

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ASPECTOS DE ANÁLISIS PARA EL
DEPARTAMENTO DE CASANARE**

YENNY ROCIO ORDUZ AGUDELO

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD BOGOTÁ D.C.**

2016

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: ASPECTOS DE ANALISIS EN EL
DEPARTAMENTO DE CASANARE**

YENNY ROCIO ORDUZ AGUDELO

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

JAVIER LEONARDO GONZALEZ

Tutor

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD BOGOTÁ D.C.**

2016

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, D.C., junio de 2016

AGRADECIMIENTOS

A la maravillosa vida por darme cada día nuevos caminos y retos.

A mi familia por su entorno de amor y formación constante.

A los docentes de la Maestría, por compartir su conocimiento.

CONTENIDO

Resumen	8
Abstrac	9
Glosario	10
Siglas y Acronimos	14
1. Introducción.....	15
2. Planteamiento del problema	16
3. Pregunta de investigación.....	20
4. Objetivo general.....	21
4.1 Objetivos especificos.....	21
5. Justificación	22
6. Marco teorico.....	23
6.1 Determinantes sociales- inequidad.....	23
6.2 Derechos sexuales y reproductivos	26
6.3 Fecundidad.....	29
6.4 Morbilidad y mortalidad materna.....	31
6.5 Vih- Sida.....	35
6.6 Sífilis gestacional	36
7. Metodología.....	39
7.1 Tipo de estudio.....	39
7.2 Area de estudio y población.....	39

7.3 Muestra	39
7.4 Criterios de inclusión y exclusión	39
7.5 Definición de variables	40
7.6 Fuentes de información	41
7.7 Consideraciones éticas.....	41
7.8 Plan de análisis.....	41
8. Resultados.....	43
8.1 Caracterización física y demográfica del departamento de casanare	43
8.2 Características de atención en salud en el departamento.....	44
8.3 Estructura de la población por edad y sexo	44
8.4 Fecundidad.....	45
8.5 Morbilidad y mortalidad materna.....	49
8.6 Sífilis gestacional	55
8.7 Vih-Sida.....	59
9. Análisis general.....	64
10. Propuesta estratégica	71
10.Conclusiones.....	77
11.Recomendaciones.....	79
12.Bibliografía	80

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1.Casos de mortalidad materna por municipio, área y nivel educativo.....	51
Tabla 2.Casos de morbilidad materna extrema por año y grupo de edad	53
Tabla 3.Municipios y número de casos de MME	53
Tabla 4. Distribución de casos de sífilis gestacional por grupo de edad Casanare 2010-2015.....	57
Tabla 5. Distribución de casos de sífilis gestacional por municipio Casanare 2010 -2015. 57	
Tabla 6. Edad gestacional al inicio del control prenatal y tratamiento Casanare 2010-2015	58
Tabla 7 Casos de VIH- SIDA por municipio y área	60
Tabla 8.Casos notificados de VIH en gestantes Casanare 2010-2015.....	63
Tabla 9.Mecanismo probable de transmisión en casos de VIH SIDA.....	63

LISTADO DE GRAFICOS

Ilustración 2 Estructura de la población por edad y sexo Casanare 2015	45
Ilustración 3. Tasa global de fecundidad Casanare periodo 2008-2013	46
Ilustración 4.Tasa general de fecundidad Casanare periodo 2008-2013	47
Ilustración 5.TEF por 1000 mujeres de 10 – 14 años, periodo 2008-2013	48
Ilustración 6.TEF por 1000 mujeres de 15-19 años durante el periodo 2008-2013	49
Ilustración 7.Razón de mortalidad materna Casanare periodo 2008-2013	50
Ilustración 8.Casos de MME Casanare 2012- 2015	52
Ilustración 9.Régimen de seguridad social MME Casanare 2012-2015.....	54
Ilustración 10.Causas agrupadas de MME Casanare 2012- 2015	54
Ilustración 11. Razón de prevalencia sífilis gestacional 2010-2013.....	56
Ilustración 12. Razón de prevalencia sífilis gestacional 2010-2013.....	56
Ilustración 13. prevalencia de casos VIH SIDA Casanare 2010-2015	59
Ilustración 14. Casos y distribución por sexo VIH SIDA Casanare 2010-2015	61
Ilustración 15.Distribución por grupos de edad VIH SIDA Casanare 2010-2015	62
Ilustración 16.Estadio Clínico VIH SIDA Casanare 2010-2015.....	62

RESUMEN

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, por tanto la salud sexual y reproductiva representa un componente esencial para la evaluación de desarrollo de un país, y un tema prioritario en la agenda política mundial y nacional como lo evidencian los objetivos del milenio y de desarrollo sostenible; aunque el país ha dado enormes avances en el tema, aun se presentan grandes retos para el logro y goce efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en la población. El objetivo del presente estudio es describir y analizar algunos indicadores de salud sexual y reproductiva en el departamento de Casanare, en el periodo 2008- 2015. Como metodología se usó un diseño descriptivo trasversal, los datos fueron tomados de Sivigila departamental, Estadísticas DANE y del Instituto Nacional de Salud. Se usó SPSS versión 18 y Excel para el análisis de los datos. Como resultados se encontraron altas tasas de prevalencia e incidencia para VIH, sífilis gestacional, y fecundidad en adolescentes en el departamento de Casanare que sobrepasan los indicadores nacionales y presentan tendencia creciente.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, VIH; sífilis, fecundidad, morbilidad y mortalidad materna

ABSTRAC

Sexuality and reproduction are intimately linked to the quality of life, both in the realm of the individual and the social, so the sexual and reproductive health is an essential tool for assessing a country's development component and a priority in global and national political agenda as evidenced by the millennium development goals and sustainable development; although the country has made tremendous progress on the issue, even great challenges for achievement and enjoyment of sexual and reproductive rights in the study population. The aim of this study is to describe and analyze some indicators of sexual and reproductive health in the department of Casanare, in the period 2008- 2015. As a transversal descriptive design methodology was used, the data were taken from departmental SIVIGILA, DANE and Statistics National Institute of Health. SPSS version 18 and Excel for data analysis was used. As a result high rates of HIV prevalence and incidence, gestational syphilis and adolescent fertility in the department of Casanare that exceed national indicators and have found growing trend.

Keywords: Sexual and reproductive health, HIV, syphilis, fertility, maternal morbidity and mortality

GLOSARIO

Atención primaria en salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

Sexualidad: El conocimiento, las creencias, actitudes, valores y conductas sexuales de los individuos. Incluye la anatomía, la fisiología y la bioquímica del sistema de respuesta sexual; la identidad, orientación, roles y personalidad; así como los pensamientos, sentimientos y relaciones. La expresión de la sexualidad se ve influenciada por cuestiones o aspectos éticos, espirituales, culturales y morales

Salud sexual y reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

Derechos humanos: Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Determinantes sociales: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Atención integral: La medida en la cual se proveen, a través de la APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para las necesidades menos frecuentes de la población en un marco de accesibilidad, calidad, oportunidad, y pertinencia.

Enfoque de género: El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad.

Enfoque diferencial: abordaje que busca crear condiciones de prosperidad en la población vulnerable, contribuir a la reconciliación y promover la integración regional, afrontando una realidad nacional marcada por actores y procesos históricos que perpetúan condiciones de discriminación, desigualdad y exclusión social las cuales impiden a diversos grupos de la población tener un goce efectivo de derechos.

Consejería en sexualidad: Consejería sobre asuntos de sexualidad con el propósito de crear un clima en el cual las y los clientes puedan expresarse por sí mismos y plantear sus preocupaciones con respecto a las relaciones sexuales y la intimidad sin temor a discriminación.

Costo efectividad: Razón que permite comparar los resultados de un programa o procedimiento de salud contra el costo de ese programa o procedimiento.

Derechos reproductivos: Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho de alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos

Derechos sexuales: incluyen derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Embarazo de alto riesgo: Embarazo en el cual alguna condición pone a la madre, al feto en desarrollo, o ambos en riesgo mayor que el normal por complicaciones durante, o después, del embarazo y parto.

Grupos vulnerables: Poblaciones con probabilidad de tener una deficiente salud sexual y reproductiva. Las mujeres y niñas, la gente joven, la gente que vive en condiciones de pobreza, las y los trabajadores migrantes, las personas en situaciones de conflicto y post-conflicto, las personas refugiadas y las desplazadas internamente, todas experimentan situaciones en las que tienen menos oportunidad que otras de una buena atención a su salud sexual y reproductiva.

Incidencia: Número de nuevas ocurrencias de una condición (o enfermedad) en una población en un período de tiempo determinado.

Infecciones de transmisión sexual: Infecciones que se propagan principalmente a través del contacto sexual (ITS) de persona a persona.

Maternidad segura: Embarazo y parto con un bajo riesgo de muerte o mala salud. Requiere tener acceso a la anticoncepción, parto seguro, atención obstétrica de emergencia y a servicios de aborto seguro

Muerte materna: Muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto o terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio

del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

SIGLAS Y ACRONIMOS

ONU: Organización de las Naciones Unidas

VPH: Virus de Papiloma Humano

INS: Instituto Nacional de Salud

ASIS: Situación de salud

SECSALUD: Secretaria de salud de Casanare

PNSD: Política nacional de salud sexual y reproductiva

MME: Morbilidad materna extrema

SIVIGILA: Sistema de datos para la vigilancia en salud pública de eventos de interés

PNUD: Programa de las naciones Unidas para el desarrollo

MINSALUD: Ministerio de protección social y salud

SSR: Salud sexual y reproductiva

CONPES: Consejo Nacional de política social y económica

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

TEF: Tasa específica de fecundidad

1. INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva ha sido un componente esencial para la evaluación de desarrollo de un país, y un tema prioritario en la agenda política nacional. El país ha dado enormes avances en el tema, sin embargo algunos indicadores como la mortalidad materna, la tasa general de fecundidad en población joven y adolescente, los casos notificados de VIH/Sida, sífilis congénita, y cánceres relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en hombres y mujeres, persisten como reto transdisciplinar para su reducción y abordaje integral.

El departamento de Casanare se ubica en la región de la Orinoquía colombiana tiene una superficie de 44.640 km² y cuenta con 19 municipios, la morbilidad más sentida en todos los ciclos vitales son las condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones materno perinatales, enfermedades no transmisibles, lesiones, y signos y síntomas mal definidos, además de considerables cifras en los indicadores relacionados con la salud sexual y reproductiva como el VIH, fecundidad en mujeres adolescentes y sífilis gestacional, entre otros.

El presente estudio es de tipo descriptivo y tiene como objetivo describir y analizar algunos indicadores de salud sexual y reproductiva en el departamento de Casanare, en el periodo 2008- 2015, además de aportar elementos conceptuales y analíticos que permitan orientar el desarrollo de las políticas y acciones a nivel territorial dirigidas hacia los derechos sexuales y reproductivos, bienestar y desarrollo de sus habitantes.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo humano, desde la evolución de su concepto podría entenderse como un proceso de ampliación de las opciones y oportunidades de las personas mediante el fortalecimiento de sus capacidades, centrándose en componentes esenciales como la productividad, equidad, sostenibilidad y potenciación, (Sen,1996) Estas capacidades a su vez hacen posible el ejercicio de los derechos humanos y que las personas sean consideradas no sólo como beneficiarias sino como verdaderas protagonistas sociales (Arteaga ,2005).

La calidad de vida está íntimamente relacionada con la sexualidad y la reproducción, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social, y son diversos los determinantes sociales de tipo estructural e intermedio que inciden sobre el goce de un nivel salud y desarrollo en el individuo.

Desde la década de los 70 se determinó la importancia de la planificación de la familia y se estableció como un derecho fundamental de todas las parejas e individuos (ONU, 1974), luego se adoptó el enfoque de salud sexual y reproductiva basado en los derechos, lo que definió una nueva política global de consenso sobre la relación existente entre las políticas de población y los derechos de salud sexual y reproductiva, además se estableció la importancia del empoderamiento de las mujeres y la satisfacción de necesidades en salud sexual y reproductiva como determinantes para la estabilización de la población (ONU, 1994), así mismo el desarrollo se ha definido en términos de equidad, cuando todos los

seres humanos, mujeres y hombres, tiene la posibilidad de disfrutar de los mismos derechos y opciones (ONU, 1995).

La salud sexual y reproductiva ha sido componente esencial para la evaluación de desarrollo de un país, como lo muestran los objetivos de desarrollo del milenio y los objetivos de desarrollo sustentable, su marco de abordaje como derechos, representan las luchas y conquistas sociales dados en primer lugar por organizaciones sociales, feministas, de mujeres, y colectivos de diversidad sexual traducidos en políticas públicas, y en un proceso de constante debate y legitimación.

Uno de los principales problemas para la salud sexual lo representa la maternidad, cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, en países en desarrollo la razón de mortalidad materna ratio para el 2015, fue de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 000, además se evidenció que el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años (OMS, 2015); esta problemática también se relaciona con el uso de anticonceptivos, para las regiones menos desarrolladas la proporción de mujeres entre 15 y 49 años que usa un método anticonceptivo esta entre el 55 y el 67% y todavía existen grandes segmentos de la población mundial cuyas necesidades de regulación de la fecundidad no están satisfechas por los métodos anticonceptivos y servicios de salud disponibles (OMS, 2015).

En el 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en todo el mundo (ONU, 2014). En cuanto a las ITS, se estima que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, anualmente, unos 357 millones de personas contraen alguna ITS (clamidiasis, gonorrea, sífilis, tricomoniasis o VHS -herpes) y alrededor del mundo hay 290 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano (VPH), una de las ITS más comunes y que tiene una incidencia fuerte con el cáncer de cérvix. El país reportó a 2015 11 606 casos de VIH, 1898 casos de hepatitis B, 668 casos de sífilis congénita, 3 939 casos de sífilis gestacional (INS, 2015).

Con relación a la mortalidad materna, para el 2015 Colombia reportó 483 casos de muertes maternas, de los cuales el 70% corresponden a muertes maternas tempranas, (ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación), el 21% de los casos corresponden a muertes maternas tardías (ocurren desde el día 43 hasta el año posterior a la terminación del embarazo) y cerca de un 8% de los casos corresponden a muertes por lesiones de causa externa.

La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en la agenda política nacional, a partir de lineamientos y consensos internacionales, el país ha dado enormes avances en el tema, sin embargo indicadores como la tasa general de fecundidad en población joven y adolescente mantiene una tendencia creciente en los últimos años en el país, así como la frecuencia de casos notificados de VIH/Sida, sífilis congénita, y cánceres relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en hombres y mujeres, indicadores de urgente

análisis. Estos mencionados son los de interés en el presente estudio para el análisis particular del departamento de Casanare.

Según el consenso técnico de priorización en Casanare, sobre de los principales problemas de salud según ASIS 2014, se definió que existen barreras para acceder a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro, debilidades en la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco un sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud (SESALUDC, 2013).

Los Planes de desarrollo locales y departamentales en Casanare históricamente han dirigido acciones puntuales en el marco de la política nacional de salud sexual y reproductiva (2003), el plan nacional de salud pública (2007-2010) y plan decenal de salud pública (2012-2022), sin embargo estas acciones merecen tener un análisis puntual para revisar avances y visualizar puntos críticos obre los cuales orientar el desarrollo de acciones en el marco de la nueva política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSR) estructurada a partir de los postulados del Plan Decenal de Salud Pública.

La identificación y descripción de algunos indicadores con puntos críticos en los de los últimos años en el departamento, de forma global y analítica, favorece una mirada amplia y contextual, lo que a su vez se convierte en insumo necesario para la formulación

prospectiva de política, planes y programas orientados a la promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos de la población.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál ha sido el comportamiento de los indicadores de VIH, Sífilis gestacional, fecundidad y morbilidad/mortalidad materna en la población del departamento de Casanare en el periodo 2010-2015?

4. OBJETIVO GENERAL

Describir el comportamiento de los indicadores de VIH, Sífilis gestacional, fecundidad y morbilidad/mortalidad materna en la población del departamento de Casanare en el periodo 2010-2015

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el comportamiento de los indicadores de VIH, Sífilis gestacional, fecundidad y morbilidad/mortalidad materna en la población del departamento de Casanare en el periodo 2010-2015
- Realizar un análisis de los indicadores de VIH, Sífilis gestacional, fecundidad y morbilidad/mortalidad materna en la población del departamento de Casanare en el periodo 2010-2015
- Aportar referentes teóricos para la evaluación de políticas públicas y estructuración de estrategias de intervención en los aspectos de promoción, prevención, vigilancia, abordaje de la salud sexual y reproductiva.

5. JUSTIFICACION

La salud sexual y reproductiva ha sido un componente esencial para la evaluación de desarrollo de un país, y un tema prioritario en la agenda política nacional. El país ha dado enormes avances en el tema, sin embargo algunos indicadores como la mortalidad materna, la tasa general de fecundidad en población joven y adolescente, los casos notificados de VIH/Sida, sífilis congénita, y cánceres relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva en hombres y mujeres, persisten como reto transdisciplinar para su reducción y abordaje integral

Según el consenso técnico de priorización en Casanare, sobre de los principales problemas de salud según ASIS 2014, se definió que existen barreras para acceder a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio y la prevención del aborto inseguro, debilidades en la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco un sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud (SESALUDC., 2013).

El país y el departamento ha tenido enormes avances en el tema, pero algunos componentes de la salud sexual y reproductiva siguen siendo un reto para su abordaje y reducción, por tanto, un análisis puntual de aquellos en que persisten las brechas, resulta ser de interés para la salud pública y la planeación en salud.

La identificación y descripción de puntos críticos en los indicadores de salud sexual y reproductiva de los últimos años en el departamento, de forma global y analítica, favorece una mirada amplia y contextual, lo que a su vez se convierte en insumo necesario para la formulación de políticas, estrategias y programas orientados a la promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos.

6. MARCO TEORICO

6.1 Determinantes sociales- Inequidad

La expectativa de vida al nacer en algunos países es menor que en otros, por ejemplo en Sierra Leona es de 34 años, y en Japón es de 81,9 y la expectativa de vida en los países desarrollados varía entre cinco y diez años dependiendo de las diferencias en salario, educación y condiciones de trabajo, esto infiere que el aumento de las desigualdades sociales entre regiones, países y estratos tiene su expresión en las condiciones de salud (OMS, 2007). Las condiciones de salud no sólo son diferentes entre los grupos más pobres y el resto de la sociedad, sino también que en todas las sociedades la salud, y sobre todo la prevalencia de todas las enfermedades crónicas y agudas, tiene la misma forma que la estructura social; es decir, a medida que se baja un peldaño en la escalera social, aumenta la prevalencia de casi todas las enfermedades y problemas de salud, lo que evidencia inequidad (Marmot, 2004)

De acuerdo a la comisión de determinantes sociales de la OMS (2008), la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país

La explicación del origen de las inequidades en salud entre los grupos sociales usualmente se fundamenta en tres perspectivas teóricas:

La teoría psico-social. Propone que la autopercepción de las personas del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud. La discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos privilegiados de la estructura causa estrés y éste lleva a respuestas fisiológicas de larga duración que hacen a las personas susceptibles a las enfermedades (OMS, 2007; Álvarez, 2009).

La teoría de la producción social de la enfermedad, fundamentada en el materialismo-estructuralista, sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales las lleva a la falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad. Afirma que las prioridades del capitalismo: la acumulación de prestigio, riqueza y poder se logran sacrificando el bienestar y estado de salud de los menos aventajados de la sociedad. Esta perspectiva no niega que los factores psicosociales operen en sociedades desiguales, pero demanda un análisis más estructural de las condiciones materiales (Wilkinson, 1996; OMS, 2007).

La perspectiva ecosocial toma conceptos de las otras teorías para construir una plataforma teórica multinivel donde se entiende que cada nivel de la organización social y biológica, desde las células hasta las organizaciones sociales complejas, constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud (Krieger 2008; Krieger 2001)

La teoría del curso de la vida, considera el factor tiempo para entender los vínculos causales entre la exposición a un riesgo como la pobreza o la desnutrición y los resultados en materia de salud, ya sea en la vida de una persona, considera que los determinantes sociales operan de manera diferenciada en las diferentes etapas de la vida de las personas: infancia, adolescencia y adultez, y pueden llegar a afectar la salud inmediatamente o en momentos posteriores. (Barker, 2002; Álvarez, 2009)

6.2 *Derechos sexuales y reproductivos*

El derecho fundamental a la salud, es definido en la Ley Estatutaria como un “derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, cuya forma de garantía por parte del Estado abarca “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Hablar de la salud como un derecho¹ supone el reconocimiento de su carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, inherente a los derechos humanos e implica una interdependencia con otros derechos, pues no se refiere únicamente a la ausencia de enfermedades o dolencias, sino que alude al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, se articula con la lucha por el ejercicio y exigibilidad de los derechos de las mujeres, una serie de consensos internacionales determinaron acciones puntuales en el tema: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) del año 89 , Recomendación General N° 24 del Comité de la CEDAW en temas de Salud y SSR, La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (Párrafo 96 Control sexualidad), los objetivos de Desarrollo del Milenio, las resoluciones de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2004 (aspectos prioritarios de la salud sexual y salud reproductiva), entre otros.

¹ El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 artículo 49, en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, y en la Ley 1450 de 2011.

Sobre este marco el país ha tenido importantes logros en el tema, como la formulación de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el 2003, la Política Pública Nacional de Equidad de Género establecida en el CONPES 161, la ley 1257 de 2008 sobre prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, La Ley 1542 de 2012 sobre la violencia doméstica , el CONPES 147 de 2012 que establece los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años, la Ley 1620 del 15 de marzo de 2013 por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar, la resolución 459 de 2012 por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, el documento CONPES 3748 del 2013 que establece los lineamientos de política pública para la prevención de riesgos, la protección y garantía de los derechos de las mujeres víctimas del conflicto armado, el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, el plan decenal de salud pública en la dimensión de derechos y sexualidad y los ejes transversales, entre otros, han sido herramientas de alto impacto para mejorar el ámbito de la salud sexual y reproductiva y la equidad de género.

Un buen estado de SSR implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el

acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital (ONU, 1995)

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos humanos, internacionalmente reconocidos, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual, reproductiva y de la convivencia sexual. Estos derechos se basan en la dignidad humana y la libertad de las personas para decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción.

- ✓ El derecho a vivir la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
- ✓ El derecho a escoger las y los compañeros sexuales.
- ✓ El derecho al pleno respeto por la integridad física del cuerpo y sus expresiones sexuales.
- ✓ El derecho a decidir si se quiere iniciar la vida sexual o no, o si se quiere ser sexualmente activa/o no.
- ✓ El derecho a tener relaciones sexuales consensuadas.

- ✓ El derecho a decidir libremente si se contrae matrimonio, se convive con la pareja o si permanece sola/o.
- ✓ El derecho a expresar libre y autónomamente la orientación sexual.
- ✓ El derecho a protegerse del embarazo y de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ El derecho a tener acceso a servicios de salud sexual de calidad.
- ✓ El derecho a tener información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, conocer cómo funciona el aparato reproductor femenino y masculino y cuáles son las infecciones y enfermedades que

6.3 Fecundidad

El crecimiento poblacional ha tenido una dinámica cambiante durante los últimos siglos, en razón a las diferentes políticas y objetivos establecidos en las conferencias sobre población y desarrollo, además de factores propios de cada país. En el marco de esta dinámica, la fecundidad ha pasado de altas a bajas tasas, ajustando de esta forma la natalidad y por ende el crecimiento poblacional., este factor incide en la transición demográfica así como factores de orden biológico, y de desarrollo social y económico (CEPAL, 2004; Mesa, 2011)

Los descensos en fecundidad han ocurrido fundamentalmente entre las mujeres de 25 años y más, llevando a un rejuvenecimiento en el patrón de fecundidad y a un descenso en su edad media. La forma del nuevo patrón típicamente se asocia a una fecundidad regulada por el control natal. (Florez, 1990) La tasa total de fecundidad en Colombia disminuyó de

6,7 hijos por mujer en 1969 a 3,3 en 1986, y a 2,6 en el 2000, dentro del contexto latinoamericano, estos niveles sitúan al país en un estadio de transición demográfica avanzada, aunque no completa, con niveles de fecundidad medio bajos.

Determinantes próximos de la fecundidad: Son un conjunto de variables intermedias de la fecundidad que definen su cambio. Las variables económicas, culturales y sociales son indirectas al proceso de reducción de la fecundidad, mientras que los determinantes próximos son variables directas y están en un lugar de explicación intermedio, entre las variables socioeconómicas y la fecundidad

El matrimonio es reconocido como la principal variable que muestra el riesgo de embarazo y fecundidad en las mujeres; el uso de los anticonceptivos es la variable que juega un papel importante en el comportamiento (control) de la fecundidad, en especial en el caso de los matrimonios (los cuales pueden incluir las uniones libres); el periodo de lactancia de las madres, ya que al tener un efecto inhibitorio sobre la ovulación, el intervalo sin nacimientos y fecundidad se amplía, reduciéndose la fecundidad; otros determinantes próximos son el aborto inducido, la mortalidad intrauterina, la esterilización y la duración del periodo de fecundidad. Pero estas últimas responden más a factores psicológicos, genéticos y medio ambientales, por lo que están fuera del control individual de las personas. (Mesa ,2011)

6.4 Morbilidad y mortalidad materna

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria, es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres., y en comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo (OMS, 2005).

Causas de mortalidad materna: Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son (OMS, 2015):

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- Las infecciones (generalmente tras el parto);
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- Complicaciones en el parto;
- Los abortos peligrosos.

- Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

Reducción de la mortalidad materna: A pesar de lograr avances en la salud materna, las complicaciones relacionadas con la gestación siguen siendo un importante problema de salud pública. Existe un espectro de gravedad clínica con dos extremos, en uno se encuentran las mujeres que cursan una gestación sin complicaciones y en el otro, la muerte materna. En este continuo, se encuentran las condiciones potencialmente peligrosas para la vida o morbilidades maternas extremas, las cuales pueden llegar a generar un desenlace fatal si no se intervienen (INS, 2016)

.

La progresión de normalidad a morbilidad en sus grados de severidad hacia la mortalidad se relaciona con el tipo de evento, los factores sociales y demográficos, las características del prestador de servicios y la actitud de la paciente hacia el sistema, la definición de morbilidad materna extrema por la OMS está alineada con la definición de la muerte materna, como aquella mujer con riesgo de morir por complicaciones durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (OMS, 2015) (Geller, 2004).

Dentro del Plan de acción 2012- 2017 para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna extrema (OPS/OMS), se estableció el fortalecimiento de la vigilancia a través de registro sistemático de la morbilidad materna extrema y la medición de los

indicadores del evento y es a partir del 2012 que inicia el proceso con el protocolo de vigilancia de la morbilidad e extrema del instituto nacional de salud.

La definición de caso para Colombia es: Toda mujer con una complicación durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo su vida pero sobrevive y que cumple con al menos uno de los criterios de inclusión establecidos.

Como criterios de inclusión para caso de morbilidad materna extrema, el protocolo define:

Relacionadas con enfermedad específica:

- Eclampsia
- Sepsis o infección sistémica severa
- Hemorragia obstétrica severa
- Preeclampsia severa
- Ruptura uterina
- Aborto séptico / hemorrágico
- Enfermedad molar
- Embarazo ectópico roto
- Enfermedad autoinmune
- Enfermedad hematológica
- Enfermedad oncológica
- Enfermedad endocrino / metabólicas

- Enfermedad renal
- Enfermedad gastrointestinal
- Eventos tromboembolicos
- Eventos cardio cerebro vasculares
- Otras

Relacionada con disfuncion organica:

- Cardiaca
- Vascular
- Renal
- Hepática
- Metabólica
- Cerebral
- Respiratoria
- Coagulación

Relacionada con el manejo:

- Necesidad de transfusión
- Necesidad de UCI
- Necesidad de procedimiento quirúrgico de emergencia

Lesiones de causa externa:

- Accidente

- Intoxicación accidental
- Intento suicidio
- Víctima de violencia física

Otros eventos de interés en salud pública: Todo evento de interés en salud pública que origine una condición crítica de salud materna – perinatal, durante la gestación, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación.

6.5 VIH- SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, que ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y múltiples complicaciones.

La infección por VIH puede ser inicialmente asintomática o manifestarse como un síndrome similar a una mononucleosis aguda (infección aguda) con fiebre, fatiga, malestar general, mialgia, artralgias, sudoración, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, dolor de garganta, náusea, vómito, diarrea, cefalea, eritema maculo-papular transitorio o adenopatías, también puede haber anormalidades neurológicas, entre ellas encefalitis, meningitis, neuropatía periférica, alteraciones del conocimiento o afectivas. La etapa aguda se manifiesta entre 2 a 4 semanas después del momento de la infección y puede durar varias semanas con resolución completa, luego hay un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años, debido a que no existe un deterioro grave en la función del sistema inmunitario. (INS , 2015)

SIDA: Durante este período aparecen o recidivan algunas anormalidades neurológicas y el paciente puede describir problemas con la memoria anterógrada o con la incapacidad para realizar tareas simples; dependiendo del compromiso del sistema inmunitario, durante este período, determinado en parte por el tratamiento antirretroviral, TAR, se pueden presentar infecciones oportunistas menores como varicela-zoster, papiloma virus, molusco contagioso diseminado, foliculitis bacteriana y dermatofitosis; así como dermatitis seborreica y psoriasis.

La inmunodeficiencia creciente puede exacerbar algunos de estos cuadros, es posible que se desarrollen otros cuadros como candidiasis oral, leucoplasia vellosa, gingivitis ulcerativa necrotizante, periodontitis ulcerativa necrotizante, infecciones por herpes, ulceraciones orales, ulceraciones aftosas recidivantes, infección por citomegalovirus, por papiloma virus o lesiones por sarcoma de Kaposi, así como adenopatía o esplenomegalia. (INS, 2015) (ONU/SIDA, 2013)

6.6 Sífilis Gestacional

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas.

La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por micro traumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras (INS ,2015).

Entre las conductas de riesgo para la transmisión de la sífilis se encuentran: Las prácticas sexuales de alto riesgo (por ejemplo la práctica del sexo vaginal, oral o anal sin protección), el inicio de la actividad sexual a una edad temprana, múltiples parejas sexuales, el mantener relaciones sexuales bajo la influencia de las sustancias psicoactivas las cuales limitan tomar medidas acertadas sobre prácticas sexuales.

La sífilis gestacional (SG) es aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, puerpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica. De acuerdo a las recomendaciones de la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, el tamizaje de atención prenatal debe iniciar con prueba rápida (treponémica) y si el resultado es Positivo, se deben realizar las pruebas no treponémicas (VDRL o RPR) y reportar sus diluciones.

La sífilis pone en riesgo la salud tanto de la madre como de su hijo. La mortalidad neonatal puede llegar a 54% de los niños afectados, siendo la prematurez una causa importante de esta mortalidad. La base primordial de la prevención/eliminación de la transmisión vertical (madre/hijo) es la detección y tratamiento de la infección en la gestante. Se estima que hasta 90% de los recién nacidos de madres con sífilis no tratada adquirirán la sífilis congénita y muchos no desarrollan síntomas hasta dos semanas a tres meses después de nacidos. La gravedad clínica de la sífilis congénita comprende un espectro que va desde el aborto espontáneo, el mortinato, el hidrops fetal no inmune, el bajo peso al nacer, el parto

pretérmino y la muerte perinatal hasta secuela serias en los nacidos vivos por infección neonatal e infección latente. En general se ha visto que puede llevar a muerte intrauterina en 30% de los casos, a muerte neonatal en 10% o lesión neonatal en 40%. Tales resultados dependen de la edad gestacional a la cual se realice el diagnóstico, la etapa de la enfermedad en la madre, de manera que estas patologías contribuyen al incremento de las tasas de mortalidad infantil del país.(Díaz, 2011)

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal, que permite describir los indicadores de salud sexual y reproductiva relacionados con fecundidad, mortalidad y morbilidad materna, ITS: Sífilis gestacional y VIH en el periodo 2010- 2015 en el departamento de Casanare.

7.2 Área de estudio y población

Población residente y procedente del departamento de Casanare durante 2010- 2015.

7.3 Muestra

- Total de nacimientos en el departamento de Casanare para el periodo 2010-2015
- Total de casos reportados al Sivegila Departamental y Nacional de Mortalidad materna, Morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y VIH-SIDA correspondientes a Casanare durante el periodo 2010- 2015

7.4 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones desde el 2010- 2015 correspondientes al departamento de Casanare reportadas por el DANE
- Casos notificados de Mortalidad materna, Morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y VIH-SIDA, procedentes del departamento de Casanare durante el

periodo 2010- 2015 reportados por el sivegila departamental y nacional. Datos aportados por la secretaria de salud departamental con consentimiento institucional.

Exclusión:

Casos de Mortalidad materna, Morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y VIH-SIDA que no correspondan al Departamento de Casanare durante el periodo de estudio

7.5 Definición de variables

Variable (unidad)	Definición	Nombre de la variable	Escala de medición	Codificación
Edad al momento de confirmación diagnóstica	Tiempo en años y meses transcurrido a partir del nacimiento del paciente hasta el momento de confirmación del dx de dengue	Edad	Razón	Años cumplidos
Sexo	Definición biológica del sexo del individuo	Cualitativa	Nominal	1: Femenino 2. Masculino
Régimen de seguridad social	Afiliación al sistema de seguridad social en salud	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Especial 4. No asegurado 5. Excepción
Lugar de residencia	Lugar o sitio en el cual una persona reside.	Cualitativa	Nominal	1. Cabecera municipal 2. Centro poblado 3. Rural disperso
Lugar de nacimiento	Al lugar o sitio en el cual una persona tiene su	Procedencia	Nominal	

(ciudad y departamento)	origen			
-------------------------	--------	--	--	--

7.6 Fuentes de Información

Fuentes de información secundaria:

- Bases de datos de Sivigila departamental para los eventos de interés: Mortalidad materna, Morbilidad materna extrema, Sífilis gestacional y VIH-SIDA
- Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones DANE
- Proyecciones de población 2005-2020 DANE

Confidencialidad de los datos y resultados

El autor se compromete en mantener estricta reserva sobre la información y documentos de uso de la investigación, salvo instrucción en contra de las autoridades competentes o autorización previa y expresa otorgada por el comité ético de la universidad.

7.7 Consideraciones éticas

De acuerdo con los principios establecidos en Declaración de Helsinki; y en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993, es una investigación sin riesgo y tendrá en cuenta los principios científicos y éticos que la justifiquen.

7.8 Plan de Análisis

- ✓ Fecundidad: Se utilizaron los datos de proyecciones de población del DANE y los datos de nacimientos de las estadísticas vitales, como el año 2014 y 2015 aún no están completos, se tomaron para el análisis los datos de 2008 a 2013.

- ✓ Mortalidad materna: Se tomó la base de datos de Sivigila departamental desde los años 2010- 2015, y Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones DANE en los años 2008 a 2013.
- ✓ Morbilidad materna extrema: Como el reporte de los casos se empezó en el país desde el 2012, se tomó la base de datos de Sivigila departamental para 2012 a 2015
- ✓ Sífilis gestacional y VIH: Se tomó la base de datos de Sivigila departamental desde los años 2010- 2015, y Estadísticas vitales de nacimientos y defunciones DANE en los años 2008 a 2013
- ✓ Se utilizó Excel para describir las variables sociodemográficas, las variables categóricas fueron descritas utilizando frecuencias; se realizó un proceso previo de depuración de datos y eliminación de duplicados en las bases de datos de sivigila del departamento.

8. RESULTADOS

8.1 Caracterización física y demográfica del Departamento de Casanare

El departamento de Casanare se ubica en la región de la Orinoquía colombiana entre los departamentos de Arauca, Vichada, Meta y Boyacá, tiene una superficie de 44.640 km² cuenta con 19 municipios, tiene un clima cálido-húmedo sobre el piedemonte de la Cordillera y en la zona plana los climas varían desde húmedo, frío, y pluvial en el páramo.

La población del departamento, para el año 2015 es de 356.479 habitantes (DANE, 2015), la densidad poblacional del departamento es de 8 habitantes por kilómetro cuadrados, el 73% de la población de Casanare reside en el área urbana y los municipios con mayor grado de urbanismo son Yopal, Monterrey y Villanueva.

Con relación a las condiciones de vida de la población, se encuentra que la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas para el 2011 en el departamento era de 35,55%; bajo la línea de pobreza un 56,54%; 13,62% en miseria, y 17,36% en condiciones de hacinamiento. La cobertura de electricidad es de 75,8%, cobertura de acueducto 61,9%, cobertura de alcantarillado 58,9%; porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada es de 48,1% y el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas es de 37, 2% (Sesaludc, 2013)

8.2 Características de atención en salud en el departamento:

En el departamento se encuentran 1.283 IPS, 61% son IPS privadas (779), y 39% (504) son públicas, las principales son: ESE hospital de Yopal, ESE red salud Casanare, ESE hospital de aguazul Juan Hernando Urrego, ESE hospital local de Tauramena y ESE salud Yopal. La cobertura de afiliación al SGSSS para el 2013, estaba en 100%, la distribución por regímenes es de 35% para régimen contributivo; 60% régimen subsidiado y 5% otros regímenes (Sesaludc, 2013)

La dispersión poblacional es un factor que dificulta el acceso a los servicios de salud especialmente para los resguardos indígenas y la población rural en general.

8.3 Estructura de la población por edad y sexo

La pirámide poblacional del departamento de Casanare, es de tipo progresivo, ya que se observa una base ancha en los menores de 14 años, y un estrechamiento en los grupos de edad en mayores de 60 años; aunque de acuerdo al modelo de transición demográfica, el comportamiento de la estructura poblacional en el departamento se dirige hacia un modelo regresivo, donde habrá descenso en la natalidad y aumento del envejecimiento de la población, (Sesaludc, 2014)

La proporción de hombres es de 50,8% y la proporción de mujeres es del 49,2%; el índice de masculinidad es de 102, 9, lo que significa que hay 102 hombres por cada 100 mujeres en el departamento. Ver Grafico1

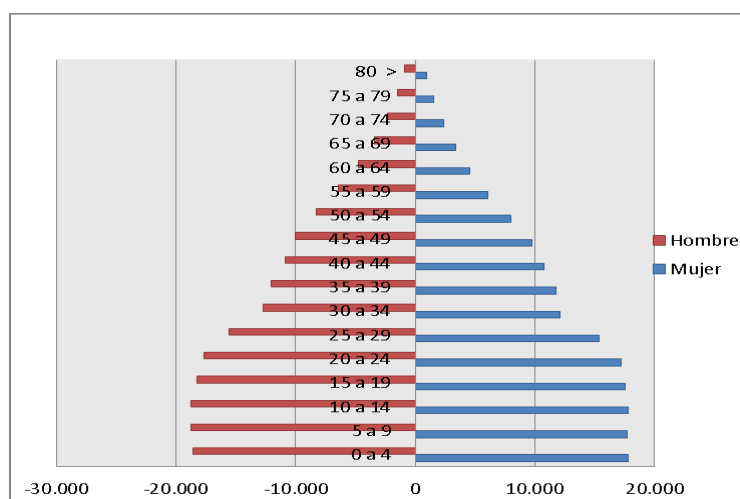


Ilustración 1 Estructura de la población por edad y sexo Casanare 2015

Fuente: Propia en base a proyecciones de población 2005-2020 DANE

El comportamiento de la pirámide poblacional se asemeja al comportamiento de estructura expansiva del país.

8.4 Fecundidad

La fecundidad es uno de los componentes de la dinámica demográfica que determina el estado, la estructura y el crecimiento de la población. En Colombia, como en la mayoría de los países latinoamericanos, la fecundidad ha descendido significativamente en las últimas

décadas por diversos factores, pero en algunos grupos de edad su comportamiento creciente es preocupante.

La tasa Global de Fecundidad (TGF) para el país, está en 2,35 (Min salud, 2014), mientras que Casanare tiene una TGF estimada en los últimos años no muy distante de la nacional, entre 2,3 y 2,5, además se observa una tendencia al aumento a partir del 2012 (Ver grafica N°2) contrario al comportamiento nacional, pero que a su vez representa una disminución del 30% en la tasa global de fecundidad respecto al 2005 (Secsaludc, 2014) (Min salud 2013). Estos valores de la tasa global de fecundidad indican que en promedio una mujer en edad reproductiva del departamento podría tener en promedio 2 hijos al momento de alcanzar el final de su vida reproductiva.

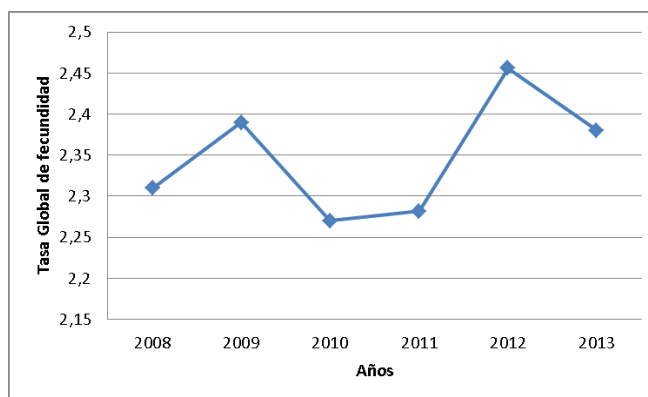


Ilustración 2. Tasa global de fecundidad Casanare periodo 2008-2013

Fuente. Propia en base a estadísticas vitales y proyección de población DANE 2008-2013

Como edad media de fecundidad, se encontró para Casanare: 26,5 en el 2013, una edad promedio para el nacimiento de los hijos en las mujeres que favorece las condiciones de la gestación.

La tasa general de fecundidad: Las tasas estimadas generales de fecundidad para el departamento han tenido un comportamiento variable y leve tendencia ascendente (Ver grafica N°3), pero no han sobrepasado el indicador Nacional, lo años con mayor tasa fueron 2008, 2012 y 2013, este último esta en 77,6 (nacidos vivos por cada 1. 000 mujeres de 15 a 49 años).

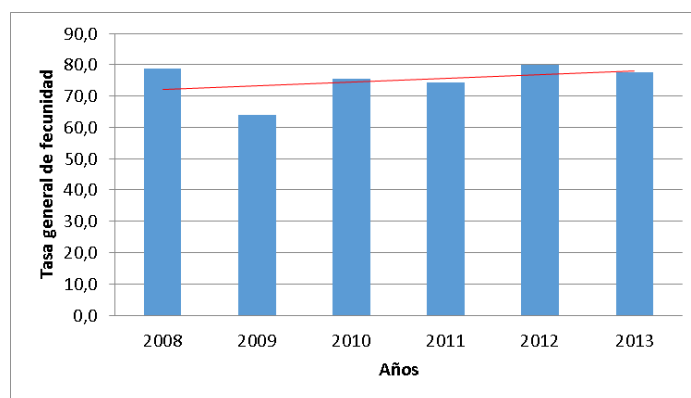


Ilustración 3.Tasa general de fecundidad Casanare periodo 2008-2013

Fuente. Propia en base a estadísticas vitales y proyección de población DANE 2008-2013

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: Según la ley 1098 de 2006, un embarazo en este grupo de edad se considera como posible caso de abuso sexual, pero es un indicador frecuente en nuestro país.

El departamento tiene tasas que sobrepasan las nacionales, aunque en 2012 y 2013 se redujo en 0,2 puntos se evidencia una tendencia estable (ver gráfico N°4). Lo que refleja un indicador alarmante para el departamento.

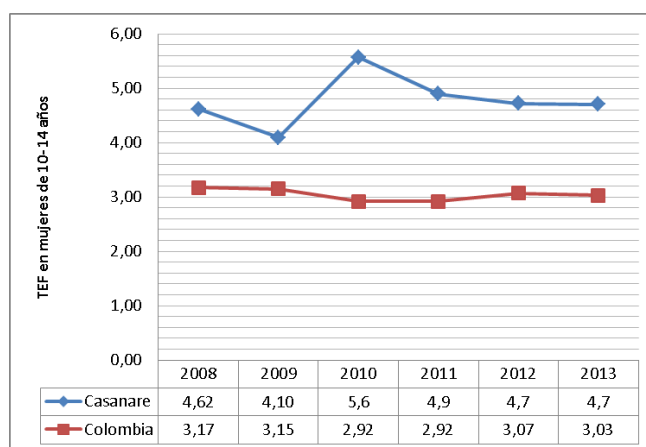


Ilustración 4. Tasa específica de fecundidad por 1000 mujeres de 10 – 14 años, periodo 2008-2013 Casanare

Fuente. Propia en base a estadísticas vitales y proyección de población DANE 2008-2013

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: Para este grupo de edad la tasa para el departamento presenta una tendencia ascendente, y superan los valores nacionales. Las mayores tasas se presentaron en 2008 y 2012 presentándose 100 nacimientos por cada 1000 mujeres de esta edad.

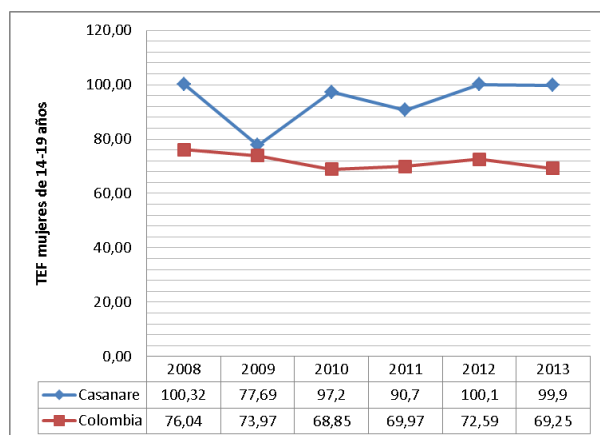


Ilustración 5. Tasa específica de fecundidad por 1000 mujeres de 15-19 años durante el periodo 2008-2013 Casanare

Fuente. Propia en base a estadísticas vitales y proyección de población DANE 2008-2013

8.5 Morbilidad y Mortalidad Materna

La mortalidad materna es el número de mujeres que mueren durante el embarazo o en los 42 días siguientes a su terminación y debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica (INS, 2016).

Representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, sus causas en su mayoría son evitables y la han considerado como la máxima expresión de injusticia social, dado que en los países de menor desarrollo económico existen las cifras más altas de muertes maternas; siendo las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por el embarazo, parto y puerperio (OMS, 2005)

.

La razón de mortalidad materna: El departamento desde 2008 al 2010 venia presentando tasas muy similares a las nacionales, para el 2011 tuvo un descenso total, con cero muertes maternas, y ya para los últimos dos años vuelve ascender, pero presentando valores menores al comportamiento nacional.

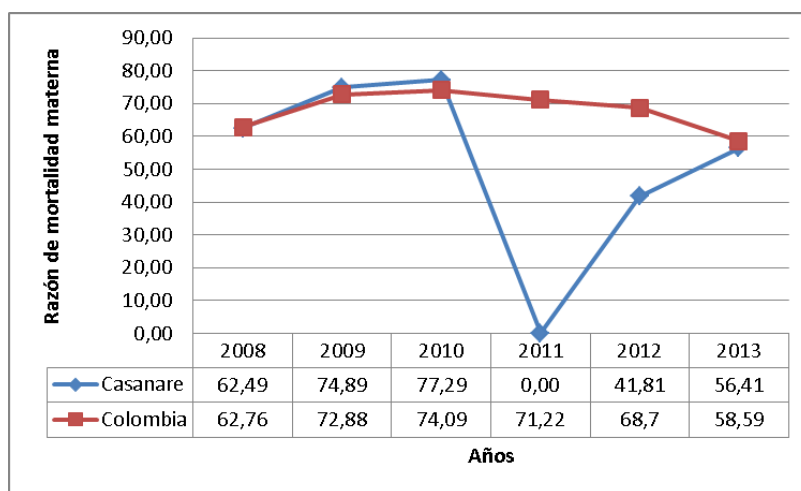


Ilustración 6. Razón de mortalidad materna Casanare periodo 2008-2013

Fuente. Propia en base a estadísticas vitales y proyección de población DANE 2008-2013

Del total de casos presentados de muertes maternas en el departamento, entre los años 2010 a 2015, el 63% (n=7) de los casos se presentaron en la cabecera municipal, el 27,2% (n=3) se presentó en área rural dispersa y un 9% (n=1) en centros poblados. El mayor número de casos lo presentó Yopal, como ciudad capital, seguido de Hatocorozal, Monterrey, Maní, Sabanalarga y Villanueva.

Es visible además como los bajos niveles educativos prevalecen sobre los casos presentados, si bien el 45,4%(n=5) de los casos son jóvenes entre 15 y 19 años, el 36,36% (n=4) son de edades entre 35 y 44 años, y un 18,18% (n=2) están entre 20 y 29 años, la escolaridad caracterizada es básica primaria y secundaria.

Tabla 1.Casos de mortalidad materna por municipio, área y nivel educativo

Municipio	Área	Escolaridad		
		Primaria	Secundaria	Sin información
Yopal	Cabecera M.		2	
	Rural disperso		2	
Hato corozal	Cabecera M.	1		
	Centro poblado	1		
Maní	Cabecera M.			1
Monterrey	Cabecera M.		1	
	Rural disperso	1		
Sabanalarga	Cabecera M.	1		
Villanueva	Cabecera M.		1	
Total general		4	6	1

Fuente: Propia en base a datos de Sivigila Departamental 2012-2015

Morbilidad Materna Extrema:

La morbilidad materna extrema es un indicador de calidad del cuidado materno, a nivel poblacional e institucional. A partir del 2012 en el país, se inició la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema, como estrategia propuesta dentro de las

acciones regionales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) para lograr reducir la tasa de mortalidad materna.

El reporte de casos de MME en Casanare desde el 2012 hasta el 2015 es de 284 casos, a través del Sivigila departamental, evidenciando un aumento considerable en cada año (ver grafica N°7), lo que refleja la adherencia y operatividad de la vigilancia de los casos.

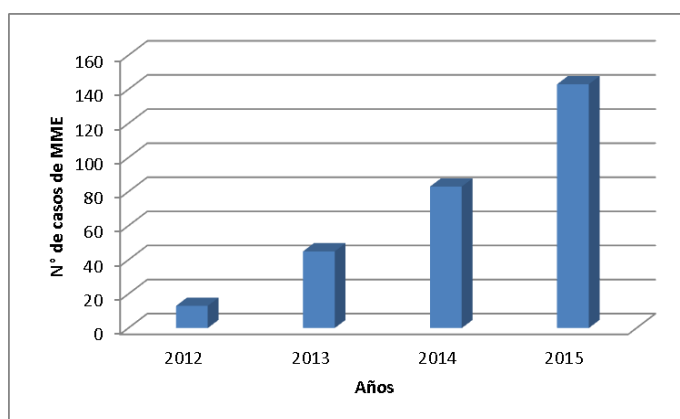


Ilustración 7.Casos de MME Casanare 2012- 2015

Fuente: Propia en base a datos de Sivigila Departamental 2012-2015

El 19% de los casos corresponde al grupo de 15 a 19 años, un 1% corresponde al grupo entre 10 y 14 años, y los demás en su mayoría son de los grupos de 20 a 30 años (Ver Tabla N°1). Esto evidencia que las mujeres jóvenes son las que están presentando la mayoría de riesgos de MME.

Tabla 2.Casos de morbilidad materna extrema por año y grupo de edad

Año	Grupos de edad															
	10-14		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		45-49	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2012	0	0	4	30,8	2	15,4	1	7,7	4	30,8	1	7,7	1	7,7	0	0
2013	1	2,2	7	15,6	15	33,3	12	26,7	6	13,3	3	6,7	1	2,2	0	0
2014	1	1,2	13	15,7	21	25,3	18	21,7	14	16,9	14	16,9	1	1,2	1	1,2
2015	1	0,7	29	20,3	32	22,4	26	18,2	22	15,4	19	13,3	14	9,8	0	0
Total	3	1,1	53	18,7	70	24,6	57	20,1	46	16,2	37	13,0	17	6,0	1	0,4

Fuente: Propia en base a datos de Sivigila Departamental 2012-2015

Del total de casos reportados, el 74% corresponden a la cabecera municipal, un 15% a los centros poblados y un 11% a rural disperso.

Tabla 3.Municipios y número de casos de MME

Municipio	F	%
Yopal	127	44,7
Villanueva	44	15,5
Aguazul	21	7,4
Paz de Ariporo	16	5,6
Tauramena	14	4,9
Maní	13	4,6
Orocue	7	2,5
Trinidad	7	2,5
Hatocorozal	6	2,1
Nunchía	6	2,1
Pore	6	2,1
000	5	1,8
Monterrey	5	1,8
Tamara	3	1,1
San Luis		
Palenque	2	0,7
Chameza	1	0,4
Recetor	1	0,4
Total general	284	100

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental 2012-2015

En cuanto al régimen de seguridad social, el 54% de los casos corresponde a régimen subsidiado, el 41% a régimen contributivo, y llama la atención un 3,5% que aparece como no asegurado (ver grafica N°10)

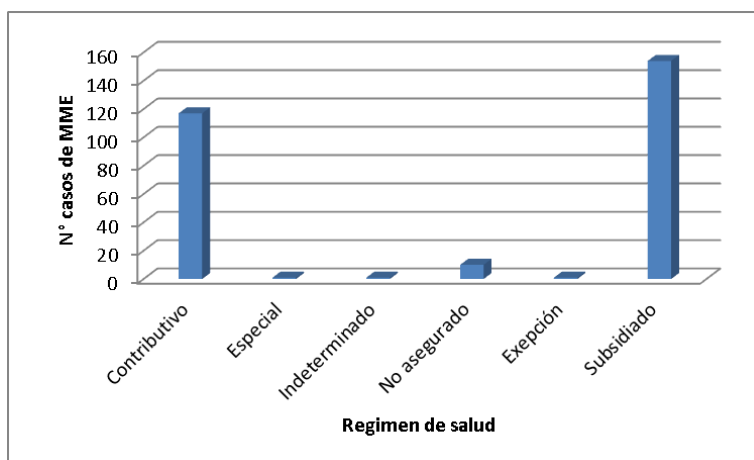


Ilustración 8. Régimen de seguridad social MME Casanare 2012-2015

Fuente: Propia en base a datos de Sivigila Departamental 2012-2015

Las causas más comunes de MME en el departamento son los trastornos hipertensivos y las complicaciones hemorrágicas.

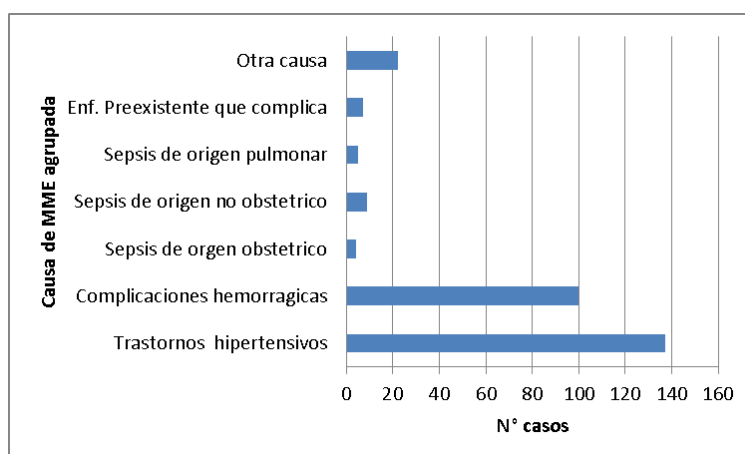


Ilustración 9. Causas agrupadas de MME Casanare 2012- 2015

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental 2012-2015

8.6 Sífilis Gestacional

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica exclusiva del humano como único reservorio, de transmisión sexual, sanguínea y perinatal, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, la cual penetra en la piel o mucosas lesionadas; es un importante problema de salud pública ya que puede precipitar el padecimiento de una condición crónica con consecuencias graves y un alto costo humano, social y económico para los pacientes.

En 2010, el Instituto Nacional de Salud empezó a utilizar una nueva versión de Sivigila, donde se separaron las fichas de sífilis gestacional y congénita, por que anteriormente se venía diligenciando una sola ficha, y se incluyeron muchas más variables, en razón a esto, solo se tomó para el análisis los casos de sífilis gestacional reportados 2010 al 2015 en Casanare, pero para sacar las razones de prevalencia, solo se toma 2010 a 2013, ya que el denominador que son los nacidos vivos, dato tomado de las estadísticas vitales del DANE, y para el año 2014 y 2015 aún está incompleto, por tanto el resultado no sería presentado con exactitud.

.

Para el periodo 2010- 2013, a nivel nacional se observa una tendencia de los casos de sífilis gestacional a disminuir, un comportamiento contrario al del departamento, donde se evidencia un aumento progresivo.

Para año 2013 Casanare presento un aumento considerable de casos sobrepasando la razón de prevalencia nacional.

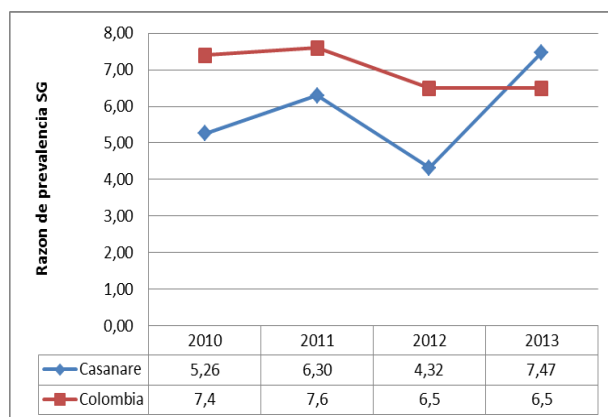


Ilustración 10. Razón de prevalencia sífilis gestacional 2010-2013

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental / Estadísticas vitales DANE

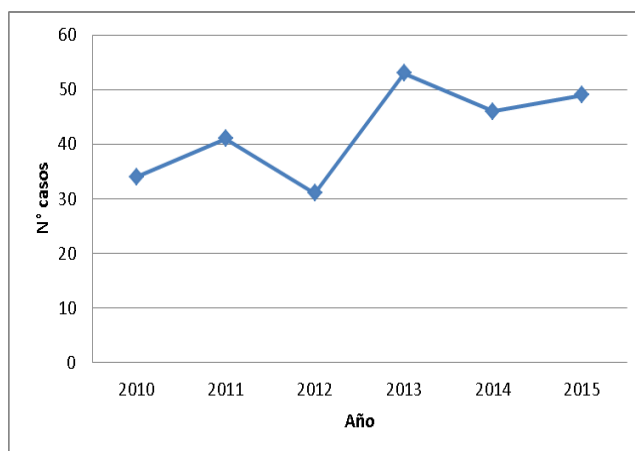


Ilustración 11. Razón de prevalencia sífilis gestacional 2010-2013

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

En el análisis individual se encontró que un 20,8% del total de casos del periodo estudiado corresponde a menores de 19 años; por régimen de seguridad social la distribución es: 64,17 % Subsidiado, 29,9% Contributivo, y un 5% se reporta como no asegurado y corresponde el 50% de los casos al municipio de Yopal.

Tabla 4. Distribución de casos de sífilis gestacional por grupo de edad Casanare 2010-2015

Gurpo de edad	F	%
10 a 14	2	0,79
15 a 19	51	20,08
20 a 24	76	29,92
25 a 29	59	23,23
30 a 34	34	13,39
35 a 39	18	7,09
40 a 46	14	5,51
<i>Total</i>	<i>254</i>	<i>100,00</i>

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

Los municipios más afectados son Yopal, en primer lugar, le siguen Aguazul, Paz de Ariporo, Villanueva y Cartagena.

Tabla 5. Distribución de casos de sífilis gestacional por municipio Casanare 2010 -2015

<i>Municipio</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Yopal	133	52,4
Aguazul	25	9,8
Paz de Ariporo	20	7,9
Villanueva	18	7,1
Tauramena	14	5,5
Maní	12	4,7

Trinidad	7	2,8
Monterrey	5	2,0
Orocue	5	2,0
Hatocorozal	4	1,6
Nunchía	4	1,6
San Luis de Palenque	4	1,6
Pore	2	0,8
Sin dato	1	0,4
<i>Total</i>	254	100

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

De las gestantes reportadas, se observa que un 14, 2% inicio el control prenatal en el tercer trimestre del embarazo, y un 27,2% en el segundo trimestre del embarazo.

Tan solo el 63% de las diagnosticas en el primer trimestre inicio su tratamiento en este mismo periodo.

Tabla 6. Edad gestacional al inicio del control prenatal y tratamiento Casanare 2010-2015

<i>Edad gestacional</i>	<i>Inicio de control prenatal</i>		<i>Inicio de tratamiento</i>	
	N° casos	%	N° casos	%
<i>Primer trimestre (Sem 1-13)</i>	105	41,3	67	26,4
<i>Segundo trimestre (Sem 14-27)</i>	69	27,2	75	29,5
<i>Tercer trimestre (Sem 28-42)</i>	36	14,2	76	29,9
<i>Sin dato</i>	44	17,3	36	14,2
<i>Total</i>	254	100,0	254	100,0

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

Se destaca en el análisis de los datos los vacíos de datos de gran importancia para el análisis del evento, en un % considerable de casos (17%) no presenta las edades gestacionales para el control prenatal e inicio del tratamiento.

8.7 VIH-SIDA

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una evolución crónica que afecta el sistema inmunitario de la persona, en ausencia de tratamiento, lleva al desarrollo de sida y a la muerte.

Es un evento de gran impacto en la salud pública y considerado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de este sistema, y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluida las repercusiones laborales.

La tasa de prevalencia de VIH SIDA por 100 000 habitantes tanto en el país como en el departamento va en aumento, para el último año, Casanare sobrepasó el indicador nacional.

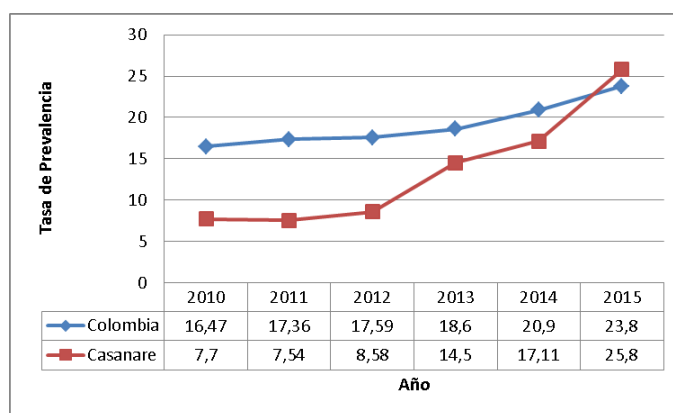


Ilustración 12. Prevalencia de casos VIH SIDA Casanare 2010-2015

Fuente: Propia en base a datos Sivigila departamental/ INS informes de evento VIH 2010-2015

Los municipios que presentan el mayor número de casos, son los de mayor extensión y concentración urbana: Yopal, ciudad capital, Aguazul, Paz de Ariporo, Tauramenta y Villanueva, de igual forma los casos se ubican en su mayoría en las cabeceras municipales. (Tabla N° 7)

Tabla 7 Casos de VIH- SIDA por municipio y área

Municipio	Área de ocurrencia del caso							
	Cabecera Municipal		Centro Poblado		Rural Disperso		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Yopal	166	59,93	13	4,69	11	3,97	190	68,59
Aguazul	24	8,664	1	0,36	1	0,36	26	9,386
Paz de Ariporo	17	6,137	0	0	1	0,36	18	6,498
Tauramena	6	2,166	1	0,36	4	1,44	11	3,971
Villanueva	11	3,971	0	0	0	0	11	3,971
Maní	3	1,083	0	0	1	0,36	4	1,444
Monterrey	2	0,722	0	0	2	0,72	4	1,444
Trinidad	3	1,083	0	0	0	0	3	1,083
Sin dato	2	0,722	1	0,36	0	0	3	1,083
Recetor	1	0,361	0	0	1	0,36	2	0,722
Hatocorozal	1	0,361	0	0	0	0	1	0,361
Nunchía	0	0	0	0	1	0,36	1	0,361
Orocue	0	0	0	0	1	0,36	1	0,361
Pore	1	0,361	0	0	0	0	1	0,361
San Luis de Palenque	0	0	1	0,36	0	0	1	0,361
Total	237	85,56	17	6,14	23	8,3	277	100

Fuente: Propia en base a datos Sivigila departamental/ INS informes de evento VIH 2010-

2015

La proporción de casos de VIH Sida en el departamento han ido aumentando en los tres últimos años, de forma considerable, del total de los casos reportados el 29,6% corresponde a sexo femenino y el 70,4 al sexo masculino, el 44,4 % corresponde al régimen subsidiado, el 43,3% al régimen contributivo, un 7,2% aparece como no asegurado, y el 2,8 y 2, 1% son de régimen especial y excepción.

El grupo de edad donde se presenta la mayor proporción de casos es entre los 25 y 29 años, seguido de 20 a 24 años y 30 a 34 años.

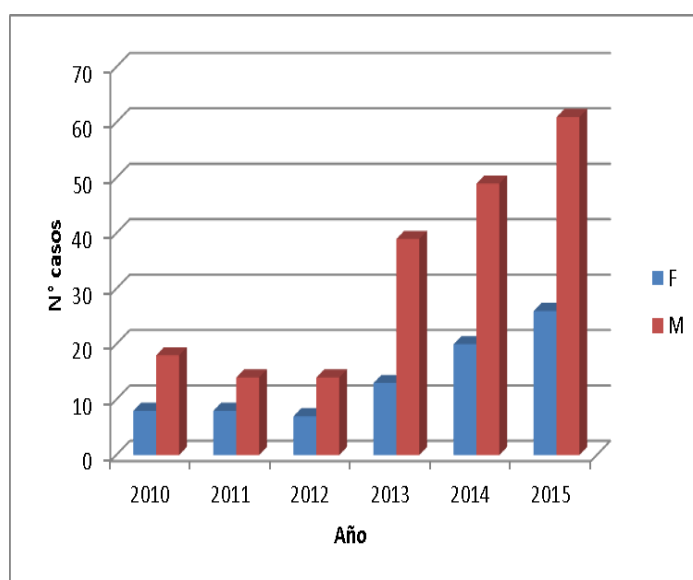


Ilustración 13. Casos y distribución por sexo VIH SIDA Casanare 2010-2015

Fuente: Propia en base a datos Siviigila Departamental

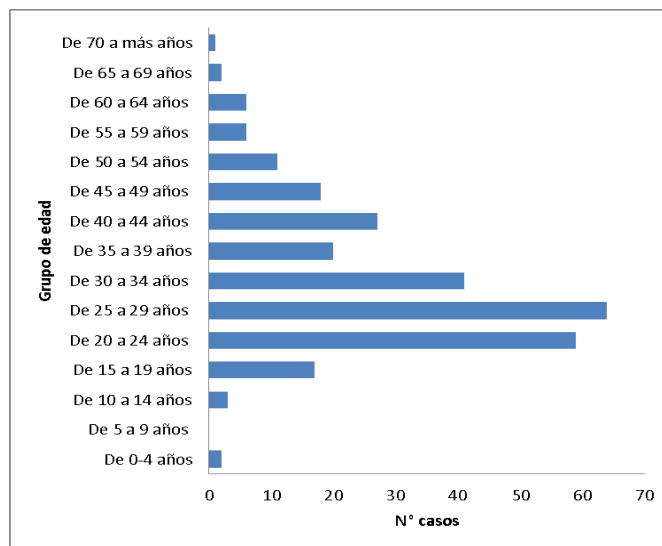


Ilustración 14. Distribución por grupos de edad VIH SIDA Casanare 2010-2015

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

Respecto al Estadio Clínico, se observa que cerca del 70 % de los casos se diagnostican con VIH, lo que favorece el tratamiento temprano de la enfermedad, y cerca de un 20% se diagnostica y reporta como SIDA.

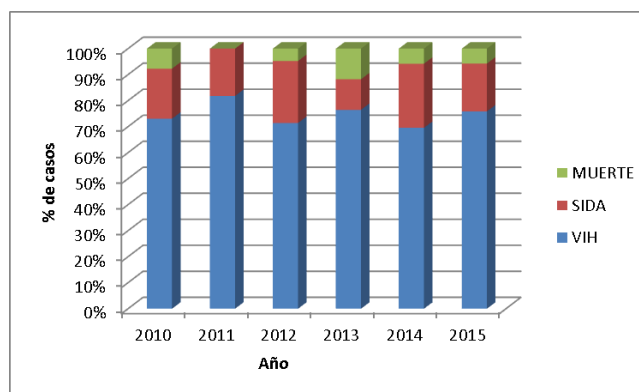


Ilustración 15. Estadio Clínico VIH SIDA Casanare 2010-2015

Fuente: Propia en base a datos Sivigila Departamental

Se notificó para el periodo 2010- 2015 en el departamento un total de 24 casos de VIH en mujeres gestantes, 50% de ellas estaban entre la semana 13 a 24 de gestación, un 37,5 % en el tercer trimestre del embarazo y el 12,5% en el primer trimestre.

Tabla 8.Casos notificados de VIH en gestantes Casanare 2010-2015

	N° casos	%
Primer trimestre (Sem 1-12)	3	12,5
Segundo trimestre (Sem 13-24)	12	50,0
Tercer trimestre (Sem 25-40)	9	37,5

Fuente: Propia en base a datos Savigila Departamental

Los mecanismos probables de transmisión del VIH identificados en su mayoría son el heterosexual con un 75,5% de los casos y se observa como los hombres son los más afectados.

Tabla 9.Mecanismo probable de transmisión en casos de VIH SIDA

Mecanismo probable de Transmisión	Sexo				Total	
	F		M			
	F	%	F	%	F	%
Heterosexual	78	28,2	131	47,3	209	75,5
Homosexual	0	0,0	52	18,8	52	18,8
Bisexual	0	0,0	10	3,6	10	3,6
Maternoinfantil	3	1,1	2	0,7	5	1,8
Sin dato	1	0,4	0	0,0	1	0,4
Total	82	29,6	195	70,4	277	100

Fuente: Propia en base a datos Savigila Departamental

9. ANÁLISIS GENERAL

La salud sexual y reproductiva en su amplia definición comprende múltiples aspectos, como la educación sexual en los diferentes ciclos de vida, la concepción, fecundidad, el desarrollo del adolescente, maternidad sin riesgo, planificación de la familia, la atención a las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la menopausia, el climaterio en la mujer y la andropausia en el hombre, entre otros.

Así también desde lo colectivo, se concibe como parte integrante del desarrollo sostenible de un país, pues su abordaje se hace desde la perspectiva de género, el enfoque diferencial y de derechos humanos; al reconocer a la sexualidad y reproducción como dimensiones importantes por ser satisfechas para la realización personal se aborda el bienestar integral del ser humano y su impacto en el desarrollo económico y social. (Cook R, 2003.)

Como objeto de compromiso y seguimiento mundial a través de los objetivos de desarrollo del milenio, la salud materna y el VIH SIDA fueron dos de las metas prioritarias para el país, como meta en mortalidad materna para el 2015 el país se puso 45 muertes por 100.000 nacidos vivos, en el 2001 estaba en 97,1 y para 2013 se redujo a 58,6; a partir del 2011 Casanare mostro una eficacia en las políticas y programas orientados a garantizar seguridad materna, desarrollando una reducción del indicador de forma considerable, y manteniendo la razón por debajo del indicador nacional. No obstante aún se mueren las mujeres por causas derivadas del embarazo y el parto, y se hacen más notorias las

diferencias entre las cabeceras municipales, centros poblados, zonas rurales dispersas, el tipo de régimen de salud y el nivel educativo.

A nivel nacional el 18% de las muertes maternas se produjo en la población entre los 10 y 19 años de edad; el 24% ocurrió en población indígena y afrocolombiana; el 68% en gestantes con régimen de seguridad social Subsidiado; y el 30% en madres con un nivel de educación igual o inferior a primaria (PNUD, 2015), condiciones que no distan de las características mayoritarias de la mortalidad materna en el departamento. Estas características además evidencian la mortalidad materna como el resultado de inequidades, el nivel de pobreza y la baja educación disminuye las prácticas de cuidado y conductas frente a la atención médica, lo que repercute negativamente en la asistencia al servicio de salud y menor número de controles prenatales (Osorio AM, 2014) (Koch E, 2012); así mismo el bajo ingreso per cápita es una barrera para la superación de las necesidades del hogar y el acceso a los servicios de salud (Muldoon KA, 2011).

La proporción de población con necesidades básicas insatisfechas en el departamento fue de 35,55% , porcentaje bajo la línea de pobreza: 56,54%, 13,62% en miseria, y 17,36% en condiciones de hacinamiento (Sesaludc, 2014); estos indicadores son de importante análisis, ya que existe asociación entre la pobreza multidimensional y la mortalidad materna, así como la situación geográfica, cuestiones políticas y sociales que caracterizan las zonas rurales, y los bajos niveles de transparencia departamental o altos niveles de corrupción en las instituciones públicas, determinantes que evidencian la responsabilidad del estado y de los entes gubernamentales sobre la salud materna (Cárdenas, 2015).

Además de reducir las muertes maternas, el objetivo del milenio se planteó, lograr el acceso universal a la salud reproductiva, y esta incluyó la cobertura de atención prenatal, garantía de partos con asistencia de personal sanitario especializado, acceso al uso de anticonceptivos y reducción de embarazos en adolescentes.

El control prenatal es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la gestante a la institución de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones, prepararla para el parto, la maternidad y la crianza; es una herramienta de gran importancia, pero no todas las mujeres acceden y logran la adherencia a las recomendaciones, o el cumplimiento con la periodicidad requerida (Cáceres, 2009); esto se evidencia con la proporción de mujeres embarazadas que tuvo 4 o más controles prenatales, a nivel nacional fue de 86% y para el departamento estuvo en 73,79% en el 2013, así mismo la atención de parto por profesionales de salud debidamente capacitados en el país fue del 99%, y en Casanare estaba en 98,55 para el 2013 (PNUD, 2015) (Sesaludc, 2014).

Con relación a la fecundidad, las tasas en el país muestran una caída progresiva y la proyección para el país es que a 2020 sigan disminuyendo (DANE, 2015); la tasa global a 2013 es de 2,3 hijos por mujer y la tasa general de fecundidad en mujeres entre 15 y 49 años está en 71,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres (Min salud, 2014), indicadores muy similares a las del departamento; sin embargo la situación es preocupante en los adolescentes, pues la tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años fue de 4,7 superior al indicador nacional, al igual que la tasa específica de fecundidad en mujeres

entre 15 y 19 años, acercándose a tasas de 100 nacimientos por cada 1000 mujeres; estos dos indicadores presentan una tendencia creciente en el departamento y superan los valores nacionales.

Las altas tasas de fecundidad están asociadas con las condiciones de pobreza; en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas. La tasa global de fecundidad es 2,1 veces más alta en las mujeres sin educación que en las mujeres con nivel educativo superior, con una diferencia absoluta de casi tres hijos más por cada mujer sin educación, además es 1,28 veces más alta entre las mujeres con índice de riqueza más bajo comparada con las mujeres con mayor riqueza (Min salud, 2014).

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones al nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia (Flórez, 2005), acarrea serios problemas de tipo biológico, psicológico y social. Los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares (Menéndez, 2012)

En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, también está claramente asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura, la deserción escolar, la

pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social (Flórez, 2005). Además un embarazo en los grupos de edad de 10 y 14 se califican como presunto abuso sexual lo cual evidencia una forma de violencia ejercida contra las niñas.

Con relación al objetivo de milenio: Combatir el VIH/SIDA aunque la prevalencia de la infección por Vih y Sida en no tiene la magnitud de otras regiones, la tasa de prevalencia va en aumento, tanto para el país como para el departamento, incluso el indicador departamental es mayor al nacional. La población más afectada sigue siendo en su mayoría el sexo masculino, y jóvenes entre los 20 y 34 años.

El Sida plantea enormes desafíos , cada nuevo caso de infección, conjuga una serie de factores, muchos de ellos evitables, que deben ser abordados desde una perspectiva que trasciende al sector salud y que involucra a la sociedad en general y los sectores corresponsables en la respuesta que se lidera desde el Ministerio de la Protección Social. Lo anterior, implica intensificar los programas preventivos y de atención en los grupos de mayor vulnerabilidad, focalizando la intervención en los adolescentes y la población adulta joven: casi el 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años de edad, la mayoría (77%) de sexo masculino la epidemia de VIH sigue siendo una epidemia de carácter concentrado, con mayor afectación en comunidades tradicionalmente marginadas y en quienes se presenta mayor vulnerabilidad por factores, económicos, políticos y sociales entre los que se cuentan una mayor vulneración de derechos humanos. (Min salud, 2008)

Respecto al Estadio Clínico, se observa que cerca del 70 % de los casos se diagnostican con VIH, lo que favorece el tratamiento temprano de la enfermedad, y cerca de un 20% se diagnostica y reporta como SIDA. Y del total de gestantes diagnosticadas con VIH el 47,8% estaban entre la semana 13 a 24 de gestación y un 39,1 en el tercer trimestre del embarazo. La atención integral de esta población obliga a disponer de servicios que permitan la garantía de acceso a terapia antirretroviral, el seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas, acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones y rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH/ Sida.

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en nuestro país, sus son económica, social y sanitaria. La mayor importancia que tiene la sífilis para la salud pública es su capacidad de transmisión de una mujer gestante infectada a su hijo, durante cualquier momento de la gravidez, lo que puede originar elevadas tasas de mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años. La probabilidad de infección fetal es cercana al 70% si la madre se encuentra en las fases primaria o secundaria de la enfermedad pero se reduce al 30% durante las etapas tardías de la infección materna (sífilis latente tardía y terciaria) y se estima que dos terceras partes de los embarazos en mujeres infectadas por *treponema pallidum* resultan en sífilis congénita muerte fetal ó aborto espontáneo (Valderrama ,2005; Galban, 2007)

La tendencia de los casos de sífilis gestacional en el país es a disminuir, un comportamiento contrario al del departamento, donde se evidencia un aumento progresivo. Las medidas para prevenir la sífilis son aplicables también a las otras ITS. Las

intervenciones más importantes son la promoción del sexo sin riesgo, la educación sexual, el control de las ITS en grupos vulnerables y la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento con un componente de asesoramiento (consejo) y notificación de contactos. Además, en lo que respecta a las embarazadas, durante la consulta prenatal es indispensable poner énfasis en la prevención de la sífilis congénita, por medio de tamizajes y el tratamiento de la sífilis materna, por tanto el control prenatal es clave para su oportunidad en el manejo. La persistencia de casos de sífilis congénita contribuye a agravar la mortalidad infantil, la salud materna y la transmisión del VIH en la Región (Valderrama, 2004)

Como factores que constituyen contribuyen a la persistencia de la sífilis congénita son la escasa sensibilización entre los formuladores de políticas de salud y los proveedores de estos servicios, y la falta de demanda por parte de los usuarios, por lo cual es imperativo intervenir determinantes sociales estructurales e intermedios.

10. PROPUESTA ESTRATEGICA

VISION: El departamento de Casanare contara con las capacidades y recursos necesarios para favorecer el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en su población, de forma que se garantice el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva favoreciendo a su vez la dignidad humana y la libertad de las personas para decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción.

MISION:

Proporcionar, promover y desarrollar acciones dirigidas al cuidado, la atención integral, diferencial y oportuna de las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población, abordados desde un marco de derechos humanos, diferencial, género y equidad; de forma que se favorezca el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todos los individuos en las diferentes etapas del ciclo de vida, a través de prestación de servicios de salud de calidad, la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación protagónica de individuos, familias y comunidades haciendo énfasis en la reducción de los factores y comportamientos de riesgo y la atención a grupos con necesidades específicas.

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar acciones que favorezcan el goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos en la población del departamento, de forma se reduzcan los factores y comportamientos de riesgo y se garantice una atención integral.					
HALLAZGO	OBJETIVO	META	ANALISIS	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD
Población de Casanare con necesidades básicas insatisfechas 35,55%; bajo la línea de pobreza un 56,54%; 13,62% en miseria, y 17,36% en condiciones de hacinamiento	Mejorar las condiciones de vulnerabilidad de la población del departamento	Reducir el porcentaje de población bajo la línea de pobreza en un 30% y bajo la línea de pobreza en un 7%	La salud está directamente relacionada con la situación socioeconómica de los individuos, y es la pobreza el fenómeno social que con mayor fuerza atenta contra el ejercicio de los derechos humanos. Los grupos socioeconómicos más bajos presentan un alto grado de vulnerabilidad en materia sexual y reproductiva, tienen una fecundidad general más alta, más alta fecundidad adolescente, posibilidad de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles en particular para las mujeres, y el riesgo para morbilidad materna extrema y mortalidad materna (UNFPA, 2005). Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población debe contemplar el abordaje de determinantes estructurales, como la disminución la pobreza, lo que implica no solo mejorar la condición económica de los individuos si no lograr la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano (alimentación, salud, servicios públicos, vivienda..etc..) además de garantizar oportunidades en torno a la educación y el trabajo para las mujeres y los hombres.	Generación de oportunidades para el desarrollo humano	Aumentar la cobertura y acceso gratuito de calidad a la educación básica y secundaria a toda la población del departamento. Garantizar el acceso a educación técnica y profesional en los jóvenes y adolescentes del Departamento. Garantizar el acceso educativo y oportunidades a las mujeres para reducir brechas de inequidad de género. Desarrollar acciones de emprendimiento que vinculen jóvenes y adolescentes de forma productiva Desarrollar estrategias participativas comunitarias y en especial dirigidas a los grupos vulnerables de forma que se incorporen en la toma de decisiones políticas, y en la formulación de acciones que favorezcan el acceso a las oportunidades, la seguridad y el empoderamiento. Acciones intersectoriales para garantizar los derechos humanos, la equidad y la disminución de la pobreza.

La tasa Global de Fecundidad 2,35 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: 4, 7 Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: 100	Reducir las tasas específicas de fecundidad en adolescentes	Reducir la tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 y 14 años a cero. Y reducir en un 50% la tasa específica en mujeres entre 15 y 19 años	Muchos de los obstáculos para el logro efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes y jóvenes se relacionan con la poca autonomía que la sociedad otorga en relación con estos temas, el débil abordaje o la información contradictoria y poco efectiva de distintas instituciones educativas y de salud; de igual forma la pobreza como determinante de salud, visualiza como los estratos bajos tienen las mayores tasas de fecundidad, lo que acentúa sus consecuencias en reducción de sus oportunidades, deserción escolar, inserción precaria y temprana en el mercado laboral (ONU, 2010). Situación más alarmante cuando hay un condicionante de género, pues socialmente es la mujer quien tiene el rol reproductivo y es en muchas oportunidades ajeno a su control y decisión, lo que a su vez se asocia con una baja autoestima femenina y con la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo (Rodríguez, 2006).	Adaptación de programas acorde con las características y necesidades de los adolescentes	• Evaluación de programas y políticas que buscan garantizar el acceso a métodos anticonceptivos, de forma que se adapten a las características de los adolescentes y sus necesidades. • Evaluación y ajuste de programas que buscan reducir las conductas de riesgo acorde con los deseos, experiencias y necesidades de los adolescentes. • Fortalecimiento de los programas de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía de forma articulada con las instituciones de salud y abordajes interdisciplinarios. • Fortalecimiento de unidades amigables para adolescentes y jóvenes, de forma que se aumente la cobertura y el acceso gratuito a los métodos anticonceptivos, y asesorías integrales • Formación de redes juveniles y jóvenes líderes que repliquen modelos preventivos, el respeto al ejercicio de derechos y acciones de movilización social para la promoción de la salud sexual y reproductiva • Fortalecer y desarrollar programas integrales entre las instituciones educativas, y los demás sectores que promuevan la construcción de proyectos de vida • Diseñar educación en salud para la salud sexual y reproductiva en el marco de tecnologías innovadoras y adaptados a características de los jóvenes
--	---	--	---	--	--

Razón de mortalidad materna 56, 4. 63% Cabecera municipal, 27,2% área rural dispersa; 45,4% son jóvenes entre 15 y 19 años, el 36,36% entre 35 y 44 años, 18,18% están entre 20 y 29 años	Prevenir y reducir la Mortalidad materna en el departamento	Reducir la Mortalidad materna a cero casos	Los bajos niveles educativos, la falta de afiliación en salud, las barreras de acceso a los servicios de salud, la edad, la zona rural, el nivel socioeconómico bajo, el origen étnico, la baja calidad de los servicios de salud durante la atención del embarazo, parto y puerperio, la dificultad de acceso y poca adherencia a los controles, están asociados con un mayor riesgo de Mortalidad Materna, por lo cual debe fortalecerse los procesos de atención en salud para asegurar el acceso a cuidados obstétricos esenciales efectivos, incluyendo atención calificada del parto y del recién nacido y el aumento de disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios. (Rodríguez D, 2001; Rodríguez V, 2011).	Fortalecimiento de la Seguridad Materna	- Fortalecimiento del proceso de vigilancia de la morbilidad materna extrema, la identificación de cada caso requiere del seguimiento y acompañamiento de forma que se garantice el acceso oportuno a la atención y el manejo adecuado. Evaluar los programas y redireccionarlos en el marco de los derechos sexuales y reproductivos - Implementar enfoque diferencial, de género y de derechos en la prestación de los servicios, esto permite mayor humanización y calidad en la atención. Empoderar y educar a las mujeres, sus familias y sus comunidades, para que tomen las medidas necesarias para una maternidad sin riesgo y contribuir a la planificación de programas de la salud de la madre y el recién nacido. - Fortalecer y desarrollar redes comunitarias en el marco de una salud comunitaria, y atención primaria en salud, como actores participantes en la canalización y facilitadores para mejorar el acceso de las mujeres a la atención en salud. - Fortalecimiento de las redes integradas de servicios de salud, que disminuyan las barreras de accesibilidad, mejoren la oportunidad de la atención. Educación en salud abordada desde un modelo intercultural, comunicación popular y pedagogía crítica para prevenir riesgos y promover la salud sexual y reproductiva en la población.
Sífilis gestacional Razón de prevalencia: 7,4 20,8% del total de casos menores de 19 años; 64,17 % Subsidiado, 29,9% Contributivo, y un 5% se reporta como no asegurado, 50% de los casos corresponden al municipio de Yopal.	Prevenir y reducir la razón de prevalencia de sífilis gestacional	Reducir la razón de prevalencia a de sífilis gestacional en un 50%	Los embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual se relacionan con bajo nivel de protección, además la existencia de temores en los adolescentes puede impedir o retardar la búsqueda de tratamiento o atención oportuna, restricciones financieras, falta de confidencialidad y escasa información son entre otras elementos de considerar (Peláez, 2007).	Prevención de ETS y protección específica.	- Fortalecer el tamizaje de las ITS, el diagnóstico serológico y la detección y atención clínica de las infecciones asintomáticas en los grupos de mayor vulnerabilidad. - Fortalecer los programas educativos desde una pedagogía crítica para acercar los temas a las realidades culturales de los jóvenes y sus necesidades, haciendo énfasis en la protección específica de ETS. - La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva desde los distintos servicios de salud debe ser analizada con base en los niveles de satisfacción de los ciudadanos, de forma que haya intervenciones eficaces y comunicaciones efectivas. Las estrategias de prevención deben ser evaluadas y

			Las medidas para prevenir la sífilis son aplicables también a las otras ITS. Las intervenciones más importantes son la promoción del sexo sin riesgo, la educación sexual, el control de las ITS en grupos vulnerables y la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento con un componente de asesoramiento (consejo) y notificación de contactos. Además, en lo que respecta a las embarazadas, durante la consulta prenatal es indispensable poner énfasis en la prevención de la sífilis congénita, por medio de tamizajes y el tratamiento de la sífilis materna, por tanto el control prenatal es clave para su oportunidad en el manejo. La persistencia de casos de sífilis congénita contribuye a agravar la mortalidad infantil, la salud materna y la transmisión del VIH en la Región (Valderrama, 2004)		adaptadas a la concepción de las nuevas realidades, concepciones de sexualidad, diversidades de género y dinámicas urbanas. • Eliminar barreras de acceso administrativas y geográficas para la atención integral, asesoría y distribución de métodos de protección para ETS en mujeres, jóvenes y adolescentes • Desarrollar y fortalecer acciones de seguridad materna para garantizar atención oportuna a la gestante.
La tasa de prevalencia de VIH SIDA 25,8 29,6% corresponde a sexo femenino y el 70,4 al sexo masculino, el 44,4 % corresponde al régimen subsidiado, el 43,3% al régimen contributivo,El grupo de edad donde se presenta la mayor proporción	Prevenir y reducir la tasa de prevalencia de VIH- SIDA en la población del departamento	Reducir la tasa de prevalencia de VIH- SIDA al 50%	El Sida plantea enormes desafíos , cada nuevo caso de infección, conjuga una serie de factores, muchos de ellos evitables, que deben ser abordados desde una perspectiva que trasciende al sector salud y que involucra a la sociedad en general y los sectores corresponsables en la respuesta que se lidera desde el Ministerio de la Protección Social. Lo anterior, implica intensificar los programas	Prevención de ETS y protección específica.	• La prevención es la principal herramienta de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH Sida; se hace necesario evaluar los programas actuales dado los aumentos en los casos en los últimos años. • Asegurar que los servicios prestados por las entidades no sean discriminatorios, estén libres de estigma y sean apropiados para las necesidades de poblaciones diversas. • Los grupos más afectados son los adolescentes y jóvenes, por lo cual las acciones deben dirigirse a estos grupos etareos • Los programas deben ser abordados desde el enfoque diferencial, de derechos y de género, así como los procesos educativos deben favorecer la elección

de casos es entre los 25 y 29 años, seguido de 20 a 24 años y 30 a 34 años.			preventivos y de atención en los grupos de mayor vulnerabilidad, focalizando la intervención en los adolescentes y la población adulta joven: casi el 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años de edad, la mayoría (77%) de sexo masculino la epidemia de VIH sigue siendo una epidemia de carácter concentrado, con mayor afectación en comunidades tradicionalmente marginadas y en quienes se presenta mayor vulnerabilidad por factores, económicos, políticos y sociales entre los que se cuentan una mayor vulneración de derechos humanos. (MINP, 2008)		individual ante las opciones de prevención, el respeto a las diferentes creencias. • Debe realizarse articulación entre las instituciones de salud y las instituciones educativas, esto permite mayor eficacia y abordajes adecuados de los temas, como es el caso del programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía. • Es necesario evaluar y fortalecer el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, potenciar las estrategias de abordaje a los adolescentes como es el caso de los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, y aumentar la cobertura de los programas en las ciudades con mayores índices, y el acceso a los métodos de protección específica. • Las estrategias de prevención deben enmarcarse bajo la concepción de las nuevas realidades, concepciones de sexualidad, diversidades de género y dinámicas urbanas. • La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva debe ser analizada con base en los niveles de satisfacción de los ciudadanos, de forma que haya intervenciones eficaces y comunicaciones efectivas. • Es necesario fortalecer el tamizaje de las ITS, el diagnóstico serológico y la detección y atención clínica de las infecciones • Asegurar el acceso de las usuarias/os a una amplia gama de servicios y productos anticonceptivos a través de canales de distribución más amplios. • Asegurar el acceso de las usuarias/os a tecnologías de saludreproductiva poco utilizadas y/o nuevas .
---	--	--	--	--	---

10. CONCLUSIONES

- La Población de Casanare con necesidades básicas insatisfechas es del 35,55%; bajo la línea de pobreza 56,54%; en miseria 13,62%, y 17,36% en condiciones de hacinamiento, esto evidencia situaciones de inequidad, lo que impacta sobre las condiciones de salud de su población y negativamente sobre el goce efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos.
- La TEF por 1000 mujeres de 10 a 14 años en el último año fue de 4,7, la TEF entre 15 y 19 años fue de 100, para el último año, y el 45,4% de los casos de Mortalidad materna son jóvenes entre 15 y 19 años. Lo que evidencia que los grupos más vulnerables en salud sexual y reproductiva son las mujeres adolescentes y jóvenes, una condición que se profundiza si su condición es de estratos bajos.
- La Razón de mortalidad materna para el último año es de 56,4. Los casos se ubican el 63% en Cabecera municipal y 27,2% en área rural dispersa, esto permite visualizar una tendencia a la reducción del indicador, pero deben evaluarse y mejorarse los programas de atención en las zonas urbanas, y evaluar condiciones de acceso y oportunidad en las zonas rurales.
- La Razón de prevalencia de Sífilis gestacional para el último año fue de 7,4 el 20,8% del total de casos son menores de 19 años; 64,17 % Subsidiado, 29,9% Contributivo. Sigue evidenciando las mujeres jóvenes como las más afectadas y de estratos bajos.

- La prevalencia de VIH SIDA es de 25,8 con tendencia ascendente, el 29,6% corresponde a sexo femenino y el 70,4 al sexo masculino, además el grupo de edad donde se presenta la mayor proporción de casos es entre los 25 y 29 años, seguido de 20 a 24 años.

11. RECOMENDACIONES

- El departamento debe desarrollar políticas y programas orientados sobre la base de la evaluación de los existentes para priorizar los indicadores crecientes como son el embarazo en adolescente, el VIH y la sífilis gestacional.
- Determinantes como la pobreza y las inequidades inciden sobre la mortalidad materna, las infecciones de transmisión sexual y el embarazo adolescente
- La persistencia de casos de sífilis congénita contribuye a agravar la mortalidad infantil, la salud materna y la transmisión del VIH en la Región
- Es necesario evaluar e intervenir la oportunidad y calidad de la atención para la salud sexual y reproductiva
- Las estrategias desarrolladas a intervenir factores de riesgo deben dirigirse en su mayoría a los adolescentes ya que en su mayoría son los grupos más afectados.
- Es necesario realizar una planeación sobre las brechas encontradas en los alcances de los objetivos del milenio encontrados.
- Se requiere transectorialidad para el desarrollo de acciones en salud sexual y reproductiva
- La salud sexual y reproductiva debe ser abordada desde los derechos humanos, el enfoque diferencial, y la equidad.

12. BILIOGRAFIA

1. Álvarez C. (2009) Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo Revista Gerencia y Políticas en Salud, V8 (17) Pg 69-79
2. Arteaga, D. (2005). El Desarrollo humano y la generación de capacidades. El salvador: PNUD Ediciones. Pp 49. Recuperado de <http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/2039/1/4.%20El%20desarrollo%20humano%20y%20la%20generacion%20de%20capacidades.pdf>
3. Barker DJ, Et al, (2002) Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. Int J Epidemiol. V31(1) Pg 235-9
4. Cáceres, F. (2009). El control Prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecol, V 60 N2 Pp 165
5. Cárdenas, L (2015). Maternal Mortality in Colombia in 2011: A Two Level Ecological Study. Plos One. Recuperado de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25785719>
6. CEPAL. (2004). Serie seminarios y conferencias: La fecundidad en América Latina ¿Transición o revolución? Pp. 6. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6729/S043186_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. CEPAL. (2007). El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global Pp 6. Recuperado de: http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf

8. Cook R. (2003.). Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia. Pg 136
9. Florez, C. (1990). La transición demográfica en Colombia: efectos en la formación de la familia.. Recuperado de :
https://www.researchgate.net/publication/44460827_La_transicion_demografica_en_Colombia_efectos_en_la_formacion_de_la_familia_Carmen_Elisa_Florez_Nieto
10. Flórez, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Revista Panamericana de Salud Pública, V.18 n° 6 Pp.388
11. Galban E. (2007). Situación de la sífilis en 20 países de latinoamérica. Pg 167 recuperado de:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/44612/26_sifilis_america_latina_e_caribe_pdf_15261.pdf
12. Geller, D. (2004). The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. . American journal of obstetrics and gynecology. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15467568>
13. Instituto Nacional de salud INS (2015). Boletín Epidemiológico. Recuperado de: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2015%20Boletin%20epidemiologico%20Semana%2052.pdf>
14. Instituto Nacional de salud INS (2015). Protocolo de Vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y congénita. Colombia.

15. Instituto Nacional de salud INS (2015). Protocolo de vigilancia en salud pública: VIH SIDA.
16. Instituto Nacional de salud INS (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública: Mortalidad Materna.
17. Instituto Nacional de salud INS (2016). Protocolo de vigilancia en salud pública: Morbilidad materna extrema.
18. Krieger N (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *Am J Public Health*; 98(2) Pg 221-30.
19. Krieger N.(2001) Theories for social epidemiology: an ecosocial perspective. *Int Epidemiol.* V30(4) Pg 668-77.
20. Koch E (2012). Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. Recuperado de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>
21. Marmot M. (2004) The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Times Books
22. Menéndez G. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología* recuperado de : http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin06312.htm
23. Mesa G. (2011). Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: Modelo De Determinantes Próximos. *Cuadernos de Economía*, 30(54).
24. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma 94, 95, 96

25. Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)
26. Naciones Unidas. (2014). Estrategia ONU-SIDA. VIH en cifras. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
27. Min salud. Ministerio de salud y protección social, (2008). Plan nacional de respuesta contra el VIH- SIDA Colombia.
28. Min salud, Ministerio de salud y protección social, (2014). Análisis de situación de salud de Colombia.
29. Min salud, Ministerio de salud y protección social, (2013). Análisis de situación de salud Colombia.
30. Montesino J. (2001). La calidad de Vida de Marta C. Nussbaum y Amartya Sen. Revista de la Universidad Bolivariana, vol. 1, núm. 2, 2001
31. Muldoon K, (2011). Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. Recuperado de: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-7-42>
32. OMS, (2005). Informe de salud en el mundo: Cada madre y cada niño contarán. Nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2005/es/>
33. OMS, (2007). Commission on Social Determinants of Health. . A conceptual framework for action on the social determinants of health.

34. OMS, (2008). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Informe.
35. OMS (2015). Nota Descriptiva N° 348: Mortalidad Materna. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
36. OMS. (2015). Informe Planificación Familiar. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
37. ONU, (2010). Informe sobre la juventud mundial, Nota descriptiva. Recuperado de: http://www.un.org/es/publications/pdf/WYR2011_Quotes-Facts_FINAL_Spanish.pdf
38. ONU, (1974). Tercera Conferencia Mundial de Población
39. ONU, (1994). V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.
40. ONU, (1995). Informe Mundial sobre Desarrollo Humano.
41. ONU/SIDA. (2013). Situación Nacional de la Epidemia del VIH y del SIDA. 2008. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
42. Osorio AM, (2014). Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24936823>

43. Peláez, M. (2007). Conductas de riesgo y sus consecuencias durante la adolescencia. Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia, Capítulo XVI, La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007
44. PNUD. (2015). Informe objetivos del milenio Colombia 2015.
45. Rodríguez (2001). Panorama de la mortalidad materna en Colombia: logros, fracasos, compromisos y retos. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional recuperado de: http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2001/BOLE38_2001.htm
46. Rodriguez V. (2011). Benefits of combining methods to analyze the causes of maternal mortality. Rev Panam Salud Pública. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21603765>
47. Rodríguez, A. C. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Revista Cubana de Salud Pública. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v32n1/spu10106.pdf>
48. Secsaludc, Secretaria de salud de Casanare.(2013). Situación de salud de Casanare.
49. Secsaludc, Secretaria de salud de Casanare. (2014). Situación de salud de Casanare.
50. UNFPA. (2005). Informe Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos.
51. Valderrama J, (2008). Sífilis maternal y Sífilis congénita en América Latina un problema grave de solución sencilla. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n3/23095.pdf>

52. Wilkinson RG (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge pg. 16-7