

**DIAGNOSTICO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS EN SANTANDER DURANTE LOS AÑOS
2000-2005**

**ANDREA YEZETH DUARTE GUALDRÓN
PAOLA SARMIENTO RIBERO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA
2009**

**DIAGNOSTICO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS
MENORES DE CINCO AÑOS EN SANTANDER DURANTE LOS AÑOS
2000-2005**

**ANDREA YEZETH DUARTE GUALDRÓN
PAOLA SARMIENTO RIBERO**

**Monografía como requisito para optar al título de Especialista en Gerencia
Pública**

**DR. GONZALO ALBERTO PATIÑO BENAVIDES
Director**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
BUCARAMANGA
2009**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
MARCO TEÓRICO	4
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1. ANÁLISIS DE INDICADORES DURANTE EL PERIODO 2000- 2005	12
2. VARIABLES ASOCIADAS A LA MORTALIDAD INFANTIL	35
3. EVALUACIÓN DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES TENDIENTES AL LOGRO DE LAS METAS PROPUESTAS EN REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL MARCO DE LOS ODM	40
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	51

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Metas Frente A La Reducción De La Mortalidad Infantil	12
Tabla No. 2. Situación De Mortalidad En Colombia Durante El Período 2000-2005	13
Tabla No. 3. Total Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años En Santander	15
Tabla No. 4. Tasa De Mortalidad En Menores De 5 Años Por 1000 Nacidos Vivos En Santander	16
Tabla No. 5. Total Mortalidad Infantil En Menores De 1 Año En Santander	17
Tabla No. 6. Tasa De Mortalidad En Menores De 1 Año Por 1000 Nacidos Vivos En Santander	18
Tabla No. 7. PIB Per Cápita Durante El Período 2000-2005	20
Tabla No. 8. Composición Del Gasto Total En Salud En Relación Con El PIB	22
Tabla No. 9. Esperanza De Vida Al Nacer	25
Tabla No. 10. Cobertura Nacional En Educación Básica Y Media	27
Tabla No. 11. Cobertura En Educación Básica En Santander	28
Tabla No. 12. Cobertura En Educación Media En Santander	29
Tabla No. 13. Total Mortalidad En Menores De 1 Año En Santander	30
Tabla No. 14. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 1 Año En Santander	31
Tabla No. 15. Total Mortalidad En Menores De 5 Años En Santander	32
Tabla No. 16. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 5 Años En Santander	33
Tabla No. 17. Primeras Causas De Mortalidad En Hombres, Santander 2005 (Tasa Por 100.000 Habitantes)	36
Tabla No. 18. Primeras Causas De Mortalidad En Mujeres, Santander 2005 (Tasa Por 100.000 Habitantes)	37

Tabla No. 19. Metas Planteadas Por La Gobernación De Santander En Cuanto A Mortalidad Infantil	42
Tabla No. 20. Metas Planteadas Por La Administración Del Municipio Del Socorro, Santander En Cuanto A Mortalidad Infantil	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No. 1. Situación De Mortalidad En Colombia Durante El Período 2000-2005	14
Gráfico No. 2. Total Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años En Santander	15
Gráfico No. 3. Tasa De Mortalidad En Menores De 5 Años Por 1000 Nacidos Vivos En Santander	16
Gráfico No. 4. Total Mortalidad Infantil En Menores De 1 Año En Santander	18
Gráfico No. 5. Tasa De Mortalidad En Menores De 1 Año Por 1000 Nacidos Vivos En Santander	19
Gráfico No. 6. PIB Per Cápita Durante El Período 2000-2005	21
Gráfico No. 7. Composición Del Gasto Total En Salud En Relación Con El PIB	22
Gráfico No. 8. Esperanza De Vida Al Nacer	25
Gráfico No. 9. Cobertura Nacional En Educación Básica Y Media	27
Gráfico No. 10. Cobertura En Educación Básica En Santander	28
Gráfico No. 11. Cobertura En Educación Media En Santander	29
Gráfico No. 12. Total Mortalidad En Menores De 1 Año En Santander	30
Gráfico No. 13. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 1 Año En Santander	31
Gráfico No. 14. Total Mortalidad En Menores De 5 Años En Santander	32
Gráfico No. 15. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 5 Años En Santander	33

RESUMEN

TÍTULO: “DIAGNOSTICO DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN SANTANDER DURANTE LOS AÑOS 2000-2005”. *

**AUTORES: ANDREA YEZETH DUARTE GUALDRÓN
PAOLA SARMIENTO RIBERO. ****

PALABRAS CLAVES: DESARROLLO HUMANO, TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, CAUSAS ASOCIADAS, PLANES DE DESARROLLO, INEQUIDAD.

La Declaración del Milenio en el seno de la Asamblea de la ONU, comprometió a los países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza, estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, constituyen un conjunto de 8 Objetivos, que promueven acciones concretas en materia de política pública, entre estos el Objetivo número 4: Reducir la Mortalidad Infantil, medido a través de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), fue tratado en el presente estudio, donde se observó la tendencia de esta tasa, durante el período 2000-2005 en el Departamento de Santander y concretamente en el Municipio del Socorro, así como el análisis de las políticas públicas destinadas a la reducción de la misma. El análisis de los datos expuestos mostró, que en general, tanto el Departamento de Santander como el Municipio del Socorro superaron las metas propuestas, antes de la fecha fijada, sin embargo situaciones como la inequidad social, la disparidad en el crecimiento y desarrollo entre provincias, hacen necesario el replanteamiento y ejecución de estrategias de progreso, que aborden de manera integral, la problemática de la mortalidad infantil.

* Proyecto de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Dr. Gonzalo Alberto Patiño Benavides.

ABSTRACT

TITLE: “DIAGNOSIS OF INFANT MORTALITY RATE IN FIVE YEARS OLD MINOR CHILDREN IN SANTANDER DURING 2000-2005”.^{*}

**AUTHORS: ANDREA YEZETH DUARTE GUALDRÓN
PAOLA SARMIENTO RIBERO.^{**}**

KEY WORDS: HUMAN DEVELOPMENT, INFANT MORTALITY RATE, ASSOCIATE REASONS, DEVELOPMENT PLANS, INEQUITY.

The Millennium Declaration in the bosom of the Assembly of the UN, came to agreement to the countries with a new world alliance, to reduce the levels of extreme poverty, establishing a series of goals subject to term, known as the Millennium Development Goals and whose deadline is set for the year 2015.

The Millennium Development Goals, constitute a set of 8 goals, that promote concrete actions in public policy, between these the Goal number 4: To reduce the Infant Mortality, measurement across the Infant Mortality Rate (IMR), was treated in the present study, where we observed the tendency of this rate during the period 2000-2005 in the Department of Santander and concretly in the Municipality of Socorro, this way the analysis of the public policies destined for the reduction of the same one. The analysis of the exposed information showed, which in general, both the Department of Santander and the municipality of Socorro, overcame the proposed goals, before the fixed date, nevertheless situations as the social inequity, the disparity in the growth and development between provinces, of make necessary the rethinking and execution of strategies of progress that approach in an integral way, to the problematics of the infant mortality.

^{*} Grade Project.

^{**} Faculty of Human Sciences. School of Economics and Administration. Dr. Gonzalo Alberto Patiño Benavides.

INTRODUCCIÓN

El acuerdo internacional alrededor de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000 en el seno de la Asamblea de las Naciones Unidas, ha sido un paso trascendental en el propósito de unir esfuerzos de toda la comunidad internacional para garantizar una dignidad mínima a todas las personas. La alimentación, el agua, el ingreso mínimo, el acceso a la educación básica, la equidad entre los géneros, la disminución de las muertes evitables entre niños, madres y personas con enfermedades prevenibles, son derechos fundamentales y como tal deben constituir la prioridad de los países y de sus entidades subnacionales.

El Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible de la UIS en colaboración con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, ha hecho la labor de recolección y exposición de los datos para el Departamento de Santander frente a los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo informe fue presentado en el año 2005.

Dado que la mortalidad infantil, medida a través de la tasa de mortalidad infantil, es un indicador sintético del desarrollo social y económico de toda una comunidad, que se utiliza como medida de bienestar social, para el presente estudio se escogió de estos ocho grandes objetivos, el número cuatro: “REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL”, tomando como base y punto de partida los datos aportados por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible de la UIS.

Teniendo en cuenta la importancia de este tema en la salud pública, el presente trabajo pretende realizar un diagnóstico del comportamiento de las tasas de mortalidad en menores de cinco años, en el Departamento de Santander durante los años 2000-2005, siendo un estudio esencialmente

descriptivo, que tiene en cuenta las posibles variables asociadas a este fenómeno. Se pretende además realizar una comparación de la situación que se ha presentado durante dicho período en el Municipio del Socorro y su relación con la tendencia departamental en general, tomando como referencia sus Planes de Desarrollo.

Planteado como se ha expuesto el trabajo se desarrolla por medio de un análisis y confrontación de datos recopilados, estudio de las políticas públicas departamentales y municipales tendientes al logro de las metas propuestas que apuntan a la reducción de la mortalidad infantil. Asimismo se aborda la discusión de los principales resultados obtenidos luego del análisis de la información y de proponer algunas recomendaciones tendientes a estimular nuevos estudios.

JUSTIFICACIÓN

La incidencia que tiene la situación de salud, en el sector público y específicamente en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de todos como ciudadanos, es lo que nos ha llevado a tomar la decisión de analizar este tema “La mortalidad Infantil”, su reducción es considerada una meta mundial, analizada desde una variedad de enfoques por muchos investigadores e instituciones y tomada en cuenta, como aspecto fundamental en las políticas públicas de los diferentes entes territoriales.

En este estudio se hace un diagnóstico de las tasas de mortalidad infantil y sus causas asociadas, durante el período 2000-2005, en Santander, así como del Plan de Desarrollo Departamental y del municipio del Socorro, se espera que este trabajo pueda servir como insumo, a la Administración Municipal del Socorro, para: la formulación, ajuste y evaluación de políticas y programas de salud; la movilización de recursos y la diseminación de información tendientes al mejoramiento de los índices de mortalidad infantil.

MARCO TEÓRICO

EL CONCEPTO DE DESARROLLO

La llegada del nuevo milenio fue una ocasión para celebrar y reflexionar, un momento único y que simbólicamente apremió a los 189 Estados Miembro de las Naciones Unidas para articular y afirmar una visión llena de inspiración para las Naciones Unidas en la nueva era, la Asamblea General decidió señalar su quincuagésimo quinto período de sesiones como "la Asamblea del Milenio de las Naciones Unidas".

La Cumbre fue una oportunidad histórica de convenir en un proceso para la revisión fundamental del papel de las Naciones Unidas y de los desafíos que enfrenta en el nuevo siglo. En septiembre de 2000, basada en un decenio de grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, los dirigentes del mundo se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, para aprobar la Declaración del Milenio, comprometiendo a sus países con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza y estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los objetivos de desarrollo del Milenio y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015¹.

Toda vez que para nuestra monografía abordaremos uno de éstos objetivos, es necesario comprender la importancia de la formulación de dichos Objetivos partiendo desde el concepto de desarrollo, y retomando las contribuciones que sobre este concepto ha hecho uno de los más reconocidos estudiosos del tema - **Amartya Sen**, cuyos aportes han sido definitivos para comprender el concepto de desarrollo en otras esferas.

¹ ANNAN Kofi. Objetivos de Desarrollo del Milenio, informe 2005, p. 3. Disponible: www.undp.org.

El desarrollo sigue siendo uno de los objetivos centrales y promesas recurrentes de la agenda internacional que no han logrado resolverse de manera satisfactoria. Esto ha ocurrido así, muy a pesar de las esperanzas depositadas, los esfuerzos realizados y los recursos movilizados.

Desde fines de la década pasada, la comunidad internacional, por intermedio del sistema de Naciones Unidas, ha impulsado un trascendente debate sobre la naturaleza y el alcance del desarrollo. Este ha dejado de concebirse como simple crecimiento económico o como disponibilidad de recursos monetarios, para adquirir una perspectiva multidimensional, que abarca el amplio abanico de los aspectos materiales y espirituales de las relaciones sociales que afectan y condicionan las capacidades de la persona humana, como ser simultáneamente individual y social.

Estas condiciones incluyen las relaciones de la sociedad con la naturaleza, y de las generaciones actuales con las futuras, así y se construye el concepto de “desarrollo humano sostenible”²

A partir de 1990— el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que es la red mundial de las Naciones Unidas en materia de desarrollo que promueve el cambio y conecta a los países con los conocimientos, la experiencia y los recursos necesarios para ayudar a los pueblos a forjar una vida mejor, colocó en el debate el concepto de “desarrollo humano”. El PNUD ha abierto una serie de innovaciones en la forma de concebir el desarrollo. El nuevo enfoque propuesto, el *desarrollo humano*, se ha basado principalmente en la propuesta de Amartya Sen³: la concepción del *desarrollo como libertad*, quien señala: “El Desarrollo Humano permite el

² Comisión mundial sobre el medio Ambiente y Desarrollo, 1987. *Our common future*, Nueva York: Oxford University Press. [Informalmente es conocido como el “El Informe Brundtland”].

³ Sen, es un autor importante en el cuestionamiento de las estrategias actuales del desarrollo, nacido en la India, formado en ese país y en Gran Bretaña, la trayectoria de este economista cumple con los cánones de aceptación internacional. Su publicación es vasta y variada: ha trabajado en temas de bienestar, pobreza, elección social, por lo que ha sido reconocido en distintos ámbitos de la economía internacional en el año 1998 se ha hecho acreedor del Premio Nobel de Economía. Fue uno de los padres fundadores del nuevo “paradigma” del desarrollo humano, a través de su enfoque del *desarrollo como libertad* y de su colaboración en la construcción de los índices de los **Informes sobre Desarrollo Humano**.

desarrollo de la salud pública, a la educación, a la protección social [...] Todos los índices enseñan que, aun con un nivel de ingreso bajo, un país que garantiza los servicios de la educación es capaz de alcanzar excelentes resultados en términos de esperanza y de calidad de vida para el conjunto de su población. Las libertades civiles y políticas son constitutivas del concepto de libertad humana; su ausencia constituye, por lo tanto, un *hándicap*.⁴

El corazón del enfoque de Sen, es su innovadora forma de concebir al desarrollo. En sus propias palabras, "...el desarrollo puede concebirse (...) como un proceso de expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos."⁵ Es decir que el desarrollo no debe medirse con otro indicador que no sea el aumento de las libertades de los individuos".

Así el aumento de libertad es pensado no como un medio sino como un fin. Para poder medir un aumento de bienestar concebido de esa manera es necesario no tomar como indicador de bienestar la renta que los individuos perciben sino la capacidad de cada uno de ellos para transformarla en su propio provecho, aquí se pone a las personas en el centro del desarrollo.

Esta concepción está atravesada por dos conceptos esenciales: la agencia y el debate. La primera implica concebir a los individuos como agentes, y no como pacientes, del desarrollo. Es decir que ellos mismos deberán participar de la generación del proceso de desarrollo. A través del debate, por otro lado, los individuos decidirán cuáles son las prioridades y los valores sociales primordiales, orientando las políticas de desarrollo.

El enfoque se basa asimismo en dos instituciones fundamentales: la democracia y el mercado⁶.

⁴ SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000, p 17.

⁵ *Ibíd.*, p 3.

⁶ SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000, p 26.

Existe un tema en particular que se relaciona con este trabajo, sobre el cual Amartya Sen ha aportado conclusiones muy iluminadoras: la mujer- “Cambiar la agencia de las mujeres es uno de los principales factores que intervienen en los cambios económicos y sociales y tanto su determinación como sus consecuencias están estrechamente relacionadas con muchos de los aspectos fundamentales del proceso de desarrollo”⁷.

Aumentar la agencia de las mujeres es importante, no sólo por el beneficio inmediato que genera (aumentar el bienestar de las mujeres) sino también por los muchos beneficios sociales que trae aparejado. A través de un aumento en su agencia, pueden ayudar a redistribuir los bienes y servicios dentro de la familia de una forma más equitativa. Por otro lado, está empíricamente comprobado que un aumento en la educación de las mujeres **reduce la mortalidad infantil** (en los hombres este efecto es nulo). También disminuyen las tasas de fecundidad.

La reducción de la fecundidad es considerada importante porque constituye una de las estrategias para la disminución de la mortalidad infantil y materna. Responde lo más exactamente posible a la pregunta: ¿cuántos hijos están teniendo hoy en día las mujeres? La tasa global de fecundidad junto con los otros indicadores sociodemográficos ayudan a explicar la transición demográfica de un país, cuyo proceso se relaciona con factores del desarrollo social y económico. Las causas de los cambios de este indicador se correlacionan con aspectos como el nivel educativo de las mujeres, mejoramiento de los servicios de salud y seguridad social, participación en el mercado laboral, entre otros. La disminución de la tasa global de fecundidad expresa las expectativas sociales principalmente de las mujeres de una sociedad, en tanto que se muestra una relación entre las oportunidades laborales, educativas y de participación social y política, con las tendencias de la disminución de la fecundidad⁸.

⁷ Ibíd., p 190.

⁸ <http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/05fecundidad/01niveles.htm>

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, extraídos de la Declaración del Milenio, constituyen un conjunto de ocho objetivos sencillos pero de gran envergadura, que las Naciones han adoptado con el propósito de promover acciones concretas en materia de política pública, orientadas, básicamente, a reducir los niveles mundiales de pobreza y a generar condiciones para el Desarrollo Humano Sostenible⁹

Estos objetivos son:

<p>1.Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre</p> 	<p>2.Lograr la enseñanza primaria universal</p> 	<p>3.Promover la igualdad entre los sexos</p> 	<p>4.Reducir la mortalidad infantil</p> 
<p>5.Mejorar la salud materna</p> 	<p>6.Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</p> 	<p>7.Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p> 	<p>8.Fomentar una asociación mundial para el desarrollo</p> 

⁹ PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible: www.undp.org.

Cada país se comprometió a definir unas metas nacionales, que puedan ser alcanzadas en el año 2015, para cada uno de los Objetivos, el cumplimiento de estas metas será evaluado a través de indicadores según la materia. En el caso de Colombia, las metas y estrategias fijadas para el logro de dichos objetivos fueron adoptadas mediante el documento CONPES 091¹⁰.

OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES EN CINCO AÑOS

El examen de los objetivos y metas de desarrollo del Milenio relacionados con la salud debe realizarse en el marco del derecho a la salud, teniendo en cuenta sus aspectos éticos, sociales, técnicos y políticos. La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad.

La identificación de los rezagos y las brechas sociales en materia de condiciones y atención de la salud y las medidas para superarlos deben considerarse estratégicamente, como un componente esencial de la acción pública integral destinada a romper el círculo vicioso de la pobreza y, en definitiva, alcanzar el desarrollo humano sostenible. Por tal razón, son varios los objetivos de desarrollo del Milenio que se relacionan con la salud, tales como la reducción de la mortalidad materna y en la niñez¹¹.

Se estima que cada año en el mundo, aproximadamente 9.7 millones de niños menores de cinco años, fallecen de muertes en gran parte evitables¹².

La forma de medir este evento se hace a través de la tasa de mortalidad infantil (TMI), que es uno de los indicadores de salud más comúnmente empleado para los análisis de la situación de salud. La mortalidad infantil es objeto de escrutinio estrecho en muchos países por razones estratégicas y

¹⁰ Consejo Nacional de Política económica y social. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES 91. Metas y estrategias de Colombia para el logro "metas y estrategias de Colombia para el logro De los objetivos de desarrollo del milenio – 2015. Bogotá, marzo de 2005.

¹¹ Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe, Capítulo V. CEPAL 2005.

¹² UNICEF. Disponible: www.unicef.org.

políticas como indicador del estado de salud de la población; el elemento que define adicionalmente su importancia es el impacto que tiene en la esperanza de vida al nacer de las poblaciones. Dentro del marco de la sostenibilidad, la tasa de mortalidad infantil, en conjunto con otra serie de indicadores sociodemográficos, brinda elementos de análisis para la evaluación de la sostenibilidad social de una nación o región determinada. La TMI es considerada como un indicador proxy del desarrollo, en tanto que tiene una relación directa con las condiciones de vida de una población, refleja el grado de vulnerabilidad de la población infantil, así como el grado de desarrollo alcanzado por una comunidad en términos de bienestar y equidad. Este indicador se encuentra correlacionado con otros aspectos como el nivel educativo de las madres, la desnutrición y el saneamiento básico, por lo tanto puede dar respuestas sobre la relación pobreza-medio ambiente¹³.

La TMI representa el riesgo (probabilidad de morir) de morir durante el primer año de vida o los primeros cinco años de vida, en una población determinada de mantener las mismas condiciones por las cuales fue condicionado el fenómeno en el año inmediatamente anterior.

La tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años, se expresa como el cociente entre el número de muertes de niños y niñas nacidos vivos menores de cinco años y el número de nacidos vivos en el mismo año, expresado por 1.000 nacidos vivos para un determinado país, territorio, o área geográfica¹⁴.

Estas tasas son algunos de los datos base para estudios y análisis que actualmente realizan las instituciones que velan por el bienestar social, como lo es el PNUD Programa de las Naciones Unidas en Colombia, UNICEF, Acción Social de Colombia, Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible UIS, etc.

¹³ Disponible: www.cdmv.gov.co.

¹⁴ Carvajal A, Cruz C, Vásquez M. Biometría. Cali: Universidad del Valle, 1993.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico de las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años y menores de un año en el Departamento de Santander durante los años 2000-2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar un análisis de la mortalidad infantil en Santander en el Municipio del Socorro, a partir de las teorías del Desarrollo expuestas por Amartya Sen.
- Indagar las posibles causas asociadas con la presencia de la mortalidad infantil en Santander durante este mismo período.
- Realizar un análisis comparativo entre provincias.
- Evaluar las políticas públicas y programas relacionados con la búsqueda de la reducción en la mortalidad infantil en la actual administración en el Departamento de Santander y en el Municipio del Socorro, consagrados en el Plan de Desarrollo Departamental y Municipal.

1. ANÁLISIS DE INDICADORES DURANTE EL PERIODO 2000- 2005

La tasa de mortalidad infantil, uno de los indicadores de seguimiento de la cuarta meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es un indicador del grado de desarrollo de un país. Muchas de las defunciones son causadas por situaciones y patologías, prevenibles o evitables, como enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales, complicaciones obstétricas, o el síndrome infantil de muerte súbita.

Como se observa en el siguiente cuadro, se han planteado metas precisas a nivel Universal, Nacional y Departamental; en lo referente al mejoramiento de estos indicadores y el Objetivo de Desarrollo del Milenio: Reducción de la mortalidad infantil.

Tabla No. 1 Metas Frente A La Reducción De La Mortalidad Infantil

METAS FRENTE A LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL	
UNIVERSAL	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.
	Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por 1.000 nacidos vivos.
COLOMBIA	Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1.000 nacidos vivos.
	Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el PAI para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país.
RETOS DE SANTANDER	Lograr las Metas del Milenio en materia de mortalidad infantil en las provincias y municipios en donde todavía no se han logrado como en la provincia de Vélez y Carare Opón que registran tasas superiores a las metas nacionales.
	Se necesita mejorar las acciones de salud pública para lograr las coberturas útiles en vacunación de manera regular, no cíclica, en todos los municipios del departamento y avanzar en las metas de coberturas nacionales fijadas en el 95% para el año 2015.

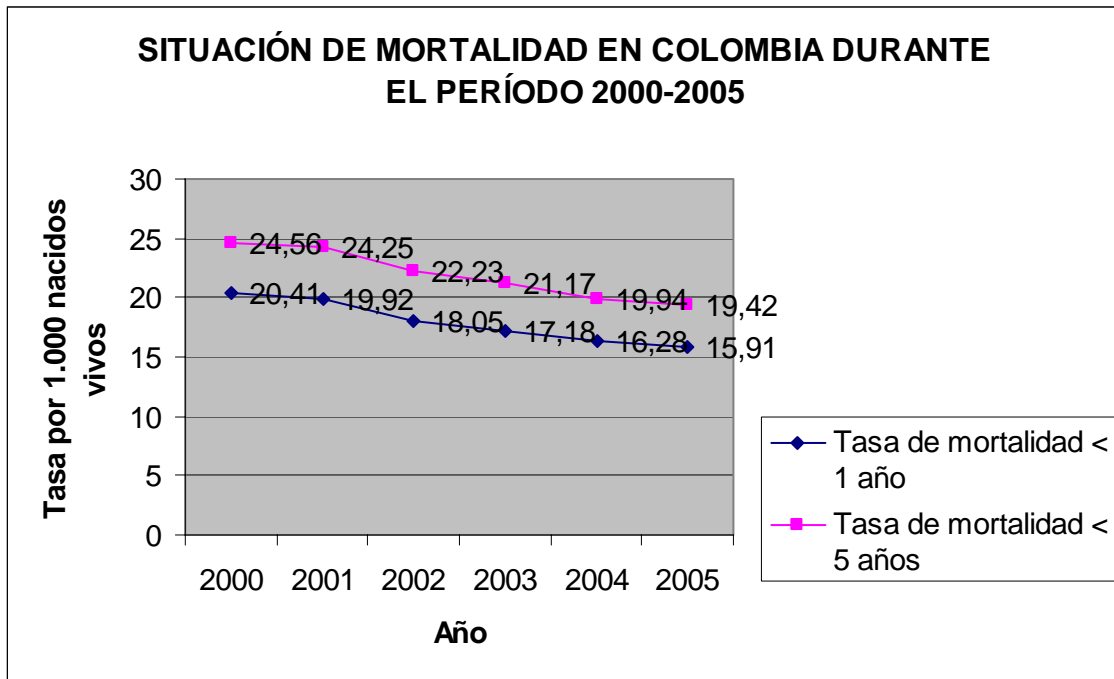
La tasa de mortalidad en menores de 1 año se compone en buena parte por muertes ocurridas en el período neonatal, comprendido desde el nacimiento hasta el día 28 de vida. Se calcula que en el mundo mueren anualmente cuatro millones de niños durante este periodo.

Cada año, Colombia se esfuerza por mejorar el bienestar de los niños menores de 5 años, hallazgo reflejado en el descenso progresivo en los últimos tiempos de la tasa de mortalidad en estos menores por 1.000 nacidos vivos, posicionando dicha población como primordial en los planes nacionales y territoriales de desarrollo, a través de estrategias que buscan incrementar la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, mejorar el acceso y calidad de la atención en los servicios materno infantiles, y la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes, entre otros.

Tabla No. 2. Situación De Mortalidad En Colombia Durante El Período 2000-2005

SITUACIÓN DE MORTALIDAD EN COLOMBIA DURANTE EL PERÍODO 2000-2005						
Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Tasa de mortalidad en menores de 1 año por 1.000 NV	20,41	19,92	18,05	17,18	16,28	15,91
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 NV	24,56	24,25	22,23	21,17	19,94	19,42

Gráfico No. 1. Situación De Mortalidad En Colombia Durante El Período 2000-2005



En el cuadro No. 2 y gráfico No. 1, se observa que en Colombia, durante el período 2000-2005 se presentó un descenso progresivo año a año, buscando acercarse ya desde el año 2005 a la meta propuesta por los ODM, de 14 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Del mismo modo para este período se presentó un descenso considerable de la tasa de mortalidad en menores de 5 años, finalizando durante el año 2005 con una tasa de 19,42 la cual desde ese mismo año ya se empezaba a acercar a la meta propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015 de 17 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Como se observa en el Cuadro No. 1, el Departamento de Santander ha presentado su compromiso en lo relacionado con alcanzar las metas propuestas frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se han fijado cifras específicas teniendo en cuenta las metas a nivel mundial y a nivel nacional.

Podríamos preguntarnos: ¿Cómo vamos en Santander? En relación a la mortalidad infantil en menores de 5 años, la tasa para el 2005 para el departamento de Santander fue del 13,9 por mil nacidos vivos (nv), es decir tres puntos por debajo de la meta programada para el 2015. En cambio la tasa para Colombia para el mismo año se sitúa en el 19,4 por mil nv. En general se muestra una tendencia decreciente de esta tasa en el total departamental.

Tabla No. 3. Total Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años En Santander

TOTAL MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS EN SANTANDER							
Provincia	Capital	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	10	5	14	8	5	5
García Rovira	Málaga	5	5	6	7	13	6
Guanentá	San Gil	7	13	7	12	9	12
Soto	Bucaramanga	187	182	138	141	134	111
Mares	Barrancabermeja	77	64	59	58	63	44
Vélez	Vélez	9	6	4	8	6	8
Total Santander		617	569	510	501	494	470

Gráfico No. 2. Total Mortalidad Infantil En Menores De 5 Años En Santander

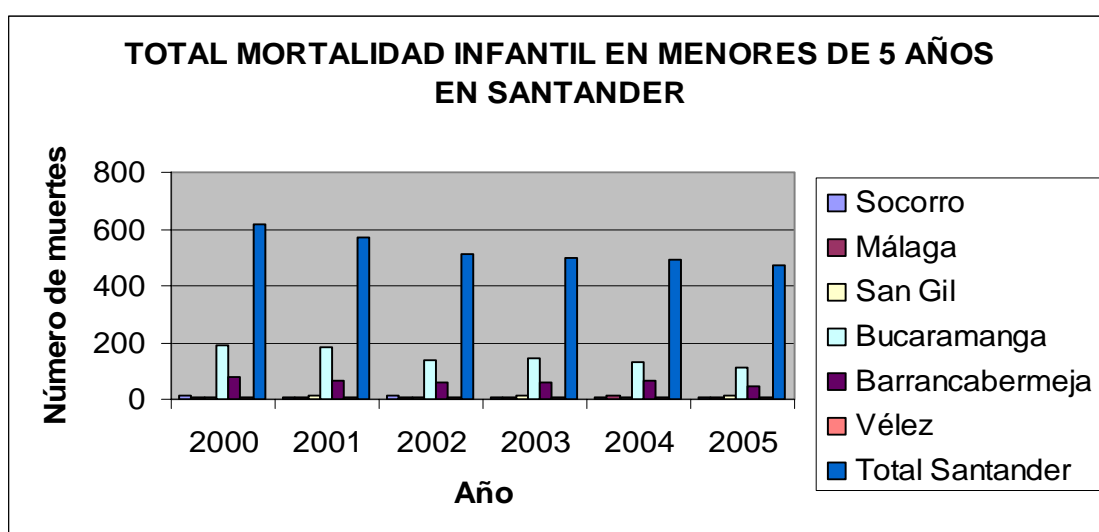
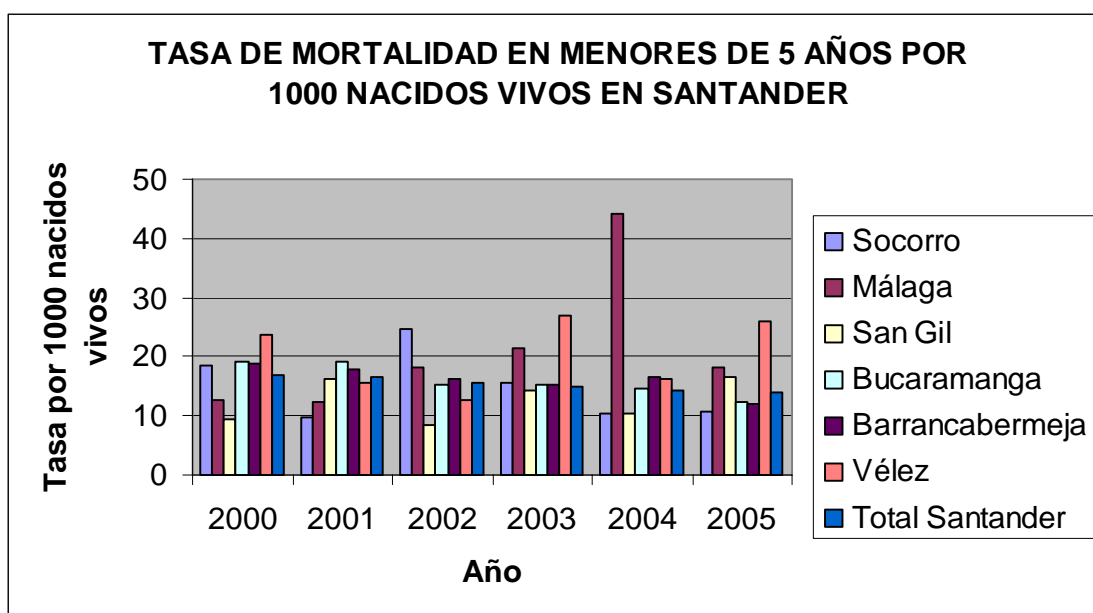


Tabla No. 4. Tasa De Mortalidad En Menores De 5 Años Por 1000 Nacidos Vivos En Santander

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR 1000 NACIDOS VIVOS EN SANTANDER							
Provincia	Capital	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	18,55	9,86	24,73	15,56	10,42	10,71
García Rovira	Málaga	12,56	12,2	18,02	21,34	44,22	18,13
Guanentá	San Gil	9,26	16,27	8,36	14,15	10,38	16,57
Soto	Bucaramanga	19,04	19,08	15,22	15,23	14,47	12,18
Mares	Barrancabermeja	18,78	17,72	16,3	15,38	16,64	11,93
Vélez	Vélez	23,75	15,71	12,82	26,85	16,39	26,06
Total Santander		16,95	16,41	15,57	14,83	14,25	13,93

Gráfico No. 3. Tasa De Mortalidad En Menores De 5 Años Por 1000 Nacidos Vivos En Santander



Como se presentó en el cuadro No. 3, cuadro No 4, y gráficos No, 2 y No. 3; para el caso de las provincias del Departamento de Santander, se encontró que en las provincias de García Rovira y de Vélez específicamente, la situación es preocupante teniendo en cuenta, que la tasa de mortalidad en menores de 5 años presentada durante el período 2000-2005 es elevada.

La provincia de Vélez finalizó en el 2005 con un incremento que dejó como resultado una tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos de 26,06, cifra preocupante analizada desde el nivel de las demás provincias y de la meta propuesta para el Departamento de Santander de esta tasa para el 2015.

Tomando como referencia la meta propuesta para el Departamento de Santander al año 2015 que es de 17 muertes por 1.000 nacidos vivos en niños menores de 5 años, se puede concluir que al finalizar el año 2005 las provincias Comunera, de Guanentá, Soto y Mares ya presentaban una tasa menor a la meta propuesta, de acuerdo a información encontrada en el DANE y en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible UIS (ORDHS).

La mortalidad infantil en menores de 1 año. En Santander la tasa de mortalidad infantil para el año 2005 fue del 11,9 por mil nacidos vivos. Esta cifra revela que ya se logró y superó las metas que se tenían previstas como ODM en mortalidad infantil para el año 2015. La misma para Colombia en 2005 fue de 15,9.

Tabla No. 5. Total Mortalidad Infantil En Menores De 1 Año En Santander

TOTAL MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 1 AÑO EN SANTANDER							
Provincia	Capital	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	7	2	12	7	4	4
García Rovira	Málaga	5	5	5	4	10	6
Guanentá	San Gil	6	10	7	8	6	12
Soto	Bucaramanga	152	158	117	120	112	97
Mares	Barrancabermeja	56	51	48	44	51	39
Vélez	Vélez	8	5	3	6	5	7
Total Santander		492	468	404	406	390	403

Gráfico No. 4. Total Mortalidad Infantil En Menores De 1 Año En Santander

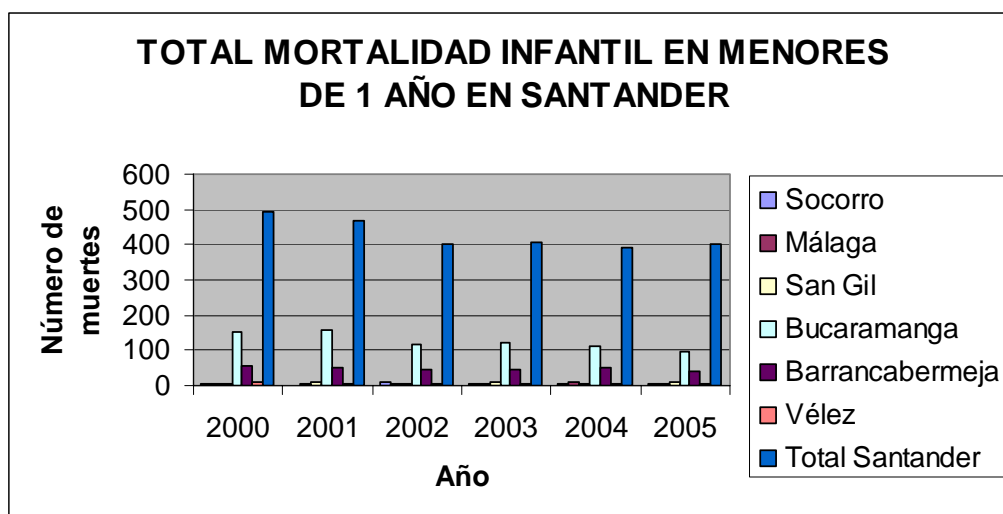
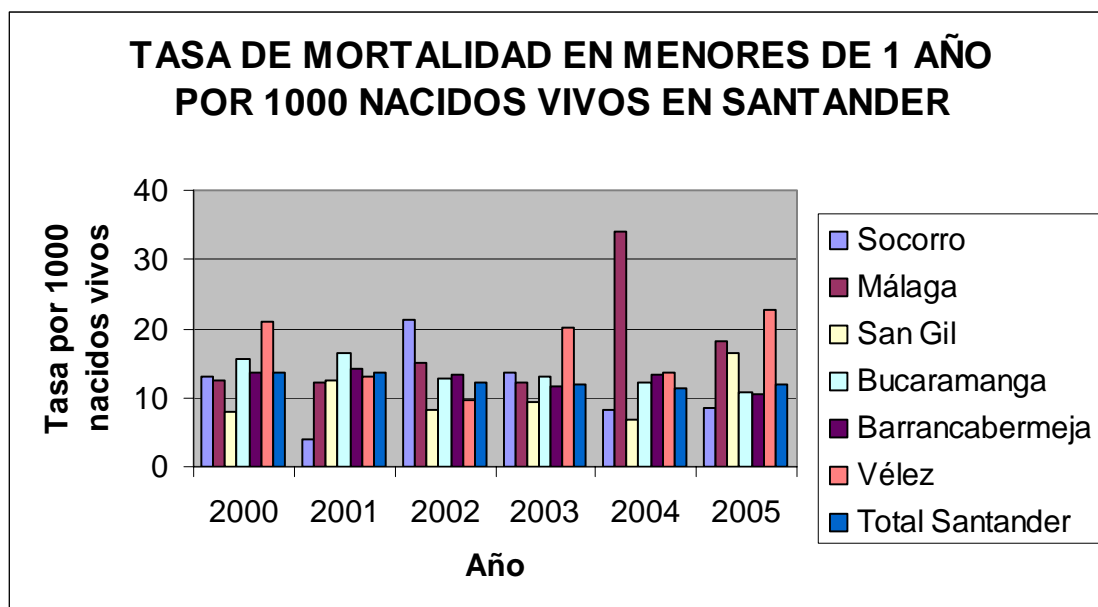


Tabla No. 6. Tasa De Mortalidad En Menores De 1 Año Por 1000 Nacidos Vivos En Santander

TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO POR 1000 NACIDOS VIVOS EN SANTANDER							
Provincia	Capital	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	12,99	3,94	21,2	13,62	8,33	8,57
García Rovira	Málaga	12,56	12,2	15,02	12,2	34,01	18,13
Guanentá	San Gil	7,94	12,52	8,36	9,43	6,92	16,57
Soto	Bucaramanga	15,47	16,57	12,9	12,96	12,1	10,65
Mares	Barrancabermeja	13,66	14,12	13,26	11,66	13,47	10,57
Vélez	Vélez	21,11	13,09	9,62	20,13	13,66	22,8
Total Santander		13,51	13,49	12,33	12,02	11,25	11,95

Gráfico No. 5. Tasa De Mortalidad En Menores De 1 Año Por 1000 Nacidos Vivos En Santander



Teniendo en cuenta la meta mínima establecida como meta para el 2015, las provincias de García Rovira, de Guanentá y Vélez, al finalizar el año 2005 estuvieron por encima de la tasa que es de 14 muertes por 1.000 nacidos vivos. La provincia de Vélez presentó la tasa más alta la cual estuvo en 22,8; es decir de 8,8 puntos por encima de la tasa mínima establecida como meta del Departamento en esta tasa para el año 2015.

En el caso de la Provincia de Soto y Mares por tener en su composición territorial a las dos ciudades más importantes del Departamento, donde se encuentran los Hospitales de III Y IV nivel de complejidad, debe tenerse en cuenta que las cifras de mortalidad infantil pueden verse infladas por número de casos pertenecientes a otros lugares geográficos del Departamento, incluso de Departamentos vecinos que son remitidos a estos centros para tener una mejor atención.

- Se tomará el PIB, como un indicador importante y que se encuentra relacionado con el comportamiento que ha presentado la mortalidad infantil durante el período de estudio. La producción de bienes y servicios de un país

es el principal indicador del estado de su economía. Una expansión de ella no sólo permite ampliar el conjunto de productos que pueden ser adquiridos por las personas, sino que por esta vía se incrementan las posibilidades de encontrar empleo para quienes no lo poseen y mantenerlo para los que sí; así mismo este aumento puede, como condición necesaria pero no suficiente, lograr incrementar los salarios reales y reducir la desigualdad y la pobreza. Por el contrario una disminución de la producción implica una reducción del empleo, de los salarios reales, del bienestar y el aumento de la pobreza.

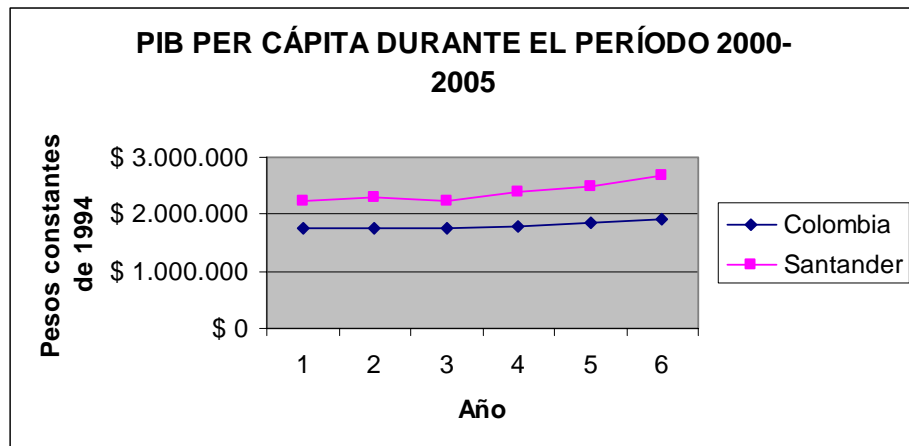
El PIB es el efecto del movimiento de múltiples variables económicas y sociales y afecta directa e indirectamente el bienestar de la población.

Al valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio nacional durante un cierto período de tiempo, dividido por el valor de la población total se le denomina PIB per cápita. Es un promedio alrededor del cual pueden encontrarse más o menos dispersos los ingresos de los habitantes de un país. Para el presente estudio se tomaron los valores del PIB per cápita presentados durante el período de análisis.

Tabla No. 7. PIB Per Cápita Durante El Período 2000-2005

PIB PER CÁPITA DURANTE EL PERÍODO 2000-2005						
Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Colombia	\$ 1.757.122	\$ 1.751.959	\$ 1.754.734	\$ 1.791.792	\$ 1.848.250	\$ 1.905.507
Santander	\$ 2.227.214	\$ 2.286.859	\$ 2.237.852	\$ 2.381.128	\$ 2.479.432	\$ 2.685.558

Gráfico No. 6. PIB Per Cápita Durante El Período 2000-2005



Como se observa en el Cuadro No. 7 y Gráfico No. 6, el PIB per cápita presentado en el Departamento de Santander, favoreció la situación del Departamento en relación a los ingresos en el área de la salud específicamente, ya que los recursos se asignan a partir de un valor per cápita y en función de la población atendida y por atender de cada entidad territorial.

Es importante tener en cuenta la relación que existe entre el PIB y el gasto total en salud en Colombia. Con el objeto de determinar cuánto representa y cuál ha sido la evolución del gasto total en seguridad social en salud, se consideran los siguientes componentes: primero, el gasto público directo; segundo, el gasto total en seguridad social en salud, conformado por el gasto del régimen contributivo (o régimen de cotizaciones) y el gasto público en seguridad social en salud (o régimen subsidiado); y tercero, el gasto privado total en salud.

La participación relativa del gasto total en salud, en la contabilidad nacional ha aumentado, aunque no al ritmo previsto. La proporción alcanzada, en relación con el PIB disminuyó al 7,7% en promedio para los años 2000-2003, cuando bordearon los 17,5 billones de pesos por año, según el estudio Cuentas de Salud en Colombia 1993-2003¹⁵.

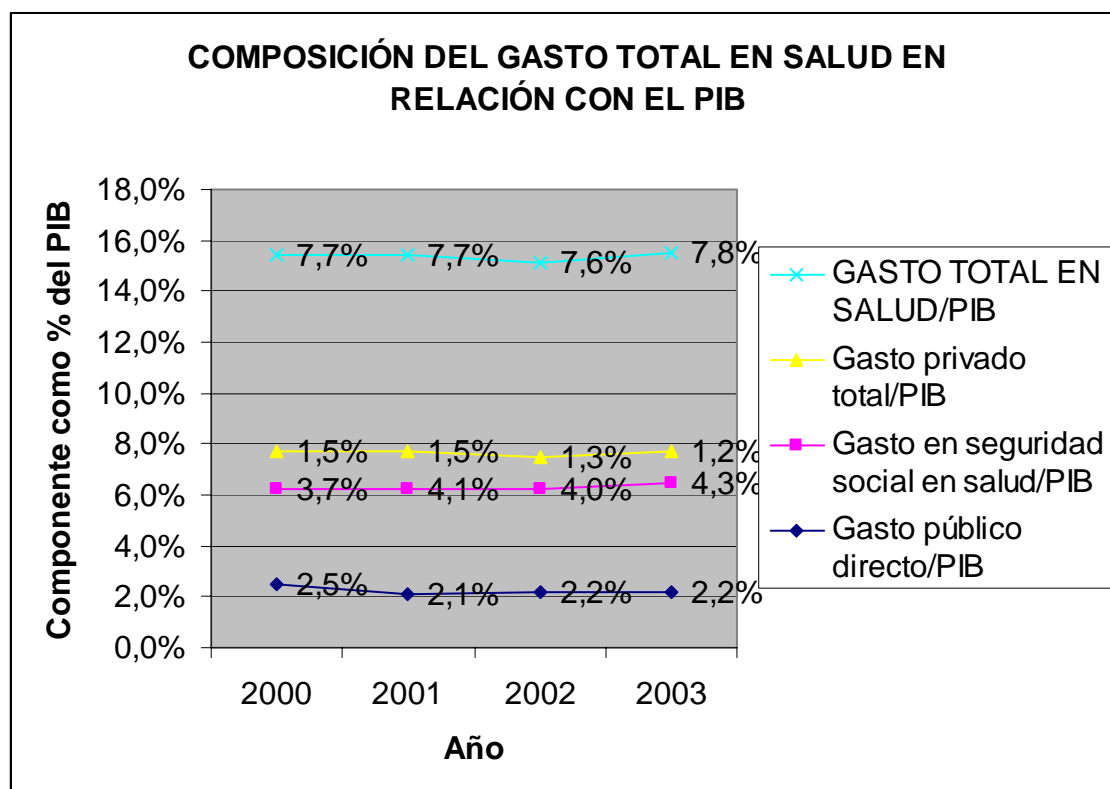
¹⁵BARÓN LEGUIZAMÓN, Gilberto. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento.

La relación porcentual con respecto al PIB durante los años 2000-2003 se presenta en el Cuadro No. 8 y Gráfico No. 7, a continuación:

Tabla No. 8. Composición Del Gasto Total En Salud En Relación Con El PIB

COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD EN RELACIÓN CON EL PIB				
Componente	2000	2001	2002	2003
Gasto público directo/PIB	2,5%	2,1%	2,2%	2,2%
Gasto en seguridad social en salud/PIB	3,7%	4,1%	4,0%	4,3%
Gasto privado total/PIB	1,5%	1,5%	1,3%	1,2%
GASTO TOTAL EN SALUD/PIB	7,7%	7,7%	7,6%	7,8%

Gráfico No. 7. Composición Del Gasto Total En Salud En Relación Con El PIB



De acuerdo a un cálculo realizado en este mismo informe, daría que un gasto anual per cápita estaría entre \$450.000 y \$500.000, cifra superior a lo que en promedio reconoce el sistema a cada EPS por persona afiliada, lo que indica que con un esfuerzo en eficiencia podría aumentar un poco la cobertura.

Uno de los hallazgos más importantes de este estudio, es que los gastos de bolsillo o directos de las familias en salud disminuyeron, como proporción del gasto total en salud de los hogares, a una tasa de 7,5% en 2003, lo que indica que hoy el factor económico, como barrera de acceso a los servicios, es menor con respecto a los primeros años de aplicación de la reforma, también es uno de los más bajos de América Latina. Se encontró también que se presentó durante la década 1993-2003 un menor pago directo de las personas por servicios de salud de cerca de tres billones de pesos, en realidad de esos tres billones, las personas solo se quedaron con un billón, porque el resto es utilizado para pagar la afiliación a la EPS, el Soat y, en algunos casos la medicina prepagada. La disminución del gasto de bolsillo representa un mayor alivio para los hogares pobres que para los ricos. Esto ha hecho que la participación relativa de las familias en la financiación del sistema haya disminuido, mientras que las empresas y el Gobierno Nacional muestran una tendencia inversa.

Para comprender la compleja evolución de los indicadores en salud hay que ver con más detalle lo ocurrido en los últimos años, comenzando por recordar la reforma introducida por la ley 100 de 1993, que con base en la acción combinada del Estado y el mercado, tenía tres objetivos fundamentales: 1) Llegar a una cobertura del 100% de la población en menos de una década, 2) Incrementar los recursos pecuniarios asignados al sistema y 3) Mejorar la calidad.

Según el censo de 2005, la cobertura para la población colombiana debía estar alrededor de 42,5 millones de personas, y de acuerdo con cifras del Ministerio de la Protección Social, el régimen subsidiado contaba con 19,5 millones de

afiliados y el régimen contributivo con 16 millones. Como es natural, la sola afiliación no garantiza el acceso oportuno ni un servicio de calidad, como son las principales críticas. Se supone que los 7 millones de colombianos que estaban por fuera del sistema son pobres y que se incorporarán de manera progresiva al régimen subsidiado, para llegar ahora si a la cobertura universal en 2009.

Es posible concluir que la situación presentada del PIB per cápita tanto para el país como para el Departamento de Santander, presenta directa relación con los datos arrojados de mejoramiento en las tasas de mortalidad; es decir, que a medida que incrementa el PIB per cápita, será más alto el gasto total en salud tanto por el sector privado como por el sector público. Esto a su vez genera mayor cobertura en el área de salud, incremento en el número de afiliados y atendidos por el sistema, y finalmente una disminución visible del número de muertes evitadas.

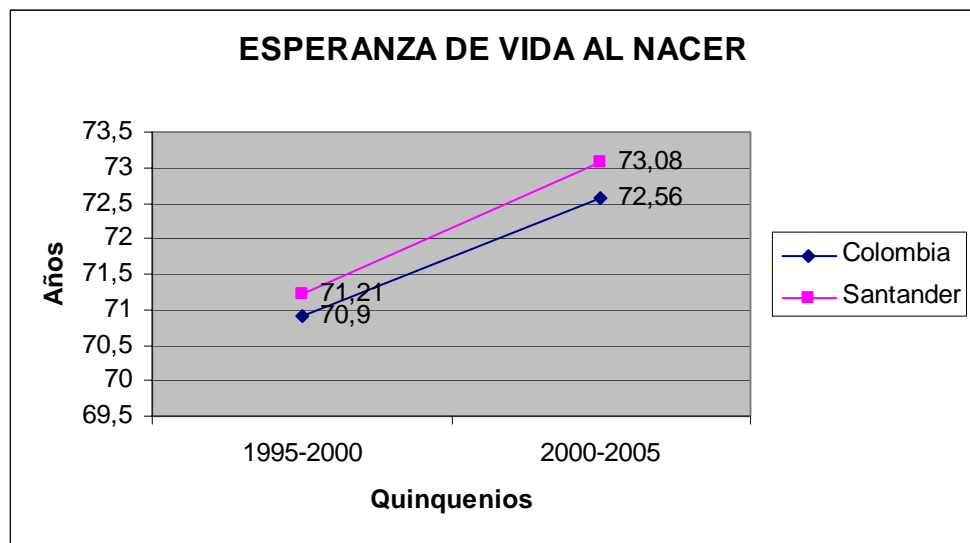
- La esperanza de vida es uno de los principales componentes del Índice de Desarrollo Humano; es la media de la cantidad de años que vive una cierta población en un cierto período de tiempo. Se suele dividir en masculina y femenina, y se ve influenciada por factores como la calidad de la medicina, la higiene, las guerras, etc., si bien actualmente se suele referir únicamente a las personas que tienen una muerte no violenta.

Como se observa en el cuadro No. 9 y gráfico No. 8, en Colombia ha aumentado la expectativa de vida, sin que pueda decirse como en cualquier país del mundo, que ello es efecto exclusivo de la lucha contra las enfermedades y la atención a los enfermos. Lo más probable es que medidas de higiene y sanidad, como el suministro de agua bebibible y el uso del alcantarillado, el aseo en el cuidado de bebés y niños, la vacunación, la nutrición adecuada y el mejoramiento de las viviendas, hayan aportado a estos resultados.

Tabla No. 9. Esperanza De Vida Al Nacer

ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
Quinquenios	1995-2000	2000-2005
Colombia	70,9	72,56
Santander	71,21	73,08

Gráfico No. 8. Esperanza De Vida Al Nacer



De acuerdo a la información presentada en el Cuadro No. 9 y Gráfico No. 8, tanto para el Departamento de Santander como a nivel Nacional, la esperanza de vida al nacer presentó un incremento de aproximadamente dos años, desde el período 1995-2000 hasta 2000-2005.

Si bien es comprensible que a medida que aumenta la expectativa de vida sea más difícil añadir un año más, ciertos factores pueden ayudar a explicar esta notoria diferencia de ritmo. Así, por ejemplo, es posible que la <<cultura de la violencia>> que se ha entronizado en la sociedad colombiana explique por qué Colombia tiene una mayor brecha de expectativa de vida entre hombres y mujeres, en comparación con el resto del mundo; mientras lo normal es tres años, a favor de las mujeres, en Colombia era del doble en el año 2000, con 75

años para las mujeres y 69 para los hombres. Sin duda esta brecha hace que disminuya el promedio en expectativa de vida.

Los datos presentados de esperanza de vida al nacer, se derivan del mejoramiento que se ha tenido en el área de la salud, el incremento del PIB per cápita, del gasto público y en general; y finalmente la disminución de las tasas de mortalidad infantil han logrado que la relación entre esta y los años que se espera que viva un ser humano sean mayores dados los cambios positivos en el sistema, en la cobertura y el mejoramiento en los programas del área de la salud.

- La tasa de cobertura en educación es una medida de la capacidad con la que cuenta el sistema educativo para integrar a la población a determinado nivel. Uno de los componentes más importantes en la mortalidad infantil, es la educación de la madre, ya que éste es un factor que influye en el número de hijos que tiene una mujer y también determina si éstos vivirán o morirán, pues cuando se tiene mayor grado de estudio, se posee mayores conocimientos en materia de higiene, salud, alimentación, saneamiento del hogar y prevención de enfermedades.

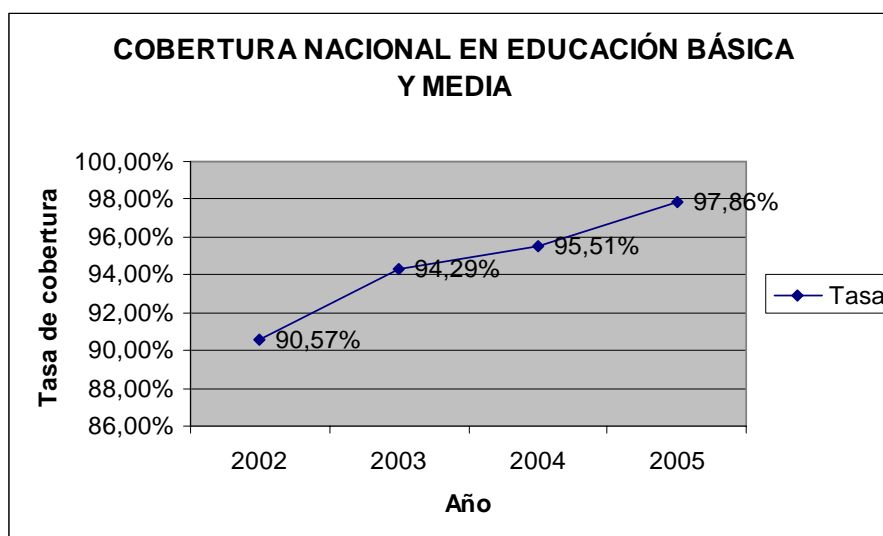
Es así como al incrementarse el número de cupos para el acceso a la educación tanto en el área rural como urbana, se está favoreciendo al mismo tiempo el que un mayor número de mujeres adquieran educación.

Como se observa, se tomaron los datos presentados tanto de cobertura Nacional como Departamental y a su vez a nivel de las capitales de provincia del Departamento de Santander. Se pretende conocer un poco más de cerca la tendencia que ha presentado la cobertura en educación durante el período 2000-2005.

Tabla No. 10. Cobertura Nacional En Educación Básica Y Media

COBERTURA NACIONAL EN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA				
Año	2002	2003	2004	2005
Tasa	90,57%	94,29%	95,51%	97,86%

Gráfico No. 9. Cobertura Nacional En Educación Básica Y Media



Como se presenta en el Cuadro No. 10 y Gráfico No. 9, a nivel Nacional se puede concluir que la tasa de cobertura en educación básica y media presentó un comportamiento de mejoramiento y crecimiento año a año, lo cual favorece la posibilidad de que cada año más niños y jóvenes puedan acceder a la educación, entre los que para nuestro caso se destacan las mujeres quienes son fundamentales al analizar una de las principales causas de mortalidad infantil, relacionada con el nivel de educación que hayan adquirido.

A continuación, se presenta la situación de cobertura en educación básica y media a nivel Departamental y de las capitales de las provincias.

Tabla No. 11. Cobertura En Educación Básica En Santander

COBERTURA EN EDUCACIÓN BÁSICA EN SANTANDER						
PROVINCIA	CAPITAL	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	110%	111%	105%	102%	100%
García Rovira	Málaga	112%	113%	108%	103%	101%
Guanentá	San Gil	103%	104%	107%	105%	102%
Soto	B/manga	105%	107%	112%	106%	106%
Mares	B/bermeja	97%	98%	102%	105%	103%
Vélez	Vélez	95%	101%	112%	109%	109%
Total Santander		90,1%	92,0%	95,9%	94,7%	93,4%

Gráfico No. 10. Cobertura En Educación Básica En Santander

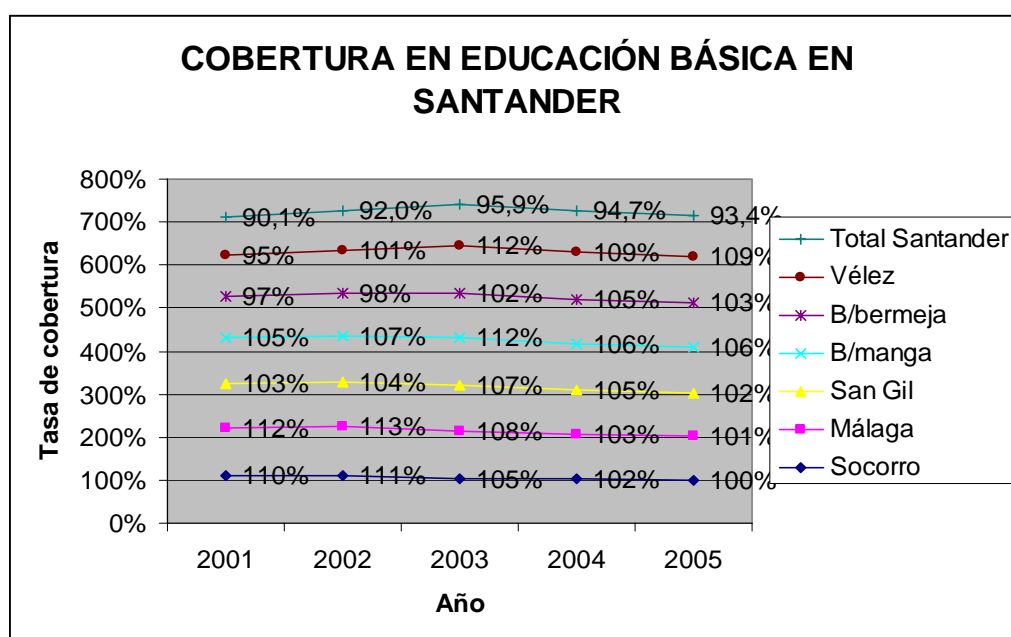
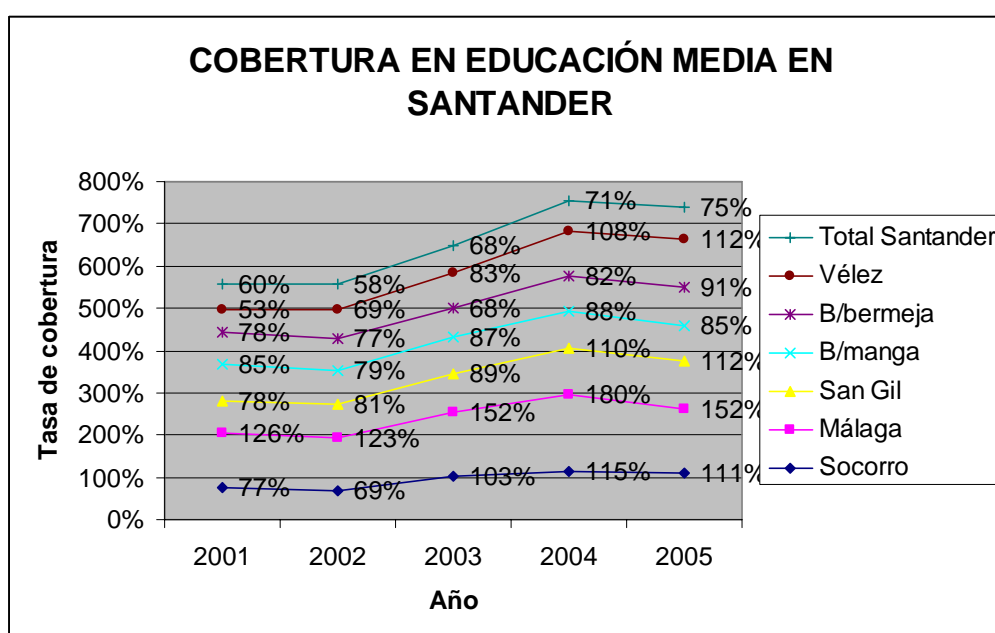


Tabla No. 12. Cobertura En Educación Media En Santander

COBERTURA EN EDUCACIÓN MEDIA EN SANTANDER						
PROVINCIA	CAPITAL	2001	2002	2003	2004	2005
Comunera	Socorro	77%	69%	103%	115%	111%
García Rovira	Málaga	126%	123%	152%	180%	152%
Guanentá	San Gil	78%	81%	89%	110%	112%
Soto	B/manga	85%	79%	87%	88%	85%
Mares	B/bermeja	78%	77%	68%	82%	91%
Vélez	Vélez	53%	69%	83%	108%	112%
Total Santander		60%	58%	68%	71%	75%

Gráfico No. 11. Cobertura En Educación Media En Santander



Tanto a nivel Departamental como de las capitales de provincia, presentado en los Cuadros No. 11, 12 y Gráficos No. 10 y 11; la tasa de cobertura en educación presentó un mejoramiento promedio durante el período 2000-2005; lo cual nos permitiría concluir que la facilidad de acceder a la educación para las mujeres de nuestro Departamento, puede estar directamente relacionada con los datos obtenidos de mortalidad infantil, de disminución para los últimos años.

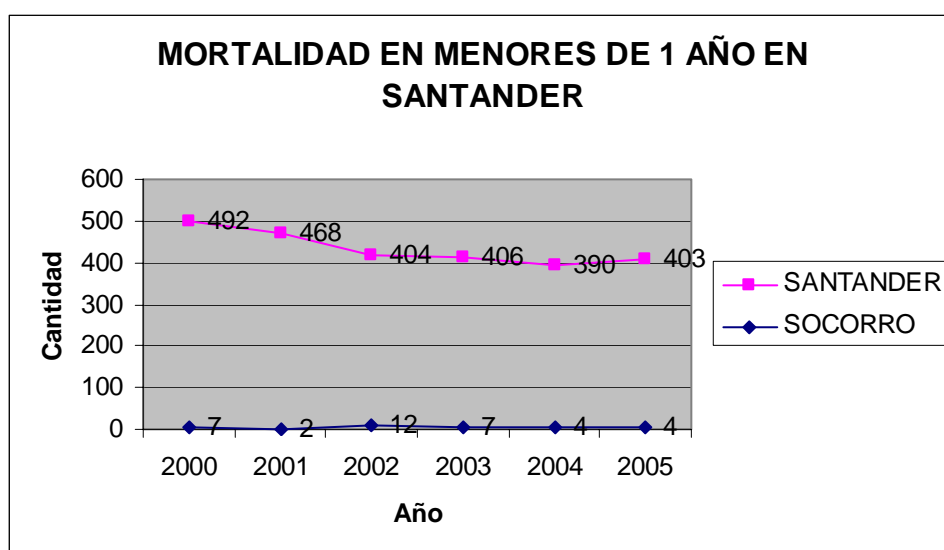
COMPARATIVO DE LOS DATOS ENCONTRADOS DEL MUNICIPIO DEL SOCORRO EN RELACIÓN CON EL DEPARTAMENTO

Tomando como referencia el municipio del Socorro, capital de la Provincia Comunera, se realizó un análisis de su comportamiento en relación al comportamiento del Departamento en general; esto con el fin de presentar a la Administración Municipal la importancia que tiene el seguir incluyendo proyectos y sobretodo esfuerzos conjuntos para que estos valores año a año mejoren y se pueda disminuir realmente, cada vez más el número de muertes de menores de 1 y 5 años en el municipio y así poder contribuir al mejoramiento de las tasas totales del Departamento.

Tabla No. 13. Total Mortalidad En Menores De 1 Año En Santander

TOTAL MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO EN SANTANDER						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SOCORRO	7	2	12	7	4	4
SANTANDER	492	468	404	406	390	403

Gráfico No. 12. Total Mortalidad En Menores De 1 Año En Santander

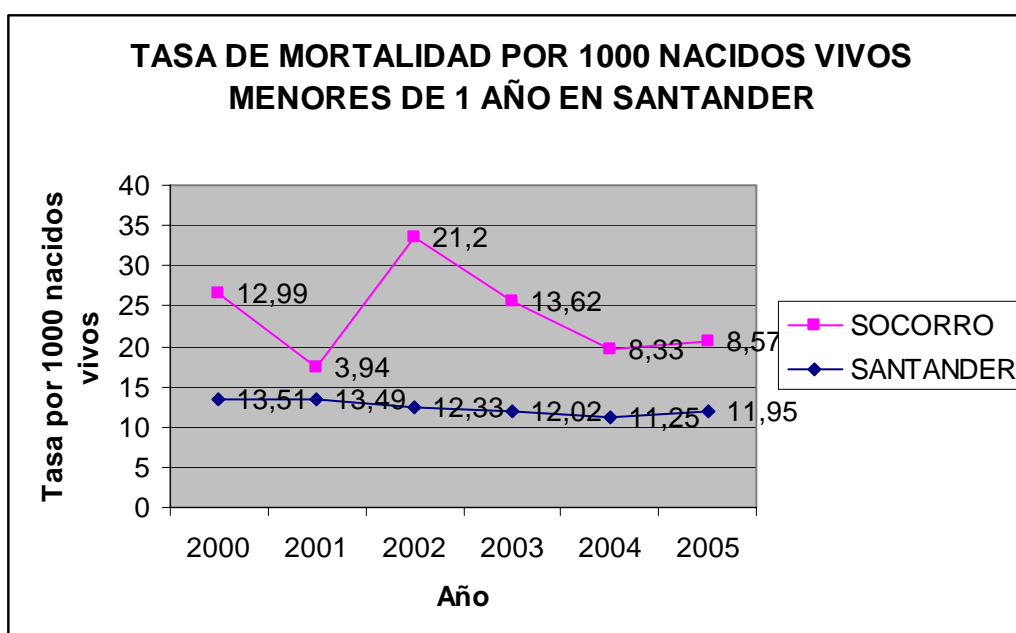


Tomando la mortalidad total en menores de 1 año, presentada en el Cuadro No. 13 y Gráfico No. 12; se encuentra que durante el período 2000-2005, para el Municipio del Socorro se presentó una situación de aumento en algunos años, pero al finalizar el período su tendencia fue de disminución, similar a la presentada por el Departamento en general.

Tabla No. 14. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 1 Año En Santander

TASA DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS MENORES DE 1 AÑO EN SANTANDER						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SOCORRO	12,99	3,94	21,2	13,62	8,33	8,57
SANTANDER	13,51	13,49	12,33	12,02	11,25	11,95

Gráfico No. 13. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 1 Año En Santander



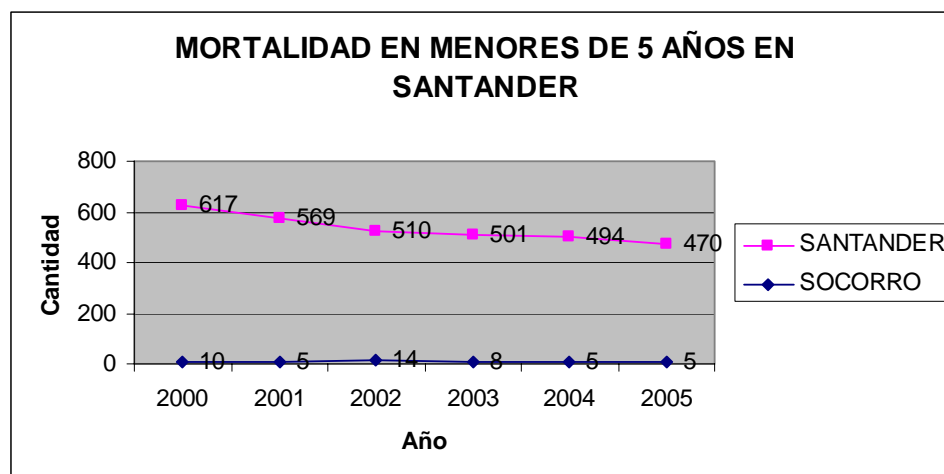
Tomando los datos presentados en el Cuadro No. 14 y Gráfico No. 13; aunque el comportamiento de la tasa para el Municipio del Socorro, presentó fluctuaciones e incremento en algunos años durante el período de análisis, los

datos obtenidos para las dos situaciones al finalizar el periodo, se concentran por debajo del mínimo propuesto como meta para el año 2015 de 14 muertes por 1.000 nacidos vivos en Santander.

Tabla No. 15. Total Mortalidad En Menores De 5 Años En Santander

TOTAL MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS EN SANTANDER						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SOCORRO	10	5	14	8	5	5
SANTANDER	617	569	510	501	494	470

Gráfico No. 14. Total Mortalidad En Menores De 5 Años En Santander

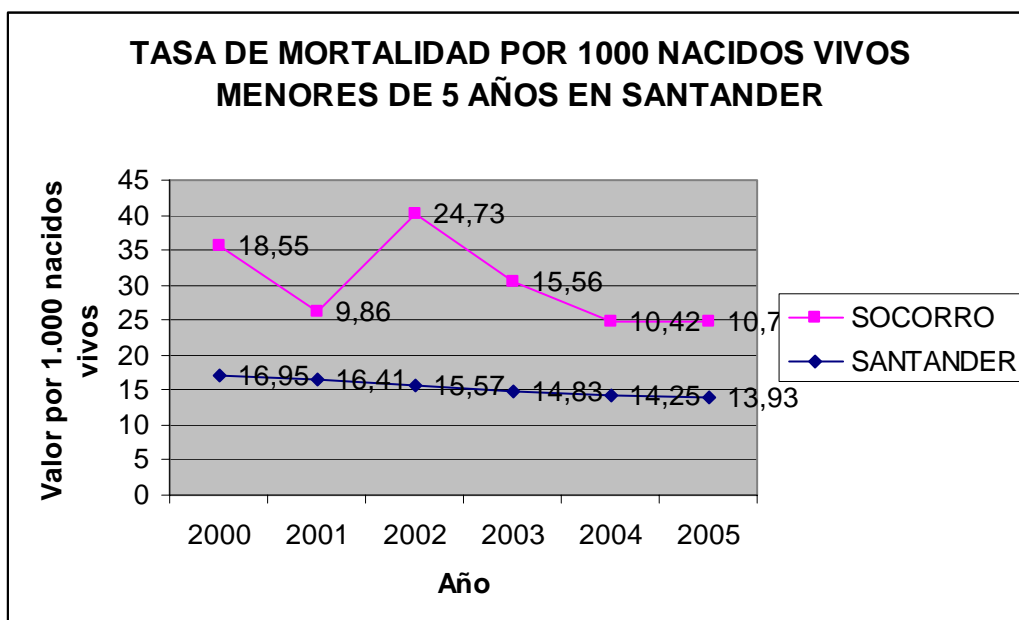


De se observa en el Cuadro No. 15 y Gráfico No. 14, la mortalidad total en menores de 5 años tanto para el Departamento de Santander como para el Municipio del Socorro, durante el periodo 2000-2005 presentó una situación de disminución al finalizar el periodo 2000-2005.

Tabla No. 16. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 5 Años En Santander

TASA DE MORTALIDAD POR 1.000 NACIDOS VIVOS MENORES DE 5 AÑOS EN SANTANDER						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SOCORRO	18,55	9,86	24,73	15,56	10,42	10,71
SANTANDER	16,95	16,41	15,57	14,83	14,25	13,93

Gráfico No. 15. Tasa De Mortalidad Por 1.000 Nacidos Vivos Menores De 5 Años En Santander



Al igual que la tasa de mortalidad por 1.000 nacidos vivos menores de 1 año, presentado en el Cuadro No. 16 y Gráfico No. 15; esta misma tasa pero en menores de 5 años presentó un comportamiento favorable para el Departamento, el cual fue de disminución en el valor presentado año a año, terminando el periodo 2000-2005 con una tasa de 13,93.

Para el municipio del Socorro, la situación de la tasa en menores de 5 años también es similar a la de los menores de 1 año, presentando un incremento considerable para el año 2002, y nuevamente disminuyendo durante el año

siguiente y continuando así hasta finalizar el 2005 con una tasa de 10,71 muertes por 1.000 nacidos vivos.

Las dos situaciones presentan una tasa menor a la mínima propuesta por la meta para el año 2015 de 17 muertes por 1.000 nacidos vivos menores de 5 años para el Departamento de Santander.

2. VARIABLES ASOCIADAS A LA MORTALIDAD INFANTIL

Los datos de mortalidad infantil son la base para la producción de muchos indicadores de diversa complejidad; insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, la programación y la evaluación de programas y políticas de salud. Además, pueden usarse para medir la magnitud general y absoluta de la mortalidad de una población, medir la gravedad de las enfermedades y la repercusión de causas específicas de muerte sobre la población, para analizar la sobrevivencia de una población y calcular las tablas de vida que permitan estimar la esperanza de vida.

Durante los últimos años, los indicadores de mortalidad y de salud han mejorado moderadamente. Sin embargo, persisten agudas disparidades urbano/rurales para este indicador.

El descenso en las tasas de mortalidad infantil, está asociado a diversos factores como el mejoramiento del nivel educativo de las mujeres, el desarrollo de la salud pública y un mayor acceso a servicios de salud y saneamiento básico. Sin embargo, aun prevalecen diferencias regionales y factores de riesgo asociados a la pobreza y a la inequidad.

A continuación se presenta en los Cuadros No. 17 y 18, las causas principales de mortalidad infantil para el departamento separadas por género, para el año 2005.

**Tabla No. 17. Primeras Causas De Mortalidad En Hombres, Santander
2005 (Tasa Por 100.000 Habitantes)**

INDICADORES DE MORTALIDAD			
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES, SANTANDER 2005 (TASA POR 100.000 HABITANTES)			
MENORES DE 1 AÑO	MUERTES	%	TASA
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	140	28,8	793,4
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	90	18,5	510
Otras afecciones originadas en el período perinatal	66	13,6	374
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	52	10,7	294,7
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	24	4,9	136
MENORES DE 1 A 4 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3	17,6	4,2
Otros accidentes, inclusive secuelas	3	17,6	4,2
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	2	11,8	2,8
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2	11,8	2,8
Infecciones respiratorias agudas	2	11,8	2,8

**Tabla No. 18. Primeras Causas De Mortalidad En Mujeres, Santander 2005
(Tasa Por 100.000 Habitantes)**

INDICADORES DE MORTALIDAD			
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES, SANTANDER 2005 (TASA POR 100.000 HABITANTES)			
MENORES DE 1 AÑO	MUERTES	%	TASA
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	98	29,9	596,5
Otras afecciones originadas en el período perinatal	47	14,3	286,1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	44	13,4	267,8
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	44	13,4	267,8
Sepsis bacteriana del recién nacido	14	4,3	85,2
MENORES DE 1 A 4 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Otros accidentes, inclusive secuelas	5	38,5	7,4
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	1	7,7	1,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	7,7	1,5
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1	7,7	1,5
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	1	7,7	1,5
Septicemia	1	7,7	1,5
Carcinoma-in-situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	1	7,7	1,5
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1	7,7	1,5
Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	1	7,7	1,5

De acuerdo a los datos de los Cuadros No. 17 y 18¹⁶, las causas de mortalidad infantil están asociadas, entre otros factores, a los trastornos respiratorios del

¹⁶OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Informe Situación de Salud en Santander, Indicadores Básicos 2007.

periodo neonatal temprano (esto es en la primera semana de vida), a malformaciones congénitas y a infecciones respiratorias e intestinales. El bajo peso al nacer y las complicaciones relacionadas con el momento del parto son responsables de la gran mayoría de las muertes neonatales y de secuelas en edades posteriores de la vida.

Las tasas de mortalidad siguen por género el mismo patrón estudiado, donde los hombres mueren en mayor proporción que las mujeres, lo que indica que antes de cumplir el primer año de vida los niños en comparación con las niñas tienen una mayor probabilidad de morir. En Santander diferencial hombre-mujer es decreciente y siempre ha estado inclinado a favor de las niñas. Según la ONU (1998) encuentra que grandes descensos en la mortalidad infantil estuvieron asociados a un ensanchamiento en el diferencial de supervivencia entre niños y niñas, en parte causado por el crecimiento de la violencia y por causas accidentales a las cuales los niños son particularmente sensibles.

Es preciso destacar que a pesar de los logros obtenidos en la mortalidad infantil, las enfermedades por causas prevenibles siguen ocupando los primeros lugares. Existen muchas causas de muerte denominados eventos de intención no determinada, que son atribuibles a historias clínicas incompletas y métodos diagnósticos inapropiados que hacen perspectivas sintomáticas, poco eficientes, a una perspectiva etiológica.

De acuerdo con los datos arrojados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), se destacan tres características principales que inciden en la mortalidad infantil y son:

- El nivel educativo de las madres: En mujeres sin educación o con escasos índices de escolaridad, la mortalidad de los niños es tres veces mayor que en aquellas con educación universitaria. Esta cifra de muertes se mantiene cuando las mamás no reciben la atención médica necesaria en el embarazo ni el parto. Cuando existen cuidados prenatales y en el momento del nacimiento, las cifras de muertes descienden a una tercera parte.

- La edad: Hay grave riesgo de mortalidad infantil cuando la madre es menor de 20 años (31 muertes por mil nacimientos). El menor índice oscila entre las mujeres de 20 a 29 años. Se consideran nacimientos de riesgo elevado los que ocurren en madres menores de 18 años o mayores de 35, y cuando el intervalo entre embarazos es menor de 24 meses. Además, hay serios riesgos cuando las mujeres embarazadas carecen del cuidado prenatal, de atención en el momento del parto.

- Lugar de nacimiento: En la ciudad los índices de mortalidad son menores mientras que se presenta mayor riesgo reproductivo y de posible muerte del bebé en las áreas rurales.

Existe otro factor fundamental que se relaciona directamente con la mortalidad infantil, se trata de la provisión de servicios de agua potable y saneamiento. La carencia de servicios de acueducto y alcantarillado, se asocia a la incidencia de enfermedades infecciosas y transmisibles, debido a que incrementa la probabilidad de consumir agua contaminada y dificulta la higiene personal.

De acuerdo a la Ley 142, a partir de la cual se generó la decisión de reformar la prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado; gran cantidad de municipios decidieron reformar dichos servicios, lo que ha generado un mejoramiento en la provisión del servicio de agua con calidad adecuada para el consumo humano, evitándose de esta manera la generación de enfermedades que puedan ser transmitidas por este medio.

3. EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES TENDIENTES AL LOGRO DE LAS METAS PROPUESTAS EN REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL MARCO DE LOS ODM

La tarea del cumplimiento efectivo de los ODM dependen de muchos factores, y para lograrlas se requiere más que el crecimiento económico sostenido: es preciso redistribuir los ingresos y, sobre todo, aplicar políticas estatales precisas que permitan reducir la brecha de exclusión. Es decir, se necesitan políticas públicas que articulen bajo objetivos comunes las políticas económicas, sociales y medioambientales. Dentro de ellas, destacan las políticas públicas vinculadas con el ámbito de la salud.

Uno de los escenarios centrales de la construcción social de la salud y el entorno más cercano a las personas donde se deciden y aplican políticas públicas son los departamentos y municipios. Estos gobiernos tienen responsabilidades que abarcan casi todos los aspectos relacionados con el bienestar y la calidad de vida de las personas; es decir, con los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo de la enfermedad. Además, el departamento y el municipio son espacios geopolíticos definidos y con un ámbito de actuación establecido.

El propósito del presente apartado, es sintetizar los principales factores, en la gestión pública relacionados con la reducción de las tasas de mortalidad infantil, a través de los planes de desarrollo de los períodos 2004-2008, 2008-2011 presentados por la Gobernación de Santander y la Alcaldía del Municipio del Socorro.

PLAN DE DESARROLLO SANTANDER, PERÍODO 2008-2011

Tomando el documento del PDD, se encuentra el compromiso adquirido por el nuevo gobierno del Departamento en relación al logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y específicamente en el Objetivo 4 que es REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL, se plantearon unas metas para los cuatro años que durará el presente gobierno.

Dentro del EJE TEMÁTICO 3. SANTANDER HUMANO AL SERVICIO DE LA GENTE, se encuentra la LÍNEA ESTRATÉGICA 1. SANTANDER SANO; donde se encontraron las metas que se propusieron dentro del PDD respecto al tema de análisis.

El objetivo de esta línea estratégica es mejorar la situación de salud de los habitantes del Departamento de Santander mediante la integración de esfuerzos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la coordinación y concertación intersectorial, encaminados al desarrollo de la cultura de anticipación a los riesgos en salud, en ejercicio de las competencias de inspección, vigilancia y control, con amplia participación comunitaria aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Este plan basa sus programas en los ODM, donde se hace alusión a los mismos en sus capítulos, tomándolos como marco de referencia para el planteamiento de las metas durante el cuatrienio, con indicadores cuantitativos, fue reconocido como el mejor Plan de Desarrollo del país.

Aunque los planes bandera de la administración de Horacio Serpa Uribe, tienen como centro proyectos de infraestructura y de saneamiento de las finanzas departamentales, el desarrollo de la línea estratégica, Santander Sano, involucra el indicador de reducción de las TMI. En lo que va transcurrido de este período de gobierno, el Gobernador en reunión con la directora de PNUD, Colombia, Bárbara Pesce-Monteiro, acordó dar prioridad a quince

municipios del departamento rezagados en el cumplimiento de esta meta del milenio “Los 15 municipios del milenio en Santander”, a través de procesos incluyentes y sobre ellos el Gobierno Departamental podrá un énfasis en la solución de sus requerimientos esenciales.

A la fecha se espera que después de año y medio de gobierno, se pueda dar marcha al cumplimiento de las metas propuestas en este Plan de Desarrollo, que para muchos parece no despegar.

Tabla No. 19. Metas Planteadas Por La Gobernación De Santander En Cuanto A Mortalidad Infantil

METAS PLANTEADAS POR LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER EN CUANTO A MORTALIDAD INFANTIL		
<p>Reducir la tasa de mortalidad en menores de un año y de cinco años.</p> <p>Indicador: Número de muertes en menores de un año / total de nacidos vivos (por 1.000) y tasa mortalidad < 5 años por 10.000 menores de 5 años.</p>	<p>12,9 en menores de un año por mil nacidos vivos y 13,8 por cien mil menores de 5 años.</p>	<p>10,4 en menores de un año por mil nacidos vivos y 11,8 por cien mil menores de 5 años.</p>

PLAN DE DESARROLLO, SOCORRO, PERÍODO 2004-2008 “SOCORRO MÁS CAPITAL”

En este plan de desarrollo, se parte de un diagnóstico desde diversas perspectivas a la fecha de proposición del mismo, en el que se resaltan los principales problemas del municipio, en el aspecto económico estos son: la desarticulación económica y social a nivel urbano-rural, los bajos niveles de productividad y competitividad, bajo nivel de planeación.

En lo social se reconocen problemas de desequilibrio social, inequidad y exclusión respecto de la prestación de los servicios públicos y sociales

básicos, además de la concentración del ingreso e incremento de la pobreza, en este sentido se proponen proyectos que promuevan las condiciones de equidad, ampliando las oportunidades de acceso con calidad en educación, salud, agua potable, saneamiento básico y vivienda, la integración de la economía campesina con la de la seguridad alimentaria, acciones para focalizar la inversión social, la investigación social para acometer acciones de manera acertada acorde con las necesidades prioritarias, eficiencia y cobertura de la prestación de los servicios domiciliarios básicos.

En lo institucional reconoce que no hay una gestión del desarrollo debido a la falta de un sistema de información unificado hay coordinación entre el avance físico de las metas y la ejecución financiera.

Para dar cara a estas dificultades planteadas se propones cinco ejes estratégicos, de los cuales solo uno plantea directamente soluciones al tema de la salud, los otros tratan aspectos culturales, turísticos, educativos, políticos, económicos.

EL eje temático SOCORRO...MÁS CAPITAL INCLUYENTE E INTEGRADORA: hace mención a la equidad, justicia social, y la garantía en igualdad de oportunidades, focalización de la inversión hacia sectores vulnerables y olvidados, urbanos y rurales, a través de la conformación del Concejo Municipal de Política Social.

Dentro de este plan solo se hace referencia directa a una variable dentro de la mortalidad infantil como es la protección a la madre con base en un proyecto de mujeres cabeza de hogar rurales benefician a 40 mujeres en programas de desarrollo integral.

A pesar de que se parte con un diagnóstico, en la exposición completa del plan los procedimientos no tienden siempre a ser formalizados, así que un

verdadero seguimiento y evaluación es inexistente, para complicar las cosas este período no llegó a término debido la suspensión del cargo del alcalde.

PLAN DE DESARROLLO SOCORRO, PERÍODO 2008-2011 “PROGRESO PARA EL BENEFICIO DE TODOS”

Se tomó el documento presentado por la Alcaldía del Municipio del Socorro para analizar los compromisos que adquirieron en relación al Objetivo del Milenio número 4: REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL, durante este período de gobierno.

Dentro del EJE ESTRATÉGICO: REDUCCIÓN DE LA POBREZA, PROMOCIÓN DEL EMPLEO Y LA EQUIDAD, Dimensión: Social, Sector: Salud, se encontraron las metas propuestas en relación a la reducción de la mortalidad infantil.

La estrategia de equidad y reducción de la pobreza, consistirá en lograr que los habitantes del Socorro, tengan igualdad de oportunidades en el acceso y la calidad de un conjunto básico de servicios sociales que, en el futuro, permitan que todos generen ingresos suficientes para llevar una vida digna.

Este plan se desarrolla a través del planteamiento de cinco ejes estratégicos y cinco dimensiones: Social, Económica, Ambiental, de Seguridad e Institucional, donde en la dimensión Social se desarrolla todo el componente de salud.

Concretamente son mencionadas las metas del milenio como es el caso de la reducción de la mortalidad infantil a través de programas de salud pública relacionados con coberturas de vacunación, disminución de la mortalidad materna y de los índices de fecundidad, seguridad alimentaria (Cuadro No. 20).

Este plan a diferencia del anterior es concreto en la definición de las metas, que se plantean de manera cuantitativa, en un espacio de tiempo definido,

presenta de manera organizada sus programas, con base en los planes de desarrollo nacional y departamental, pero a su vez desconoce la efectividad de estos planes para la realidad del entorno regional del municipio, pero en resumen, son tantos y variados los propósitos que parecen al final como una lista, además es necesario delimitar el tiempo de alcance de dichas metas no para el final del cuatrienio sino en un horizonte más cercano que permita un proceso de seguimiento y evaluación continuo.

Tabla No. 20. Metas Planteadas Por La Administración Del Municipio Del Socorro, Santander En Cuanto A Mortalidad Infantil

METAS PLANTEADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DEL MUNICIPIO DEL SOCORRO, SANTANDER EN CUANTO A MORTALIDAD INFANTIL				
PROGRAMA	METAS	INDICADORES	LÍNEA BASE	VALOR ESPERADO
SALUD PÚBLICA	Lograr coberturas útiles de vacunación con esquema tradicional al 98% a todos los niños menores de 5 años del Municipio.	Porcentaje de Coberturas útiles de Vacunación con esquemas tradicionales en niños menores de 5 años	0,95	0,98
	Reducir en 50% la tasa de mortalidad en menores de 1 años y de 5 años	% de reducción de la tasa de mortalidad en menores de 1 año y de 5 años	1,60%	0,80%
	Lograr coberturas útiles de vacunación contra HAEMOFHIPLUS NEUMONIAE y ROTAVIRUS al 98% a toda la población	Porcentaje de Coberturas contra HAEMOFHIPLUS NEUMONIAE y ROTAVIRUS	0%	98%
	Dotar de 10 equipos de la red de frío a la IPS pública	No. De equipos de red de frío dotados a la IPS pública	0	10

La problemática de la mortalidad infantil es tratada en estos planes de desarrollo a través de sus determinantes exógenos (condiciones sociales, económicas y ambientales). Sin embargo, actualmente gran parte de las

causas exógenas de la mortalidad infantil han sido controladas y la reducción de este fenómeno se hace cada vez más difícil, en la medida en que el control de las causas endógenas (deterioro biológico y genético) requiere un mayor esfuerzo por parte de las autoridades, así como un tema de reciente debate, las inequidades

.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para Colombia y Santander, las cifras de mortalidad infantil muestran que los indicadores han disminuido permanentemente en los últimos años. No obstante, persisten desigualdades regionales, preocupa el efecto de las tendencias recientes, ya mencionadas en el análisis de la mortalidad infantil: la restricción en el consumo familiar de alimentos, consecuencia de la crisis económica actual; y el abandono o ejecución asistemática, a partir de la puesta en marcha de la ley 100 de 1993, de las acciones de salubridad pública, vigilancia epidemiológica y programas de vacunación, sumados al aumento de la pobreza y al hecho de que el ritmo de disminución de la tasa de mortalidad infantil del país se ha hecho más lento.

La desigualdad puede reflejar un fenómeno de inequidad en salud y es una condición susceptible de modificarse mediante la movilización de voluntades políticas y la participación ciudadana activa en la construcción, ejecución y cumplimiento de políticas públicas que promuevan su salud y bienestar de manera equitativa.

El abordaje integral de la problemática de la mortalidad infantil y el desarrollo de la salud propiamente dicha no solo necesitan de políticas públicas de salud, sino también de políticas públicas saludables: las primeras se refieren a la atención integral de la salud, y las segundas, a la intervención sobre los determinantes sociales de la salud. De ahí que las políticas públicas sean instrumentos imprescindibles para enfrentar los problemas del proceso salud - enfermedad.

Si bien Santander presenta mejores indicadores sociales que el promedio del país, al interior del Departamento se presentan enormes inequidades entre provincias y municipios, muchos santandereanos están en condiciones

marginales, al observar las altas tasas de mortalidad infantil en las provincias más apartadas geográficamente y con un alto porcentaje de población rural, lo que hace que muchas muertes infantiles queden ocultas o invisibilizadas respecto al indicador general del Departamento.

En nuestro departamento las propuestas de intervención en este sentido, deben involucrar instrumentos de aplicación dentro de un marco institucional, para transformar la realidad en el sentido deseado y dejar de ser solo metas en un papel. Si bien los conceptos y las normas son importantes, estos deben aterrizar en objetivos concretos que, a su vez, se planteen planes y programas concretos. Para su aplicación se requieren, además, capacidades administrativas y gerenciales para la movilización, combinación y adecuado uso de los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.

Aunque esto parece una tarea difícil de cumplir, si en Santander se tuviesen en cuenta las potencialidades de cada municipio, tal vez se podrían superar estas limitaciones en un nuevo tipo de gobierno local que, además de asumir sus funciones tradicionales (dotación de servicios públicos y administración del territorio), atienda nuevas tareas, como enfrentar la pobreza y el desempleo, enfrentar los conflictos con métodos alternativos, lograr una gestión sostenible del desarrollo urbano y rural, construir alianzas público - privadas, contribuir a la prevención de enfermedades y fortalecer la institucionalidad local.

Esto implica asumir los nuevos retos para una correcta gestión de los gobiernos locales, con voluntad política, soporte técnico ya que muchos municipios fracasan por la falta de equipos técnicos convenientemente preparados o por la persistencia de una cultura organizacional burocrática, participación ciudadana, rendición periódica de informe sobre el estado de los indicadores en salud señalados en los respectivos Planes de Desarrollo, con énfasis en aquellos relacionados con el bienestar de la niñez.

Al realizar un análisis de algunos de los factores relevantes e incidentes en las tasas de mortalidad infantil, como son el PIB, la esperanza de vida al nacer y la cobertura en educación; encontramos que todas estas tasas están directamente relacionadas, y que a partir del incremento en la participación de las transferencias al sector salud, y el mejoramiento de la cobertura en educación, se ha logrado reducir año a año las tasas de mortalidad tanto a nivel Nacional como Departamental y del Municipio del Socorro.

En materia de disponibilidad de agua, Santander presenta una aparente cobertura del servicio en zonas urbanas, pero en la realidad, los indicadores de continuidad y calidad del suministro son totalmente insuficientes. Municipios como Vélez, en época de verano, deben racionar el agua a 1 hora/día. Ni siquiera el Área Metropolitana de Bucaramanga, tiene garantía de suministro, como quiera que no existe embalses que permitan otorgar confiabilidad al abastecimiento.

Es por esto que desde la Gobernación de Santander, se planteó la necesidad de establecer sistemas regionales, viables y rentables, que permitan garantizar el adecuado suministro del servicio y disponer de tecnologías de tratamiento y/o eliminación de desechos que afectan al medio ambiente.

El Departamento carece de un sistema confiable y seguro de estadística referente al área de salud, por lo cual se sugiere que a partir de las Administraciones tanto del Departamento como de los municipios, se generen proyectos para la consecución de este tipo de herramienta.

Se recomienda establecer una línea específica de investigación que profundice en la influencia de las inequidades, sobre la mortalidad infantil, no solo en su magnitud si no en sus determinantes.

Es prioritario que a través de los planes de Desarrollo se planteen y ejecuten acciones concretas, con metas cuantificables dirigidas a la población infantil vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA

- SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*, Barcelona: Planeta, 2000.
- PNUD. El Departamento de Santander, frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2008.
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE COLOMBIA. Observatorio sobre desarrollo humano.
- BARÓN LEGUIZAMÓN, Gilberto. Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Diagnóstico de salud en Santander, 2006.
- GOBERNACIÓN DE SANTANDER. Plan de Desarrollo Departamental 2008-2011.
- ALCADÍA MUNICIPAL SOCORRO, SANTANDER. Plan de Desarrollo del Municipio del Socorro, 2004-2008 y 2008-2011.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Informe Epidemiológico de Santander.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Situación de Salud en Santander, indicadores básicos 2007.
- <http://www.profamilia.org.co/portal/>

- http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/
- <http://www.observatoriosantanderuis.org/>
- <http://www.proexport.com.co/VBeContent/home.asp?language=SP&idcompany=16>
- <http://www.banrep.gov.co/>
- <http://www.santander.gov.co/>
- <http://www.santander.gov.co/>
- <http://www.socorro-santander.gov.co/index.shtml>
- <http://www.mineducacion.gov.co/1621/channel.html>
- <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>
- <http://www.asivamosensalud.org/>
- <http://www.indexmundi.com/>
- <http://www.unicef.org.co/>
- <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/home.asp>
- <http://new.paho.org/col/>
- <http://www.camaradirecta.com/>
- <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml>