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.	74
4.3.2. DERECHOS AL DESARROLLO	75
4.3.2.1. Cobertura escolar bruta en educación básica secundaria	75
4.3.2.2. Cobertura escolar neta en educación básica secundaria	76
4.3.2.3. Tasa de deserción en educación básica secundaria.	77
4.3.2.4. Cobertura escolar bruta en educación media	77
4.3.2.5. Tasa de repitencia en educación básica secundaria	78



4.3.2.6. Tasa de deserción en educación media.....	79
4.3.2.7. Tasa de repitencia en educación media.....	80
4.3.2.8. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 9º: lenguaje, matemáticas, ciencias naturales y competencias ciudadanas.	81
4.3.2.9. Porcentaje de establecimientos educativos en las categorías de desempeño en las pruebas SABER 11.....	82
<i>Fuente: Secretaría de Educación Departamental</i>	82
4.3.2.10. Puntajes promedio en las pruebas SABER 11: lenguaje, matemáticas, biología, física, química, ciencias sociales, filosofía e inglés.....	83
4.3.3. DERECHOS A LA PROTECCION	83
4.3.3.1. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos – PARD.	83
4.3.3.2. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos - PARD identificados como víctimas de violencia sexual.....	84
4.3.3.3. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos - PARD identificados en situación de calle (información solo para municipios).....	84
4.3.3.4. Número de niños, niñas y adolescentes FALLECIDOS por artefacto explosivo.....	86
4.3.3.7. Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA.	90
4.3.3.8. Porcentaje de reincidencia del delito en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.	91
4.3.3.9. Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la ley.....	91
4.4. JUVENTUD	92
4.4.1. Número de Interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres menores de 18 años, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.....	92



ANÁLISIS DE CONTEXTO TERRITORIAL

1.1 Ubicación geográfica

Datos generales

En 1810 el territorio Araucano hizo parte de la recién creada provincia de Casanare; en 1819 pasó a formar parte del departamento de Cundinamarca; posteriormente, hacia el año de 1886 fue anexado al departamento de Boyacá. En 1891 se creó la comisaría de Arauca la cual tuvo como primer mandatario al general Pedro León Acosta. Por decreto 113 del 20 de enero de 1955, el territorio fue elevado a la categoría de intendencia nacional; finalmente, con la Constitución Política, el 5 de julio de 1991 se erigió como departamento junto con las demás intendencias y comisarías.¹

Ubicación, Extensión y Límites de Arauca

El Departamento se encuentra situado en el extremo nordeste del territorio nacional, en el norte de la región de la Orinoquía colombiana. , limitando por el Norte y el este con la República Bolivariana de Venezuela y separado por el río Arauca, lo que le da una posición estratégica como zona de frontera; por el Sur con los ríos Meta y Casanare, que lo separan del departamento del Vichada y Casanare; y por el Oeste con el departamento de Boyacá.² El departamento de Arauca tiene una extensión geográfica total de 23.818 Km2, el 99.78% del territorio es rural, y el 0.21% es urbano

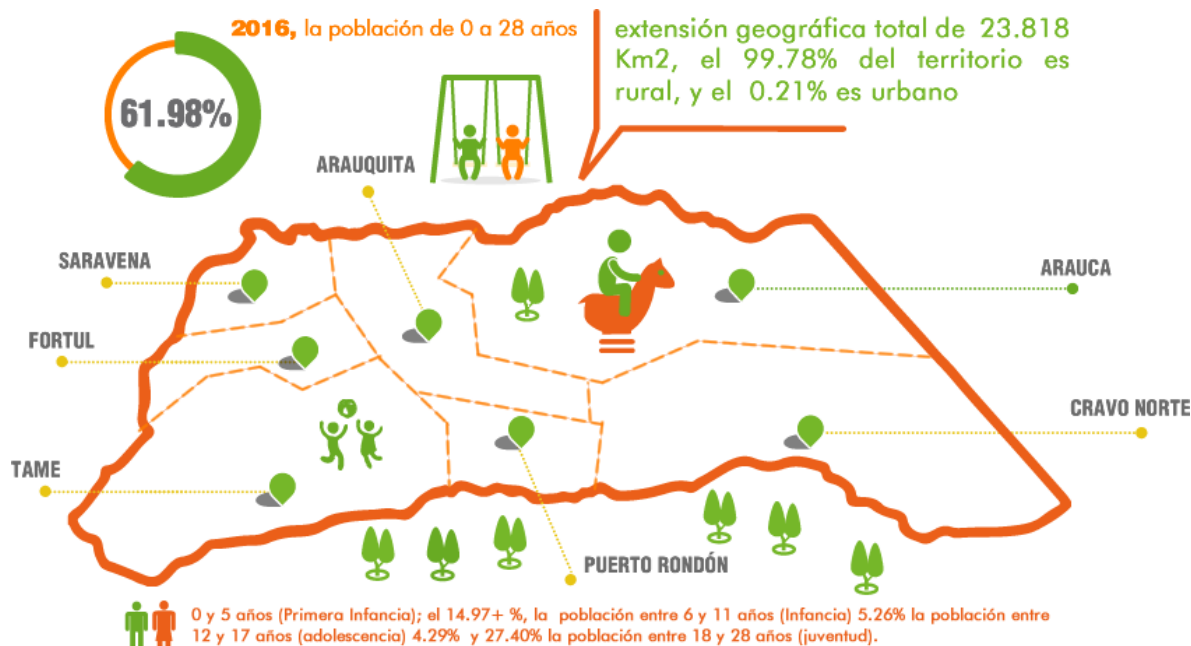
¹ <http://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/arauca.html#2>

² Plan de Desarrollo Departamental 2012-2015 pág. 7



División político-administrativa

Figura 1. Ubicación geográfica



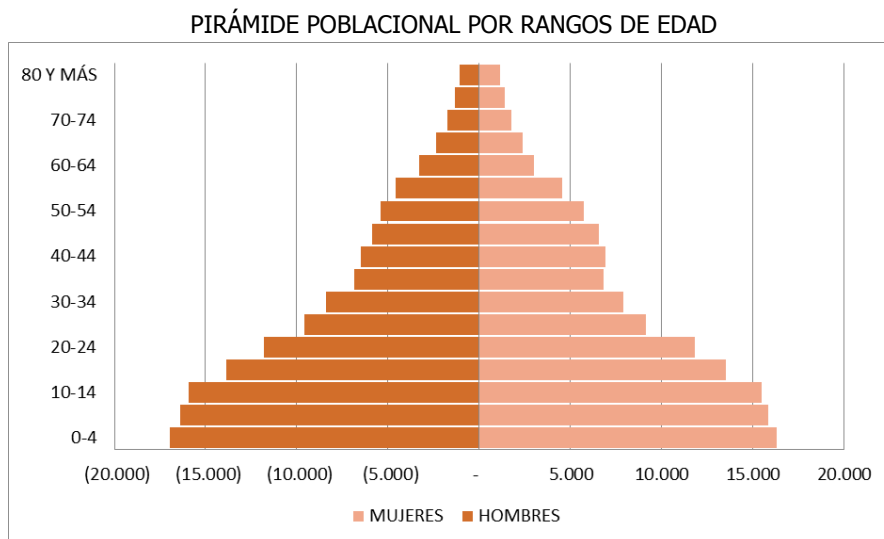
El departamento de Arauca está dividido en 7 municipios: Arauca, ciudad capital, Araucuita, Cravo Norte, Fortul, Puerto Rondón, Saravena y Tame; un corregimiento, 77 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 5 círculos notariales, con un total de 5 notarías; un círculo principal de registro, con sede en Arauca y jurisdicción sobre todo el departamento, pertenece al distrito judicial, Villavicencio, con 11 cabeceras de circuito judicial en Villavicencio, Acacías, Granada, Puerto López, San Martín, Arauca (Arauca), Saravena (Arauca), Mitú (Vaupés), Puerto Carreño (Vichada), Puerto Inírida (Guainía) y San José del Guaviare (Guaviare). El departamento forma parte de la circunscripción electoral del Meta.

1.2 Dinámica demográfica

El Departamento para el año 2016 según proyecciones DANE tiene una población de 265.190 habitantes, el 63.32% se localiza en la zona urbana y el 36.68% en la zona rural; el 50.24% son hombres y el 49.73% mujeres. Se registra un crecimiento de población anual del 1,18%.



Grafico 1. Pirámide poblacional por rangos de edad



Si bien las pirámides poblacionales de los años 1985 y 2014 de Arauca, no muestran cambios sustanciales (excepto la disminución de la población menor de 5 años de edad), la relación de dependencia en el Departamento pasó de 87 a 73 entre los años 1985 y 2014. Es decir, que para el Departamento de Arauca en el año 2014, por cada 100 personas en edad productiva, hay 73 personas en edad inactiva³.

Para el año 2016, la población de 0 a 28 años, representa el 61.98% del total, distribuido así: entre 0 y 5 años (Primera Infancia); el 14.97+ %, la población entre 6 y 11 años (Infancia) 5.26% la población entre 12 y 17 años (adolescencia) 4.29% y 27.40% la población entre 18 y 28 años (juventud).

Entre el año 2011 y 2014, esta población se incrementó en el 1.78% (4.476) pasando de 104.792 a 109.268 personas.

³ <http://www.anh.gov.co/Seguridad-comunidades-y-medio-ambiente/SitioETH>. p. 12



Tabla 1. Estructura poblacional de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud

Población	2015		2016	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población de 0 a 5 años	6.869	6.754	6.726	6.641
Población de 6 a 11 años	6.549	6.439	6.868	6.782
Población de 12 a 17 años	5.140	5.054	5.601	5.531
Población de 14 a 28 años	34.283	33.704	35.783	35.336
Subtotal	52.842	51.950	54.978	54.290
> 28 años	73.508	72.269	75.562	72.617
Total	126.350	124.219	130.540	126.907

Fuente: DANE. Proyecciones de población, visor de población 2015-2020

Para el año 2016 la población de 0 a 28 años representa el 62.00% del total, distribuido, así: el 14.98% entre 0 y 5 años (Primera Infancia); el 14.49 % población entre 6 y 11 años (Infancia), 4.32 % población entre 12 y 17 años (adolescencia) y 27.62% población entre 18 y 28 años (juventud). Del total de la población de 0 a 28 años (año 2014), el 42.12% son hombres y el 42.78% son mujeres.

Entre el año 2011 y 2014, esta población se incrementó el 0,43% (4.476) pasando de 104.792 a 109.268 personas.

1.3 Dinámica Social

El departamento de Arauca, está clasificado como categoría cuarta.

De acuerdo a las estadísticas sectoriales del Ministerio de Educación Nacional, las coberturas brutas de educación para el Departamento de Arauca por nivel educativo, son bajas en todos los niveles. Para el caso específico de transición, el Departamento a comienzos del nuevo milenio registraba una tendencia favorable con tasas superiores al 100%, tendencia que fue disminuyendo a niveles de 70% en el año 2007 y actualmente el indicador se ubica en 81,38%.

Al mismo tiempo, la tasa de cobertura bruta en primaria, muestra una tendencia poco favorable dado el descenso del indicador. Para el año 2013 se reporta una cobertura de 93,1%, alejado por 6,9 puntos porcentuales de la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del 100%, pero especialmente lejos del nivel reportado en el año 2005, donde la cobertura era de un 122%.



La cobertura bruta en educación secundaria muestra una brecha de casi 22 puntos porcentuales frente a la meta establecida para 2015 del 100%, aún más preocupantes la disminución paulatina de la tasa en los últimos años. La cobertura bruta en el nivel de escolaridad media, mostraba un crecimiento a partir del año 2007, hasta llegar a su nivel más alto en el 2011 con 64,26%. En los años posteriores se dan leves descensos, para el año 2013 la tasa fue de 56.13%.⁴

Para el Departamento de Arauca, las pruebas de lenguaje del año 2013 registraron un puntaje promedio de 297, mientras el país registró el puntaje promedio de 300. Para el caso de matemáticas, el Departamento de Arauca logra una leve ventaja sobre el país en el año 2012, la cual se deteriora en el 2013, dada la disminución frente a los promedios nacionales. En conclusión, el Departamento, tiene dos factores importantes por resolver en materia educativa: el primero, mejorar sustancialmente en las coberturas brutas de educación en todos sus niveles y la segunda, mejorar la calidad ofrecida a los estudiantes del Departamento.⁵

En el Departamento de Arauca, para mayo de 2014, se encontraban 3490 personas matriculadas en educación superior, de las cuales un 64,15% correspondían al nivel universitario, un 33,41% al nivel de técnicas profesionales y tecnológicas, y por último, con una participación muy inferior, del 2,44%, al nivel de postgrado (MEN-SNIES, mayo 2014).

Adicionalmente, en el año 2012, la Secretaría de Educación recibió certificación en la norma ISO 9001 por el ICONTEC, del proceso de Gestión de la Calidad del Servicio Educativo y recertificación de los procesos de Gestión de la Cobertura Servicio Educativo, Gestión del Talento Humano y Sistema Atención al ciudadano.

1.4 Dinámica ambiental

Sin duda, Arauca es un territorio cuyo paisaje se dibuja sobre una espectacular sábana su geografía, su historia, su poblamiento, su economía, contrastan con otros territorios limítrofes y también en su interior son perceptibles las diferencias. El piedemonte, la vertiente y los llanos bajos son paisajes naturales que advierten sobre las características de sus pobladores.

En el Departamento, se presentan amenazas de origen natural y antrópico como se muestra en gráfico 2, esta identificación se realizó en concordancia a lo expuesto en la circular de Corporinoquia para la revisión y ajuste de planes de ordenamiento territorial que está bajo jurisdicción de este ente.

⁴<http://www.anh.gov.co/Seguridad-comunidades-y-medio-ambiente/SitioETH>, p. 34

⁵ibid. P.35



Figura 2. Amenazas –Urbano



Fuente: elaboración propia

Figura 3. Amenazas –Rural



Fuente: elaboración propia

1.5 Dinámica Económica

El comportamiento del PIB departamental (a precios constantes de 2005) en el año 2000 fue de 3,2 billones de pesos. Para el año 2001, el valor desciende a 2,3 billones de pesos, y para el año 2002 nuevamente registra 3,2 billones de pesos. En otras palabras, el PIB descendió entre los años 2000 y 2001 en un 27,7%, y entre los años 2001 y 2002 se recupera en un 40%.

A partir del año 2005, el crecimiento económico del Departamento registra una senda positiva, especialmente entre los años 2005 y 2008. En este rango de tiempo, Arauca muestra una tendencia positiva en su PIB, al pasar de 2,6 billones de pesos, a 3,8 billones de pesos (a precios constantes del año 2005). Es decir, que la economía de Arauca creció más de un 40% en esos tres años, alcanzando el valor más alto de su Producto Interno Bruto de todos los años analizados. En los años siguientes, el clima positivo de crecimiento no se sostiene, y la desaceleración de la economía araucana se da desde el año 2009 hasta los datos preliminares del año 2013. La pérdida de la economía departamental

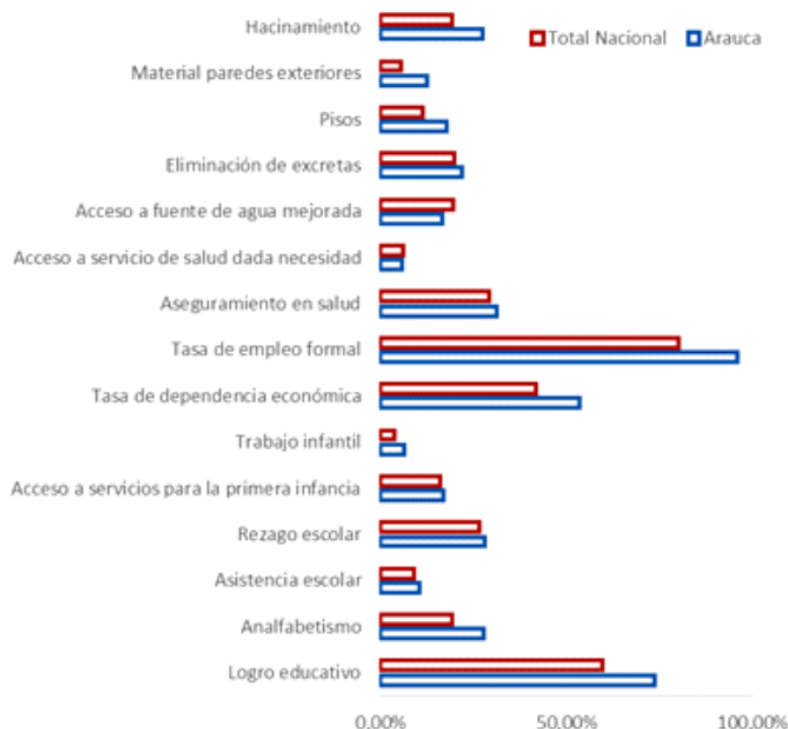


acumulada entre los años 2009 y 2013 es de un 20%, lo que se traduce en un PIB de 3 billones de pesos para el año 2013, a precios del año 2005.

Según estimaciones del Departamento Nacional de Planeación (DNP), a través del Censo del año 2005, la incidencia de la pobreza medida por IPM, en el Departamento de Arauca, es de 61%, ocupando el puesto 17 ordenando de mayor incidencia del IPM a menor, entre los 32 departamentos. El ranking es liderado por los departamentos de Chocó, Vichada, Guainía, Córdoba, La Guajira y Vaupés.

La desagregación del Índice de Pobreza Multidimensional en los 15 indicadores, muestra que el Departamento de Arauca supera los registros nacionales, excepto en el aseguramiento en salud y acceso a fuentes de agua mejorada. El análisis de cada uno de los indicadores, permite establecer las condiciones de vida de los habitantes del Departamento y en dónde se concentran sus privaciones. De esa manera, se establece que el acceso a un trabajo formal es la mayor privación en los hogares araucanos, con una incidencia del 99%. La segunda privación es el logro educativo, con una incidencia del 75%, y la tercera privación es la dependencia económica, con una incidencia del 59%.⁶

Gráfico2. Incidencia de la pobreza por IPM para Arauca y total nacional. 2005



Fuente: PNUD con base en DANE

⁶ Ibid. P.20



Vivienda: Según el Censo de 2005 para el Departamento de Arauca, el déficit cualitativo de vivienda agregado es del 60% superando el registro del país que es de 36%.

Este déficit agrupa las necesidades en materia habitacional, por lo cual, para la disminución de este indicador obligatoriamente se debe empezar por mejorar las condiciones de las viviendas, tales como los materiales predominantes de paredes y pisos, la deficiencias constructivas y la carencia de servicios.

El Departamento de Arauca, dentro de su Subprograma de Vivienda, tiene como meta para el 2015:

"diseñar de manera articulada con los municipios 1700 soluciones de vivienda de interés prioritaria nueva en el Departamento de Arauca " y "permitir a 1900 familias victimas del desplazamiento forzado y otros hechos victimizantes en el Departamento, acceder a soluciones de vivienda propia (vivienda nueva 1200, vivienda Usada 700)", entre otras metas en la línea de Vivienda⁷.

Servicios públicos, muestra nuevamente las diferencias entre las zonas urbanas y rurales del Departamento. Las coberturas de acueducto y alcantarillado para las zonas urbanas son de 92% y 80% respectivamente, mientras las coberturas en las zonas rurales son de 16% y 2%.⁸

⁷ Plan de Desarrollo del Departamento de Arauca 2012-2015 (2012). Recuperado el 20 de noviembre de 2014, del sitio web: http://www.arauca.gov.co/documentos/plandesarrollo/ORDENANZA%20001E%20PLAN_DE_DESARROLLO_DEPARTAMENTAL_2012-2015.pdf
⁸ PNUD con base en la GEIH



2. GARANTÍA DE DERECHOS

A continuación se realiza el análisis de las diferentes categorías establecidas en la metodología de rendición de cuentas de infancia, adolescencia y juventud con sus correspondientes objetivos de política vinculada a indicadores disponibles para el caso del departamento de Arauca.

4.1. Primera infancia

Contempla la etapa de la vida de los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años, es el periodo propicio para potenciar las capacidades cognitivas, comunicativas y sociales, que requiere un proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes posibilitando potenciar capacidades para la vida en función de un desarrollo pleno como sujeto de derechos.

Arauca busca el Desarrollo Integral del Ser Humano en cada grupo de edad, considera que la base del progreso de las sociedades el adecuado comienzo de la vida de niños y niñas de 0 a 5 años, Para cumplir con este propósito se creó el Programa Inicio Parejo de la Vida que desde un trabajo colaborativo entre entidades del gobierno, familia y sociedad, pretende generar buenas condiciones de desarrollo corporal, social, emocional y cognitivo de la primera infancia. El desarrollo temprano psicosocial, la inteligencia, la personalidad y el talento de la primera infancia es la mejor inversión de la humanidad.

En cumplimiento de la Ley el Departamento de Arauca viene garantizando el derecho integral de la primera infancia, priorizando programas de salud, educación inicial, nutrición y protección, factores determinantes en el proceso de aprendizaje y desarrollo de la población infantil.

4.1.1. DERECHOEXISTENCIA

En este aparte se señalarán los logros obtenidos en el manejo de la reproducción humana, cuidado de la gestación, parto, post parto (puerperio).

4.1.1.1 Cinco primeras causas de mortalidad de niños y niñas.

La mortalidad infantil, la mortalidad perinatal, la mortalidad en menores de 5 años y la Mortalidad materna, son los indicadores de mayor relevancia que miden el nivel de desarrollo de las regiones y la calidad de los servicios de salud, adoptados en la cumbre del milenio del año 2000, en donde se plantea la reducción de estos indicadores como una de las prioridades de los objetivos del desarrollo del milenio.



Tabla 2. Cinco primeras causas de mortalidad de niños y niñas.

DEPART. – MUNICIPIO INDICADOR CICLO	ARAUCA - CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE NIÑOS Y NIÑAS PRIMERA INFANCIA	RES
AÑO	DESAGREGACIÓN (CAUSA DE MORTALIDAD)	
2012	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	18
2012	ACCIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	8
2012	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	7
2012	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	7
2012	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	6
2013	TRASTORNOS RESPIRATORIOS ESPECÍFICOS DEL PERIODO PERINATAL	9
2013	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	8
2013	RESIDUO	6
2013	ACCIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	5
2013	AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	5
2014	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	10
2014	ACCIDENTE DE TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	9
2014	OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	6
2014	RESIDUO	4
2014	FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS Y TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO	3
2015	MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	8
2015	TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	7
2015	OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	7
2015	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	3
2015	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	3

Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Las Malformaciones congénitas representan la primera causa de mortalidad en menores de cinco años como se observa en la tabla; en la mayoría de los casos no se realiza necropsia clínica que permita identificar con cierto nivel de certeza la causa de la malformación; así mismo preocupa el hecho de registrar casos de mortalidad por accidentes de transporte en menores de cinco años.

Las fallas en la prestación de servicios de salud frente a la calidad y oportunidad, la baja concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento de acciones y la falta de campañas educativas permanentes para prevención de accidentes de tránsito, así como la falta de conciencia ciudadana por parte de los conductores, son algunos de los determinantes sociales que determinan la mortalidad en menores de cinco años en el departamento.

Entre las fortalezas que se tienen para este indicador se destaca que la fuente de información en mortalidad es el RUAF-D, registro único de afiliados es decir que las causas



de los casos que llegan a sistema de salud o medicina legal las arroja la codificación según CIE (clasificación internacional de enfermedades). A la fecha el 100% de las instituciones urbanas que atienden hechos vitales han implementado el RUAF

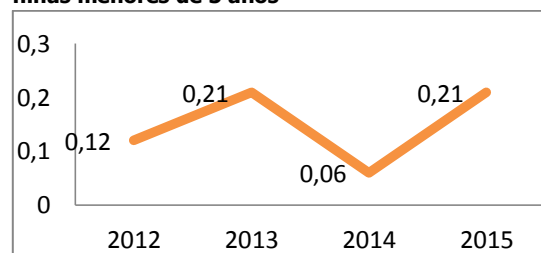
Resulta un inconveniente las deficiencias en la definición de secuencia lógica en el certificado de defunción, mal uso de los códigos CIE 10 por parte del personal médico.

4.1.1.2. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años.

Tabla 3. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años

TASA DE MORTALIDAD POR ERA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS		
AÑO	Casos	Tasa
2012	4	0,12
2013	7	0,21
2014	2	0,06
2015	7	0,21

Gráfico 11. Tasa de mortalidad por ERA en niños y niñas menores de 5 años



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

En el departamento de Arauca se puede observar en el grafico que la tasa de mortalidad de ERA en >5 años en el periodo 2015 corresponde a una tasa de 0,21 por cada 1000 menores de 5 años, la tendencia de la tasa de mortalidad por ERA en menores de cinco años ha presentado altibajos, se visualiza un incremento en el año 2013 de 0,21 por 1000 habitantes, caso contrario ocurre en el año 2014 que fue de 0,06 por 1000 menores, siendo esta la tasa más baja del periodo, pero durante el año 2015 se aumenta la mortalidad a 0,21 por 1000 menores de cinco años.

Debilidad: Fallas en la prestación de servicios de salud frente a la calidad y oportunidad, dificultades de acceso de algunas comunidades indígenas de zona rural en época de invierno, baja concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del plan departamental de aguas, falta de acueducto, alcantarillado y adecuada recolección de basuras en comunidades indígenas. En el departamento se han implementado las UROCS y UAIRACS pero no se ha logrado garantizar la sostenibilidad de las mismas de igual forma se identifican demoras en la identificación temprana de signos de alarma de Infección Respiratoria Aguda por parte de los cuidadores y deficientes prácticas de manufactura.

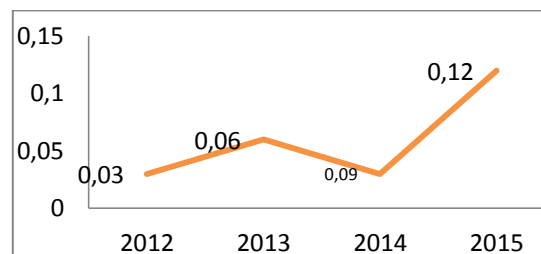


4.1.1.3. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años.

Tabla 4. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años

TASA DE MORTALIDAD POR ERA EN NIÑOS Y NNIÑAS MENORES DE 5 AÑOS		
AÑO	Casos	Tasa
2012	1	0,03
2013	2	0,06
2014	3	0,09
2015	4	0,12

Gráfico 12. mortalidad por EDA



Fuente: Unidad Activa Especial de Salud.

En el departamento de Arauca la tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años para el periodo 2015, fue de 0,12 por 1000 menores de 5 años. La tendencia de la tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años ha venido presentando ascensos, en el periodo 2012 la tasa fue de 0,03 por 1000 menores de 5 años. En el año 2013 se observa un incremento significativo, siendo la tasa de 0,06 por 1000 menores de 5 años, en el año 2014 la tasa fue de 0,09 x 1000 menores de 5 años; No obstante durante el año 2015 se presentó la tasa más alta durante el periodo, correspondiendo a 0,12 por 1000 menores de 5 años.

Dentro de las dificultades se señala la baja concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento del plan departamental de aguas, las demoras en la identificación de signos de alarma de Enfermedad Diarreica Aguda, la deficiencia en la aplicación de la práctica saludable de AIEPI No 6, promoción de lavado de manos y consumo de agua potable en la población Araucana, y la no continuidad de la estrategia AIEPI Comunitario en el Departamento de Arauca.

4.1.1.4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos). (ODM)

El objetivo 4 de las metas del milenio plantea reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de un año entre 1990 y 2015. Alrededor de 29.000 niños y niñas menores de un año- 21 por minuto- mueren todos los días, especialmente de causas que se podrían evitar.

Los logros al alcanzar las metas propuestas están sustentados en los esfuerzos que hace el ente territorial frente al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en el área urbana y rural; es muy importante desarrollar acciones en la prestación del servicio

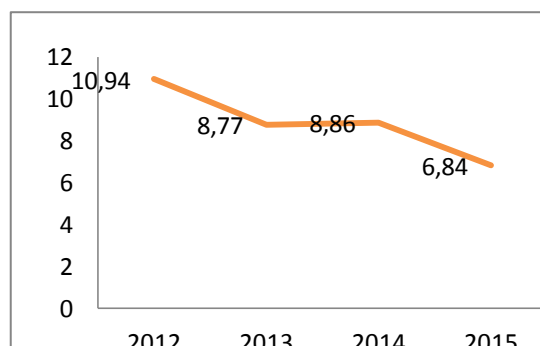


de salud de forma integral, donde haya articulación de estrategias que aporten a la reducción de mortalidad materno infantil.

Gráfico 13. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos) nivel local

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO (POR MIL NACIDOS VIVOS)		
AÑO	Casos	Tasa
2012	49	10,94
2013	35	8,77
2014	35	8,86
2015	28	6,84

Tabla 5. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos) nivel local.



Fuente: UAESA-Estadísticas Vitales

El año 2012 fue el periodo con mayor número de casos, reportándose 49 defunciones con una tasa de 10,94 por mil nacidos vivos; En el periodo del 2013 se obtuvo una reducción de 14 casos menos que el periodo 2012, para un total de 35 casos en la vigencia 2013 con una tasa de 8,77 por mil nacidos vivos. En el periodo 2014 se registraron 35 casos con una tasa de 8,86 por mil nacidos vivos y durante el año 2015 se registró una tasa de 6,84 defunciones por mil nacidos vivos.

Durante el transcurso del 2012 al 2015 el municipio capital ha reportado el mayor número de casos de mortalidad en menores de 1 año, registrándose el mayor número en el año 2014, con 13 casos; Seguido de Saravena, quien registró para el año 2012, 11 casos, y Tame 10 casos. La mayoría de estas muertes por causas prevenibles como Neumonía Adquirida en la Comunidad, prematuridad extrema, síndrome de dificultad respiratoria, asfixia mecánica, bronco aspiración alimentaria accidente de tránsito entre otros.

4.1.1.5. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales. ODM

Fortalezas: la red prestadora cuenta con RUAF que permite la consolidación adecuada de los datos, se logró una adherencia de las gestantes al programa de control prenatal.

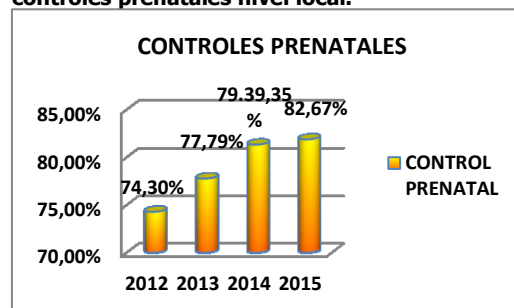
Debilidades: no se realiza un adecuado seguimiento por lo cual se han aumentado los casos de Morbilidad Materna Extrema, no contamos con agentes de búsqueda activa para captación de gestantes en el área rural.



Tabla 7. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales nivel local.

CONTROLES PRENATALES			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	3,328.00	4,478.00	74,30
2013	3,092.00	3,993.00	77,44
2014	3,213.00	4,047.00	79,39
2015	3,382.00	4,091.00	82,67

Gráfico 15. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

4.1.1.6. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos). (ODM)

Los logros al alcanzar las metas propuestas están sustentados en los esfuerzos que hace el ente territorial frente al fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención en el área urbana y rural; es muy importante desarrollar acciones en la prestación del servicio de salud de forma integral, donde haya articulación de estrategias que aporten a la reducción de mortalidad infantil.

La poca adherencia a los programas promoción y prevención, las falencias en la canalización por parte de los aseguradores hacia los controles de crecimiento y desarrollo y control prenatal, las deficiencias en la prestación de servicios de salud y la falta de incorporación de las practicas saludables por parte de las familias, han afectado directamente las condiciones de salud de los niños y niñas del departamento de Arauca.

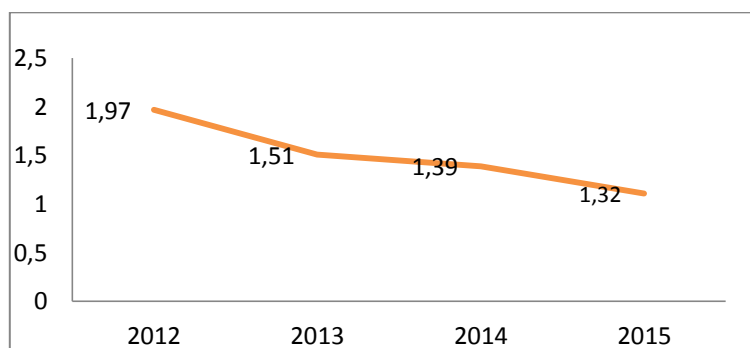
Tabla 8. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil menores de 5 años) nivel local.

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS (POR MIL MENORES DE 5 AÑOS)		
AÑO	CASOS	TASA
2012	65	1,97
2013	50	1,51
2014	46	1,39
2015	44	1,32

Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



Gráfico 16. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil menores de 5 años) nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Vale la pena aclarar que durante los cuatro años de gobierno, se presentó una tendencia sostenida al descenso, cabe resaltar que el dato del 2015 es parcial en tanto no se cierran bases de datos del DANE. Para el año 2012 se registraron en la página web del DANE que fallecieron 65 menores de cinco años, y durante el año 2015 se registraron en el Registro Único de Afiliados al Sistema General de Seguridad Social – RUAF-ND, 44 defunciones en menores de cinco años en el departamento de Arauca.

Por municipios, al establecer la diferencia porcentual entre el año 2012 y el 2014, se encuentra que los municipios de Arauca y Cravo Norte presentaron un incremento en la tasa de mortalidad en menores de cinco años. Por su parte los municipios de Arauquita, Saravena, Fortul, Puerto Rondón y Tame registraron un descenso en estas cifras.

4.1.1.7. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas de 0 a 5 años.

En la actualidad se cuenta con sistema de vigilancia alimentaria y nutricional SISVAN, sistema en proceso de fortalecimiento que nos permite contar con información nutricional departamental de manera permanente y oportuna.

Debilidades: la generación de información nutricional en territorio ha sido un logro fundamental para la gestión en seguridad alimentaria y nutricional, pero existe la limitante de tener como unidades notificadoras solo a las ESE departamentales en los servicios de PYP el reto es extender y ampliar el censo de unidades generadoras de datos y establecer una prevalencia más amplia y que incluya la mayoría de la población que ingresa a los servicios de salud del Departamento. Sumado a esto la situación nutricional se ve afectada por la falta de continuidad en el proceso de implementación del plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional conforme al plan nacional de SAN y política Conpes 113-2008. Se hace necesario el compromiso institucional con el fin de aumentar la notificación en el Departamento.

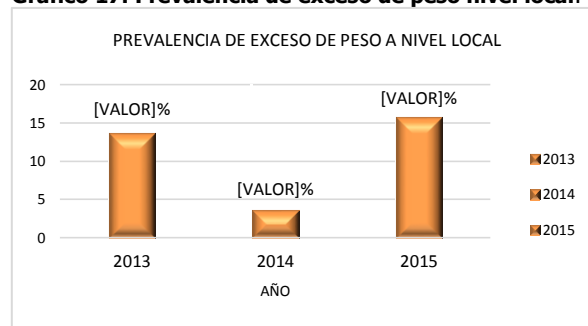


4.1.1.8. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas de 0 a 5 años.

Tabla 9. Prevalencia de exceso de peso nivel local.

PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2013	211	1555	13,6
2014	136	3911	3,5
2015	1613	10254	15,7

Gráfico 17. Prevalencia de exceso de peso nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Se evidencia en el gráfico que el comportamiento general del sobrepeso y la obesidad en el departamento ha presentado un aumento desde el año 2014 al 2015, siendo necesarias intervenciones de tipo educativo y de actividad física en pro de la disminución de esta condición en la población.

Realizando un análisis del departamento de Arauca, se evidencia un aumento significativo en la prevalencia de exceso de peso en los niños y niñas menores de 5 años, siendo esto un factor de riesgo para la salud de los niños y niñas, para lo cual se requieren intervenciones exitosas que permitan generar un impacto positivo en estos grupos poblacionales.

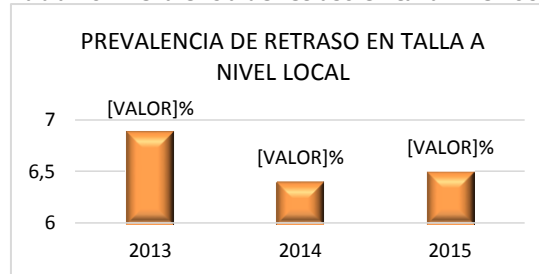
4.1.1.9. Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad en menores de 5 años.

Gráfico 18. Prevalencia de retraso en talla nivel local

DESNUTRICIÓN CRÓNICA O
RETRASO EN TALLA PARA LA
EDAD EN MENORES DE 5
AÑOS

AÑO	NUM	DEN	RES
2013	107	1555	6,88
2014	252	3911	6,4
2015	666	10254	6,5

Tabla 10. Prevalencia de retraso en talla nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

En el análisis de esta población que para el año 2013 y 2015 fue de 6.88% y 6.5% niños y niñas respectivamente una disminución en el porcentaje de niños que ingresan con desnutrición crónica, ver en el gráfico, para el departamento de Arauca, no se establece dentro del plan de desarrollo 2012-2015 una línea de base para el cumplimiento de metas



en cuanto a malnutrición por déficit y exceso, por ello se ha implementado un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (SISVAN) que permita lograr la identificación e intervención de la población captada. Es importante resaltar que a pesar de este hecho se han llevado a cabo intervenciones nutricionales para la población con el fin de lograr una reducción en el indicador y que esto se puede percibir si se hace la comparación entre los años 2013 y 2015.

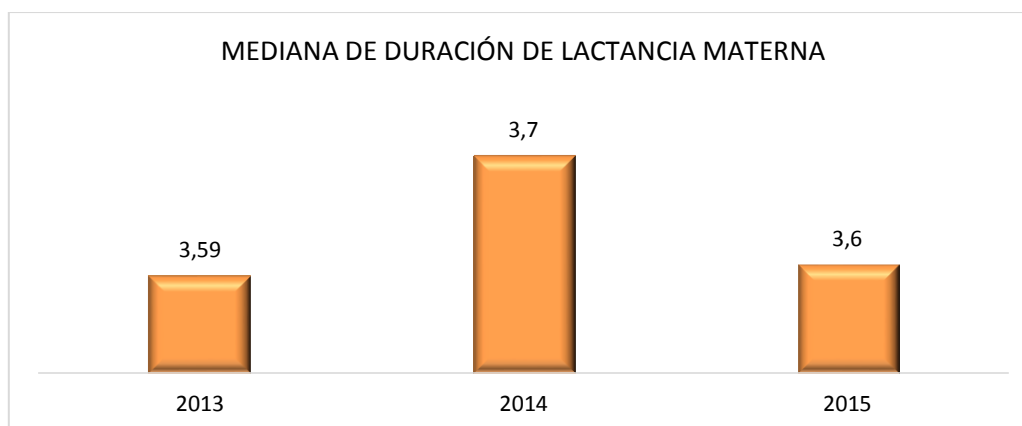
4.1.1.10. Duración mediana de la lactancia materna exclusiva.

Para lograr que este indicador mejore en todos los aspectos se han implementado y garantizado sostenibilidad de la estrategia IAMI. (Instituciones amigas de la mujer y la infancia) en los dos hospitales de mayor complejidad del territorio y el materno infantil de Arauca capital como herramienta fundamental de promoción de la lactancia materna, así mismo se cuenta en la actualidad con MMC (método madre canguro) implementado en el hospital San Vicente el cual de manera permanente combate el bajo peso al nacer y promoción a la lactancia materna. Es de gran importancia resaltar que se hace necesario el fortalecimiento de esta práctica en nuestro departamento, que aunque se evidencia una mediana de duración más elevada que la reportada a nivel de país en la ENSIN 2010 (1.8 meses), aun no cumplimos con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se recomienda llevar a cabo el mejoramiento en las acciones educativas de todas las instituciones, con el fin de fortalecer la práctica de lactancia materna en nuestro Departamento.

La generación de información nutricional en territorio ha sido un logro fundamental para la gestión en seguridad alimentaria y nutricional, pero existe la limitante de tener como unidades notificadoras solo a las ESE departamentales en los servicios de PYP el reto es extender y ampliar el censo de unidades generadoras de datos y establecer una prevalencia más amplia, sumado a esto la situación nutricional se ve afectada por la falta de continuidad en el proceso de implementación del plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional conforme al plan nacional de SAN y política Conpes 113-2008.



Gráfico 19. Duración mediana de la lactancia materna exclusiva nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud .

La grafica muestra que la mediana de duración de lactancia materna evidencia que se ha venido presentando un aumento en la mediana de duración de esta práctica en el departamento, fundamentándose en el desinterés de la población por conocer y llevar a cabo este acto, adicional a ello la falta de inversión en estrategias masivas de información, educación y comunicación en este tema.

4.1.1.11. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer

El departamento ha garantizado recursos para la implementación de estrategias de maternidad segura, atención nutricional a gestantes lactantes y puérperas, se ha generado sostenibilidad del MMC (método madre canguro) en el territorio, aunque Persisten en el territorio una baja cobertura de las estrategias de maternidad segura, prevención de embarazos en adolescentes, poca adherencia a los controles prenatales e inicio tardío de ellos el bajo nivel de escolaridad y las necesidades básicas insatisfechas en la población son situaciones que exacerban el evento y que indican que hay que desarrollar acciones transectoriales y sociedades estratégicas específicamente entre salud y educación para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva en el departamento.

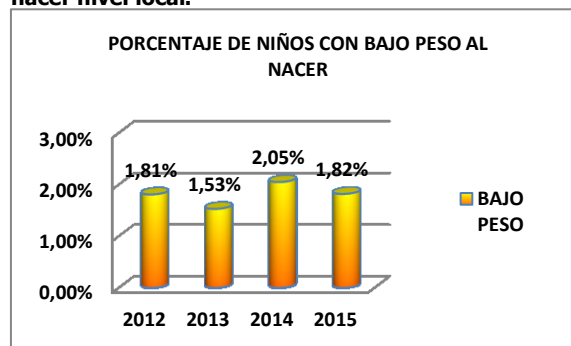
Impactos negativos: Menor desarrollo social y económico, aumento en el gasto en salud, mayor riesgo de morbilidad infantil.



Tabla 11. Porcentaje de niños con bajo peso al Nacer nivel local.

PORCENTAJE DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	81.00	4,478.00	1,81
2013	61.00	3,991.00	1,53
2014	90.00	4,047.00	2,22
2015	93.00	4,091.00	2,27

Gráfico 20. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

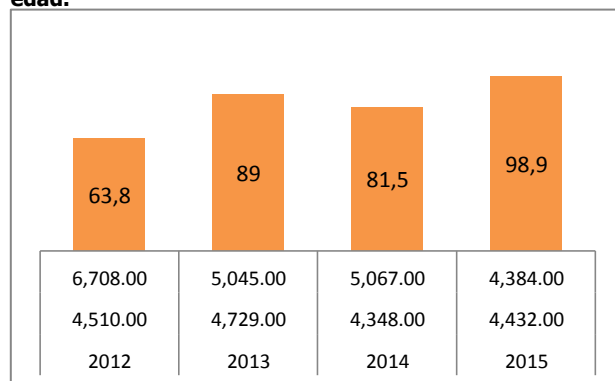
4.1.1.12. Número de niños y niñas menores de 6 años a quienes se les realiza seguimiento individual, que tienen el esquema de vacunación completo para su edad.

El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso. La vacunación, es la mejor estrategia y la más costo efectiva demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenible

Tabla 12. Esquema de vacunación completo para la edad.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,510.00	6,708.00	63,8
2013	4,729.00	5,045.00	89
2014	4,348.00	5,067.00	81,5
2015	4,432.00	4,384.00	98,9

Gráfico 21. Esquema de vacunación completo para la edad.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.



Para el año 2012, en el departamento de Arauca se le realizó seguimiento individual a 4.369 menores de un año estos recibieron los biológicos de BCG y Hepatitis B y terceras dosis de Polio y pentavalente; 4.510 niños con esquema completo para la edad con los biológicos de Triple Viral, Fiebre Amarilla y 4.625 niños y niñas de 18 meses con esquema completo para la edad con primer refuerzo de polio y pentavalente.

Año 2013, se realizó seguimiento individual a 4.396 niños y niñas menores de un año con esquema completa para la edad con los biológicos de BCG, HB, Polio y Pentavalente terceras dosis; 4.652 niños y niñas con esquema completo para el año de edad con los biológicos de Triple Viral y Fiebre Amarilla; 4.506 niños y niñas de 18 meses con el primer refuerzo de polio y DPT y 4.729 niños y niñas de cinco años con los biológicos de segundo refuerzo con polio y DPT.

Año 2014, se realizó seguimiento individual a 4.205 niños y niñas con esquema completo para la edad con BCG, HB, Terceras dosis de Polio y Pentavalente, 4.316 niños y niñas de un año de edad con esquema completo para la edad con los biológicos de triple viral y fiebre amarilla como trazadores, 4.492 niños y niñas de 18 meses con esquema completo para la edad con el primer refuerzo con polio y DPT y 4.347 niños y niñas con esquemas completos para la edad con el segundo refuerzo biológicos de polio y DPT.

Año 2015, se realizó seguimiento individual a 4.131 niños y niñas con esquema completo para la edad, menores de un año con los biológicos de polio y pentavalente terceras dosis, 4.323 niños y niñas con esquema completo para la edad (un año), con los biológicos de triple viral y fiebre amarilla; 4.473 niños y niñas con esquema completo para la edad (18 meses) con los biológicos del primer refuerzo con los biológicos de polio y DPT y 4.513 niños y niñas con esquema completo para la edad segundo refuerzo con los biológicos de polio y DPT.

4.1.1.13. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años, en el departamento de Arauca se trabaja constantemente garantizando la vacunación permanente y gratuita a toda la población objeto del programa, teniendo como objetivo principal reducir la morbilidad y mortalidad causadas por la no vacunación en los menores.

Para analizar este indicador se cuenta con información real del departamento y fácil acceso del indicador (coberturas de vacunación) destacando el talento humano capacitado (vacunadores) y certificado en las competencias laborales con el SENA.



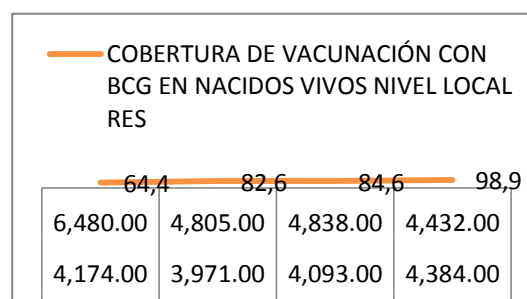
una de las debilidades más representativas en este indicador son los escasos recursos para el PAI, el MSPS a través de la Resolución 518 de 2015 retiro el fortalecimiento que se podía realizar al programa a través de los recursos del sistema general de participaciones, aludiendo que la vacunación es POS, realmente el manual tarifario establece un valor aproximado de \$3.000 pesos colombianos, valor insuficiente para solventar los gastos que amerita la logística del programa tales como transporte en carro, caballo, canoa en fin, además alimentación, personal entre otros, adicional a esto el PAI cuenta con una red frío para garantizar la inmunogenicidad de los biológicos y esta es costosa y a su vez se debe sostener el sistema de información. Otros factores son:

- Rotación de personal operativo y administrativo.
- Dificil acceso por el estado de las vías terciarias y por orden público.

Tabla 13. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CON BCG EN NACIDOS VIVOS NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,174.00	6,480.00	64,40
2013	3,971.00	4,805.00	82,60
2014	4,093.00	4,838.00	84,60
2015	4,384.00	4,432.00	98,90

Gráfico 22. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos nivel local



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

A continuación se realiza un análisis de las coberturas de BCG por cada uno de los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 al 2015.

En el municipio de Arauca las coberturas de inmunización con el biológico de BCG en nacidos vivos han oscilado entre 73,5% hasta 95%, en el municipio de Arauquita las coberturas han oscilado entre 57,3% hasta 66,9%; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 72,4% hasta 108%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre 54,5% hasta 86,9%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 64,3% hasta 97,9%; municipio de puerto rondón la cobertura ha oscilado entre 54,6% hasta 78,6% y en el municipio de Cravo Norte entre 67,4% hasta 95%.

Es importante aclarar que para el departamento de Arauca al igual que la mayoría de sus municipios le ha sido difícil alcanzar coberturas útiles en vacunación toda vez que las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se emitían de acuerdo a la proyección DANE siendo estos datos superiores a la población menor de cinco años de cada uno de los municipios, con base a esta información el MSPS realizo estudios de



cabalidad, cruce de información con nacidos vivos de los últimos años y resultados de evaluaciones de coberturas de vacunación realizadas en terreno en cada uno de los municipios con el fin de ajustar la meta la programática de acuerdo a la realidad de cada municipio, además algunos municipios del departamento se encuentran ubicados en zonas de frontera lo que dificulta el seguimiento nominal de los niños y niñas objeto del programa por la dinámica poblacional fronteriza.

Cobertura de Inmunización con BCG en nacidos vivos en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 - 2015

Municipios	Cobertura BCG año 2012	Cobertura BCG año 2013	Cobertura año BCG 2014	Cobertura BCG año 2015
Arauca	73,5%	78,4%	77,4%	102,9%
Arauquita	57,3%	66,9%	65,3%	78,9%
Saravena	72,4%	95,3%	108,2%	120,3%
Fortul	54,5%	77,6%	82%	93,7%
Tame	64,3%	96,5%	97,9%	95,5%
Puerto Rondón	78,6%	58,3%	54,6%	61,2%
Cravo Norte	67,4%	83,3%	78,6%	106,4%

FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

4.1.1.14. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año

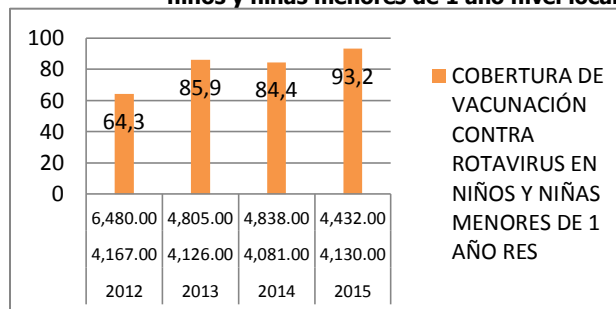
El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación.



Gráfico 23. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,167.00	6,480.00	64,3
2013	4,126.00	4,805.00	85,9
2014	4,081.00	4,838.00	84,4
2015	4,130.00	4,432.00	93,2

Tabla 14. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

La cobertura de vacunación con el biológico de Rotavirus ha oscilado entre el 64,2% para el año 2012 y el 95,9% para la vigencia 2015; el aumento paulatino de la cobertura con este biológico se relaciona con el trabajo articulado que se ha venido realizando con los diferentes actores y al ajuste a la meta programática para el Programa Ampliado de Inmunizaciones, toda vez que en años anteriores la meta se proyectaba de acuerdo al censo DANE 2005, generando datos no reales, con el paso del tiempo se ha implementado la política de salud sexual y reproductiva, programas de planificación familiar que han disminuido el número de nacimientos; por lo que el MSPS emitió la circular externa 039 de 2013 en la que ajusta la meta programática, basados en estudios de cabalidad, nacidos vivos y resultados de Evaluaciones de coberturas de vacunación.

A continuación se realiza análisis detallado de las coberturas de inmunización con el biológico de Rotavirus en niños y niñas menores de 1 año durante los años 2012 – 2015, en cada uno de los municipios del departamento de Arauca.

En el municipio de Arauca la cobertura de inmunización con el biológico de ROTAVIRUS en niños y niñas menores de 1 año, en los últimos cuatro años ha oscilado entre 66,6 % y 94,1%; municipio de Arauquita la cobertura ha oscilado entre 61,5 % hasta 90,8 %; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 66,9% hasta 102,8%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre 55,4% hasta 101,3%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 61,8% hasta 93,7%; municipio de puerto rondón la cobertura ha oscilado entre 70,4% hasta 81,2%, y el municipio de Cravo Norte la cobertura ha oscilado entre 82,6% hasta 74,4%.

Es importante aclarar que para el departamento de Arauca al igual que la mayoría de sus municipios le ha sido difícil alcanzar coberturas útiles en vacunación (95%) toda vez que



las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se emitían de acuerdo a la proyección DANE siendo estos datos superiores a la población menor de cinco años de cada uno de los municipios, con base a esta información el MSPS realizo estudios de cabalidad, cruce de información con nacidos vivos de los últimos años y resultados de evaluaciones de coberturas de vacunación realizadas en terreno en cada uno de los municipios con el fin de ajustar la meta la programática de acuerdo a la realidad de cada municipio, además algunos municipios del departamento se encuentran ubicados en zonas de frontera lo que dificulta el seguimiento nominal de los niños y niñas objeto del programa por la dinámica poblacional fronteriza

Cobertura de Inmunización con ROTAVIRUS en niños y niñas menores de 1 año, en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 - 2015

Municipios	Cobertura con ROTAVIRUS año 2012	Cobertura con ROTAVIRUS año 2013	Cobertura con ROTAVIRUS polio 2014	Cobertura con ROTAVIRUS año 2015
Arauca	66,6%	79,9%	78,5%	94,1%
Arauquita	61,5%	85,2%	78,3%	80,3%
Saravena	66,9%	90%	91,4%	102,8%
Fortul	55,4%	88,9%	87,9%	101,3%
Tame	61,8%	92,7%	93,8%	93,7%
Puerto Rondón	87,4%	75%	70,4%	81,2%
Cravo Norte	82,6%	89,3%	84,5%	74,4%

FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



El indicador se mantuvo en el cuatrienio por debajo de La meta establecida en el Plan de Desarrollo que fue "mantener o disminuir por debajo de 5,6% el porcentaje de niños con bajo peso al nacer del Departamento". El promedio fue de 1,8% niños con bajo peso al nacer en los cuatro años, ver gráfico, situación que puede estar dada por la ejecución efectiva de proyectos con objeto de mejorar el estado nutricional de las madres gestantes, sumado a esto, se han realizado campañas de educación instruyendo en el consumo de alimentos saludables y recomendados para su estado fisiológico, este solo hecho de disminuir el indicador garantiza mejores condiciones de crecimiento y desarrollo para los infantes a futuro mayor productividad económica, mejora en el aprendizaje y un mejor desarrollo social del territorio.

Se debe aumentar la cobertura de las estrategias de maternidad segura, prevención de embarazos en adolescentes, poca adherencia a los controles prenatales e inicio tardío de ellos el bajo nivel de escolaridad y las necesidades básicas insatisfechas en la población son situaciones que exacerban el evento y nos indica que hay que desarrollar acciones transectoriales y sociedades estratégicas específicamente entre salud y educación para el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva en el departamento.

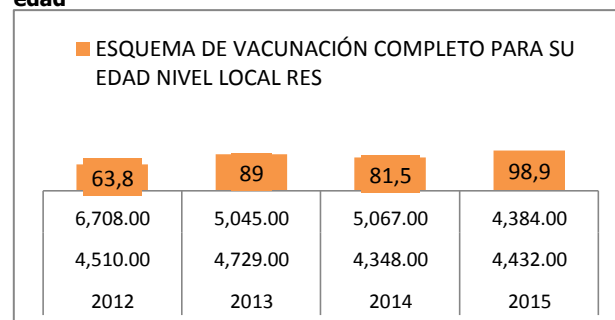
4.1.1.15. Número de niños y niñas menores de 6 años a quienes se les realiza seguimiento individual, que tienen el esquema de vacunación completo para su edad.

El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso. La vacunación, es la mejor estrategia y la más costo efectiva demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenible

Tabla 12. Esquema de vacunación completo para la edad.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,510.00	6,708.00	63,8
2013	4,729.00	5,045.00	89
2014	4,348.00	5,067.00	81,5
2015	4,432.00	4,384.00	98,9

Gráfico 21. Esquema de vacunación completo para la edad



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud .



Para el año 2012, en el departamento de Arauca se le realizó seguimiento individual a 4.369 menores de un año estos recibieron los biológicos de BCG y Hepatitis B y terceras dosis de Polio y pentavalente; 4.510 niños con esquema completo para la edad con los biológicos de Triple Viral, Fiebre Amarilla y 4.625 niños y niñas de 18 meses con esquema completo para la edad con primer refuerzo de polio y pentavalente.

Año 2013, se realizó seguimiento individual a 4.396 niños y niñas menores de un año con esquema completa para la edad con los biológicos de BCG, HB, Polio y Pentavalente terceras dosis; 4.652 niños y niñas con esquema completo para el año de edad con los biológicos de Triple Viral y Fiebre Amarilla; 4.506 niños y niñas de 18 meses con el primer refuerzo de polio y DPT y 4.729 niños y niñas de cinco año con los biológicos de segundo refuerzo con polio y DPT.

Año 2014, se realizó seguimiento individual a 4.205 niños y niñas con esquema completo para la edad con BCG, HB, Terceras dosis de Polio y Pentavalente, 4.316 niños y niñas de un año de edad con esquema completo para la edad con los biológicos de triple viral y fiebre amarilla como trazadores, 4.492 niños y niñas de 18 meses con esquema completo para la edad con el primer refuerzo con polio y DPT y 4347 niños y niñas con esquemas completos para la edad con el segundo refuerzo biológicos de polio y DPT.

Año 2015, se realizó seguimiento individual a 4.131 niños y niñas con esquema completo para la edad, menores de un año con los biológicos de polio y pentavalente terceras dosis, 4.323 niños y niñas con esquema completo para la edad (un año), con los biológicos de triple viral y fiebre amarilla; 4.473 niños y niñas con esquema completo para la edad (18 meses) con los biológicos del primer refuerzo con los biológicos de polio y DPT y 4.513 niños y niñas con esquema completo para la edad segundo refuerzo con los biológicos de polio y DPT.

4.1.1.16. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años, en el departamento de Arauca se trabaja constantemente garantizando la vacunación permanente y gratuita a toda la población objeto del programa, teniendo como objetivo principal reducir la morbilidad y mortalidad causadas por la no vacunación en los menores.

Para analizar este indicador se cuenta con información real del departamento y fácil acceso del indicador (coberturas de vacunación) destacando el talento humano capacitado (vacunadores) y certificado en la competencias laborales con el SENA.



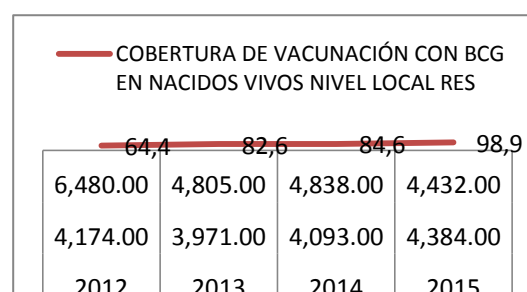
una de las debilidades más representativas en este indicador son los escasos recursos para el PAI, el MSPS a través de la Resolución 518 de 2015 retiró el fortalecimiento que se podía realizar al programa a través de los recursos del sistema general de participaciones, aludiendo que la vacunación es POS, realmente el manual tarifario establece un valor aproximado de \$3.000 pesos colombianos, valor insuficiente para solventar los gastos que amerita la logística del programa tales como transporte en carro, caballo, canoa en fin, además alimentación, personal entre otros, adicional a esto el PAI cuenta con una red fría para garantizar la inmunogenicidad de los biológicos y esta es costosa y a su vez se debe sostener el sistema de información. Otros factores son:

- Rotación de personal operativo y administrativo.
- Dificil acceso por el estado de las vías terciarias y por orden público.

Tabla 13. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CON BCG EN NACIDOS VIVOS NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,174.00	6,480.00	64,40
2013	3,971.00	4,805.00	82,60
2014	4,093.00	4,838.00	84,60
2015	4,384.00	4,432.00	98,90

Gráfico 22. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos nivel local



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

A continuación se realiza un análisis de las coberturas de BCG por cada uno de los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 al 2015.

En el municipio de Arauca las coberturas de inmunización con el biológico de BCG en nacidos vivos han oscilado entre 73,5% hasta 95%, en el municipio de Arauquita las coberturas han oscilado entre 57,3% hasta 66,9%; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 72,4% hasta 108%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre 54,5% hasta 86,9%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 64,3% hasta 97,9%; municipio de puerto rondón la cobertura ha oscilado entre 54,6% hasta 78,6% y en el municipio de Cravo Norte entre 67,4% hasta 95%.

Es importante aclarar que para el departamento de Arauca al igual que la mayoría de sus municipios le ha sido difícil alcanzar coberturas útiles en vacunación toda vez que las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se emitían de acuerdo a la proyección DANE siendo estos datos superiores a la población menor de cinco años de cada uno de los municipios, con base a esta información el MSPS realizó estudios de cabalidad, cruce de información con nacidos vivos de los últimos años y resultados de evaluaciones de coberturas de vacunación realizadas en terreno en cada uno de los municipios con el fin de ajustar la meta la programática de acuerdo a la realidad de cada municipio, además algunos municipios del departamento se encuentran ubicados en zonas



de frontera lo que dificulta el seguimiento nominal de los niños y niñas objeto del programa por la dinámica poblacional fronteriza.

Cobertura de Inmunización con BCG en nacidos vivos en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 - 2015

Municipios	Cobertura BCG año 2012	Cobertura BCG año 2013	Cobertura año BCG 2014	Cobertura BCG año 2015
Arauca	73,5%	78,4%	77,4%	102,9%
Arauquita	57,3%	66,9%	65,3%	78,9%
Saravena	72,4%	95,3%	108,2%	120,3%
Fortul	54,5%	77,6%	82%	93,7%
Tame	64,3%	96,5%	97,9%	95,5%
Puerto Rondón	78,6%	58,3%	54,6%	61,2%
Cravo Norte	67,4%	83,3%	78,6%	106,4%

FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

4.1.1.17. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año

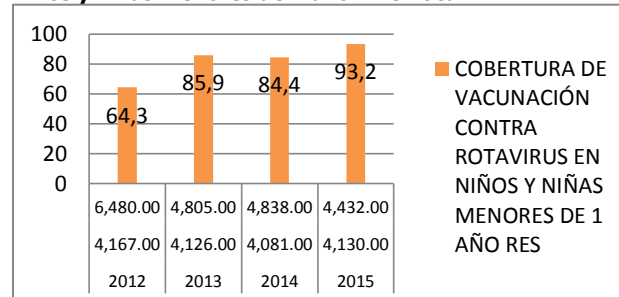
El rotavirus es un virus que causa diarrea (a veces severa) mayormente en bebés y niños pequeños. Suele estar acompañada de vómitos y fiebre y puede traducirse en deshidratación.



Gráfico 23. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,167.00	6,480.00	64,3
2013	4,126.00	4,805.00	85,9
2014	4,081.00	4,838.00	84,4
2015	4,130.00	4,432.00	93,2

Tabla 14. Cobertura de vacunación contra rotavirus en niños y niñas menores de 1 año nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud .

La cobertura de vacunación con el biológico de Rotavirus ha oscilado entre el 64,2% para el año 2012 y el 95,9% para la vigencia 2015; el aumento paulatino de la cobertura con este biológico se relaciona con el trabajo articulado que se ha venido realizando con los diferentes actores y al ajuste a la meta programática para el Programa Ampliado de Inmunizaciones, toda vez que en años anteriores la meta se proyectaba de acuerdo al censo DANE 2005, generando datos no reales, con el paso del tiempo se ha implementado la política de salud sexual y reproductiva, programas de planificación familiar que han disminuido el número de nacimientos; por lo que el MSPS emitió la circular externa 039 de 2013 en la que ajusta la meta programática, basados en estudios de cabalidad, nacidos vivos y resultados de Evaluaciones de coberturas de vacunación.

A continuación se realiza análisis detallado de las coberturas de inmunización con el biológico de Rotavirus en niños y niñas menores de 1 año durante los años 2012 – 2015, en cada uno de los municipios del departamento de Arauca.

En el municipio de Arauca la cobertura de inmunización con el biológico de ROTAVIRUS en niños y niñas menores de 1 año, en los últimos cuatro años ha oscilado entre 66,6 % y 94,1%; municipio de Arauquita la cobertura ha oscilado entre 61,5 % hasta 90,8 %; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 66,9% hasta 102,8%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre 55,4% hasta 101,3%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 61,8% hasta 93,7%; municipio de puerto rondón la cobertura ha oscilado entre 70,4% hasta 81,2%, y el municipio de Cravo Norte la cobertura ha oscilado entre 82,6% hasta 74,4%.

Es importante aclarar que para el departamento de Arauca al igual que la mayoría de sus municipios le ha sido difícil alcanzar coberturas útiles en vacunación (95%) toda vez que



las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se emitían de acuerdo a la proyección DANE siendo estos datos superiores a la población menor de cinco años de cada uno de los municipios, con base a esta información el MSPS realizó estudios de cabalidad, cruce de información con nacidos vivos de los últimos años y resultados de evaluaciones de coberturas de vacunación realizadas en terreno en cada uno de los municipios con el fin de ajustar la meta la programática de acuerdo a la realidad de cada municipio, además algunos municipios del departamento se encuentran ubicados en zonas de frontera lo que dificulta el seguimiento nominal de los niños y niñas objeto del programa por la dinámica poblacional fronteriza.

Cobertura de Inmunización con ROTAVIRUS en niños y niñas menores de 1 año, en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 - 2015

Municipios	Cobertura con ROTAVIRUS año 2012	Cobertura con ROTAVIRUS año 2013	Cobertura con ROTAVIRUS polio 2014	Cobertura con ROTAVIRUS año 2015
Arauca	66,6%	79,9%	78,5%	94,1%
Arauquita	61,5%	85,2%	78,3%	80,3%
Saravena	66,9%	90%	91,4%	102,8%
Fortul	55,4%	88,9%	87,9%	101,3%
Tame	61,8%	92,7%	93,8%	93,7%
Puerto Rondón	87,4%	75%	70,4%	81,2%
Cravo Norte	82,6%	89,3%	84,5%	74,4%

FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

4.1.1.18. Cobertura de vacunación contra neumococo dos dosis en niños y niñas menores de 1 año.

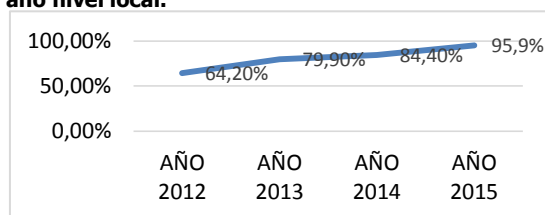
La cobertura de vacunación con el biológico de Neumococo en menores de un año de edad ha oscilado entre 68,4% (año 2012) y 95,9% (año 2015), desde el año 2010 este biológico ingreso al esquema nacional de vacunación, la cobertura ha aumentado de manera paulatina debido al ajuste de la meta programática y al trabajo articulado que se ha realizado entre los diferentes actores.



Tabla 15. Cobertura de vacunación contra neumococo dos dosis en niños y niñas menores de 1 año nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO AÑO NIVEL NACIONAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,435	6,480	68,40
2013	4,330	4,805	90,10
2014	4,212	4,838	87,10
2015	4,249	4,432	95,90

Gráfico 24. Cobertura de vacunación contra neumococo dos dosis en niños y niñas menores de 1 año nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

A continuación se realiza análisis de la cobertura de inmunización con el biológico de Neumococo en menores de un año en cada municipio del departamento de Arauca durante los años 2012 – 2015.

En el municipio de Arauca la cobertura de inmunización con el biológico de NEUMOCOCO en niños y niñas menores de 1 año, en los últimos cuatro años ha oscilado entre 70 % y 95,9%; municipio de Arauquita la cobertura ha oscilado entre 67 % hasta 82,7 %; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 69,5% hasta 106,8%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre 56,3% hasta 102,8%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 69,2% hasta 97,9%; municipio de puerto rondón la cobertura ha oscilado entre 70,24% hasta 85,9%, y el municipio de Cravo Norte la cobertura ha oscilado entre 83,7% hasta 74,4%.

Es importante aclarar que para el departamento de Arauca al igual que la mayoría de sus municipios le ha sido difícil alcanzar coberturas útiles en vacunación (95%) toda vez que las metas asignadas por el Ministerio de Salud y Protección Social se emitían de acuerdo a la proyección DANE siendo estos datos superiores a la población menor de cinco años de cada uno de los municipios, con base a esta información el MSPS realizo estudios de cabalidad, cruce de información con nacidos vivos de los últimos años y resultados de evaluaciones de coberturas de vacunación realizadas en terreno en cada uno de los municipios con el fin de ajustar la meta la programática de acuerdo a la realidad de cada municipio, además algunos municipios del departamento se encuentran ubicados en zonas de frontera lo que dificulta el seguimiento nominal de los niños y niñas objeto del programa por la dinámica poblacional fronteriza.



Cobertura de Inmunización con NEUMOCOCO en niños y niñas menores de 1 año, en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 – 2015

Municipios	Cobertura con NEUMOCOCO año 2012	Cobertura con NEUMOCOCO año 2013	Cobertura con NEUMOCOCO 2014	Cobertura con NEUMOCOCO año 2015
Arauca	70%	84,8%	80,6%	95,4%
Arauquita	67%	85,7%	81,3%	82,7%
Saravena	69,5%	93,3%	91,8%	106,8%
Fortul	56,3%	90,8%	89,6%	102,8%
Tame	69,2%	101,2%	100,2%	97,9%
Puerto Rondón	92,2%	78,7%	70,24%	85,9%
Cravo Norte	83,7%	89,3%	84,5%	58%

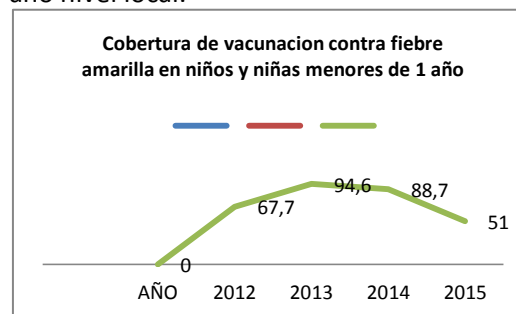
FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

4.1.1.19. Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas menores de 1 año.

Tabla 16. Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas menores de 1 año nivel local.

COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA FIEBRE AMARILLA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4,445.00	6,568.00	67,70
2013	4,653.00	4,918.00	94,60
2014	4,326.00	4,879.00	88,70
2015	2,335.00	4,580.00	51,00

Gráfico 25. Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en niños y niñas menores de 1 año nivel local.



Fuente: Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



La cobertura de vacunación con el biológico de Fiebre Amarilla al año de edad ha oscilado entre 67,7% (año 2012) y 52% (año 2015), al igual que los demás biológicos trazadores la cobertura ha aumentado teniendo en cuenta el trabajo articulado con los diferentes actores y el ajuste a la meta programática que el MSPS ha realizado y que formalizo a través de la circular 039 de 2013.

Es importante dejar claridad que en el mes de julio del 2015 el Esquema permanente de vacunación cambio, este biológico lo reemplazo la vacuna viva atenuada de VARICELA al año de edad y la fiebre amarilla paso a los 18 meses de edad, por esta razón la cobertura de vacunación con fiebre amarilla al año de edad durante la vigencia 2015 quedo en el 52%, debido a lo anterior se requiere una cohorte de vacunados para que la cobertura de vacunación con fiebre amarilla a los 18 meses de edad sea homegenea con los demás biológicos que se administran en este rango de edad.

A continuación se realiza análisis de las coberturas de inmunización con el biológico de Fiebre Amarilla en niños y niñas de 1 año de edad por cada municipio durante los años 2012 al 2015.

En el municipio de Arauca la cobertura de inmunización con el biológico de FIEBRE AMARILLA en niños y niñas de 1 año, en los últimos cuatro años ha oscilado entre 66,9% y 93,2 %; municipio de Arauquita la cobertura ha oscilado entre 68,2 % hasta 93,2 %; municipio de Saravena la cobertura ha oscilado entre 72,9% hasta 96,7%; municipio de Fortul la cobertura ha oscilado entre el 54,1% y 106,6%; municipio de Tame la cobertura ha oscilado entre 73% y 106%; municipio de Puerto Rondón ha oscilado la cobertura entre 73,4% y 100%; municipio de Cravo norte la cobertura de vacunación con el biológico de fiebre amarilla ha oscilado entre 82,6% y 103,5%.

Cobertura de Inmunización con FIEBRE AMARILLA en niños y niñas de 1 año, en los municipios del departamento de Arauca durante los años 2012 - 2015

Municipios	Cobertura con FIEBRE AMARILLA año 2012	Cobertura con FIEBRE AMARILLA año 2013	Cobertura con FIEBRE AMARILLA año 2014	Cobertura con FIEBRE AMARILLA año 2015 (cambio esquema de vacunación)
Arauca	66,9%	87,6%	81%	52%
Arauquita	68,2%	95,8%	83,4%	47,1%
Saravena	72,9%	96,7%	91,3%	55,5%
Fortul	54,1%	106,6%	86,8%	46,7%
Tame	73%	99,4%	106,1%	51,3%
Puerto Rondón	100%	91%	73,4%	42,7%
Cravo Norte	82,6%	103,5%	95,2%	48,1%



FUENTE: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones

4.1.1.20. Porcentaje de mujeres gestantes que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).

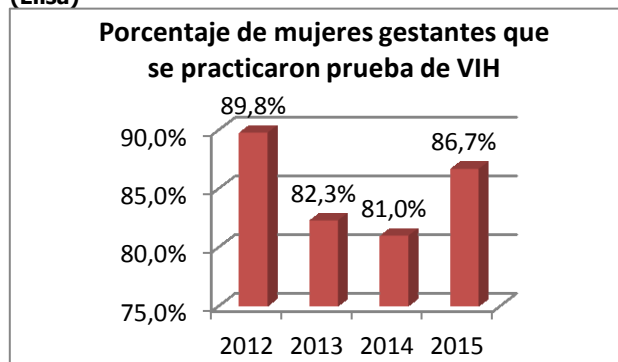
En el año 2012 de 4.415 gestantes en el departamento de Arauca, 3.933 se realizaron prueba de VIH para un porcentaje de 89.08%, En el año 2012 de 4.415 gestantes en el departamento de Arauca, 3.933 se realizaron prueba de VIH para un porcentaje de 89.08%, para el 2013 de 3966 mujeres en estado de embarazo 3.267 se practicaron la prueba de VIH para un porcentaje de 82.38 el comportamiento se mantuvo en el año 2014 y lo que va del 2105 se pretende subir el porcentaje ya que esta información es a corte de 30 de junio a 2015.

Según las encuestas realizadas por la unidad de salud a las gestantes uno de las principales causa por las cuales no se practican el examen es que algunas gestante son cabeza de familia numerosa y de allí se presenta la dificultad en la asistencia a los controles prenatales por el cuidado a otros hijos.

Tabla 17. Porcentaje de mujeres gestantes prueba de Elisa)

PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	3,933.00	4,415.00	89,08%
2013	3,267.00	3,966.00	82,38%
2014	3,228.00	3,982.00	81,06%
2015	4,116.00	4,747.00	86,70%

Gráfico 26. Porcentaje de mujeres gestantes prueba de (Elisa)



Fuente: Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

4.1.1.21. Incidencia de sífilis congénita.

La sífilis es una infección de transmisión sexual, que puede afectar a la mujer gestante y transmitirse al feto, se estima que dos terceras partes de las gestaciones resultan en Sífilis Congénita o aborto espontáneo, complicaciones que podrían ser totalmente prevenibles con tecnologías asequibles y de bajo costo. La Sífilis Gestacional y congénita es considerada un problema de salud pública por su gravedad, y representa una falla del sistema de salud, por lo que requiere de un proceso de análisis y evaluación exhaustivo

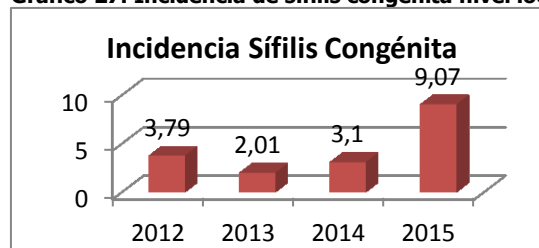


Por ende la oportuna notificación de los casos de sífilis gestacional y congénita es un punto a favor para estos tratamientos.

Tabla 18. Incidencia de sífilis congénita nivel local.

INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	17.00	4,478.00	3,80
2013	8.00	3,973.00	2,01
2014	7.00	2,251.00	3,10
2015	23.00	2,314.00	9,07

Gráfico 27. Incidencia de sífilis congénita nivel local.



Fuente: Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

En el departamento de Arauca, se han incrementado el número de casos de Sífilis Congénita progresivamente en los últimos dos años, con respecto al año 2013 que fue el que menos casos se presentaron con un porcentaje de 2.01, lo que es preocupante y nos obliga a re direccionar algunas de las estrategias utilizadas para la prevención de esta patología, fortaleciendo la educación y las estrategias en todo el departamento ver tabla N° 26

4.1.1.22. Cobertura de tratamiento antirretroviral.

El reporte oportuno al área de vigilancia en Salud Publica por parte de la IPS encargada de manejar la atención integral en las personas que viven con el virus del VIH es uno de los puntos a favor de este indicador.

Debilidades: en casos de VIH en menores de 2 años se ha evidenciado demora en el reporte de las personas inasistentes a las citas para indicación y seguimiento del tratamiento antirretroviral.

Impactos positivos: Articulación de IPS, EPS, ente municipal y ente departamental para la captación y diagnóstico temprano en el menor, con el objetivo de responder con atención integral y tratamiento antirretroviral en un tiempo oportuno

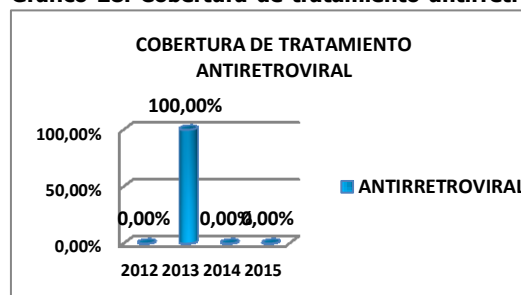
Impactos negativos: Debilidad en las acciones pertinentes por parte de instituciones como el Instituto del Bienestar Familiar en la búsqueda y restitución de derechos a la salud de los menores, con el objetivo de responsabilizar a los padres de la asistencia constante del menor a citas médicas, adherencia y seguimiento a la atención integral y tratamiento antirretroviral.



Tabla 19. Cobertura de tratamiento antirretroviral.

COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	0.00	0.00	0,00
2013	1.00	1.00	100,00
2014	0.00	0.00	0,00
2015	0.00	0.00	0,00

Gráfico 28. Cobertura de tratamiento antirretroviral



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Durante el año 2012 no se presentaron casos de VIH en menores y adolescentes, en el año 2013 se presentaron 19 casos de VIH, de estos (2) casos en menores, una de ellas residente en el municipio de Tame, de género femenino, gestante, el cual recibió tratamiento antirretroviral (TAR), evitando así que el recién nacido presentara transmisión materno-infantil del VIH, el otro caso de VIH se presentó en un recién nacido, debido a que la madre no recibió controles prenatales, ni tratamiento profiláctico, esta menor reside en municipio de Arauca (área rural), en el año 2014 a la fecha se ingresaron treinta (30) casos de VIH, siendo dos (2) casos, en una menor de 9 años procedente de otro departamento, y desde el 2014 reside en el departamento de Arauca, municipio de Arauquita con un familiar como responsable de la menor, el caso restante se presentó en una gestante de 16 años residente en el municipio de Arauca, la cual recibió tratamiento profiláctico, y en la actualidad recibe tratamiento antirretroviral.

Con los resultados anteriores se puede evidenciar que hay un alto cubrimiento en la cobertura de tratamiento antirretroviral en los menores diagnosticados de VIH en el departamento, tanto así que se ha logrado cubrir un 100% en los 2 últimos años.

4.1.1.23. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas.

El departamento ha implementado en los últimos años, programas y proyectos tendientes a impactar de manera positiva este indicador.

El impacto no se mide a corto plazo, pues se pretenden lograr cambios conductuales en la población Araucana. Los proyectos no han tenido continuidad ocasionados generalmente por trámites administrativos que deben surtir en cuanto a lo contractual.



Tabla 20. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas.

DEPART.	- ARAUCA -	
MUNICIPIO		
INDICADOR	CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS	
CICLO	PRIMERA INFANCIA	
AÑO	DESAGREGACIÓN (CAUSA DE MORBILIDAD)	RES
2012	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	259
2012	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	241
2012	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	118
2012	NAUSEA Y VOMITO	93
2012	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	325
2013	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	665
2013	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	492
2013	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	386
2013	NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	156
2013	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	151
2014	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	459
2014	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	376
2014	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	260
2014	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	233
2014	NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	164
2015	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	232
2015	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	217
2015	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	118
2015	ENFERMEDAD POR VIRUS CHIKUNGUNYA	115
2015	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	71

Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

La fiebre no especificada y la rinofaringitis aguda (resfriado común) se ubican como unas de las 5 primeras causas de morbilidad en el departamento, cabe anotar que estos son unos síntomas y no un diagnóstico definido como tal, que nos permita establecer la tendencia o el comportamiento de un evento o patología sobre la salud de los niños y niñas menores de 5 años, esto es asociado en gran parte a niveles de pobreza, malos hábitos higiénicos y bajo grado de educación y cultura de los padres o cuidadores de los niños y niñas; la fiebre no especificada es la principal causa de morbilidad registrada en el periodo 2008-2010.

4.1.1.24. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS.

Cabe destacar la aceptabilidad frente a los derechos y deberes que tienen los usuarios sobre la primera infancia.

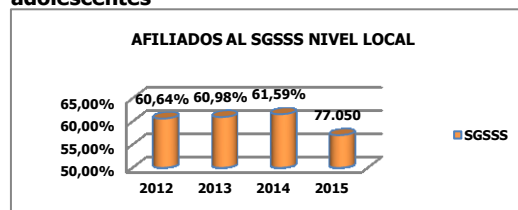


Tabla 21. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes

AFILIADOS AL SGSSS NIVEL LOCAL

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	38,748.00	65,981.00	60,64
2013	39,002.00	66,057.00	60,98
2014	39,083.00	66,108.00	61,59
2015	40,472.00	67,146.00	77,00

Gráfico 29. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes



Fuente: base de datos única de afiliados - BDUA FOSYGA de los años 2012, 2013, 2014 y 2015.

En el grafico se puede observar que a un para el periodo comprendido del 2012 al 2015 la cobertura del SGSSS en la primera infancia no ha abarcado la totalidad de la población esto se debe algunas veces en la demora en la expedición de los documentos de identidad por parte de los padres, lo que demora la afiliación efectiva de los niños al SGSSS.

4.1.1.25. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.

La estrategia AIEPI Comunitario en los siete Municipios promociona la práctica saludable No 15: tome las medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños, en los CDI las auxiliares pedagógicas, docentes, profesionales de la Salud y madres comunitarias sensibilizan y educan a los padres de familia y cuidadores de la importancia de evitar accidentes más frecuentes que ocurren en los hogares como son: Ahogamiento, Intoxicación, Trauma o herida y Quemaduras.

Los determinantes sociales que llevan a ocasionar muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes son poco intervenibles desde el sector salud.

Tabla 22. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.

TASA DE MUERTES POR OTROS ACCIDENTES EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES NIVEL LOCAL

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	6.00	39,752.00	15,09
2013	5.00	39,640.00	12,61
2014	6.00	39,651.00	15,13
2015	4.00	39,740.00	10,06

Gráfico 30. Tasa de muertes por otros accidentes



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



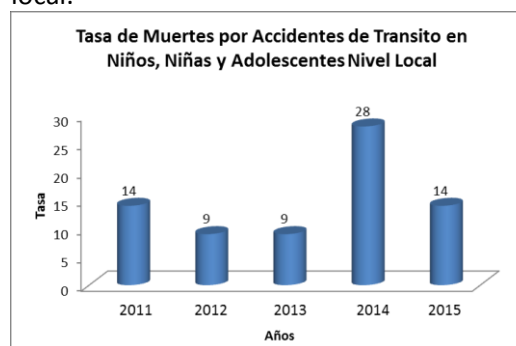
En el grafico se puede visualizar que en el año 2015 se ha disminuido la tasa de muertes por accidentes en los niños y niñas de primera infancia trabajo que se ha logrado con la sensibilización del personal de los entes educativos hacia los padres de familia.

4.1.1.26. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 23. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes nivel local.

TASA DE MUERTES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2011	3.00	0.21	14,00
2012	2.00	0.21	9,00
2013	2.00	0.21	9,00
2014	6.00	0.21	28,00
2015	3.00	0.21	14,00

Gráfico 31. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes nivel local.



Fuente Unidad Administrativa Especial de Salud

El porcentaje de muertes por accidente de tránsito en niñas y niños a resultado variable en los años comprendidos entre el 2011 y 2013 se redujo en un 5% y en el año 2014 ha sido el que más accidentalidad en menores a alcanzado, el hecho de que se haya incluido desde el nivel nacional en Plan Decenal de Salud Pública es bueno en el sentido que obliga a mejores esfuerzos intersectoriales. En este grupo de edad la sensibilización es más sencilla debido a que los niños a esa edad son más proclives a asumir el conocimiento que se les otorgue.

Se resalta la falta de campañas educativas permanentes en el tiempo para prevención de accidentes de tránsito y la falta de conciencia ciudadana por parte de los conductores, así como la falta de prevención de otros accidentes.

Por los ciclos inherentes a la administración no es posible contar con un ciclo constante en materia de seguridad vial con este grupo poblacional.

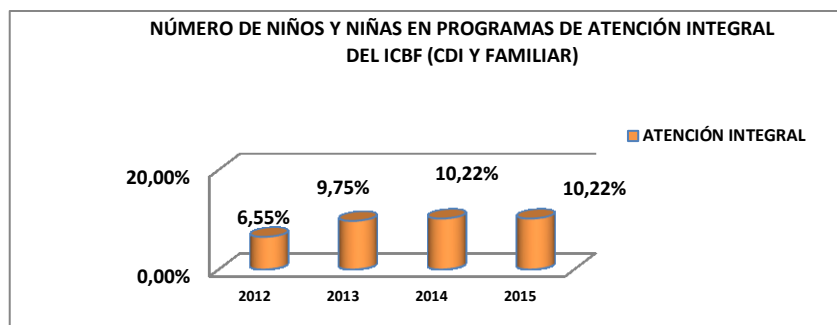
4.1.2. DERECHOS AL DESARROLLO



Que tengan las condiciones básicas para progresar en su condición y dignidad humanas. En materia educativa, podemos afirmar que los avances son alentadores y el futuro de la educación para niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el departamento de Arauca es promisorio

4.1.2.1. Número de niños y niñas en programas de atención integral del ICBF (CDI y familiar).

Gráfico 32. Número de niños y niñas en programas de atención integral del ICBF (CDI y familiar).



Fuente: ICBF, REGIONAL ARAUCA.

El gráfico muestra la cobertura en los programas de atención integral del ICBF se indica que del 6.55% para el año 2012 paso al 10.22% para el año 2014 y 2015 respectivamente.

4.1.2.2. Porcentaje de niños y niñas (3-5 años) matriculados en prejardín, jardín y transición.

Existen unos establecimientos educativos privados que no aparecen registrados en el Directorio Único de Establecimientos Educativos - DUE, y por tal razón no aparece reporte de información a través del SIMAT. Lo anterior se debe a la demora por parte del DANE en la asignación del código para dichos establecimientos, pese a la solicitud realizada por parte de la Secretaría de Educación departamental en reiteradas ocasiones.

Algunos docentes de establecimientos educativos oficiales no realizan novedades (ingresos y retiros) de los estudiantes en el transcurso del calendario escolar.

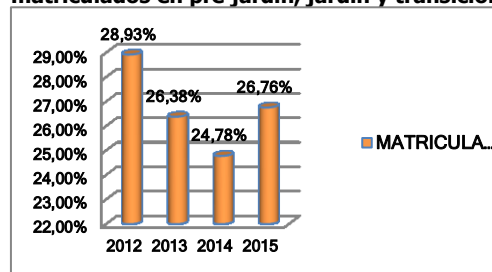
Esta dificultad obedece a que no existen directivos docentes en los CEAR y ésta decisión depende del Ministerio de Educación Nacional.



Tabla 24. Porcentaje de niños y niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín, jardín y transición

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS (3-5 AÑOS) MATRICULADOS EN PREJARDÍN, JARDÍN Y TRANSICIÓN			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	5,809.00	20,073.00	28,93
2013	5,250.00	19,897.00	26,38
2014	4,887.00	19,720.00	24,78
2015	5,249.00	19,608.00	26,76

Gráfico 33. Porcentaje de niños y niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín, jardín y transición



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

Como se desprende de la gráfica, es considerable la disminución del número de niños, niñas que asisten a programas de educación inicial esto se debe a que algunos establecimientos de índole no oficial no están inscritos en el directorio Unicef establecimientos educativos DUE.

4.1.2.3. Cobertura escolar bruta en preescolar.

La entidad territorial dispone de la capacidad de cupos para atender la demanda presentada en los diferentes municipios a partir del grado de transición.

El servicio prestado a través de los CDI no tiene ningún grado de escolaridad, por lo que los niños entre 3-5 años de edad de los CDI quedan por fuera de la medición de este indicador.

Esta población estudiantil no es tenida en cuenta dentro de las variables del indicador, porque los CDI ofrecen una educación no gradual.

La tasa de cobertura bruta da cuenta de la capacidad del sistema educativo para matricular alumnos en un nivel educativo específico. Es factible que en el cálculo de este indicador se obtengan resultados de cobertura mayores a 100% dado que el numerador incluye alumnos en extraedad. Una tasa cercana o superior a 100% indica que, en teoría, se cuenta con la capacidad para atender a toda su población en edad escolar, aunque no indica que proporción de esta población ya se encuentra matriculada.

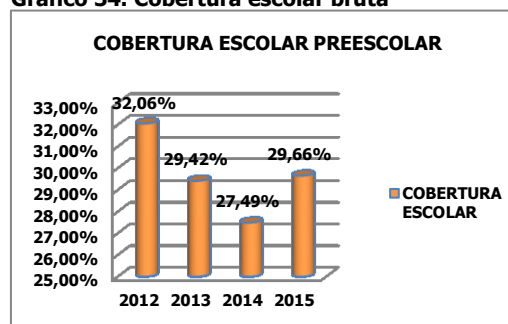


Tabla 25. Cobertura escolar bruta

COBERTURA ESCOLAR BRUTA EN PREESCOLAR

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	6,437	20,073	32,06
2013	5,854	19,897	29,42
2014	5,422	19,72	27,49
2015	5,816	19,608	29,66

Gráfico 34. Cobertura escolar bruta



Fuente: Secretaría de Educación Departamental.

Existen unos establecimientos educativos privados que no aparecen registrados en el Directorio Único de Establecimientos Educativos - DUE, y por tal razón no aparece reporte de información a través del SIMAT por esta razón el indicador presenta un índice de decremento.

Se presenta un aumento de la matrícula en el grado de transición en los establecimientos educativos de carácter privado, debido a la gestión que ha adelantado la Secretaría de Educación en el requerimiento a las instituciones educativas privadas, solicitando se reporte y actualice la Matrícula en el SIMAT.

4.2. Infancia

Arauca busca el Desarrollo Integral del ser humano en cada grupo de edad, considera la infancia la etapa más importante del crecimiento físico del niño, sustentado en la rápida progresión del esqueleto y la musculatura en los niños y niñas con adecuada nutrición, además es una etapa importante para el desarrollo motor (psico – afectivo) y cognitivo de los niños y niñas del Departamento, en esta fase de ciclo vital los niños y las niñas transitan a una etapa de mayor socialización e independencia y se fortalece la autonomía. Para cumplir este propósito y garantizarle mejorar las condiciones de vida a los niños y niñas entre 6 y 11 años del Departamento implemento planes de seguridad alimentaria y nutricional.

se creó un equipo multidisciplinar con las Secretarías de Salud, Educación, Gobierno, Desarrollo Social, Instituto de Recreación y Deportes (COLDEPORTES), entre otras, implementación de la estrategia AIEPI en los siete Municipios, promoción de las prácticas saludables en las Unidades educativas, Dotación de las Salas ERAS, la implementación del sistema de vigilancia alimentario y nutricional del departamento de Arauca el cual permite contar con información permanente y oportuna de la situación nutricional de la población infantil la cual permite a su vez efectuar acciones de recuperación nutricional y acciones de complementación, suplementación.



4.2.1. Derechos a la existencia

Garantiza los derechos de la infancia, se constituye en el objetivo de la Política Pública, fundamental para el desarrollo del ser humano en los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y sociales, la calidad de vida, bajo los ideales de equidad e inclusión social, con enfoque poblacional, de género y ciclos de edad. Esto significa que los niños, niñas ejerzan sus derechos.

Para esta categoría se tienen los siguientes indicadores:

4.2.1.1. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes

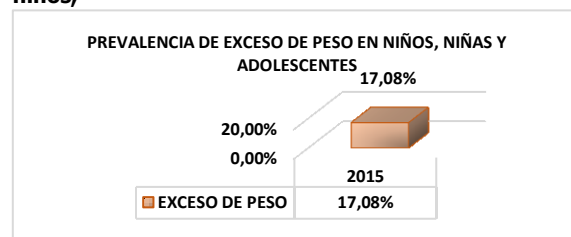
En la actualidad se cuenta con un sistema de vigilancia alimentaria y nutricional SISVAN, sistema en proceso de fortalecimiento, nos permite contar con información nutricional departamental de manera permanente y oportuna.

la generación de información nutricional en territorio ha sido un logro fundamental para la gestión en seguridad alimentaria y nutricional, pero existe la limitante de tener como unidades notificadoras solo a las ESE departamentales en los servicios de p y p el reto es extender y ampliar el censo de unidades generadoras de datos y establecer una prevalencia más amplia, sumado a esto la situación nutricional se ve afectada por la falta de continuidad en el proceso de implementación del plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional.

Tabla 26. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas

PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES NIVEL LOCAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2015	603.00	3,530.00	17,08

Gráfico 35. Prevalencia de exceso de peso en niños,



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Se evidencia en la gráfica que el comportamiento general del sobrepeso y la obesidad en el departamento presenta en este 2015 un porcentaje de 17.08% en exceso de peso, por ende según las estadísticas anteriores se ha logrado mejorar el estado nutricional de estos grupos de población en el departamento de Arauca.

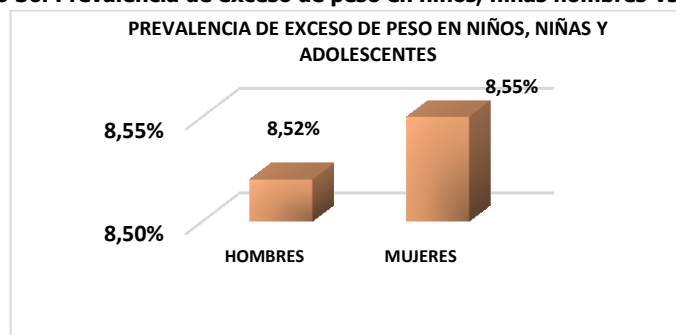


Tabla 27. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas hombres Vs mujeres

PREVALENCIA DE EXCESO DE PESO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

AÑO	HOMB RE NUM	HOMBRE DENOM	RESUL TADO	MUJERE S NUM	MUJER ES DENOM	RES
2015	301.00	3,530.00	8.52	302.00	3,530.00	8.55

Gráfico 36. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas hombres Vs mujeres



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Se puede observar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad obtenida mediante el indicador Índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E) por género en el departamento de Arauca durante el año 2015 da como resultado que la diferencia de nivel de obesidad de niñas con respecto a los niños es baja.

El evento se presenta a más temprana edad a medida que transcurre el tiempo, aumenta considerablemente los gastos en salud y la demanda de los servicios de salud, discapacidad, años de vida potencialmente perdidos.

Para mejorar la situación de la población se recomienda la implementación de los planes departamentales de seguridad alimentaria y nutricional. El fortalecimiento de la vigilancia nutricional acciones de complementación, suplementación y desparasitación masiva, en el marco de una estrategia educativa de estilos de vida saludable y entornos saludables, implementación del sistema de vigilancia alimentario y nutricional SISVAN.

4.2.1.2. Cobertura de vacunación VPH - virus del papiloma humano - en niñas escolarizadas y no escolarizadas a partir de los 9 años.

Esta vacuna previene la aparición del cáncer cervicouterino, La unidad Administrativa Especial de Salud -UAESA- cuenta con información completa para todos los biológicos. Se ha realizado un trabajo arduo con el sector educación y padres de familia acerca de la importancia de la vacuna contra el VPH.



La vacunación con el biológico contra el Virus del Papiloma Humano se inició en el departamento de Arauca en el año 2012, organizándose por fases de la siguiente manera; en el año 2012 I Fase ya cerrada por el MSPS, año 2013, II Fase para la población escolarizada y no escolarizada, año 2014 III Fase para la población escolarizada y año 2015.

Para el año 2012 el esquema de vacunación con el biológico de VPH era 0 -2- 6 (primera dosis, segunda dosis a los 2 meses de la haber administrado la 1era dosis y a los 6 meses de haber administrado la 1ra dosis), por lo tanto se garantizó el esquema completo y la primera Fase de la vacunación se cerró con un cumplimiento para el departamento de Arauca de la siguiente manera:

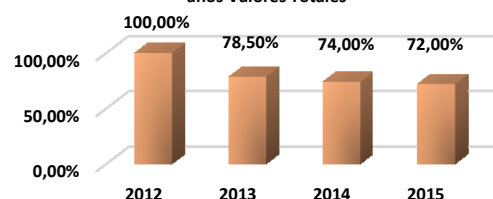
Tabla 28. Cobertura de vacunación VPH - en niñas

Cobertura de vacunación VPH - en niñas escolarizadas y no escolarizadas a partir de los 9 años Valores Totales

Año.	Núm.	Deno.	Resul.
2012	2,185.00	2,185.00	100.00
2013	10,000.00	12,735.00	78.50
2014	1,118.00	1,519.00	74.00
2015	539.00	7,522.00	7.20

Tabla 37. Cobertura de vacunación VPH - en niñas

Cobertura de vacunación VPH - virus del papiloma humano - en niñas escolarizadas y no escolarizadas a partir de los 9 años Valores Totales



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud, Subdirección de Salud Pública, Programa Ampliado De Inmunizaciones.

Durante la I fase de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano los siete municipios del departamento de Arauca lograron el 100% en aplicación de primeras y segundas dosis, respecto a terceras dosis el municipio de Arauca logro el 97% de la cobertura en la población objeto, el municipio de Arauquita logro el 99% de la cobertura, el municipio de Cravo norte logro el 100%, el municipio de Fortul logro el 96%, el municipio de puerto rondón logro el 93%, el municipio de Saravena logro el 95% y el municipio de Tame logro el 97%, evidenciándose coberturas útiles en vacunación y de esta manera garantizar la disminución de posibles nuevos casos de cáncer cervico uterino secundarios al virus del papiloma humano en los próximos años.

Para el año 2015 este indicador presenta una decadencia como se observa en la tabla debido a que las coberturas de vacunación con el biológico de VPH se han visto afectadas por el manejo que los diferentes medios de comunicación le han dado, generando amarillismo y escepticismo por parte de la comunidad, adicional a esto el MSPS (ministerio de salud y protección social) pese a que emite esporádicamente campañas de comunicación dando a conocer la importancia y la seguridad de la vacuna, no ha sido posible devolverle la credibilidad a la vacuna.



4.2.1.3. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas

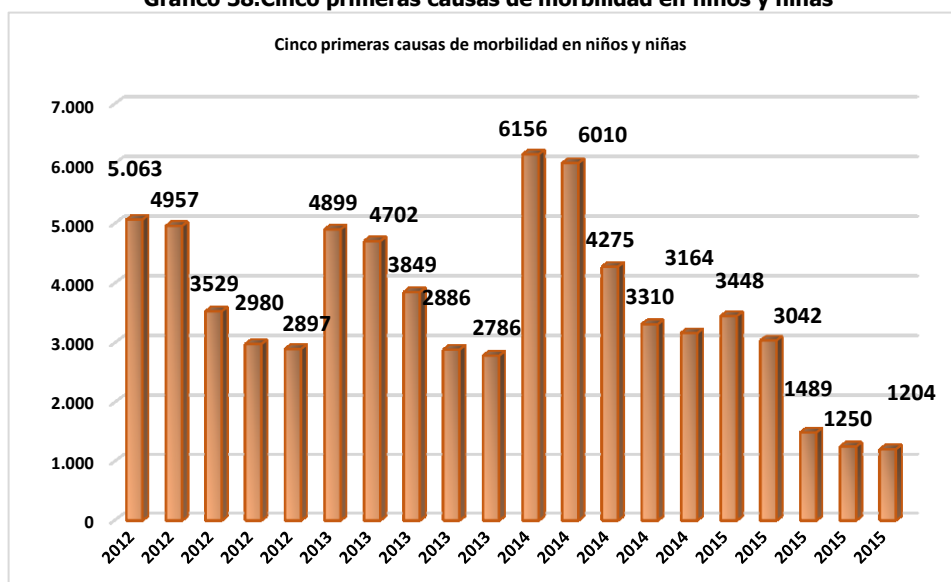
El departamento ha implementado en los últimos años, programas y proyectos tendientes a impactar de manera positiva.

Tabla 29. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas

AÑO	DESAGREGACIÓN (CAUSA DE MORBILIDAD)	RESULTADO
2012	CARIES DE LA DENTINA	5.063
2012	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	4957
2012	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION	3529
2012	EXAMEN MEDICO GENERAL	2980
2012	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	2897
2013	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	4899
2013	CARIES DE LA DENTINA	4702
2013	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION	3849
2013	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	2886
2013	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	2786
2014	CARIES DE LA DENTINA	6156
2014	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	6010
2014	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO	4275
2014	GINGIVITIS CRONICA	3310
2014	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	3164
2015	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	3448
2015	CARIES DE LA DENTINA	3042
2015	EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	1489
2015	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	1250
2015	CONSULTA PARA ATENCION Y SUPERVISION DE LA SALUD DEL NIÑO	1204



Gráfico 38. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

En la gráfica se observa que la caries de la dentina es la primera enfermedad con mayor frecuencia en los niños y niñas del departamento en el año 2014 esta causa tuvo un aumento de 5,63 % excepto de las de más causas de morbilidad no han variado de manera significativa lo que supone que posterior a la inversión de recursos realizados y las acciones adelantadas pueda observarse en corto tiempo un impacto verdadero en estas causas que están dadas por determinantes sociales que no se modifican fácilmente, pero que al trabajarlos de manera insistente genera cambios positivos.

Unas de las debilidades es que el impacto no se mide a corto plazo, pues se pretenden lograr cambios conductuales en la población Araucana. Los proyectos no han tenido continuidad ocasionados generalmente por trámites administrativos que deben surtir en cuanto a lo contractual.

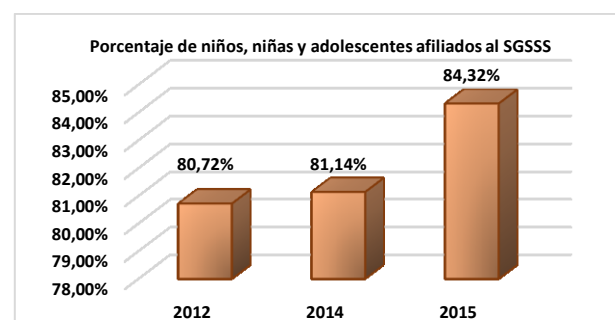
4.2.1.4. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS

Tabla 30. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS

PORCENTAJE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AFILIADOS AL SGSSS

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	51,759.00	64,115.00	80.72
2013	51,892.00	64,163.00	80.90
2014	51,939.00	64,201.00	81.14
2015	30,985.00	38,196.00	84.32

Gráfico 39. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



De acuerdo a la gráfica la afiliación al sistema de salud ha ido aumentando, en el 2012 la población de 6-12 años era de 64.115 y estaban afiliados 51.759 lo que en porcentaje corresponde al 80.72% de la población.

Entre las fortalezas de este indicador se encuentra, la aceptabilidad frente a los derechos y deberes que tienen los usuarios sobre la primera infancia ya que se garantiza los servicios de salud contenidos en el pos a esta población vulnerable.

Algunas de las razones por la cual no está el sistema algunos niños y niñas es debido a las demoras en la expedición de los documentos de identidad por parte de los padres, lo que atrasa la afiliación efectiva de los niños al sgsss.

La fuente de que se tienen para este indicador base de datos única de afiliados - bduafosyga de los años 2012, 2013, 2014 y 2015.

Fuente nacional que se toma de referencia es la del Dane .refleja la población sisben; razón por el cual se pueden presentar coberturas bajas a lo que puede ser la realidad, en los grupos de 12 a 17 y 18 a 28 en algunos casos la población al asegurada sobrepasa el 100% de lo reportado población dane.

Recomendaciones: se debe desde la nación actualizar el censo dane y sus proyecciones, ya que difieren significativamente a la población real existente en el país. Mejorar la prestación de servicios de salud, que motive a la población aun no asegurada para que se vinculen al sgsss.

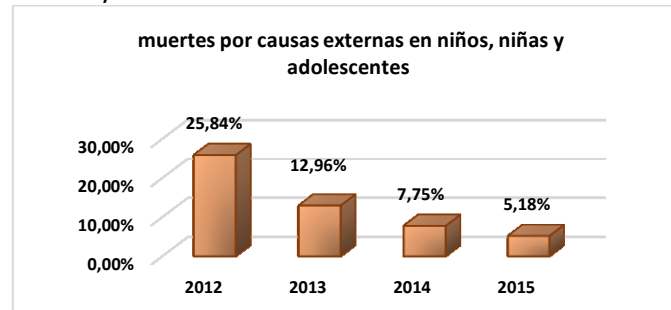
4.2.1.5. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas

Tabla 31. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas

Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes Valores Totales

Año.	Núm.	Den.	Res.
2012	10.00	38,692.00	25.84
2013	5.00	38,760.00	12.96
2014	3.00	38,702.00	7.75
2015	1.00	38,564.00	5.18

Gráfico 40. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Entre 2012 y 2015 19 niños y niñas murieron por causa externa reflejándose significativamente que el año en el que más sucesos se presentaron fue en el año 2012 con un porcentaje de 25.84% frente a un 5.18% que corresponde al año 2015 la cual ha sido el más bajo de este periodo.



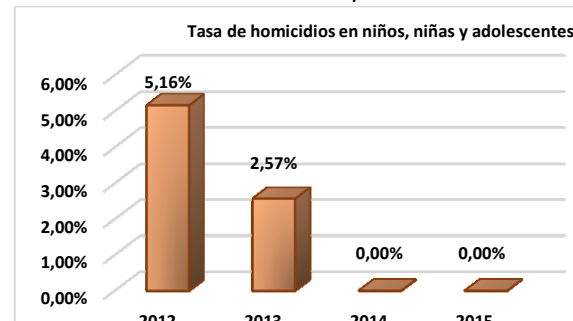
4.2.1.6. Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes

Tasa 32. Homicidios en niños, niñas 6 -11 años

Tasa de homicidios en niños, niñas

Año	Num	Den	Res
2012	2.00	38,692.00	5.16
2013	1.00	38,760.00	2.57
2014	0.00	38,702.00	0.00
2015	0.00	38,564.00	0.00

Gráfico 41. Homicidios en niños, niñas 6 -11 años



Fuente medicina legal

Como se muestra en la figura el año en el que se presentó la tasa más alta de homicidios es el 2012 y muestra una disminución significativa para los años 2014 y 2015.

4.2.1.7. Tasa de suicidios en niños, niñas y Adolescentes

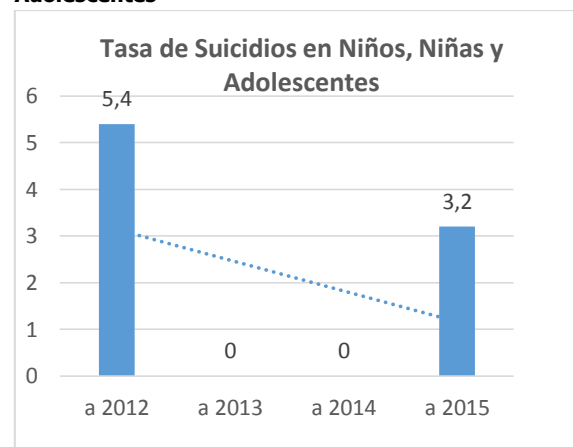
Para la vigencia 2012 se registró la mayor tasa de suicidios en NNA con 5,4 suicidios por cada 100.000 habitantes NNA (6 casos). En los dos años subsiguientes no se registraron casos y para la vigencia 2015 se registra una tasa de 3,2 x 100.000 (3 caso).

Tabla 33. Suicidios en niños, niñas y Adolescentes

Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes

Año	Num	Den	Resul
2012	6.00	38,692.00	5,4
2013	0.00	38,760.00	0.00
2014	0.00	38,702.00	0.00
2015	3.00	38,564.00	3,2

Gráfico 42. Suicidios en niños, niñas y Adolescentes



Fuente RUAF / UAESA

Al desagregar la información por municipios, se identifica que siendo el año 2012 el de mayor tasa de suicidios en Niñas, Niños y Adolescentes en el departamento de Arauca con



5,4 x 100.000 habitantes, los municipios de Fortul y Araucita superaron la tasa departamental con 18,34 y 5,6 suicidios por 100.000 NNA, respectivamente.

Entre los años 2013 y 2014 no se registraron casos de suicidios en NNA. En el año 2015 se registró una tasa Departamental de 3,2 *100.000 Habitantes; el desagregar la información por municipios se identifica una tasa de suicidios para el municipio de Saravena de 5,9 y Arauca con 6,4, suicidios por cada 100.000 NNA respectivamente.

De acuerdo a estos datos se hace necesario, construir la Política y el plan Departamental de Salud Mental que servirá de guía para implementar acciones a largo plazo que permitirán mejorar la salud mental y la convivencia social, por ende mantener el índice de suicidio en este rango en 0.

Se recomienda Políticas Públicas enfocadas hacia el desarrollo humano y la equidad, por ejemplo las que conllevaron al incremento en la cobertura de los servicios públicos domiciliarios, reducción de la pobreza y la miseria en los hogares de esta manera se reducirá los suicidios de los niños y niñas del departamento de Arauca.

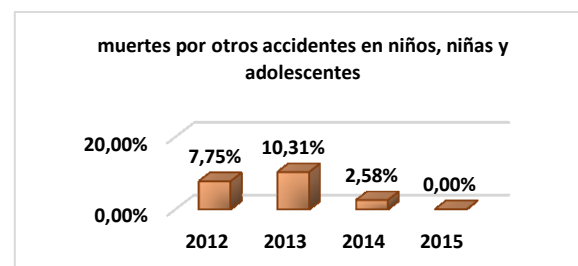
4.2.1.8. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes

Tabla 34. Muertes por otros accidentes en niños, niñas

Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes

Año	Num.	Den	Res
2012	3.00	38,692.00	7.75
2013	4.00	38,760.00	10.31
2014	1.00	38,702.00	2.58
2015	0.00	38,564.00	0.00

Gráfico 43. Muertes por otros accidentes en niños, niñas



Fuente RUAF / UAESA

En el caso de otros accidentes, éstos han generado en promedio 5,2 muertes en niñas y niños del departamento entre el 2012 y diciembre del 2015 como se refleja en la figura, para este indicador la tasa de mortalidad ha sido variable.

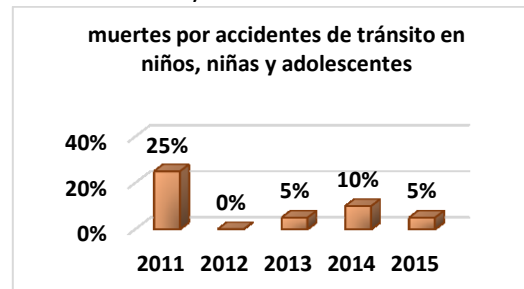


4.2.1.8 Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 35. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas

muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes			
Año	Num	Den	Res
2011	5.00	0.20	25%
2012	0.00	0.00	0%
2013	1.00	0.20	5%
2014	2.00	0.20	10%
2015	1.00	0.21	5%

Gráfica 44. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Los casos de muertes por accidentes de tránsito en niñas y niños del año 2012, se distribuyeron en cinco de los siete municipios del departamento. Fortul registró la mayor tasa de mortalidad por accidentes de tránsito con 18,34 defunciones por 100.000 NNA de ese municipio, seguido de los municipios de Arauquita, Saravena, Tame y Arauca respectivamente. Es decir, en el año 2012, el mayor riesgo de morir por accidentes de tránsito de las niñas y niños se dio en el municipio de Fortul. Durante el año 2015, se han registrado defunciones por accidentes de tránsito en el municipio de Tame.

4.2.2. Derechos al desarrollo

Los escolares de los 7 municipios disponen de una mejor educación ya que se han implementado estrategias que contribuyen a la permanencia escolar y al mejoramiento de la calidad, tales como alimentación y transporte escolar, mejoramiento de la infraestructura, formación docente, convivencia escolar, fortalecimiento de la educación rural, dotación de material didáctico, fomento de la investigación en Ciencia y Tecnología, ampliación de la jornada escolar, fortalecimiento en la implementación de la educación inclusiva e infraestructura tecnológica.

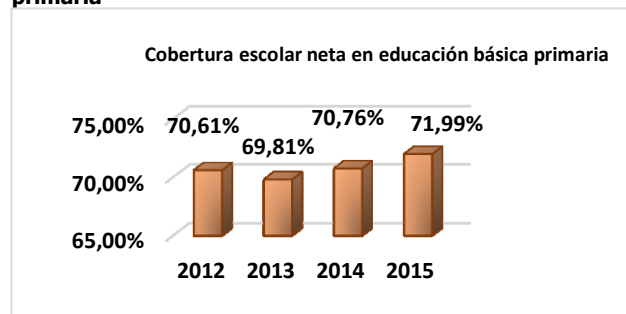


4.2.2.1. Cobertura escolar neta en educación básica primaria

Tabla 36. Cobertura escolar neta en educación básica primaria

COBERTURA ESCOLAR NETA EN EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	23,262.00	32,943.00	70,61%
2013	22,679.00	32,486.00	69,81%
2014	22,879.00	32,334.00	70,76%
2015	23,145.00	32,151.00	71,99%

Grafico 45. Cobertura escolar neta en educación básica primaria



Fuente. Sistema Integrado de Matriculas – SIMAT

Este indicador según el grafico presenta un comportamiento estable durante los 4 años del análisis (2012 – 2015), mostrando inclusive para el año 2015 un comportamiento ascendente en 1.23% respecto al año 2014, este comportamiento se presenta similar en los siete municipios del departamento, en el municipio de Cravo Norte se muestra un crecimiento aún mayor en la zona rural, debido a la apertura de nuevas sedes educativas en zonas alejadas que no contaban con este servicio.

Impacto positivo: se disminuyó el nivel de extra edad en los estudiantes del nivel de básica primaria en los establecimientos educativos oficiales.

Se aumentó la cobertura neta en el nivel de básica primaria, en un 1.23%, con relación al 2014.

Se aumentó el número de sedes educativas oficiales abiertas.

Recomendaciones: Implementación de metodologías flexibles presenciales y no presenciales que permitan el acceso y permanencia del total de niños y niñas al sistema educativo.

Capacitar al personal docente y flexibilizar el currículo, facilitando el acceso de niñas y niños que presentan necesidades educativas especiales.

Fortalecer las estrategias de Alimentación y Transporte, para que se brinde durante todo el calendario escolar.

Mejoramiento de ambientes escolares agradables (Infraestructura y Dotación).



Se tengan en cuenta las estrategias para la ampliación de cobertura educativa, planteadas desde el área de cobertura de la Secretaría de Educación.

Tener en cuenta las conclusiones generadas en el Foro Educativo departamental, para la línea de acción de cobertura.

4.2.2.2. Cobertura escolar bruta en educación básica primaria

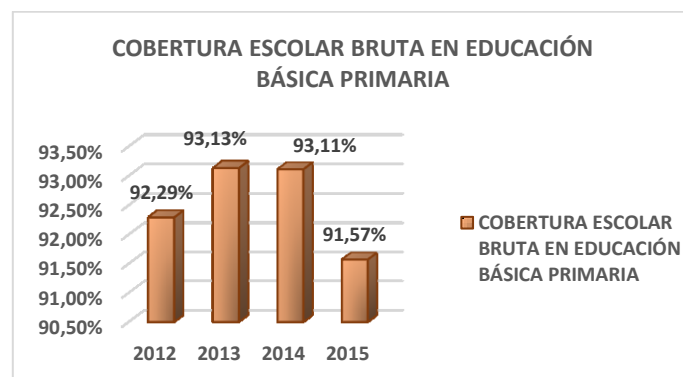
Según el análisis de Cobertura en Cifras de la Oficina de Planeación y Finanzas del Ministerio de Educación Nacional, Fuente de información oficial para el sector educativo, basada en la información registrada a través del Sistema Integrado de Matriculas - SIMAT, como única fuente de información válida la cobertura en educación escolar quedo de la siguiente manera:

Tabla 37. Cobertura bruta en educación básica primaria

COBERTURA ESCOLAR BRUTA EN EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA

AÑO	NUM	DENO	RES
2012	30,402.00	32,943.00	92.29
2013	30,254.00	32,486.00	93.13
2014	30,106.00	32,334.00	93.11
2015	29,442.00	32,151.00	91.57

Gráfico 46. Cobertura bruta en educación básica primaria



Fuente: Oficina de Planeación y Finanzas del Ministerio de Educación Nacional.

De acuerdo a lo que muestra la gráfica, este indicador nos muestra un crecimiento entre los años 2012 al 2014, que paso del 92.29% al 93.11%, con un crecimiento de 0.82%, pero en el año 2015 presenta una caída del 2.13%, la cual corresponde especialmente a la atención de jóvenes extra edad y adultos en el programa de alfabetización, perteneciente al nivel de básica primaria, que para los años anteriores atendió en promedio a 1.177 personas por año.

Debilidades: Existen unos establecimientos educativos privados que no aparecen registrados en el Directorio Único de Establecimientos Educativos - DUE, y por tal razón no aparece reporte de información a través del SIMAT.

Lo anterior se debe a la demora por parte del DANE en la asignación del código para dichos establecimientos, pese a la solicitud realizada por parte de la Secretaría de Educación departamental en reiteradas ocasiones.



Algunos docentes de establecimientos educativos oficiales no realizan novedades (ingresos y retiros) de los estudiantes en el transcurso del calendario escolar.

Esta dificultad obedece a que no existen directivos docentes en los CEAR y ésta decisión depende del Ministerio de Educación Nacional, de acuerdo a lo anterior este indicador desmejora notablemente.

Impactos positivos: Durante los años 2012, 2013 y 2014 se implementó la metodología Acrecer en los Ciclos 1 y 2.

Apertura de establecimientos educativos oficiales especialmente en la zona rural.

Impactos negativos: Durante el año 2015 no se implementó la metodología Acrecer en este departamento, lo que incide en el desmejoramiento de la tasa de cobertura bruta en este nivel.

Recomendaciones:

1. Implementación por parte de la Gobernación de Arauca la metodología flexible Acrecer en el ciclo 2, teniendo en cuenta que el programa de alfabetización del MEN ofrece el ciclo 1.
2. Fortalecimiento de los programas de alimentación y transporte escolar, especialmente en la zona rural. Para el caso del programa de alimentación, se hace necesario continuar con la gestión ante el MEN para la asignación de recursos que hacen falta para garantizar la alimentación a los niños.
3. Implementación de metodologías no escolarizadas que permitan el acceso educativo en zonas rurales dispersas y a población con (Necesidades educativas especiales) NEE.
4. Que se tengan en cuenta las estrategias para la ampliación de cobertura educativa, planteadas desde el área de cobertura de la Secretaría de Educación.
5. Tener en cuenta las conclusiones generadas en los Foros Educativos, para la línea de acción de cobertura.

Para la referencia de política pública orientada al cumplimiento de los ODM se logró:

1. Implementación del programa de alimentación escolar.
2. Implementación del programa de transporte escolar en el área rural del departamento de Arauca.
3. Construcción y/o adecuación de la infraestructura de establecimientos educativos oficiales.
4. Dotación de los establecimientos educativos oficiales del área urbana y rural con los insumos necesarios para desarrollar el proceso educativo.
5. Capacitación a docentes en: TICS, PRUEBAS SABER.

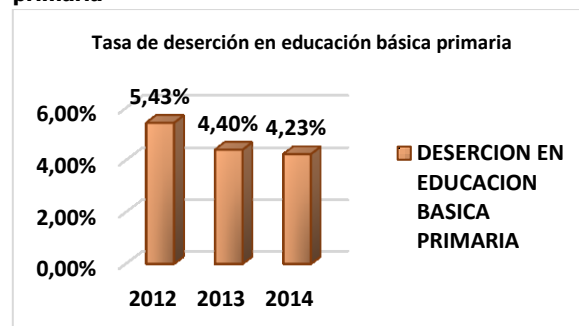


4.2.2.3. Tasa de deserción en educación básica primaria

Tabla 38. Deserción en educación básica primaria
TASA DE DESERCIÓN EN EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	1,514.00	27,869.00	5.43
2013	1,232.00	27,952.00	4.40
2014	1,203.00	28,382.00	4.23

Grafico 47. Deserción en educación básica primaria



Fuente: Vigilancia superior procuraduría

Podemos observar un decrecimiento permanente en el indicador en todos los niveles educativos, para el caso de básica primaria paso del 5.43 en el 2012 a 4.23% en 2014, con un decrecimiento de 1.29%; Según informe de eficiencia interna presentado se pudo determinar el gran impacto y aceptación por parte de la comunidad educativa de los diferentes estrategias implementadas por la Gobernación de Arauca en búsqueda de ampliar el acceso y permanencia de los estudiantes en el sistema educativo, dentro de los cuales están:

1. Alimentación Escolar: La implementación del programa de alimentación y transporte escolar, garantizando la permanencia en los establecimientos educativos.
Es necesario garantizar continuidad de los programas de transporte y Alimentación Escolar durante todo el calendario, ya que cuando hay interrupciones del servicio se presenta deserción sobre todo en el sector rural.
2. Mejoramiento de Ambientes Escolares: Implementación de estrategias de prevención de la deserción escolar, a través de jornadas deportivas y culturales.
3. Se realizó una encuesta a los establecimientos educativos oficiales, obteniendo información de más del 98% de matrícula inicial y de esta manera tener cifras concretas de cuantos estudiantes desertan a medida que transcurre el año escolar.
4. Se realizó mejoramiento de infraestructura Educativa en la mayoría de los colegios del departamento, formación de docentes, dotaciones escolares.

Debido a la deserción escolar el gobierno departamental realizo un estudio de las causas por las cuales las niñas y niños del departamento de Arauca abandonan las instituciones educativas:



1. La situación económica familiar conlleva el continuo traslado de las familias en búsqueda de fuentes de empleo.
2. falta de continuidad de los programas de alimentación y transporte escolar durante todo el calendario escolar.
3. Los enfoques pedagógicos en muchas sedes educativas no son significativos para los padres de familia.
4. Los bajos grados de escolaridad de los padres de familia, influye en el derecho fundamental de la educación de sus hijos en la medida en que no los matriculan.

Se hace necesario que la nueva Administración gestione ante el MEN, los recursos faltantes para cubrir por lo menos la población que venía siendo atendida por el programa de alimentación escolar y refuerce los programas de:

1. Implementación de modelos educativos flexibles pertinentes, especialmente en la zona rural.
2. Fortalecimiento de los proyectos pedagógicos productivos - PPP, que incluya componente de emprendimiento y desarrollo.
3. Mejoramiento de ambientes de aprendizaje: (infraestructura adecuada donde las aulas cumplan con la normatividad vigente para evitar el hacinamiento, dotaciones pedagógicas innovadoras, tecnología, servicios públicos, docentes capacitados e idóneos, aulas iluminadas y con una adecuada ventilación acorde con el clima de este departamento)
4. Implementar campañas de motivación a los estudiantes para la prevención de la deserción escolar.
5. Implementación del programa de alfabetización de adultos. Si un padre se educa o se forma muy seguramente va a apoyar para que sus hijos culminen el último año escolar.
6. Los establecimientos educativos deben ser sitios donde el estudiante se sienta feliz, a gusto, cómodo y motivado.
7. Legalización de predios con el fin de garantizar la infraestructura educativa que por cuestiones del tiempo ya están deterioradas.
8. Tener en cuenta las conclusiones del foro educativo departamental.

4.2.2.4. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5º: lenguaje, matemáticas, ciencias naturales y competencias ciudadanas

En Arauca como en el país, existe un mayor porcentaje de estudiantes en los niveles de desempeños más bajos. La información la envía el icfes a la secretaria de educación dptal desagregada por municipio, zona urbana, zona rural, establecimiento educativo, directivo,



docente, grados y nivel desempeño en la tabla se muestra el resultado departamental por áreas y año.

TABLA 39. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5º: lenguaje, matemáticas, ciencias naturales

Año	Desagregación (Nombre prueba - Nivel de desempeño (Ej: Matemáticas - Avanzado))	Resultado
2012	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	18
2012	LENGUAJE-MINIMO	47
2012	LENGUAJE-SATISFACTORIO	28
2012	LENGUAJE-AVANZADO	7
2012	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	38
2012	MATEMÁTICA-MINIMO	31
2012	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	20
2012	MATEMÁTICA-AVANZADO	11
2012	CIENCIAS NATURALES-INSUFICIENCIA	20
2012	CIENCIAS NATURALES-MINIMO	47
2012	CIENCIAS NATURALES-SATISFACTORIO	22
2012	CIENCIAS NATURALES-AVANZADO	12
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-INSUFICIENCIA	30
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-MINIMO	38
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-SATISFACTORIO	27
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-AVANZADO	6
2013	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	19
2013	LENGUAJE-MINIMO	46
2013	LENGUAJE-SATISFACTORIO	26
2013	LENGUAJE-AVANZADO	9
2013	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	35
2013	MATEMÁTICA-MINIMO	33
2013	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	21
2013	MATEMÁTICA-AVANZADO	11
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-INSUFICIENCIA	34
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-MINIMO	36
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-SATISFACTORIO	25



2013	COMPETENCIA CIUDADANA-AVANZADO	6
2014	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	21
2014	LENGUAJE-MINIMO	45
2014	LENGUAJE-SATISFACTORIO	25
2014	LENGUAJE-AVANZADO	8
2014	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	37
2014	MATEMÁTICA-MINIMO	30
2014	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	20
2014	MATEMÁTICA-AVANZADO	13
2014	CIENCIAS NATURALES-INSUFICIENCIA	15
2014	CIENCIAS NATURALES-MINIMO	56
2014	CIENCIAS NATURALES-SATISFACTORIO	18
2014	CIENCIAS NATURALES-AVANZADO	11

Fuente: Vigilancia superior procuraduría

De acuerdo a la tabla se mejoró en las pruebas saber en las áreas de matemáticas y lenguaje en el promedio. Sin embargo aún el departamento de Arauca tiene una mayor proporción de estudiantes con niveles de desempeño insuficiente y mínimo.

Se desarrolló el programa todos aprender por siempre, el día de la excelencia educativa y los incentivos a instituciones educativas y docentes con mejores resultados con el fin de incentivar y promover las buenas prácticas de educación.

El programa de ciencia tecnología e innovación ha planteado diferentes acciones pedagógicas y de infraestructura que conllevan a una metodología de investigación como estrategia de aprendizaje dentro y fuera del aula , beneficiando alrededor de 1650 estudiantes desde los grados de 1 primaria a los grados 11 de media secundaria , con un apoyo de 129 millones de pesos a 258 grupos de investigación se inició en el año 2014 el acompañamiento a las 43 instituciones educativas con un grupo asesor de 12 profesionales que fomentaron la investigación en 15 líneas de Colciencias , ahora se están generando las ferias institucionales , municipales y departamentales con el fin de fortalecer la calidad de la educación en el departamento de Arauca.

Recomendaciones para mejorar los resultados de las diferentes pruebas en los niños y niñas de primaria:

Generar espacios de formación pertinente a docente para mejorar los niveles de desempeño en pruebas saber en el dpto.



Continuar los foros educativos como espacios abiertos y participativos hacia el mejoramiento a la calidad educativa (ley 115 de 1994).

4.2.2.5. Tasa de repitencia en educación básica primaria

Fortalezas: La Secretaría de Educación desde el área de Cobertura educativa, anualmente realiza un estudio de eficiencia interna, en el cual se evidencia las causas de reprobación y deserción. Este estudio se socializa ante el Comité de Directivo para que se tomen medidas.

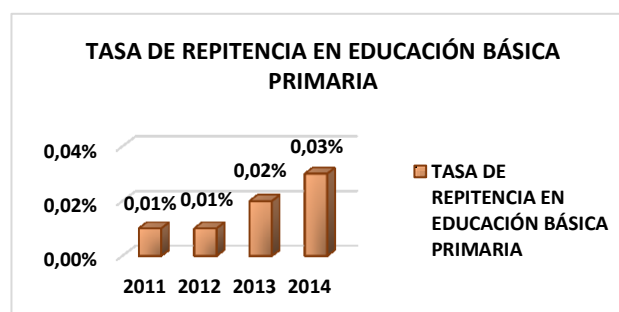
Por otra parte se asiste a las instituciones donde hay mayor deserción y reprobación para que se realicen planes de acción internos que permitan mejorar los índices.

Tabla 40. Repitencia en educación primaria

TASA DE REPITENCIA EN EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA

AÑO	NUM	DEN	RES
2011	1,727.00	239,194.00	0.01
2012	414.00	28,134.00	0.01
2013	539.00	27,492.00	0.02
2014	853.00	27,832.00	0.03

Gráfico 48. Repitencia en educación primaria



Fuente: Vigilancia superior procuraduría

En la gráfica se puede observar que entre los años 2011 al 2014 hubo un aumento de repitencia del 0.015% lo cual obedece a lo contemplado en el Decreto 1290 de 2009 que aprueba la pérdida del año escolar sin condición de un porcentaje mínimo como lo contemplaba el Decreto anterior 230 de 2002 que no se podría pasar el 5%.

Debilidades: Es preocupante que la principal causa de deserción fue atribuida a problemas académicos tal como Bajo rendimiento académico que hace que los menores se retiren de sistema.

El alto nivel de reprobación que se presenta en los establecimientos educativos oficiales del departamento, conlleva a que los estudiantes decidan reiniciar estudios en instituciones educativas no oficiales que ofrecen educación por (educación escolar para adultos)CLEI basadas en el decreto 3011, las cuales tienen menor exigencia académica e intensidad horaria.



Impactos positivos: El uso de la información nos sirve como referente para establecer acciones y estrategias para el mejoramiento de la Calidad y disminuir los índices de repitencia.

Impactos negativos: Como una de las causas de la deserción escolar en el departamento de Arauca, se encuentran los problemas académicos.(fuente Estudio de eficiencia interna)

Recomendaciones: Asignar recursos para proyectos de mejoramiento de ambientes de aprendizaje, formación docente, dotación de material pedagógico, transporte escolar durante todo el calendario escolar, es decir sin interrupciones, alimentación escolar durante todo el calendario escolar y ofreciendo metodologías flexibles en la zona rural para aquellos estudiantes que viven zonas dispersas. Como referencia en la orientación de los ODM se tienen los siguientes puntos:

1. Formar a 1200 docentes en la estrategia de aplicación de las pruebas Saber (Actualmente se encuentra en ejecución)
2. Formular, aprobar e implementar el Plan de Educación Rural departamental.
3. Apoyar a 300 niños y jóvenes con el programa de atención a población con necesidades educativas especiales en el departamento.
4. Implementar las redes de conocimiento para el mejoramiento de las prácticas pedagógicas de las diferentes áreas del conocimiento mediante el uso de contenidos metodológicos y MTICS

La línea base de la Meta del Plan de Desarrollo Departamental es de 5.5%, que no corresponde a repitencia, sino a reprobación; tomando los datos del SIMAT del año 2011, la cual es de 2.53% y se espera disminuir en 1.5%

Dentro de los mecanismos de seguimiento se realiza.

1. El análisis de Eficiencia interna.
2. Las instituciones educativas al realizar la autoevaluación institucional, elaboran los planes de mejoramiento donde formulan acciones que contrarresten la repitencia escolar.
3. El Gobierno Nacional implementó el día E, en el cual cada institución educativa conoció el Índice Sintético de Calidad y se planteó acciones para cumplir las metas mínimas de mejoramiento, para lo cual se suscribieron acuerdos para la excelencia.
4. Se llevó a cabo el día E de la familia, donde la comunidad educativa le hacen un seguimiento a las metas y acciones en los acuerdos para la excelencia.
5. Las instituciones educativas Cristo Rey y Simón Bolívar del municipio de Arauca, han tenido acompañamiento para el cumplimiento de las metas mínimas de mejoramiento anual que establecieron las instituciones de acuerdo al ISCE, por profesional del Ministerio de Educación Nacional.



El uso de la información nos sirve como referente para establecer acciones y estrategias para el mejoramiento de la Calidad y disminuir los índices de repitencia.

En la próxima vigencia se realizará la evaluación del cumplimiento de la MMA teniendo en cuenta que el ISCE entró en vigencia a partir de este año.

Se solicita a la institución bajar los índices de reprobación mediante los planes de acción internos hacia el mejoramiento de la educación y cumplir con las rutas trazadas para las actividades especiales de mejoramiento planteadas en el decreto 1290 de 2009.

4.2.3. Derecho a la protección

4.2.3.1. Niños, niñas 5-11 años víctimas del desplazamiento forzado.

Fortalezas: se cuenta con el acuerdo de confidencialidad entre la UARIV (red nacional de información) y la gobernación de Arauca

Impactos positivos: El departamento de Arauca, presenta una doble dinámica del conflicto, como departamento receptor y expulsor de población de víctima. Hasta el año 2010 se evidencia desplazamientos a causa de tres momentos del conflicto en los diferentes municipios:

1. entrada de paramilitarismo
2. confrontación entre las dos guerrillas
3. alianza entre las guerrillas, tregua

La dinámica del 2011 al 2014 está caracterizada por la confrontación armada contra la fuerza pública con interposición de la población civil. En este sentido, se evidencia menor número de desplazamientos, pero con tendencia promedio, no por aumento de hechos violentos, sino por la entrada en vigencia de la ley de víctimas, la cual estipulo tiempos para las declaraciones de hechos anteriores

Recomendaciones: realizar la caracterización de las víctimas en el departamento.

4.3. Adolescencia

Arauca, considera vital el Desarrollo Integral del Ser Humano desde la primera infancia e infancia hasta la adolescencia. Contempla la etapa de la vida de los niños y niñas desde los 12 a los 17 años, es un período especial de transición en el crecimiento y desarrollo, en el cual se construye una nueva identidad a partir del reconocimiento de las propias necesidades e intereses. Los cambios psicológicos y físicos de la pubertad, el particular crecimiento en este ciclo de edad, exige apoyarles con entornos seguros y adecuados en la familia, comunidad, institución educativa, saludable y gubernamental para que la



garantía, promoción, prevención y restitución de derechos de existencia, desarrollo, ciudadanía les permita transitar de la dependencia económica y social, al camino de la autonomía, con proyectos de vida, hábitos sanos, salud sexual y reproductiva responsable, liderazgo ciudadano y solidario, habilidad, capacidad y talento para desempeñarse exitosamente durante su vida familiar, laboral, comunitaria y cívica.

4.3.1. Derechos a la existencia

Que tengan las condiciones esenciales para preservar y disfrutar la vida.

Para esta categoría se tienen los siguientes indicadores:

4.3.1.1. Cobertura de tratamiento antirretroviral.

Los reportes son oportunos al área de vigilancia en Salud Pública por parte de la IPS encargada de manejar la atención integral en las personas que viven con el virus del VIH.

En casos de VIH en adolescentes se ha evidenciado demora en el reporte de las personas inasistentes a las citas para indicación y seguimiento del tratamiento antirretroviral.

Impactos negativos: Debilidad en las acciones pertinentes por parte de instituciones como el Instituto del Bienestar Familiar en la búsqueda y restitución de derechos a la salud de los menores, con el objetivo de responsabilizar a los padres de la asistencia constante del menor a citas médicas, adherencia y seguimiento a la atención integral y tratamiento antirretroviral.

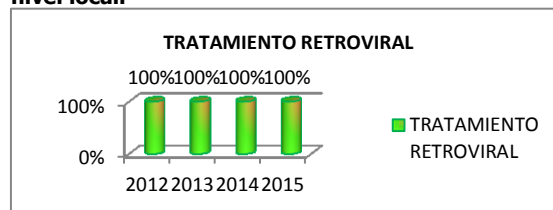
Para el cumplimiento de los objetivos del milenio la administración recomienda al gobierno departamental entrante mantener y fortalecer la articulación de IPS, EPS, ente municipal y ente departamental para Implementación y seguimiento a la estrategia en la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH y de esta manera atender los casos presentados oportunamente y así seguir con los Programas integrales para la promoción de proyectos de vida, dirigidos a adolescentes, las guías, cartillas y publicaciones dirigidas a la población infantil Campañas radiales y de TV con lenguaje adaptado para la comprensión de los adolescentes, Oferta de servicios en educación sexual, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos desde el sector educación



Tabla 42. Cobertura de tratamiento antirretroviral nivel local.

COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	1.00	1.00	100%
2013	1.00	1.00	100%
2014	1.00	1.00	100%
2015	3.00	3.00	100%

Gráfica 50. Cobertura de tratamiento antirretroviral nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Para el periodo de 2012 al 2015 el tratamiento se ha aplicado en la totalidad de los casos reportados como se observa en el gráfico.

4.3.1.2. Porcentaje de mujeres que han sido madres o están embarazadas.

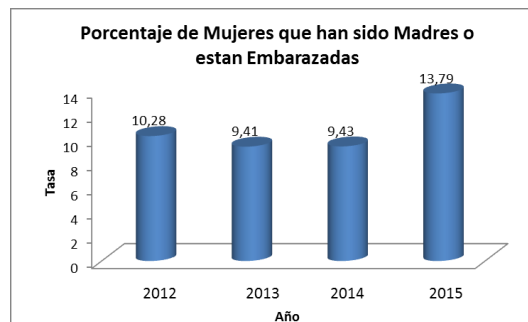
Dentro de las dificultades que se presentan por lo cual no se contribuye a disminuir este indicador es la falta de compromiso de las familias de los jóvenes y adolescentes a las actividades, cabe resaltar que implicados en brindar la orientación adecuada son el sector salud, sector educativo y familias.

Para contribuir a los objetivos del milenio es fundamental orientar a los jóvenes desde temprana edad sobre el inicio de las relaciones sexuales, los métodos de planificación y la prevención de infecciones de transmisión sexual. De igual forma estrategias que permiten un mayor acercamiento hacia los jóvenes no se desarrollan de manera adecuada ya sea por falta de personal, infraestructura inadecuada, entre otras, un ejemplo es la "ESTRATEGIA SERVICIOS AMIGABLES PARA JOVENES Y ADOLESCENTES"

Tabla 43. Porcentaje de mujeres que han sido madres o están embarazadas nivel local.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE HAN SIDO MADRES O ESTÁN EMBARAZADAS			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	1,369	13,317	10,28
2013	1,249	13,263	9,41
2014	1,262	13,371	9,43
2015	1,867	13,535	13,79

Gráfica 51. Porcentaje de mujeres que han sido madres o están embarazadas nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



Fuente local: Entre el 2012 y 2015, se ha registrado un promedio de 3,4% de embarazos en adolescentes en el departamento de Arauca. El mayor porcentaje se registró en el año 2012 donde el 3,71% de las adolescentes tuvieron un embarazo. Se evidencia una tendencia al incremento en los 3 últimos años observados.

4.3.1.3. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres adolescentes actualmente unidas y no unidas sexualmente activas.

Para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, se han realizado acciones en la línea de planificación familiar dentro de los proyectos, de igual manera en la población adolescente ha contribuido a la disminución de los embarazos no deseados se realizan oferta de servicios en educación sexual, salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos desde el sector salud, de igual forma se llevan a cabo el desarrollo de capacitaciones institucionales y humanas para la comprensión del fenómeno del embarazo temprano y sus causas de esta manera lograr adherencia de los adolescentes a los programas de planificación familiar.

Una de las debilidades que se tienen para este indicador es el poco tiempo en la ejecución de los proyectos y se debe dar mayor continuidad a los proyectos en la población adolescente.

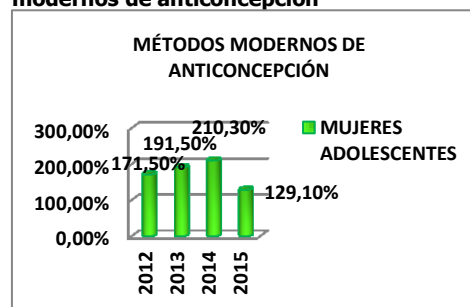
Algunas dificultades para lograr que este indicador muestre mejores resultados: dificultades en el acceso a los servicios de salud para iniciar los programas de planificación familiar por inadecuada orientación de los adolescentes.

Tabla 44. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción

MÉTODOS MODERNOS DE ANTICONCEPCIÓN

AÑO	NUM	DEN	RES
2012	10,436	60,829	171,50
2013	11,772	61,45	191,50
2014	13,055	62,066	210,30
2015	8,102	62,711	129,10

Gráfica 52. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



Fuente local: entre 2012 y 2015 se mantiene una tendencia estable del indicador, ya que la población entre 15 y 19 años presentan un reporte de pre valencia de los métodos de planificación familiar entre en 2012 171.5% a 2015 primer semestre 129.1%.

4.3.1.4. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes afiliados al SGSSS.

Para que este indicador presente un análisis real de la cobertura en la población adolescentes se debe desde la nación actualizar el censo DANE y sus proyecciones, ya que difieren significativamente a la población real existente en el país. Mejorar la prestación de servicios de salud, que motive a la población aun no asegurada para que se vinculen al SGSSS garantiza los servicios de salud contenidos en el pos a esta población vulnerable.

La aceptabilidad por parte de esta población frente a los derechos y deberes que tienen los usuarios al SGSSS hace parte de la administración departamental para tener la cobertura al 100 % de la población mencionada.

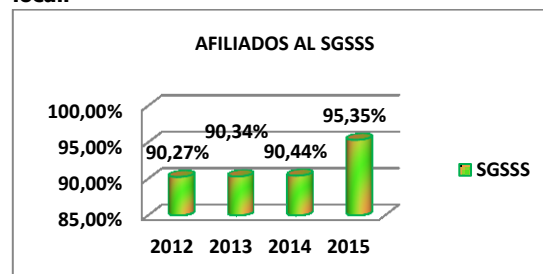
Debilidades: población diseminada en todo el territorio incluyendo adolescente residente además en Venezuela.

Para el ejercicio de que las familias ingresen a sus hijos al SGSSS se requiere que los ciudadanos los conozcan y cuenten con la capacidad y las garantías para realizarlo, siendo fundamental su acceso a estos sistemas de salud y este paso es la puesta en práctica de los atributos, potestades y autonomía de las personas y, para efecto de los niños, niñas y adolescentes, debe ser garantizado por el Estado, la familia y la sociedad.

Tabla 45. Porcentaje de afiliados al SGSSS nivel local.

ADOLESCENTES AFILIADOS AL SGSSS			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	54,053	58,894	90,27
2013	54,157	59,036	90,34
2014	54,225	59,088	90,44
2015	45,877	48,554	95,35

Gráfica 53. Porcentaje de afiliados al SGSSS nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

La información representada en la gráfica N° 53 se realiza con la Base De Datos Única De Afiliados-BDUAfosisga de los años 2012, 2013, 2014 y 2015 la cual refleja la población sisben; razón por el cual se pueden presentar coberturas bajas a lo que puede ser la realidad en los grupos de 12 a 17 y 18 a 28 en algunos casos la población al asegurada sobrepasa el 100% de lo reportado población DANE.



Aunque no se está al 100% no se puede afirmar que no se haya logrado la meta, debido a que en este ejercicio no están incluidos los niños y niñas de los regímenes especiales (Magisterio y Fuerzas armadas) por carecer de accesibilidad a esta fuente de información.

En todos los municipios se han aplicado la misma metodología impartida por el Ministerio de Salud y Protección Social frente a la afiliación de personas pobres. La UAE de Salud de Arauca en el propósito de lograr la cobertura universal del aseguramiento viene adelantando conjuntamente con las Alcaldías, las EPS, las Empresas Sociales del Estado y la Veeduría Comunitarias en Salud la afiliación de la población pobre no asegurada del Departamento, para lo cual se han establecido varias estrategias, como lo son ubicar puestos de afiliación en las ESEs del Departamento, casa a casa, jornadas especiales de afiliación y publicidad en medios de comunicación radial de los municipios. En el periodo de enero a 04 de agosto se han afiliado 4711 jóvenes.

4.3.1.5. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 46. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes nivel local.

TASA DE MUERTES			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	26.00	34,107	76,26
2013	13.00	34,614	37,55
2014	11.00	35,094	31,34
2015	15.00	35,524	42,22

Gráfica 54. Tasa de muertes por causas externas en niños, niñas y adolescentes nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

La causa de muerte por causas externas de los niños presenta un mejoramiento como lo muestra el grafico 54 de un 76.26% bajo al 37.55 % para los dos años siguientes en el 2015 se observa un incremento importante del 18.74% para la cual se han desarrollado mecanismos de prevención, protección, detección temprana y denuncia de todas aquellas conductas que atentan la integridad de los adolescentes del departamento, Acciones específicas para garantizar la seguridad y la convivencia de población vulnerables tales como Desplazados, reinsertados, habitantes de la calle, desmovilizados, Campañas permanentes de capacitación para la prevención de la violencia en todas sus manifestaciones, Acciones para la articulación con la policía nacional frente al plan de seguridad ciudadana, la administración se encuentra trabajando para bajar estos índices.

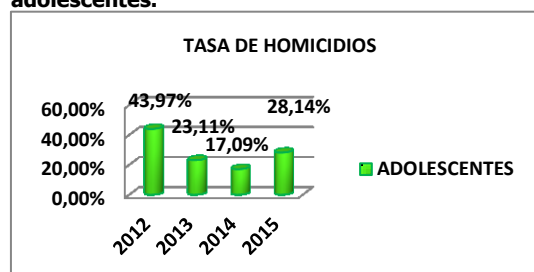


4.3.1.6. Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 47. Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes.

TASA DE HOMICIDIOS			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	15.00	34,107	43,97
2013	8.00	34,614	23,11
2014	6.00	35,094	17,09
2015	5.00	35,524	28,14

Gráfica 55. Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

La tasa de homicidios en niños y niñas del el departamento de Arauca han presentado una importante avance de un 43.97% para el año 2012 ha bajado para el año 2015 a un 28.14%

4.3.1.7. Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes.

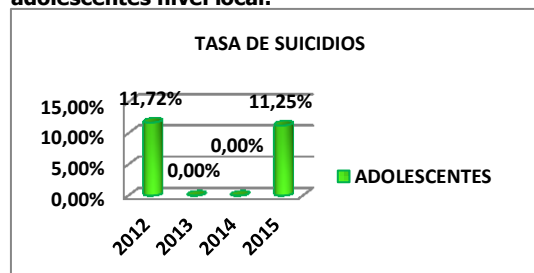
La administración departamental desarrolla acciones para fortalecer entornos protectores al interior de la comunidad, promover la salud mental, la resolución de conflictos y el autocuidado para mejorar y mantener la salud mental e intervenir en factores de riesgo asociados al suicidio, así como optimizar la capacidad de respuesta institucional.

Debilidades: Insuficiente recurso humano. Para la vigencia 2012 se evidenció la mayor tasa de suicidios en Adolescentes con 11.72 equivalente 4 casos por 100.000 habitantes. En los años subsiguientes no se registró ninguno y durante el primer semestre de 2015 se registraron dos casos.

Tabla 48. Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes nivel local.

TASA DE SUICIDIOS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	4.00	34,107	11,72
2013	0.00	34,614	0,00
2014	0.00	35,094	0,00
2015	2.00	35,524	11,25

Gráfica 56. Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.



Fuente local: Según información suministrada RUAF/UAESA la tasa de suicidio en adolescentes disminuyó en el periodo comprendido entre 2012 y 2015. La fuente reporta que la tasa disminuyó de 11,72 a 11,25.

4.3.1.8. Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 49. Tasa de muertes por otros accidentes nivel local.

TASA DE MUERTES POR OTROS ACCIDENTES			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	3.00	34,107	8,79
2013	1.00	34,614	2,88
2014	1.00	35,094	2,84
2015	2.00	35,524	5,62

Gráfica 57. Tasa de muertes por otros accidentes nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.

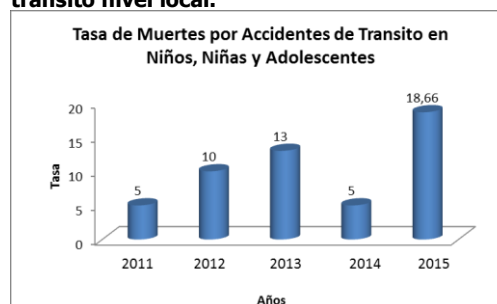
El grafico se puede obtener que el índice de accidental en los niños y niñas y adolescencia en el departamento de Arauca ha presentado una disminución teniendo una tasa para el año 2012 de 8.79 y los demás en 2.8 y en el año 2015 hubo 2 defunciones accidentales con una tasa de 5.62. Existe voluntad política para afrontar la problemática.

4.3.1.9. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.

Tabla 50. Tasa de muertes por accidentes de tránsito nivel local.

TASA DE MUERTES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES			
AÑO	NUM	DEN	RES
2011	2.00	0.39	5,00
2012	4.00	0.39	10,00
2013	5.00	0.39	13,00
2014	2.00	0.39	5,00
2015	7.00	0.39	18,66

Gráfica 58. Tasa de muertes por accidentes de tránsito nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud



Como se aprecia en la gráfica, la tendencia de declaratorias de muertes por accidente de tránsito en el departamento de Arauca corresponde al 5% en el años 2011, para el año 2012 10%, para el 2015 un 18%, estos indícen dan muestra de la alta accidentalidad que ocurre en el departamento.

4.3.2. DERECHOS AL DESARROLLO

Para esta categoría se tienen los siguientes indicadores:

4.3.2.1. Cobertura escolar bruta en educación básica secundaria.

Existen unos establecimientos educativos privados que no aparecen registrados en el Directorio Único de Establecimientos Educativos - DUE, y por tal razón no aparece reporte de información a través del SIMAT.

Algunos docentes de establecimientos educativos oficiales no realizan novedades (ingresos y retiros) de los estudiantes en el transcurso del calendario escolar.

Entre los aspectos a destacar se tienen:

1. Fortalecimiento en la implementación de metodologías flexibles (Telesecundaria y Pos primaria y SER) en la zona rural.
2. Fortalecimiento de las 12 nuevas instituciones educativas, que permite la continuidad de los estudiantes de primaria para secundaria.
3. Implementación de los programas de alimentación y transporte escolar.

Impactos negativos:

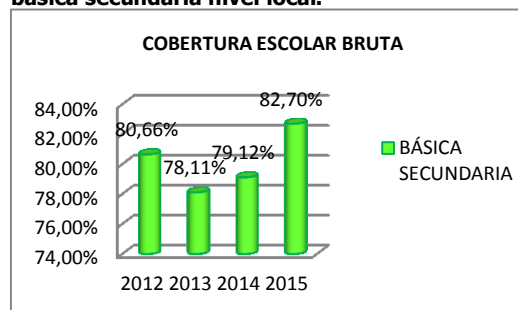
1. Falta ampliar el número de opciones del modelo educativo flexible SER.
2. Hace falta la reorganización de los establecimientos educativos rurales, que permitan su fortalecimiento y el nombramiento del personal necesario.
3. La Planta docente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional es insuficiente para atender la demanda en este nivel.
4. La infraestructura educativa es inadecuada, por lo que se hace necesario asumir sobrecupo de alumno por aula, para atender la demanda que se presenta.



Tabla 51. Cobertura escolar bruta en educación básica secundaria nivel local.

EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	19,119	23,703	80,66
2013	19,005	24,33	78,11
2014	19,585	24,755	79,12
2015	20,692	25,02	82,70

Gráfica 59. Cobertura escolar bruta en educación básica secundaria nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

4.3.2.2. Cobertura escolar neta en educación básica secundaria.

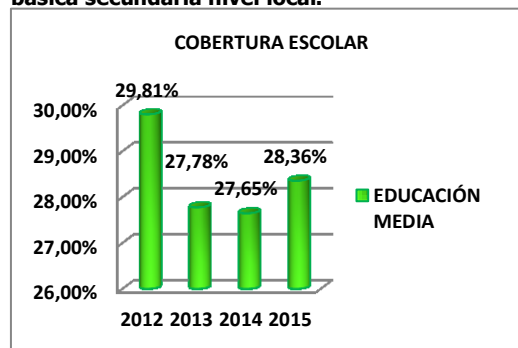
Impactos negativos:

1. Falta la creación de instituciones educativas rurales que permitan la continuidad del nivel de básica secundaria a media.
2. El creciente número de estudiantes que pasan de la educación tradicional a las metodologías del decreto 3011 por diferentes situaciones.
3. La situación económica de las familias que conllevan a la deserción escolar e inclusión al mundo laboral.

Tabla 52. Cobertura escolar neta en educación básica secundaria nivel local.

COBERTURA ESCOLAR			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	3,269	10,965	29,81
2013	3,116	11,215	27,78
2014	3,133	11,33	27,65
2015	3,253	11,47	28,36

Gráfica 60. Cobertura escolar neta en educación básica secundaria nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental



4.3.2.3. Tasa de deserción en educación básica secundaria.

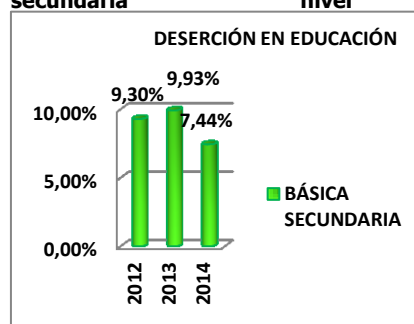
Estos indicadores muestran la eficiencia del sector educativo en cuanto a la retención de los estudiantes en el sistema educativo y habla de la calidad de la educación al mostrar la proporción de estudiantes que reprueban o repiten un curso. Dentro de este grupo de indicadores se encuentra la Deserción Escolar.

En el grafico se puede destacar un decrecimiento permanente en el indicador en todos los niveles educativos, Para el nivel de básica secundaria, paso del 9.30% en el año 2012 al 7.45%, con un descenso de 1.85%.

Tabla 53. Tasa de deserción en educación básica secundaria nivel local.

TASA DE DESERCIÓN EN EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	1,684	18,101	9,30
2013	1,801	18,134	9,93
2014	1,261	16,93	7,44

Gráfica 61. Tasa de deserción en educación básica secundaria nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

Fuente local: Podemos observar un decrecimiento permanente en el indicador en todos los niveles educativos, Para el nivel de básica secundaria, paso del 9.30% en el año 2012 al 7.45%, con un descenso de 1.85%.

4.3.2.4. Cobertura escolar bruta en educación media.

Impactos positivos:

1. Fortalecimiento en la implementación de metodologías flexibles (SER y Media Rural) en la zona rural.
2. Crecimiento del número de estudiantes en las 12 nuevas instituciones educativas, que permite la continuidad de los estudiantes de secundaria para media.
3. Implementación de los programas de alimentación y transporte escolar.
4. Incremento del número de estudiantes atendidos en el nivel de media.

Entre los aspectos a mejorar están: personal directivo docente y administrativo que permitan el fortalecimiento de las nuevas instituciones educativas.



Por la situación económica que se presenta en las familias se ven obligados a retirarse del sistema educativo para contribuir a la generación de ingresos familiares.

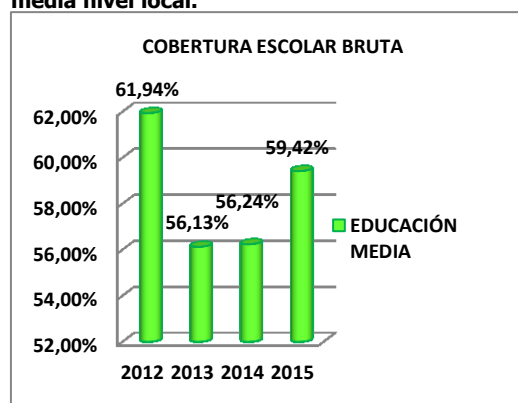
Impactos negativos:

1. Falto personal directivo docente y administrativo que permitan el fortalecimiento de las nuevas instituciones educativas.
2. Por la situación económica que se presenta en las familias se ven obligados a retirarse del sistema educativo para contribuir a la generación de ingresos familiares.

Tabla 54. Cobertura escolar bruta en educación media nivel local.

COBERTURA ESCOLAR			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	6,792	10,965	61,94
2013	6,295	11,215	56,13
2014	6,372	11,33	56,24
2015	6,815	11,47	59,42

Gráfica 62. Cobertura escolar bruta en educación media nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

En el años 2012 el comportamiento de este indicador presento el más alto porcentaje de cobertura en los años 2013 y 2014 disminuyo, en el 2015 se alcanzó una cobertura escolar en la educación media de 59.42%

4.3.2.5. Tasa de repitencia en educación básica secundaria.

El Decreto 1290 de 2009 obliga a hacer actividades de mejoramiento a la fiscalización de cada periodo académico para que los estudiantes tengan la oportunidad de subsanar los niveles bajos en cuanto a su rendimiento académico. De igual forma, existe una oportunidad para los estudiantes que pierden hasta 3 áreas aun finalizando el año académico para que hagan su recuperación en el primer periodo del año siguiente.

Impactos negativos: Modelos educativos poco atractivos a los estudiantes. Desconcentración acentuada por parte del estudiante debido al uso reiterativo de herramientas tecnológicas portátiles (celulares, tablet, etc...). Asistencia escolar más por obligación que por una alternativa al proyecto de vida. La deserción escolar en el

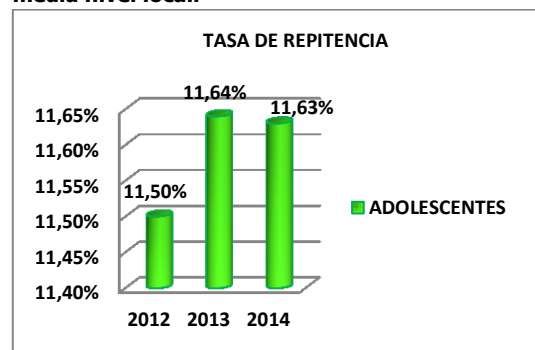


departamento de Arauca, en la cual se visionan estos problemas académicos en el estudio de eficiencia interna. La discontinuidad del transporte escolar en la zona rural, influye negativamente en el desempeño académico del estudiante.

Tabla 55. Cobertura escolar bruta en educación media nivel local.

TASA DE REPITENCIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	2,082	18,101	11,50
2013	2,111	18,134	11,64
2014	1,97	16,93	11,63

Gráfica 63. Cobertura escolar bruta en educación media nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental.

4.3.2.6. Tasa de deserción en educación media.

Impactos positivos:

1. Implementación de los programas de alimentación y transporte escolar, que buscan garantizar la permanencia de los estudiantes en el sistema educativo.
2. Ampliación del número de opciones de los modelos educativos flexibles que permiten adecuar los tiempos de trabajo.
3. realización de seguimientos a estudiantes retirados, para analizar las causas y buscar alternativas para continuar sus estudios.

Impactos negativos:

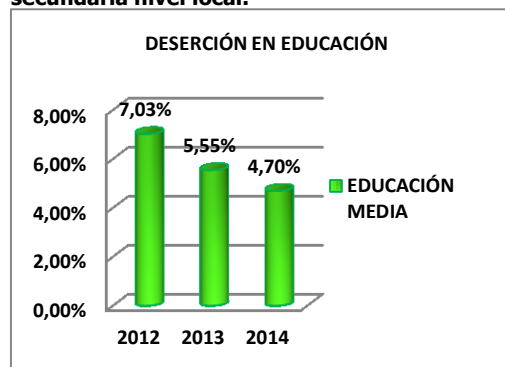
1. Se presenta alta deserción en la población de jóvenes extra edad y adultos, debido a compromisos familiares y laborales.
2. Los estudiantes de educación tradicional que presentan problemas académicos, se retiran e ingresan a establecimientos educativos privados que ofrecen educación por Ciclos Lectivos Integrados - CLEI.
3. Los establecimientos educativos oficiales registran como deserción los estudiantes que pasan a educación por ciclos en establecimientos educativos privados.



Tabla 56. Tasa de deserción en educación básica secundaria nivel local.

TASA DE DESERCIÓN EN EDUCACIÓN MEDIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	448	6,364	7,03
2013	324	5,837	5,55
2014	246	5,229	4,70

Gráfica 64. Tasa de deserción en educación básica secundaria nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

Fuente local: Podemos observar un decrecimiento permanente en el indicador en el nivel de media paso del 7.04% en el 2012 al 4.70% en 2014, con un decrecimiento del 2.34%.

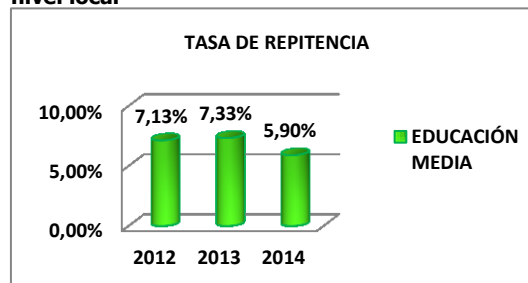
4.3.2.7. Tasa de repitencia en educación media.

La discontinuidad del transporte escolar en la zona rural, influye negativamente en el desempeño académico del estudiante.

Tabla 57. Tasa de deserción en educación media nivel local.

TASA DE REPITENCIA EN EDUCACIÓN MEDIA			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	454	6,364	7,13%
2013	428	5,837	7,33%
2014	309	5,229	5,90%

Gráfica 65. Tasa de deserción en educación media nivel local



Fuente: Secretaría de Educación Departamental



4.3.2.8. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 9º: lenguaje, matemáticas, ciencias naturales y competencias ciudadanas.

Tabla 58. Desempeño en las pruebas SABER nivel local.

AÑO	DESAGREGACIÓN (NIVELES DE DESEMPEÑO)	RESULTADO
2012	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	14
2012	LENGUAJE-MINIMO	45
2012	LENGUAJE-SATISFACTORIO	38
2012	LENGUAJE-AVANZADO	3
2012	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	17
2012	MATEMÁTICA-MINIMO	57
2012	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	23
2012	MATEMÁTICA-AVANZADO	3
2012	CIENCIAS NATURALES-INSUFICIENCIA	10
2012	CIENCIAS NATURALES-MINIMO	51
2012	CIENCIAS NATURALES-SATISFACTORIO	32
2012	CIENCIAS NATURALES-AVANZADO	7
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-INSUFICIENCIA	11
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-MINIMO	35
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-SATISFACTORIO	47
2012	COMPETENCIA CIUDADANA-AVANZADO	7
2013	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	15
2013	LENGUAJE-MINIMO	44
2013	LENGUAJE-SATISFACTORIO	38
2013	LENGUAJE-AVANZADO	3
2013	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	18
2013	MATEMÁTICA-MINIMO	59
2013	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	21
2013	MATEMÁTICA-AVANZADO	3
2013	CIENCIAS NATURALES-INSUFICIENCIA	ND
2013	CIENCIAS NATURALES-MINIMO	ND
2013	CIENCIAS NATURALES-SATISFACTORIO	ND
2013	CIENCIAS NATURALES-AVANZADO	ND
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-INSUFICIENCIA	12
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-MINIMO	33
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-SATISFACTORIO	48
2013	COMPETENCIA CIUDADANA-AVANZADO	7
2014	LENGUAJE-INSUFICIENCIA	16
2014	LENGUAJE-MINIMO	46
2014	LENGUAJE-SATISFACTORIO	35
2014	LENGUAJE-AVANZADO	3
2014	MATEMÁTICA-INSUFICIENCIA	21
2014	MATEMÁTICA-MINIMO	54
2014	MATEMÁTICA-SATISFACTORIO	22
2014	MATEMÁTICA-AVANZADO	3
2014	CIENCIAS NATURALES-INSUFICIENCIA	14
2014	CIENCIAS NATURALES-MINIMO	52
2014	CIENCIAS NATURALES-SATISFACTORIO	29
2014	CIENCIAS NATURALES-AVANZADO	6
2014	COMPETENCIA CIUDADANA-INSUFICIENCIA	ND
2014	COMPETENCIA CIUDADANA-MINIMO	ND
2014	COMPETENCIA CIUDADANA-SATISFACTORIO	ND
2014	COMPETENCIA CIUDADANA-AVANZADO	ND

Fuente: Secretaría de Educación Departamental.



4.3.2.9. Porcentaje de establecimientos educativos en las categorías de desempeño en las pruebas SABER 11.

Impactos positivos: Para el año 2014, la más alta categoría equivalente a "A+", la obtuvieron las instituciones educativas, que para los años anteriores, habían obtenido la categoría "Muy superior ", estas son:

1. La Frontera del municipio de Saravena, sector oficial.
2. La Enseñanza, Santo Domingo Sabio, Pablo Neruda y Liceo Adventista Libertad, del Sector Privado.

Es decir, que estas 5 instituciones mantienen la mayor categoría, de las cuales en el sector oficial se destaca la I.E La Frontera.

En el año 2015 el departamento de Arauca se ubica en el tercer puesto con mejor promedios ICFES, ubicando 19 instituciones por encima del promedio nacional, de las cuales 13 instituciones son oficiales y 4 rurales.

Impactos negativos: Además de esta nueva estructura, existe una nueva Clasificación según categoría de rendimiento, definidas en la Resolución 000503 del 22 de julio de 2014, por la cual se establece la metodología para la presentación de resultados en el examen de Estado para la Educación Media ICFES SABER 11º, para la selección de estudiantes con mejores resultados, para la clasificación de los Establecimientos Educativos y sus sedes y se adoptan otras determinaciones.

Tabla 59. Porcentaje de establecimientos educativos en las categorías de desempeño en las pruebas SABER 11 nivel local.

AÑO	DESAGREGACIÓN (CATEGORÍA DE DESEMPEÑO)	RESULTADO
2012	MUY SUPERIOR	5
2012	SUPERIOR	6
2012	ALTO	10
2012	MEDIO	19
2012	BAJO	10
2012	INFERIOR	2
2012	NP	2
2013	MUY SUPERIOR	5
2013	SUPERIOR	7
2013	ALTO	10
2013	MEDIO	26
2013	BAJO	4
2013	INFERIOR	2
2013	NP	0
2014	A+	5
2014	A	5
2014	B	12
2014	C	28
2014	D	2

Fuente: Secretaría de Educación Departamental



4.3.2.10. Puntajes promedio en las pruebas SABER 11: lenguaje, matemáticas, biología, física, química, ciencias sociales, filosofía e inglés

Tabla 60. Puntajes promedio en las pruebas SABER 11: lenguaje, matemáticas, biología, física, química, ciencias sociales, filosofía e inglés nivel local.

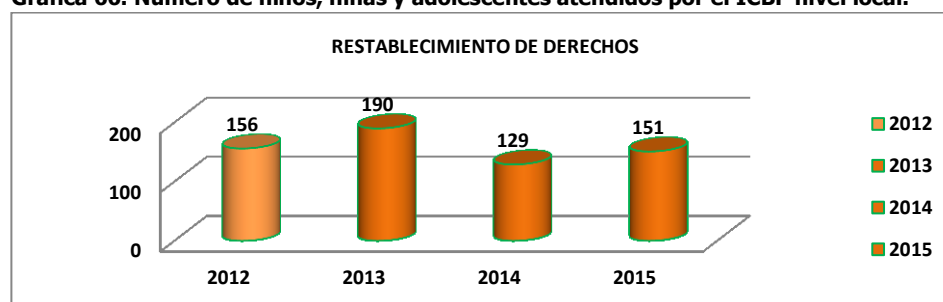
AÑO	DESAGREGACIÓN (ÁREA DE CONOCIMIENTO)	RESULTADO
2012	MATEMATICAS	45.27
2012	LENGUAJE	44.99
2012	BIOLOGIA	44.78
2012	SOCIALES	43.66
2012	FILOSOFIA	39.08
2012	FISICA	44.05
2012	QUIMICA	45.06
2013	MATEMATICAS	44.02
2013	LENGUAJE	46.19
2013	BIOLOGIA	43.92
2013	SOCIALES	43.72
2013	FILOSOFIA	39.49
2013	FISICA	44.19
2013	QUIMICA	44.76
2014	MATEMATICAS	49.51
2014	LENGUAJE	48.28
2014	BIOLOGIA	48.83
2014	SOCIALES	49.70
2014	FILOSOFIA	49.72
2014	FISICA	49.71
2014	QUIMICA	49.50

Fuente: Secretaría de Educación Departamental

4.3.3. DERECHOS A LA PROTECCION

4.3.3.1. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos – PARD.

Gráfica 66. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

El grafico muestra las cifras de casos sexológicos reportados entre los años 2012 a 2015, teniendo 108 casos y 108 respectivamente.

Según información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el número de casos sexológicos en menores en el departamento de Arauca, es similar al de los casos por maltrato siendo la franja etaria entre 12 a 17 años la que sufre con mayor rigor, así

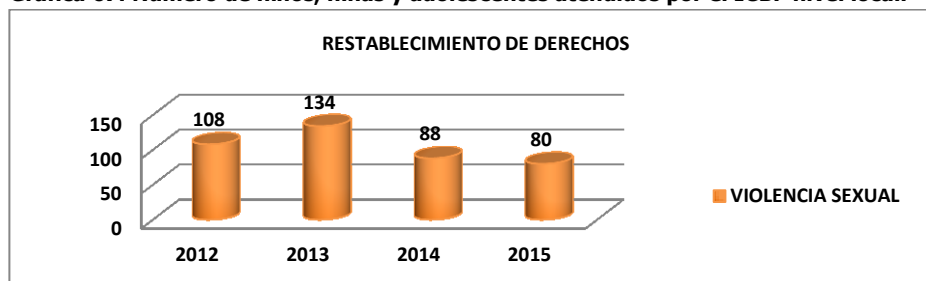


mismo se observa con preocupación cómo el sexo femenino sigue siendo blanco de las agresiones de tipo sexual.

Es de advertir que por cada caso reportado existen 3 o 4, que no se reportan por miedo a denunciar por parte de la familia o por temor al escarnio público, o en el peor de los casos por evitar fijar la atención sobre una venganza privada.

4.3.3.2. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos - PARD identificados como víctimas de violencia sexual.

Gráfica 67. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF nivel local.



Fuente: Secretaría de Educación Departamental

El grafico muestra las cifras de casos sexológicos reportados entre los años 2012 a 2015, teniendo 108 casos y 108 respectivamente.

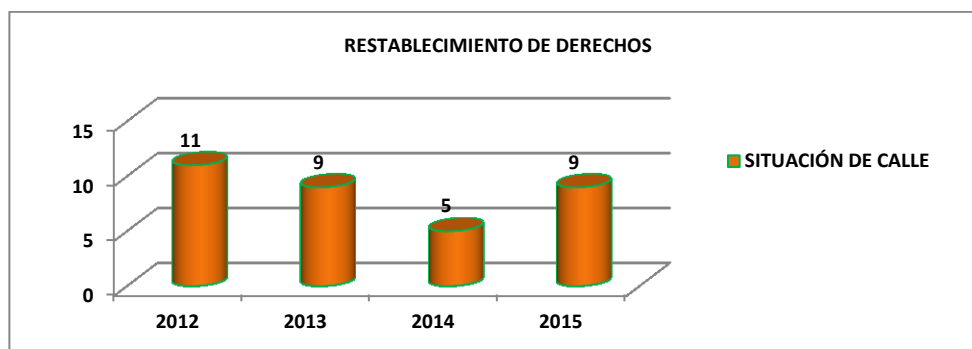
Según información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el número de casos sexológicos en menores en el departamento de Arauca, es similar al de los casos por maltrato siendo la franja etaria entre 12 a 17 años la que sufre con mayor rigor, así mismo se observa con preocupación cómo el sexo femenino sigue siendo blanco de las agresiones de tipo sexual.

Es de advertir que por cada caso reportado existen 3 o 4, que no se reportan por miedo a denunciar por parte de la familia o por temor al escarnio público, o en el peor de los casos por evitar fijar la atención sobre una venganza privada.

4.3.3.3. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso administrativo de restablecimiento de derechos - PARD identificados en situación de calle (información solo para municipios).

Gráfica 68. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF nivel local.





Fuente: ICBF Regional Arauca

El indicador arroja el número de niños, niñas y adolescentes que ingresaron a procesos de protección para el restablecimiento de sus derechos amenazados, inobservados o vulnerados con permanencia en la calle.

La dinámica de las familias de nuestro departamento muestra que es muy bajo el número de NNA en situación de calle, pues a pesar de las dificultades que presentan las familias tienden a ser cuidadoras de los niños y los acogen aunque no les ofrezcan condiciones de protección integral, permitiendo la permanencia de vínculos que con intervención psicosocial se fortalecen. Es preciso establecer claridades frente al término niños de calle y niños en la calle, los primeros permanecen en la calle sin vinculaciones o referentes familiares de apoyo, identificadas y los segundos, cuentan con familias o referentes de apoyo y a pesar de permanecer buena parte del día en la calle, pernoctan en su vivienda.

Se realizan acciones específicas para garantizar la seguridad y la convivencia de población vulnerables (Desplazados, reinsertados, habitantes de la calle, desmovilizados) acciones para prevenir el pandillismo.

Se atiende a adolescentes con derechos vulnerados, en situación de amenaza o inobservancia. El incremento de casos es positivo desde la denuncia y la inmediata atención.

La determinación de casos conciliables le dan oportunidad a la familia de superar las debilidades con la debida asistencia técnica que a futuro asegura familias más armónicas, y en el dictamen no conciliable responde a la protección y restauración inmediata.

Se intervino para que familias, prestadores de servicios y adolescentes reconocieran riesgos, asumieran compromisos de corresponsabilidad para evitar y prevenir, entre ellas el compromiso asumido cuando el medio lo pone en riesgo y alternativas de ingresos para las poblaciones en condición de pobreza.

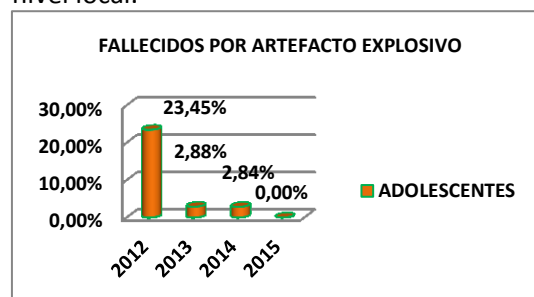


4.3.3.4. Número de niños, niñas y adolescentes FALLECIDOS por artefacto explosivo.

Tabla 61. FALLECIDOS por artefacto explosivo nivel local.

NÚMERO DE ADOLESCENTES FALLECIDOS			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	8.00	34,107	23,45
2013	1.00	34,614	2,88
2014	1.00	35,094	2,84
2015	0.00	35,524	0,00

Gráfica 69. FALLECIDOS por artefacto explosivo nivel local.



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud.



Las minas antipersonal son una de las armas proscritas en la humanidad que más daño han causado a miles de víctimas a nivel internacional. Estos artefactos no distinguen edad, color, género, cultura, posición económica, política y religión. En el conflicto interno que sufre Colombia, este armamento es utilizado por los grupos armados ilegales, cobrando la vida y mutilando los sueños de niños y niñas, impidiendo el uso de la tierra y el acceso a bienes y servicios.

La población infantil, como víctima directa de las minas, es el grupo más vulnerable por las características propias de su edad, tales como su curiosidad, ingenuidad y constante movimiento hacen que sucumban ante esta amenaza. Pero su afectación no sólo es directa sino también indirecta cuando un miembro de la familia o de la comunidad sufre por las consecuencias de estos artefactos, en Arauca no es la excepción ya que ha sido uno de los departamentos más golpeados por la violencia y el conflicto armado una muestra de ellos es el análisis que nos indica la gráfica N 69 la cual muestra que para el 2012 hubo un porcentaje de 23.45% tenido un resultado positivo para el departamento por que en 2013 bajo el indicador a 2,88% y lo que va corrido del 2015 va en cero hasta 30 de agosto 2015.

4.3.3.5. Número de niños, niñas y adolescentes víctimas de Reclutamiento

Reclutamiento forzado de menores. (Fuente: Área de Dinámicas del Conflicto y Negociaciones de Paz. UNIDAD DE ANÁLISIS 'SIGUIENDO EL CONFLICTO' - BOLETÍN # 73. DINÁMICAS DEL CONFLICTO ARMADO EN ARAUCA Y SU IMPACTO HUMANITARIO, JUNIO DE 2014. MAPA 1. REGIONALIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ARAUCA .Pagina 58.) En Colombia no existen datos precisos sobre la cantidad de niñas, niños y adolescentes (NNA) víctimas de reclutamiento forzado o utilización por parte de grupos armados organizados al margen de la ley (GAOML). En la actualidad, sólo se cuenta con datos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que a 86 través del Sistema de Información del Programa de protección especializado en atención a NNA desvinculados de GAOML, lleva un registro detallado de los menores que fueron reclutados en el pasado y se han acogido al programa. De acuerdo con ese registro, desde noviembre de 1999 hasta marzo de 2013 se registraron 181 casos de niños, niñas y adolescentes que manifestaron haber sido reclutados por grupos armados ilegales en el departamento de Arauca. Por otra parte, el Observatorio del Bienestar de la Niñez de la misma institución indica que entre 2012 y 2013 se presentó una disminución en el número de menores desvinculados que habían sido reclutados en Arauca y se acogieron al Programa de protección especializado del ICBF; mientras en el primer semestre de 2012 se desvincularon 5 menores, en los primeros seis meses del 2013 lo hicieron 3 menores. Por su parte, la Defensoría del Pueblo ha llamado la atención en reiteradas ocasiones sobre la problemática del reclutamiento forzado en varios municipios del Piedemonte araucano. Según información emitida por la Pastoral Social de la Iglesia Católica en 2010 y citada por el SAT en 2012, cerca del 30 % de los combatientes de grupos armados



ilegales en Arauca son menores de edad. Uno de los hechos más preocupantes en términos de presencia de NNA en las filas de los grupos armados, tuvo lugar el 21 de marzo de 2012 en la zona limítrofe entre los municipios de Tame y Arauquita. Según el SAT, en la Vereda El Milagro, la fuerza pública adelantó en esa fecha un operativo militar contra la guerrilla de las FARC en el que resultaron muertos 36 miembros de esa guerrilla, 11 de ellos menores de edad. De acuerdo con la Defensoría, los municipios en los que los menores de edad corren mayor riesgo de ser reclutados por un grupo armado ilegal en Arauca son: Arauca, Arauquita, Fortul, Tame y Saravena. Las zonas de mayor vulnerabilidad para los NNA continúan siendo las áreas rurales de estos municipios, entre las que sobresalen Puerto Jordán, Filipinas, La Arenosa, Santo Domingo y Flor Amarillo, en el municipio de Tame; Panamá de Arauca, Santa Clara, Santa Isabel, San Miguel, La Paz, y El Camping, en el municipio de Arauquita; Puerto Nidia, Nuevo Caranal, 87 El Mordisco, y La Veinte en el Municipio de Fortul; Puerto Nariño, Puerto Lleras, Puerto Contreras, Caño Seco y veredas aledañas en el municipio de Saravena y el corregimiento de Cañas Bravas en el Municipio de Arauca. Las principales estructuras guerrilleras que, según los informes de riesgo del SAT, acuden al reclutamiento forzado de menores en las áreas mencionadas son: los Frentes 10, 45, 38 y 56 de las FARC; El Frente Domingo Laín del ELN y, en menor medida, bandas delincuenciales. La Defensoría del Pueblo describe el fenómeno del reclutamiento forzado en cinco municipios araucanos, explicando que son zonas en las que es muy notoria la desprotección por parte del Estado en términos de educación y apoyo a “proyectos de vida digna”. Según las aproximaciones de esta institución, los grupos armados ilegales –particularmente las FARC y el ELN– aprovechan las escasas oportunidades de estudio o trabajo que campean en la región para vincular menores de edad a sus filas. Sobre la situación de reclutamiento en el departamento, actores con presencia local comentaron durante el trabajo de campo realizado a principios de 2014, que se ha vuelto costumbre que las familias entreguen al menos a uno de sus hijos a la guerrilla; sin embargo, se aclara que esto no ocurre de forma generalizada para todo el departamento; se lleva a cabo de manera particular en zonas donde el control de las guerrillas es fuerte. La Defensoría del Pueblo también ha hecho referencia a esta práctica planteando que: La guerrilla ha establecido la “cuota” de un miembro por familia para la “revolución” de manera que los menores de edad son utilizados ilícitamente como informantes o mensajeros por la subversión. Cuando los niños, niñas y adolescentes son incorporados a las filas de los grupos armados ilegales estos son trasladados a otros departamentos con el fin de enviarlos a otras estructuras, lo que les garantizaría niveles bajos de desvinculación de las filas. Durante las entrevistas realizadas en Arauca, también se indicó, que en muchos casos no necesariamente se puede hablar de que el reclutamiento se dé de manera coaccionada, ya que los grupos armados se valen de estrategias de convencimiento que resultan ser mucho más efectivas. Para esto, las guerrillas le ofrecen dinero a los jóvenes o les muestran el alistamiento a los grupos armados, como la única o la mejor oportunidad de ocupación en la región: “La vinculación se ofrece como si fuera equivalente a iniciar una carrera profesional”. Por otro lado, en las entrevistas se describió que los menores reclutados en las zonas rurales se destinan a



entrenamiento militar, y los de la zona urbana entran a hacer parte de las milicias y participan por ejemplo en hostigamientos. (Fuente: Arauca: Informe Departamental de Hechos Victimizantes a 2012. Página 19. Reclutamiento Ilegal de Niñas, Niños y Adolescentes) Figura 32. Histórico de Reclutamiento Ilegal de Niños, Niñas y Adolescentes. Corte abril de 2012 Los primeros hechos de reclutamiento ilegal de niños, niñas y adolescentes se registran en 1994 y a partir de allí se observa una tendencia creciente, aunque intermitente, que alcanza su máximo en 2004 con 17 víctimas en el año. Desde 89 entonces, la tendencia parece ser decreciente, sin embargo, hay que mencionar que en 2008 y 2009 las cifras siguen siendo relativamente altas (12 y 11 víctimas respectivamente) con respecto al histórico (ver Figura 32. Histórico de Reclutamiento Ilegal de Niños, Niñas y Adolescentes. Corte abril de 2012). El análisis presentado en este documento facilita la diferenciación entre la ocurrencia del hecho victimizante y la residencia de las víctimas al momento de la declaración. Los resultados por ocurrencia permiten determinar los periodos de mayor incidencia del conflicto interno armado en el departamento, mientras que, los resultados por residencia, sirven como aproximación al total de víctimas que actualmente habitan en el departamento. De esta manera se tiene un sustento objetivo mediante el cual, diseñar e implementar políticas y programas de prevención, asistencia y restitución integral. En cuanto al reclutamiento de niñas, niños y adolescentes se tiene el escenario según lugar de ocurrencia y hecho victimizante (ver Figura 33. Reclutamiento de niñas, niños y adolescentes según lugar de ocurrencia y residencia de la víctima). Figura 33. Reclutamiento de niñas, niños y adolescentes según lugar de ocurrencia y residencia de la víctima.

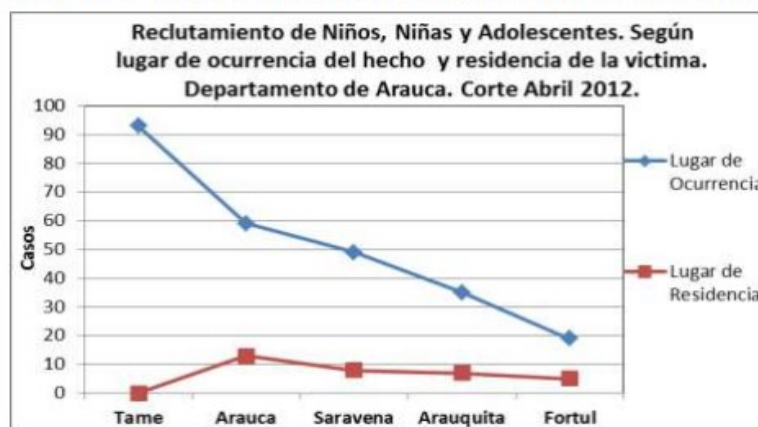


Figura 33. Reclutamiento de niñas, niños y adolescentes según lugar de ocurrencia y residencia de la víctima.

4.3.3.6. Índices de derechos del niño violados por grupos armados según la resolución 1612 del consejo de seguridad de naciones unidas

La Coalición contra la vinculación de niños, niñas y jóvenes al conflicto armado en Colombia (Coalico) monitorea éstas categorías a través del Observatorio de la Niñez y Conflicto Armado, a través de fuentes de prensa nacional y regional, organizaciones e



instituciones nacionales y locales; de manera que los datos incluidos en la Tabla a continuación. reflejan la información monitoreada y no necesariamente toda la ocurrencia; es decir, que los datos que siguen representan un sub-registro de los hechos reales. Tabla 1. Derechos violados por grupos armados a partir de la Resolución 1612 de Naciones Unidas: Arauca Fuente: Datos del monitoreo del Observatorio de Niñez y Conflicto Armado, Coalico 2014 y 2015) Violaciones de derechos de NNAJ por grupos armados Arauca Colombia 2014 2014 1. Violaciones e infracciones contra el derecho de la vida e integridad personal 17 3 80 Homicidios 8 2 Lesiones 4 1 Mutilaciones 2 0 Tortura 3 0 2. Violaciones e infracciones contra la libertad personal 2 1 17 3. Ataque y ocupación de escuelas, hospitales y otros bienes civiles 9 7 174 4. Violaciones e infracciones al derecho a la libertad sexual 5 0 14 5. Bloque de suministros básicos 0 6 80 6. Desplazamiento Forzado y Refugio 2 0 154 7. Uso y Reclutamiento de niños, niñas y adolescente por parte de grupos armados²⁷ . 4 6 125 27 En 2014 la mitad de eventos de reclutamiento forzado

Tabla 1. Derechos violados por grupos armados a partir de la Resolución 1612 de Naciones Unidas: Arauca
Fuente: Datos del monitoreo del Observatorio de Niñez y Conflicto Armado, Coalico 2014 y 2015)

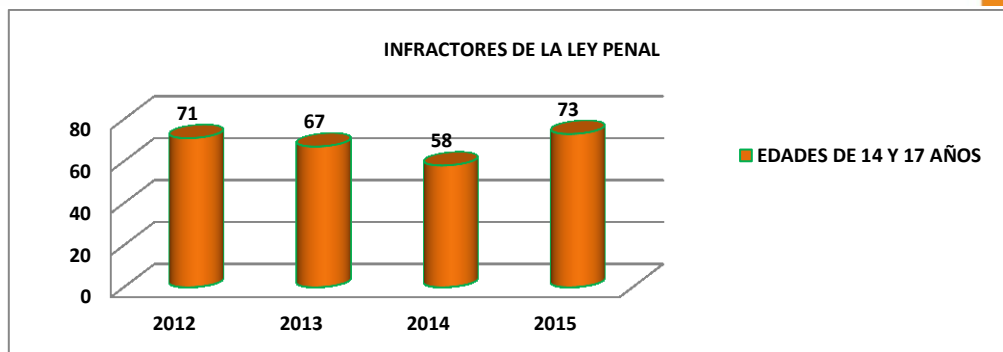
Violaciones de derechos de NNAJ por grupos armados	Arauca		Colombia
		2014	2014
1. Violaciones e infracciones contra el derecho de la vida e integridad personal	17	3	80
Homicidios	8	2	
Lesiones	4	1	
Mutilaciones	2	0	
Tortura	3	0	
2. Violaciones e infracciones contra la libertad personal	2	1	17
3. Ataque y ocupación de escuelas, hospitales y otros bienes civiles	9	7	174
4. Violaciones e infracciones al derecho a la libertad sexual	5	0	14
5. Bloque de suministros básicos	0	6	80
6. Desplazamiento Forzado y Refugio	2	0	154
7. Uso y Reclutamiento de niños, niñas y adolescente por parte de grupos armados ²⁷ .	4	6	125

²⁷ En 2014 la mitad de eventos de reclutamiento forzado de menores fueron llevados a cabo por las Fuerzas Armadas de Colombia.

4.3.3.7. Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA.

Gráfica 71. Infractores de la Ley Penal nivel local.



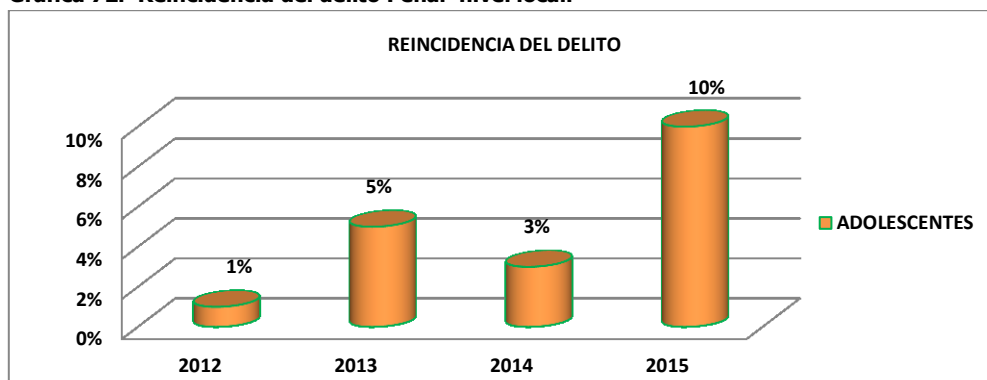


Fuente: ICBF Regional Arauca

Del total de adolescentes que han sido atendidos a través del Sistema de Responsabilidad Penal, se han presentado algunos casos de reincidencia por renuencia a atender las recomendaciones de las autoridades, negativa a vincularse al sistema educativo y por falta de apoyo de la red familiar, presentándose un índice del 71% en el 2012, el incremento se presenta lo que va corrido del año 2015 con un índice de 73%.

4.3.3.8. Porcentaje de reincidencia del delito en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.

Gráfica 72. Reincidencia del delito Penal nivel local.



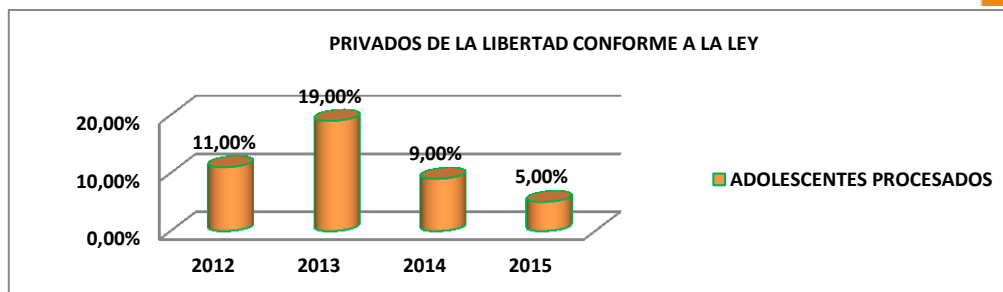
Fuente: ICBF Regional Arauca

Del total de adolescentes que han sido atendidos a través del Sistema de Responsabilidad Penal, se han presentado algunos casos de reincidencia por renuencia a atender las recomendaciones de las autoridades, negativa a vincularse al sistema educativo y por falta de apoyo de la red familiar, presentándose un índice del 1% en el 2012, el incremento se presenta lo que va corrido del año 2015 con un índice de 10%.

4.3.3.9. Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la ley.

Gráfica 73. Privados de libertad procesados nivel local.





Fuente: ICBF Regional Arauca

Del total de adolescentes que han sido atendidos a través del Sistema de Responsabilidad Penal, se han presentado algunos casos de reincidencia por renuencia a atender las recomendaciones de las autoridades, negativa a vincularse al sistema educativo y por falta de apoyo de la red familiar, presentándose un índice del 11% en el 2012, el incremento se presenta lo que va corrido del año 2015 con un índice de 5%.

4.4. JUVENTUD

El último ciclo vital objeto de análisis es la juventud, integrado por mujeres y hombres de 18 hasta 28 años de edad. Según proyecciones estimadas por el DANE, este grupo poblacional está integrado por 71.119 habitantes, el 48.21% corresponde a hombres y el resto 51.79% a mujeres jóvenes. A continuación se realiza un análisis situacional de la garantía de derechos de los y las jóvenes que habitan el territorio de Arauca.

4.4.1. Número de Interrupciones voluntarias de embarazo en mujeres menores de 18 años, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006.

Tabla 41. Número de Interrupciones voluntarias del embarazo nivel local.

NÚMERO DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO			
AÑO	NUM	DEN	RES
2012	0,00	0,00	0,00
2013	0,00	0,00	0,00
2014	0,00	0,00	3,00
2015	0,00	0,00	2,00



Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

En las EPS se presentan barreras para la aprobación de las interrupciones a pesar de estar contemplado en la justicia, en ocasiones deben trasladar a las pacientes para brindar la atención correspondiente.



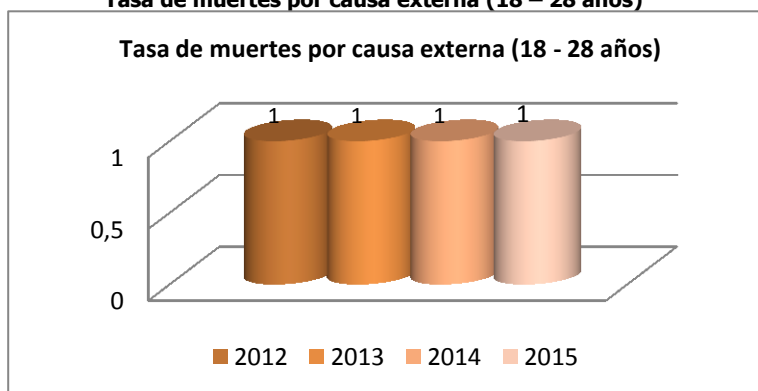
En el departamento se fortalecen las actividades de información y educación en la sentencia c 355 con el objetivo de que la población en general conozca cada una de las causales de IVE para las cuales tiene derecho, a la población del área rural de igual manera las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (**EAPB**) deben garantizar brindar educación a cada uno de sus usuarios.

Tasa de muerte por causas externas

Tasa de muertes por causa externa
(18 – 28 años)

Año	Casos	Tasa
2012	115.00	245,63
2013	113.00	237,33
2014	121.00	249,71
2015	42.00	170,19

Tasa de muertes por causa externa (18 – 28 años)

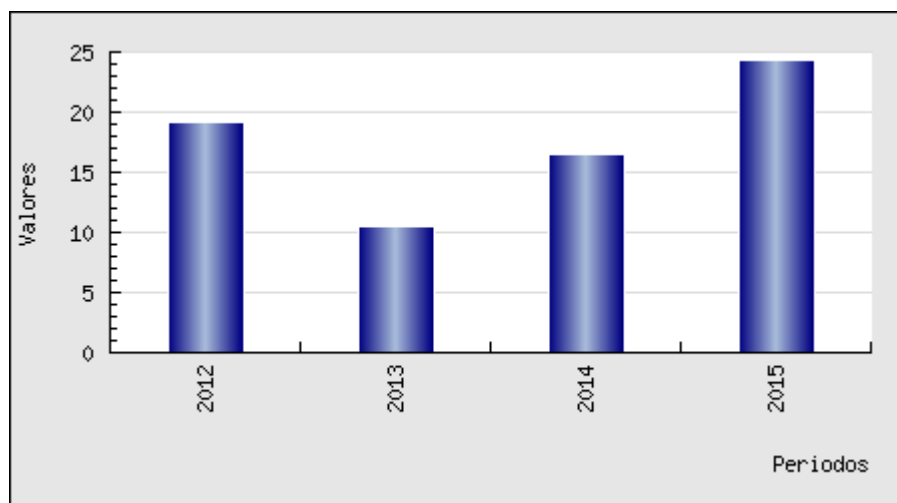


Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Tasa de suicidios (18 - 28 años)

Ciclo JUVENTUD			
Valores Totales			
Año	Numerador	Denominador	Resultado
2012	9.00	46,817.00	19.22
2013	5.00	47,613.00	10.50
2014	8.00	48,455.00	16.51
2015	6.00	49,354.00	24.31





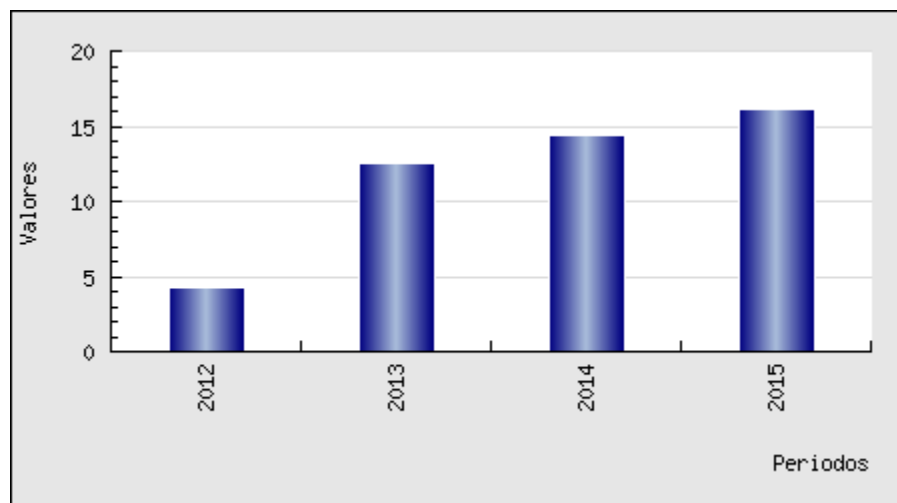
Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Tasa de otros accidentes en el total de muertes por causa externa (18 -28 años)

Ciclo JUVENTUD

Valores Totales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2012	2.00	46,817.00	4.27
2013	6.00	47,613.00	12.60
2014	7.00	48,455.00	14.44
2015	4.00	49,354.00	16.20

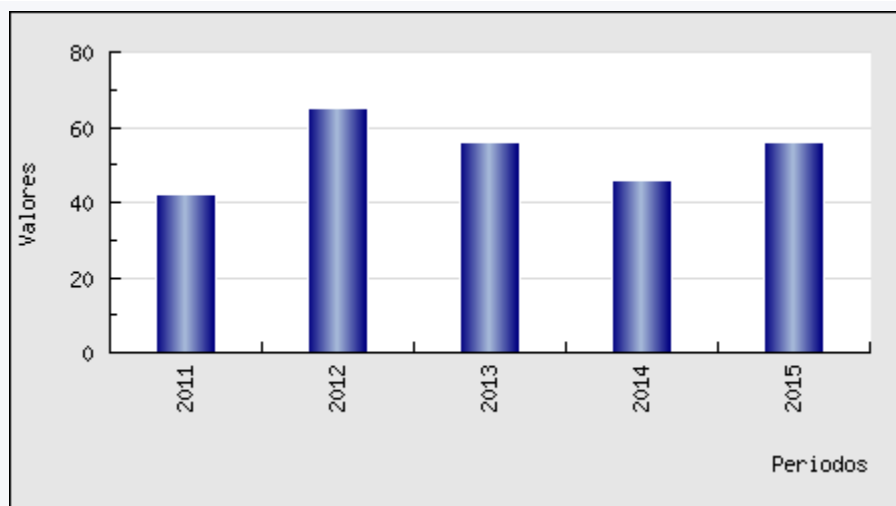


Tasa de accidentes de tránsito en el total de muertes por causa externa (18 -28 años)

Ciclo JUVENTUD

Valores Totales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2011	13.00	0.31	42.00
2012	20.00	0.31	65.00
2013	17.00	0.31	56.00
2014	14.00	0.31	46.00
2015	17.00	0.31	56.00



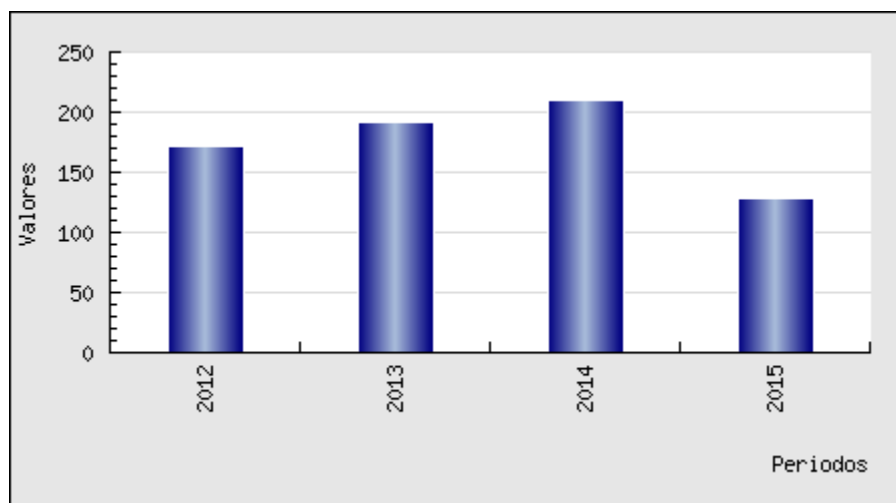
Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres jóvenes (18-28 años) actualmente unidas y no unidas sexualmente activas

Ciclo JUVENTUD

Valores Totales

Año	Numerador	Denominador	Resultado
2012	10,436.00	60,829.00	171.50
2013	11,772.00	61,450.00	191.50
2014	13,055.00	62,066.00	210.30
2015	8,102.00	62,711.00	129.10





Fuente: Unidad Administrativa Especial de Salud

Se ha mantenido estable, solo desde la vigencia 2014 se empieza aplicar en el departamento, se registraron en Registro Único de Afiliados Defunciones – RUAF Defunciones tres (3) casos de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) y en el primer semestre del año 2015 se ha registrado un (2) caso de IVE. Siendo atendido. En los años 2012 y 2013 el índice el porcentaje es 0%.

