

Análisis de la situación de salud Departamento de Arauca, año 2011



Gobernación de Arauca
Unidad Administrativa Especial de Salud





Análisis de la situación de salud Departamento de Arauca, año 2011



Gobernacion de Arauca
Unidad Administrativa Especial de Salud



GOBERNACION DE ARAUCA
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD EN INTERVENCION FORZOSA
SUBDIRECCION DE SALUD PÚBLICA

Doctor
JOSE FACUNDO CASTILLO CISNEROS
Gobernador Departamento de Arauca

Doctor
HUGO RAMON VASQUEZ NIÑO
Agente Interventor Unidad Administrativa Especial de Salud

Doctor
HISNAROD WILFREDO RODRIGUEZ GARZON
Subdirector de Salud Pública

GRUPO INVESTIGADOR

Investigador Principal
LUZ OSMANY NIEVES PEÑA
Epidemióloga

Grupo Colaboradores
CLAUDIA MARCELA OVALLE
Politóloga

EDGAR GEOVANY NIEVES
Técnico

PEDRO VEGA
CARLOS LOTERO
OSMANY NIEVES PEÑA
Fotografía

BUENOS Y CREATIVOS S.A.S.
ANAMARÍA MARTÍNEZ
DIANA M. TRUJILLO
Diseño, diagramación e impresión

Agradecimientos

Agradecimientos

La Unidad Administrativa Especial de Salud (UAESA) en Cabeza del doctor HUGO RAMON VASQUEZ NIÑO, la Subdirección de Salud Pública de la UAESA, a través del doctor HERNARDO RODRIGUEZ GARZON y el equipo técnico que participó en la elaboración de este material que hoy se pone a disposición de todas las entidades del departamento comprometidas con la Salud de los Araucanos y de la comunidad en general, agradecen a las Instituciones y personas que facilitaron la realización de este importante documento, no solo brindando las herramientas útiles y básicas en la construcción del mismo, sino aportando valiosos conocimientos que permitieron enriquecer el análisis del proceso salud enfermedad y sus condicionantes en esta región. A todos, mil gracias.

Profesionales Unidad Administrativa Especial de Salud

Hisnardo Wilfredo Rodríguez Garzón
Subdirector de Salud Pública

Estella Acevedo
Subdirectora Seguridad Social

Claudia Jimena Bastidas
Subdirectora Habilitación, Vigilancia y Control

Octavio García
Subdirector Administrativo y Financiero

Marcela Lagos Aponte
Alix Robinson Hidalgo
William Zambrano
Jefferson Anzola Rangel
Lorena Guerreño Galarraga
Emerson Jair Mora
Tania Valcárcel
Alexander Valcárcel
Patricia Gómez
Andrés Cuervo
Mayeli Bonna
Dalci Camejo
Blanca Murillo
Maryluz Cabrera
Yamile Matus
Erika Parales
Farley Santander
Ana Milena Briceño

Tabla de contenido

EDITORIAL6

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEPARTAMENTO DE ARAUCA8

Objetivos8
Metodología8

COMPONENTE 1.
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL TERRITORIO10

1.1 Caracterización geográfica10
1.2 Organización política administrativa10
1.3 Hidrográfica10
1.4 Clima10
1.5 Actividades económicas11
1.6 Vías de comunicación11
1.7 Turismo11
1.8 Aspectos históricos12

COMPONENTE 2.
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN13

2.1 Estructura de la población13
2.1.1 Distribución por área13
2.1.2 Distribución de la población por género y municipio14
2.1.3 Distribución de la población por grupos quinquenales de edad16
2.1.4 Distribución de la población según grupos de ley de infancia y adolescencia17
2.1.5 Tasa de crecimiento poblacional17
2.1.6 Pirámide poblacional18
a) Pirámides poblacionales municipales18
2.2 Índice de dependencia20
2.3 Movilidad de la población en el departamento21
2.3.1 Desplazamiento por declaración21
2.3.2 Desplazamiento por expulsión22
2.3.3 Tendencias comparadas23
2.4 Sector educativo23

COMPONENTE 3.
IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS A NIVEL COMUNITARIO, FAMILIAR E INDIVIDUAL24

3.1 Riesgos Ambientales25
3.2 Riesgos Sociales25
3.3 Riesgos Físicos26
3.4 Riesgos Biológicos26
3.5 Comportamientos de riesgo a la salud26
3.6 Riesgos de Emergencias y Desastres26

COMPONENTE 4.
CARACTERIZACIÓN DE RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURAS EN SALUD27

4.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD27
4.1.1 Financiamiento del Régimen Subsidiado del SGSSS27
4.1.2 Régimen General de Seguridad Social en Salud en el departamento de Arauca28
4.1.2.1 Recursos asignados al Régimen Subsidiado del SGSSS en el departamento de Arauca28
4.1.2.2 Vinculación de la población al Sistema General de Seguridad en Salud28

4.2 RED PRESTADORA31
4.2.1 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL34
4.2.1.1 Capacidad instalada Hospital San Vicente36
4.2.2 ESE HOSPITAL DEL SARARE36
4.2.2.1 Capacidad instalada Hospital del Sarare38
4.2.3 ESE MORENO y CLAVIJO38
4.2.3.1 Capacidad instalada ESE Moreno y Clavijo45
4.2.3.1.2 Capacidad instalada desagregada por municipios y servicios46
4.2.4 ESE JAIME ALVARADO y CASTILLA46
4.2.4.1 Capacidad instalada ESE ALVARADO y CASTILLA48
4.2.5 Capacidad Instalada departamento de Arauca48
4.2.5.1 Capacidad instalada de transporte Básico y Medicalizado49
4.2.5.2 Recursos humanos en las IPS del departamento de Arauca49
4.2.6 Centro regulador de Urgencias y Emergencias50
4.2.6.1 Infraestructura del CRUE51
4.2.6.2 Recursos humanos CRUE51
4.2.6.3 Telecomunicaciones51
4.2.6.4 Como afecta el estado de las vías la oportunidad y acceso a los servicios de salud51
4.2.6.5 Red de referencia y contrarreferencia52
4.2.6.5.1 Red de referencia y contrarreferencia externa52
4.2.6.5.2 Red de referencia y contrarreferencia interna52
4.2.6.6 Red alterna para el suministro de medicamentos53
4.2.6.7 Celebración de contratos con la red prestadora53

4.3 INDICADORES DE SALUD PÚBLICA55
4.3.1 Indicadores de salud infantil55
4.3.1.1 Programa ampliado de inmunizaciones56
4.3.1.1.1 Coberturas56
4.3.1.1.2 Morbilidad por eventos inmunoprevenibles61
a) Parotiditis61
b) Tos Ferina62
c) Varicela62
d) Hepatitis B64
e) Infección Respiratoria Aguda IRA64
4.3.1.2 Mortalidad perinatal66
4.3.1.3 Mortalidad infantil68

4.3.1.4 Mortalidad en menores de cinco años.....	70	5.14 Nacimiento según peso al nacer y trimestre del embarazo.....	127
4.3.2 Salud sexual y reproductiva.....	72	5.15 Nacimiento según pertenencia étnica de la madre	129
a) Maternidad segura.....	73	5.16 Distribución de nacimiento según trimestre del embarazo.....	129
b) Mortalidad materna.....	73	5.17 Talla al nacer	130
c) Planificación familiar	74	5.18 Resultados de la evaluación del test de apgar.....	130
d) Cáncer de cuello de uterino.....	75		
e) Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA	75		
f) Violencia doméstica y sexual	78		
4.3.3 Salud Oral.....	80		
4.3.4 Salud Mental.....	82		
4.3.5 Enfermedades transmisibles y zoonosis	84		
a) Tuberculosis	84		
b) Lepra	85		
c) Dengue	87		
d) Malaria	88		
e) Chagas	88		
f) Accidente Rábico.....	90		
4.3.6 Grupos Vulnerables	91		
a) Discapacidad.....	91		
b) Desplazados.....	93		
c) Indígenas 99			
4.3.7 Salud Nutricional	102		
a) Nutrición	103		
b) Anemia	108		
c) Peso al nacer.....	108		
4.3.8 Seguridad Sanitaria y del Ambiente	109		
a) Coberturas de acueducto, alcantarillado y agua potable.....	110		
b) Morbilidad relacionada con calidad del agua: Enfermedad Diarreica Aguda.....	112		
c) Plaguicidas.....	114		
d) Alimentos.....	115		
e) Establecimientos Especiales	117		
4.4: laboratorio de Salud Pública Fronterizo y Red de Laboratorios Departamental	118		
COMPONENTE 5: NATALIDAD		COMPONENTE 6 MORBILIDAD REGISTRADA	
5.1 Tasa bruta de natalidad TBN	121	6.1 Morbilidad registrada en el servicio de urgencias	130
5.2 Tasa de fecundidad general	121	6.1.1 Morbilidad por urgencias según municipios.....	131
5.3 Tasa global de fecundidad	121	6.1.2 Análisis según grupos de listas 298 modificada.....	131
5.4 Natalidad según sexo del recién nacido.....	122	6.1.3 Morbilidad por causas (subgrupos lista 298)	135
5.5 Natalidad según área de nacimiento.....	122	6.1.4 Morbilidad por sexo	136
5.6 Natalidad por grupos de edad	122	6.1.5 Morbilidad por grupos de edad.....	137
5.7 Nacimiento según edad de la madre y número de embarazos.....	123	6.2 Morbilidad por hospitalización.....	142
5.8 Natalidad según afiliación al RGSSS.....	124	6.2.1 Morbilidad por hospitalización según lista 298	142
5.9 Controles prenatales en madres de los recién nacidos.....	124	6.2.2 Morbilidad en hospitalización por sexo.....	144
5.10 Nacimientos según nivel de escolaridad de la madre.....	125	6.2.3 Morbilidad según sexo y grupos de edad	146
5.11 Distribución de los nacidos vivos según lugar del parto (atención institucional)	125	6.2.4 Tasas de Morbilidad en hospitalización por municipios ..	147
5.12 Nacimiento según tipo de embarazo y tipo de parto.....	126	6.2.5 Infecciones Intrahospitalarias	147
5.13 Peso al nacer	127	6.3 Consulta externa.....	148
		6.3.1 Distribución porcentual de las causas de consulta externa por municipios	148
		6.3.2 Estimación de las tasas por consulta por municipios.....	148
		6.3.3 Morbilidad por causas según sexo.....	148
		6.3.4 Causas de consultas por grandes grupos.....	151
		COMPONENTE 7. MORTALIDAD	
		7.1 Mortalidad general	153
		7.1.1 Estimación de las tasa por municipio de residencia	153
		7.1.2 Mortalidad por área de ocurrencia.....	153
		7.1.3 Mortalidad por sexo.....	154
		7.1.4 Tasa de mortalidad según grupo de edad.....	155
		7.1.5 Mortalidad según mes de ocurrencia	155
		7.1.6 Mortalidad según pertenencia étnica	155
		7.1.7 Mortalidad según nivel educativo del fallecido	156
		7.1.8 Mortalidad por probable manera de muerte.....	156
		7.1.9 Mortalidad por causas	157
		7.2 Cuadro de Mortalidad - Esperanza de vida al nacer	158
		Anexos: 1: Matriz de priorización.....	159
		2: Árbol de Problemas	161
		Discusión	162

Editorial

El departamento de Arauca ubicado en región Nororiental del país, frontera con Venezuela, abrazando inmensas llanuras pobladas de esteros y pajonales por los ríos Casanare y Arauca es el marco geográfico de la vida de la población llanera; con sus costumbres y tradiciones que poco a poco cambian con los tiempos de la tecnología, de las conexiones inalámbricas, de un mundo que se acerca cada día más y que produce cambios en los patrones y comportamientos culturales, paralelo a las políticas en salud, que se materializan en acciones concretas en cada uno de los niveles de atención y que implican entre otras cosas, una organización interna de las instituciones de salud, especialmente de aquellas que dirigen los planes territoriales de intervenciones colectivas y las que prestan servicios asistenciales. Sin desconocer por supuesto el valioso aporte de la transversalidad necesaria de otros sectores como educación, obras, saneamiento básico, entre otros, los cuales engloban el quehacer de la administración departamental.

La administración de la salud en un departamento como Arauca se hace cada día más exigente y compleja e implica el reconocer la problemática desde diferentes áreas; por ello la necesidad irrestricta de contar con la caracterización, medición y explicación del contexto de salud-enfermedad de la población, que incluya los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; problemas y determinantes que mientras no se aborden desde la realidad regional, con una lectura crítica, seguirán afectando la salud de la población y su reflejo se vera en los indicadores trazadores de la salud publica del departamento.

Los avances científicos y tecnológicos, las mejores condiciones de prestación de servicios, el mayor conocimiento sobre los factores protectores de la calidad de vida, la ampliación de las medidas de vigilancia y control sumado a la inversión de recursos públicos tanto nacionales, departamentales como municipales ha garantizado un incremento significativo en la esperanza de vida de la población del país y por supuesto de los Araucanos; lo cual necesariamente tiene que corresponderse con una planeación ajustada a las necesidades en salud de la región; actividad que se posibilita en la medida que se analice adecuadamente la información sobre la carga de enfermedad y sus condicionantes, mediante el enfoque epidemiológico como herramienta conceptual y metodológica para la administración de la salud. Más allá de un listado de patologías y servicios, de una simple cuantificación de datos, está el reconocimiento de la problemática basado en un análisis poblacional y su transversalidad, con el objeto que los indicadores trazadores estén correctamente aplicados a la población que potencialmente utiliza los servicios, lo que permite proyectar necesidades a cubrir, dando respuesta a falencias u oportunidades de trascender en el beneficio de los servicios de salud.

El análisis de situación en salud, parte de reconocer que nos hallamos en una amalgama de relaciones humanas, en donde los individuos interactúan, crean y recrean su realidad desde la cotidianidad y desde la construcción particular de sus territorios; realidad que exige comprender y analizar desde la institucionalidad, para avanzar en la construcción participativa de respuestas integrales.

Es así, como a partir del ejercicio juicioso de recolección, procesamiento, interpretación y publicación de la información sobre los factores que influyen en el proceso de salud enfermedad de la población del departamento, se explica la realidad, respaldada en los datos aportados por las diferentes fuentes de información.

El tiempo que he dedicado a el departamento de Arauca desde diferentes instituciones pero siempre en salud y el conocimiento particular que me dio la formación como epidemiólogo en principios y métodos, me permite reconocer y dar trascendencia a los sistemas de información y a la interpretación de datos a través de las diversas herramientas del epidemiólogo para el análisis de la situación de salud como insumo indispensable en la generación de políticas programas y proyectos de salud, orientados a fortalecer y dar estructura teórica a la toma de decisiones que redundarán en el bienestar de la población del departamento de Arauca. Este documento contiene un conjunto de conceptos, datos y gráficos, que operan como herramientas para direccionar el arsenal de respuestas a las necesidades en salud que deben satisfacer en conjunto todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, optimizando recursos, tecnología, conocimientos, procedimientos y decisiones de equipo para mantener la vida en las mejores condiciones de equilibrio psicológico, social y biológico de todos los pobladores de esta inmensa llanura araucana. Recoge las necesidades insatisfechas en salud no sólo expresadas a través de indicadores de morbilidad y mortalidad, sino también de indicadores socioeconómicos y de recursos, acceso y cobertura de los servicios de salud como fuente importante para la evaluación de dichas necesidades.

El reto, por supuesto es inmenso, pero el trabajo es en equipo. Se requiere de un trabajo articulado de instituciones comprometidas con la Salud Pública y con la consecución de transformaciones de la realidad de las condiciones de vida de los Araucanos; implica un llamado a la humanización de los servicios de salud y su ampliación en concordancia con las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, para llegar con soluciones a los diversos rincones de esta geografía llanera. El Gobierno departamental “Es hora de resultados” y por supuesto, la Unidad Administrativa Especial de Salud, confían en que este documento oriente a todos los actores sociales e institucionales tomadores de decisiones que determinan líneas de trabajo, políticas, proyectos y programas en salud y sus determinantes.

Como Agente Especial, delegado por la Superintendencia Nacional de Salud es mi interés y responsabilidad brindar la información fundamental para la toma de decisiones y buscar respuestas oportunas y efectivas a las problemáticas identificadas. En este sentido, este documento que sale a hoy a la luz, cumple el rol primordial de permitir contextualizar y definir prioridades en salud y trazar objetivos claros y realistas, diseñar estrategias y actividades que contribuyan a una distribución más equitativa de los recursos en salud; aporta a la gestión como documento guía que debe orientar en la propuesta y elaboración de las políticas de salud, y por tanto en la utilización eficiente de los recursos del Sector Salud.

Hugo Ramón Vásquez Niño

Agente Interventor Superintendencia Nacional de Salud.

Análisis de la situación de salud Departamento de Arauca, año 2011

Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Éstos permiten caracterizar, medir y explicar el contexto de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, sean competencia del sector salud o de otros sectores; también facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (OPS, 1999).

Colombia acogió la propuesta de la OPS desde el año 2000 para avanzar en la construcción de un ASIS Nacional, utilizando como fuente de información las diferentes encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, así mismo las direcciones territoriales de salud a través de los años han elaborado sus propios perfiles epidemiológicos, como base para la planeación y ejecución de planes y proyectos de salud. Sin embargo, se hace necesario realizar un análisis integral de la situación de salud de la población colombiana, identificar sus problemas en salud y priorizarlos, y a partir de allí utilizar con la mayor eficiencia los recursos asignados a cada sector para la resolución de los mismos.³

Este documento se presenta como herramienta útil para la toma de decisiones en Salud y sus condicionantes en todos los niveles, en él se describe la relación entre los eventos de salud y los factores que se relacionan con su ocurrencia y distribución, permitiendo una mirada crítica a la situación de salud de la población Araucana.

Objetivo

Caracterizar la situación de salud de la población Araucana en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de

recursos, servicios y cobertura en salud y según las prioridades nacionales de salud a través de indicadores básicos disponibles en los sistemas de información, con el fin de identificar los problemas, priorizarlos y permitirle a las autoridades tomadoras de decisiones, que estas se formulen a partir del conocimiento objetivo de las población, el proceso salud enfermedad y sus condicionantes.

Específicos:

- » Caracterizar la situación de salud de la población Araucana a través de los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud.
- » Realizar el análisis (distribución y frecuencia) de la morbilidad de la población del departamento de Arauca.
- » Realizar el análisis (distribución y frecuencia) de la mortalidad de la población del departamento de Arauca.
- » Análisis de indicadores de salud
- » identificar los problemas que están afectando a la población del departamento en los diferentes contextos.
- » Priorizar los problemas usando el enfoque poblacional
- » Establecer la línea de base de las diez prioridades nacionales en salud, la morbilidad y la mortalidad.

Metodología

Se llevo a cabo una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Para ello se diseño una estrategia de

³Guía metodológica para ASIS, MPS

investigación documental. En esta investigación se obtuvieron los datos de diversas fuentes de información.

Fue necesario realizar un inventario de fuentes de información; analizar la consistencia de cada fuente, en cuanto a la regularidad de los registros, el contenido, su frecuencia en alimentación y por supuesto el reflejo de la ocurrencia de cada evento mediante la valoración de las variables necesarias para soportar el análisis de la situación de salud del departamento. Fueron tenidas en cuenta como fuentes de información: Unidad Administrativa Especial de Salud, desde todos los programas de la Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control y Subdirección de Seguridad Social; Instrumento aplicado a las IPS Públicas y Privadas de la red de servicios del departamento; Conversatorio con profesionales de las IPS, ESEs y UAESA; resultados de la ENDS-2005, la ENDS-2010, la ENSIN 2010, el censo de población del DANE.

En la primera etapa se realizó la recolección de la información, posteriormente se hizo un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos en Excel que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos permitió agrupar información de morbilidad según lista 298 y los datos de mortalidad según lista 6/67 propuesta por la OPS. Para el procesamiento y análisis de las variables de sexo, edad y género, se utilizó el paquete estadístico Epiinfo versión 3.5. Los resultados se presentan en cuadros de frecuencia y gráficos. A todas las variables se les calculó frecuencias absolutas y relativas y a las de tipo numérica

además de las mediadas ya mencionadas se les calcularon promedios y tasas.

La información suministrada por la Unidad Administrativa Especial de Salud se transformó en bases de datos. En este proceso no se presentó pérdida de registros en ninguno de los archivos. A partir de la exploración inicial se elaboró un reporte que daba cuenta de cada archivo, se realizó entrevista con la persona encargada de la consolidación de los archivos (RIPS) en la Unidad Administrativa Especial de Salud (técnico en sistemas) y se clarificó el contenido de algunos archivos, especialmente los relacionados con la consulta de urgencias en el municipio capital.

Se aplicó un instrumento a las Instituciones Prestadoras de Salud Públicas y Privadas, con objeto de obtener información útil en la construcción de la densidad del recurso humano en Salud. Información procesada y analizada en Excel.

Se realizó trabajo presencial con personal de las IPS y de la UAESA, con el objeto de realizar conversatorios que permitieran mejores acercamientos a las problemáticas.

Una vez finalizado el documento, éste se presentó al equipo de profesionales de la Unidad Administrativa Especial de Salud, con objeto de que realizaran observaciones y/o sugerencias al mismo.

El análisis se presenta en los casos que fue posible, desagregado por municipios, de forma que sirva de insumo a los entes territoriales en la construcción y seguimiento de indicadores del orden local.



Componente 1. Descripción de la situación socio histórico y cultural del territorio



Fotografía: Carlos Lotero

1.1 Caracterización geográfica:

El departamento de Arauca está ubicado en la región este de Colombia, en la parte norte de la Orinoquía Colombiana, entre las coordenadas 6°02' y 7°06' de latitud norte y 69°27' y 72°22' de longitud al oeste del meridiano de Greenwich. Tiene una extensión de 23.818 km², correspondiente al 2,1% del territorio nacional. Limita por el norte y el oriente con la República Bolivariana de Venezuela, por el sur con los departamentos de Casanare y el Vichada (separado de estos por los ríos Casanare y Meta), y por el oriente con el departamento de Boyacá.

Conformado por siete municipios, a saber: Arauca, su capital fundada en 1780; Arauquita fundado en 1675; Cravo Norte fundado en 1874 (se ha fundado 4 veces); Fortul en 1960; Puerto Rondón fundado en 1911; Tame fue fundado en 1628 y Saravena fundada en 1976.

Aproximadamente el 75% de su suelo es llano, pero la cordillera oriental toca sus tierras en el costado occidental.

En el año 2011, presentó una densidad poblacional de 10,52 hab por Km².



1.2 Organización política administrativa:

El departamento de Arauca está dividido en 7 municipios: Arauca, ciudad capital, Arauquita, Cravo Norte, Fortul, Puerto Rondón, Saravena y Tame; un corregimiento, 77 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 5 círculos notariales, con un total de 5 notarías; un círculo principal de registro, con sede en Arauca y jurisdicción sobre todo el departamento.

El circuito judicial de Arauca, con sede en el municipio de Arauca y conformado por los municipios de: Arauca, Cravo Norte y Puerto Rondón.

El circuito judicial de Saravena (Arauca) conformado por los municipios de: Arauquita: Cubara (Boyacá), Fortul, Saravena, Tame.

1.3 Hidrografía

Arauca con grandes recursos hídricos. Todo el sistema fluvial desagua en dirección occidente – oriente, hacia el Orinoco a través de los ríos Arauca, Casanare, Tocoragua, Tame, Cravo Norte, Ele, Lipa, San Miguel y el conjunto Negro - Cinaruco, además cuenta con numerosas quebradas, caños y lagunas.

1.4 Clima

Los vientos alisios del noreste y del sureste, el desplazamiento de la Zona de Convergencia Intertropical y la cordillera Oriental

son los factores principales que determinan el comportamiento climático en el departamento de Arauca. La faja longitudinal entre el piedemonte y el flanco oriental entre 1.000 y 2.000 m sobre el nivel del mar es el área más lluviosa; su precipitación alcanza hasta 4.000 mm anuales, en contraste con las áreas de menor lluviosidad, las cuales se ubican en alturas superiores a 4.000 m sobre el nivel del mar en la sierra nevada del Cocuy y en el sector oriental del departamento, donde la precipitación anual es menor de 1.500 mm.

El régimen de lluvias es básicamente monomodal, con una temporada de lluvias que comprende los meses de marzo a noviembre. En el territorio se encuentran los pisos térmicos cálido, templado, frío y nieve en las cumbres de la sierra nevada del Cocuy los cuales se comparten con el departamento de Boyacá el parque nacional natural de El Cocuy; lo correspondiente a los pisos térmicos cálido tienen influencia en todos los municipios del departamento siendo más evidente en los municipios de Arauca capital, Cravo Norte y Arauquita, Puerto Rondón y Fortul.

1.5 Actividades económicas

Su economía se basa principalmente en la explotación de petróleo, iniciada desde el año 1.985, un año antes, las incipientes instalaciones del campo petrolero, habían sufrido el primer atentado terrorista.

Sin embargo, esta es una tierra ganadera por excelencia. El modo de vida de los Araucanos se fundamenta en su geografía y cultura producto de la mezcla entre indígenas y españoles. De los aborígenes, las prácticas de cacería y pesca; de los españoles, las actividades agrícolas y pecuarias como la recogida periódica del ganado (en la región del pie de monte), la marcación con hierro y su conducción a territorios lejanos, para las cuales es indispensable el empleo del caballo.

La actividad ganadera se centra en la cría, levante y engorde de vacunos. La producción agrícola se destina principalmente a satisfacer la demanda local.

Entre los cultivos se destacan el plátano, cacao, maíz tradicional, yuca, arroz secano mecanizado, café y caña panelera.

La pesca de bagre, bocachico y cachama constituye un renglón de cierta importancia; su producción se distribuye hacia Cúcuta, Bucaramanga, Ibagué, Cali y Santafé de Bogotá D.C.

1.6 Vías de comunicación

Terrestre: El departamento de Arauca cuenta con una red de carreteras y carreteables que conecta a las diferentes localidades entre sí. El tramo que comunica los departamentos de Casanare y Arauca hasta su capital, pasando por Tame, se encuentra en buen estado; de éste se desprende una serie de ramales que conducen a Saravena y Puerto Rondón; esta última no pavimentada y en regular estado. En época de invierno su tránsito es bastante dificultoso.

Del municipio de Arauca salen 3 vías que conducen al centro del departamento, a Cravo Norte y a la República de Venezuela. La vía entre el municipio capital y el municipio de Cravo Norte, es una vía sin pavimentar y casi que intransitable en época de invierno. El servicio es prestado por las empresas de buses, busetas y taxis.

Fluvial: La vía fluvial es el modo de transporte entre los poblados menores o de transporte de carga mayor hacia los centros de acopio del departamento; los ríos Arauca y Casanare permiten la navegación por embarcaciones medianas y mayores con algunas restricciones; los municipios de Arauca en el río Arauca y Cravo Norte en el Casanare son sede de inspecciones fluviales.

Aérea: Existen 6 aeropuertos distribuidos en los municipios de Arauca, Arauquita, Cravo Norte, Puerto Rondón, Saravena y Tame.

1.7 Turismo

Arauca es la tierra del Joropo. como en toda la Orinoquía, el canto, la música, las danzas, las costumbres, mitos y leyendas son manifestaciones de la riqueza cultural llanera. El joropo es el género que expresa las actividades realizadas por los llaneros.

En todos los municipios se llevan a cabo actividades como peleas de gallos, el coleo y por supuesto, las fiestas patronales de cada municipio.

Cuadro 1: Festividades Departamento de Arauca

Mes	Municipio	Celebración
Febrero	Arauca	Fiestas de la candelaria en Caracol Festival de Verano
Marzo	Cravo Norte	Festival internacional del canto Sabanero Tameño Nato
Abril	Saravena Arauca	Festival Internacional de música Llanera " Arpa Llanera" Festival el Centauro de Oro – Colegio General Santander
Mayo	Arauca	Festival del Samuro Blanco (Feliciano)
Junio	Arauca	Fiestas del Ilanero Autentico
Agosto	Tame Arauquita	Ferias y Fiestas Patronales Ferias San Lorenzo de Arauquita
Noviembre	Saravena Fortul	Festival del Coleo Ferias y Fiestas
Diciembre	Arauca Puerto Rondón	Festival Internacional del Joropo "Santa bárbara de Arauca" Fiestas Patronales

1.8 Aspectos históricos:

El nombre de Arauca viene de Arawak, una de las tribus indígenas que habitaban en la región. Se ha establecido que hacia 1.530 los Guahibos, Achaguas, Sálibas, Tunebos, Betoyes, Giraras y otros grupos habitaban las sabanas y las estribaciones de la cordillera. Algunos pertenecían a la nación Arawak.

El territorio fue descubierto por Jorge Espira en 1536. Un año más tarde, procedente del Puerto de Coro en Venezuela, el alemán Nicolás de Federman llegó a suelo araucano con miras a su conquista. En 1628 comenzó la colonización española, la que se prolongó hasta la fundación de la República de Colombia.

Arauca perteneció políticamente a la región de los llanos, formó parte de la provincia de Casanare y de los departamentos de Cundinamarca y Boyacá.

En 1911 se creó la Comisaría Especial de Arauca y en 1953, fue elevada a la categoría de Intendencia Nacional. Con la Constitución Política, en 1991 fue creado el departamento de Arauca.

En el año 2011, su población fue de 250.569 y las proyecciones para el año 2012 dan cuenta de 253.565 habitantes.

Durante la colonización española se trajeron esclavos negros para el trabajo de las haciendas. Las tres etnias se mezclaron dando origen al criollo de la sabana, el llanero, el hombre de a caballo.

Componente 2. Caracterización sociodemográfica de la población



Fotografía: Carlos Lotero

2.1 Estructura de la población

En el año 2011, según proyecciones DANE partir del censo del 2005, la Población estimada del Departamento fue de 250.569 habitantes, correspondientes al 0,54% de toda la población del País.

2.1.1 Distribución por área

La urbanización, considerada como el proceso de concentración de la población en un número reducido de núcleos, es, junto con la modernización de la sociedad y la industrialización, uno de los fenómenos sociales más característicos del siglo XX.⁴

El departamento presenta una mayor concentración de población en el área urbana, que se corresponde con la distribución poblacional en el país. Del total de habitantes del departamento, 155.561 personas (62,08%) correspondieron a población del área urbana, definiendo para el departamento una concentración media - alta en cabeceras (entre 60 y 80%) de acuerdo a la clasificación del DANE.

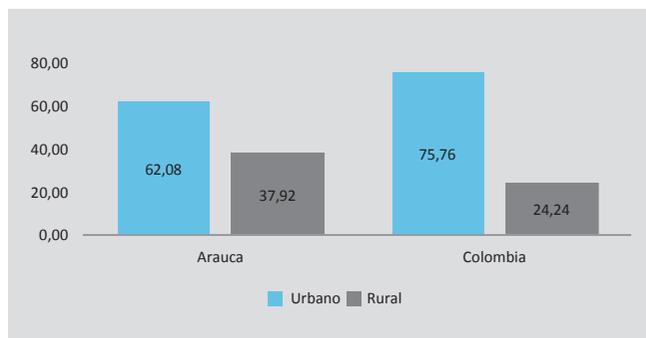
La población del área rural, en términos de porcentaje, presenta una mayor densidad poblacional (37,92%) frente a la observada en el país (24,24%).

Cuadro 2: Distribución de la población por área

		Arauca	Colombia
Urbano	Población	155.561	34.882.971
	Porcentaje	62,08	75,76
Rural	Población	95.008	11.160.725
	Porcentaje	37,92	24,24
Total		250.569	46.043.696
		100,00	100,00

Fuente: Proyecciones DANE censo 2005

Grafico 1: Comparación de la distribución porcentual según área, año 2011



⁴ http://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm

Cuadro 3: distribución de la población por sexo
Departamento de Arauca, año 2011

2.1.2 Distribución de la población por género y municipio

Existe una leve diferencia entre población de género masculino y femenino; en el departamento los hombres correspondieron al 50.43% (126.350 personas) del total de la población. Por su parte las mujeres sumaron 124.219 personas.

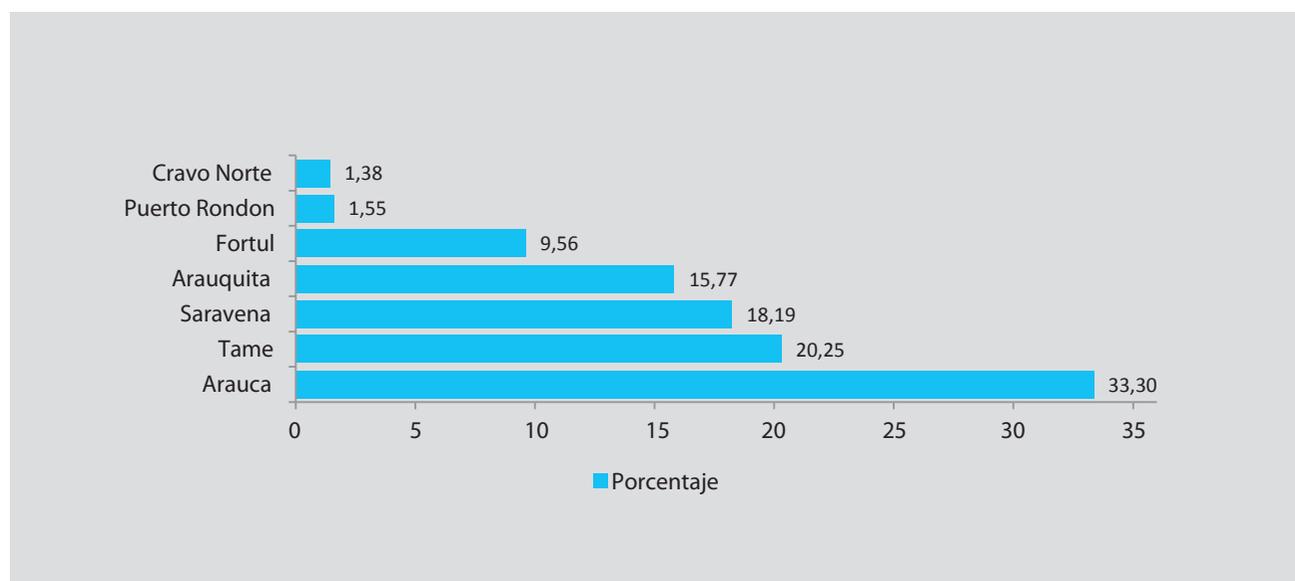
No ocurre lo mismo al interior de los municipios, en este sentido, en los municipios de Arauca, Cravo Norte y Fortul existe una ligera mayoría en la población de sexo femenino.

Municipio	TOTAL	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje
Arauca	83.433	41.451	49,68	41.982	50,32
Arauquita	39.523	19.814	50,13	19.709	49,87
Cravo Norte	3.462	1.728	49,91	1.734	50,09
Fortul	23.955	11.967	49,96	11.988	50,04
Puerto Rondón	3.882	2.026	52,19	1.856	47,81
Saravena	45.583	23.281	51,07	22.302	48,93
Tame	50.731	26.083	51,41	24.648	48,59
Departamento	250.569	126.350	50,43	124.219	49,57

Fuente: Proyecciones de la Población – DANE

El municipio que concentra el mayor porcentaje de la población es Arauca con el 33,30% del total; le siguen en su orden Tame con el 20,25% y Saravena con el 18,19% del total. Estos tres municipios agruparon el 71,74% de la población del departamento.

Grafico 2: Distribución porcentual de la población por municipios
Departamento de Arauca, año 2011



En el cuadro siguiente se muestra la distribución de la población por municipios desde el año 2000 al 2011, se evidencia en la mayoría de los municipios un crecimiento demográfico moderado como resultado de las proyecciones que hace el Dane las cuales están soportadas técnicamente en gran parte por las estadísticas vitales del departamento.

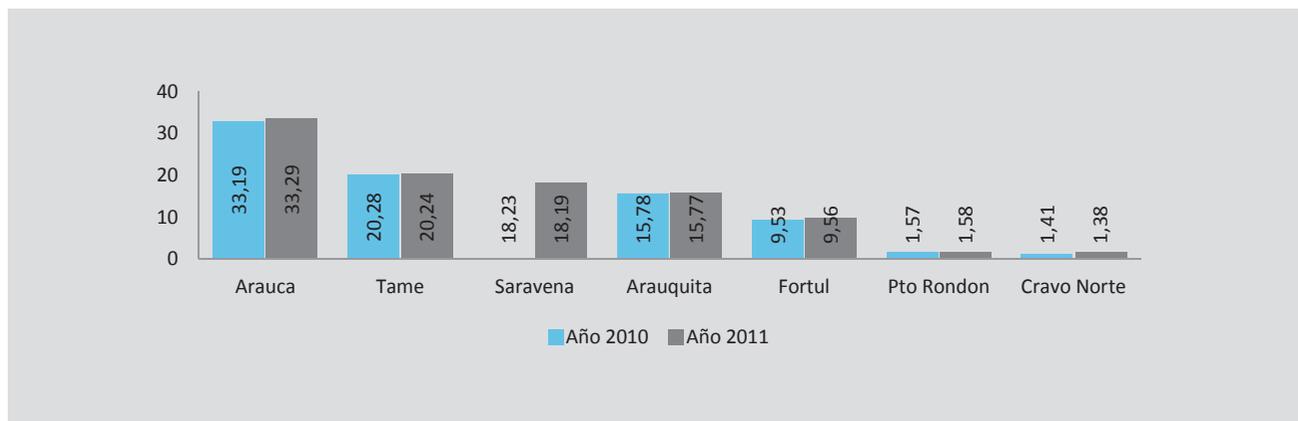
*Cuadro 4: Población por municipios y años.
Departamento de Arauca, años 2000 – 2011*

Municipio / Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Arauca	68216	70407	72156	73516	74597	75557	76902	78239	79544	80848	82149	83433
Araucuita	35035	35540	35916	36201	36453	36745	37224	37690	38147	38615	39067	39523
Cravo Norte	4051	3982	3901	3814	3731	3661	3624	3592	3562	3531	3493	3462
Fortul	19.889	20.443	20.897	21.266	21.571	21.851	22.200	22.539	22.896	23.244	23.595	23.955
Puerto Rondón	4.201	4.165	4.116	4.061	4.007	3.962	3.947	3.932	3.918	3.905	3.893	3.882
Saravena	40.973	41.598	42.032	42.320	42.534	42.766	43.252	43.737	44.223	44.677	45.134	45.583
Tame	43.614	44.841	45.813	46.560	47.126	47.576	48.103	48.632	49.156	49.687	50.210	50.731
Total	215979	220976	224831	227738	230019	232118	235252	238361	241446	244507	247541	250569

Fuente: Proyecciones DANE censo 2005

Al realizar la comparación de la participación porcentual de la población de cada municipio frente al departamento entre los años 2010 y 2011, no se evidencian cambios importantes entre uno y otro año.

Grafico 3: Distribucion porcentual de la Poblacion del Departamento de Arauca, segun Municipios. Años 2010 - 2011



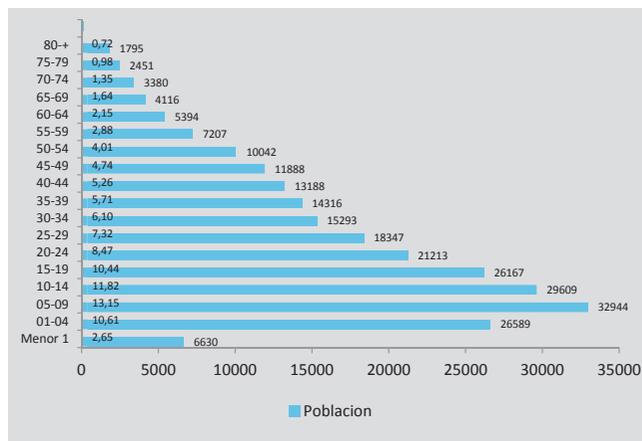
2.1.3 Distribución de la población por grupos quinquenales de edad

El mayor peso porcentual correspondió al grupo entre 5 y 9 años de edad, estos representaron el 13,15% del total de habitantes del departamento, la población entre 10 y 14 años sumo el 11,82%, seguida de los niños entre uno (1) y cuatro (4) años con 10,61% del total. (Grafico 4)

Cabe destacar que el 81,53% de la población no supero los 45 años de edad. (Cuadro 5)

Cuadro 5: Estimaciones de población según censo DANE 2005 por Sexo y Grupos quinquenales de edad. Departamento de Arauca, año 2011

Grafico: 4 Población por grupos de edad Departamento de Arauca, año 2011



Grupos de edad/ Genero	Masculino		Femenino		Total		Fr Acumulada
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Menor 1	3384	2,68	3246	2,61	6630	2,6	2,65
01-04	13544	10,72	13045	10,50	26589	10,6	13,26
05-09	16724	13,24	16220	13,06	32944	13,1	26,41
10-14	15031	11,90	14578	11,74	29609	11,8	38,22
15-19	13140	10,40	13027	10,49	26167	10,4	48,66
20-24	10858	8,59	10355	8,34	21213	8,5	57,13
25-29	9476	7,50	8871	7,14	18347	7,3	64,45
30-34	7751	6,13	7542	6,07	15293	6,1	70,56
35-39	7020	5,56	7296	5,87	14316	5,7	76,27
40-44	6262	4,96	6926	5,58	13188	5,3	81,53
45-49	5735	4,54	6153	4,95	11888	4,7	86,28
50-54	5042	3,99	5000	4,03	10042	4,0	90,28
55-59	3776	2,99	3431	2,76	7207	2,9	93,16
60-64	2770	2,19	2624	2,11	5394	2,2	95,31
65-69	2073	1,64	2043	1,64	4116	1,6	96,96
70-74	1686	1,33	1694	1,36	3380	1,3	98,31
75-79	1190	0,94	1261	1,02	2451	1,0	99,28
80+	888	0,70	907	0,73	1795	0,7	100
Total	126350	100	124219	100	250569	100	
Proporción MEF (15 -49)					48,44		
Proporción población menor 15 años					38		
Proporción de población 15 a 19 años					10,4		
Proporción Población de 60 años y mas					6,8		

Fuente: Proyecciones DANE censo 2005

2.1.4 Distribución de la población según grupos de ley de infancia y adolescencia

De acuerdo al código de infancia y adolescencia se entiende por niño o niña, las personas entre los 0 y los 12 años de edad, de los cuales el grupo entre 0 y 5 años corresponden a la primera infancia y los de 6 a 12 años a la infancia propiamente dicha. Los adolescentes son las personas entre los 13 y los 18 años de edad y juventud quienes están entre los 19 y 26 años. Esta separación por grupos de edad es considerada de gran importancia, y utilidad pues las necesidades, problemas y expectativas varían considerablemente en cada uno de los grupos.

En este sentido, 15,95% de la población correspondió a niños y niñas de la primera infancia, 17,77% a niños, niñas de la infancia, 13,01 a personas adolescentes y 13,45% a jóvenes.

Cuadro 6: Distribución de la Población de Niños, Niñas y Adolescentes Departamento de Arauca, año 2011

Grupo	Total		Hombres		Mujeres	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Primera Infancia (0 - 5)	39907	15,93	20326	16,09	19581	15,76
Infancia (6 - 12)	44526	17,77	22603	17,89	21923	17,65
Adolescencia (13 - 18)	32597	13,01	16431	13,00	16166	13,01
Juventud (19 - 26)	33698	13,45	17239	13,64	16459	13,25
Población total	250569		126350	100	124219	100

Fuente: Proyecciones DANE censo 2005

2.1.5 Tasa de crecimiento poblacional

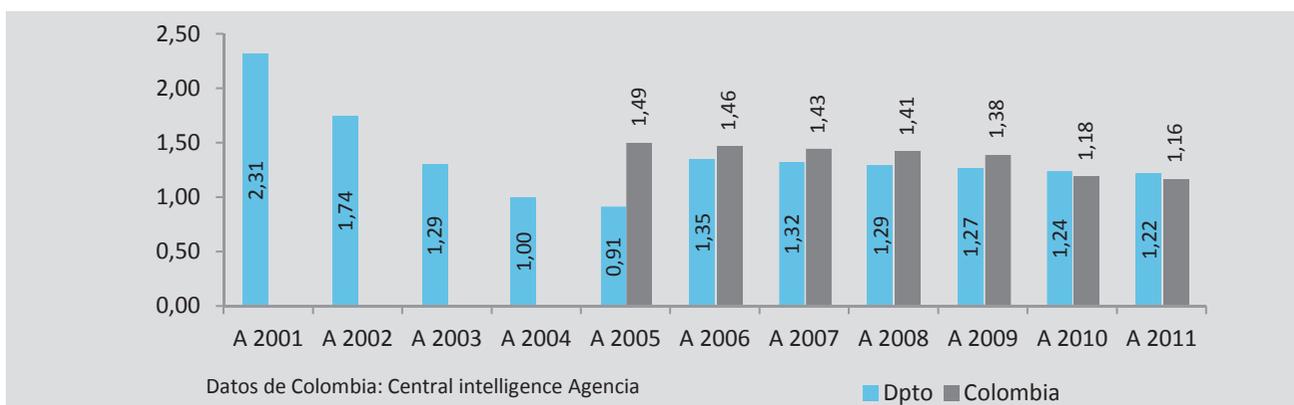
Se refiere al diferencial que mide el crecimiento o decrecimiento de la población. Específicamente, la tasa de crecimiento demográfico se refiere ordinariamente al cambio en la población durante un período de tiempo, expresado a menudo como un porcentaje del número de individuos sobre la población inicial de dicho período.

La estimación de la razón de crecimiento poblacional en el departamento, indica una tendencia a disminuir sin que ésta sea negativa, desde el año 2001. Este indicador está relacionado con el éxito o fracaso de los programas de SSR, los cuales tienen como línea de acción la reducción de la natalidad, la decisión de partos deseados, el control en la planificación familiar; así mismo se ve influenciada por el comportamiento de la mortalidad y de las mejores condiciones de vida, entre ellas mayor acceso a educación de la población.

El crecimiento demográfico esta entonces, determinado por el equilibrio entre las tasas de natalidad, mortalidad y procesos migratorios. A su vez, las tasas tanto de mortalidad y natalidad, son influidas, por el concurso de diversos sectores entre los cuales es importante destacar el sector educativo, servicios públicos domiciliarios, agricultura, ganadería, infraestructura, salud, entre otros.

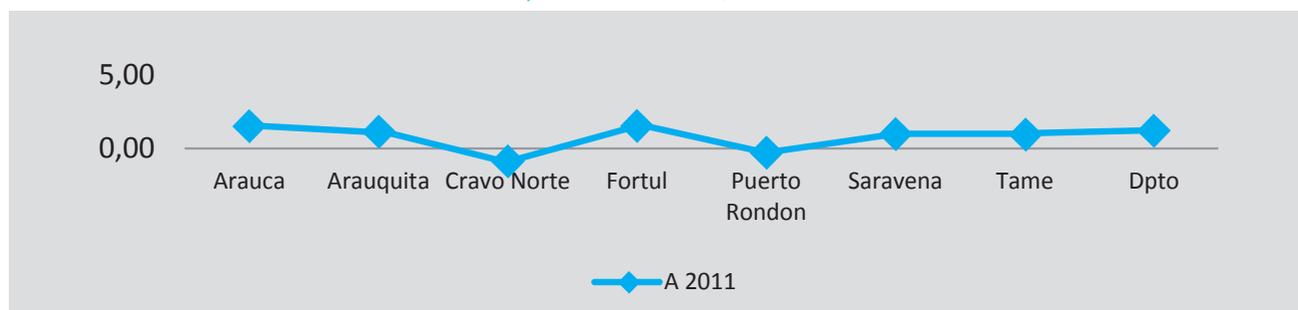
El mayor crecimiento se experimento en el año 2001, con reducciones importantes hasta el año 2005, tiempo en el cual el DANE adelanto el último censo registrado hasta la fecha en el País. La tendencia poblacional del departamento se corresponde con el comportamiento similar al de la Nación; sin embargo, se advierte que ha sido más marcada la reducción a nivel nacional.

Grafico 5: Razon de crecimiento poblacional comparada Colombia vs Arauca Departamento de Arauca, año 2001 - 2011



Al interior de los municipios, es evidente que en Cravo Norte y Puerto Rondón, se presenta un decrecimiento poblacional, atribuido seguramente a los procesos de desplazamiento masivos a finales de los años 90; de hecho, al estimar la tasa de crecimiento demográfico por municipios y años, se advierte este comportamiento en estos dos municipios desde el año 2000 sin que a la fecha se muestren modificaciones en las tendencias.

*Grafico 6: Tasa de crecimiento poblacional.
Departamento de Arauca, año 2011*



2.1.6 Pirámide Poblacional

La pirámide poblacional del departamento es progresiva, típica de regiones subdesarrolladas. Con un gran porcentaje de población menor de cinco años (13,26%). Difiere de la pirámide a nivel nacional, puesto que esta última muestra un mayor porcentaje de población adulta en comparación con la del departamento.

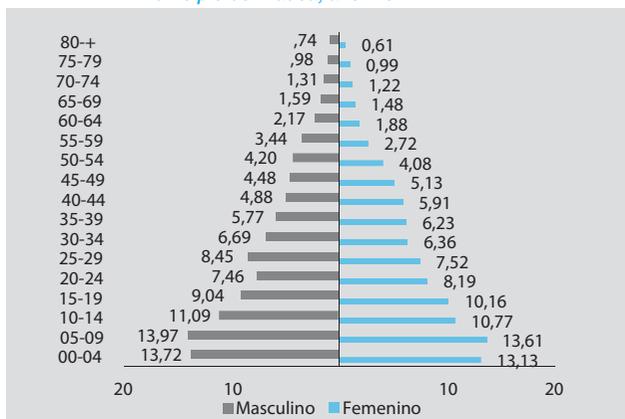
No obstante, se destaca, que entre el año 2005 y el 2011, se aprecia cierta tendencia de envejecimiento, dado que la población mayor de 65 años creció de 4,22 a 4,69%. En contraste con una reducción del porcentaje de población menor de un año, el cual pasó de 14,71% en el 2005 a 13,11% en el 2011; cambio importante en la composición por edades, derivado de una menor participación de población infantil como consecuencia del descenso de los niveles de la fecundidad; el

departamento de Arauca, paso de una tasa global de fecundidad de 4,21 en el año 1993 a 2,97 en el 2005; mientras que Colombia paso de 3,15 a 2,48 en el mismo periodo⁵

*Grafico 7: Piramide Poblacional
Departamento de Arauca, año 2011*



*Grafico 8: Piramide Poblacional
Municipio de Arauca, año 2011*



a) Pirámides poblacionales municipales

Pirámide poblacional municipio de Arauca

En el municipio de Arauca se presentó una mayor participación de los hombres desde los cero hasta los 14 años de edad. Con una reducción porcentual evidente entre los 15 y 24 años, situación que vuelve a presentarse entre 35 a 49 años de edad. La pirámide es de tipo progresiva. Según cifras del Dane la población Araucana tiene una esperanza de vida de 70,53 años y por genero hombres 66,39 y en las mujeres de 74,89 años.

⁵http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

Pirámide poblacional municipio de Arauquita

El municipio de Arauquita presentó un comportamiento similar al municipio capital. Guarda una estrecha relación con la pirámide del departamento

Son evidentes unas entrantes entre los 15 y 24 años de la población masculina, comportamiento seguramente motivados por la situación de conflicto que vive el municipio.

Grafico 9: Piramide Poblacional Municipio de Arauquita, año 2011



Pirámide poblacional municipio de Cravo Norte

Igual que la pirámide del departamento, Cravo Norte presenta una pirámide de tipo progresiva. Son relativamente pequeñas las diferencias entre los menores de un año masculinos y las femeninas.

Igual que lo observado en las anteriores pirámides poblacionales, en el municipio de Cravo Norte, la proporción de la población masculina se reduce frente a la femenina entre los 15 y 24 años y entre los 35 y 49 años de edad.

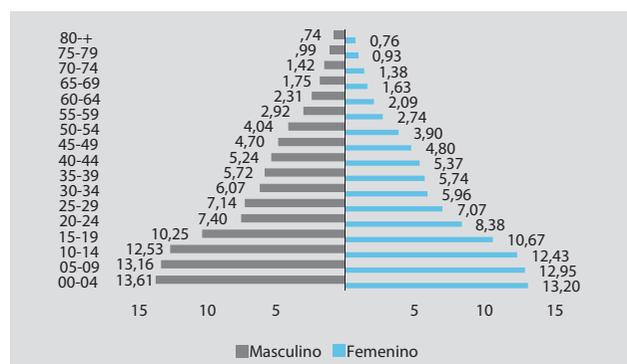
Grafico 10: Piramide Poblacional Municipio de Cravo Norte, año 2011



Pirámide poblacional municipio de Fortul

Pirámide de tipo progresiva, muy similar a la pirámide departamental. Con una reducción importante de población masculina entre los 15 y 25 años de edad.

Grafico 11: Piramide Poblacional Municipio Fortul, año 2011



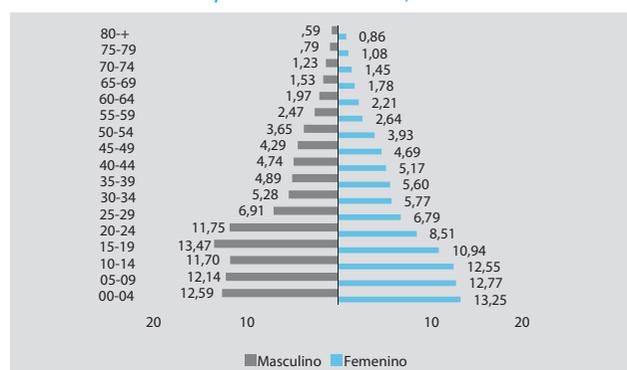
Pirámide poblacional municipio de Puerto Rondón

Aunque presenta una pirámide de tipo progresiva, el municipio de Puerto Rondón, ostenta diferencias importantes frente a las pirámides hasta aquí analizadas.

Su población femenina hasta los 14 años es mayor frente a la masculina.

Entre los 15 y 24 años se evidencian unas salientes bien marcadas en la pirámide; relacionadas seguramente con procesos de desplazamiento (inmigrantes). Según datos de acción social, el 30,05% de la población del municipio se encuentra en condición de desplazamiento.

Grafico 12: Piramide Poblacional Municipio de Puerto Rondon, año 2011

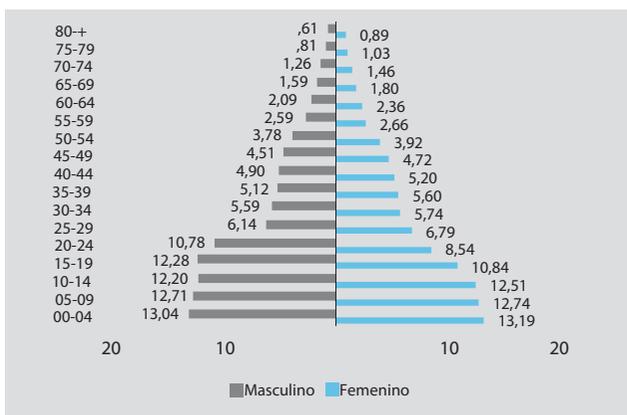


Pirámide poblacional municipio de Tame

Pirámide de tipo progresiva.

Se evidencia una disminución del porcentaje de hombres frente a las mujeres entre los 15 y 19 años. Luego a partir de los 30 años de edad.

Grafico 12: Piramide Poblacional Municipio de Puerto Rondon, año 2011



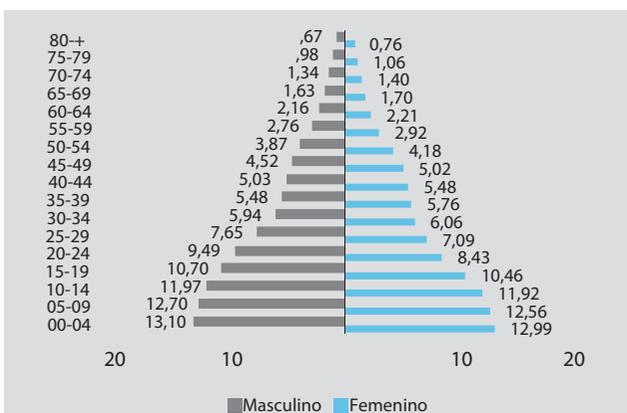
Pirámide poblacional municipio de Saravena

Pirámide de tipo progresiva, con semejanzas a la estructura de la población de Puerto Rondón.

Hasta los 14 años hay mayor predominio de mujeres.

Se presenta una depresión significativa de la población masculina entre los 20 a 25 años de edad, a partir de la cual nuevamente prevalece la población femenina.

Grafico 13: Piramide Poblacional Municipio Tame, año 2011



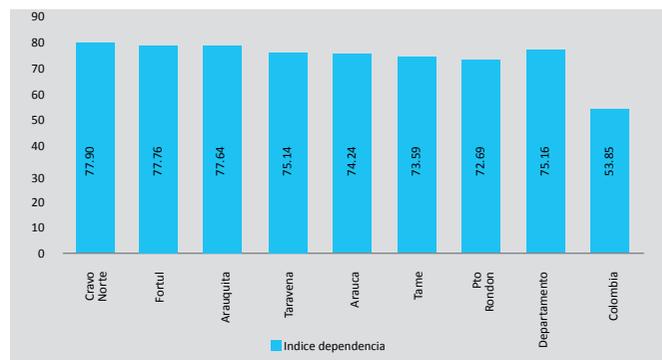
2.2 Índice de dependencia

El índice de dependencia posibilita tres aproximaciones: el índice de dependencia juvenil, el índice de dependencia senil y el índice de dependencia general. El primero, se calcula bajo el supuesto de que quienes demandan cuidado están en el extremo inferior de la estructura poblacional (0 a 14 años); el segundo en función de que quienes lo hacen tienen más de 64 años y el tercero en función de que toda la población es demandante de cuidado. Estos tres índices se correlacionan con la población que oferta servicios de cuidado, ubicada entre los 15 y 64 años, sin distinción de sexo.

En el conjunto del departamento, el índice de dependencia general en el año 2011 fue de 75,16%. Así las cosas, de cada 100 Araucanos en edad de trabajar, 75,16 se encuentran prácticamente fuera del mercado de trabajo bien por no haber alcanzado el mínimo legal establecido para incorporarse a él, bien por haber cumplido la edad habitual de jubilación.

Al interior de los municipios, se aprecia que Arauquita, enfrentó el mayor índice de dependencia general. Las cifras entre los municipios oscilaron entre 77,64% y 72,69%, correspondiendo la menor al municipio de Puerto Rondón.

Grafico 15: Índice de dependencia por municipios Departamento de Arauca, año 2011



El Departamento de Arauca mostró un índice de dependencia general superior al observado en el nivel nacional. La cifra observada en el país fue de 53,85% frente a 75,16% del departamento.

El índice de dependencia juvenil fue de 66,95% y el de dependencia senil fue de 8,71%. Esto implica que quienes demandan mayor cuidado son las personas entre 0 y 14 años.

Frente al país, el departamento registró un índice de dependencia senil más bajo, esto se relaciona con lo mencionado.

anteriormente en el análisis de la estructura poblacional de una mayor participación porcentual en el país de personas mayores de 65 años frente a las observadas en el departamento.

Así mismo, fue menor el índice de envejecimiento en el departamento de Arauca; se registraron en el año 2011, alrededor de 12,16% adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. En Colombia este indicador fue de 24,33% personas de 65 y mas años por cada 100 menores de 15 años.

*Cuadro 7: Índice de dependencia económica.
Departamento de Arauca, año 2011*

Municipio	Índice de dependencia general	Índice de dependencia juvenil	Índice de dependencia Senil	Índice de envejecimiento
Cravo Norte	77,90	69,32	8,58	12,38
Fortul	77,76	69,23	8,53	12,33
Arauquita	77,64	68,87	8,77	12,74
Saravena	75,14	66,88	8,26	12,35
Arauca	74,24	66,46	7,78	11,71
Tame	73,59	65,31	8,28	12,67
Puerto Rondón	72,69	64,68	8,01	12,38
Departamento	75,16	66,95	8,21	12,26
Colombia	53,85	43,31	10,54	24,33

Fuente: Proyecciones DANE censo 2005

2.3 Movilidad de la Población en el departamento

Para efectos de este análisis y dada la poca disponibilidad de información al respecto, ese aspecto sólo fue analizado desde la situación de desplazamiento forzoso en el departamento, a partir de la información disponible en la página web de acción social de la Presidencia de la Republica RUPD (Registro Único de Población Desplazada).

Colombia es un país afectado en gran medida por el fenómeno de desplazamiento o migración interna de personas, como consecuencia de procesos de conflicto armado o desastres naturales; el departamento de Arauca, no escapa a esa realidad; históricamente se ha comportado como departamento receptor de personas desplazadas pero al mismo tiempo como expulsor, situación que se hace evidente en unos municipios más que en otros.

Este, es un fenómeno de importancia para el país, no solo porque involucra un número considerable de personas, sino además porque no se vislumbran soluciones cercanas al conflicto armado que genera

movilizaciones masivas internas y éxodo del país. Este hecho tiene repercusiones directas sobre la economía de las regiones y por supuesto sobre la salud de las poblaciones.

Habitualmente, las personas y familias afectadas por este fenómeno proceden, especialmente de las áreas rurales y derivan su sustento de actividades que requieren poca calificación profesional como la agricultura. Una vez son forzadas a migrar de una forma precipitada, apenas con unas pocas pertenencias, ingresan a los cinturones de miseria de grandes y medianas ciudades, donde sus actividades laborales usuales no tienen demanda y por lo tanto, deben competir con gran desventaja, en un mercado laboral afectado por la situación económica de las regiones y en un buen porcentaje, se convertirán en desempleados o realizarán actividades como las ventas ambulantes, donde tienen más oportunidad de desenvolverse.

Dentro de los factores de riesgo para su salud, se destacan el hacinamiento, condiciones de insalubridad, dificultades de acceso a la educación, alimentación inadecuada. Sumado a esto, los cambios en la composición familiar y la discriminación de que puede ser objeto (UNICEF, 1999); sin tener en cuenta las repercusiones psicosociales que generan trastornos de la conducta y del comportamiento.

Se estima que desde el año 1997 a la fecha, en el departamento de Arauca, se han desplazado alrededor de 45928 personas (Declarantes). Un poca más del 50% correspondió a población de género femenino, factor que se puede traducir en desventaja para la obtención de empleo por diversas razones, como menos oportunidad por discriminación de género, dificultad para cumplir con horarios de trabajo debido a responsabilidad sobre los menores de edad dependientes en la familia, falta de capacitación lo que en algunas ocasiones conduce a descomposición familiar y violencia con salida a la prostitución y delincuencia.

El 65% de la población en situación de desplazamiento en el departamento de Arauca, se encuentra afiliado al SGSSS;⁶ sin embargo, es importante anotar que una gran proporción de estas personas llegan al departamento con carnet de afiliación de sus departamentos de expulsión.

2.3.1 Desplazamiento por declaración

La población en situación de desplazamiento en el departamento correspondió al 18,33% del total de su población. Al interior de los municipios, en Puerto Rondón se registró el 31,35% de población en situación de desplazamiento frente al total de la población de este municipio y en Tame el 24,06%. El municipio con la menor

⁶ Oficina de Aseguramiento - UAESA

proporción de población en situación de desplazamiento correspondió al municipio de Arauquita el cual registró el 10,91% del total de población.

La mayor concentración de desplazados se dio en el municipio capital con el 33,59% del total de desplazados en el departamento. Cravo Norte por su parte, registro el menor porcentaje de desplazados.

Cuadro 8: Población en situación de Desplazamiento por municipio de declaración Departamento de Arauca, año 2011

Municipio	Total	Porcentaje población desplazada	Porcentaje frente al total de la población total del mpio	Población Total
Arauca	15427	33,59	18,49	83433
Arauquita	4313	9,39	10,91	39523
Cravo Norte	470	1,02	13,58	3462
Fortul	3158	6,88	13,18	23.955
Puerto Rondón	1224	2,67	31,53	3.882
Saravena	9132	19,88	20,03	45.583
Tame	12204	26,57	24,06	50.731
Total	45928	100,00	18,33	250569

Fuente: pagina web Acción Social

Del total de personas en situación de desplazamiento en el departamento de Arauca, el 11,95% (5491 niños) correspondió a niños y niñas de la primera infancia.

Cuadro 9: Población en situación de Desplazamiento por municipio de declaración Departamento de Arauca, años 1997 a 2011

Municipios	Primera Infancia	Niño	Adolescente	Adulto	Persona Edad	Persona edad avanzada	Persona edad muy avanzada	ND
Arauca	1925	2585	2161	7747	419	259	100	194
Arauquita	625	821	608	2006	146	65	22	11
Cravo Norte	39	80	78	237	14	11	8	3
Fortul	445	576	434	1348	73	40	11	225
Puerto Rondón	108	173	176	629	22	24	9	82
Saravena	1057	1560	1132	4061	236	112	46	916
Tame	1292	2003	1609	5255	327	190	64	1444
Departamento	5491	7798	6198	21283	1237	701	260	2875

Fuente: <http://www.dps.gov.co/EstadisticasDesplazados/GeneralesPD>

2.3.2 Desplazamiento por expulsión

Las cifras de expulsión son determinantes frente a la situación de riesgo y vulnerabilidad de la salud física y mental afectada por la pérdida de su estabilidad emocional, social y económica de quienes se desplazan y sus familias. Se reportaron en ese año, 17722 hogares y 69926 personas afectados. De éstas, 9288 eran adultos, 7846 eran niños y niñas de la primera infancia 11468 niños y niñas. (Cuadro 10)

CCuadro 10: Población en situación de Desplazamiento por municipio de Expulsión. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011

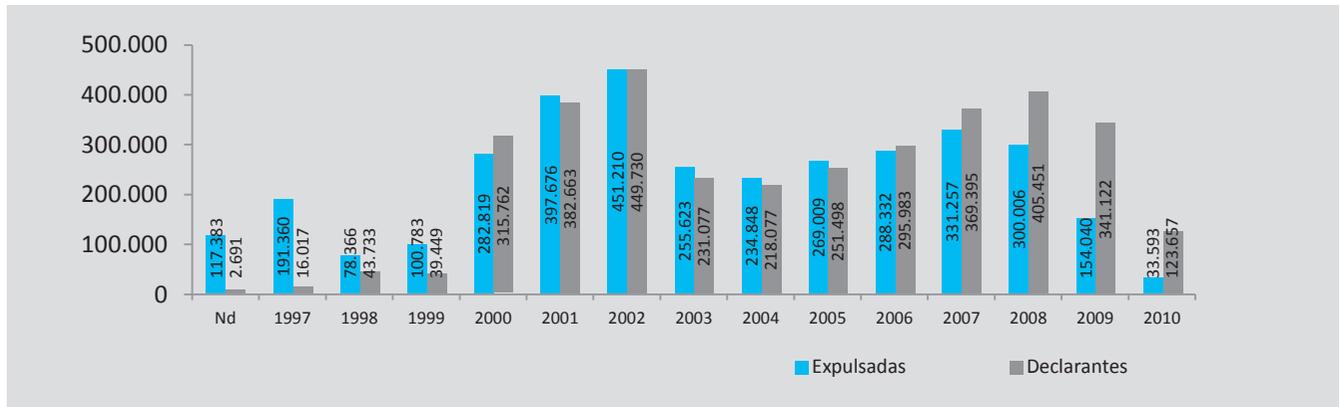
Municipios	Primera Infancia	Niño	Adolescente	Adulto	Persona Edad	Persona edad avanzada	Persona edad muy avanzada	ND
Arauca	1034	1589	1330	4896	275	154	76	147
Arauquita	1557	2100	1672	6034	336	160	57	327
Cravo Norte	150	270	305	1094	69	58	21	104
Fortul	555	713	532	2020	110	38	14	44
Puerto Rondón	189	330	256	997	55	36	12	105
Saravena	1000	1464	1083	4746	281	126	47	230
Tame	3361	5001	4109	14706	821	443	158	2332
Sin dato	0	1	1	2	0	1	0	1
Departamento	7846	11468	9288	34495	1947	1016	385	3290

Fuente: <http://www.dps.gov.co/EstadisticasDesplazados/GeneralesPD>

2.3.3 Tendencias comparadas

En Colombia se observa que entre el año 1997 y 2005, fecha en la que se invierte este comportamiento, ha sido mayor el número de desplazados que emigran (expulsados) frente a los que llegan.

Grafico 16: Numero de personas incluidas en el registro unico de población desplazada, según año de desplazamiento y de presentación de la declaración. Colombia



http://www.dps.gov.co/Estadisticas/SI_266_Informacion

2.4 Sector educativo

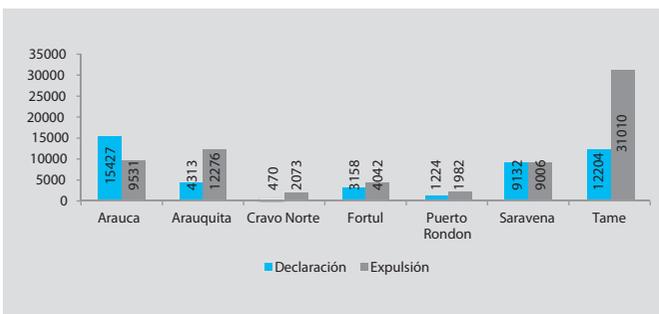
Al analizar los datos del departamento, desagregados por municipios, se aprecia que el municipio Capital presenta diferencias importantes entre el número de expulsados frente a los declarantes, siendo mayor este último. En el municipio de Saravena se observa una ligera preponderancia de los declarantes aunque no es tan significativa como la evidenciada en Arauca.

La educación pública esta a cargo del gobierno, quien proporciona la planta física y docente, y hasta materiales didácticos, para la realización de los estudios. Es objetivo de la educación pública la accesibilidad de toda la población a la educación, y generar niveles de instrucción deseables para la obtención de una ventaja competitiva.

Los restantes municipios expulsan un mayor número de personas que las que llegan como resultado del proceso de desplazamiento forzoso. Siendo más crítico este comportamiento en los municipios de Tame y Arauquita

De acuerdo a la resolución 2022 del 2010 del Ministerio de Educación Nacional, la certificación de coberturas se da en los rangos siguientes:

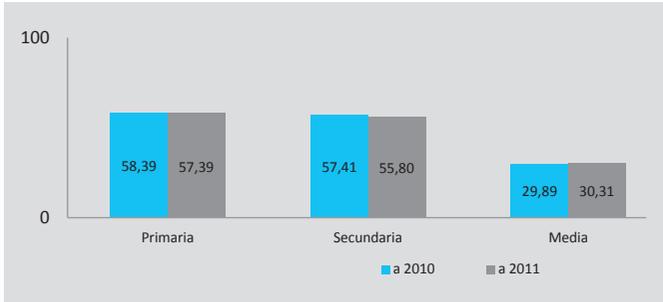
Grafco 17: Comparativo por municipios según periodo. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011



- Preescolar: 5 años
- Básica Primaria: 6 – 10 años
- Básica secundaria: 11 – 14 años
- Media: 15 – 16 años

Las coberturas aquí presentadas fueron calculadas en el caso de básica primaria en el grupo de 7 a 11 años, para secundaria en el grupo de 12 a 15 años y la media en el grupo de edad de 16 a 17 años. En este sentido el departamento de Arauca reportó coberturas netas de educación básica primaria de 57,39%, básica secundaria con 55,8% y en la educación media la cobertura fue sólo del 30,31%. Es evidente un ligero descenso de las coberturas de básica primaria y secundaria frente a lo obtenido en el año 2010.

Grafico 18: Coberturas netas en los niveles de Básica Primaria, Básica secundaria y Media
Departamento de Arauca, año 2011



Durante el año 2010, la población escolarizada en el nivel preescolar fue de 5002 niños y niñas. En el año 2011, se aumentó en 332 niños y niñas. La población escolarizada de básica secundaria, presentó una ligera reducción en términos absolutos de 74 casos frente a lo observado en el 2010.

Cuadro 11: Población escolarizada por sector educativo, nivel educativo y género.
Departamento de Arauca, año 2010

	Preescolar			Primaria			Secundaria			Media			Gran total
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
Año 2010													
NO OFICIAL	292	237	529	351	360	711	295	310	605	165	188	353	2198
Urbana	292	237	529	351	360	711	295	310	605	165	188	353	2198
OFICIAL	2311	2162	4473	15220	13853	29073	9298	9636	18934	2783	3411	6194	58674
Urbana	1423	1327	2750	8589	8241	16830	6626	6957	13583	2209	2727	4936	38099
Rural	888	835	1723	6631	5612	12243	2672	2679	5351	574	684	1258	20575
Total Población escolarizada	2603	2399	5002	15571	14213	29784	9593	9946	19539	2948	3599	6547	60872

Fuente: Secretaría de Educación Departamental

Cuadro 12: Población escolarizada por sector educativo, nivel educativo y género.
Departamento de Arauca, año 2011

	Preescolar			Primaria			Secundaria			Media			Gran total
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	
Año 2010													
NO OFICIAL	354	326	680	482	450	932	366	397	763	229	229	458	2833
Urbana	354	326	680	482	450	932	366	397	763	229	229	458	2833
OFICIAL	2354	2300	4654	15138	13782	28920	9212	9490	18702	2808	3481	6289	58565
Urbana	1372	1423	2795	8719	8350	17069	6454	6735	13189	2171	2747	4918	37971
Rural	982	877	1859	6419	5432	11851	2758	2755	5513	637	734	1371	20594
Total Población escolarizada	2708	2626	5334	15620	14232	29852	9578	9887	19465	3037	3710	6747	61398
Porcentaje													

Fuente: Secretaría de Educación Departamental

3 Componente 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual



Fotografía: Carlos Lotero

Los riesgos definen de manera general la probabilidad de la ocurrencia de un evento que causa daño a los individuos o a las comunidades. Por ejemplo, desde el punto de vista del riesgo de

daños a la integridad física de las personas, cuanto mayor es la velocidad de circulación de un vehículo en carretera mayor es el "riesgo de daño" para sus ocupantes.

Se agrupan en riesgos biológicos, riesgos físicos, riesgos químicos o de contaminación ambiental y riesgos socioculturales.

3.1 Riesgos ambientales:

En el departamento, determinados especialmente por la calidad del agua en zonas rurales, problemática evidenciada en la medición del Índice de Riesgo de la Calidad del Agua en comunidades indígenas, que durante el año 2011, dieron resultados desde riesgo medio hasta agua sanitariamente inviable para el consumo humano.

En las comunidades indígenas (Sikuane, Betoyes, e Hitnu), existe un déficit de baterías sanitarias superior al 50%.

La comunidad en general experimenta un incremento de roedores.

Por la necesidad de almacenar agua se construyen alambres de grandes tamaños que se convierten en una amenaza para la Salud Pública, puesto que operan como criaderos de mosquitos *Aedes Aegypti* transmisor del dengue; por el alto costo del agua no son lavadas con la periodicidad indicada.

Desbordamiento de los ríos: Este factor es propiciado especialmente por dos aspectos: primero porque las personas construyen sus viviendas a orillas de los ríos y segundo por la deforestación y el desvío de los causes naturales de los ríos.

Quemas: En épocas de verano se queman grandes extensiones de sabanas, por la concepción de la comunidad es que esto fortalece los terrenos y aumenta la productividad de los pastos y cultivos, no siendo conscientes de la contaminación atmosférica que están causando, así como la predisposición para las Infecciones Respiratorias; igual efecto produce la quema de basuras generadas en las viviendas.

Inadecuado manejo y disposición de basuras: Excepto por Tame, en ningún otro municipio se realiza clasificación de desechos.

Contaminación de aguas de los ríos: Debido a que los centros poblados y capitales se encuentran ubicados a orilla de los ríos es común que las basuras y las aguas servidas sean arrojadas en ellos, generando contaminación de las aguas y riesgo a la salud de los habitantes ribereños que las consumen. Igualmente, la mayoría de los municipios cuentan con lagunas de oxidación que por la tecnología rudimentaria no garantizan la devolución de aguas limpias a sus respectivos lechos.

3.2 Riesgos Sociales:

En el departamento son variados los riesgos sociales, los cuales se hacen perceptibles en unos municipios más que en otros, sin embargo puede decirse que en general con mas o menor preponderancia todos los municipios los enfrentan.

Pese a las “facilidades” que se implementan para garantizar el acceso a la educación, es posible percibir un importante porcentaje de deserción escolar es adolescentes.

Otros factores sociales son:

Violencia: en Arauca, como en el resto del país y en muchas zonas del mundo se ha “normalizado” la violencia, este mal que atañe a todos los estratos sociales y que se presenta de múltiples maneras: conflicto armado, atraco, robo, extorsión, maltrato intrafamiliar, el maltrato infantil, abuso sexual, lesiones personales. Las mismas que a su vez deben ser entendidas como causas y consecuencias de otras problemáticas sociales, cuyo impacto adverso pone a prueba la capacidad de respuesta tanto de los mecanismos de control y regulación social, como aquellas medidas asumidas por las instituciones. Algunas de ellas se mencionan a continuación por separado, dado el aumento en las tasas de incidencia.

Suicidios: Se ha documentado un aumento en las tasas de mortalidad por suicidios (Observatorio de la Convivencia Ciudadana)⁷. Atribuidos en el caso del departamento de Arauca, especialmente a motivos pasionales y económicos. Irrestrictamente se demanda la detección de los intentos de suicidio y su posterior acompañamiento e intervención de forma que se traduzca en la reducción de las tasas de suicidio.

Conflicto armado: Enfrentamientos constantes entre grupos armados (guerrilla, ejército, policía, paramilitares). Problemática que ha tenido en los últimos años una tendencia a la reducción; sin embargo hasta tanto no se resuelvan sus causas atacando los problemas de fondo y estructurales, esta seguirá aportando a los indicadores de morbilidad y mortalidad del departamento.

Desplazamiento forzado: El departamento se comporta tanto como expulsor como receptor, siendo más agudo en su condición de receptor (declarantes). La persona en situación de desplazamiento tiene mayor vulnerabilidad de la salud física y mental afectada

⁷ Observatorio de la Convivencia Ciudadana. Secretaría de Gobierno y Seguridad Ciudadana Departamental

por la pérdida de su estabilidad emocional, social y económica de quienes se desplazan y sus familias

Violación a la misión médica: Repercute directamente en el acceso a los servicios de salud, en la medida que se han tenido que suspender salidas a áreas rurales, dejando sin atención a un sin número de habitantes, especialmente en lo que tiene que ver con vacunación, acciones en el programa de vectores, entre otros.

3.3 Riesgos físicos:

Incumplimiento de las normas de tránsito: Lo cual se traduce en un aumento de los índices de morbilidad y mortalidad por accidentes de tránsito: Especialmente las debidas a vehículo automotor, convirtiéndose en un importante problema de Salud Pública que crece día a día. Muchos de los accidentes de tránsito son debidos, según cifras del observatorio de Convivencia Ciudadana⁸, a exceso de velocidad y desconocimiento de las normas.

Malas prácticas de manufactura, Las cuales ponen en riesgo la salud y la vida de las personas al no garantizar la inocuidad de los alimentos para consumo humano. El departamento afronta año a año, brotes y casos individuales de enfermedad transmitida por alimentos, sin embargo se presume un importante subregistro motivado por el diagnóstico con signos y síntomas por parte de los médicos y por supuesto, el no diligenciamiento de fichas de notificación.

Deficiente oferta de servicios de salud en el área rural: Falta de infraestructura, recurso tecnológica y Humano en los puestos de salud, que conllevan al cierre de los mismos. El orden público, la violación a la misión médica que impiden el desplazamiento del personal de salud a áreas rurales.

3.4 Riesgos Biológicos

Presencia de vectores propios de la región que ocasionan patologías tropicales, que han sido responsable de epidemias en los últimos años, tal como se evidencio con el dengue durante los años 2008 al 2010.

Presencia de bacterias y otros agentes, responsables de enfermedades inmunoprevenibles, las cuales han reemergido en los últimos años, como en el caso de la Tos Ferina, que luego de más de 10 años de ausencia, en el año 2008 vuelve a aparecer causando epidemias y letalidad en la población.

⁸ *Ibidem*

Condiciones ambientales y sociales, las cuales favorecen la presencia de otros eventos de interés en salud pública como las de ITS, el VIH-SIDA, aumento de riesgo para cáncer por el Virus del papiloma humano, entre otros.

3.5 Comportamientos de riesgo a la Salud:

Por cultura, existe una diversidad de conductas de riesgo como el sedentarismo, malos hábitos dietéticos; se evidencia una problemática bastante alarmante e inquietante de explotación sexual, desorganización y disfuncionalidad familiar que lleva a altos índices de violencia intrafamiliar, al menor, entre pareja, etc, las cuales se han incrementado en los últimos años, seguramente motivados por una mayor cultura de denuncia, pese a ser un fenómeno que se ha “normalizado” en la comunidad en general.

Inactividad física: La población refleja bajo interés por las actividades y prácticas deportivas, asociado seguramente a la falta de espacios y escenarios adecuados que motiven las motiven, como consecuencia se evidencia una población sedentaria, dedicada a las actividades laborales, así como a conductas de riesgo, entre las cuales se destacan el consumo de alcohol, drogas y por supuesto un alto riesgo de obesidad, hipertensión arterial,, enfermedades isquémicas, tal como se evidencia en las tablas de morbilidad y mortalidad. El sedentarismo se da más en la comunidad del área urbana, ya que el área rural el trabajo exige mayor actividad física.

Problemática de explotación sexual y pérdida de valores evidenciados en trabajo con escolares. Producto de la descomposición familiar y la pérdida de valores, se presentan altos índices de explotación sexual infantil, que hace necesario una mayor integración del trabajo intersectorial, entendiendo que la familia no funciona sola y tiene como aliada principal a la educación. Todo ser humano tiene la capacidad de adquirir conocimientos y ésta está relacionada con la edad de la persona, hay necesidad de que salud, se vincule más abiertamente a los procesos de enseñanza y aprendizaje de los escolares y especialmente que los docentes se capaciten en la parte técnica, para que lleguen con un mensaje más claro pero especialmente cierto a los niños, niñas y adolescentes.

3.6 Riesgos de Emergencias y Desastres

Principalmente relacionadas con las inundaciones por desbordamiento de los cauces de los ríos en temporadas de invierno, incendios forestales en épocas de verano y desplazamientos forzosos que se dan a lo largo del año.

4

Componente 4: Caracterización de recursos, servicios y coberturas en salud

4.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con la puesta en marcha de la ley 100 del 93, el país se vio enfrentado a retos importantes frente al régimen de Seguridad Social en Salud, entre ellos el aprovechamiento adecuado de los recursos y la infraestructura en Salud de forma, basado esencialmente en los principios de equidad, la calidad y el aumento en cobertura

Se favoreció el aseguramiento como el principal instrumento para alcanzar las metas de cobertura, especialmente entre la población más pobre. De esta manera, el sistema de salud está compuesto por los siguientes regímenes de afiliación o aseguramiento: el Contributivo, Subsidiado y Especial. El primero está conformado por aquellas personas con capacidad de pago (i. e. aquellos individuos que tienen un trabajo formal y que no pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN). Estos individuos, beneficiarios del Régimen Contributivo (RC), tienen un seguro que les otorga unos beneficios bastante amplios (en términos de eventos, tratamientos y medicamentos) conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS). Al segundo grupo, el Régimen Subsidiado (RS), pertenece la población más pobre y que generalmente no tiene capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN). Este segmento de la población recibe, sin costo alguno para ellos, un seguro de salud que cubre una gran variedad de eventos que, sin embargo, es menor que los beneficios obtenidos en el RC. Adicionalmente, existe un tercer grupo, compuesto principalmente por la población más pobre del país, que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes, mal llamado los “vinculados”. Estos individuos son atendidos (casi) sin costo en la red de hospitales públicos y son responsabilidad directa de los departamentos. Finalmente, el sistema tiene un componente de salud pública enmarcado en las responsabilidades que le otorga la ley 715 del 2001 y discriminada en el decreto 3039 del 2007 y resolución 425 del 2008, (vacunación, prevención y campañas de educación, entre otras), dirigido en particular a la población vulnerable.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuenta con tres tipos de entidades para administrar y prestar los servicios

de salud: las Empresas Promotoras de Salud (EPS y EPS-S), Empresas Promotoras de Salud del Contributivo y Subsidiado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas entidades contratan directamente a las IPS (hospitales o centros de salud, incluyendo a las Empresas Sociales del Estado, ESE) para la prestación de los servicios de sus afiliados. Así, las EPS y las EPS-S se comportan como compañías aseguradoras: administran riesgos y reciben dinero que remunera este servicio. Cabe notar que las IPS pueden ser de diferentes niveles (del I al IV, donde los niveles III y IV corresponden a la atención de enfermedades complejas o de “alto costo”), dependiendo de la complejidad de los servicios ofrecidos.

4.1.1 Financiamiento del Régimen Subsidiado del SGSSS

El Régimen subsidiado se financia con tres fuentes principales: los aportes que realizan los beneficiarios del Régimen Contributivo, impuestos generales, y las rentas territoriales (rentas cedidas y recursos propios de las entidades territoriales). Los aportes realizados por los afiliados al RC corresponden a un impuesto a la nómina (12,5% del salario del trabajador). Desde 2007, 1,5 puntos de la cotización de los individuos que devenguen más de un salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) financia el seguro de salud de los beneficiarios del RS (mejor conocido como el “punto de solidaridad”). Este punto y medio alimenta la Cuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que también se financia con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) Los recursos del Gobierno Nacional provienen de impuestos generales (la segunda fuente) que se giran a las regiones a través del Sistema General de Participaciones (SGP o transferencias). Las rentas territoriales (la tercera fuente) provienen de las rentas cedidas a municipios y departamentos (impuestos a los juegos de azar y los licores) y de los esfuerzos fiscales propios de las entidades territoriales. De esta manera, el FOSYGA actúa como recaudador y distribuidor último de los recursos del sistema. Dado que cada beneficiario del RC aporta un monto diferente para financiar su seguro, el FOSYGA recauda todos los aportes y compensa a las EPS y a las EPS-S por beneficiario, según su perfil salarial y de riesgo. Esta actividad se

Fotografía: Carlos Lotero

lleva a cabo mediante la Cuenta de Compensación del FOSYGA, y las EPS y EPS-S reciben una Unidad de Pago por Capacitación (UPC) por afiliado, la cual refleja el valor del POS a precios de mercado, ponderado por las probabilidades epidemiológicas.

4.1.2 Régimen General de Seguridad Social en Salud en el Departamento de Arauca:

4.1.2.1 Recursos asignados al Régimen Subsidiado del SGSSS en el departamento de Arauca

En el año 2011, el Régimen Subsidiado en el departamento de Arauca percibió recursos por el orden de los \$46.434.783.831,18,

que corresponden a un periodo de aseguramiento de nueve (9) meses entre el 1 abril de 2011 al 31 de diciembre de 2011, determinados por el decreto 971 de 2011. Se concretan en las siguientes fuentes: Sistema General de Participaciones, Regalías Departamentales, Esfuerzos propios municipales (Regalías - ETESA) y FOSYGA.

Una de las fortalezas del Régimen Subsidiado en el departamento de Arauca ha sido la asignación de recursos para garantizar la afiliación. No obstante se observa un estancamiento del flujo de recursos de las EPS a la red prestadora, debida a la alta concentración administrativa de las EPS, lo que pone en riesgo la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud.

En el cuadro 13 se detalla la asignación al Régimen Subsidiado por municipios y fuentes de financiación.

*Cuadro 13: Recursos Asignados al SGSSS
Departamento de Arauca año 2011*

Municipio	Total continuidad 9 meses SGP	Total continuidad 9 mes regalías Dptles	Esfuerzo propio Mpal	FOSYGA		TOTAL
				Parciales	Plenos	
ARAUCA	9.173.725.836	335.551.816,26	4.011.211.737,92	\$ -		13.520.489.390,18
ARAUQUITA	5.660.987.299	1.696.213.812,32	482.933.566,25	\$ 250.605.518,44	\$ 99.742,00000	8.090.839.938,00
CRAVO NORTE	572.669.081	34.179.570,34	2.059.697,56	\$ 207.463.270,10		816.371.619,00
FORTUL	2.706.785.190	799.960.649,56	28.836.768,00	\$ 329.872.619,44		3.865.455.227,00
PUERTO RONDON	635.183.065	44.397.143,59	1.837.344,23	\$ 227.373.495,19		908.791.048,00
SARAVENA	7.523.851.268	2.481.679.785,14	35.727.405,75	\$ 710.201.735,11		10.751.460.194,00
TAME	5.871.787.988	598.685.594,18	51.592.796,10	\$1.959.310.036,72		8.481.376.415,00
TOTAL	32.144.989.727	5.990.668.371,38	4.614.199.315,80	3.684.826.675,00	99.742,00	46.434.783.831,18

Fuente: oficina Seguridad Social UAESA

4.1.2.2 Vinculación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Entre las acciones dispuestas a cargo de la Nación y Entidades Territoriales, se encuentra la de Aseguramiento Universal en salud priorizando la población pobre y vulnerable. Respecto al tema, se tiene que el Departamento de Arauca no ha alcanzado la cobertura universal a pesar de las gestiones adelantadas con alcaldías municipales quienes son los principales responsables en el tema de aseguramiento y demás actores del sistema (comunidad a través de sus organizaciones comunitarias, ESEs, EPSs.). Igualmente se han utilizado otros espacios como son la Mesas Departamentales de Salud y Población en Condiciones de Desplazamiento, reuniones con la Organización Internacional para las Migraciones, Mesas de Trabajo del Auto 382 de la Corte Constitucional.

Sobre los resultados obtenidos se evidencia que, si bien bajó el número de población no afiliada al Régimen Subsidiado en Salud,

debería estar en cero esta población, teniendo en cuenta que se disponen de los recursos financieros para que cualquier persona en condiciones de pobreza y vulnerabilidad se afilie al Sistema General de Seguridad Social en Salud a cualquiera de las EPSS que operan en cada uno de los Municipios del Departamento. Sobre el tema se puede inferir que la población no asegurada o población elegible no tramita la afiliación probablemente por desinterés o indiferencia hacia el Régimen Subsidiado en Salud, tal como se ha expresado en las Mesas Departamentales de Salud y Población en Condiciones de Desplazamiento. Otro factor incidente es la de estar ubicado en zona de frontera, lo que conlleva a alta movilidad de la población y no hagan uso del derecho a la seguridad social.⁹

En tal sentido, se deben implementar estrategias desde el área de referencia y contrarreferencia en el control de autorizaciones de servicios a la población no asegurada, toda vez que ésta población se siente más segura con los servicios con recursos de oferta que con los de subsidio a la demanda. De otra parte, las Alcaldías

⁹ Oficina de Aseguramiento UAESA

Municipales junto con las EPSS y organizaciones comunitarias deben implementar la búsqueda de la población

Tal como se expuso, durante los últimos cuatro (4) años se evidencia disminución en 12,444 cupos de la población afiliada al régimen subsidiado. Sin embargo, en términos de porcentaje de cobertura, ésta se ha incrementado de un 80% a un 93.86% en el cuatrienio; según porcentajes certificados por el Ministerio de la Protección Social.

Al interior de todos los municipios, se evidenció la misma tendencia. (Cuadro 14)

Lo anterior puede probablemente estar asociado a emigración que conlleva a disminución de la población en el Sisben, el cual es base de cálculo para obtener el porcentaje de cobertura y ésta

ha disminuido en los municipios. Así mismo, esta hipótesis es soportada, en que la población afiliada al régimen contributivo ha ido en aumento, aunque no en la proporción del número de afiliados disminuidos en el régimen subsidiado, es decir que la disminución del régimen subsidiado fue de 12.444 mientras que el aumento de régimen contributivo fue de 3.700.

De otra parte se tiene que la reducción de los 12.444 afiliados en el subsidiado tampoco pasó al listado de población no asegurada, puesto que esta población bajó de 48.049 a 19.169 no asegurados o población elegible en el Departamento.

De lo anterior también se infiere que la población del Sistema General de Seguridad Social y la proyectada no guarda relación con la población DANE.

Cuadro 14: Cobertura en el Sistema General de Seguridad Social. Departamento de Arauca, años 2008 – 2011

Municipio	2008		2009		2010		2011	
	Afiliados RS subsidios plenos	Régimen contributivo						
Arauca	52.967	18.881	53.410	19.437	53.410	19.949	51.132	20427
Araucuita	34.651	1.319	34.494	1.571	34.494	1.586	31.208	1698
Cravo Norte	3.618	131	3.618	177	3.618	176	3.108	190
Fortul	17.370	219	16.516	356	16.516	338	15.481	259
Puerto Rondón	3.699	128	3.693	145	3.693	156	3.579	162
Saravena	44.163	5.864	43.196	6.100	43.196	6.113	41.029	6754
Tame	35.515	2.860	34.263	3.448	34.263	3.480	34.002	3612
Total	191.983	29.402	189.190	31.234	189.190	31.798	179.539	33.102

Fuente: Oficina de Aseguramiento – UAESA

Según proyecciones DANE, en el año 2011, la población del departamento fue de 250.569 personas. El Ministerio de Salud y de Protección Social certificó para el año 2011 una cobertura Departamental al régimen subsidiado de 93,86%. Desagregada por municipios, Cravo Norte, Fortul y Puerto Rondón, alcanzaron coberturas de afiliación al RS de 100%. (Cuadro 15)

Según la pertenencia étnica, la cobertura en población indígena es de un 87%.

Por grupos poblacionales, el 65% de la población desplazada se encontraba afiliada al sistema.

Cuadro 15: Cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Departamento de Arauca, año 2011

Municipio	Afiliados RS subsidios plenos	Total régimen subsidiado	Régimen contributivo	Régimen especial	Total Población Sisben niveles 1-2	Población elegible (LNPE)	Cobertura Régimen subsidiado MPS	Población DANE
ARAUCA	51.132	51.132	20.427	2.796	50.732	6.764	95	83.433
ARAUCUITA	31.208	31.208	1.698	1.387	29.713	3.964	93	39.523
CRAVO								
NORTE	3.108	3.108	190	239	2.934	236	100	3.462
FORTUL	15.481	15.481	259	700	13.981	224	100	23.955
PUERTO								
RONDON	3.579	3.579	162	242	3.094	427	100	3.882
SARAVENA	41.029	41.029	6.754	1.504	36.471	3.500	97	45.583
TAME	34.002	34.002	3.612	1.822	36.548	4.054	83	50.731
TOTAL	179.539	179.539	33.102	8.691	173.473	19.169	93,86	250.569

Fuente: Oficina de Aseguramiento UAESA.

Régimen Subsidiado

Hacen presencia en el Departamento las EPS Subsidiadas: CAPRECOM, DUSAKAWI, SOLSALUD, SALUDVIDA y COMPARTA.

El mayor número de afiliados lo agrupa COMPARTA con 72.014 personas afiliadas en todo el departamento, distribuidas en todos los municipios del mismo. 22.372 personas pertenecen al municipio de Arauca, 16.856 al municipio de Tame y 12.208 al municipio de Arauquita. En estos tres municipios se concentra el mayor porcentaje (71,36%) del total de población afiliada a COMPARTA

CAPRECOM reúne 62.439 personas afiliadas a su empresa, distribuidas en los municipios de Arauca, Arauquita, Fortul, Saravena y Tame.

Al igual que COMPARTA, la EPS DUSAKAWI, cuenta con afiliados en todos los municipios del departamento, siendo mayor su afiliación en el municipio de Saravena con 7.058 personas (26,3% del total). Esta EPS, aunque es de carácter indígena, conto durante el periodo estudiado con 22352 (83,1% del total) afiliados no indígenas, sólo el 16,9%, fue población indígena.

Así mismo, la EPS DUSAKAWI cuenta con el mayor número de afiliados indígenas en el departamento. Estos están distribuidos en todos los municipios así: Tame: 1814; Arauca: 1725; Arauquita 682; Saravena 118; Puerto Rondón 94; Cravo Norte: 54 y Fortul, 51 indígenas¹⁰.

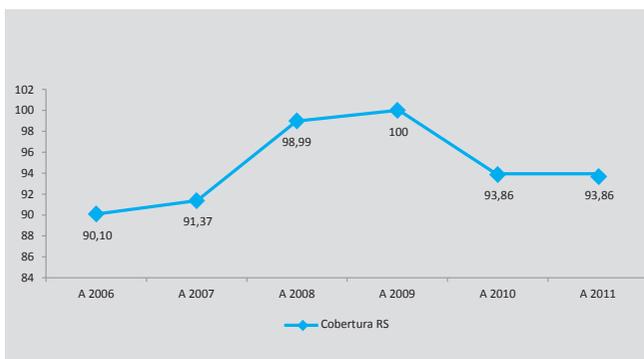
Cuadro 16: Afiliados al Régimen Subsidiado por municipio y EPS Departamento de Arauca, año 2011

EPS-S	CAPRECOM	DUSAKAWI	SOLSALUD	SALUDVIDA	COMPARTA	TOTAL MPIO
MUNICIPIO						
Arauca	21.928	6.832			22.372	51.132
Arauquita	11.116	4.318		3.612	12.162	31.208
Cravo norte		1.094			2.014	3.108
Fortul	5.720	2.373		1.552	5.836	15.481
Puerto Rondón		1.158			2.421	3.579
Saravena	10.921	7.058	2.996	9.701	10.353	41.029
Tame	12.754	4.392			16.856	34.002
Total Departamento	62.439	27.225	2.996	14.865	72.014	179.539

Fuente: BDUA Fosyga Corte 15 de Diciembre de 2011.

En los últimos cinco (5) años, las coberturas del régimen subsidiado han oscilado entre 90,10 y 100%, siendo el año 2009 el que presenta la menor cobertura (Gráfico 19)

Gráfico 19: Coberturas RS por años Departamento de Arauca, años 2006 a 2011



Por municipios, Tame ha reportado las coberturas más bajas. En los dos primeros años evaluados, reporto coberturas por debajo del 80% (74,93% la más baja registrada), sin embargo, a partir del año 2008, estas subieron por encima del 90%. Las máximas coberturas alcanzadas en ese municipio se registran en los dos últimos años y corresponden a 93,05%.

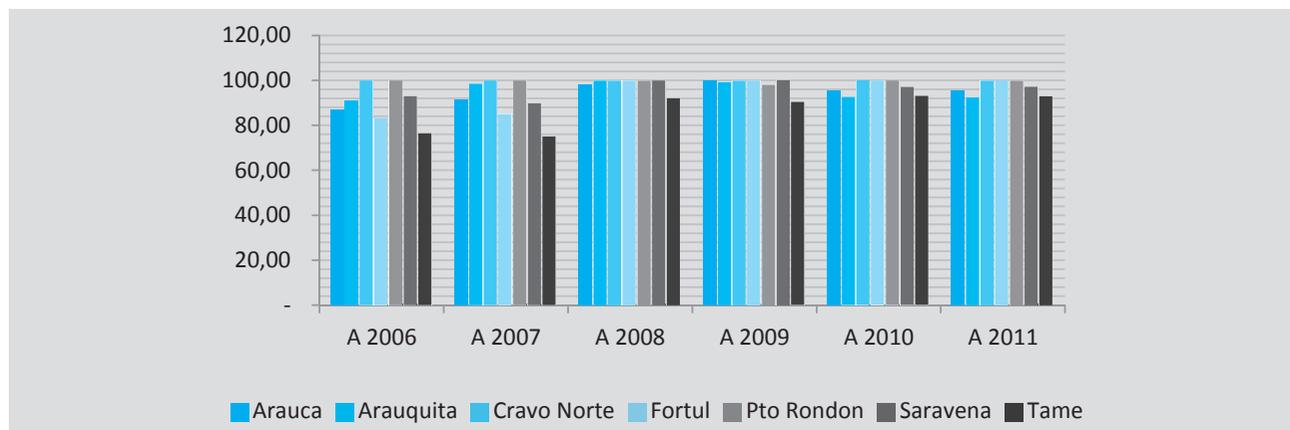
El municipio de Arauca, alcanza cifras entre 87,4 y 100%; se evidencia un descenso de 4,6 puntos porcentuales en los dos últimos años evaluados.

Los municipios de Cravo Norte y Puerto Rondón mantienen coberturas del 100%, con tendencia estable en el periodo analizado.

Saravena y Fortul, mantienen tendencias estables en los años objeto de análisis.

¹⁰ Oficina de Aseguramiento - UAESA

Gráfico 20: Coberturas municipales del Régimen Subsidiado
Departamento de Arauca, años 2006 a 2011



Régimen Contributivo

SALUDCOOP y NUEVA EPS, Son las EPS del régimen contributivo con una participación porcentual mayor de afiliados en el departamento de Arauca. La Primera con 21.609 afiliados correspondientes al 60,53% de la población total del régimen contributivo y la segunda con 11.428 personas (32%). Estas dos alcanzaron el 92,54% de los afiliados en todos los municipios.

Otras EPS que hacen presencia son SANITAS, SOLSALUD, SALUDVIDA, entre otras. (Cuadro17)

Cuadro 17: Asegurados al Régimen Contributivo. Departamento de Arauca, año 2011

Municipio	Arauca	Arauquita	Cravo norte	Fortul	Puerto Rondón	Saravena	Tame	Total EPS-C
Colmena	15	0	0	0	0	0	4	19
Sanitas	2.289	15	0	0	2	4	15	2.325
Coofenalco	1	0	0	0	0	0	1	2
Susalud	0	1	0	2	0	0	1	4
Coofenalco Valle	1	0	4	0	0	0	0	5
Saludcoop	11.442	675	0	0	8	6.434	3.050	21.609
Colpatría	0	0	0	0	0	1	0	1
Coomeva	20	1	1	1	0	4	1	28
Famisanar	3	0	2	0	0	0	0	5
Serv occid Salud	2	0	0	0	0	0	1	3
Solsalud	0	0	0	0	0	235	0	235
Saludvida	0	18	0	3	0	16	0	37
Nueva EPS	8.052	962	147	243	113	797	1.114	11.428
Golden Cross	0	1	0	0	0	0	0	1
Total mpio	21.825	1.673	154	249	123	7.491	4.187	35.702

Fuente: BDUA Fosyga Corte 28 de Diciembre de 2011.

4.2 Red Prestadora

La red de servicios es definida como el conjunto de instituciones públicas y privadas de diferentes niveles de atención y grados

de complejidad organizadas en función de la satisfacción de las necesidades de salud de una población determinada a través de la prestación de servicios de salud en las áreas de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación.

La red de servicios se fundamenta en la relación de oferta y demanda imperante en el mercado de servicios de salud frente al perfil epidemiológico de la población de un área geográfica determinada, a la capacidad resolutive de salud que allí se encuentra y a la relación costo-efectividad derivada de la atención de los problemas de salud de diferente gravedad en instituciones de distintos grados de complejidad.

Dentro de las funciones de la red de servicio, las responsabilidades son diferentes para cada uno de los actores que intervienen:

1. Las IPS deben tener la capacidad resolutive acorde con su responsabilidad, optimizando su proceso de atención, además de la atención inicial de urgencias será prestada por ellas en forma obligatoria independientemente de la capacidad de pago del consultante.
2. Las EPS deben garantizar la forma y los mecanismos a través de los cuales sus afiliados y familia pueden acceder a la red de servicios; además, establecer los procedimientos necesarios para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las I.P.S adscritas.
3. El departamento debe desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector y prestar asistencia técnica, administrativa y financiera a los municipios y a las IPS y contribuir a la formulación y adopción de planes y programas en los municipios. Además debe promover la integración funcional y organizacional del régimen de referencia y contrarreferencia. Por último, es la que autoriza la prestación de servicios a las IPS del departamento según servicios declarados y habilitados.
4. Los municipios deben garantizar la prestación de acciones de fomento de salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad correspondiente a la red de servicios en el nivel bajo de complejidad. Tendrá además, la participación en las inversiones.

Tanto la habilitación de las Instituciones de Prestación de servicios de Salud como la de profesionales independientes la realiza la Unidad Administrativa Especial de Salud. Para ello el departamento no dispone de recurso humano suficiente que permita realizar las visitas de verificación a todos los prestadores de servicios de salud en el departamento, por

tanto las IPS cuentan con el registro de habilitación mas no con la certificación de que cumplen efectivamente con los requisitos mínimos exigidos por la norma.

Durante el año 2011, existían sesenta y un (61) Instituciones prestadores de servicios de salud (IPS) habilitados. De éstos, seis correspondieron a prestadores del sector Público (Hospital San Vicente, Hospital del Sarare, ESE Moreno y Clavijo (en intervención de la Superintendencia Salud), ESE Jaime Alvarado y Castilla, DUSAKAWI y CAPRECOM). Estas se encuentran distribuidas en todo el territorio departamental. (Cuadro 18)

Cuadro 18: Distribución de IPS Públicas según Municipio donde presta servicios. Departamento de Arauca, año 2011

Municipio	IPS
Arauca	Hospital San Vicente
	ESE Jaime Alvarado y Castilla
	Caprecom
Saravena	Hospital del Sarare
Tame	ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Antonio
Araucuita	ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Lorenzo
	DUSAKAWI
Fortul	ESE Moreno y Clavijo: Hospital san Francisco
Puerto Rondón	ESE Moreno y Clavijo: Hospital san Juan de Dios
Cravo Norte	ESE Moreno y Clavijo: Hospital san José
La Esmeralda	ESE Moreno y Clavijo: San Ricardo de Pampuri

Nota: La ESE Moreno y Clavijo, tiene adscritos 6 hospitales pero se encuentra habilitada como un (1) solo prestador

Del total de IPS, 33 (54,2%) están ubicadas en la ciudad capital, 11 (18%) en el municipio de Tame, 10 (16,39%) en Saravena, 6 en Araucuita y 1 en Fortul. Cabe anotar que la ESE Moreno y Clavijo es una entidad de Carácter departamental que tiene adscritos 6 Hospitales así: Hospital San Juan de Dios en Puerto Rondón, Hospital San José en Cravo Norte, Hospital San Lorenzo en Araucuita, Hospital San Antonio en Tame, Hospital San Francisco en Fortul y San Ricardo Pampuri en la Esmeralda. (Cuadro 19)

En cuanto a profesionales independientes, se registraron y habilitaron como tal 78 profesionales entre médicos (especialistas y generales), odontólogos, bacteriólogos, terapeutas, psicólogos, entre otros. 45 de ellos en el municipio de Arauca, 14 en Saravena, 11 en Tame, 4 en Araucuita, 3 en Fortul y 1 en Cravo Norte.

Cuadro 19: Prestadores de servicios de salud. Departamento de Arauca, año 2011

Mpio	Nombre Institución	ESE	Acreditado	Habilitado	Naturaleza jurídica
Arauca	Asociación de apoyo al desarrollo araucano APOYAR	No	No	Si	Privada
	Asociación de prestadores de servicios y suministros en salud ASSALUD Ltda	No	No	Si	Privada
	CAPRECOM	Si	No	Si	Pública
	Centro de ortodoncia Odontoarauca EU	No	No	Si	Privada
	Centro de reconocimiento de conductores a-prueba fq Arauca	No	No	Si	Privada
	Centro ginecológico y ecográfico Arauca Ltda	No	No	Si	Privada
	Centro médico Bioanálisis c&c IPS EU	No	No	Si	Privada
	Charter express IPS Ltda	No	No	Si	Privada
	Corporación IPS norte de Santander	No	No	Si	Privada
	DUSAKAWI IPS	No	No	Si	Pública
	ELD integrales E.U	No	No	Si	Privada
	Empresa social del estado Jaime Alvarado y Castilla	Si	No	Si	Pública
	Ese hospital san Vicente de Arauca	Si	No	Si	Pública
	Fundación Avanzar	No	No	Si	Privada
	Fundación Colombia Viva	No	No	Si	Privada
	Fundación mastranto	No	No	Si	Privada
	Fundación medico preventiva para el bienestar social. S.a.	No	No	Si	Privada
	Fundación para el desarrollo de la salud en Colombia - FUNDESACOL IPS Ltda	No	No	Si	Privada
	I.P.S. COMFIAR	No	No	Si	Privada
	Inversiones Deicas Ltda	No	No	Si	Privada
	IPS Real	No	No	Si	Privada
	J.M.C. Constructora Ltda	No	No	Si	Privada
	Magali Camejo Ataya E.U	No	No	Si	Privada
	Medicina y Tecnología en Salud MEDYTEC IPS Ltda	No	No	Si	Privada
	ORL medica Ltda agencia Arauca	No	No	Si	Privada
	Rayos x e imágenes diagnosticas RADIOSALUD EU	No	No	Si	Privada
	Rehasistir Ltda	No	No	Si	Privada
	Rehintegrar Iimitada	No	No	Si	Privada
	Salud renal Ltda	No	No	Si	Privada
	Servicios profesionales de optometría e.u.	No	No	Si	Privada
Servisalud gestion social e.u	No	No	Si	Privada	
Suministros y servicios s. Reyes E.U.		No	Si	Privada	
Araucita	Districons Ltda	No	No	Si	Privada
	Empresa de servicios de salud de Arauca EMSSAR Ltda	No	No	Si	Privada
	Huellas colombianas del piedemonte Ltda	No	No	Si	Privada
	IPS unidad médica santana Ltda	No	No	Si	Privada
	IPS unidad medico odontológica asistir	No	No	Si	Privada
	Vitalidad máxima Ltda	No	No	Si	Privada
Fortul	Unidad Medica Fortul Salud Ltda	No	No	Si	Privada
Saravena	Centro de Rehabilitación físico respiratorio rehabilitar	No	No	Si	Privada
	Centro radiológico del Sarare	No	No	Si	Privada
	Clínica la unidad S.A.S	No	No	Si	Privada
	Clinicentro medico GEDEONS E.U	No	No	Si	Privada
	Fundación nuevo vivir Emmanuel	No	No	Si	Privada
	Hospital del Sarare	Si	No	Si	Pública
	I.P.S vision express E.U	No	No	Si	Privada
	IPS servicios médicos del llano G.R.O	No	No	Si	Privada
	Odonto-medicina servir limitada	No	No	Si	Privada
	Sociedad médica del oriente limitada	No	No	Si	Privada

Mpio	Nombre Institución	ESE	Acreditado	Habilitado	Naturaleza jurídica
Tame	Bisalud Ltda	No	No	Si	Privada
	Clínica Metropolitana del Llano	No	No	Si	Privada
	Ese Moreno y Clavijo	Si	No	Si	Pública
	Femilab IPS	No	No	Si	Privada
	Femilab IPS EU	No	No	Si	Privada
	Laboratorio clínico del Llano IPS MONRE Ltda	No	No	Si	Privada
	Lasar salud S.A.S	No	No	Si	Privada
	Servicios de salud Ltda	No	No	Si	Privada
	Sociedad de servicios oculares Ltda – OPTISALUD	No	No	Si	Privada
	Somedicas Tame IPS Ltda.	No	No	Si	Privada
	Unidad integral de salud de la orinoquia Ltda	No	No	Si	Privada

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

4.2.1 ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Es una empresa social del estado, que presta servicios de salud especializados a la población de los llanos colombo-venezolanos. Institución basada en los principios y valores corporativos de Calidad, que le permitan cumplir con estándares de calidad del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y la política de calidad del Hospital y la Ética¹¹.

Fue construido en 1965, funcionaba como un apéndice del Servicio Seccional de Salud de Arauca, luego mediante Ordenanza numero 20 de 1993 se crea el Hospital San Vicente como establecimiento público descentralizado del orden departamental, dotado de personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y contractual, patrimonio propio e independiente de la administración central, adscrito a la Secretaría Departamental de Salud.

Así mismo en 1996 mediante Ordenanza número 22, se transforma el Hospital San Vicente de Arauca en una Empresa Social del Estado, descentralizada, del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrita al ente rector de salud del departamento.

El objeto de esta Institución según la Ordenanza número 22 es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público esencial a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud, por lo tanto, desarrollará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

La Estructura Básica del Hospital San Vicente de Arauca ESE según la Ordenanza número 22 del 14 de agosto de 1996 incluye tres áreas distribuidas así: Órganos de Dirección; Junta Directiva – Director, Subdirección Científica, Subdirección Administrativa

A 31 de diciembre del 2011, el Hospital tenía habilitados los servicios relacionados en el cuadro siguiente.

Cuadro 20: Servicios Habilitados, Hospital San Vicente, año 2011

Servicio	Modalidad			Complejidad		
	Ambula	Hosp	Móvil	Baja	Media	Alta
General Adultos		x			X	
General Pediatría		x			x	
Cuidado Intermedio neonatal		x			x	
Cuidado Intermedio adultos		x			x	
Cuidado intensivo neonatal						x
Cuidado intensivo adultos						x
Obstetricia		x			x	
Cirugía general		x			x	
Cirugía ginecológica		x			x	
Cirugía maxilofacial		x			x	

¹¹ <http://www.hospitalsanvicente.gov.co/sitio/index.php>

Servicio	Modalidad			Complejidad		
	Ambula	Hosp	Móvil	Baja	Media	Alta
Cirugía neurológica		X			X	
Cirugía ortopédica		X			X	
Cirugía oftalmológica		X			X	
Cirugía otorrinolaringológica		X			X	
Cirugía oncológica	X	X			X	
Cirugía vascular y angiológica		X			X	
Cirugía urológica		X			X	
Otras Cirugías		X			X	
Cirugía dermatológica		X			X	
Anestesia	X				X	
Cardiología	X				X	
Cirugía general	X				X	
Dermatología	X				X	
Enfermería	X			X		
Fisioterapia	X			X		
Fonoaudiología y terapia de lenguaje	X			X		
Ginecología	X				X	
Medicina general	X			X		
Medicina interna	X				X	
Neurología	X				X	
Nutrición y dietética	X			X		
Odontología general	X			X		
Oftalmología	X				X	
Oncología clínica	X				X	
Optometría	X			X		
Ortopedia y/o traumatología	X				X	
Otorrinolaringología	X				X	
Patología	X				X	
Pediatría	X				X	
Psicología	X			X		
Psiquiatría	X				X	
Salud Ocupacional	X			X		
Terapia Ocupacional	X			X		
Terapia respiratoria	X				X	
Urología	X				X	
Otras consultas de especialidad	X				X	
Cardiología pediátrica	X				X	
Cirugía plástica y estética	X				X	
Ginecología oncológica	X				X	
Servicio de urgencias	X				X	
Transporte Asistencial básico	X			X		
Transporte Asistencial Medicalizado	X				X	
Diagnostico cardiovascular	X					X
Endoscopia digestiva	X				X	
Laboratorio clínico	X				X	
Radiología e imágenes diagnosticas	X				X	
Radioterapia	X					X
Toma de muestras de laboratorio clínico	X				X	
Transfusiones sanguíneas	X	X		X	X	

Servicio	Modalidad			Complejidad		
	Ambula	Hosp	Móvil	Baja	Media	Alta
Servicio farmacéutico	x				x	
Toma de muestras citología cervico-uterinas	x			x		
Laboratorio de patologías	x				x	
Ultrasonido	x	x			x	
Esterilización	x	x		x		
Toma e interpretación de radiologías odontológicas	x	x		x		
Electrodiagnóstico	x	x			x	
Ecocardiografía	x				x	
Sala de enfermedades respiratorias agudas – ERA	x				x	
Sala de reanimación	x	x			x	
Sala general de procedimientos menores		x			x	
Vacunación	x			x		
Promoción en Salud	x			x		

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

4.2.1.1. Capacidad instalada Hospital San Vicente

El 50% de las camas disponibles en el municipio de Arauca, se destinan a hospitalización adultos; 15,38% a Hospitalización pediatría, el 13,46% al servicio de obstetricia; 7,69% a cuidados intermedios neonatales; 5,77% destinado al servicio de cuidado intermedio del adulto; y los servicios de cuidados intensivos de neonatos y cuidados intensivos de adulto con 3,85% cada uno.

En el año 2011, había 1,92 camas pediátricas habilitadas por cada 10000 habitantes del municipio capital.

Cuadro 21: Capacidad Instalada - Hospital San Vicente de Arauca Departamento de Arauca, año 2011

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátricas	16	15,38	1,92
Camas	Adultos	52	50,00	6,23
Camas	Obstetricia	14	13,46	1,68
Camas	Cuidado Intermedio Neonatal	8	7,69	0,96
Camas	Cuidado Intensivo Neonatal	4	3,85	0,48
Camas	Cuidado Intermedio Adulto	6	5,77	0,72
Camas	Cuidado Intensivo Adulto	4	3,85	0,48
Salas	Quirófanos	3	75,00	0,36
Salas	Partos	1	25,00	0,12

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

La disponibilidad camas por habitantes fue mayor en las camas de adultos con 6,23 x 10000 hab.

En los servicios de UCI tanto intensivo como intermedio, existían menos de una cama por 10000 habitantes en este municipio.

El 75% de las salas fueron destinadas a quirófanos y el 26% restante a partos.

4.2.2. ESE HOSPITAL DEL SARARE

Esta Empresa Social del Estado, es una institución que ofrece servicios de salud de baja y mediana complejidad. Para ello ha definido como objetivos institucionales:

- » Garantizar la rentabilidad financiera de la institución.
- » Aumentar la satisfacción del usuario.
- » Mejorar la oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad en la prestación de los servicios.
- » Optimizar la gestión de los procesos del SGI.
- » Mantener actualizados los sistemas de información.
- » Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE

CCuadro 22: Servicios Habilitados, Hospital del Sarare, 2011

Servicio	Modalidad			Complejidad		
	Intramural		Extramural	Baja	Media	Alta
	Ambul	Hosp	Móvil			
General Adultos		x		x	X	
General Pediatría		x		x	X	
Cuidado Intermedio adultos		x			X	
Obstetricia		x		x	x	
Cirugía general	x	x			x	
Cirugía ginecológica	x	x			x	
Cirugía ortopédica	x	x			x	
Cirugía oftalmológica	x	x			x	
Cirugía otorrinolaringológica	x	x			x	
Otras Cirugías	x				x	
Anestesia	x				x	
Cirugía general	x				x	
Enfermería	x			x		
Fisioterapia	x			x		
Gastroenterología	x				x	
Ginecobstetricia	x				x	
Medicina general	x			x		
Medicina interna	x				x	
Nutrición y dietética	x			x		
Odontología general	x			x		
Oftalmología	x				x	
Ortopedia y/o traumatología	x				x	
Otorrinolaringología	x				x	
Pediatría	x				x	
Psicología	x			x		
Psiquiatría	x				x	
Salud Ocupacional	x				x	
Terapia Ocupacional	x			x		
Terapia respiratoria	x			x		
Servicios de urgencias	x			x	x	
Transporte Asistencial básico	x			x		
Transporte Asistencial Medicalizado	x				x	
Endoscopia digestiva	x					x

Servicio	Modalidad			Complejidad		
	Intramural		Extramural	Baja	Media	Alta
	Ambul	Hosp	Móvil			
Laboratorio clínico	x			x	x	
Radiología e imágenes diagnósticas	x	x		x	x	
Toma de muestras de laboratorio clínico	x	x		x		
Transfusiones sanguíneas	x	x		x	x	
Servicio farmacéutico	x	x		x	x	
Ultrasonido	x	x			x	
Esterilización	x	x			x	
Toma e interpretación de radiologías odontológicas	x			x		
Vacunación	x			x		
Atención preventiva Salud Oral e Higiene oral	x		x			

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

4.2.2.1 Capacidad instalada Hospital del Sarare

El 48,28% de las camas disponibles en el municipio de Arauca, se destinan a hospitalización adultos; 31,03% a Hospitalización pediatría; el 11,49% al servicio de obstetricia y el 9,20% restante al servicio de Cuidados Intermedios adultos.

Comparando la disponibilidad de camas con las del municipio capital, se evidencia que en Saravena existe una más alta destinación de camas tanto en el servicio de Hospitalización Adultos, Pediátricos y a Obstetricia.

Aunque la disponibilidad de salas es ligeramente superior a la observada en el municipio de Arauca, esta se mantiene con menos de una cama x 10000 hab.

Cuadro 23: Capacidad Instalada - Hospital del Sarare
Departamento de Arauca, año 2011

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátricas	27	31,03	5,92
Camas	Adultos	42	48,28	9,21
Camas	Obstetricia	10	11,49	2,19
Camas	Cuidado Intermedio Adulto	8	9,20	1,76
Salas	Quirófanos	4	80	0,88
Salas	Partos	1	20	0,22

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

4.2.3 ESE MORENO Y CLAVIJO

La Empresa Social del Estado Departamental - Moreno y Clavijo, fue creada mediante Decreto 334 del 18 de Julio de 2005; tiene como objeto, la Prestación de Servicios de Salud, entendidos como un servicio público a cargo del Departamento y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Es una Entidad que ofrece servicios de salud de baja y mediana complejidad en sus hospitales, centros y puestos de salud adscritos en el departamento de Arauca con cobertura en los municipios de Arauquita, Tame, Puerto Rondón, Fortul y Cravo Norte teniendo como principio que no existen diferencias de credo religioso, raza y nivel socioeconómico, entendiendo su trabajo en el marco del respeto y la solidaridad humana hacia el enfermo y su familia.

Se basa en los siguientes principios corporativos:

- » **Respeto a la dignidad humana:** Garantizando los derechos universales e irrenunciables de los pacientes y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles por la ESE “Moreno y Clavijo”.
- » **Universalidad:** Atendiendo a todas las pacientes que soliciten nuestros servicios, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida, de conformidad con las disposiciones legales vigentes que organizan la atención en el país y los recursos disponibles.
- » **Integralidad:** Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las pacientes, en su contexto biopsicosocial, con servicios de óptima calidad, humana, científica, y técnica, en el marco los servicios que constituyen nuestro portafolio.
- » **Eficiencia:** Buscando la mejor aplicación del talento humano y de los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterios de rentabilidad social y económica.
- » **Eficacia:** Garantizando la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que nos lleven a cumplir los objetivos y generar resultados organizacionales.
- » **Solidaridad:** Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las población de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.
- » **Calidad:** Prestando un excelente servicio mediante un trato humano, personalizado, oportuno, eficiente y con un alto grado de responsabilidad social ya que la empresa se debe a la gente y trabaja en beneficio de la misma.
- » **Equidad:** Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles protección y atención integral en salud.

Fue Intervenido por la Supersalud “Por la defensa de los derechos de los usuarios” mediante resolución No 000667 del 28 de Mayo de 2.009 y Prorroga Resolución No 001018 del 28 de Julio de 2.009.

Tiene habilitados dos (2) centros de salud y diecinueve (19) Puestos de Salud en área de influencia. Aunque cuenta con 52 centros de Salud, no se realizó proceso de habilitación de la totalidad es estos, por condiciones de infraestructura y recursos económicos para su funcionamiento.

Tratando de subsanar las dificultades de acceso a los servicios de salud que tiene la población del área rural, la ESE Moreno y Clavijo realizó brigadas móviles. En los municipios de Tame, Arauquita y Fortul, estas tuvieron una periodicidad mensual siempre y cuando no hubiese alteraciones del orden público o prohibiciones de entrar a las zonas programadas. En los municipios como Cravo Norte y Puerto Rondón, se hacen esporádicamente.

Es innegable la necesidad de contar con otra unidad móvil en el municipio de Tame, pues con el porcentaje de población indígena y lo dispersa de la población, no es posible llegar a todas las comunidades mensualmente sin desatender el resto de la población. De tal forma que para garantizar atención diferencial a poblaciones indígenas, se debe priorizar recursos a la dotación de estos elementos.

En este sentido es importante nuevamente mencionar que existen dificultades por las cuales atraviesa la población para desplazarse desde la zona rural hasta el centro de atención más cercano; dificultades dadas por el mal estado de las vías, por la ausencia de rutas permanentes de transporte y por la inseguridad de las vías en cuanto a orden público.

Dicho lo anterior, prevalece la necesidad de visibilizar ejes transversales como es el caso de la urgente necesidad de la vinculación del sector de infraestructura y vías, que entraría a resolver factores de riesgo como malas condiciones de las vías, demoras en el tiempo de llegada, entre otros, repercutiendo en la oportunidad para el acceso a los servicios de Salud, disminuyendo posibles complicaciones de los pacientes, entre otros.

En los cuadros siguientes, se relacionan los servicios habilitados a 31 de diciembre de 2011 para cada uno de los municipios del departamento.

Es importante advertir que en los municipios de Arauquita, Tame y Fortul, además de los Hospitales de baja complejidad, se contó con centros y/o puestos de salud en zona rural.

Servicios Habilitados en el Municipio de Arauquita (Cuadros 24,25 y 25)

Cuadro 24: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Lorenzo
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
General adultos		X			X	
General pediátrica		X			X	
Obstetricia		X			X	
Enfermería	X				X	
Fisioterapia	X				X	
Medicina general	X				X	
Nutrición y dietética	X				X	
Odontología general	X				X	
Psicología	X				X	
Terapia respiratoria	X				X	
Servicio de urgencias	X				X	
Transporte asistencial básico	X				X	
Laboratorio clínico	X				X	
Radiología e imágenes diagnosticas	X				X	X
Toma de muestras de laboratorio Clínico	X	X			X	
Servicio farmacéutico	X				X	
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X		X		X	
Laboratorio citologías cervico-uterinas	X				X	
Ultrasonido	X					X
Sala general de procedimientos menores	X				X	
Vacunación	X		X	X	X	
Atención preventiva salud oral higiene oral	X		X		X	
Planificación familiar	X				X	
Promoción en salud	X		X		X	

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Cuadro 25: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Ricardo Pampuri
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Modalidad
	Ambula	Hospi	Baja
General adultos		X	X
General pediátrica		X	X
Obstetricia		X	X
Enfermería	X		X
Fisioterapia	X		X
Medicina general	X		X
Odontología general	X		X
Psicología	X		X
Terapia respiratoria	X	X	X
Servicio de urgencias	X		X
Transporte asistencial básico	X		X
Laboratorio clínico	X	X	X
Toma de muestras de lab. Clínico	X	X	X
Servicio farmacéutico		X	X
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X		X
Sala general de procedimientos menores	X		X

Servicio	Intramural		Modalidad
	Ambula	Hospi	Baja
Vacunación	X		X
Atención preventiva salud oral higiene oral	X		X
Planificación familiar	X		X
Promoción en salud	X		X

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Cuadro 26: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Centros y Puestos de Salud Municipio de Arauquita
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Modalidad
	Ambulatorio		Baja
Centro de Salud Panamá de Arauca			
Enfermería	X		X
Medicina general	X		X
Odontología general	X		X
Consulta prioritaria	X		X
Servicio de urgencias	X		X
Transporte asistencial básico	X		X
Toma de muestras de lab. Clínico	X		X
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X		X
Vacunación	X		X
Atención preventiva salud oral higiene oral	X		X
Planificación familiar	X		X
Promoción en salud	X		X
Puesto de Salud Aguachica			
Sala general de procedimientos menores	X		X
Promoción en salud	X		X
Puesto de Salud el Oasis			
Sala general de procedimientos menores	X		X
Promoción en salud	X		X
Puesto de Salud el Paraíso			
General adultos	X		X
General pediátrica	X		X
Puesto de Salud la Paz			
Sala general de procedimientos menores	X		X
Promoción en salud	X		X
Puesto de Salud la Pesquera			
Sala general de procedimientos menores	X		X
Promoción en salud	X		X
Enfermería	X		X
Medicina general	X		X
Consulta prioritaria	X		X
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X		X
Vacunación	X		X
Planificación familiar	X		X
Promoción en salud	X		X
Puesto de Salud la Reínera			
Sala general de procedimientos menores	X		X
Promoción en salud	X		X

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Servicios Habilitados en el municipio de Fortul

Cuadro 27: Servicios Habilitados ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Francisco
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
General adultos		X			X	
General pediátrica		X			X	
Obstetricia	X					X
Enfermería	X				X	
Fisioterapia	X				X	
Medicina general	X				X	
Nutrición y dietética	X				X	
Odontología general	X				X	
Psicología	X		X	X	X	
Terapia respiratoria	X	X	X	X	X	
Servicio de urgencias	X				X	
Transporte asistencial básico	X		X	X	X	
Laboratorio clínico	X				X	
Radiología e imágenes diagnósticas	X				X	
Toma de muestras de lab. Clínico	X	X	X	X	X	
Servicio farmacéutico	X				X	
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X				X	
Ultrasonido	X					X
Sala general de procedimientos menores	X				X	
Vacunación	X		X	X	X	
Atención preventiva salud oral higiene oral	X		X		X	
Planificación familiar	X				X	
Promoción en salud	X		X		X	
Sala general de procedimientos menores	X				X	
Promoción en salud	X				X	

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Cuadro 28: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Puestos de Salud, Municipio de Fortul
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural	Modalidad
	Ambulatorio	Baja
Puesto de Salud el Salem		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Caranal		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Quiripal		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Caño Negro		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Indígena Cusay - la Colorada		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Servicios Habilitados en el Municipio de Cravo Norte

Cuadro 29: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San José
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
General adultos		X			X	
General pediátrica		X			X	
Obstetricia	X					X
Enfermería	X				X	
Fisioterapia	X				X	
Medicina general	X				X	
Nutrición y dietética	X				X	
Odontología general	X				X	
Psicología	X				X	
Terapia respiratoria	X				X	
Servicio de urgencias	X				X	
Transporte asistencial básico	X				X	
Laboratorio clínico	X	X			X	
Radiología e imágenes diagnost.	X				X	X
Toma de muestras de lab. Clínico	X	X			X	
Servicio farmacéutico		X			X	
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X				X	
Sala general de procedimientos menores	X				X	
Vacunación	X		X	X	X	
Atención preventiva salud oral higiene oral	X				X	
Planificación familiar	X				X	
Promoción en salud	X				X	

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Servicios Habilitados en el municipio de Puerto Rondón

Cuadro 30: Servicios Habilitados -ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Juan de Dios
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
General adultos		X			X	
General pediátrica		X			X	
Obstetricia	X					X
Enfermería	X				X	
Fisioterapia	X				X	
Medicina general	X				X	
Nutrición y dietética	X				X	
Odontología general	X				X	
Psicología	X				X	
Terapia respiratoria	X				X	
Servicio de urgencias	X				X	
Transporte asistencial básico	X				X	
Laboratorio clínico	X				X	
Radiología e imágenes diagnost.	X				X	
Toma de muestras de lab. Clínico	X				X	
Servicio farmacéutico		X			X	
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	X				X	
Sala general de procedimientos menores	X				X	
Vacunación	X		X	X	X	

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
Atención preventiva salud oral higiene oral	x		x		x	
Planificación familiar	x				x	
Promoción en salud	x		x		x	

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Servicios Habilitados en el municipio de Tame

Cuadro 31: Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Antonio
Departamento de Arauca, año 2011

Servicio	Intramural		Extramural		Modalidad	
	Ambula	Hosp	Móvil	Domiciliario	Baja	Mediana
General adultos		X				x
General pediátrica		x				x
Obstetricia		x				x
Cirugía general	x				x	x
Cirugía ginecológica	x					x
Anestesia	x					x
Enfermería	x				x	
Fisioterapia	x				x	
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	x				x	
Ginecobstetricia	x					
Medicina general	x				x	
Nutrición y dietética	x				x	
Odontología general	x				x	
Optometría	x				x	
Pediatría	x				x	
Psicología	x				x	
Terapia ocupacional	x		x	x	x	
Terapia respiratoria	x				x	
Servicio de urgencias	x				x	
Transporte asistencial básico	x				x	
Laboratorio clínico	x				x	
Radiología e imágenes diagnost.	x				x	
Toma de muestras de lab. Clínico	x				x	
Servicio farmacéutico	x				x	
Toma de muestras citologías cervico-uterinas	x		x		x	
Laboratorio citologías cervico-uterinas	x				x	
Ultrasonido	x					x
Sala general de procedimientos menores	x				x	
Vacunación	x		x	x	x	
Atención preventiva salud oral higiene oral	x		x		x	
Planificación familiar	x				x	
Promoción en salud	x		x		x	

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control – UAESA

Cuadro 32: Servicios Habilitados ESE Moreno y Clavijo: Puestos de Salud Municipio de Tame
Departamento de Arauca, año 2011

	Ambulatorio	Modalidad
Puesto de Salud Puerto Gaitán		
Sala general de procedimientos menores	x	x
Promoción en salud	x	x

Puesto de Salud La Horqueta		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Betoyes		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Las Malvinas		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Puerto Nidia -Juan Carlos Chamat		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Mapoy		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Alto Cauca		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X
Puesto de Salud Filipinas		
Sala general de procedimientos menores	X	X
Promoción en salud	X	X

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

4.2.3.1 Capacidad instalada ESE Moreno y Clavijo

En general puede decirse que el municipio con mayor capacidad instalada en relación con la población de cada municipio, de aquellas instituciones adscritas a la ESE Moreno y Clavijo, fue Puerto Rondón. En los Municipios de Tame y Fortul, se observa la menor capacidad instalada. (Grafico 21)

Araucuita, contó con aproximadamente 1,77 camas pediátricas por cada 10000 hab; con 2,78 camas de adultos por 10000 y con 1,01 camas para el servicio de obstetricia x 10000 hab. Se determino que la disposición de sala de partos fue de 0,25 salas por cada 10000 hab. El Hospital San Lorenzo, es el único Hospital de los adscritos a la ESE M y que cuenta con sala de partos habilitada.

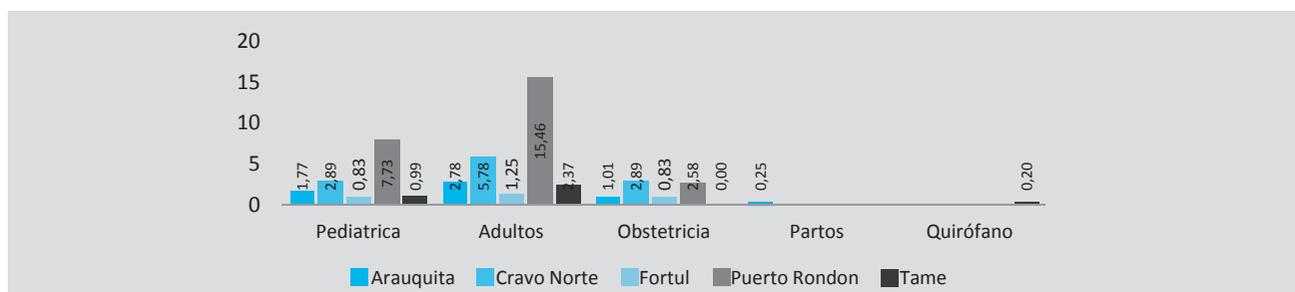
El Municipio de Cravo Norte, por su parte contó con 2,89 camas de pediatría por 10000 hab; 5,78 camas adultos por 10000 hab y 2,89 de obstetricia por 10000 hab.

En el municipio de Fortul, las camas asignadas a pediatría fueron alrededor de 0,83 por 10000; las de adultos fueron 1,25 y a obstetricia se asignaron aproximadamente 0,83 x 10000.

Puerto Rondón, municipio con la mayor disponibilidad contó con 7,73 camas pediátricas por 10000 hab; 15,46 camas adultos por 10000 y 2,58 de obstetricia por 10000 hab.

En el municipio de Tame, dispuso de 0,99 camas pediátricas por 10000 hab; 2,37 camas de adultos por 10000 y cero (0) camas de obstetricia. Fue el único hospital en el cual se habilito el servicio de quirófanos, este correspondió a 0,20 quirófanos por cada 10000 habitantes en ese municipio.

Grafico 21: Disponibilidad de camas por servicio segun municipio. Departamento de Arauca, año 2011



4.2.3.1.2 Capacidad instalada desagregada por municipios y servicios:

*Cuadro 33: Capacidad Instalada - Hospitales San Lorenzo y San Ricardo Pampuri
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	7	31,82	1,77
Camas	Adultos	11	50,00	2,78
Camas	Obstetricia	4	18,18	1,01
Salas	Partos	1	100	0,25

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

*Cuadro 34: Capacidad Instalada - Hospital San José de Cravo Norte
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	1	25,00	2,89
Camas	Adultos	2	50,00	5,78
Camas	Obstetricia	1	25,00	2,89
Salas	Partos	1	100	0,25

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

*Cuadro 35: Capacidad Instalada - Hospital San Francisco de Fortul
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	2	28,57	0,83
Camas	Adultos	3	42,86	1,257
Camas	Obstetricia	2	28,57	0,83

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

*Cuadro 36: Capacidad Instalada - Hospital San Juan de Dios
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	3	30,00	7,73
Camas	Adultos	6	60,00	15,46
Camas	Obstetricia	1	10,00	2,58

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

*Cuadro 37: Capacidad Instalada - Hospital San Antonio
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	5	29,41	0,99
Camas	Adultos	12	70,59	2,37
Camas	Obstetricia	0	0,00	0,00
Salas	Quirófanos	1	100,00	0,20

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

4.2.4. ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA

Es una Institución Pública para la Prestación de Servicios de Salud en el primer nivel de atención, del Municipio de Arauca,

creada por el Acuerdo 015 de agosto 30 de 2002 del Honorable Concejo del Municipio de Arauca, con personería jurídica y autonomía Administrativa y presupuestal que tiene jurisdicción en el municipio de Arauca.

La Empresa Social del Estado presta atención en servicios de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y salud pública en el primer nivel, lo que le permite dentro del marco de la Ley 100/93 y la Ley 715/2001 entrar al mercado competitivo con otras empresas que ofertan los servicios de salud para el municipio de Arauca y la frontera colombo-venezolana.

Tiene como objetivo brindar un elemento de consulta de los servicios que presta la ESE de modo que le permitan a las instituciones y comunidad general, realizar la elección de la institución prestadora de servicios de salud para su utilización, encontrando en ella elementos de calidad, eficiencia y eficacia en las actividades de fomento, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el primer nivel de atención acorde al Plan Obligatorio de Salud.

Estructura Organizacional

La Administración en la ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA, es un proceso mediante el cual se desarrollan y ejecutan organizadamente sus actividades y operaciones, aplicando los principios que le permitan en conjunto tomar las mejores decisiones para ejercer el control de sus bienes, compromisos y obligaciones que llevarán a un posicionamiento en los mercados tanto departamentales como nacionales.

Por ende la estructura organizacional flexible al entorno propuesta por la ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA, es la manera como el área administrativa, aplica el manejo de un conjunto de actividades en forma sincronizada en sus diferentes niveles para alcanzar la visión, misión y objetivos trazados por la alta dirección de la Institución¹²

Cuadro 38: Servicios Habilitados ESE Alvarado y C astilla

ESE Alvarado y Castilla	Enfermería
	Fisioterapia
	Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje
	Medicina General
	Nutrición y Dietética
	Odontología general
	Psicología
	Terapia Ocupacional
	Terapia Respiratoria
	Transporte asistencial Básico
	Laboratorio Clínico

ESE Alvarado y Castilla	Radiología e imágenes diagnóstico
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Servicio Farmacéutico
	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
	Toma e interpretación radiologías odontológicas
	Salas de enfermedades respiratorias Agudas -ERA
	Vacunación
	Atención preventiva salud oral e higiene oral
	Planificación familiar
	Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 39: Servicios Habilitados Centro de Salud el Bosque

Centro de Salud el Bosque	Enfermería
	Medicina General
	Nutrición y Dietética
	Odontología general
	Psicología
	Terapia Ocupacional
	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
	Vacunación
	Planificación familiar
	Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 40: Servicios Habilitados Centro de Salud Meridiano 70

Centro de Salud Meridiano 70	Enfermería
	Medicina General
	Nutrición y Dietética
	Odontología general
	Psicología
	Terapia Ocupacional
	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
	Vacunación
	Planificación familiar
	Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

¹² www.esejaimealvaradoycastilla.gov.co/

Cuadro 41: Servicios Habilitados Centro de Salud Miramar

Centro de Salud Miramar	Enfermería
	Medicina General
	Nutrición y Dietética
	Odontología general
	Psicología
	Terapia Ocupacional
	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
	Vacunación
	Planificación familiar
	Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 42: Servicios Habilitados Centro de Salud Unión

Centro de Salud Unión	Enfermería
	Medicina General
	Nutrición y Dietética
	Odontología general
	Psicología
	Terapia Ocupacional
	Toma de muestras citologías cervico-uterinas
	Vacunación
	Planificación familiar
	Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 43: Servicios Habilitados C. Salud Bocas del ELE

Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 44: Servicios Habilitados C. de Salud Feliciano

Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

Cuadro 45: Servicios Habilitados C. de Salud el Caracol

Promoción en Salud

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control - UAESA

4.2.4.1 Capacidad instalada ESE Alvarado y Castilla

La ESE Municipal no cuenta con servicios de camas ni salas habilitados. Sin embargo, cuenta con una ambulancia básica habilitada.

4.2.5 CAPACIDAD INSTALADA DEPARTAMENTO DE ARAUCA.

La evaluación de capacidad instalada por municipios, permite establecer que la oferta de servicios de internación en el departamento de Arauca, es del sector público. El 51% de las camas disponibles estuvieron destinadas a la atención de adultos, el 24,30% a pediatría y 12,75% fueron obstétricas.

Las mayores restricciones de camas se observan en los servicios de Cuidados Intensivos tanto neonatales como adultos.

Cuadro 46: Capacidad Instalada Red Pública Departamento de Arauca, año 2011

Grupo	Concepto	Cantidad	Porcentaje	Disponibilidad x 10000 hab
Camas	Pediátrica	61	24,30	2,43
Camas	Adultos	128	51,00	5,11
Camas	Obstetricia	32	12,75	1,28
Camas	Cuidado Intermedio Neonatal	8	3,19	0,32
Camas	Cuidado Intensivo Neonatal	4	1,59	0,16
Camas	Cuidado Intermedio Adulto	14	5,58	0,56
Camas	Cuidado Intensivo Adulto	4	1,59	0,16
Salas	Quirófanos	8	72,73	0,32
Salas	Partos	3	27,27	0,12

Fuente: Subdirección de Habilitación, Vigilancia y Control

4.2.5.1 Capacidad instalada de transporte Básico y Medicalizado.

La disponibilidad de ambulancias depende directamente de los servicios habilitados por cada IPS pública y/o privada.

Durante el 2011, el hospital el Sarare, conto con dos (2) ambulancias medicalizadas y cuatro (4) ambulancias básicas, las cuales le permitieron prestar el servicio de referencia y contrarreferencia de acuerdo a lo habilitado y responder con las demandas del servicio.

El hospital San Vicente dispuso durante el año 2011, de manera permanente de una (1) ambulancia y ocasionalmente contó con dos, para realizar la referencia y contrarreferencia de los pacientes. El hecho de no disponer de un mejor recurso de ambulancia afecta la calidad y oportunidad prestación del servicio.

Por su parte, La ESE Moreno y Clavijo, quien tiene habilitadas nueve (9) ambulancias, en el año 2011, sólo dispuso de siete (7) y todas en muy regular estado. Estas ambulancias están en uso desde hace aproximadamente 7 años, sumado a la antigüedad de las mismas y a los muchos kilómetros recorridos, está el mal estado de las vías, lo que las deteriora día a día.

El estado de las ambulancias, puede ser considerado como un factor de riesgo pues, vale la pena preguntarse hasta qué punto es más peligroso poner a andar un vehículo de transporte de pacientes, que no cumple con las condiciones mínimas y que pone en riesgo la vida misma tanto del paciente como del personal sanitario. No obstante es tal la necesidad de transporte y la falta de recursos que estas vetustas ambulancias se han mantenido en funcionamiento. En ocasiones ha sido necesario destinar las de un municipio a otro con objeto de garantizar el traslado de pacientes.

Lo anterior evidencia la necesidad INAPLAZABLE de renovar todo el parque automotor de la ese Moreno y Clavijo, para lo la cual esta institución ha adelantado gestión y abogacía ante entes departamentales y nacionales, sin que a la fecha se vislumbre soluciones al mismo.

El parque automotor de la ESE Moreno y Clavijo, durante el año 2011, estuvo integrado así:

- » Cravo Norte; una (1) ambulancia en Outsourcing con el Sarare
- » Fortul; Dos(2) ambulancias

- » Arauquita; una (1) ambulancia.
- » Tame; Dos (2) ambulancias
- » La esmeralda, 1 ambulancia
- » Rondón; No

Todas como ya se menciono, en regular estado.

4.2.5.2 Recurso Humano en las IPS del departamento de Arauca

El Recurso Humano en Salud constituye un elemento fundamental en los sistemas de salud. Se requiere de suficiente fuerza laboral pero también que esta sea capacitada, idónea y con amor y respeto por lo que se hace día a día, lo cual demanda también por parte de las instituciones que se realicen “compensaciones y/o estímulos” de tipo garantía de la estabilidad y buenas condiciones laborales.

Desde el punto de vista metodológico, no existen patrones de referencia para determinar la suficiencia en capacidad laboral del personal sanitario que provee servicios de salud de un País o región determinados, es decir que no existe consenso sobre el número de médicos necesarios para atender las necesidades de salud en un país. No obstante, desde la perspectiva de necesidades sanitarias esenciales, la OMS menciona en un estudio un umbral en la densidad de personal sanitario que provee servicios de salud en el cual se establece que, en los países con menos de 2,5 profesionales de la salud (únicamente médicos, enfermeras y parteras) por cada 1000 habitantes, no es posible aumentar a un 80% la proporción de mujeres atendidas en el parto por personal calificado o la cobertura de inmunización contra el sarampión. Este modo de establecer si hay déficit, ya sea a nivel mundial o de países, viene impulsado, en parte, por la decisión de fijar el nivel de cobertura mínima deseado en un 80% y, en parte, por la identificación empírica de la densidad de personal sanitario asociada a ese nivel de cobertura

También, como alternativa, en el año 2004, una iniciativa de Rockefeller Foundation, llamada Joint Learning Initiative, propuso un nuevo criterio, luego adoptado en el Informe Mundial de Salud de OMS en el 2006, llamado Densidad de Recursos Humanos en Salud¹³. Esta medida, “Densidad de Recursos

¹³ Víctor Carrasco Cortez, Elías Lozano Salazar, Edgar Velásquez Pancca. Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011

Humanos en Salud” está conformada por la suma de los dos indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10000 habitantes. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en cuenta todos los demás trabajadores de salud, pero es la única viable para comparaciones globales. Para analizar la disponibilidad de personal de salud los países se agruparon en función a la Densidad de RRHH, estableciendo tres categorías:

- » Aquellos con una tasa mayor a 50 por 10.000.
- » Aquellos con una tasa de 25 a 50.
- » Los que tienen una tasa menor a 25

En consonancia con lo establecido por el World Health Report (2006) que indica que como mínimo se requiere una densidad de 25 RRHH por 10000 habitantes, para asegurar un nivel mínimo de cobertura.

Teniendo en cuenta lo anterior, se define para el departamento de Arauca, una densidad del recurso humano (Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería) de 1,86 profesionales por cada 1000 habitantes, muy por debajo de la recomendación de la OMS.

En el cuadro 46, se muestra la densidad del recurso sanitario de cada una de las profesiones registradas en el departamento de Arauca.

*Cuadro 46: Recurso Humano
IPS Departamento de Arauca, Año 2011*

Profesional	Nomina	Orden de Prestación de Servicios	Total	Densidad Prof/hab (*1000)
Médicos Generales	55	69	124	4,95
Ginecólogos	2	10	12	0,48
Anestesiólogos	0	10	10	0,40
Cirujano	0	8	8	0,32
Pediatra	1	10	11	0,44
Neurólogo	0	0	0	0,00
Neurocirujano	0	1	1	0,04
Oftalmólogo	1	2	3	0,12
Urólogo	0	2	2	0,08
Psiquiatra	0	0	0	0,00
Enfermeras (o) jefes	22	62	84	3,35
Auxiliares de Enfermería	75	284	359	14,33
Odontólogo	15	18	33	1,32
Bacteriólogo	10	31	41	1,64

Profesional	Nomina	Orden de Prestación de Servicios	Total	Densidad Prof/hab (*1000)
Psicólogo	1	12	13	0,52
Auxiliar de Laboratorio	0	7	7	0,28
Técnico de Radiología	0	6	6	0,24
Higienista oral	1	6	7	0,28
Nutricionista	1	1	2	0,08
Dermatólogo	0	2	2	0,08
Otorrinolaringólogo	1	1	2	0,08
Ortopedista	1	4	5	0,20
Auxiliares de Odontología	5	5	10	0,40
Citohistólogo	0	1	1	0,04
Vacunadores	0	11	11	0,44
Terapeuta Ocupacional	0	1	1	0,04
Fonoaudiólogo	0	3	3	0,12
Fisioterapeuta	0	5	5	0,20
Auxiliar de Farmacia	0	1	1	0,04
Esp. Salud Ocupacional	0	1	1	0,04

Fuente: IPS, ESE del departamento de Arauca

4.2.6 Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Además de las Instituciones que la conforman, existen otros elementos que determinan la oportunidad de la atención a los pacientes. Entre ellos el estado de las vías de comunicación y el centro regulador de urgencias y emergencias. Este es el lugar operativo donde convergen los llamados de notificación del sistema de salud, se registran, reciben, controlan y regulan adecuadamente y desde donde se movilizan los recursos necesarios para cada situación manteniendo (mediante la red de telecomunicaciones) contacto permanente con los distintos actores del sistema disponibles. El CRUE es el eje que articula todo el sistema de salud, cuya filosofía es la de entregar una respuesta idónea a las llamadas y solicitudes recibidas. De este engranaje se desprende que no solo permite una adecuada asistencia sino una razonable relación costo – beneficio acorde a las competencias.

Actualmente el CRUE del departamento de Arauca, opera desde la ciudad capital y funciona 8 horas diarias de lunes a viernes. En el horario nocturno y festivo, existe disponibilidad permanente del personal para la coordinación de actividades. El llamado se realiza a través de celular.

4.2.6.1 Infraestructura del CRUE:

Se encuentra en proceso de implementación. Funciona temporalmente en instalaciones no adecuadas para el desarrollo de sus funciones. El ente rector de la Salud, viene adelantando proyectos que permitan al departamento contar con una infraestructura acorde a las funciones del mismo en cumplimiento de la normatividad vigente. Se proyecta a mediano plazo que entre en funcionamiento en la primera torre de las instalaciones de la Unidad Administrativo Especial de Salud.

4.2.6.2 Recurso Humano CRUE:

Este es insuficiente en número; no obstante, con el objeto de garantizar servicios las 24 horas, en horarios nocturnos y festivos, se asigna personal entrenado que realiza disponibilidad para atender los asuntos relacionados. Una vez entre en funcionamiento las 24 horas, se requerirá vincular más personal que permita cumplir con los objetivos misionales del CRUE.

El CRUE financieramente y administrativamente depende de la UAESA

4.2.6.3 Telecomunicaciones:

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, tiene un sinnúmero de debilidades; entre ellas, algunos Hospitales pese a estar dotados con radios de comunicación no los tienen en funcionamiento.

También el centro de operaciones del CRUE, tiene dificultades para poner en funcionamiento una consola que permita mantener la comunicación con todos los hospitales

Se realiza gestión con autoridades de Norte de Santander, para a mediano plazo realizar la instalación de una repetidora en el alto de la virgen (Norte de Santander). No obstante, se cuenta con un software online, para que cada IPS y EPS solicite la autorización de los servicios con el objeto de disminuir el trámite del paciente y evitar que éste vaya de un lugar a otro solicitando autorizaciones.

4.2.6.4 Como afecta el estado de las vías la oportunidad y acceso a los servicios de Salud

Como se expreso, el estado de las vías tiene una repercusión directa en el acceso y especialmente en la oportunidad de la atención que se brinde a los pacientes. Esto es, que si

se cuenta con vías en buen estado se podrá asegurar una atención con oportunidad reduciendo así las complicaciones en los pacientes incluso en aquellos casos en los que los pacientes se desplazan por sus propios medios desde su sitio de residencia a los centros de salud.

En el departamento de ARAUCA, la principal vía de comunicación entre los municipios es la terrestre a través de vías y caminos veredales en precario estado, el cual se agudiza en época de invierno alargando los tiempos de llegada a las instituciones de salud; No obstante, existe el transporte aéreo y acuático, ambos con poca frecuencia de uso para el transporte de pasajeros, siendo éstas últimas vías, de poco uso para el transporte de pacientes. Es precisamente el estado en el que se encuentran las vías, especialmente para municipios como Cravo Norte y Puerto Rondón un factor de riesgo con un peso bien importante en el acceso a la atención y en la oportunidad de la misma. Sumado a esto, las condiciones de orden público en todo el departamento. (Cuadro 47).

Frente al orden público, vale la pena destacar que el departamento tiene historia de accidentes por minas antipersona de lo cual han resultado víctimas niños, niñas, indígenas y campesinos que habitan las regiones de sabana y piedemonte Araucano. Así mismo, de violación a la misión médica, sufriendo el personal sanitario atentados a las ambulancias, retención de personal y restricción en el desplazamiento a algunas zonas rurales.

Lo anterior hace mas critica la accesibilidad a los servicios y genera un espectro muy negativo en ella, perturba además los esfuerzos de las instituciones de salud repercutiendo en el logro de uno de los objetivos primordiales del SGSSS.

Cuadro 47: Distancias y tiempo de la jurisdicción sanitaria de la red. Departamento de Arauca,

Denominación		Carretera y/ o vía	Tiempo
De	A		
Saravena	Arauca	Asfaltada	3 h
Tame	Arauca	Asfaltada	3h
Araucuita	Arauca	Asfaltada	2h
Fortul	Arauca	Asfaltada	3h
Puerto Rondón	Arauca	Asfaltada parcialmente (entre Pto Rondón y Tame, la vía esta prácticamente sin asfalto)	5h
Cravo Norte	Arauca	Mal estado, sin pavimento	4h (en verano)
Puerto Rondón	Tame	Mal estado, sin pavimento	2h
Tame	Saravena	Asfaltada	40 min
La Esmeralda	Araucuita	Asfaltada	15 min

Nota: No se tienen contabilizados los tiempos de desplazamiento desde zonas rurales a cabeceras municipales

4.2.6.5 Red de referencia y contrarreferencia

4.2.6.5.1 Red de referencia y contrarreferencia externa:

Teniendo en cuenta que en el departamento solo existen dos instituciones de mediana complejidad y que no existen instituciones de alta complejidad, el Departamento garantizó

una red externa durante el año 2011, compuesta por 11 instituciones de mediana y alta complejidad. Todas estas ubicadas en ciudades como Cúcuta, Bucaramanga y Bogotá correspondientes al sector público y privado. (Cuadro 48)

Cuadro 48: Red Externa de Prestadores de Servicios de Salud - Departamento de Arauca, año 2011

NOMBRE IPS	NIVEL DE COMPLEJIDAD	CIUDAD	NATURALEZA
CENTRO DE ANALISIS MOLECULAR	Mediana y Alta Complejidad	Bogotá D.C	Privada
CLINICA SAN DIEGO	Mediana y Alta Complejidad	Cúcuta	Privada
RUDESINDO SOTO	Mediana y Alta Complejidad	Cúcuta	Pública
AUDIOFON E.U.	Mediana y Alta Complejidad	Bucaramanga	Privada
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO	Mediana y Alta Complejidad	Bogotá D.C	Mixta
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	Mediana y Alta Complejidad	Bucaramanga	Privada
FUNDACION CARLOS ARDILA LULLE	Mediana y Alta Complejidad	Bucaramanga	Privada
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	Mediana y Alta Complejidad	Santa fe de Bogotá	Pública
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTADER	Mediana y Alta Complejidad	Bucaramanga	Pública
FUNDACION AMIGOS DE LA SALUD	Mediana y Alta Complejidad	Bogotá D.C	Privada
FUNDACOMUN	Mediana y Alta Complejidad	Bucaramanga	Privada

Fuente: Subdirección de Seguridad Social

4.2.6.5.2 Red de referencia y contrarreferencia Interna:

En cuanto a la red interna, esta estuvo conformada por nueve (9) instituciones entre ESES de bajo y mediano nivel de complejidad, IPS y otras instituciones para garantizar el transporte en aquellos casos que deben ser remitidos a la red externa. 7 de ellas ubicadas en la ciudad capital, una ESE en la Ciudad de Saravena y para el caso de los cinco municipios restantes,

se garantizó la atención a través de la ESE Moreno y Clavijo quien tiene adscritos un hospital en cada municipio.

Dadas las condiciones del primer nivel, se percibe baja capacidad de resolución por parte de éste, que incrementa la demanda y produce congestión especialmente en los servicios de urgencias del mediano nivel de complejidad.

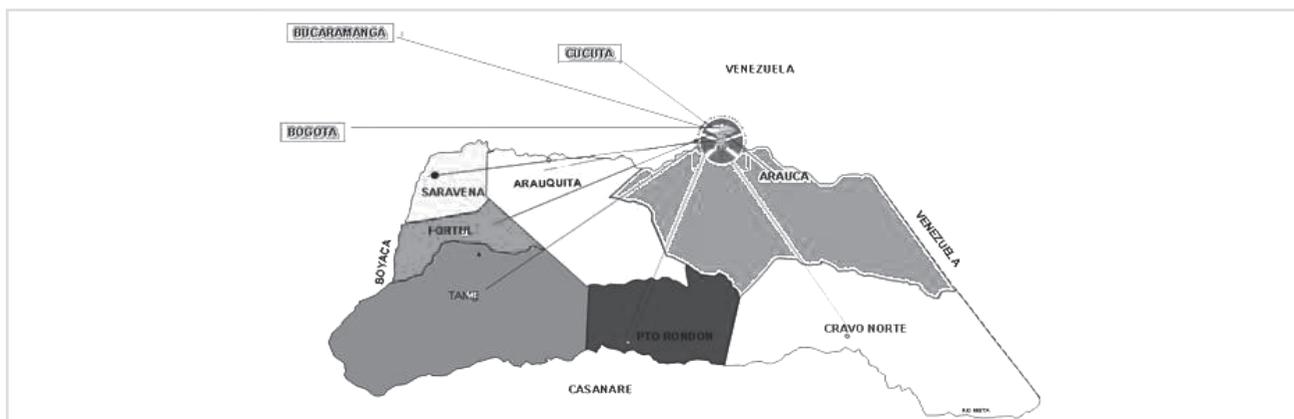
Cuadro 49: Red interna de Referencia y Contrarreferencia - Departamento de Arauca, año 2011

INSTITUCION	NIVEL DE COMPLEJIDAD	CIUDAD	NATURALEZA	
ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA	Baja	Arauca	Pública	
ESE HOSPITAL DEL SARARE	Mediana	Saravena	Pública	
SALUD RENAL	Alta	Arauca	Pública	
ESE SAN VICENTE	Mediana	Arauca	Pública	
ESE MORENO Y CLAVIJO	Hospital San Antonio	Baja	Tame	Pública
	Hospital San Juan de Dios	Baja	Puerto Rondón	Pública
	Hospital San Francisco	Baja	Fortul	Pública
	Hospital San Lorenzo	Baja	Araucita	Pública
	Hospital San José	Baja	Cravo norte	Pública
CAPES MEDICAL CARE oxigeno		Arauca	Privada	
CHARTEREXPRESS (Transporte)		Arauca	Privada	
MEDYTEC		Arauca	Privada	
SATENA (Transporte)		Arauca	Pública	
GLOBAL SERVICE AVATION LINITADA				

Fuente: Subdirección de Seguridad Social

El mapa 2 muestra los sitios geográficos de ubicación de la red interna y externa de prestadores de servicios de salud del departamento.

DEPARTAMENTOS DE ARAUCA - RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD



4.2.6.6 Red alterna para el suministro de medicamentos

En cuanto a garantizar el suministro de medicamentos se contrato con MEDYTEC IPS, quien hace presencia en todos los

Municipios de Departamento, esto con el objeto de responder a los principios de oportunidad y eficiencia. (Cuadro 51)

Cuadro 50: Red alterna para el Suministro de Medicamentos, Departamento de Arauca. Año 2011

	CIUDAD	DIRECCION	TELEFONO
MEDYTEC IPS	Arauquita	Calle 4 N° 3 39	3134826503
	Saravena	Carrera 16 N° 25 - 77	3204914145
	Puerto Rondón	Calle 2 N° 3 – 98	8897102
	Tame	Calle 15 Cra 13 Esquina	3124390336
	Fortul	Centro Poblado	8889354
	Cravo Norte	Calle Principal	8889144
	Arauca	Calle 15 N° 13 – 56	3204914125

Fuente: Base de Datos del Centro de Referencia y Contrarreferencia – CRUE

4.2.6.7 Celebración de contratos con la red prestadora

Con objeto de garantizar la atención integral de salud, se celebraron diversos contratos con instituciones de baja, mediana y alta complejidad, así como con otras instituciones como aquellas destinadas a garantizar el traslado de los pacientes, entre

otras. Estos estuvieron por el orden de \$ 15.418.458.195. El 41,13% de éstos fueron recursos de regalías NO POSS, 32,73% provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) y el 26,14% restante proveniente de regalías vinculados. (Cuadro 50)

Cuadro 51: Contratos Celebrados con la Red Prestadora. Departamento de Arauca, año 2011

Nombre IPS	Valor total del contrato y fuente de financiación		
	SGP	Regalías NO POS	regalías Vinculados
FOSCAL	\$ 150.000.000		
CARDIOVASCULAR	\$ 142.933.956		
SAN IGNACIO	\$ 200.000.000		
ALVARADO Y CASTILLA	\$ 289.987.063		
HOSPITAL DEL SARARE	\$ 2.422.771.038		

Nombre IPS	Valor total del contrato y fuente de financiación		
	SGP	Regalías NO POS	regalías Vinculados
MORENO Y CLAVIJO	\$ 1.841.340.138		
SAN VICENTE	\$3.585.712.089.50		
SATENA		\$ 180.000.000	
CENTRO DE ANALISIS MOLECULAR		\$ 50.000.000	
SALUD RENAL		\$ 30.017.994	
SAN VICENTE		\$ 2.000.000.000	
SARARE		\$ 1.236.391.040	
CLINICA SAN DIEGO		\$ 150.000.000	
RUDESINDO SOTO		\$ 150.000.000	
AUDIOFON E.U.		\$ 100.000.000	
MEDYTEC		\$634.534.966	
SAN IGNACIO		\$ 500.000.000	
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA		\$ 300.000.000	
FOSCAL		\$ 250.000.000	
CAPES ELECTRONICS		\$ 200.000.000	
CHARTEREXPRESS		\$120.000.000	
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER		\$200.000.000	
FUNDACIÓN AMIGOS DE LA SALUD VIRGEN DE MANARE		\$86.870.000	
FUNDACOMUN		\$110.000.000	
GLOBAL SERVICE AVIATION LTDA -GSA LTDA		\$250.000.000	
SATENA			\$ 70.000.000
SALUD RENAL			\$ 200.000.000
SARARE			\$ 750.000.000
SAN VICENTE			\$ 850.000.000
MORENO Y CLAVIJO			\$ 150.000.000
SAN DIEGO			\$ 50.000.000
RUDESINDO SOTO			\$ 50.000.000
ESE JAIME ALVARADO Y CASTILLA			\$ 225.000.000
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO			\$ 322.932.000
MEDYTEC			\$ 450.000.000
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			\$375.000.000
FOSCAL			\$ 200.000.000
AUDIOFON			\$ 50.000.000
CAPES ELECTRONICS			\$ 40.000.000
CHARTEREXPRESS			\$ 65.000.000
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER			\$100.000.000
FUNDACIÓN AMIGOS DE LA SALUD VIRGEN DE MANARE			\$67.550.000
FUNDACOMUN			\$80.000.000
MORENO Y CLAVIJO			\$ 120.000.000
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA			\$40.000.000
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA			\$50.000.000,00
FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA			\$ 100.000.000

Nombre IPS	Valor total del contrato y fuente de financiación		
	SGP	Regalías NO POS	regalías Vinculados
SUBTOTAL	\$ 5.047.032.195	6.340.944.000	\$ 4.030.482.000
TOTAL CONTRATADO	\$ 15.418.458.195		

Fuente: Subdirección de Seguridad Social - UAESA

4.3 Indicadores de Salud Pública

La descentralización administrativa otorgó a los municipios la responsabilidad en los procesos de salud, reafirmada en la legislación con la reforma del sistema de seguridad social en salud. Sin embargo de acuerdo a la categoría de los municipios del departamento, muchas de las acciones las realiza el Ente departamental en complementariedad y bajo el principio de subsidiaridad, sin que a la fecha los municipios hayan reorganizado su estructura en función de dar cumplimiento a lo establecido en la normatividad.

En su reglamentación la Resolución 425 de 2008 además de sentar los lineamientos y establecer las prioridades, posibilita la asignación de recursos para la gestión de la salud pública. Posibilidad que debe ser vista en forma integral y global para que se cumplan los principios rectores de la salud, en especial el definido en el plan de desarrollo departamental y lo establecido en cada uno de los planes de desarrollo municipal.

La administración en su conjunto del sistema de seguridad social está bajo el liderazgo de la Unidad Administrativa Especial de Salud quien organiza de manera global la salud con acciones operativas y de gestión con el objeto de lograr mejores resultados frente a las condiciones de vida, estilos de vida, entre otros, de los Araucanos y por tanto una población más sana y feliz.

Los objetivos misionales de la institución, le permiten cumplir con las competencias de la Ley 715 de 2001, resolución 425 y demás normatividad vigente.

No obstante, es imperativo fortalecer los procesos de intercambio en la relación per sé de la UAESA con las organizaciones públicas y privadas que desarrollan acciones de salud y de promoción social con el objetivo de mejorar la situación de salud de los ciudadanos. Esto implica un trabajo colaborativo y participativo con las empresas promotoras de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las organizaciones establecidas en todo el territorio departamental. Así mismo, es necesario el concurso de la comunidad a través de sus organizaciones y del ciudadano mismo, eje principal de integración ya que cumple un doble papel, de beneficiario y de gestor de su propia salud.

Hacen parte de los indicadores de Salud Pública: la Salud Infantil, la Salud Sexual y Reproductiva, la Salud Mental, la Salud Oral, las Enfermedades Transmisibles y las Zoonosis, la discapacidad y enfermedades crónicas y la Seguridad Sanitaria y del Ambiente y la Salud Nutricional.

4.3.1 Indicadores de Salud Infantil

La carga de morbilidad y mortalidad infantil revelan en gran medida el entorno de inequidades sociales, económicas, en educación y en acceso a servicios de salud. Así como aquellas generadas por las creencias culturales que de cierta manera frenan el desarrollar hábitos saludables y procurar un mayor bienestar a partir de las posibilidades de cada núcleo familiar.

El artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, textualmente reza “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

La ley 1098 de 2006, por la cual se creó el Código de Infancia y la Adolescencia, busca garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. Establece protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y

cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecutan en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

En honor a esa responsabilidad que le atañe al estado, las instituciones han definido acciones de prevención que le permitan garantizar bienestar no solo a los niños sino a su núcleo familiar y por tanto mantener una sociedad más sana.

En este sentido, el Departamento de Arauca y sus municipios con el apoyo del gobierno Nacional, realizan esfuerzos importantes para garantizar el Programa Ampliado de Inmunización, las estrategias IAMI - AIEPI, Programas de Nutrición, Programa Método Madre Canguro en el Hospital San Vicente, los programas para el fomento de la lactancia materna como mecanismo para lograr vínculos afectivos entre la madre y su hijo como punto de partida de relaciones basadas en el afecto, el amor y la confianza, entre otros.

4.3.1.1 Programa Ampliado de Inmunizaciones

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), del Ministerio de la Protección Social tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Para que un programa de vacunación cumpla con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, al igual que producir la inmunidad de grupo, se requiere de coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% en la población objeto del programa, con el fin de alcanzar un umbral de inmunidad comunitario que limite la transmisión.

Una aproximación para evaluar el desempeño que ha tenido el gasto en salud pública, es observar la evolución de las coberturas en vacunación. Aunque no fue posible determinar coberturas por área geográfica, se entiende que el acceso es más difícil en zonas rurales por tanto se presume mayor afectación negativa en las coberturas en esta zona, situación que sugiere mayor riesgo de desarrollar enfermedades inmunoprevenibles en zonas del área rural y por tanto deben ser mayores los esfuerzos institucionales en el acceso a estas zonas para el logro de coberturas útiles.

4.3.1.1.1 Coberturas

Existen serias dificultades en la oportunidad del giro de recursos al PAI, así mismo se identificaron dificultades administrativas en la contratación, lo que repercute directamente con el logro de coberturas.

En el departamento, durante los meses de Abril y Mayo del año 2011, no se realizó contratación de vacunadores por parte del departamento ni de los municipios. Sin embargo en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud, ésta contrato alrededor de 30 vacunadores distribuidos en todos los municipios.

A partir de Julio, se garantizó la contratación por parte del Departamento, de los Municipios y de las IPS de personal (vacunadores) suficiente en número, lo que permitió llegar a las coberturas mostradas a continuación. Se anota, por supuesto, que el departamento está lejos de alcanzar coberturas útiles; el Ministerio autorizó la evaluación de coberturas a través de Monitoreos Rápidos de Coberturas de Vacunación, sin que los municipios de Arauca y Tame, logran cumplir con los estándares definidos.

Así mismo, se menciona que existe un porcentaje importante de niños y niñas vacunados en edades por fuera de los 2 - 4 y 6 meses, esto tampoco cuentan para el cálculo de coberturas por estar por fuera del rango definido por las autoridades de Salud.

Como plan de choque a las bajas coberturas obtenidas, el Ministerio de la Protección Social, autorizó aplicar esquema acertado supervisado para niños con esquemas atrasados hasta el 31 de diciembre del 2011; no obstante no fue suficiente para alcanzar coberturas útiles.

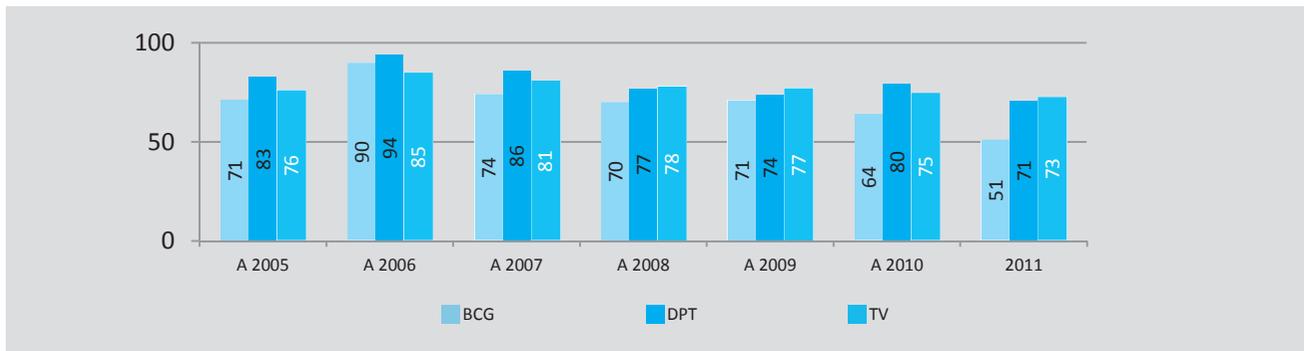
Al interior de los municipios, se resalta que en el municipio de Araucita sólo, fue posible la vacunación en área rural, a partir del último trimestre del 2011, debido a la falta de garantías al personal de salud por orden público (se prohibió las salidas a zona rural por parte de grupos al margen de la ley). Es importante destacar que en este municipio, el 56,44% de la población reside en área rural.

Se realizó un análisis de las coberturas de las vacunas contra la Tuberculosis Meningea del bacilo Calmette Guéring (BCG), el Polio y la Difteria, el Tétano y la Tosferina (DPT). Es evidente

a nivel departamental un descenso en las coberturas para todas las vacunas, siendo el año 2006 el que registro la cobertura más alta, alcanzando para la BGC un 90% y para la DPT un 94%; Sin embargo el departamento no logro alcanzar coberturas útiles en ninguno de los años estudiados. (Grafico 22)

Es necesario advertir que dado que muchos Recién Nacidos, se vacunan extrahospitalariamente, estos no cuentan para el cálculo del indicador de coberturas, pese a estar vacunados. Esta problemática se presentó principalmente en el hospital San Vicente, pues no vacunaban los fines de semana; situación que fue subsanada hacia el mes de agosto del 2011.

Grafico 22: Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG, DPT y TV. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011



Coberturas de BCG: Las coberturas de vacunación con este biológico en el periodo comprendido entre el año 2005 y 2011 mostraron un rango de variación entre 51 y 90%, siendo la más baja en el año 2011. No obstante, la evaluación del grafico de tendencia de las coberturas de vacunación refleja una propensión significativa en el tiempo a disminuir (grafico 23). Situación esta, que amerita una lectura analítica del comportamiento, con el objeto de establecer los correctivos y revertir la tendencia de riesgo.

Grafico 24: Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de DPT. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011

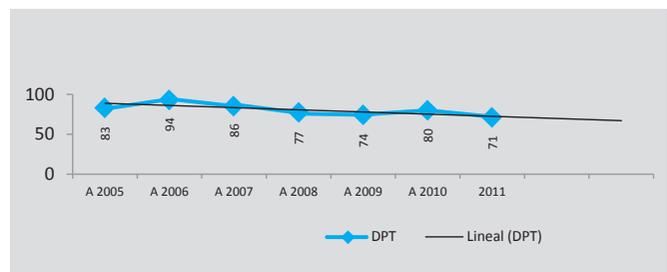
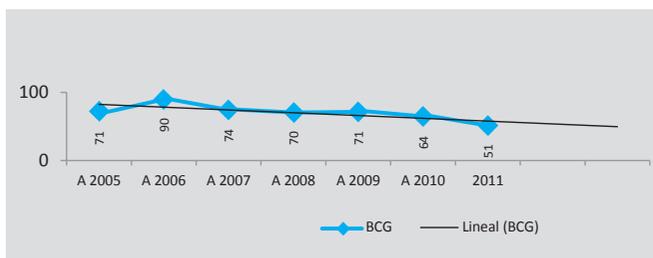
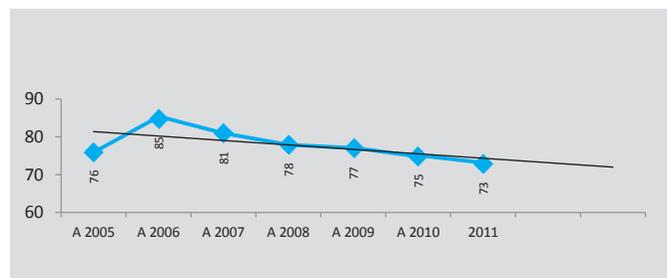


Grafico 23: Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011



Coberturas de Triple Viral (TV): La lectura es semejante a los gráficos anteriores y refleja la tendencia de riesgo en este biológico, por su acentuación a disminuir año tras año.

Grafico 25: Porcentaje de niños y niñas de un año vacunados con el biológico de TV. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011



Coberturas de DPT. Al igual que lo evidenciado con la tendencia de las coberturas de BCG, en el caso de la vacuna contra la DPT, se observa el mismo comportamiento, demandando urgentemente que no se escatimen esfuerzos en establecer conductas, recursos, personal y demás insumos necesarios para abordar esta problemática que pone en riesgo la salud infantil del departamento.

Análisis de tendencias de coberturas en vacunación por municipios

Al interior de los municipios, las cifras son un poco más alentadoras para algunos de ellos, pues en determinados años se lograron coberturas útiles (superiores al 95).

En aquellos casos en los cuales se observan coberturas superiores al 100%, es muy probable que pueda haber tenido lugar cualquiera de las siguientes situaciones:

- » Que se haya revacunado a la población
- » Que el denominador asignado sea superior al real
- » Que se haya vacunado población de otras jurisdicción
- » Que exista duplicidad en los registros o errores de digitación, entre otras.

Coberturas de BCG por municipio

En el municipio de Arauca, durante el periodo estudiado las coberturas oscilaron entre 61 y 90%, con una tendencia sostenida a disminuir.

Araucita por su parte presento valores preocupantes, se evidencia una tendencia a disminuir con cambios bruscos año a año, siendo bastante críticas las cifras obtenidas en los dos últimos periodos con 46 y 25% respectivamente.

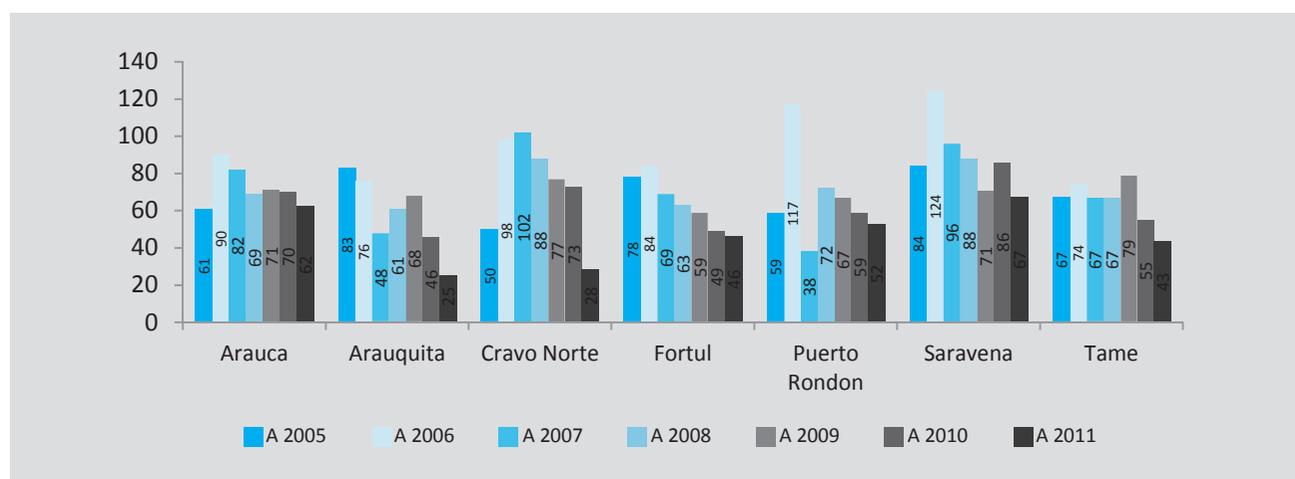
Los municipios de Cravo Norte y Fortul no escapan a la realidad del departamento y del país inclusive. El grafico 26 muestra la tendencia a disminuir año a año. Sin embargo se aprecia que en Cravo Norte, en los años 2006 y 2007, se reportaron coberturas superiores al 95%; este mismo municipio en el año 2011 reportó una cobertura de BCG de 28%. Por su parte, el municipio de Fortul, registro la cobertura más baja para este biológico en el año 2011 frente a los demás años.

También en Puerto Rondón, las cifras dan cuenta de la tendencia marcada a disminuir cada año; pese al reporte de coberturas de 117% registrado en el año 2006.

Saravena, quien mostró un repunte en el año 2010, pasando de 71% en el 2009 a 86% en el 2010 tuvo un declive de coberturas en el año 2011 registrando un porcentaje de 67.

El municipio de Tame, a partir del año 2009 muestra una clara tendencia a disminuir la cual se agudiza en los años 2010 y 2011. (Grafico 26)

Grafico 26: Porcentaje en niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011



Coberturas de DPT por municipios

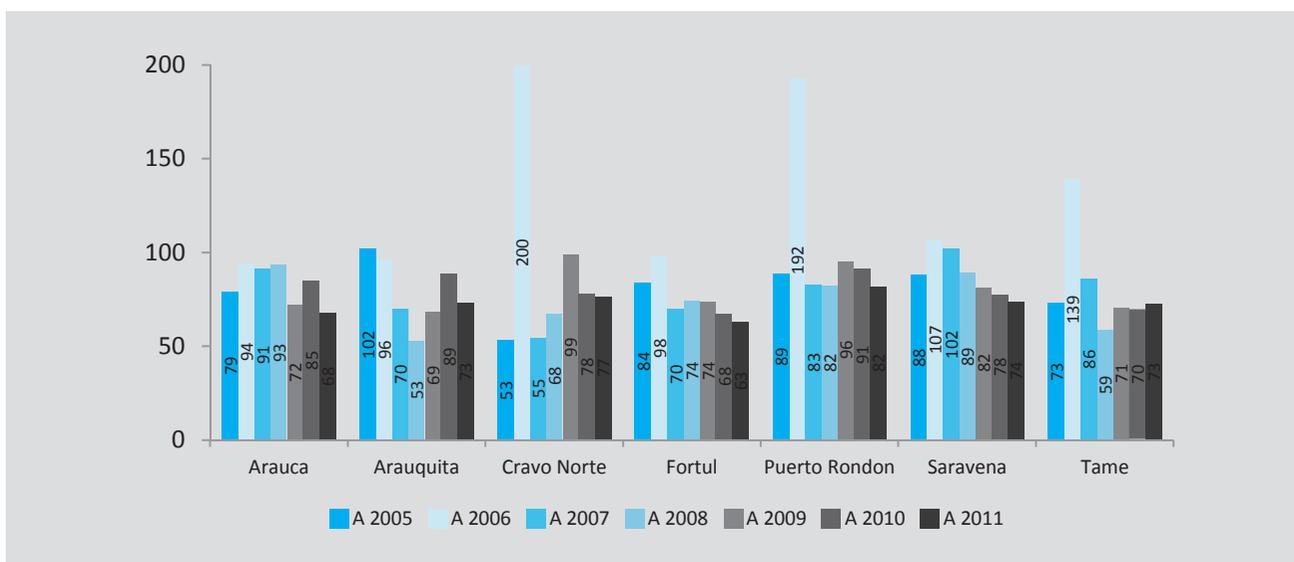
En cuanto a las coberturas de este biológico, sin que sean útiles (superiores a 95%) en los últimos años muestran una tendencia

menos marcada a disminuir. Presentando en el año 2011 variaciones de 63 y 85% entre municipios, correspondiendo la más baja al municipio de Fortul.

En el año 2006, excepto por el municipio de Arauca, todos los demás reportaron coberturas útiles (por encima del 95%). Si bien, llama la atención las coberturas alcanzadas por los municipios de Cravo Norte, Puerto Rondón y Tame las cuales superan con creces el 100%, cifra que también debiera

preocupar, pues no es entendible metodológicamente hablando que exista más de lo que debiera existir, a menos que se presente cualquiera de las posibilidades descritas anteriormente las cuales pudieran explicar por qué un resultado supera el límite esperado. (Grafico 27)

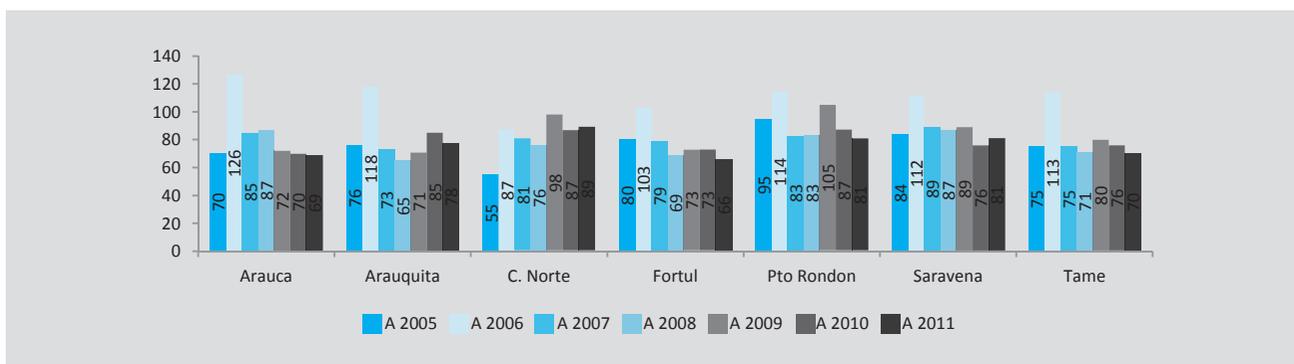
Grafico 27: Porcentaje en niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de DPT. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011



Coberturas de Triple Viral por municipios

Las coberturas de Triple Viral, son entre todas las evaluadas a nivel de municipios las “menos críticas”. Es decir, que si bien no se lograron coberturas útiles, al interior de cada municipio la

tendencia es más estable, pese a que a nivel departamental si es marcado su descenso. En el último año mostraron un rango de variación entre 66 y 89%, siendo mayor en el municipio de Cravo Norte. (Cuadro 28)



Se tiene conocimiento de que el denominador para el cálculo de las coberturas administrativas en algunos municipios es superior al real. Sin embargo, los resultados de monitoreos rápidos de coberturas – MRCV- dan cuenta de otros problemas distintos

a este que superan los posibles problemas de denominador. Estos están sustentados en que aun en zona urbana, cuando se realiza un monitoreo se encuentran niños objeto del programa sin ser cubiertos por el mismo.

Algunos de las dificultades del programa para el logro de las coberturas han sido descritos por las autoridades de salud así:

- » Remisión de gestantes con embarazos de alto riesgo para unidad de cuidados intensivos neonatales a otros departamentos.
- » El orden público dificulta o impide el ingreso de personal de salud a ciertas zonas rurales.
- » Vías de comunicación terrestre de difícil acceso por las malas condiciones de las mismas.
- » Demora en el inicio de las actividades operativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones por demoras en los procesos administrativos del giro de recursos económicos de las regalías petroleras
- » Administrativamente los municipios del departamento presentan dificultades para ejecutar los recursos del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas desde el comienzo de la vigencia; situación que atrasa el logro de las metas del PAI; igual sucede se presenta en el Departamento por el cierre de la vigencia fiscal del año anterior y apertura del presupuesto del año vigente.
- » Asignación de recursos de forma tardía todos los años para la realización de las acciones operativas de inmunización.
- » La alta movilidad de la población del departamento, situación que dificulta la ubicación y seguimiento de los menores a vacunar. Entre otras cosas; la movilidad está determinada como se explicó anteriormente por el fenómeno de desplazamiento y por migraciones al vecino país de Venezuela, pues muchas familias de escasos recursos económicos han visto en él la oportunidad para obtener algunas ventajas para su sustento tales como: mercado a muy bajo costo a través de los programas mercal del gobierno venezolano, subsidios, servicios públicos con costos mínimos. Para ello, muchos hacen trámites para obtener la nacionalidad venezolana, deciden tener sus hijos allá o los registran como nacidos en ese país.
- » Falta de continuidad en la contratación del personal operativo que retrasa el inicio de las actividades y desestimula el buen ejercicio del mismo.
- » Falta de educación continuada y procesos de sensibilización a este personal. Esta es una actividad que debe ser considerada

por las autoridades y garantizarse el acceso a ella, además de ser tenida en cuenta para los procesos de selección y contratación.

Dado que los monitoreos Rápidos de Coberturas de Vacunación del esquema regular, e incluso los resultados de MRCV que se realizan ante el reporte de un posible evento inmunoprevenible, son una herramienta que permite determinar si todos los niños y niñas de una área determinada han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacuno, sus resultados deben ser realmente tenidos en cuenta por las autoridades de salud y que estos se usen, para priorizar vacunación en aquellos barrios que así lo requieran.

Así mismo la necesidad de trabajar con el grupo de vacunadores en cuanto a la responsabilidad social que se tiene frente al logro de inmunidad comunitaria. El acto de vacunar a la población es un acto de humanidad, por tanto sensibilizar a quienes realizan tan valiosa actividad y motivarlos por el ejercicio juicioso y responsable de llegar a cada casa, a cada hogar y a cada niño, es un trabajo que demanda del concurso de todos los actores del sistema y de aquellas instituciones que tienen un carácter y una responsabilidad social.

Por todo lo anterior es urgente e incuestionable, la generación de alianzas estratégicas con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de facilitar el acceso de la población a los servicios de vacunación, fortalecimiento del trabajo intersectorial con el Programa Familias en Acción, red juntos, con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Jardines Infantiles y Secretarías de Educación, entre otros.

Durante el año 2011, el ente Departamental de Salud realizó esfuerzos para el fortalecimiento de las acciones administrativas y operativas así:

- » Apoyo técnico a los PTSPIC.
- » Contratación de vacunadores en los siete municipios del departamento
- » Contratación de transporte para el desplazamiento de los biológicos y vacunadores al área rural y urbana
- » Contratación de transporte para el envío de los biológicos e insumos críticos a nivel nacional, departamental y municipal

- » Adquisición de equipos para garantizar la cadena de frío de los inmunobiológicos.
- » Reuniones y acuerdo binacional con el objeto de intercambiar de información para el reporte de niños vacunados en el País vecino y que cuentan con nacionalidad Colombiana y viceversa.
- » Se contó con el apoyo de la OPS, a través del convenio OPS-MPS, para financiación de personal operativo del programa.

4.3.1.1.2 Morbilidad por eventos inmunoprevenibles

Se realizó el análisis de la morbilidad por eventos inmunoprevenibles a partir de los datos reportados al SIVIGILA.

Los datos al sistema se reportan desde sospechosos, probables o confirmados, así:

Desde sospechosos: ESI-IRAG, Rubéola, Sarampión, Rubéola congénita, Evento adverso supuestamente atribuido a inmunización

Desde probables: ESI-IRAG, Tos ferina, Difteria, Parálisis Flácida Aguda, Tétanos (neonatal y accidental),

Meningitis (Meningocócica, Haemophilus influenzae, Neumococo)

Confirmados: Meningitis tuberculosa, Mortalidad por IRA, Parotiditis, Varicela

Casos reportados en el Departamento de Arauca

a) Parotiditis: Se reportaron durante el año 2011, 36 casos de parotiditis, correspondientes a una tasa de 1,66 casos x 100.000 habitantes. En menores de un (1) año no se registraron casos. En el grupo de 1 a 4 años se registraron 17 casos, correspondientes a una tasa de 10,56, mientras que en los mayores de cinco (5) años la tasa fue de 10,91 por cada 100.000 habitantes.

Por grupos de edad y municipio, el grupo de 1 a 4 años, presentó mayor riesgo de enfermar por parotiditis en los municipios de Arauquita, Saravena y Fortul. En los mayores de cinco (5) años, el mayor riesgo se presentó en los municipios de Arauca y Tame.

Los municipios de Puerto Rondón y Cravo Norte no reportaron casos.

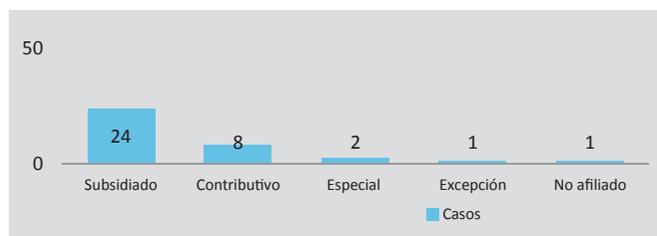
*Cuadro 52: Distribución casos de Parotiditis
Departamento de Arauca, año 2011*

G. Edad	Arauca		Arauquita		Saravena		Fortul		Tame		Dpto	
	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000
>1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 4	1	0,89	2	18,69	2	16,22	1	15,11	1	7,35	7	10,56
< 5	13	61,61		0,00	12	25,30		0,00	4	7,60	29	10,91
total	14	15,40	2	0,58	14	3,53	1	0,48		0,00	36	1,66

Fuente: SIVIGILA

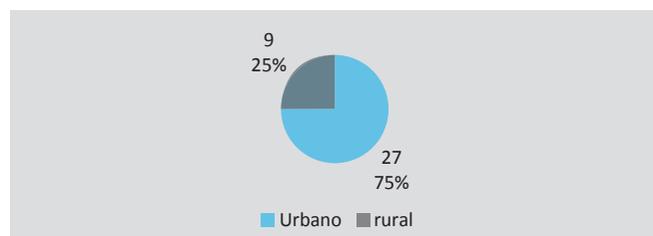
Del total de casos reportados, 24 correspondientes al 66,67% estaban afiliados al régimen subsidiado y 8 casos (22,22%) al régimen contributivo (Gráfico 29)

*Gráfico 29: Distribución casos de Parotiditis por afiliación al SGSSS
Departamento de Arauca, año 2011*



Se determinó que el 75% de los casos de Parotiditis residían en zona urbana del departamento; es importante determinar epidemiológicamente este mayor riesgo en la población rural si obedece o no a bajas coberturas de vacunación con Triple viral

*Gráfico 29:A Distribución de casos de parotiditis según área residencia.
Departamento de Arauca, año 2011*



b) Tos ferina: Como ya se dijo, los casos de Tos Ferina se notifican al sistema desde probables. En este sentido, se notificaron 41 casos probables en el año 2011; 19 casos menos que en el año 2010.

También se identificó que mientras en el año 2010, notificaron casos probables los municipios de Arauca, Saravena, Arauquita y Tame; en el año 2011, solo lo hicieron Arauca y Saravena. La disminución de la participación de las UPGD que notifican este evento, es un indicador de la calidad de la vigilancia de eventos inmunoprevenibles. No debe desconocerse el hecho de que en el departamento circula nuevamente la bacteria *Bordetella Pertussis*, responsable de esta enfermedad. Se puede considerar como una re emergencia de la Tos ferina, por lo cual es importante que el personal médico reconozca los signos y síntomas y realizar la notificación oportuna, brindando un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, y sobre todo medidas epidemiológicas con el objeto de cortar la cadena de transmisión.

Si a lo anterior, se le suma el hecho de las críticas coberturas de vacunación en todo el territorio, se concluirá el riesgo al que está enfrentada la población. No obstante, hay que anotar que aunque la medida de control más eficaz es mantener el nivel más alto posible de inmunización en la comunidad, ni la vacunación ni la infección natural de Tos ferina garantizan que la persona estará inmunizada de por vida contra esta patología, cinco a diez años después de la última dosis contra la tos ferina, los niños mayores, los adolescentes y los adultos están en riesgo de contraer la enfermedad y necesitan ser vacunados nuevamente. Según un estudio efectuado en Italia (Nicola Principi et al., de la Universidad de Milán) la inmunidad contra la Tos ferina que se adquiere mediante la vacunación no es permanente. Para conservarla, quizá sea necesario administrar una dosis de refuerzo de la vacuna a adolescentes y adultos.

Es importante advertir de la necesidad de realizar las búsquedas activas institucionales como herramienta en el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y mantener el seguimiento a la calidad de las mismas.

Del 100% de los casos reportados se confirmó el 24,39% (10 casos). Sobre éstos se realizó el siguiente análisis.

Los casos confirmados se distribuyen entre los municipios de Arauca y Saravena; siendo mayor la tasa de afectación en el municipio capital.

Cuadro 53: Distribución casos de Tos Ferina Departamento de Arauca, año 2011

G. Edad	Arauca		Saravena		Otros Dptos		TOTAL	
	Casos	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000	Casos (Antioquia)	Tasa x 10000	Casos	Tasa x 10000
> 1	4	18,96	1	8,11			5	7,54
1 a 4	2	2,20		0,00		0,00	2	0,75
< 5	2	0,28		0,00		0,00	2	0,09
Sin inform					1		1	-
Total	8	0,96	1	0,22	1	0,04	10	0,40

Fuente: SIVIGILA

El 90% de los casos residen en zona urbana.

De acuerdo a la afiliación al sistema general de Seguridad Social en Salud, 5 de los 10 casos confirmados, corresponde a personas del régimen subsidiado. (Grafico 30)

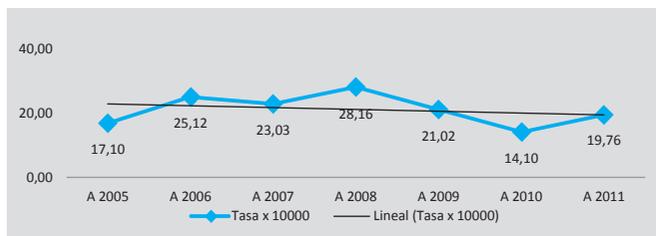
Grafico 30: Distribucion casos de Tos Ferina segun afiliacion al SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011



c) Varicela: La vacuna contra la varicela actualmente no se encuentra incluida en el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Sin embargo, algunas EPS la han adquirido de acuerdo a lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social, como mecanismo de prevención de enfermedades para sus afiliados como fue el caso de la EPS MEDICO PREVENTIVA en el año 2011.

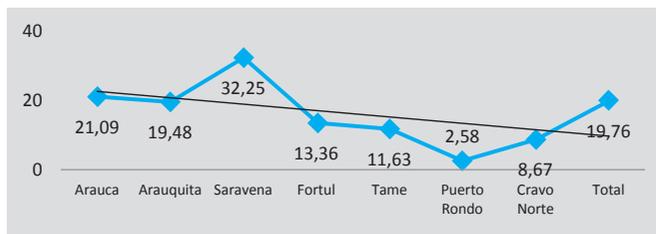
La estimación de las tasas de morbilidad en el departamento de los últimos años da cuenta de una tendencia de estas a disminuir en los últimos años. Estas oscilaron entre 14,10 y 28,16 x 10000 habitantes. El año de menor riesgo registrado fue el año 2010.

Grafico 30 A: Tasa de morbilidad por Varicela. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011



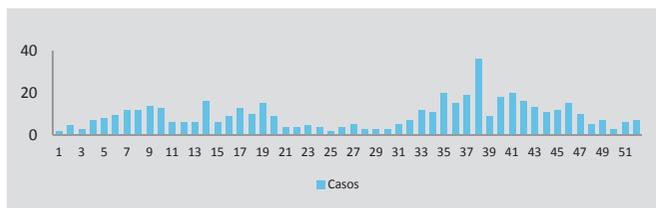
En el año 2011, se reportaron 495 casos, la tasa estimada para el departamento fue de 17,76 casos por cada 10000 hab. Por municipios la incidencia osciló entre 2,58 y 32,25 x 10000. Se advierte, que la cultura de la no consulta en estos casos es más alta en unos municipios que en otros, tal es el caso de los municipios de Cravo Norte y Puerto Rondón, donde las personas han “normalizado” la problemática y solo en casos excepcionales consultan a los centros de salud; conllevando a subregistros de información.

Grafico 31: Tasa de morbilidad por varicela segun municipio. Departamento de Arauca, año 2011



La distribución de los casos en el tiempo, permite apreciar un pico importante registrado en la semana epidemiológica número 38, en la cual se reportaron 36 casos. En promedio, se reportaron 10 casos semanales.

Grafico 32: Distribucion casos de varicela x semanas epidemiológicas. Departamento de Arauca, año 2011



De los 495 casos, se obtuvo información de variables de espacio y persona en 471 casos a los cuales se les realizó el siguiente análisis:

Por sexo el 44% (205 casos) del total de casos se presentó en población femenina. El restante 46% (266) ocurrió en población masculina.

De acuerdo al grupo poblacional, de 471 casos en los que fue posible obtener información de esta variable, se identificaron tres (3) casos (0,64%) en población en situación de desplazamiento y dos (2) casos (42%) en grupos carcelarios.

El riesgo de enfermar por varicela fue mayor en los menores de 15 años, se presentaron en este grupo 280 casos correspondientes a una tasa de 29,24 por cada 10000 menores en ese grupo de edad. Al desagregarla en tres grupos, se identifica que el riesgo más alto fue para los niños, niñas y adolescentes del grupo de 5 a 14 años de edad.

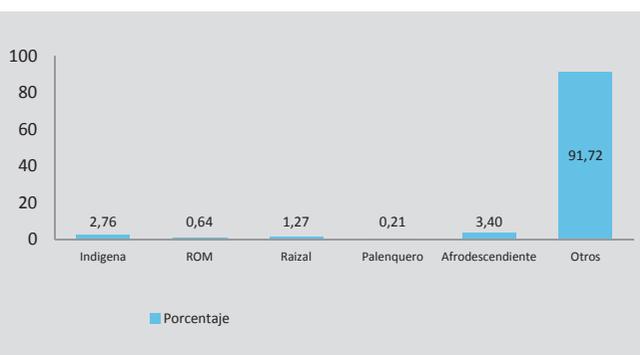
A mayor edad, se determinó menor riesgo; sin embargo es más alta la probabilidad de requerir hospitalización a más avanzada edad frente a los menores de 14.

Grafico 33: Tasa de morbilidad por varicela segun grupo de edad. Departamento de Arauca, año



De 471 casos con información sobre pertenencia étnica, 13 correspondieron (3,40%) a afrodescendientes y 13 casos (2,76%) a población indígena.

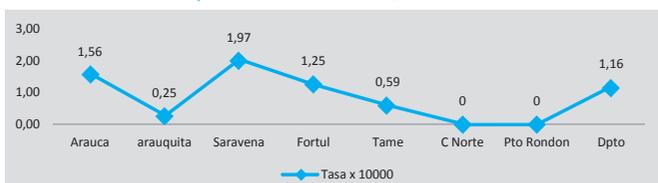
Grafico 34: Distribucion porcentualde casos de varicela segun pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011



d) Hepatitis B: Se notificaron 29 casos de Hepatitis B en el departamento; los casos se distribuyeron en los municipios de Arauca con 13 casos, Saravena con 9, Fortul y Tame con 3 casos cada uno y Arauquita con 1 caso. No se reportaron casos en personas procedentes de los municipios de Puerto Rondón y Cravo Norte.

De acuerdo a los datos reportados, los municipios con el mayor riesgo fueron Saravena, Arauca y Fortul. Superando, inclusive la tasa de morbilidad departamental.

Grafico 35: Tasa de morbilidad por Hepatitis B, por municipios Departamento de Arauca, año 2011



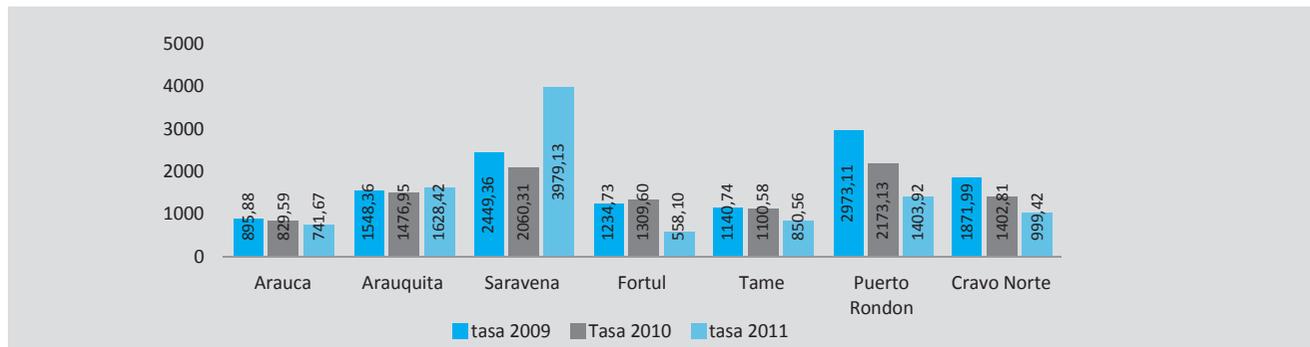
Según la pertenencia étnica, un (1) caso (3,45%) correspondió a población indígena. Según los grupos poblacionales, uno (1) de los veintinueve (29) casos, ocurrió en población en situación de desplazamiento.

Por grupos de edad, fue mayor el riesgo de infección para la población entre 15 a 44 años, posiblemente asociado transmisión sexual. Se registraron 26 casos, equivalentes a una tasa de 2,40 casos por cada 10000 habitantes en ese grupo de edad. No se registraron casos en menores de 15 años, así como tampoco en personas de 65 o más años.

Grafico 36: Tasa morbilidad por Hepatitis B, por grupos de edad Departamento de Arauca, año 2011



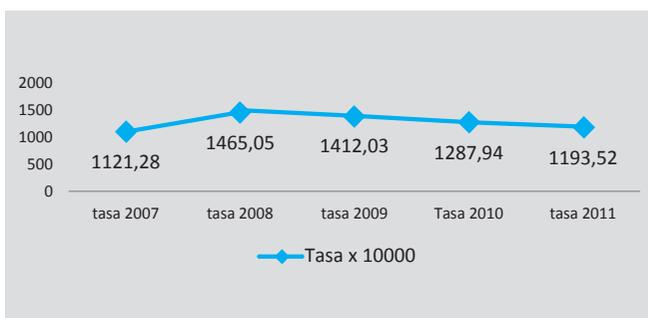
Grafico 37: Tasas comparadas de morbilidad por IRA. Departamento de Arauca , años 2010 - 2011



e) Infección Respiratoria Aguda – IRA: La infección respiratoria aguda es la entidad con la mayor incidencia dentro de los eventos de notificación obligatoria y se ubica año a año, en los primeros lugares de morbilidad por los servicios de urgencias.

Durante los últimos años, ha tenido una tendencia al descenso, registrándose en el último año una tasa de 1193,52 casos por cada 10000 habitantes. Se destaca, el inicio de la pandemia de virus nuevo AH1N1/09 a comienzos del año 2009, pese a lo cual no hubo incremento en el número de casos reportados de IRA.

Grafico 36 A: Tasas comparadas de morbilidad por IRA. Departamento de Arauca , años 2007 - 2011

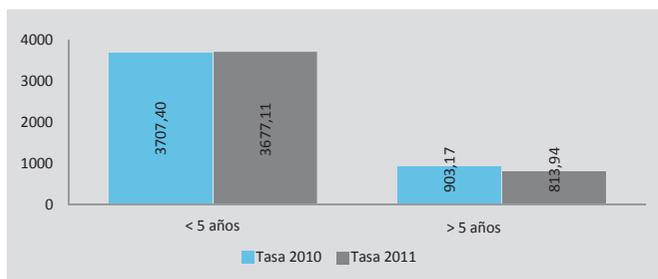


De acuerdo a los casos reportados, la estimación de las tasas por municipios establece mayores riesgos de enfermar por esta patología en el municipio de Saravena, durante los tres últimos años; con un incremento significativo en la tasa de morbilidad durante el año 2011.

Los municipios de Arauca y Tame, evidencian tendencias estables; mientras que los municipios de Fortul, Puerto Rondón y Cravo Norte, muestran disminuciones más marcadas en las tasas de incidencia.

Por grupos de edad, se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los menores de cinco (5) años y los mayores de cinco (5). En el año 2011, la tasa de morbilidad en los menores de cinco años fue de 3677,11 casos x cada 10000 niños y niñas en ese grupo de edad, frente a 813,94 casos en mayores de cinco años x cada 10000 personas en ese mismo grupo.

Grafico 38: Tasas comparadas de morbilidad por IRA según grupos de edad. Departamento de Arauca, años 2010 - 2011



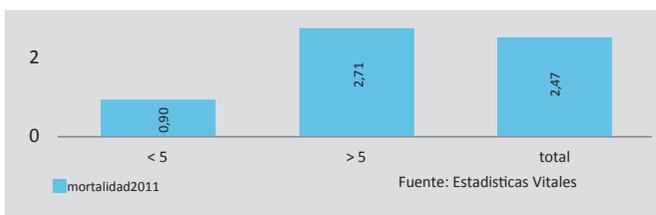
Tasa de Mortalidad por IRA

En cuanto a las tasas de mortalidad por IRA, según datos del SIVIGILA, en el año 2011 se registraron 14 defunciones por esta causa en la población del departamento de Arauca, correspondientes a una tasa de 0,56 por cada 10000 habitantes.

Sin embargo, una vez revisada la base de datos de estadísticas vitales, se vislumbran diferencias importantes frente a las obtenidas en el SIVIGILA. Estas diferencias pueden estar motivadas en que pese a la obligatoriedad que tiene el médico de diligenciar las fichas epidemiológicas, esto no se hace en todos los casos. Por tanto, las cifras de estadísticas vitales dan una mejor lectura, en este caso específico de lo que ocurre en el departamento.

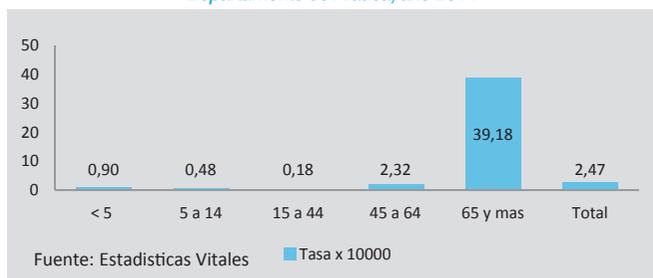
Las estadísticas vitales dan cuenta de 62 muertes por IRA en el departamento. La tasa de mortalidad calculada fue de 2,47 defunciones por cada 10000 habitantes.

Grafico 39: Tasas de mortalidad por IRA en menores y mayores de cinco años. Departamento de Arauca, año - 2011



En los menores de cinco años, la tasa de mortalidad por IRA fue de 0,90 por cada 10000 personas menores de cinco años. A partir de los 45 años, puede decirse que a mayor edad, se presentó mayor riesgo de mortalidad por IRA; los casos en mayores de 65 años, probablemente estén asociados a complicaciones por neumonías.

Grafico 40: Tasa de mortalidad por IRA según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011



Por sexo, el mayor riesgo de mortalidad por IRA, lo presentaron los hombres con 38 defunciones equivalentes a una tasa de 3 defunciones por 10000. Por su parte las mujeres registraron 24 defunciones correspondientes a una tasa de 1,93 defunciones por cada 10000 mujeres del departamento.

El 62,23% de los casos correspondieron a pacientes residentes del área urbana.

Según pertenencia étnica, el 6,45% (4 casos) de los fallecidos eran indígenas.

La estimación de las tasas de mortalidad por municipios evidencia un mayor riesgo en el municipio de Puerto Rondón (2 casos), Saravena (9 casos) y Arauca (27 casos), respectivamente. No se reportaron casos en pacientes residentes del municipio de Cravo Norte.

El municipio de Tame, registro 13 casos, Arauquita 7 defunciones. Las defunciones restantes sucedieron en pacientes procedentes de otros departamentos.

Grafico 41: Tasa de mortalidad por IRA según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011



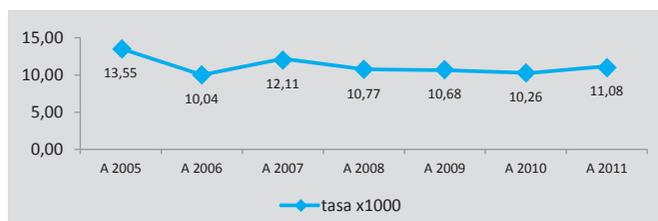
Por régimen de aseguramiento, el 66,13% (41 defunciones) correspondieron a afiliados al régimen subsidiado; 14,52% (9 defunciones) al régimen contributivo; el 11,29% en población no asegurada (7 casos) y un 3,22% (2 defunciones) en población afiliada al régimen de excepción.

4.3.1.2 Mortalidad perinatal

Se reportaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, 48 casos de muertes perinatales ocurridas en el año 2011. De estas, cinco (5) casos correspondieron a recién nacidos de madres residentes de otros departamentos.

El análisis de la tendencia de las tasas en los últimos años muestra una estabilidad de en el tiempo, con un incremento en el año 2011, registrando valores en los 4 últimos años entre 10,77 y 11,08 por mil nacidos vivos; siendo el 2011, el año con la cifra más alta registrada. Sin embargo, hay que anotar que dado que aun se reciben en el sistema de información registros de nacidos vivos que aumentan el denominador, probablemente este indicador se modificará.

Gráfico 42: Tasa de mortalidad Perinatal. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011



Se obtuvo información detallada de las variables de 46 de los 48 casos.

Por municipios, el municipio con el mayor riesgo de una muerte perinatal por residencia de la madre, fue Puerto Rondón con 28,99 muertes perinatales por 1000 nacidos vivos. Luego Cravo Norte con 23,81 x 1000 N.V.

El municipio de Arauquita presentó la tasa más baja de mortalidad perinatal. (Cuadro 54)

Cuadro 55: Muertes perinatales según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011

Municipio / Indicador	Cantidad	Muertes Porcentaje	Tasa
Arauca	10	20,83	6,59
Arauquita	3	6,52	4,96
Puerto Rondón	2	4,17	28,99
Saravena	11	22,92	12,57
Tame	14	29,17	16,93
Cravo Norte	1	2,08	23,81
Otros departamentos	5	10,42	-
Departamento	48	100	11,08

Fuente: SIVIGILA

El 80% de los casos ocurrió en centros hospitalarios y 16,66% en el domicilio de la madre. (Cuadro 56)

Cuadro 56: Muertes perinatales según sitio donde ocurrió el hecho. Departamento de Arauca, año 2011

Hospital		Durante el traslado		Domicilio		otro		Sin dato		Total muertes perinatales	
Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
36	75	1	2,08	8	16,66	1	2,08	2	4,16	48	100

Fuente: SIVIGILA

Del total de casos reportados, el 39,59% de las madres tenían educación secundaria y un 33,33% contaban con educación primaria, no se obtuvo información al respecto, en el 14,58% de los casos. (Cuadro 57)

Cuadro 57: Muertes perinatales según nivel educativo de la madre. Departamento de Arauca, año 2011

Ninguno		Primaria		Secundaria		Superior		Sin información		Total muertes perinatales	
Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
4	8,33	16	33,33	19	39,59	2	4,16	7	14,58	46	100

Fuente: SIVIGILA

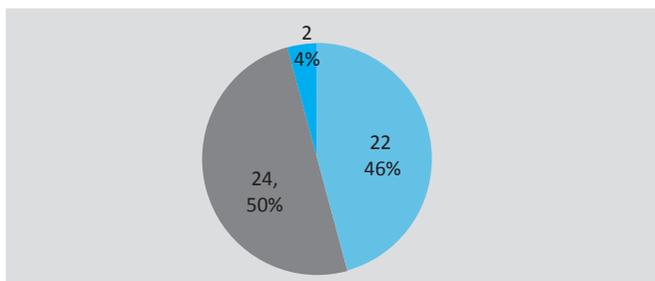
Mortalidad perinatal según número de controles prenatales

En número de controles prenatales ha sido incluido como una de las metas dentro de los objetivos del milenio a mejorar, estableciendo como meta que para el 2015, el 90% de los partos deberán contar con 4 o más CPN. La OMS ha establecido mínimo cuatro controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación.

El 50% (24) de las madres no contaron con el número mínimo de controles establecidos. Sin embargo se aprecia que de todas estas, el 87,5% iniciaron sus controles antes de la semana 20. Lo anterior sugiere fallas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y poco seguimiento así como no adhesión a estos por parte de las usuarias.

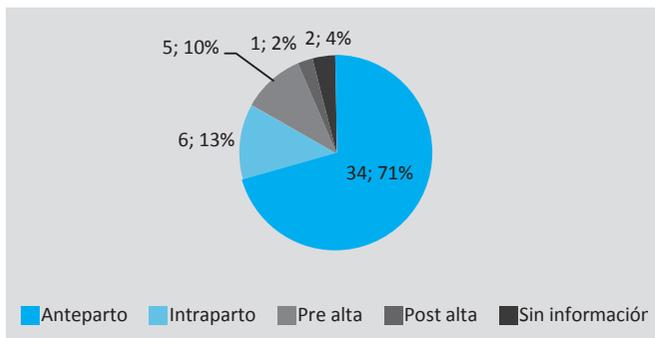
De las 22 gestantes que contaron con cuatro o más controles prenatales, 5 tuvieron un inicio tardío de los mismos (a partir de las 20 semanas de gestación).

Grafico 43: Muertes perinatales según número de CPN. Departamento de Arauca, año 2011



El análisis del momento de la muerte, permite identificar que 34 casos ocurrieron antes del parto y 6 durante el parto. Los restantes casos se distribuyeron en aquellos casos ocurridos después del parto bien a la prealta y post alta del RN y aquellos en los que no se obtuvo información relacionada. (Gráfico 59)

Grafico 44: Muertes perinatales según momento de la defunción. Departamento de Arauca, año 2011



Se evaluaron las variables como semanas de gestación, peso y talla al nacer. El número de semanas de gestación oscilo entre 22 y 41 semanas con un promedio de 31,65 semanas.

En el caso del peso al nacer, este registró un valor mínimo de 400 y un máximo de 4600. Con un valor promedio de 1925,43 gramos. (Cuadro 58)

Cuadro 58: Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011

Semana Gestación			Peso al nacer			Talla al nacer		
Valor Max	Valor Min	Promedio	Valor Max	Valor Min	Promedio	Valor Max	Valor Min	Promedio
41	22	31,65	4600	400	1925,43	53	18	40,52

Fuente: SIVIGILA

Frente a la pertenencia étnica, se determinó que el 14,58% de las muertes perinatales correspondió a población indígena y un 2,17% a afrocolombianos

Cuadro 59: Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011

ETNIA	Cantidad	Porcentaje
Indígena	7	14,58
Afrocolombiano	1	2,08
Otros	38	79,16
Sin dato	2	4,16
Total	48	100

Fuente: SIVIGILA

Mortalidad según Causas

Es importante destacar que un alto porcentaje de muertes son debidas a fallas en los procesos de promoción y prevención, especialmente a fallas en la demanda inducida y seguimiento a las gestantes.

Como primera causa de mortalidad perinatal se identificó las relacionadas con el feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones maternas con un peso porcentual de 22,92%. La Sepsis bacteriana del RN fue responsable del 14,58% de todas las muertes perinatales registradas en el SIVIGILA. Se resalta el alto porcentaje de muertes perinatales en el cual no se estableció causa básica, además de aquellos con afecciones mal definidas o mal codificadas. (Cuadro 60)

Cuadro 60: Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011

Causa	Casos	%
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	11	22,92
Sepsis bacteriana del recién nacido otras afecciones originadas en el periodo perinatal	7	14,58
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	3	6,25
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	2	4,16
Anomalías congénitas	2	4,16
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	1	2,08
Envenenamiento y efectos tóxicos	1	2,08
Sin información	10	20,83
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	11	22,92
Total	48	100

Fuente: SIVIGILA

4.3.1.3 Mortalidad Infantil

Fueron fuentes de información las bases de datos del SIVIGILA y las de estadísticas vitales. El análisis de los datos evidenció diferencias significativas entre ambas fuentes por tanto se realizó el cálculo de las tasas de mortalidad infantil –TMI, a partir de ambas fuentes.

Para el análisis de las variables del año 2011, se usaron los datos obtenidos a partir de las estadísticas vitales por ser más completos.

También se evidenciaron diferencias marcadas entre las tasas calculadas por el Dane y publicadas en la página web del mismo y las calculadas en este análisis. Para efectos de este estudio se utilizó el método indirecto mediante la fórmula estándar para el cálculo de la TMI. No son comparables pues el proceso realizado por el DANE es directo. Es así como las diferencias entre las tasas de mortalidad calculadas en este informe y las calculadas por el Dane; se deben a diferencias en la metodología aplicada por el DANE, (descrito en la página web de este organismo), y quien tiene en cuenta para el cálculo de la TMI, factores determinantes para la MI.

TMI = No de defunciones en menores de un año/ Numero de nacidos vivos en el mismo periodo * 1000

Por lo anteriormente expuesto, se resalta la necesidad urgente de fortalecer e integrar los sistemas de información existentes y de capacitar y sensibilizar a las personas que hacen parte de los mismos para que se garantice calidad y oportunidad del dato.

Las diferencias entre los datos ingresados al subsistema de información del SIVIGILA y los ingresados al RUAF, son subsanables desde el ente territorial, para lo cual se deben

hacer cruces de información y solicitar el registro de aquellos casos que no hayan sido notificados con oportunidad.

No obstante, en cualquiera de los tres casos, se evidencia una tendencia al descenso marcada en las tasas de mortalidad infantil.

Dado que el Dane, recopila la información de los registros de eventos de todo el país y los clasifica como de residencia u ocurrencia según sea el caso, esta cifra es más exacta y fiable dado que aquellos casos que ocurren en otros departamentos pero que el paciente reside en este departamento son finalmente ingresados como pertenecientes al departamento de Arauca, es por ello que se decide para este análisis tomar como referencia los datos arrojados a partir de las bases de datos del RUAF y que permitieron realizar el cálculo de la mortalidad infantil.

Así las cosas a partir de los datos (número de casos) registrados en el RUAF, la TMI en el departamento de Arauca, para el año 2011 fue de 5,08 por 1000 Nacidos Vivos¹⁴, correspondientes a 22 casos Sin embargo se incluyen en este documento, las cifras calculadas a partir del SIVIGILA y las calculadas por el Dane para que el lector tenga la opción de acceder a otras fuentes y hacer su propia lectura.

Por su parte, en Colombia, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, la tasa de mortalidad infantil fue de 16 muertes por cada mil nacimientos, cuando hace cinco años fue 19 muertes por cada mil nacimientos. Esto indica una reducción en este indicador. Esta misma encuesta establece que en el año 2010, el departamento de Arauca registró la tasa más baja de MI con 5 muertes por cada mil nacimientos.

¹⁴ Cifra preliminar, con corte realizado a 31 de enero de 2012.

Grafico 45: Tasa de Mortalidad Infantil.
Departamento de Arauca, años 2005 - 2011

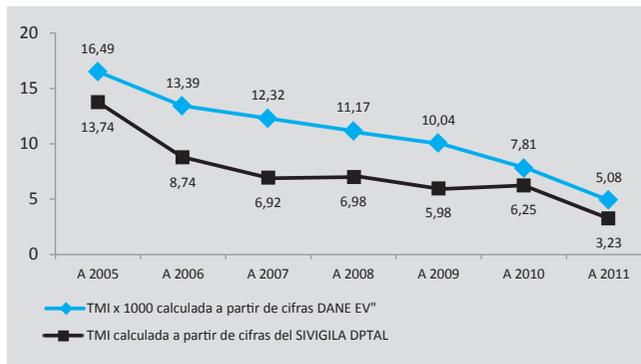
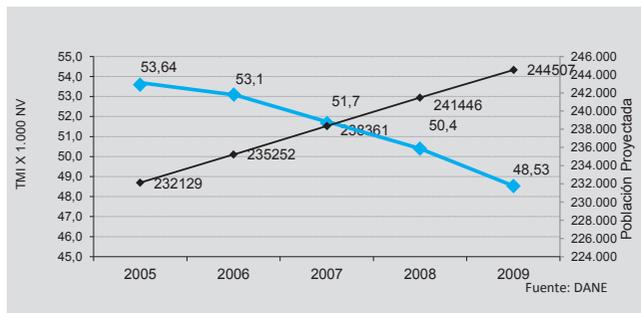


Grafico 46: Tasa de Mortalidad Infantil
Departamental, Arauca 2005 - 2009



Por municipio de residencia de la madre, se observa mayor riesgo de muerte infantil en los municipios de Arauquita con 9,92 Muertes Infantiles por cada 1000 N.V y el municipio de Tame con 7,26. El municipio con el menor riesgo de mortalidad infantil fue Arauca, con una tasa de 2,64 M.I por cada 1000 N.V. (Cuadro 61)

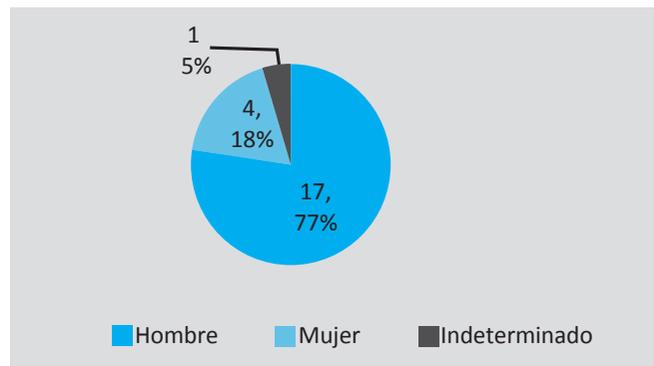
Cuadro 61: Muertes infantiles según municipio de residencia.
Departamento de Arauca, año 2011

Municipio / Indicador	Muertes		
	Cantidad	Porcentaje	Tasa x 1000
Arauca	4	18,18	2,64
Arauquita	6	27,27	9,92
Fortul	2	9,09	6,92
Saravena	3	13,64	3,43
Tame	6	27,27	7,26
Casanare	1	4,55	-
Total	22	100	4,85

Fuente: SIVIGILA

El 77% de los menores de un (1) año, fallecidos eran hombres. Evidenciando una relación hombre mujer de 3,4:1; es decir que por 3,4 niños varones menores de 1 año que fallecen lo hizo una niña. Se evidencian diferencias importantes frente a la relación hombre mujer en la mortalidad general donde la relación es de 1,8:1. Se resalta que la relación hombre mujer en la natalidad es de 1:1

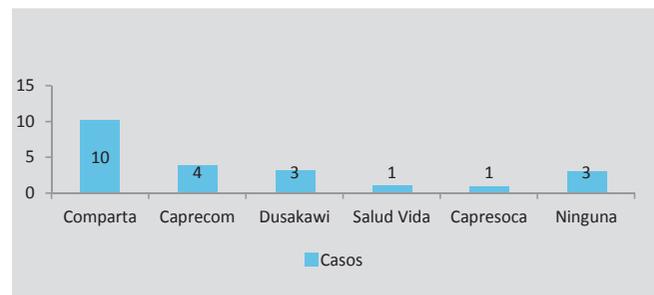
Grafico 47: Muertes infantiles según sexo.
Departamento de Arauca, año 2011



De las 22 muertes infantiles analizadas, 19 (83,36%) pertenecían al régimen subsidiado. No se presentaron casos en el régimen contributivo

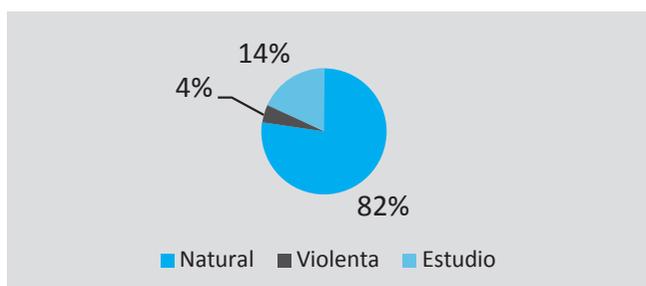
La valoración de las muertes infantiles por EPS, muestra que el 45,45% de ellas ocurrió en usuarios de la EPS Comparta. A la EPS Caprecom pertenecía el 18,18% de los casos. El 13,36% (3 casos) no estaba afiliado al Régimen General de de Seguridad Social en Salud, estos casos correspondieron a pacientes residentes en los municipios de Tame, Saravena y Fortul, cada uno con 1 caso. (Grafico 48)

Grafico 48: Muertes infantiles según municipio EPS
Departamento de Arauca, año 2011



Es lamentable que se registren muertes violentas en la población, pero más lo es que sucedan en este grupo de población que es totalmente dependiente de sus padres y/o cuidadores más cercanos. En este grupo sus familiares, particulares y el estado deben procurarles garantías de bienestar, seguridad, salud, entre otros según mandatos constitucionales. Además, el 8 de Noviembre del 2006, se expide la Ley 1098, que crea el código de Infancia y la Adolescencia y que tiene como fin garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

*Grafico 49: Muertes infantiles según Tipo de muerte
Departamento de Arauca, año 2011*



Mortalidad infantil por causas

La Insuficiencia Respiratoria fue la primera causa de muerte concentrando el 18,18% de todas las muertes infantiles registradas en este periodo. El 13,64% lo compartieron las muertes por prematuridad e infecciones de vías respiratorias inferiores.

*Cuadro 62: muertes Infantiles por causas.
Departamento de Arauca, año 2011*

Causa	Casos	%
Insuficiencia respiratoria	4	18,18
Prematuridad	3	13,64
Infecciones de vías respiratorias inferiores	3	13,64
Sepsis	2	9,09
Hipoxia perinatal	2	9,09
Malformaciones	2	9,09
Paro cardiorespiratorio	1	4,55
Hemorragia intracranena masiva	1	4,55
Bronco aspiración	1	4,55
En estudio	1	4,55
Desconocida (violenta)	1	9,09
Total	22	100
Tasa x 1000 NV	5,08	

Fuente: EEV - RUAF

4.3.1.4 Mortalidad en menores de cinco años

Una de las características más sombrías de la pobreza es que afecta a los más vulnerables e indefensos. En los países de bajos ingresos, uno de cada 10 niños muere antes de los cinco años. En los países más ricos la cifra corresponde a uno de cada 143.

Es una meta Mundial (Objetivos del milenio) en la reducción de la mortalidad infantil, disminuir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años. En Colombia, según el Banco Mundial de la Salud, la tasa de mortalidad en menores de cinco años durante el año 2010, fue de 19 por cada 1000 menores de cinco años¹⁵.

El departamento de Arauca, en el Plan de Desarrollo “Seguimos con el Cambio, 2009 – 2011” se planteo la meta de reducir la mortalidad a 1 por cada 1000 menores de cinco años. De acuerdo a las cifras registradas en el sistema de estadísticas vitales, por departamento de residencia este indicador se logro pues al finalizar el periodo la tasa de mortalidad en menores de cinco años fue de 0,87 por 1000.

El municipio de Arauca registro la tasa más baja en contraste con los municipios de Puerto Rondón, Tame y Arauquita que en su orden presentaron las tasas más altas, superando ligeramente la meta departamental.

*Cuadro 63: Muertes menores 5 años, según municipio de residencia.
Departamento de Arauca, año 2011*

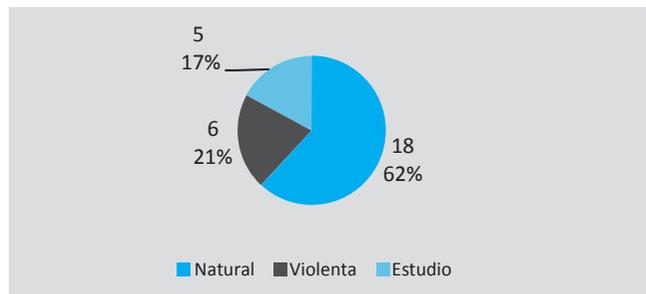
Municipio / Indicador	Muertes	Porcentaje	Tasa
	Cantidad		
Arauca	4	13,79	0,36
Arauquita	7	24,14	1,34
Fortul	3	10,34	0,93
Saravena	4	13,79	0,67
Tame	9	31,03	1,36
Puerto Rondón	1	3,45	2,00
Casanare	1	3,45	
Departamento	29	100	0,87

Fuente: EEV

De acuerdo al tipo de muerte, llama poderosamente la atención tal como se expreso en el análisis de mortalidad infantil, el alto porcentaje de muertes violentas registradas. Estas alcanzaron el 21% (6 casos) de todas las muertes en menores de cinco años.

¹⁵ <http://datos.bancomundial.org/indicador>

Grafico 50: Muertes >5 años según Tipo de muerte
Departamento de Arauca, año 2011



Es innegable que en el departamento de Arauca, el hecho de ser hombre, tanto en mortalidad infantil, en menores de cinco como en mortalidad general es de mayor riesgo frente a ser mujer. La relación hombre mujer en mortalidad en menores de cinco años fue de 3,14:1. En otras palabras, mientras que por cada 31,42 hombres menores de cinco años que fallecieron, lo hicieron 10 mujeres en el mismo grupo de edad.

La tasa de mortalidad específica en menores de cinco años mujeres fue de 0,43 por cada 1000 menores de cinco años, mientras que en los hombres fue de 1,30 por 1000 menores de cinco años, confirmando lo expuesto de mayor riesgo para los hombres (Gráfico 51)

Por EPS, se evidencia en correspondencia con lo observado en la mortalidad infantil que el mayor número de casos sucedió en afiliados de la EPS Comparta; no obstante no fue posible determinar las tasas por EPS. (Gráfico 52)

Grafico 51: Muertes > 5 años según sexo del fallecido.
Departamento de Arauca, año 2011

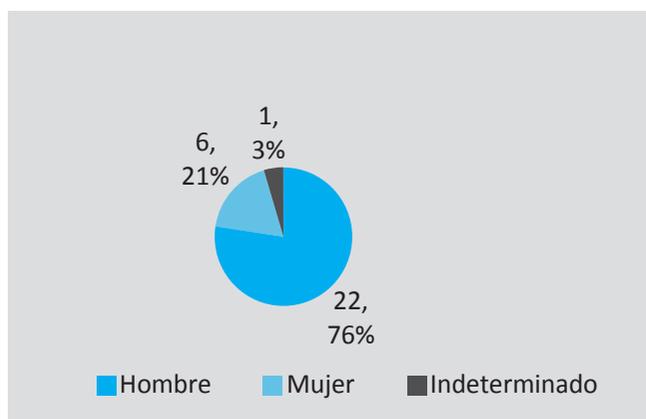
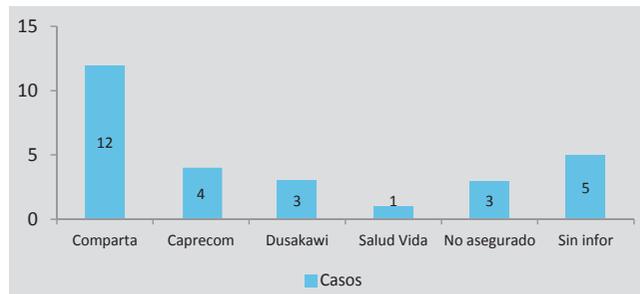


Grafico 52: Muertes > 5 años según EPS
Departamento de Arauca, año 2011



Mortalidad en menores de cinco años según causa:

En este grupo de edad se presentaron 29 defunciones correspondientes a una tasa de 0,84 defunciones por cada 1000 menores de cinco años en el departamento.

El 20,68% (6 casos) de éstas correspondió a muertes de causa violenta, lo que agrava la situación de falta de protección y falta de garantías y ambientes saludables a los menores de cinco años. Las seis defunciones de causa externa se deben tres (3) a accidentes de tránsito, dos defunciones debidas a sumersión accidental en aguas dulces (ahogados) y en un caso se desconoce la causa básica.

Cuadro 64: muertes en menores de 5 años por causas.
Departamento de Arauca, año 2011

Causa	Casos	%
Insuficiencia respiratoria	4	13,79
Prematuridad	3	10,34
Infecciones de vías respiratorias inferiores	3	10,34
Accidente de tránsito	3	10,34
Hipoxia perinatal	2	6,90
Desconocida y/o sin información	2	6,90
Ahogado	2	6,90
Sepsis	2	7,14
Malformaciones	2	3,45
Paro cardiorespiratorio	1	3,45
Hemorragia intracraniana masiva	1	3,45
Broncoaspiración	1	3,45
Dengue grave	1	3,45
En estudio	2	6,90
Total	29	100
Tasa x 1000 NV		0,84

Fuente: EEVW - RUAF

Actividades adelantadas a nivel territorial

Firme en su propósito de continuar mejorando el bienestar de la población Araucana y en consecuencia los indicadores de salud infantil, el departamento de Arauca a través de la Unidad Administrativa Especial de Salud ha adoptado e implementando las políticas nacionales en este sentido la estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia) ha sensibilizado al personal sanitario de la red pública, y se logro la

*Cuadro 65: Indicadores de Salud Infantil.
Departamento de Arauca, año 2011*

	Indicador	Línea Base	Meta	Resultado
Indicadores de mortalidad	Tasa de mortalidad Infantil (x 1000)	7,68	5	5,08
	Tasa de mortalidad Perinatal (x 1000)	11,21	10,89	11,08
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 1000)	1,39	1	0,84
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA (x 1000)	No definido	No definido	0,00
	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA (x 1000)	No definido	No definido	0,06
	Tasa de mortalidad por lesiones de causa externa en menores de 5 años (x 1000)	No definido	No definido	0,18
Programa Ampliado de Inmunizaciones	Terceras dosis de antipolio en menores de 1 año	77%	> ó = 95%	71,1%
	Terceras dosis de DPT en menores de 1 año	77%	> ó = 95%	70,6%
	Terceras dosis de HB en menores de 1 año	77%	> ó = 95%	71,2%
	Terceras dosis de Hib en menores de 1 año	77%	> ó = 95%	71,1%
	Coberturas de TV en población de 1 año	77%	> ó = 95%	72,9%
	Cobertura de BCG en recién nacidos	77%	> ó = 95%	50,7%
	Cobertura anti amarilla en población de 1 año	77%	> ó = 95%	67,9%
Indicadores de mortalidad	Numero de Nacidos Vivos con Sífilis Congénita	No definido	No definido	2
	Número de niños menores de 2 años con VIH	No definido	No definido	0
	Cobertura de determinación de TSH en recién nacidos	No definido	No definido	3000 niños*

Fuentes de información: EEV, RUAF, SIVIGILA, PAI, PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2009-2011, informe Dx LSPF 2011

* En el LSPF, se le realiza al 100% de los Recién Nacidos de madres no aseguradas al SGSSS y a aquellos con los cuales la UAESA tiene contrato. No se dispone de los datos de los RN de aseguradoras que tienen contrato con otros laboratorios.

adopción del formato de Historia Clínica de AIEPI; sin embargo no se cuenta con la estrategia totalmente implementada, secundario a la alta rotación del personal sanitario y falta de recursos en los hospitales.

La estrategia AIEPI, es una iniciativa de la OPS/OMS y de la UNICEF, que busca disminuir la mortalidad en menores de cinco años por enfermedades comunes y prevenibles. Esta estrategia ha sido considerada por el Banco Mundial como una de las diez iniciativas mejor evaluadas en relación con el costo efectividad. Para la consecución de sus objetivos el ente departamental ha identificado Socios estratégicos para el trabajo intersectorial, entre ellos: las alcaldías de los 7 municipios, ICBF, OPS, IPS públicas y privadas, ESE, MORENO Y CLAVIJO, ESE ALVARADO Y CASTILLA, EPS públicas y privadas

A través de esta se han desarrollado una serie de actividades de Inspección, Vigilancia y Control, implementación de UROCS y UAI-RACS, procesos de capacitación a nivel institucional y comunitario, creación de salas ERA

Así mismo se garantizaron actividades de la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI, en 6 IPS publicas del departamento y Programa Canguro, este último en el Hospital San Vicente.

4.3.2 Salud Sexual y Reproductiva

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). 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 de 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.

La sexualidad y la reproducción van mucho más allá del campo de las relaciones sexuales genitales y de la maternidad. La sexualidad y la reproducción atraviesan todos los aspectos esenciales de la existencia humana, desde la identidad individual y las relaciones interpersonales, hasta el proyecto de vida, las opciones de desarrollo personal y familiar, el ejercicio de los derechos y deberes y la participación en la vida social. Cuando existen las condiciones para el ejercicio de una sexualidad responsable y libre y para la toma de decisiones reproductivas autónomas, existen condiciones para una vida digna.

El departamento en correspondencia con las políticas nacionales ha adoptado programas tales como:

a) La maternidad segura:

los lineamientos de esta estrategia fueron socializados por la Unidad Administrativa Especial de Salud en todos los municipios. No obstante, la ESE Moreno y Clavijo no cuenta con insumos ni talento humano para el desarrollo de la misma. Se capacitó al personal sanitario en el tema de Morbilidad materna extrema.

También se destinaron recursos para fortalecer las IPS Públicas con objeto de reducir la carga de morbilidad y mortalidad materna infantil.

En el Hospital del Sarare se realizó dotación de consultorios de atención de maternidad, atención de planificación familiar y ginecológica, con el objetivo de mantener la calidad de la atención integral a las gestantes.

b) Mortalidad materna:

La defunción relacionada con el embarazo se refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de la defunción. Mientras que la defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada

con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Igualmente es válido, para este análisis aclarar el termino de mortalidad materna tardía, el cual se refiere a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Aproximaciones al problema

Actualmente, la reducción de la mortalidad materna es uno de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)” de la ONU, y se espera que para el 2015 el país reduzca la Razón de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. La razón de mortalidad materna es considerada un indicador trazador, ya que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud en ese territorio.¹⁶

En el último año se registraron 6 muertes relacionadas con el embarazo en el departamento de Arauca, el análisis de la información a través de los registros disponibles permite advertir que de éstas, tres (3) corresponden a muertes obstétricas directas, éstas se refieren a aquellas de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Las otras tres defunciones registradas fueron clasificadas como de causa indirecta; es decir, las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, incluidas las de causa externa.

Las tres pacientes en las cuales se les definió causas directas, residían: 1 en el municipio de Tame, 1 en Saravena y 1 paciente procedente del municipio de Fortul.

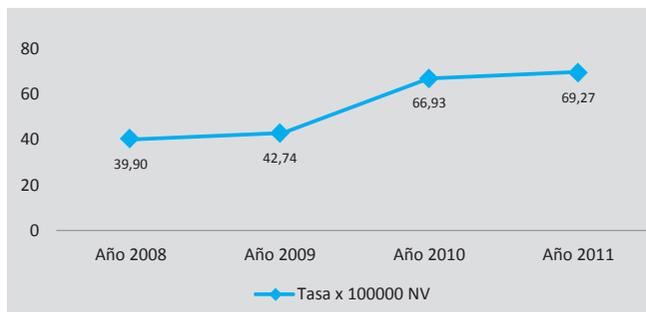
La tasa de mortalidad materna en el departamento para el año 2011, fue de 69,27 MM por 100000 nacidos vivos. Al interior de los municipios, el mayor riesgo estuvo dado para el municipio de Fortul con 343,02 por 100000, Tame con 120,92 por 100000 y Saravena con 114,29 por 100000 nacidos vivos.

Al comparar las tasas de mortalidad materna, se evidencia que en los últimos años ésta presenta una tendencia a aumentar, registrando el menor valor en el año 2008 y su máximo valor en el año 2011.

¹⁶ Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna

Con lo anterior es posible establecer que el departamento no cumplió con la meta propuesta para el cuatrienio, la cual era de 62,4 por 100000 nacidos vivos.

*Grafico 53: Tasa de mortalidad materna
Departamento de Arauca, años 2008 - 2011*



Causas de mortalidad materna

De las tres (3) defunciones maternas registradas, dos (2) se debieron a Intentos fallidos de aborto y/o hemorragias que finalmente llevaron a la terminación del embarazo en aborto.

En este sentido, es importante hablar del derecho al aborto seguro el cual está relacionado estrechamente con el derecho a la salud, a la información y a la libertad de conciencia, a no sufrir violencia o tratos crueles, a gozar de los avances y beneficios tecnológicos. Derechos que han sido reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en otros instrumentos que reivindican específicamente los derechos fundamentales de las mujeres; así mismo, hace cinco años la Corte Constitucional se pronunció a favor de la protección de los derechos humanos sexuales y reproductivos, reconociendo en la Sentencia C-355 de 2006, que toda mujer tiene derecho a decidir por una Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) “(i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.”

Sin embargo en el país y por supuesto, en el departamento de Arauca, las mujeres se enfrentan a una inadecuada educación sexual, con acceso restringido a métodos anticonceptivos. Las

estadísticas vitales del año 2011, dan cuenta de por lo menos 646 abortos en el departamento, correspondientes al 48,58% de todas las defunciones registradas ese año.

Se hace necesario que en el marco de la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva se incluyan estrategias integrales de implementación efectiva de la Sentencia C-355/06, que garanticen la provisión de los servicios de IVE y la prevención del aborto inseguro. Entre otras cosas, también la necesidad de hacer sensibilización y capacitación al personal de salud y garantizar seguimiento a los casos.

*Cuadro 66: Mortalidad Materna según causas.
Departamento de Arauca, año 2011*

Causa	Casos	Porcentaje
Embarazo terminado en aborto	2	66,67
Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	1	33,33
Total	3	100

Fuente: SIVIGILA

Otras estadísticas que resultan de interés son las arrojadas en los resultados de la ENDS 2010, reflejan que:

- » Las mujeres de Arauca tienen en promedio 2.4 hijos por mujer. La tasa de fecundidad deseada es 1.7 hijos por mujer.
- » La edad mediana al nacimiento del primer hijo es 20.3 años.

c) Planificación familiar:

Esta es fortalecida a través de capacitación al personal de salud del Departamento, de entrega de preservativos y educación a los usuarios, de inserción de métodos subdérmicos en Mujeres en edad fértil.

Durante el año 2011, se registraron en el servicio de consulta externa 42.221 atenciones relacionadas con intervenciones relativas a la reproducción. La tasa de consulta fue de aproximadamente 168,50 atenciones por cada 1000 habitantes del departamento. Estas correspondieron al 7,64% de todas las atenciones de consulta externa.

Según datos de la ENDS 2010, en el departamento:

Sólo el 37 por ciento de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos cinco años han sido deseados, un 40 por ciento

lo quería pero más tarde y un 23 por ciento lo reporta como francamente no deseado.

- » El 67.5 por ciento de las mujeres unidas no desea más hijos.
- » El 79 por ciento de las mujeres casadas o unidas de Arauca utiliza un método anticonceptivo, el más usado es la esterilización femenina con 37 por ciento.

d) Cáncer de cuello uterino:

El cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial. En la Región de las Américas, se pronosticaron 92136 casos y 37640 defunciones por cáncer cervicouterino, de los cuales 83,9 y 81,2 por ciento corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados.¹⁷

El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama son las principales causas de cáncer en la mujer colombiana. En las últimas estimaciones de incidencia de cáncer para el país, el cáncer de mama ocupó el primer lugar con cerca de 7000 casos nuevos cada año seguido por el cáncer de cuello uterino con 5600 casos nuevos cada año. En la mortalidad por cáncer, desafortunadamente el cáncer de cuello uterino continúa ocupando el primer lugar en muchos departamentos. La incidencia de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en Colombia se estima en 31.2 y 21.5 casos nuevos por cada 100000 mujeres, respectivamente. A su vez las tasas, ajustadas por edad, de mortalidad para ambos tipos de cáncer están en 10 muertes por cada 100000 mujeres.¹⁸

Aproximaciones al problema de cáncer de cuello en el departamento de Arauca

En el departamento de Arauca, durante el año 2011, se registraron 40 hospitalizaciones por cáncer de cuello uterino. Estas correspondieron al 0,18% de todas las hospitalizaciones registradas en el periodo estudiado y una tasa de 0,52 x 1000. Mientras que el servicio de consulta externa se registraron 302 atenciones equivalentes a una tasa de 1,21 x 1000.

En cuanto a mortalidad, se registraron 14 casos correspondientes a una tasa de 0,20 x 1000 mujeres mayores de 15 años.

Otros datos de interés en el tema los arroja la ENDS 2010 la cual da cuenta de:

- » En Arauca un 88 por ciento de las mujeres entre 18 y 69 años se ha realizado alguna vez la citología vaginal, entre quienes reclamaron el resultado (91.5 por ciento), un 5 por ciento tuvo resultado anormal. Un 12 por ciento nunca se ha hecho la citología.
- » El 79 por ciento de las mujeres de Arauca nunca ha oído hablar del Virus del Papiloma Humano ni conoce cómo se puede prevenir.
- » Un 50 por ciento de las mujeres de Arauca entre 18 y 69 años de edad se ha realizado alguna vez el autoexamen de seno, entre ellas 55 por ciento lo hace cada mes como es recomendado.
- » Un 35 por ciento se ha realizado examen clínico de seno, entre ellas al 5.5 por ciento le detectaron un tumor.
- » Entre las mayores de 40 años al 30 por ciento le han realizado la mamografía.

En el departamento, durante el 2011, se realizaron campañas de sensibilización en los barrios a la comunidad en general para promoción de los derechos de SSR

e) Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA:

Desde la descripción de los primeros casos a principios de la década de los ochenta, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos, que han modificado el espectro de la enfermedad en los países más desarrollados hasta convertirla en una “infección crónica manejable”, la epidemia sigue avanzando a nivel mundial.

Los indicadores epidemiológicos fundamentales en relación al VIH/SIDA, son entre otros: la incidencia de VIH, incidencia de casos de SIDA, mortalidad, prevalencia de SIDA.

¹⁷ LEWIS, M. J., *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. Revisado de: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>.*

¹⁸ Profamilia. 2010. *Detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama. Encuesta ENS. Capítulo 15. Revisado de <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>*

La incidencia de infecciones describe la velocidad de transmisión del VIH en la población, por lo que es el indicador principal para planificar y evaluar las actividades de prevención. La incidencia de casos de SIDA y la mortalidad son útiles para evaluar globalmente las intervenciones contra la epidemia, tanto preventivas (que tendrían un efecto a largo plazo sobre ambos indicadores) como terapéuticas (con un efecto más inmediato). Por su parte, la prevalencia de VIH, refleja la magnitud de la epidemia en cada momento, y en consecuencia, las necesidades sanitarias y sociales por ella generadas. Por último, el número de casos de SIDA vivos, al referirse a los pacientes con un estadio avanzado, es un indicador útil para planificar las necesidades de hospitalización, cuidados domiciliarios y apoyo social.

Se consultaron como fuentes secundarias de información las bases de datos del programa de TB y de Epidemiología de la Unidad Administrativa Especial de Salud. Se identifican diferencias entre estas, por lo cual se realiza cruce de las mismas para incluir el total de casos registrados.

Entre el año 1997 y 2011, se han reportado 120 casos de VIH/SIDA en el departamento de Arauca. De éstos, se encuentran en estadio de VIH 68 casos; en estadio de SIDA 25 casos y 27 han fallecido.

Con 11 casos registrados, la tasa de incidencia para el año 2011, fue de 4,39 casos notificados por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, al realizar el cálculo de este indicador por lugar

de procedencia, se determinó que sólo 10 de los 11 casos correspondían a personas residentes de éste para una tasa de incidencia para el departamento de 3,99 casos por cada 100.000 hab.

Incidencia por municipios, año 2011: la estimación de la tasa de incidencia por municipios determinó mayor riesgo de infección por VIH en el municipio de Arauca, en el cual se reportó una tasa de 9,59 casos por cada 100.000 habitantes; 2,53 por 100.000 en el municipio de Arauquita y 2,19 casos por 100.000 en el municipio de Saravena. No se reportaron casos de los demás municipios en el periodo evaluado. No obstante, vale la pena aclarar, que en muchos casos el paciente que sospecha infección con VIH, se realiza la prueba fuera del departamento, lo que dificulta establecer la magnitud real de la problemática.

La prevalencia en el departamento de Arauca, es de 0,04%. (93 casos). A nivel de municipios estas oscilaron entre 0,01 y 0,06%; siendo superada solo por el municipio capital.

Tasa de mortalidad; en el año 2011, se registraron 2 casos de defunciones en el departamento de Arauca; 1 caso notificado al Programa de VIH/SIDA de la UAESA y otro caso detectado a través de Estadísticas Vitales, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 0,80 por cada 100000 habitantes.

Cuadro 67: Situación Actual del VIH en el Departamento de Arauca, año 2011

		Total casos vivos Año 2011			Total casos Años 1995 - 2011	
		Casos 2011	porcentaje	Tasa x 100000	Casos	Prevalencia
Procedentes Dpto Arauca	Arauca	8	72,73	9,59	53	0,06
	Arauquita	1	9,09	2,53	7	0,02
	Fortul	0	-	-	1	0,00
	Pto Rondón	0	-	-	1	0,03
	Saravena	1	9,09	2,19	9	0,02
	Tame	0	-	-	7	0,01
Procedentes otros departamentos	Cundinamarca	0	0	-	3	-
	Casanare	0	0	-	2	-
	Valledupar	0	-	-	1	-
	Antioquia	0	-	-	1	-
	Guaviare	0	0	-	2	-
	Norte de Santander	0	0	-	1	-
	Huila	0	0	-	1	-
Venezuela	1	9,09	-	3	-	
Total Casos Procedentes		10	90,91	3,99	79	0,03
Total casos notificados		11	100	4,39	92	0,04
Prevalencia de SIDA				0,01		
Mortalidad 2011 x 100.000				0,80		

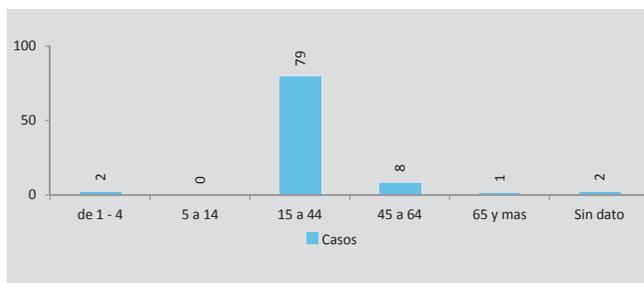
Distribución según grupo de edad al momento del diagnóstico

Se realizó el análisis del comportamiento del VIH/SIDA basado en las variables de interés de los 92 casos vivos actualmente.

La edad promedio de los pacientes al momento del diagnóstico fue de 29,51 años. Con una mínima de 2 años y una máxima de 79. Se registró una moda de 24 años.

Del total de casos VIH/SIDA, vivos actualmente, 79 fueron diagnosticados cuando tenían entre 15 y 44 años; 8 entre los 45 y 64 años. Se registraron dos casos en niños entre 1 y 4 años de edad; éstos corresponden a infecciones adquiridas a través de la lactancia materna y por vía perinatal.

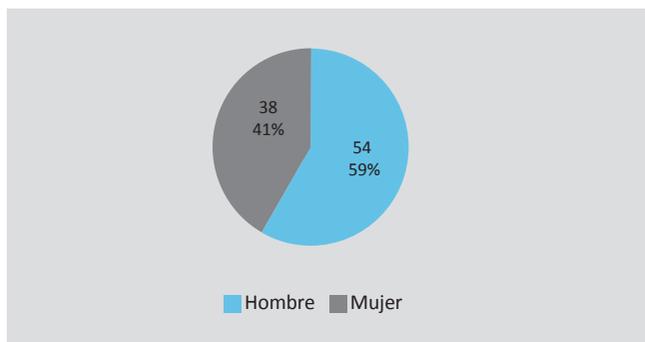
Grafico 54: Distribución de los casos VIH/SIDA según grupo de edad al momento del diagnóstico. Departamento de Arauca, años 1997 - 2011



VIH/SIDA según sexo:

Del total de casos reportados en el periodo de 1997 al 2011, 54 (59%) ocurrieron en hombres. La relación hombre mujer es de 1,42:1; es lo mismo que decir, que por cada 14,2 casos de VIH/SIDA en hombres, se presentan 10 casos en mujeres.

Grafico 55: Distribución de casos VIH/SIDA según sexo. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011

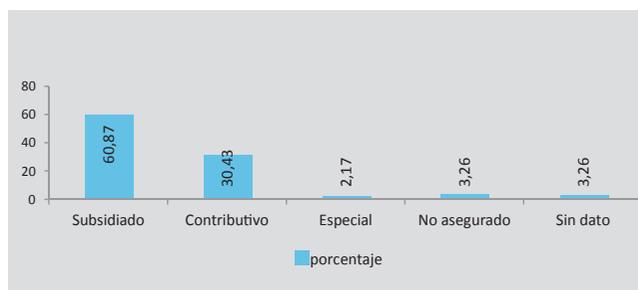


De los 38 casos reportados en mujeres, 14 estaban en embarazo en el momento del diagnóstico. En promedio tenían 24 semanas de gestación, con un máximo de 38 y un mínimo de 4 semanas de edad gestacional.

De los once (11) casos diagnosticados en el año 2011, cinco ocurrieron en mujeres. En dos de éstos se realizó cesárea; en el 100% de los casos se realizó profilaxis. De estos últimos, tres (3) se encontraban en embarazo al momento del diagnóstico.

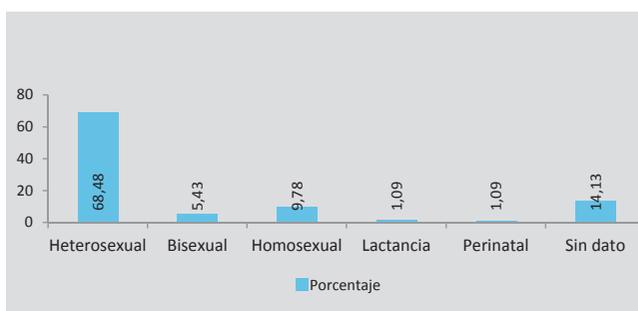
Distribución según afiliación al SGSSS: El 60,87% de los casos (56) se encontraban afiliados al régimen Subsidiado, al momento del diagnóstico. El 30,43% (28 casos) correspondió a pacientes del régimen contributivo; el 3,26% (3 casos) no se encontraba afiliado al SGSSS y el 2,17% (2 casos) eran afiliados al régimen especial.

Grafico 56: Distribución porcentual de casos de VIH/SIDA. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011



La distribución de los casos según mecanismo probable de transmisión muestra que 63 casos (68,48%) probablemente se infectaron por relaciones sexuales de tipo heterosexual; 9 casos en homosexuales y cinco en bisexuales. Lamentablemente se registra un caso de probable transmisión perinatal (paciente indígena) y un caso debido a lactancia materna de acuerdo a los registros disponibles.

Grafico 57: Distribución de los casos de VIH/SIDA según probable mecanismo de transmisión. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011

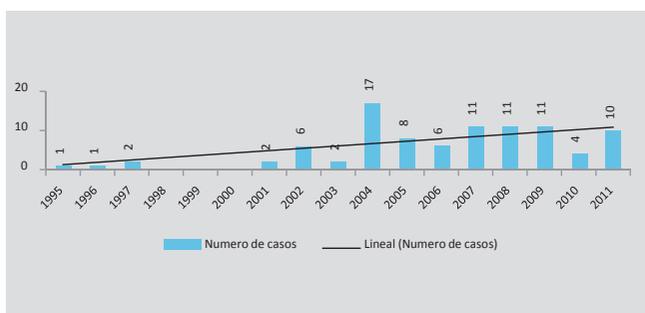


Según el **grupo poblacional**, del total de casos, dos (2) correspondieron a personas en situación de desplazamiento y dos (2) a grupos migratorios.

De acuerdo a la **pertenencia étnica**, se reporta un caso en indígenas y 1 caso en afrodescendientes.

El gráfico del número de casos por año de diagnóstico, evidencia un pico importante en el año 2004, a partir del cual, se han mantenido una tendencia a aumentar; vale la pena aclarar que el aumento en el número de casos, seguramente se deba al fortalecimiento en las acciones de detección de casos y facilidad en el acceso a los servicios de Salud Pública.

GGráfico 58: Distribución de los casos de VIH/SIDA (vivos) según año de diagnóstico. Departamento de Arauca, años 1995 - 2011



Otros datos de interés los arroja la ENDS 2010,

- » Un 44 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años, señaló haberse realizado la prueba para detectar el VIH y haber recibido el resultado. Un 51 por ciento de las mujeres en edad fértil sabe que el VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante la lactancia.
- » Un 22 por ciento de las mujeres de Arauca no conoce sobre las Infecciones de Transmisión Sexual ITS.
- » Un 2 por ciento de las mujeres entre 15 y 49 años encuestadas en Arauca señaló haber tenido una Infección de Transmisión Sexual durante el último año.
- » El 88 por ciento de las mujeres menores de 25 años ha participado alguna vez en actividades sobre Educación sexual. Las personas de las que más se recibe información es de un proveedor de salud o un profesor/a de anatomía. Un 9 por ciento lo ha recibido de un profesor/a de educación sexual.

- » Un 69 por ciento ha recibido información sobre sexualidad a través de los medios de comunicación.
- » Sólo un 9 por ciento de las mujeres en unión libre utiliza el condón en sus relaciones sexuales, lo anterior significa que un 91 por ciento no toma ningún tipo de precaución contra las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida.

Durante el año 2011, el departamento de Arauca, realizó esfuerzos elementales tendientes a promover estilos de vida saludables, disminuir la incidencia de casos y aumentar la tasa de detección de casos, mediante la vinculación a la celebración del día mundial contra el VIH, educación y distribución de preservativos, sensibilización y asesorías a adolescentes en los colegios, asesoría pre y post test, visitas domiciliarias a los pacientes diagnosticados, entre otras.

f) Violencia doméstica y sexual:

De acuerdo a los datos del SIVIGILA, en el año 2011, se reportaron 93 casos de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual. De éstos, 70 casos (75,27%) ocurrieron en mujeres, 16 casos (17,20%) en hombres y en 7 casos no se obtuvo información.

Por municipios, estos se distribuyeron en cinco (5) de los siete (7) municipios, así: 44,09% (41 casos) en el municipio capital; 20,43% (19 casos) en el municipio de Fortul; 13,98% (13 casos) en los municipios de Araquita y 10,75% en los municipios de Saravena y Tame cada uno con 10 casos reportados. Esto no significa que en los demás municipios no se presenten casos, el reporte aquí reflejado es una lectura rápida del interés y el compromiso de las instituciones de salud en la notificación de los casos al SIVIGILA, así como de la denuncia por parte de la comunidad.

La base de datos correspondiente no permite el análisis de otras variables de interés.

De acuerdo a cifras del **Observatorio de la Convivencia Ciudadana Departamental**, entre enero y septiembre del 2011, se realizaron 122 valoraciones médico legales en el INMLCF seccional Arauca, debidas a violencia sexual¹⁹. De éstos, 28 casos fueron causados por familiares entre padrastros, padres, hermanos, entre otros.

En este mismo informe, se señalan 63 casos de maltrato infantil entre enero y septiembre del año 2011. 59 de estos casos, fueron cometidos por familiares. Se identifica a los padres como los que mayor número de agresiones generan, situación sustentada

en las pautas de crianza y la inversión de valores al interior de los hogares. Como consecuencia, quienes deberían constituirse como factores protectores de los niños, niñas y adolescentes, se tornan en una amenaza constante para quienes se encuentran en desarrollo físico, cognitivo y emocional²⁰.

Igualmente los resultados de la ENDS 2010, establecen que en el departamento de Arauca:

- » El 67 por ciento de las mujeres sufre algún tipo de control por parte de su esposo o compañero y el 27.5 por ciento es víctima de violencia verbal.
- » El 33 por ciento de las mujeres de Arauca sufre algún tipo de violencia física por parte de su pareja. Las agresiones más comunes son: empujones, golpes con la mano, patadas y violación.
- » Entre quienes sufren violencia física por parte de su esposo o compañero un 10 por ciento señala haber sido violada por él.
- » Un 7 por ciento de las mujeres ha sido víctima de violencia sexual por una persona diferente de su esposo o compañero.

Con lo anterior, se reclama la articulación de todos los actores, con objeto de integrar y fortalecer todas las acciones que se adelantan

en el día a día con la población Araucana, a fin de optimizar los recursos y llegar a un mayor número de afectados.

Así mismo la necesidad de articular los sistemas de información que permita una mejor lectura del panorama en el departamento. No obstante, es urgente se sensibilice a la población y se cree una cultura de denuncia, por supuesto con la credibilidad en la institucionalidad.

Es preciso crear estrategias que fomenten el respeto y la seguridad en el núcleo familiar. El manejo de los factores desencadenantes, se convierte en una prioridad de intervención por parte de todas las autoridades y sectores relacionados.

Factores que influyen en el buen desarrollo de las acciones en SSR

Pese a los esfuerzos de las instituciones de salud, persisten dificultades que afectan el desarrollo de las acciones en el marco de la SSR, entre ellos los ya descritos en el ítem del PAI, tales como: Alteraciones de orden público y atentados a la misión médica, demora en el giro de los recursos por regalías los cuales corresponden al 95% del total de recursos asignados al Salud Sexual y Reproductiva Dptal, falta de articulación de las acciones de Salud Sexual y Reproductiva, Déficit en recurso del talento humano asistencial, dificultades de acceso, estas ya descritas en este documento.

Cuadro 68: Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Arauca, año 2011

	Indicador	Línea Base	Meta	Resultado
Salud Sexual y Reproductiva – SSR	Razón de mortalidad materna (*100000)	2 casos	2 casos	69,27 x 100000 N.V
	Número de muertes maternas	2	2	3
	Proporción de embarazos en adolescentes (adolescencia temprana + adolescencia tardía) de 10 a 19 años de edad (30,43%)	1176 casos	823 casos	1318 casos
	Proporción de embarazos en adolescencia temprana de 10- 14	SD	SD	2,24
	Proporción de embarazos en adolescencia tardía de 15 a 19	SD	SD	28,19
	Tasa global de fecundidad en mujeres de 15 a 49 años	2,92	2,92	2,22
	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino *10000	5,48	5,48	2,03
	Número de personas vivas con VIH	SD	SD	67
	Número de personas vivas con diagnóstico de SIDA			25
	Prevalencia de infección con VIH en población de 15 a 49 años (incluye casos de SIDA)			92,39
	Número de gestantes con VIH-SIDA	SD	SD	3
	Número o de personas con coinfección con TB – VIH	SD	SD	2
	Número de muertes por VIH	SD	SD	27
	Porcentaje de atención prenatal por médico o enfermera	SD	SD	SD
	Porcentaje de atención de parto por médico o enfermera	SD	SD	92,82
	Cobertura de parto institucional	SD	SD	92,70
	Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales	SD	SD	72,82
	Tasa de mortalidad por cáncer de seno *10000	SD	SD	0,72

Fuentes de información: EEV, RUA, SIVIGILA, Programa TB, PLAN DEPARTAMENTAL DE DESARROLLO 2009-2011

¹⁹⁻²⁰ Gobernación de Arauca – Secretaría de Gobierno y Seguridad Ciudadana Departamental, Observatorio de la Convivencia Ciudadana. Boletín Epidemiológico, 2011.

4.3.3 Salud Oral

A pesar de los grandes esfuerzos que se han hecho en el país y en las entidades territoriales, la morbilidad en la cavidad bucal continúa siendo uno de los eventos con mayor carga de morbilidad por los servicios de consulta externa en todos los grupos de edad.

Las acciones en Salud Oral a nivel colectivo fueron excluidas del Plan de Atención Básica 2004 – 2007, invocando que estas estaban incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, sin embargo, la realidad del país en esta materia fue revelada través de los perfiles de morbilidad, lo movilizó para que en el periodo 2008 - 2011 la Salud Oral fuera como lo es hoy, una de las diez prioridades en Salud, retomando la importancia de las acciones de Promoción de la Salud y la Prevención de las Enfermedades, articulándose estas con las competencias municipales del Plan Nacional de Salud Pública del año 2006.

El departamento de Arauca, ha hecho grandes esfuerzos en los últimos años en la Salud Oral, con el fin de promover la higiene oral en la población de la primera infancia y adolescencia desde los hogares, ámbito escolar e instituciones como guarderías y hogares de bienestar, realizando la prevención desde la etapa prenatal; promoviendo en las madres, padres y cuidadores el primer acceso a los servicios odontológicos en los niños menores de un año, sin tener en cuenta estrato socioeconómico, etnia, área de ubicación, ya sea urbana o rural.

Así mismo, fortaleciendo las acciones de IVC para garantizar las acciones de promoción y prevención vigilando el cumplimiento de la norma técnica y asesoría y seguimiento a las acciones de salud oral planteadas en el Plan de Intervenciones Colectivas de los siete municipios del departamento.

El departamento desde finales del año 2011, adelantó una estrategia de vigilancia para detectar la presencia de eventos de fluorosis, sin que hasta la fecha de elaboración de este análisis haya concluido; sin embargo según diagnóstico del programa de salud oral de la UAESA (realizado en todas las IPS del departamento), el preliminar del estudio arroja entre otros resultados, fluorosis en 27 niños de los atendidos en las IPS de los municipios de Arauca, Arauquita, Cravo Norte, Fortul y Tame, descritas así:

- » Fluorosis en un 35 % en niños de 9 años, un 15% en niños de 11 años, un 12% en niños de 10 años de edad, un 8% en niños de 7, 12, 14 y 15 años y un 4% en niños de 8 y 9 años. Se presentó mayores casos de fluorosis en niños afiliados al régimen subsidiado, en zona de vivienda urbana, y en la edad de 9 años, y según la escala de DEAN la que más se presentó fue muy leve y leve casi en la misma proporción.

De los niños encuestados su fuente de consumo de agua fue por el acueducto, y le han aplicado flúor en el consultorio y campañas de salud bucal, se cepillan los dientes dos veces al día, llenando su cepillo de dientes completo o medio con crema dental Colgate, y comenzaron a realizarlo antes y desde los 2 años de edad, y la mayoría ingirió crema dental en su infancia, no consumieron suplementos de flúor,

La presencia de Fluorosis dental muestra una tendencia ascendente de gran magnitud. Se sospecha que la presencia de la fluorosis está más influida por la aplicación de complementos de fluoruros excesivos (crema dental, aplicación de flúor).

A partir del año 2012, se dará continuidad al mismo. No obstante este fue ajustado a los lineamientos Nacionales para lo cual se definieron dos IPS centinelas; una ubicada en Arauca capital (ESE Jaime Alvarado y Castilla) y la otra en el Sarare (Hospital del Sarare).

Morbilidad en Cavidad Oral

En el departamento de Arauca, se reportaron para el periodo evaluado 32.413 atenciones por el servicio de odontología, distribuidas en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa. En este último se registraron 32.088 consultas con una tasa de 128 consultas por cada 1000 habitantes del departamento; las tasas en los demás servicios, como es de esperar fueron bastante bajas registrando cifras de 1,15 y 0,14 en Urgencias y Hospitalización consecutivamente.

Las atenciones en el servicio de consulta externa correspondieron al 5,80% de todas las atenciones generadas en este servicio durante el periodo evaluado.

En el servicio de Consulta externa, la primera causa de morbilidad fue la caries con 22.519 consultas debidas a esta causa y una tasa de 89,9 por 1000. Le siguieron en su orden las consultas relacionadas con Gingivitis y enfermedades periodontales y las enfermedades de la pulpa dentaria y tejidos periapicales con tasas de 19,9 y 8 por 1000 respectivamente. En cuarto lugar, otros trastornos de los dientes y las estructuras de soporte con una tasa de 5,7 por 1000 correspondiente a 1.429 consultas por esta causa.

Todos los eventos que generaron consultas por este servicio, también demandaron en menor proporción atenciones de urgencias. Sin embargo en el caso de hospitalizaciones, éstas fueron debidas a estomatitis y lesiones relacionadas, enfermedades de la pulpa dentaria y tejidos periapicales, las enfermedades de las glándulas salivales, otros trastornos de los labios y la mucosa oral, enfermedades de la lengua, la caries, los trastornos del desarrollo y erupciones de los dientes, la gingivitis y enfermedades periodontales y los quistes de la región oral.

Cuadro 69: Morbilidad en Cavidad Bucal de las glándulas salivales y de los maxilares. Departamento de Arauca, año 2011

Código CIE 10	Grupo de Diagnóstico	Tipo de Servicio					Total de Atenciones
		Consulta	Tasa x 1000	Hospitalización	Tasa x 1000	Urgencias	
K00	Trastornos del desarrollo y erupciones de los dientes	131	0,5	1	0,0040		132
K01	Dientes embebidos e impactados	208	0,8			21	229
K02	Caries	22519	89,9	2	0,0080	13	22534
K03	Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes	220	0,9			2	222
K04	Enfermedades de la pulpa dentaria y los tejidos periapicales	2015	8,0	10	0,0399	159	2184
K05	Gingivitis y enfermedades periodontales	4924	19,7	1	0,0040	10	4935
K06	Otros trastornos de la gingiva y de la cresta alveolar edentulosa	54	0,2			4	58
K07	Anomalías dentofaciales (incluyendo maloclusión)	174	0,7			2	176
K08	Otros trastornos de los dientes y las estructuras de soporte	1429	5,7			52	1481
K09	Quistes de la región oral, no clasificados en otra parte	16	0,1	1	0,0040		17
K10	Otras enfermedades de las mandíbulas	56	0,2			2	58
K11	Enfermedades de las glándulas salivales	41	0,2	5	0,0200	1	47
K12	Estomatitis y lesiones relacionadas	184	0,7	12	0,0479	17	213
K13	Otros trastornos de los labios y la mucosa oral	46	0,2	3	0,0120	3	52
K14	Enfermedades de la lengua	71	0,3	2	0,0080	2	75
Total Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares		32088	128,1	37		288	32413
Resto de la Morbilidad		552639	2205,5	23964	95,6	24561	601163

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Cuadro 70: Indicadores de Salud Oral. Departamento de Arauca, año 2011

Indicador	Línea Base (año 2010)	Meta	Resultado
Índice de COP promedio a los 12 años de edad	3,67	2,3	3,86
Número Sellantes aplicados a niños de 3 a 15 años en el último año	SD	SD	44.189
Número de fluorizaciones en niños de 5 a 19 en el último año	SD	SD	37.497
Porcentaje de dientes permanentes de los mayores de 18 años	20,69	60%	21,44

Fuentes de información: RIPS, Dx programa Salud Oral²¹

²¹ Dato preliminar a partir de los cálculos del programa de salud oral.

4.3.4 Salud mental

La salud Mental ha sido incluida como una de las 10 prioridades de la Salud Pública en el país.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001) la salud mental es un estado de bienestar bio psico social en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Existen factores determinantes para la salud mental, entre ellos: el ambiente, la herencia, el comportamiento, los servicios de salud.

Respondiendo a la necesidad de garantizar ambientes sanos y mejorar aspectos comportamentales en la población del departamento de Arauca, las autoridades de salud adelantaron acciones correspondientes al Plan Nacional de Salud Pública, entre ellas, Promoción de la salud mental, estilos de vida; en el tema de prevención, se abordó la disminución de factores de riesgos y fortalecimiento de factores protectores.

En el ámbito de la recuperación y superación de los daños, se adelantó recuperación por consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes del departamento.

Se desarrollan acciones con población vulnerable como desplazados, indígenas víctimas de violencia intrafamiliar y ancianos abandonados.

Se adelantó con las instituciones Educativas, la Implementación de la estrategia espacios Libres de Humo de tabaco.

En el tema de capacitación, se adelantó seminario psicosocial, asesorías y acompañamientos a los entes territoriales para incluir el componente de salud mental en los POA de los municipios.

Para el año 2012, se espera dar continuidad a las líneas de políticas del nivel nacional, además, se tiene proyectado la conformación de redes de atención primaria en salud mental.

El departamento tiene dentro de lo proyectado para el año 2012 la implementación de la estrategia APS en Salud Mental, en todos los municipios, para lo cual realizara formación en el personal sanitario y comunidad en general.

A la fecha, no se han implementado planes de salud mental.

Pese a que en las estadísticas a través de los RIPS, no se evidencian casos de consumo de Psicoactivas, es elemental destacar la alta problemática en población escolarizada, la cual se hace evidente al momento de abordar a los estudiantes en acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y fomento de estilos de vida saludables.

Otra de las problemáticas subregistradas en el departamento, es la correspondiente a explotación sexual infantil y la violencia sexual infantil.

Trastornos mentales y del comportamiento

Los Trastornos Mentales y del Comportamiento – TMC analizados con lista 298 causas por tipo de servicio (consulta externa, consulta de urgencias y hospitalización) fueron responsables de 4128 atenciones por estos tres servicios. El mayor número de atenciones se registro en el servicio de consulta externa con 3809 registros correspondientes a una tasa de 15,20 consultas por cada 1000 habitantes del departamento.

Las atenciones generadas en **consulta externa** correspondieron al 0,68% de todas las atenciones en este servicio.

Como primera causa de morbilidad de TMC por consulta externa, se presentaron los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos con 1404 casos correspondientes a una tasa de 5,60 x 1000 hab. Estos también ocuparon la primera causa de consulta para los servicios de urgencias y hospitalización.

Otros trastornos mentales y del comportamiento fueron la segunda causa de morbilidad en consulta externa con 1026 consultas y una tasa de 4,09 x 1000.

En el servicio de urgencias se registraron 161 consultas (tasa 0,64 x 1000 hab). La primera causa de consulta en este servicio coincidió con la primera causa de consulta en los demás servicios. Como segunda causa con la tasa más alta apareció la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes con 35 urgencias informadas (tasa de 0,14 por 1000 habitantes).

En el servicio de **Hospitalización** se atendieron 158 pacientes, después de los trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes fueron los causantes del segundo número de hospitalizaciones más altas por patologías relacionadas con TMC. (Cuadro 71)

Cuadro 71: Morbilidad agrupada en 298 causas, por grupos de diagnósticos de TMC, atendida por tipo de servicio. Departamento de Arauca, año 2011

Código CIE 10	Grupo de Diagnóstico	Tipo de Servicio						Total de Atenciones
		Consulta	Tasa x 1000	Hospitalización	Tasa x 1000	Urgencias	Tasa x 1000	
F30-F39	Trastornos del humor [afectivos]	748	2,99	33	0,13	23	0,09	804
F40-F49	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	1404	5,60	70	0,28	72	0,29	1546
F04-F09, F50-F69, F80-F99	Otros trastornos mentales y del comportamiento	1026	4,09	13	0,05	20	0,08	1059
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	394	1,57	36	0,14	35	0,14	465
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	82	0,33	6	0,02	11	0,04	99
F70-F79	Retraso mental	101	0,40					101
F00-F03	Demencia	54	0,22					54
Total trastornos Mental y del comportamiento		3809	15,20	158	0,63	161	0,64	4128
Resto de la Morbilidad		552639	2205,54	23964	95,64	24561	98,02	601164

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad de TMC según sexo en el servicio de consulta externa

De las 3809 atenciones por el servicio de consulta externa relacionadas con TMC. El 57,76% correspondió a consultas en población femenina., el 42,43/ restante correspondió a consultas realizadas por la población masculina.

La relación de consultas por TMC hombre mujer fue de 0,73:1.

En las mujeres, la primera causa de morbilidad por TMC fueron los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos, con 843 consultas correspondientes a una tasa de 6,79 por 1000 hab; mientras que en el caso de los hombres, la primera causa de consulta correspondió a

los Otros trastornos mentales y del comportamiento con 573 registros y una tasa de 4,5 por 1000.

El segundo lugar, en el caso de las mujeres correspondió a los trastornos del humor (671 casos) y en los hombres a los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (561 casos)

El análisis de las tasas por sexo permite determinar que las mujeres presentaron mayor riesgo frente a los hombres en aquellos eventos relacionados con Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos y con los trastornos del humor; en el caso de los hombres fue mas alto el riesgo en otros trastornos mentales y del comportamiento y en la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes. (Cuadro 72)

Cuadro 72: Trastornos Mental y del comportamiento en el servicio de consulta externa, por sexo Departamento de Arauca, año 2011

Código CIE 10	Grupo de Diagnóstico	Consulta Externa				Total de Atenciones	
		Hombres	Tasa x 1000	Mujeres	Tasa x 1000	Total	Tasa x 1000
F30-F39	Trastornos del humor [afectivos]	77	0,6	671	5,40	748	2,99
F40-F49	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	561	4,4	843	6,79	1404	5,60
F04-F09, F50-F69, F80-F99	Otros trastornos mentales y del comportamiento	573	4,5	453	3,65	1026	4,09
F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	221	1,7	173	1,39	394	1,57
F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	51	0,4	31	0,25	82	0,33
F70-F79	Retraso mental	101	0,8		0,00	101	0,40
F00-F03	Demencia	25	0,2	29	0,23	54	0,22
Total trastornos Mental y del comportamiento		1609	12,7	2200	17,71	3809	15,20
Resto de la Morbilidad		552624	4373,8	200015	1610,2	522369	2084,73

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

4.3.5 Enfermedades Transmisibles y Zoonosis

a) Tuberculosis:

La Organización Mundial de la Salud -OMS- declaró en abril de 1993 que la Tuberculosis había adquirido carácter de urgencia mundial, debido principalmente a falta de atención a la enfermedad por parte de muchos gobiernos, con programas de control mal administrados, además del crecimiento demográfico y al vínculo entre la Tuberculosis y la infección con el VIH.

Aproximaciones al problema

La tuberculosis (TB) sigue siendo una importante causa de muerte en todo el mundo, pero la epidemia mundial está a punto de empezar a disminuir. En Colombia representa en la actualidad un grave problema de salud pública, a pesar de que existen medios preventivos para evitar su incremento en la comunidad. En el Departamento de Arauca, la incidencia es baja, pero la urbanización, el hacinamiento y la disminución de ingresos, entre otros, son riesgos para esta enfermedad.

En respuesta al Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015 y dado el compromiso con la Salud de la Comunidad Araucana, el Departamento de Arauca, incluyó en el Plan de Desarrollo 2007-2011, acciones para cortar la cadena de transmisión de enfermo a sano mediante la búsqueda, localización precoz y tratamiento acortado supervisado de los enfermos.

La tasa de incidencia, según casos reportados la SIVIGILA en el año 2011 fue de 2,83 x 10.000 hab (71 casos) mientras que la tasa de mortalidad fue de 2,4 x 10.000 hab.

En los últimos seis (6) años, se han reportado al programa departamental de tuberculosis 539 casos. El porcentaje de curación logrado en el año 2009 fue del 75%. En este mismo año, se alcanzó un índice de positividad de la baciloscopia de 3,4%. En promedio se realizaron 2,3 baciloscopia por pacientes. Cinco de cien pacientes abandonaron el tratamiento.

El 36,55% de estos casos (197) se reportaron en población de 15 a 44 años de edad y el 31,23% en el grupo de edad de 60 y más años de edad.

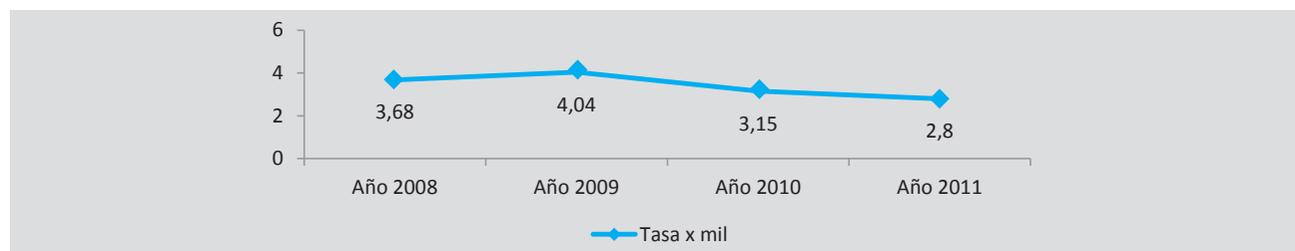
Cuadro 73: TB Pulmonar y TB Extrapulmonar por genero y año Departamento de Arauca

Tipo de TB	2006		2007		2008		2009		2010		2011		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Tuberculosis Pulmonar	45	52	35	56	29	49	32	51	23	50	22	43	186	301
Tuberculosis Extrapulmonar	2	4	3	6	1	10	11	5	0	5	3	2	20	32
Subtotal	47	56	38	62	30	59	43	56	23	55	25	45	206	333
Total	103		100		89		99		78		70		539	

Fuente: Programa TB UAESA

Es evidente una tendencia al descenso en las tasas de morbilidad de los últimos cuatro (4) años, registrando el valor más bajo en el año 2011.

Gráfico 59: Tasa de morbilidad por TB (todas las formas) Departamento de Arauca, años 2008 a 2011



Análisis de los casos reportados en el año 2011 al SIVIGILA

El grupo de mayor riesgo de presentar infección por Tuberculosis fue el de 65 y más años de edad, seguido de aquel comprendido por las personas entre 45 a 64 años.

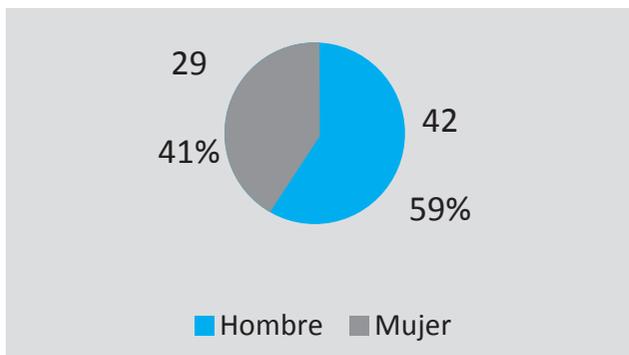
Cuadro 74: Distribución casos de TB. Departamento de Arauca, año 2011

	Casos	Tasa x 10000	Porcentaje
Menor 1	0	0	0
1 a 4	3	1,13	4,23
5 a 14	4	0,64	5,63
15 a 44	26	2,40	36,62
45 a 64	20	5,79	28,17
65 y mas	18	15,33	25,35
Total	71	2,83	100
Promedio edad		45,45	
Edad mínima		2	
Edad máxima		90	

Fuente: SIVIGILA

El 59% de los casos reportados afectó a los hombres.

Grafico 60: Distribucion de los casos de TB, segun sexo. Departamento de Arauca, año 2011



De acuerdo a la **pertenencia étnica**, 11 casos (15,49%) ocurrieron en población indígena, 4 casos (5,63%) en palenqueros y 2 casos (2,82%) en afrodescendientes. El resto de casos afecto a población general.

Según los **grupos poblacionales**, se registraron dos (2) casos en población migratoria y un (1) caso en población carcelaria. El resto de casos se registro en población general.

De los 71 casos reportados, 58 casos se confirmaron por laboratorio, 8 por clínica, 5 casos por nexos epidemiológico.

Estimación de tasas de incidencia por municipios

El mayor riesgo de enfermarse por TB según la procedencia del paciente, se presentó en los municipios de Saravena y Arauca con tasa de 3,73 y 3,24 x 10000 habitantes. Las tasas en el periodo evaluado oscilaron entre 0 y 3,73 x 10000.

Cuadro 75: Distribución casos de TB. Departamento de Arauca, año 2011

	Casos	Tasa x 10000	Porcentaje
Arauca	27	3,24	38,03
Arauquita	7	1,77	9,86
Cravo Norte	1	2,89	1,41
Puerto Rondón	0	0	0
Fortul	5	2,09	7,04
Saravena	17	3,73	23,94
Tame	10	1,97	14,08
Otros	4		5,63
Total	71	2,83	100

Fuente: SIVIGILA

Se encontraron periodos mayores a un año, entre el inicio de los síntomas y la fecha de la consulta. Esto presupone mayor exposición de las personas del núcleo familiar y/o unidad familiar así como de aquellas de permanencia prolongada debidas a la ocupación de los pacientes.

b) Lepra:

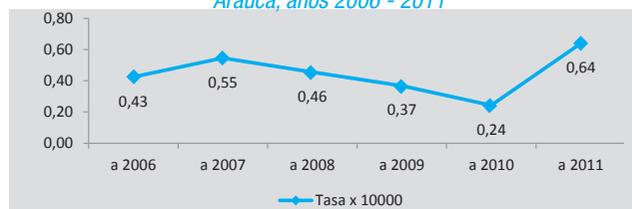
La incidencia anual de lepra presentó una tendencia a disminuir hasta el año 2010. En el año 2011, se

presenta un incremento pasando de 0,24 a 0,64 casos por 10000 habitantes del departamento.

El dato más actualizado de tratamientos terminados corresponde al año 2009, en el cual se reportó un 80% en tratamiento multibacilar y un 100% en los casos paucibacilares. La meta al 2015 es lograr el 99% en ambos casos.

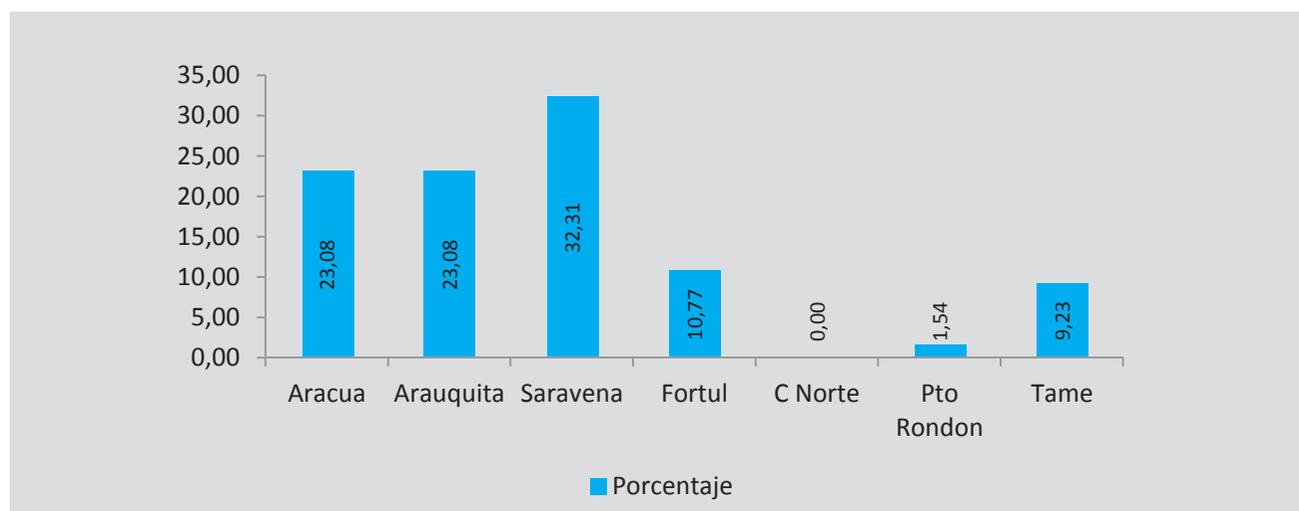
Le prevalencia de lepra en el año 2010 fue de 0,2.

Grafico 61: Tasa de incidencia de Lepra por años Departamento de Arauca, años 2006 - 2011



Los casos se han distribuido en los municipios del departamento, excepto en Cravo Norte, municipio que no ha reportado casos en el periodo observado.

Grafico 62: Porcentaje de casos de lepra reportados entre los años 2006 al 2011 por municipios Departamento de Arauca



Análisis de los casos de Lepra reportados al SIVIGILA durante el año 2011.

Se reportaron en el año 2011, 18 casos de Lepra, correspondientes a una tasa de 0,72 por 10000 habitantes. Superaron esta cifra los municipios de Arauquita y Saravena en su orden.

Cuadro 76: Distribución casos de lepra. Departamento de Arauca, año 2011

	Casos	Tasa x 10000	Porcentaje
Arauca	3	0,36	16,67
Arauquita	6	1,52	33,33
Cravo Norte	0	0,00	0,00
Fortul	1	0,42	5,56
Saravena	4	0,88	22,22
Tame	1	0,20	5,56
Pto Rondón	0	-	-
Sin dato	3	-	16,67
Total	18	0,72	100,00

Fuente: SIVIGILA

El 55,56% de los casos (10) ocurrieron en hombres. Los casos se presentaron en personas entre los 15 y 85 años de edad; las personas afectadas tenían en promedio 39,88 años de edad. El 50% de los pacientes, refirió vivir en área urbana.

Respecto a la pertenencia étnica, se registró 1 caso en afrodescendientes. No se presentaron casos en indígenas.

Por grupos poblacionales no hubo reporte de casos en población vulnerable tales como desplazados, carcelarios u otros.

Vectores

El departamento de Arauca es endémico para eventos transmitidos por vectores, por tanto se garantizan en todo el territorio acciones de prevención, vigilancia y control para las ETV. Anualmente el departamento reporta casos de Dengue, Chagas, Leishmaniasis, eventos todos que tienen mayor incidencia en unos municipios más que en otros.

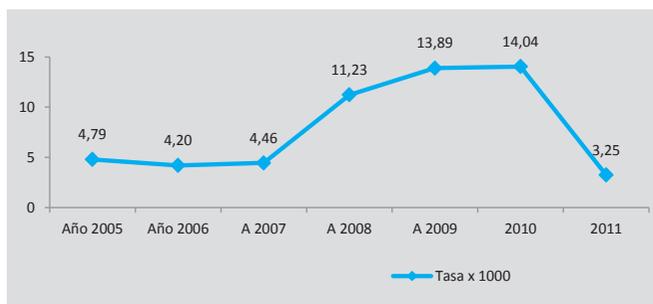
c) Dengue

El departamento de Arauca es tradicionalmente endémico para Dengue. Durante los años 2008, 2009 y 2010, enfrente fuertes epidemias por esta patología, evento que lamentablemente dejó casos fatales. Siendo los años 2008 y 2009, los de mayores tasas de morbilidad; es decir, los años de mayor riesgo de enfermar por Dengue en el departamento en los últimos 7 años. Durante esos años epidémicos, todos los municipios se vieron afectados por el mismo fenómeno, con menos frecuencia que los demás, lo hicieron Puerto Rondón y Cravo Norte.

En el año 2011, se reportaron 16 casos de dengue grave en todo el departamento. Se registro una tasa de letalidad de 0,25% (2 defunciones).

La tasa de incidencia de dengue para este año fue de 3,25, (814 casos) muy por debajo de la meta esperada al finalizar el cuatrienio la cual era de 4,25 x 1000, situación que representa una ganancia importante para la salud de los Araucanos.

*Grafico 63: Tasa de morbilidad por Dengue
Departamento de Arauca, años 2005 - 2011*

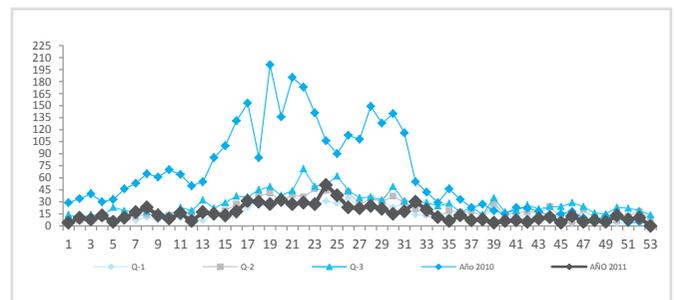


Es a partir de la semana epidemiológica 38 de 2010, cuando se logra controlar la epidemia; control que se mantuvo durante todo el año 2011, con la implementación de medidas de choque, tales como: control químico focalizado y biológico, levantamientos larvarios en las viviendas que arrojaron un índice positivo de infestación, capacitación

al personal sanitario de la red del SGSSS en cuanto al manejo clínico de las ETV, actividades relacionadas con educación y capacitaciones a la comunidad y vigilancia entomológica a través de larvitrapas en municipios fronterizos para identificar vectores exóticos de importancia en salud pública.

En el grafico 64, es posible apreciar gráficamente el comportamiento del Dengue en los años 2010 y 2011. Haciéndose evidente lo ya mencionado anteriormente

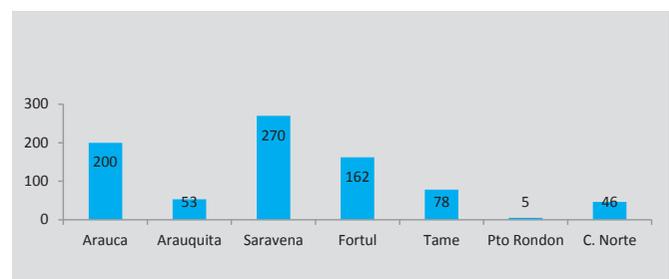
*Grafico 64: Curva endémica Dengue.
Departamento de Arauca, años 2010 y 2011*



Se reportaron en el año 2011, 814 casos probables de dengue distribuidos en todos los municipios, siendo Saravena el municipio con el mayor número de casos reportados. (Grafico 65).

Del total de casos reportados como probables, se confirmaron 217 casos (26,66%); se descartaron 502 (61,67%) y a la fecha de elaboración de este documento, 95 casos (11,67%) no se habían ajustado en el sistema.

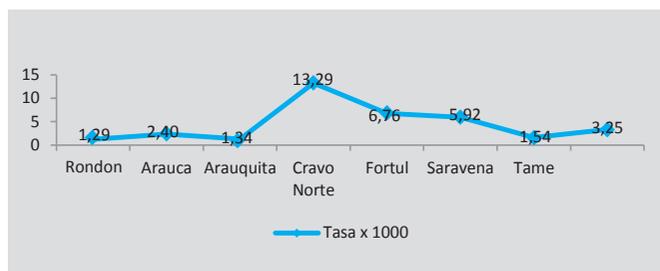
*Grafico 65: Distribucion de casos de dengue por municipios.
Departamento de Aracua, año 2011*



Sin embargo, pese a ser mas alto el número de casos reportados por los municipios de Saravena y Arauca, fue mayor el riesgo de enfermar por dengue en los municipios de Cravo Norte y Fortul. El municipio de Saravena registró el tercer lugar como

municipio más riesgoso. El menor riesgo se registro en el municipio de Puerto Rondón. (Grafico 66)

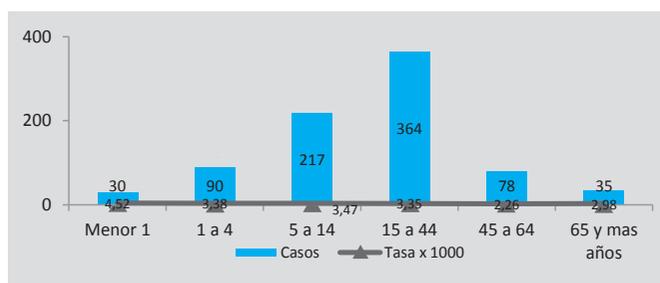
Grafico 66: tasa de morbilidad por dengue. Departamento de Arauca, año 2011



El 57% (464) de los casos afecto a los hombres frente a un 34% en las mujeres (350 casos).

Por grupos de edad fue mayor el reporte de casos en el grupo de 15 a 44 años. En total en este grupo se reportaron 364 casos; seguidos de 217 casos en el grupo de 5 a 14 años. Pese a ello, el mayor riesgo de enfermarse por dengue fue para el grupo de menores de un año, los cuales registraron una tasa de morbilidad de 4,52 por 1000. (Grafico 67)

Grafico 67: Distribucion de casos probables de dengue. Departamento de Arauca, año 2011



Del total de los casos, el 2,95% afecto a población afrodescendiente y un 1,72% a población indígena.

d) Malaria:

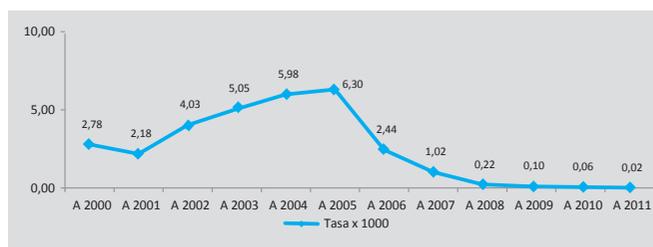
En los últimos años, el programa de vectores, registra una disminución extraordinaria en los casos de malaria; tradicionalmente el departamento de Arauca, por su condición tropical con temperaturas superiores a los 30 grados, altura sobre el nivel del mar muy inferior a los 1800 metros, amplio territorio selvático y de llanura propicia para la presencia del vector plasmodium vivax, mostraba una alta incidencia de malaria, con predominio

de los casos en los municipios de Arauquita, Saravena, Fortul y Tame. Sin embargo, a partir del año 2005, la tendencia en las tasas de morbilidad se disminuyó significativamente cayendo a niveles mínimos con 3 casos registrados de malaria vivax y 1 caso de malaria complicada en el último año.

Es importante que a futuro se haga un análisis más amplio del comportamiento de esta patología para evaluar si esta reducción es respuesta a las medidas de vigilancia, prevención y control o existe alguna otra razón responsable de la disminución de los casos. No es posible afirmar que existe subregistro de los casos, pues ante la agresividad de la enfermedad, el paciente se ve en la obligación de consultar a centros Hospitalarios y/o buscar ayuda médica; No obstante sería sensato realizar actividades de búsqueda activa en las Instituciones desde casos febriles compatibles con los signos y síntomas de la malaria. Así mismo, es primordial que se evalúe la posibilidad de la automedicación, lo que significaría un riesgo ostensible en la Salud Pública por la posibilidad de resistencia a los medicamentos.

En el grafico siguiente se muestra la tendencia en las tasas de morbilidad, en el se aprecia la reducción significativa de estas; situación que determina un muy bajo riesgo de la población Araucana de enfermarse por malaria.

Grafico 68: Tasa de morbilidad por Malaria Vivax. Departamento de Arauca, años 2000 - 2011

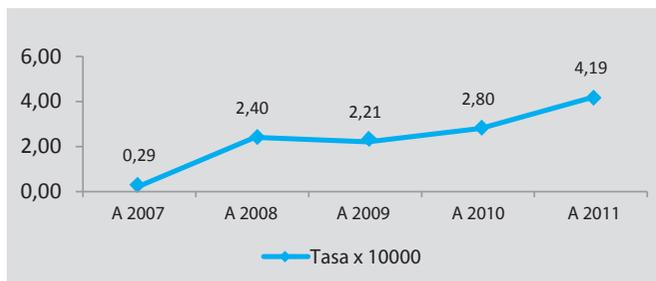


e) Chagas

Durante el año 2011, se reportaron al Sistema de Vigilancia Epidemiológica 105 casos de Chagas, significando una tasa de incidencia por notificación de 4,19. Desagregando la información por municipios de procedencia, se identifica un caso procedente del departamento de Córdoba por lo cual la tasa de incidencia en el departamento por procedencia del paciente sería de 4 casos por cada 10000 habitantes del departamento.

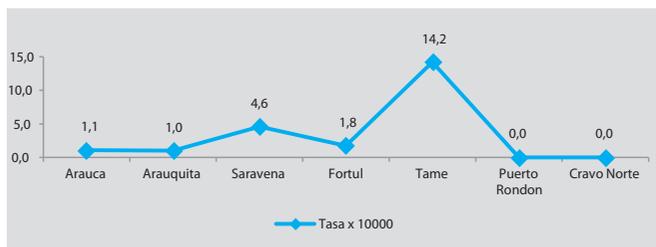
Se estimaron las tasas de incidencia por departamento de notificación desde el año 2007 al 2011, encontrándose el año 2011 como el año con la mayor tasa de notificación.

Grafico 69: Tasa de incidencia de chagas por departamento de notificación. Departamento de Arauca, año 2011



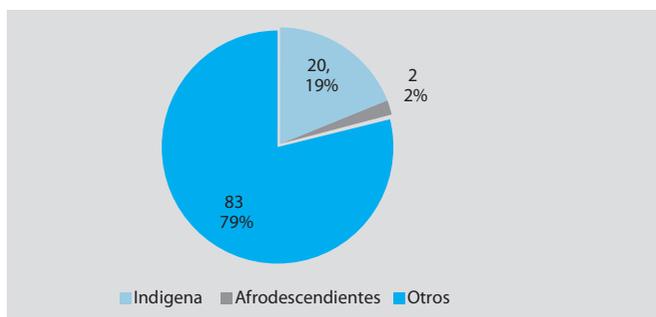
Por municipios, en Tame se presentó el mayor riesgo de enfermar por Chagas con una tasa de 14,2 casos por cada 10000 habitantes en ese municipio. El segundo municipio en su orden de riesgo fue Saravena con una tasa de 4,6 casos por cada 10000 habitantes.

Grafico 70: Tasa de incidencia de chagas por municipio de procedencia. Departamento de Arauca, año 2011



El 19% de los casos de Chagas registrados en el año 2011 correspondió a población indígena y un 2% a afrodescendientes correspondientes a 20 y 2 casos respectivamente.

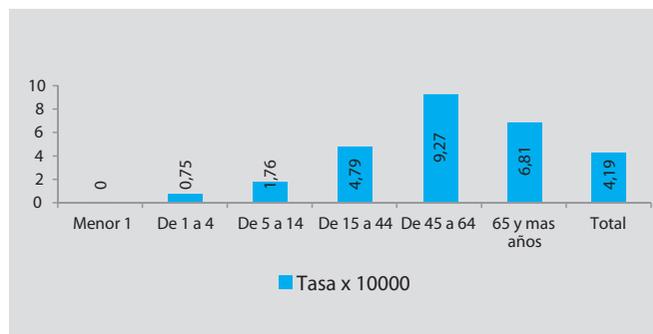
Grafico 71: Tasa de incidencia de chagas pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011



La edad promedio de las personas afectadas por esta patología fue de 38,34 años. Con una edad mínima de 3 años y una máxima de 82.

La tasa más alta se detectó en el grupo comprendido entre 45 a 64 años de edad con una tasa de 9,27 (32 casos) casos por cada 10000 habitantes, seguido de los de 65 y más años quienes presentaron una tasa de 6,81 (8 casos) casos por cada 10000 habitantes. En el grupo de 15 a 44 años se reportaron 54 casos correspondientes a una tasa de 4,79 por 10000, en el grupo de 5 a 14 años los casos detectados correspondieron a 11, en los niños y niñas de 1 a 4 años se reportaron 2 casos.

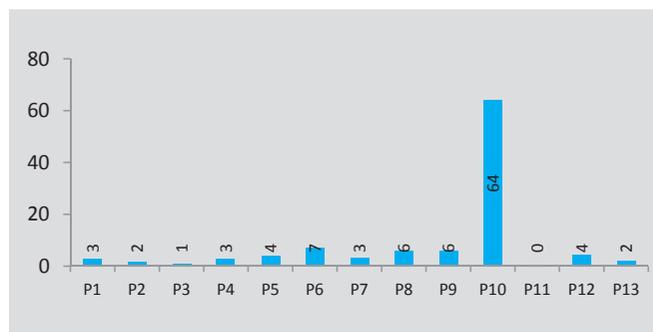
Grafico 72: Tasa de incidencia por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011



El 75,24%, es decir 79 casos correspondió a pacientes procedentes del área rural (rural disperso y centros poblados); el 53,33% de los casos ocurrió en personas de género femenino.

La distribución por periodos epidemiológicos muestra que en el periodo 10 se detectó el mayor número de casos, lo cual se corresponde realmente con la actualización de las bases de datos suministradas por Médicos Sin Fronteras quienes durante todo el año estuvieron realizando trabajo de campo en áreas rurales, especialmente del municipio de Tame.

Grafico 73: Distribución de los casos de Chagas por periodos epidemiológicos. Departamento de Arauca, año 2011



Zoonosis:

El departamento de Arauca realiza la Vigilancia pasiva de eventos Zoonóticos, esto con el fin de detectar oportunamente los casos y cortar cadena de transmisión.

Pese a que en el año 2011, no se presentaron casos de rabia en humanos, se garantizan las acciones de prevención, vigilancia y control, pues el Departamento presenta características, ecológicas, climáticas, topográficas, que favorecen la presencia de vectores, transmisores de encefalitis equina Venezolana (E.E.V), además de la circulación endémica de virus rábico silvestre (Rabia Bovina).

f) Accidente Rábico

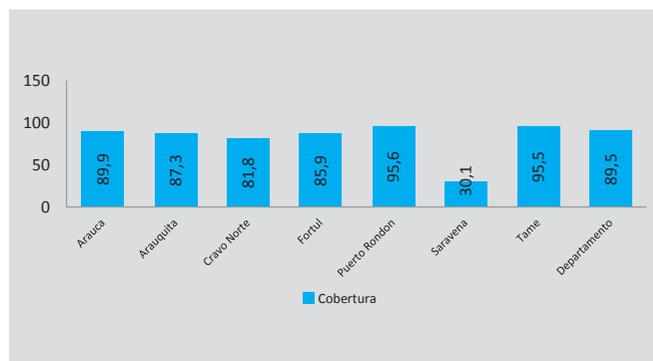
En cuanto al virus rábico, en el año 2011 se realizó control de focos silvestres de rabia bovina transmitida por murciélago hematófago, en el 100% (14 focos) de los casos registrados. Estos estuvieron distribuidos en los municipios de Arauquita (5 focos), Tame (8 focos) y Cravo Norte (1 foco)

La tasa de accidentes rábicos en el año 2011 fue de 2,12 por cada 1000 habitantes; sin embargo se advierte que no se presentaron casos de rabia en caninos. La cobertura de vacunación canina en el año 2011 fue de 89,5% en todo el departamento. Las coberturas municipales oscilaron entre 30,1 y 95,6%, siendo el municipio de Puerto Rondón quien reporto las coberturas más altas y Saravena quien reporto las más bajas coberturas en el periodo evaluado.

De los 530 casos reportados, 164 ocurrieron en el municipio de Arauca seguido por los ocurridos en Tame con 139 y Saravena

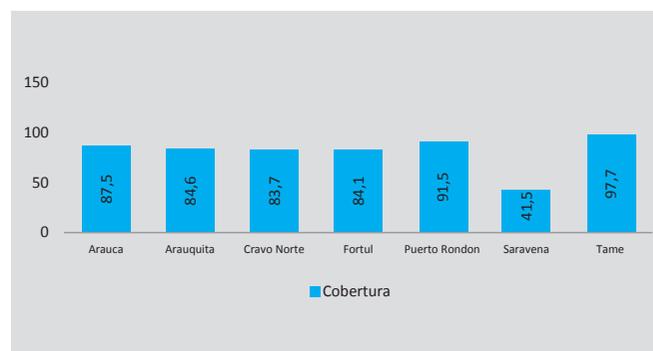
con 126 casos. Arauquita, Fortul, Cravo Norte y Puerto Rondón reportaron en su orden 42, 39, 13 y 7 casos.

Grafico 74: Cobertura de vacunacion canina. Departamento de Arauca, año 2011



Cobertura antirrábica felina, De 100 en el municipio de Tame, 97,7 fue vacunado en el año 2011. En Saravena solo se vacunaron alrededor de 41,5 gatos de 100. Los demás municipios reportaron coberturas entre 83,7 y 91,5%.

Grafico 75: Cobertura de vacunacion Felina Departamento de Arauca, año 2011



Cuadro 77: Indicadores de Enfermedades transmisibles y las zoonosis Departamento de Arauca, año 2011

Indicador	Línea Base	Meta	Resultado
Tuberculosis			
Tasa de incidencia de tuberculosis estimada (*100000)	36,8*		28,3
Tasa de mortalidad relacionada con tuberculosis (*1000)			2,4
Porcentaje de detección de casos de Tuberculosis	57	80	70,0
Porcentaje de curación de casos de TB pulmonar baciloscopia positiva	66	85	75**
Lepra			
Prevalencia de lepra	SD	<1	SD
Tasa de Incidencia de lepra	0,45	0,45	8,0
Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)	72,73	SD	75
Rabia			
Casos de rabia humana transmitida por perro	0	0	0,0

Indicador	Línea Base	Meta	Resultado
Casos de rabia en perros	0	0	0,0
Control de focos en rabia silvestre	100	100	100
Cobertura de vacunación antirrábica canina	29297		89,50
Cobertura de vacunación antirrábica felina	27169		90,0
Fiebre amarilla			
Número de muertes por fiebre amarilla	0	0	0,0
Número de casos de fiebre amarilla	0	0	0,00
Malaria			
Índice parasitario anual (IPA)	SD	SD	SD
Índice por P.falciparum anual (IFA)	SD	SD	SD
Índice por P.vivax anual (IVA)	SD	SD	SD
Letalidad por malaria	0	0	0,00
Tasa de Complicaciones por malaria	0	0	0,00
Dengue			
Tasa de incidencia de dengue (*1000)	4,54	4,54	3,25
Proporción de casos de dengue grave			1,97
Proporción de hospitalizaciones por Dengue Grave	SD	SD	0,98
Letalidad por dengue grave	SD	SD	0,25
Cólera			
Número de casos reportados de cólera	0	0	0,00
Letalidad por cólera	0	0	0,00
Leishmaniasis			
Tasa de incidencia anual por forma clínica de Leishmaniasis (cutánea, mucosa, visceral) *10000	SD	SD	0,32
Letalidad por Leishmaniasis visceral	0	0	0,00
Chagas			
Prevalencia de Chagas	SD	SD	SD
Tasa de incidencia de Chagas *10000			4,19
Letalidad por Chagas			7 muertes relacionadas

Fuentes de información: DANE

* Año 2008

** Corresponde a año 2009

4.3.6 Grupos vulnerables

a) Discapacidad

Se considera a la condición de discapacidad y al riesgo de padecerla, como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. La discapacidad no necesariamente es una desventaja; es la situación que la rodea y la falta de oportunidades para superar el problema lo que genera tal condición. Según lo anterior, el concepto de discapacidad ha trascendido la visión médica,

para ser ampliado su panorama hacia una inclusión de los determinantes socioculturales.

En si la condición de discapacidad se convierte en una condición de gran vulnerabilidad, ya que se disminuyen las capacidades y potencialidades de quien la padece en comparación del que no, este grado de vulnerabilidad afecta tanto al que la padece, como a su entorno familiar, ya que la condición de discapacidad acarrea el gasto adicional de recursos financieros para la mitigación de los riesgos de quien los padece, para garantizar unas condiciones mínimas de vida digna; sin desconocer la afectación psicosocial del individuo y su contexto familiar.

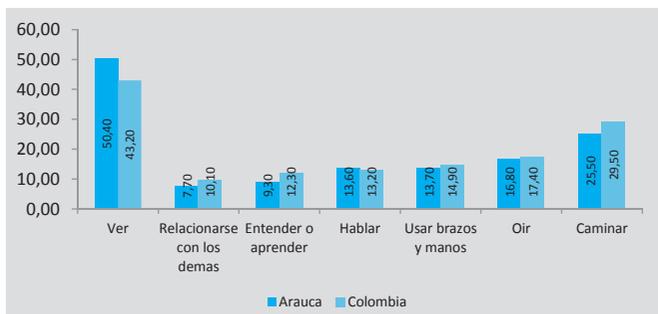
Situación actual en el departamento de Arauca:

De acuerdo al censo del DANE 2005, en el año 2011 el departamento de Arauca conto con 250569 habitantes. De

esta población según cifras del mismo censo, presentan algún tipo de discapacidad 4200 personas (1,68%).

Con base en el CENSO 2005, el siguiente es el porcentaje de población afectada por la discapacidad:

Grafico 76: Porcentaje de personas con discapacidad permanente



La mayor concentración de población con discapacidad reside en el municipio capital con el 34,81%; Saravena agrupa el 26,25%.

Cuadro 78: Población con Discapacidad según municipio Departamento de Arauca

Municipio	Cantidad	Porcentaje
Arauca	1462	34,81
Araucuita	501	11,93
Cravo Norte	51	1,21
Fortul	582	13,86
Puerto Rondón	79	1,88
Saravena	1101	26,21
Tame	424	10,10
Departamento	4200	100

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía

Del total de personas con discapacidad, 3453 (82,21%) estaban afiliadas el SGSSS. De los cuales 1576 corresponden a mujeres y 1877 hombres.

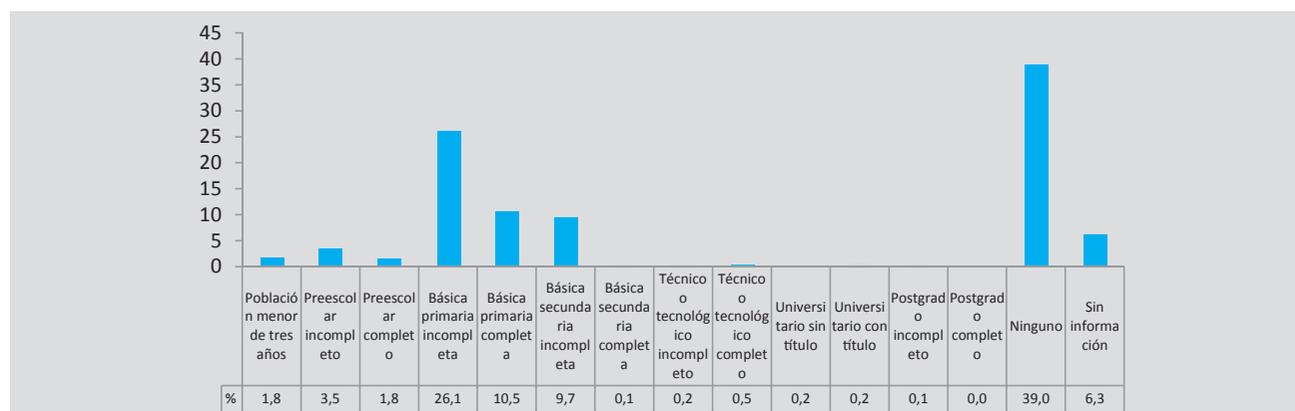
Cuadro 79: Población con registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad según afiliación a SGSSS Departamento de Arauca

Grupos de edad	Total			Con afiliación a salud			Sin afiliación a salud		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	4.200	2.270	1.930	3.453	1.877	1.576	747	393	354
0 a 4 años	162	86	76	133	71	62	29	15	14
5 a 9 años	251	154	97	208	127	81	43	27	16
10 a 14 años	314	176	138	261	148	113	53	28	25
15 a 44 años	1.320	679	641	1.074	552	522	246	127	119
45 a 59 años	634	342	292	519	284	235	115	58	57
60 años y más	1.519	833	686	1.258	695	563	261	138	123

Fuente: DANE Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía

De cada 100 personas con discapacidad, 39 no tienen ningún tipo de estudio, 26 de cada 100 cuentan con básica primaria incompleta.

Grafico 77: Porcentaje de población con Discapacidad según nivel educativo Departamento de Arauca



Con el objeto de garantizar las acciones de Salud Pública tendientes a mejorar condiciones de vida de la población del departamento, la Unidad Administrativa Especial de Salud cuenta con un programa de ayudas técnicas en respuesta a solicitudes individuales (se entregaron 123 ayudas por medio de contrato de comodato)

Se adelantan acciones de IEC, y otras acciones tales como:

- » Implementación de la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC) y fomento de la participación social de las personas en condiciones de discapacidad mediante la aplicación de la metodología “pa to el mundo” en el departamento de Arauca.
- » Estrategia para el desarrollo de acciones de rehabilitación de las personas ciegas y con baja visión, promoción y prevención de la salud visual. Tamizaje visual y soluciones visuales para la población entre los 21 y 60 años de edad, del régimen subsidiado y población pobre no asegurada con sisben 1 y 2 del departamento de Arauca.
- » Atención integral a personas con deficiencia auditiva para valoración y tratamiento con la entrega de soluciones auditivas, que les permita acceder en igualdad de condiciones a los diferentes sectores.
- » El Ministerio de la Protección Social lidera un proyecto para la implementación de la modernización del registro de localización y caracterización de la población con discapacidad, cuyo objetivo es diseñar e implementar un Sistema de Información sobre las características socio demográficas y condiciones de vida de la población con discapacidad, que contribuya al desarrollo de la Política Nacional y Territorial en cumplimiento de los objetivos de prevención en discapacidad y de la exclusión social, habilitación rehabilitación y fomento de la realización humana.

b) Desplazados

El departamento de Arauca tiene el propósito de trabajar articuladamente desde diferentes instancias para la atención a población en situación de desplazamiento, mediante el desarrollo de acciones tales como:

- » Formulación y apoyo a la implementación de políticas e instrumentos para la atención integral en salud de la población en desplazamiento

- » Difusión Ruta Nacional de atención en salud.
- » Evaluación de la accesibilidad a los servicios de salud población en condición de desplazamiento.
- » Formulación y apoyo a la implementación de políticas e instrumentos para el desarrollo de procesos orientados a la reparación de los derechos vulnerados a población en condición de desplazamiento y comunidades en riesgo.
- » Asistencia técnica orientada a: Concertación de lineamientos y acciones con agentes públicos y particulares de los diferentes niveles, Formulación de estrategias locales de intervención, Difusión de los lineamientos nacionales de Intervención Psicosocial, seguimiento a la implementación de la herramienta informática, SIGA, identificar barreras de acceso y adoptar mecanismos orientados a superarlas
- » Implementación la estrategia Sistema de Atención Temprana –Referencia Inmediata a los Servicios de Salud, con apoyo de la OPS. La cual busca la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud a personas víctimas de la violencia en periodo de transición (declarantes), a través de un equipo extramural conformado por un Psicólogo, Técnico trabajador social, Enfermera y auxiliar de enfermería. Se realizan visitas domiciliarias y se canaliza a las personas hacia las instituciones en Salud.
- » Garantía de la atención en salud de baja y mediana complejidad a la población en situación de desplazamiento.

Morbilidad de población en situación de desplazamiento

De acuerdo a cifras de Acción Social, hasta el año 2011, hubo en el departamento de Arauca, 46265 personas en situación de desplazamiento por recepción y 45928 por declaración.

El abordaje de la problemática de morbilidad de este grupo poblacional es importante en el evento de buscar soluciones integrales y duraderas en salud, de reorientar acciones y políticas públicas tendientes a disminuir factores de riesgo en esta población, que es profundamente vulnerable y con tendencias a incrementarse año a año.

Para el análisis de la morbilidad en este grupo población se uso como fuente de información la arrojada por los RIPS de la red de prestación de servicios del departamento.

Atención por consulta externa por grandes grupos según lista 298, modificada.

Se reportaron en el año 2011, 18604 consultas realizadas a población en situación de desplazamiento. Esto corresponde al 3,37% de todas las atenciones del servicio de consulta externa reportadas en este periodo.

La tasa de consulta en el departamento fue de 402,12 atenciones por 1000 personas en situación de desplazamiento.

Los denominados **Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud**, demandaron el mayor número de consultas por parte de esta población, en total se registraron 5030 consultas debidas a esta causa, equivalentes al 27,04% de las consultas totales registradas.

En segundo orden surgen, las **Enfermedades infecciosas y parasitarias** con 1630 atenciones debidas a esta causa. La tasa de consulta por estas, fue de 53,23 por 1000 habitantes. Dentro de este grupo, predominan las **Infecciones de vías respiratorias agudas**, responsables de alrededor de 18,13 consultas por 1000 habitantes en situación de desplazamiento y las denominadas **otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas** con 353 registros y una tasa de 7,63 por 1000 habitantes.

Por otra parte, también toma interés el grupo de **Enfermedades del aparato circulatorio** con 902 atenciones,

correspondientes a 19,50 consultas por 1000 habitantes en situación de desplazamiento. En este grupo, sobresale, la enfermedad Hipertensiva con 599 atenciones debidas a esta causa.

Entre el grupo de **eventos traumáticos o de causa externa**, el comportamiento es similar a lo identificado en la población general. Estos registraron 831 atenciones, equivalentes a 17,96 por 1000 habitantes desplazados. Sin embargo, como se menciona, los traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores y los traumatismos de la cabeza y cuello, concentraron el mayor número de casos.

En lo que respecta a los **eventos relacionados con embarazo, parto y puerperio**, se registraron 384 atenciones; entre ellas las de mayor peso fueron las referidas a **atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto**. Es de vital importancia subrayar que en este grupo, la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo ocasionaron un número significativo de consultas, lo que deja ver las situaciones de estrés y vulnerabilidad de la población en situación de desplazamiento.

En el cuadro siguiente, se relaciona para cada grupo de enfermedad, el subgrupo de las mismas que lo conforman con sus respectivas frecuencias absolutas, relativas y tasas.

Cuadro 80: causas de consulta externa por lista 298. Población en condición de Desplazamiento departamento de Arauca, año 2011

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje (%)
Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud	5030	108,72	27,04
Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud	5030	108,72	27,04
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1630	35,23	8,76
Infecciones de vías respiratorias agudas	839	18,13	4,51
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	353	7,63	1,90
Enfermedades infecciosas intestinales	220	4,76	1,18
Otras enfermedades virales	90	1,95	0,48
Otras enfermedades bacterianas	65	1,40	0,35
Enfermedades debidas a protozoarios	33	0,71	0,18
Infecciones de transmisión sexual	15	0,32	0,08
Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	11	0,24	0,06
Tuberculosis	2	0,04	0,01
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	2	0,04	0,01
Enfermedades del aparato circulatorio	902	19,50	4,85
Enfermedad hipertensiva	599	12,95	3,22
Enfermedad cerebro vascular	126	2,72	0,68

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje (%)
Otras enfermedades del aparato circulatorio	85	1,84	0,46
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	64	1,38	0,34
Enfermedad isquémica del corazón	24	0,52	0,13
Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	4	0,09	0,02
De causa externa	831	17,96	4,47
Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	275	5,94	1,48
Traumatismos de la cabeza y cuello	187	4,04	1,01
Caídas	79	1,71	0,42
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	77	1,66	0,41
Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumatismos	41	0,89	0,22
Efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural	34	0,73	0,18
Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	33	0,71	0,18
Envenenamiento y efectos tóxicos	28	0,61	0,15
Otras agresiones violentas	23	0,50	0,12
Quemaduras y corrosiones	15	0,32	0,08
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	15	0,32	0,08
Secuelas de traumatismos, de envenenamientos, y de otras consecuencias de causas externas	15	0,32	0,08
Contacto traumático con animales venenosos	5	0,11	0,03
Intoxicaciones	3	0,06	0,02
Otros accidentes de tránsito terrestres	1	0,02	0,01
Embarazo, parto y puerperio	384	16,11	2,06
Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	162	6,80	0,87
Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	130	5,45	0,70
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	47	1,97	0,25
Embarazo terminado en aborto	30	1,26	0,16
Complicaciones relacionadas con el puerperio	15	0,63	0,08
Tumores	212	4,58	1,14
Tumores benignos	77	1,66	0,41
Tumores malignos de los órganos genitourinarios	72	1,56	0,39
Tumores malignos de los huesos, del tejido conjuntivo de la piel y de la - mama	33	0,71	0,18
Tumores de comportamiento desconocido	19	0,41	0,10
Tumores malignos de los órganos digestivos	5	0,11	0,03
Tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	3	0,06	0,02
Tumores malignos del sistema nervioso y glándulas endocrinas	1	0,02	0,01
Carcinoma in situ	1	0,02	0,01
Tumores malignos de otros sitios, de sitios mal definidos y de los no especificados	1	0,02	0,01
Las demás enfermedades	9615	207,82	51,68
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2760	59,66	14,84
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	1257	27,17	6,76
Enfermedades de los órganos Genitales femeninos	842	35,32	4,53
Enfermedades del aparato urinario	679	14,68	3,65
Enfermedades de otras partes del apto. Digestivo	653	14,11	3,51
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	642	13,88	3,45
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	608	13,14	3,27
Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	410	8,86	2,20
Trastornos del ojo y sus anexos	324	7,00	1,74
Enfermedades del sistema nervioso	252	5,45	1,35
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	208	4,50	1,12
Otras enfermedades del aparato respiratorio	193	4,17	1,04

Trastornos mentales y del comportamiento	173	3,74	0,93
Deficiencias de la nutrición	138	2,98	0,74
Enfermedades de las vías respiratorias superiores	133	2,87	0,71
Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y de la inmunidad	120	2,59	0,65
Enfermedades de los órganos Genitales masculinos	118	5,26	0,63
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	51	1,10	0,27
Anomalías congénitas	50	1,08	0,27
Residuos	4	0,09	0,02
Total	18604	402,12	100,00

Fuente: sistemas de información – RIPS UAESA

Morbilidad por municipios según causa CIE 10, servicio de consulta externa.

Prevalece la Caries, como causa de morbilidad en el servicio de consulta externa en el periodo estudiado. Se registraron en el departamento 1076 consultas, el mayor número de ellas registradas en los municipios de Tame, Arauca y Puerto Rondón.

El dolor abdominal y pélvico fue responsable de 670 atenciones distribuidas en los siete municipios del departamento; siendo mayor estas en Arauca, Tame y Saravena. Se resalta que son estos tres municipios los que concentran el mayor número de habitantes en situación de desplazamiento.

En tercer lugar, la supervisión de embarazo de alto riesgo, con 632 registros y una proporción de 26,51 por cada mil mujeres en condición de desplazamiento. Esto es determinante al momento de abordar la identificación de factores de riesgo y búsqueda de soluciones frente a la problemática de la población en situación de desplazamiento.

Sin embargo lo evidenciado, no presenta diferencias significativas con el comportamiento de la morbilidad de la población general del departamento de Arauca.

Cuadro 81: Causas de Consulta Externa por municipios. Población en situación de Desplazamiento Departamento de Arauca, año 2011

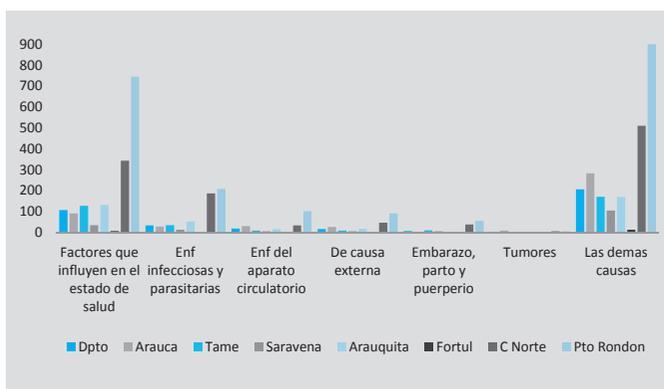
Orden	Enfermedad (cie x)	Departamento	Arauca	Tame	Saravena	Araucuita	Fortul	Cravo norte	Puerto Rondón
		Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad	Cantidad
1	Caries dental	1076	293	302	32	118	7	51	273
2	Dolor abdominal y pélvico	670	364	144	57	41	4	4	56
3	Supervisión de embarazo de alto riesgo	632	162	246	22	65	6	2	129
4	Supervisión de embarazo normal	559	99	176	75	91	1	40	77
5	Hipertensión esencial (primaria)	552	255	92	10	67	1	10	117
6	Atención para la anticoncepción	550	148	82	26	54	4	33	203
7	Otros trastornos del sistema urinario	496	163	214	15	36	1	13	54
8	Rinofaringitis aguda	372	85	99	26	72	7	18	65
9	Gastritis y duodenitis	228	69	59	42	23	0	5	30
10	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	197	44	71	9	21	0	5	47
11	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	180	85	32	14	21	1	9	18
12	Otras enfermedades inflamatorias de la vagina y de la vulva	143	31	65	14	12	0	2	19
	Subtotal	5655	1798	1582	342	621	32	192	1088
	Resto de causas	12949	5653	3195	1216	1097	57	349	1382
	Total general	18604	7451	4777	1558	1718	89	541	2470
	Tasa x 1000	402,12	479,69	369,74	180,91	398,05	28,24	1171,00	2116,54

Fuente: sistemas de información – RIPS UAESA

Consulta por grandes grupos y municipios

La estimación de las tasas de consulta por grandes grupos y municipios, muestra al municipio de Puerto Rondón con las mayores tasas en todos los grupos de enfermedad; Se advierte también en el municipio de Cravo Norte que las tasas por grandes grupos superan las presentadas en los municipios de Arauca, Saravena e incluso el departamento.

Grafico 78: Tasas de consulta por grupo de causas en población desplazada. Departamento de Arauca, año 2011



Morbilidad en Urgencias por grupos de edad

Se registraron en población en situación de desplazamiento, 1336 consultas por urgencias equivalentes a una tasa de 288,77 atenciones por cada 10000 personas en esa situación

55,61% de las atenciones se concentraron en el grupo de 15 a 44 años de edad. El grupo de 5 a 14 años agrupo el 15,87% del total de consultas de personas en situación de desplazamiento por el servicio de urgencias.

Cuadro 82: Morbilidad por urgencias en población en situación de desplazamiento Departamento de Arauca, año 2011

	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y más	Total	Tasa x 10000
Casos	36	122	212	743	143	80	1336	288,77
Porcentaje	2,69	9,13	15,87	55,61	10,70	5,99	100	

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Morbilidad en urgencias por causas y grupos de edad

Menores de un (1) año: Los menores de un (1) año fueron responsables del 2,69% del total de consultas realizadas en los servicios de urgencias a población en situación de

desplazamiento. Como primera causa de morbilidad en este grupo de edad, se identificó a las infecciones de vías respiratorias agudas con 15 consultas correspondientes al 41,67% de las generadas en ese grupo. En segundo lugar, las enfermedades infecciosas intestinales, registraron cuatro (4) consultas, equivalentes al 11,11%.

Cuadro 83: Morbilidad por causas en menores de un año, población en situación de desplazamiento. Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	15	41,67
2	Enfermedades infecciosas intestinales	4	11,11
3	Enfermedades del aparato urinario	3	8,33
4	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2	5,56
5	Otras enfermedades bacterianas	2	5,56
6	Sepsis bacteriana del recién nacido	2	5,56
7	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	4	11,11
Resto de causas		4	11,11
Total		36	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Grupo de edad: De 1 a 4 años: por su parte, en el grupo de 1 a 4 años, se reportaron 122 atenciones de urgencias, las cuales equivalieron al 9,13% del total.

En este grupo al igual que en el anterior, las infecciones de vías respiratorias agudas permanecen como primera causa de consulta por este servicio. Se reportaron en este periodo 31 consultas que correspondieron al 25,41% de todas las consultas en ese grupo de edad.

Aparecen los traumatismos de cabeza y cuello en segundo lugar de morbilidad. Las enfermedades infecciosas intestinales, registran como tercer grupo de enfermedades más importantes en este grupo de edad.

Cuadro 84: Morbilidad por causas, población en situación de desplazamiento. Grupo de 1 a 4 años por Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Infecciones de vías respiratorias agudas	31	25,41
2	Traumatismos de la cabeza y cuello	12	9,84
3	Enfermedades infecciosas intestinales	8	6,56
4	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	8	6,56
5	Enfermedades del aparato urinario	4	3,28
6	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	3	2,46

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
8	Otras enfermedades del aparato respiratorio	2	1,64
9	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	2	1,64
10	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, excepto DM	2	1,64
11	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1,64
12	Otras Enfermedades virales	2	1,64
Subtotal		76	62,30
Resto causas		46	37,70
Total		122	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Grupo de edad: De 5 a 14 años: Con el 15,87% del total de las causas en población en situación de desplazamiento por el servicio de urgencias, este grupo experimenta variaciones en la morbilidad por

causas frente a los menores de 5 años. Las infecciones de las vías respiratorias, que para los dos primeros grupos de edad significaron la primera causa de morbilidad, en éste pasaron al tercer lugar para dar paso a eventos externos como los traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores y a los traumatismos de la cabeza y cuello.

También aparecen las enfermedades de otras partes del aparato digestivo y aquellas relacionadas con glándulas salivales y de los maxilares.

Cuadro 85: Morbilidad por causas, Población en situación de desplazamiento. Grupo de 5 a 14 años por Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	39	18,40
3	Traumatismos de la cabeza y cuello	18	8,49
4	Infecciones de vías respiratorias agudas	17	8,02
5	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	10	4,72
6	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	10	4,72
7	Otras enfermedades del aparato respiratorio	9	4,25
8	Enfermedades del aparato urinario	8	3,77
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	8	3,77
10	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	7	3,30
Subtotal		126	59,43
Resto de causas		86	40,57
Total		212	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Grupo de edad: 15 a 44 años: De 743 registros en este grupo de edad, 64 (8,61%) correspondieron a atenciones maternas relacionadas con el feto y complicaciones de trabajo de parto y del parto. 48 registros se debieron a enfermedades de otras partes del aparato digestivo. Las enfermedades del aparato urinario se ubicaron en tercer lugar con 47 registros correspondientes al 6,33%.

Cuadro 86: Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento, Grupo de 15 a 44 años por Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	64	8,61
2	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	48	6,46
3	Enfermedades del aparato urinario	47	6,33
4	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	46	6,19
5	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	39	5,25
6	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	22	2,96
7	Traumatismos de la cabeza y cuello	21	2,83
8	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	21	2,83
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	21	2,83
10	Infecciones de las vías respiratorias agudas	16	2,15
Subtotal		345	46,43
Resto de causas		398	53,57
Total		743	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Grupo de edad: 45 a 64 años: Se registraron en este grupo 143 atenciones, de las cuales la primera causa de morbilidad fueron las enfermedades de otras partes del aparato digestivo con el 13,99% del total. Consecuente con el riesgo en este grupo de edad, la enfermedad hipertensiva aparece como tercera causa de consulta con el 6,99% del total. También aparece dentro de las primeras diez (10) causas de morbilidad la diabetes responsable del 2,8% de las consultas en este grupo de edad.

Cuadro 87: Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento, Grupo de 45 a 64 años por Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	20	13,99
2	Enfermedades del aparato urinario	12	8,39
3	Enfermedad hipertensiva	10	6,99
4	Traumatismos de los miembros superiores y/o superiores	7	4,90
5	Otras enfermedades del aparato respiratorio	7	4,90
6	Traumatismos de la cabeza y cuello	6	4,20
7	Enfermedades infecciosas intestinales	5	3,50
8	Diabetes Mellitus	4	2,80
9	Quemaduras y corrosiones	3	2,10
10	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	3	2,10
Subtotal		77	53,85
Resto de casusas		66	46,15
Total		143	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

Grupo de edad: 65 años y más: En las personas de 65 y más años de edad en situación de desplazamiento, se reportaron 80 consultas, de las cuales el 22,5% fueron ocasionadas por las definidas como otras enfermedades del aparato respiratorio. La enfermedad Hipertensiva se ubica en el segundo lugar con el 11,25% del total de consultas en este grupo de edad.

Cuadro 88: Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento, Grupo de 65 y mas años por Urgencias Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Diagnóstico	Cantidad	%
1	Otras enfermedades del aparato respiratorio	18	22,50
2	Enfermedad Hipertensiva	9	11,25
3	Infección de las Vías respiratorias agudas	5	6,25
4	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	4	5,00
5	Diabetes mellitus	4	5,00
6	Traumatismos de la cabeza y cuello	3	3,75
8	Otros trastornos especificados del sistema urinario	3	3,75
9	Enfermedades infecciosas y parasitarias	3	3,75
Subtotal		49	61,25
Resto de causas		31	38,75
Total		80	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS UAESA

c) Indígenas:

En Arauca moran seis (6) pueblos indígenas distribuidos en 35 resguardos pertenecientes a tres familias lingüísticas.²²

La familia Guahibo: Integrada por veintidós (22) comunidades y diecinueve (19) resguardos. Pertenecen a estas familias los grupos Sikuaní Beto, Sikuaní- Playeros, Hitnu y Makaguan.

Familia U" WAS: Anteriormente denominados tunebos. (Distribuidos en el caso del departamento de Arauca en los municipios de Tame, Saravena y Fortul)

Pueblo INGA: Aunque la etnia INGA se encuentra ubicados principalmente en el valle de Sibundoy (Putumayo); en el Departamento de Arauca hacen presencia un grupo de Indígenas de esta procedencia.

Son nómadas y aun se dedican al caza y la pesca aunque solo en temporadas en que las condiciones climáticas se los permiten.

Cuadro 89: Resguardos Indígenas Departamento de Arauca

Municipio	Resguardo	Municipio	Resguardo
Arauca	Matecandela	Tame	Curipao
	Corocito		Iguanitos
	la Estrellita		Parreros
	La Conquista		Esperanza
	La Ilusión		Laguna Tranquila
	El Romano		Angosturas
	El Trapiche		Puyeros
	Las Vegas		Macarieros
	Cajaros		Genareros
	Araucuita		Bayoneros
El Vigía		Velasqueros	
Saravena	Calafita 1	Puerto Rondón	Cuiloto 1
	Calafita 2		Cuiloto 2
	San Miguel		Julieros
	Playas		Cuiloto - Marrero
Cravo Norte	Chivaragua	Fortul	Colorada
	Uncacia		Cerro Alto
	Cananama		

²² Plan de vida del pueblo BETOY. Gobernación de Arauca, año 2011

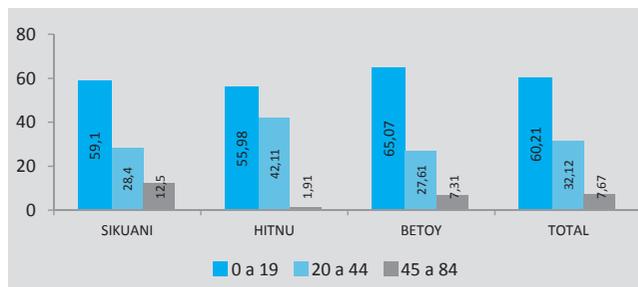
Uno de los principales problemas por los que atraviesan las comunidades indígenas en el departamento de Arauca, es el de tierras, el cual aunque no es reciente se agudiza en el día a día con los desplazamientos a los que se han visto enfrentados los indígenas producto de la presencia de grupos armados en los territorios²³. La historia tanto oral como escrita da cuenta de las luchas territoriales desde la época de la conquista y la llegada de los españoles en la colonización a la fecha.

Pérdida de territorio y desplazamientos que han significado la dispersión y pérdida de sus costumbres y tradiciones, debilitando la estructura del tejido social y valores ancestrales hasta el punto de enfrentarse a problemas de gobernabilidad. Los indígenas que se caracterizaban por ser nómadas, hoy se ven reducidos a terrenos “improductivos” en los cuales no es posible satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación (inseguridad sanitaria), donde se sienten amenazados por la falta de alimentos pero también por la presencia de grupos al margen de la ley, amenazados por la presencia de territorios minados. Situación que de cierta forma los obliga a buscar trabajos asalariados o desplazamiento y a caer en problemas de drogadicción, alcoholismo, mendicidad, engrosando los cinturones de miseria del país.

El plan de vida de las comunidades Betoeyes, Sikuane y Hitnu, elaborado por la gobernación de Arauca en el año 2011, permiten apreciar la distribución porcentual de la población censada en mayo del 2011 en las tres comunidades. Se censaron alrededor de 1983 personas, de las cuales sólo el 7,67% corresponde a población entre los 45 y más años de edad, siendo más marcada la baja participación porcentual en las personas de 70 y más años. Esto reitera las condiciones de vulnerabilidad de los pueblos indígenas y la reducida esperanza de vida de sus integrantes. En la comunidad indígena Hitnu, es mucho más alarmante la baja participación de la población de 45 y más años con tan solo un 1,91%.

Además, de ver afectadas sus creencias y costumbre por el contacto con el mestizo y/o blanco, el hecho de no tener población adulta repercute directamente en el mantenimiento de las mismas.

Grafico 79: Distribución de la población indígenas: Betoeyes, Hitnu y Sikuani Departamento de Arauca, año 2011



En el ámbito de salud, sus creencias apuntan a que las enfermedades son castigos enviados a través de espíritus por faltas cometidas contra la naturaleza o contra los miembros de la comunidad. Se evidencia en todo el territorio departamental un incremento en el consumo de sustancias alcohólicas, sustancias psicoactivas, explotación sexual, mendicidad, entre otros.

No cuentan con “sabedores”, sin embargo algunos resguardos consideran que los pocos viejos que quedan tienen una relación entre lo divino y la naturaleza a través de la oración y del poder de la palabra. Otras conservan algunas prácticas de curación a través de plantas que usaban sus antepasados.

En el plan de vida citado, se muestran cifras de calidad del agua, las cuales no guardan ninguna relación con los resultados a nivel departamental en la zona urbana.

Estas en el mejor de los casos dan una clasificación de riesgo medio. Predominan los resultados de agua inviable sanitariamente.

En el resguardo indígena los Bayoneros, en el año 2011, se tomaron muestras de agua para consumo humano en filtros de arena y bomba de agua, con resultados de IRCA de 84,27 y 91,01%. Esta comunidad cuenta con un 50% de déficit de baterías sanitarias, además de no disponer de manejo de residuos, estos son dejados en los patios de las viviendas.

En el resguardo indígena los Cajaros el IRCA fue de 91,91% y el déficit de baterías sanitarias del 100%. En Corocito, existe un déficit de 50% en baterías sanitarias.

Por su parte, en Barrancones el IRCA fue de 32,4% (riesgo medio: Agua no apta para el consumo humano) y un déficit de baterías sanitarias del 57,8%

²³ Plan de vida SIKUANI ITANANIERNARCOPONA. Gobernación de Arauca, año 2011

La estrellita tiene un déficit de baterías sanitarias de 77,7%; el resguardo Canánama obtuvo resultados de IRCA entre 33,71 y 80,9%.

Aproximaciones al problema de Salud de la población indígena

Las condiciones de vulnerabilidad ya descritas han afectado seriamente la preservación de los pueblos indígenas.

Se describió anteriormente que el mayor porcentaje de la población indígena está afiliada a la EPSs Indígena DUSAKAWI, 4530 en total. Estos se encuentran distribuidos en todos los

municipios del departamento así: Tame: 1814 afiliados; Arauca: 1725; Arauquita 682; Saravena 118; Puerto Rondón 94; Cravo Norte: 54 y Fortul, 51 indígenas afiliados el régimen subsidiado²⁴.

Morbilidad por eventos de interés en Salud Pública:

La estructura actual de los RIPS, no permiten identificar la población indígena atendida. No obstante a través del SIVIGILA y de los registros de mortalidad es posible obtener datos sobre los eventos reportados a estos dos sistemas de información. Es importante traer a colación que por condiciones de hacinamiento, desnutrición, seguramente bajas coberturas de vacunación; las comunidades indígenas tienen mayor riesgo de eventos transmisibles en los que se destacan los virus respiratorios. En el año 2009, se investigó un brote de Tos Ferina en la comunidad Indígena Hitnu, el cual dejó un caso letal.

En un estudio adelantado en población indígena en el año 2011 a través del programa de nutrición de la UAESA (detallado en el componente de salud nutricional de este análisis), se determinó a manera general que:

El porcentaje, la desnutrición crónica (T/E) fue de 76%, el indicador de desnutrición Aguda (P/T) fue de 9% y la desnutrición global (P/E) de 22%.

El 76%, correspondiente a 125 niños y niñas, presentan (DNT) desnutrición crónica o retraso del crecimiento físico. De estos, el 52% presentan talla baja para la edad o retraso en talla con < -2 DE y 24% presentan Riesgo de talla baja con -2 a < -1 DE

De 122 niños y niñas entre 0 y 5 años valorados nutricionalmente, el 9% presentó un peso bajo o muy bajo para su talla, el 45% presentó un peso normal para su estatura y un 46% presentó peso elevado para su talla. El indicador de desnutrición

aguda sirve para evaluar el estado nutricional a corto plazo ideal para seguimiento y recuperación de pacientes.

Reportes del SIVIGILA

Tuberculosis TB: De los 71 casos reportados a nivel departamental, 11 casos (15,49%) ocurrieron en población indígena.

Dengue: En el caso de dengue, se reportaron 14 casos en población indígena. Estos correspondieron al 1,72% de todos los casos reportados a nivel departamental.

Plaguicidas: En el periodo evaluado se reportaron 2 casos de intoxicaciones con plaguicidas en población indígena, uno de ellos con intención suicida.

Varicela: De 471 casos que se reportaron en el departamento, 13 (2,76%) ocurrió en población indígena.

Tos Ferina: De acuerdo al reporte del SIVIGILA solo se encuentran dos casos reportados como probables de pacientes procedentes de comunidades indígenas, los cuales fueron descartados por laboratorio.

Natalidad: Con corte a 31 de enero, en el departamento se habían registrado 4331 nacimientos durante el 2011. De éstos el 4,5% (197) correspondió a nacimientos de niños y niñas indígenas.

El 64,4% de los recién nacidos indígenas nacieron con peso adecuado. 12,69% registraron bajo peso al nacer y un 2,03% registro muy bajo peso al nacer. Se identificó un 0,5% de NV con peso elevado en este grupo poblacional. En el 29,35% de los casos no se registró el peso

Mortalidad registrada:

Mortalidad General: Se reportaron 20 defunciones (3,0% del total de defunciones en el departamento).

Mortalidad por IRA: Las infecciones respiratorias, ocasionaron el 20% (4 casos) de las muertes registradas en población indígena.

Mortalidad Perinatal: Se reportaron al SIVIGILA, 7 casos de muertes perinatales durante este periodo, pertenecientes a etnias indígenas.

²⁴ Oficina de Aseguramiento - UAESA

Mortalidad infantil: Se reportaron a estadísticas vitales cinco (5) defunciones en menores de un año indígenas. Estas correspondieron al 22,73% de todas las muertes infantiles reportados en el departamento.

El ente departamental, adelanto acciones previa concertación con los grupos y representantes de las comunidades, entre las actividades adelantadas se resaltan:

- » Mesas de concertación, atención a la comunidad Hitnu en respuesta al auto 382
- » Fortalecimiento de la medicina tradicional con enfoque bicultural, en el cual se capacitaron 80

indígenas de todo el departamento.

4.3.7 Salud Nutricional

En este sentido, el departamento de Arauca adopta las políticas nacionales a través de planes, programas y proyectos como el plan departamental de SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional), el plan departamental de actividad física y otras políticas nacionales operativizadas a manera de planes; dichos planes departamentales se crean bajo las normas de realización de planes territoriales. Se transforman en políticas departamentales al estar constituidas por comités departamentales aprobados por decreto y en proyectos de ordenanzas

Todo esto, amparado en la resolución 412/2000 con la cual se direccionan las actividades de detección temprana de alteraciones del crecimiento y el desarrollo y control prenatal, resolución 04-025 de 2008 en el eje programático No 3 "Salud Pública" y el direccionamiento específico del decreto 3039/2007 plan Nacional de Salud Pública.

La nutrición es un factor determinante en la salud infantil, ya que incide directamente en el desarrollo físico y psicomotriz de los niños. Pese a ello, en el mundo se siguen presentando cifras alarmantes que requiere del compromiso de la sociedad y las instituciones para mejorar el panorama y contribuir, por tanto a mantener y/o mejorar la situación alimentaria y nutricional de la población infantil, mediante el suministro de un complemento alimentario, el cual aporta entre el 20% y el 30% de los requerimientos de calorías diarias necesarias para un adecuado crecimiento y desarrollo.

Específicamente en el departamento se adelantan las siguientes acciones: Promoción de la Salud y la Calidad de Vida:

- » Concertación intersectorial para la ejecución y seguimiento de la política Nacional de seguridad alimentaria y nutricional (CONPES 113/2008). Esta se ha venido implementado a través del plan departamental de seguridad alimentaria y nutricional desde el año 2008 (decreto 324/08, por el cual se crea el Comité Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional), así mismo, se ha operativizando a través de los planes territoriales de Salud Pública.
- » Ejecutar un plan de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural que promueva estilos de vida saludable, patrones alimentarios adecuados, fomento y protección de la lactancia materna.
- » Promover la protección de los derechos del consumidor en espacios comunitarios (Restaurantes, comedores escolares y estudiantiles, plazas de mercado y actividades adjuntas a la confederación colombiana de consumidores solo en temas de seguridad alimentaria).

1. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en salud:

- » Desparasitación y suplementación con micronutrientes a grupos de más alta vulnerabilidad.
- » Desarrollar estrategias para la prevención de las deficiencias de micronutrientes.
- » Implementar acciones de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna.
- » Desarrollar estrategias de complementación nutricional a grupos de más alta vulnerabilidad.
- » Fortalecer las alianzas estratégicas entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud públicos y privados para garantizar el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención integral de las alteraciones nutricionales, según ciclo vital (institucional y comunitario).
- » Promover en los espacios laborales, educativos y comunitarios estrategias de recuperación y preparación de alimentos sanos tradicionales en la dieta cotidiana.

2. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento:

- » Una vez implementado por el departamento el componente de vigilancia de la situación nutricional para menores de 18 años y gestantes (SISVAN) los municipios deberán mantenerlo funcionando, realizando revisión y evaluación continua.
- » Fortalecer los mecanismos de capacitación y actualización del talento humano para mejorar la vigilancia, prevención y atención de las deficiencias nutricionales.

El departamento de Arauca, tiene como socios estratégicos entre otros, a la ONG Europea CISP a través del cual se adelantan acciones conjuntas para la atención nutricional a comunidades indígenas del departamento, de este convenio de cooperación el programa de nutrición ha sido beneficiado con la donación de equipos modernos de antropometría portátiles a su vez el programa presta los servicios de valoración nutricional y entrega de complementos Multivitamínicos y desparasitantes.

a) Nutrición

Aproximaciones al problema

Los objetivos del milenio, especialmente el No 1 erradicar el hambre y la pobreza extrema establecieron que para el 2015, en Colombia la meta era reducir al 28,55% la población por debajo de la línea de pobreza.; el dato oficial más actualizado indica que para el año 2006 en Colombia la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza era del 45%, vislumbrando esto, la imposibilidad de dar cumplimiento de esta meta, es entendible que la pobreza y la desnutrición están directamente relacionadas y el aumento de la desnutrición es directamente proporcional a la presencia de pobreza traducida en una baja capacidad adquisitiva de alimentos.

Se cuenta con información de la ENSIN 2010, la cual para el departamento de Arauca, fue aplicada en los municipios de Arauca, Saravena y Cravo Norte. De las cifras con las cuales se cuenta actualmente, estas serian las que dan mejores aproximaciones a la situación nutricional de la población del departamento.

Sin embargo, es posible obtener información sobre la situación nutricional de la población general a partir de los datos de la ENSIN; es importante aclarar que ésta solo abordo tres (3) de

los siete 7 municipios. Se evidencian diferencias importantes entre los datos de la ENSIN y los estudios realizados en el departamento, sustentadas seguramente en los criterios de inclusión de la población para ambos estudios.

El departamento ha realizado estudios observacionales descriptivos de cohorte transversal en comunidades totalmente vulnerables de estratos más bajos y con NBI elevadas, dado que son estudios financiados por proyectos de regalías, van dirigidos a población vulnerable y no son representativos de la población general.

Resultado ENSIN

Según la ENSIN 2010, en el año 2005, la prevalencia de retraso en talla a nivel nacional fue de 12% con la referencia NCHS, al realizar el cálculo con el nuevo patrón (OMS) esta asciende al 15,9%. La prevalencia baja se encuentra en la mayoría de los municipios de los departamentos de Antioquía y Sucre, y todos los municipios de Chocó, Valle, Quindío, Cundinamarca, Meta y Arauca. En relación al mundo en este grupo se encuentran países que corresponden a Asia Oriental y del pacífico, América Latina y del Caribe²⁵.

La prevalencia de desnutrición en niños y niñas de 0 a 4 años de edad, muestra una reducción de 13,5 a 13% entre los años 2005 y 2010.

Cuadro 90: Prevalencia de DNT en menores de 4 años Departamento de Arauca

Comparación DNT en niños y niñas de 0 a 4 años	Año 2005	Año 2010
	13,5	13

Fuente: ENSIN 2010

La prevalencia de ésta en el año 2011, fue mayor en el municipio de Saravena, registrando cifras de 13,2%.

Cuadro 91: Indicadores ENSIN 2010,

	Desnutrición Crónica	
	Prevalencia (%)	Niños
Arauca	12,7	1466
Cravo Norte	12,7	68
Saravena	13,2	797

Fuente: ENSIN 2010

La desnutrición global en este mismo grupo de edad fue de 3%; mientras que la prevalencia de riesgo de sobrepeso fue de 17,8% y la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue del 6,5%.

En niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, se evidencia reducción en la prevalencia de desnutrición y exceso de peso por Índice de masa corporal (IMC); mientras que en la delgadez por IMC, denota un leve incremento

Cuadro 92: Comparativo de DNT y exceso de peso en niños y adolescentes de 5 a 17 años Departamento de Arauca

año	Retraso en Talla		Delgadez por IMC		Exceso de peso por IMC	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
	12	8,3	2,9	3,1	17,1	16,8

Fuente: ENSIN 2010

Por su parte en la población de 18 a 64 años con una muestra de 1792 personas, la prevalencia de desnutrición fue de 2,6% en el año 2010. En este mismo grupo, la prevalencia de exceso de peso fue de 56,4%.

Cuadro 93: Prevalencia de DNT, normalidad y exceso de peso en adultos de 18 a 64 Departamento de Arauca

Indicador	DNT	Normal	Sobrepeso/obesidad	Obesidad	Exceso de peso
n: 1792	2,6	41	36,3	20,1	56,4

Fuente: ENSIN 2010

La misma encuesta determina en el caso de las mujeres una prevalencia de obesidad abdominal de 69,9% y en los hombres de 50,8%

Estudios departamentales

A continuación se hace una comparación de los indicadores nutricionales entre los años 2007 (línea base) y el año 2010. La información del año 2011, no es técnicamente comparable pues los parámetros de medición en crecimiento y desarrollo, cambiaron en el año 2011 según resolución 2121 de 2010.

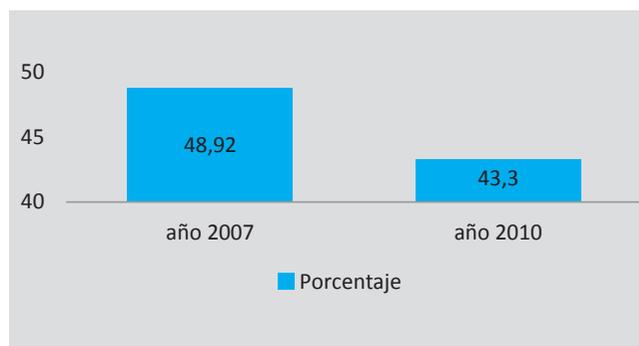
La información del año 2011, se analiza teniendo como fuente de información los resultados obtenidos a través del proyecto de cooperación con la ONG CIPS que actualmente se adelanta en las comunidades indígenas en el cual se valoraron nutricionalmente 164 niños y niñas entre cero a 6 años. Los resultados posiblemente están disponibles a partir del mes de mayo o junio una vez se termine el proceso de digitación de resultados y análisis de los mismos.

Indicador de talla/edad con tablas (NCHS), años 2007 y 2010

La desnutrición crónica en niños, niñas y adolescentes del departamento de Arauca, para el año 2010 descendió significativamente frente al año 2007, descenso asociado entre otros a:

- » Implementación de estrategias de desparasitación y suplementación así como procesos de recuperación nutricional donde se han atendido a niños, niñas, adolescentes.
- » Educación nutricional a la población garantizando estilos de vida saludables y por ende una mejora en la salud de los infantes
- » Seguimiento a los niños, niñas y adolescentes realizando entre otras valoraciones nutricionales, canalización hacia los programas de complementación nutricional, pues está claro que un paciente con desnutrición no se recupera con alimentación corriente debe por protocolo clínico tratarse con alimentos medicamentos, suplementos y demás.

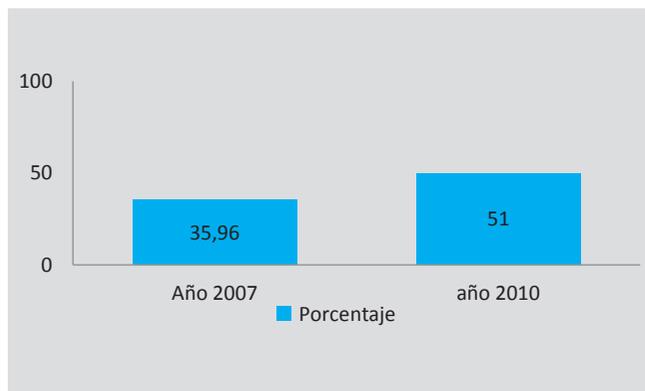
Grafico 80: Porcentaje comparativo de niños, niñas y adolescentes valorados con Desnutrición crónica. Departamento de Arauca, años 2007 y 2010



Desnutrición global (tablas NCHS) años 2007 y 2010

Respecto a la desnutrición global, se aprecia un incremento importante frente a las cifras observadas en el año 2007. A nivel nacional, la línea base fue de 7%. Es posible que parte de la brecha tan amplia entre las cifras de un año y otro, sea explicada porque en el primer año, la muestra no incluyó población rural; dadas las condiciones y creencias culturales de la población de esta área, se determina que en términos de nutrición en el campo hay mayor riesgo de morbilidad.

Grafico 81: Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con DNT Glogal Departamento de Arauca, Años 2007 y 2010



Situación nutricional año 2011

A nivel departamental se han realizado investigaciones en población general y en población indígena. En consecuencia con los nuevos parámetros de valoración antropométrica en menores de 18 años, el estudio adelantado en población general; pese a no ser representativos de la población permitieron hacer aproximaciones a la situación del departamento, en ellos se concluyó sobre la población beneficiada que:

El porcentaje de la desnutrición crónica (retraso en talla) fue de 48%, el indicador de desnutrición aguda, fue de 28% y la desnutrición Global 26%.

En el caso de la investigación adelantada en población indígena, la desnutrición crónica (T/E) se encontró en 76%, el indicador de desnutrición Aguda (P/T) fue de 9% y la desnutrición global (P/E) de 22%.

Desnutrición crónica

En población general: Se observó una reducción en el 7% de los niños incluidos en el proyecto de recuperación nutricional; el resto de la población sigue presentado retraso o riesgo de retraso en el crecimiento; lo cual puede ser debido a que la talla necesita más tiempo en la recuperación para demostrar resultados positivos.

En desarrollo del proyecto, se realizó valoraciones con entrega de multivitamínicos y desparasitantes, en dos momentos. Se realizó evaluación en cada uno de esos momentos y se obtuvo:

- » No se observaron cambios importantes relacionados con talla baja para la edad (< - 2 DE), ambas mediciones estuvieron alrededor del 21%
- » Frente al riesgo de talla baja el indicador bajo de 34 a 27%
- » Respecto a la talla adecuada para la edad, hubo un descenso de 45 a 25%.

Cuadro 94: indicador talla para la edad. Departamento de Arauca, año 2011

Clasificación nutricional	Valoración inicial		Valoración final		Denominación
	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
<- 2 DE	21%	157	21%	150	Talla baja para la edad o retraso en talla
≥-2 a <-1 DE	34%	246	27%	201	Riesgo de talla baja
≥-1 DE	45%	326	52%	378	Talla adecuada para la edad
Total	100%	729	100%	729	Beneficiarios

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

En población indígena

- » El 76%, correspondiente a 125 niños y niñas, presentan (DNT) desnutrición crónica o retraso del crecimiento físico. De estos, el 52% presentan talla baja para la edad o retraso en talla con < - 2 DE y 24% presentan Riesgo de talla baja con -2 a <-1 DE.

Por otra parte de los 164 indígenas valorados el 24% presenta talla adecuada para la edad equivalente a 39 niños y niñas es decir no tienen inconveniente con su crecimiento físico son normales, debemos tener en cuenta que este indicador nos permite hacer seguimiento de crecimiento y desarrollo de la población preescolar y escolar, estas etapas de la vida se caracterizan por ser claves en el desarrollo del cuerpo humano y la deficiencia de nutrientes en estos periodos produce retardo en el crecimiento y en casos severos en el desarrollo psicomotor.

Uno de los factores de riesgo que predisponen de manera directa a un paciente de padecer desnutrición es el exceso de parásitos intestinales, patología muy común en las comunidades visitadas ya que en su mayoría los niños y niñas que allí habitan caminan descalzos y sumado a la mala calidad del agua y la baja ingesta de nutrientes forman un grupo de factores de riesgo que predisponen a la aparición de la desnutrición sobre todo de tipo crónica.

Cuadro 95: Frecuencia DNT crónica o retraso en talla indicador talla/ edad. Población indígena de 0 a 6 años. Departamento de Arauca, año 2011

Denominación	Porcentaje	Frecuencia
Talla baja para la edad o retraso en talla (< -2 s)	52%	85
Riesgo de talla baja (-2 a <-1 s)	24%	40
Talla adecuada para la edad (-1)	24%	39
Total valorado	100%	164

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

Desnutrición global: (según indicador peso para la edad). Este es un indicador general de crecimiento y ofrece una mirada global de la situación nutricional de esta población.

En Población General

En el marco del desarrollo del proyecto de recuperación nutricional, se evidencio en términos generales cambios leves en las proporciones de los diagnósticos nutricionales de los niños incluidos, recuperándose el 11% del total. Es importante anotar que el proyecto tuvo una corta duración en el tiempo, aspecto que seguramente influyo en la proporción de niños recuperados.

La desnutrición global severa bajo de 8 a 5% entre una y otra entrega.

En cuanto a la desnutrición global también se evidenciaron logros importantes pasando de 8 a 2%

Frente al riesgo de peso bajo para la edad se evidencio una reducción pasando de 21% en la primera entrega a un 19% en la última entrega.

Los niños con peso adecuado para la edad aumentaron entre ambas etapas del proyecto pasando de un 63 a 74%.

Cuadro 96: Indicador P/E. Departamento de Arauca, año 2011

Clasificación nutricional	%	Frecuencia	%	Frecuencia	Denominación
<-3 de	8%	40	5%	28	Peso muy bajo para la edad o desnutrición global severa
<-2 de	8%	45	2%	12	Peso bajo para la edad o desnutrición global
≥-2 a <-1 de	21%	109	19%	98	Riesgo de peso bajo para la edad
≥-1 a 1 ≤ de	63%	332	74%	388	Adecuado peso para la edad
Total	100%	526	100%	526	Beneficiarios

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

Este mismo indicador fue medido en población de siete (7) comunidades indígenas del departamento en la cual se determino que:

La desnutrición global en la población beneficiada fue de 22%

De 122 niños y niñas indígenas con valoración nutricional, el 78% tenían un peso adecuado para su edad, correspondiente a 95 niños y niñas.

Cuadro 97: Frecuencia DNT global indicador peso/edad. Población indígena de 0 a 5 años. Departamento de Arauca, año 2011

Denominación	Porcentaje	Frecuencia
Peso muy bajo para edad o DNT global severa (< -3 s)	5%	6
Peso bajo para edad o DNT global (< -2 s)	14%	17
Riesgo de peso bajo para edad (-2 a <-1 s)	3%	4
Peso adecuado para edad (-1 = 1 s)	78%	95
Total valorado	100%	122

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

Desnutrición aguda

La distribución de las proporciones en los distintos niveles de severidad para el indicador P/T mostró un cambio en los grados de desnutrición de los niños, de los beneficiados el 28% niños y niñas presentaron algún riesgo.

En el caso de la desnutrición aguda severa, es importante anotar que en la población beneficiada con el proyecto se paso de 2 a un 1% al finalizar este.

En desnutrición aguda se paso de 9 a 4%

Cuadro 98: Indicador Peso/Talla. Departamento de Arauca, año 2011

Niveles de riesgo P/T	%	Frecuencia	%	Frecuencia	Denominación
<-3 de	2%	10	1%	5	Peso muy bajo para la talla o desnutrición aguda severa
<-2 de	4%	21	2%	11	Peso bajo para la talla o desnutrición aguda
≥-2 a <-1 de	31%	165	25%	132	Riesgo de peso bajo para la talla
≥-1 a ≤1 de	60%	314	69%	362	Adecuado peso para la talla
>1 a ≤2 de	2%	13	2%	13	Sobrepeso
>2 de	1%	3	1%	3	Obesidad
Total	100%	526	100%	526	Beneficiarios

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

En cuanto a el riesgo de peso bajo para talla se identificó un 35% de los niños, cifra que al finalizar el proyecto se redujo a 25%

Se identificó un 60% de niños con peso adecuado, los cuales al finalizar el proyecto aumentaron a 69%:

DNT aguda en población indígena

Se valoraron nutricionalmente 122 niños y niñas entre 0 y 5 años. De estos, el 9% presento un peso bajo o muy bajo para su talla, el 45% presento un peso normal para su estatura y un 46% presento peso elevado para su talla. El indicador de desnutrición aguda sirve para evaluar el estado nutricional a corto plazo ideal para seguimiento y recuperación de pacientes.

Es extraño que se presente obesidad y sobrepeso en comunidades con altos índices de NBI, esto posiblemente pueda deberse a que estas valoraciones antropométricas se hacen con parámetros establecidos para la anatomía de población general colombiana es decir comunidad criolla y la textura física de los indígenas difiere en algo de la demás población nacional sobre todo en estatura, los indígenas en Arauca generalmente son más bajos y al contrastar este dato con el peso aumenta la prevalencia de peso alto; sumado a esto y de acuerdo a las indagaciones y estudios anteriores alimentarios la mayoría de los alimentos que consumen estas poblaciones son RTP (raíces, tubérculos y plátanos) es decir hidratos de carbono por consiguiente aumenta el riesgo de peso alto para la talla²⁶.

Cuadro 99: Frecuencia DNT aguda indicador peso/talla general de 0 a 5 años

Denominación	Porcentaje	Frecuencia
Peso muy bajo para la talla o DTN aguda severa (< -3 s)	2%	3
Peso bajo para talla o DNT aguda (< -2 s)	2%	2
Riesgo de peso bajo para talla (-2 a < -1 s)	5%	6
Peso adecuado para la talla (-1 = 1 s)	45%	55
Sobrepeso (> 1 a =2 s)	24%	29
Obesidad (> 2 s)	22%	27
Total valorado	100%	122

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

Mortalidad relacionada con Desnutrición

En Colombia En Colombia se registra una tasa de 21 muertes por desnutrición (causa básica o asociada) por cada 100 mil habitantes²⁷

La mortalidad a causa de la desnutrición es un hecho que vulnera de manera dramática un derecho humano básico: “La necesidad de alimento es quizá la más básica de las necesidades humanas. La gente debe comer.... La falta de una alimentación adecuada no sólo provoca el hambre o hace a la gente menos capaz de disfrutar de la vida, también reduce sus habilidades y, al causar apatía y en casos extremos letargo, disminuye su deseo de trabajar productivamente y, con ello, de mejorar sus medios para combatir el hambre (Paul Streeten 1996:24. Hambre, alimentación y desarrollo, publicado en El Incendio frío, Edit. Icaria, S.A.).

En el año 2011, según datos de Estadísticas Vitales de la UAESA, 28 personas fallecieron por desnutrición (causa básica o asociada). La tasa de mortalidad registrada fue de 11,17 muertes por esta causa por cada 100000 habitantes.

El 50% de los casos ocurrió en mujeres.

Distribución de acuerdo a la edad:

Las defunciones ocurrieron entre los 8 y 95 años de vida. La edad promedio fue de 65 años, presentando una distribución bimodal; es decir ocurrieron con mayor frecuencia en las edades de 71 y 88 años. No se registraron muertes por desnutrición en menores de cinco (5) años.

Por grupos de edad, el mayor riesgo de morir fue para la población mayor de 65 años. Se determino que a mayor edad, mayor el riesgo.

Grafico 82: Tasa de mortalidad por DNT según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011



Contrariamente a lo que se esperaría de mayor riesgo en la población del área rural, la tasa de mortalidad en área urbana fue de 13,50 por cada 100000 habitantes; mientras que en área rural fue de 7,37 por cada 100000 habitantes.

²⁶ Diagnostico brigada indígena. CIPS – UAESA, 2011

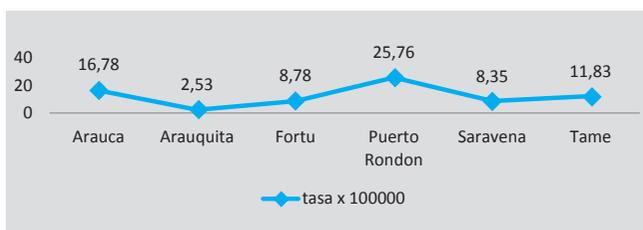
²⁷ Magda Teresa Ruiz Salguero y Nubia Yaneth Ruiz Ruiz . La mortalidad por desnutrición en Colombia 1998-2002. Universidad Externado de Colombia

Distribución por municipios

El municipio de Puerto Rondón, presenta el mayor riesgo de morir por Desnutrición, con una tasa de 25,76 muertes por 100000 hab (2 casos registrados); el municipio de Arauca, con 14 defunciones figuro como el segundo de mayor riesgo con 16,78 defunciones por 100000 hab. Por su parte, los municipios de Tame y Fortul registraron tasas de 11,83 y 8,78 por cada 100000 con 6 y 4 casos consecutivamente. En el municipio de Arauquita, se registro un caso equivalente a una tasa de 2,52 por 100000.

En el municipio de Cravo Norte, no se registraron defunciones por desnutrición.

Grafico 83: Tasa de mortalidad por DNT, según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011



No se registraron defunciones por desnutrición en población indígena.

b) Anemia

La ENSIN, determino en los niños de 1 a 4 años de edad una prevalencia de anemia fue de 43,2%.

Anemia en el embarazo

La anemia se refiere a la disminución de los valores de hemoglobina en la sangre por debajo de ciertos niveles establecidos (en realidad disminuye el tamaño y el número de glóbulos rojos, la concentración de hemoglobina en cada uno de ellos y el valor de la hemoglobina total). Los valores normales oscilan entre 12-16 gr. de hemoglobina en la mujer no embarazada y 11 a 14 gr. en la embarazada.

Por su parte, La OMS (1972) define a la anemia durante el embarazo, independientemente de su causa, como la presencia de un nivel de hemoglobina menor a 11.0 g/dl y menor a 10.0g/dl durante el periodo posparto. El Center of Disease Control (CDC) desde 1989 recomienda tener en

cuenta las variaciones fisiológicas de la hemoglobina durante el embarazo. Se considera que la anemia está presente si el nivel de hemoglobina es menor a 11g/dl durante las semanas 1-12 (primer trimestre) y 29-40 (tercer trimestre) del embarazo y menor a 10.5 g/dl durante las semanas 13-28 (segundo trimestre). Estos niveles de hemoglobina corresponden a valores de hematocrito de 33.0%, 32.0% y 33.0%, respectivamente.

La anemia en las gestantes se asocia con trastornos del embarazo, mortalidad materna, prematuridad, bajo peso al nacer, afecciones del recién nacido y mortalidad perinatal. Esta enfermedad causa debilidad, cansancio y disminuye la resistencia a las infecciones

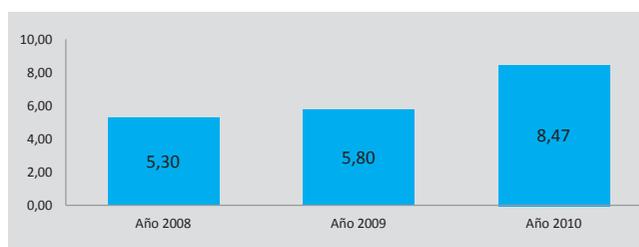
Aproximaciones al problema

Se estimó la proporción de mujeres con anemia durante la gestación; para ello se usó como denominador el número de partos en cada año, por ser la cifra más exacta de la que se disponga en los sistemas de información.

Se registraron en los años 2008, 2009 y 2010 un total de 248, 260 y 367 gestantes con anemia respectivamente. Evidenciando incrementos importantes cada año observado. En los RIPS, solo figura un caso para el año 2011, mostrando por supuesto, subregistro de la información e imposibilitando la medición de la magnitud del problema.

Se tiene entonces que de acuerdo a las cifras suministradas, ha habido un incremento porcentual de las gestantes con diagnóstico de anemia entre el año 2008 y el 2010. (Grafico 84)

Grafico 84: Proporción de mujeres con Anemia durante el embarazo Departamento de Arauca, año 2011



c) Peso al nacer

El peso al nacer se refiere al peso de un bebé inmediatamente después de su nacimiento. Es una variable usada con frecuencia para evaluar las posibilidades de supervivencia de un recién

nacido en sus primeros momentos de vida, así como para valorar las condiciones de la mujer retrospectivamente en su condición preparatoria durante el periodo de gestación y los controles prenatales.

Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer, esta medición debe realizarse al momento de nacer o dentro de las primeras horas de vida, antes de que la pérdida significativa postnatal haya ocurrido.

En el departamento de Arauca, según cifras del área de estadísticas vitales de la UAESA, se evidencia una tendencia a descender en los porcentajes de nacidos vivos con bajo peso. Las cifras oscilaron entre 4,7 y 7%. Siendo el año 2008, el que registro la menor proporción de nacidos vivos con bajo peso; año a partir del cual, se ejecutaron proyectos que orientados a mejorar el estado nutricional de las madres gestantes y por ende garantizar un adecuado peso al nacer de los nacidos vivos, sumado a esto se han realizado campañas de educación instruyendo a las futuras madres en cómo alimentarse adecuadamente a través de estrategias como IAMI y AIEPI.

Grafico 85: Distribucion porcentual de Nacidos Vivos con bajo peso al nacer. Departamentode Arauca, años 2007 a 2011



Como factor determinante de un adecuado peso al nacer, está el estado nutricional de las madres; en este sentido, en el marco de la ejecución del Proyecto Seguridad Alimentaria y Nutricional, se benefició a 171 gestantes. A todas ellas se les garantizó controles y valoraciones nutricionales acompañado de la entrega de suplementos nutricionales con su correspondiente educación en el riesgo, con objeto de mejorar su estado nutricional. Los resultados obtenidos al finalizar el proyecto muestran que las madres con bajo peso disminuyeron de 34 a 32%; las de sobrepeso pasaron de 22 a 20%; en el caso de la obesidad, también hubo un descenso pasando de 15 a 9% y para el caso de las mujeres con peso normal la ganancia fue de 28 a 39% al finalizar el proyecto.

Cuadro 100: Estado Nutricional de gestantes beneficiarias del proyecto de seguridad alimentaria y nutricional. Departamento de Arauca, año 2011.

Estado	Primera entrega		Segunda entrega	
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Absoluta
Peso bajo	34%	59	32%	55
Normal	28%	48	39%	67
Sobrepeso	22%	38	20%	34
Obesidad	15%	26	9%	15
Total	100%	171	100%	171

Fuente: Programa de Nutrición UAESA

4.3.8 Seguridad sanitaria y del Ambiente

El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado de agua salubre es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua y para satisfacer las necesidades de consumo y cocina y las necesidades de higiene personal y doméstica.²⁸

Por su partes en los objetivos del milenio, se incluyó como meta “Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico”.

En Colombia, el Decreto 1575 de 2007 y la Resolución 2115 del mismo año, establecen los criterios para la protección y el control de la calidad del agua para consumo humano y señalan las características, instrumentos básicos y frecuencias de control y vigilancia para la calidad de dicha agua.

Los entes territoriales, desde el sector salud tienen la facultad y el compromiso de Vigilar la calidad del agua para Consumo Humano dando cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Aproximaciones al problema

Desde el ente departamental, se garantiza entre otras cosas:

- » Realizar toma y envió de muestras de los acueductos en las cabeceras municipales
- » Realizar toma y envió de muestras de los acueductos de la zona rural Análisis microbiológico de piscinas públicas, semipúblicas e independientes

²⁸ Observación general 15, Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto).

» Control de cloro residual libre y pH urbano y rural

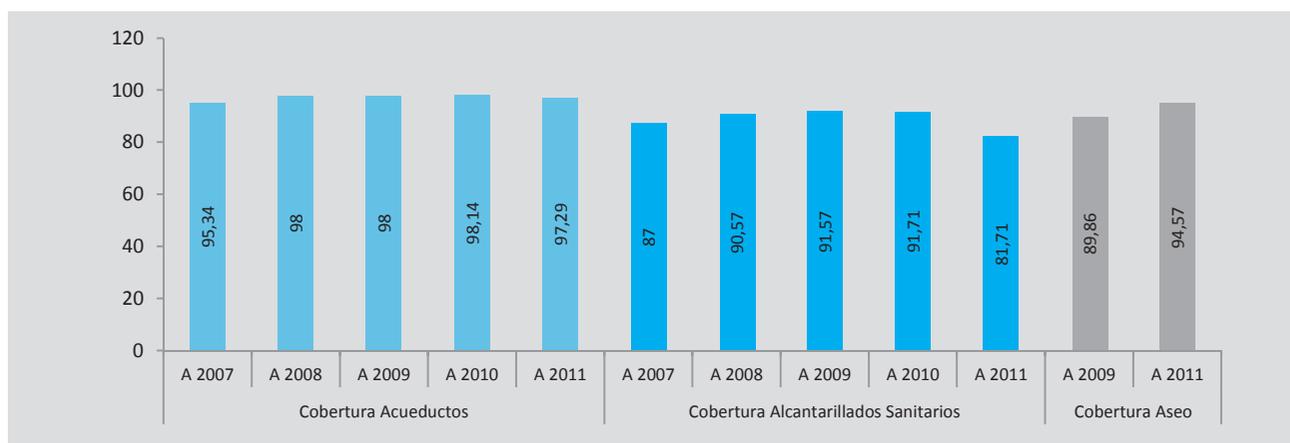
95,34 y 98,14%, siendo la más baja en el año 2007. Por su parte, en el tema de alcantarillados sanitarios, se lograron coberturas entre 81,71 y 91,71%.

a) Coberturas de Acueducto, Alcantarillado y Agua Potable

A nivel departamental, las coberturas promedio de acueducto del área urbana en los últimos cinco (5) años oscilaron entre

95,34 y 98,14%, siendo la más baja en el año 2007. Por su parte, en el tema de alcantarillados sanitarios, se lograron coberturas entre 81,71 y 91,71%. Frente a las coberturas de aseo, se dispuso de información de los últimos dos (2) años, registrando el máximo valor (94,57%) en el año 2011.

Grafico 86: Cobertura de acueducto, alcantarillado y Aseo. Departamento de Arauca, años 2007 - 2011



Frente al tema de alcantarillado sanitario y lagunas de oxidación se conceptúa que para el caso del departamento de Arauca, estas infraestructuras sanitarias presentan problemas de funcionamiento en los municipios, por los deficientes procesos de operación y mantenimiento lo que incide en un impacto negativo a los recursos, agua, suelo y aire y por supuesto su reflejo en las condiciones de salud general de la población araucana.

Coberturas por municipios:

Durante el año 2011, las coberturas de acueducto reflejan mayores debilidades en el municipio de Puerto Rondón, el cual muestra una afectación negativa frente al año inmediatamente anterior; para el año 2011, registró una cobertura de 86%. Todos los demás municipios reportaron coberturas por encima de 95%.

En el tema de alcantarillados sanitarios, Puerto Rondón, mostró la menor cobertura frente a los demás municipios del departamento. No obstante, se evidenciaron coberturas inferiores a 95%, en los demás municipios, excepto en Arauquita.

Respecto a la cobertura promedio de aseo, excepto por Tame y Puerto Rondón, los demás municipios reportaron coberturas superiores a 95%.

Cuadro 101: Indicadores de Acueductos y Alcantarillado Departamento de Arauca, años 2007 a 2011

Municipio	Cobertura Acueductos %					Cobertura Alcantarillados Sanitarios %					Cobertura Aseo %	
	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2009	2011
Arauca	98	98	98	98	98	85	88	88	89	92	99	99
Arauquita	98	98	98	98	98	95	98	98	95	97	100	96
Saravena	93	98	98	99	99	62	75	82	85	77	100	100
Fortul	98	98	98	98	100	97	98	98	98	70	100	100
Tame	98	98	98	98	100	92	95	95	95	86	70	87
Puerto Rondón	95	98	98	98	86	90	90	90	90	60	60	80
Cravo norte	88	98	98	98	100	88	90	90	90	90	100	100

Fuentes: Personas prestadoras de Servicios Públicos Secretaria de Infraestructura Física Departamental de los Municipios (Gobernación de Arauca)

Índice de Riesgo de la Calidad del Agua, IRCA

Medir el IRCA, es importante por su condición de cuantificar el grado de riesgo y relacionar la ocurrencia

de enfermedades relacionadas con el no cumplimiento de las características físicas, químicas y microbiológicas del agua para consumo humano de acuerdo a los valores límites establecidos en la resolución 2115 de 2007 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A continuación se muestra la clasificación del nivel de riesgo de acuerdo a indicadores establecidos

Cuadro 102: Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA por muestra y el IRCA mensual y las medidas que deben adelantarse

Clasificación IRCA (%)	Nivel de Riesgo	IRCA por muestra (Notificaciones que adelantará la autoridad sanitaria de manera inmediata)	IRCA mensual (Acciones)
80.1-100	Inviabile Sanitariamente	Informar a la persona prestadora, al COVE, alcalde, gobernador, SSPD, MPS, INS, MAVDT, Contraloría General y Procuraduría General	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a la competencia de la persona prestadora, alcalde, gobernación y entidades del orden nacional.
35.1-80	Alto	Informar a la persona prestadora, al COVE, alcalde, gobernador, SSPD.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de acuerdo a la competencia de la persona prestadora y de los alcaldes y gobernadores.
14.1-35	Medio	Informar a la persona prestadora, al COVE, alcalde, gobernador.	Agua no apta para consumo humano, gestión directa de la persona prestadora.
5.1-14	Bajo	Informar a la persona prestadora, al COVE ²⁹ .	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento.
0-5	Sin Riesgo	Continuar el control y la vigilancia	Agua apta para consumo humano. Continuar vigilancia.

Fuente: Resolución 2125 de 2007

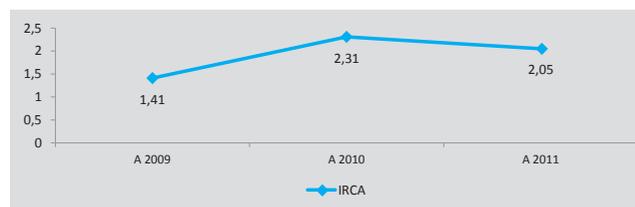
La vigilancia mensual de la calidad del agua para consumo humano, permitió determinar para el

departamento de Arauca, durante el año 2011, un Índice de Riesgo de la Calidad del Agua – IRCA, de 2,05% (Sin Riesgo) en el área urbana; clasificación en la cual ha permanecido en los últimos tres (3) años evaluados.

Sin embargo según resultados del plan de vida SIKUANI³⁰, en el año 2011, se tomaron muestras de agua para consumo humano en filtros de arena y bomba de agua, en el resguardo indígena Bayoneros con resultados de IRCA de 84,27 y 91,01%. Esta comunidad cuenta con un 50% de déficit de baterías sanitarias, además de no disponer de manejo de residuos, estos son dejados en los patios de las viviendas, los indígenas viven en medio de éstos.

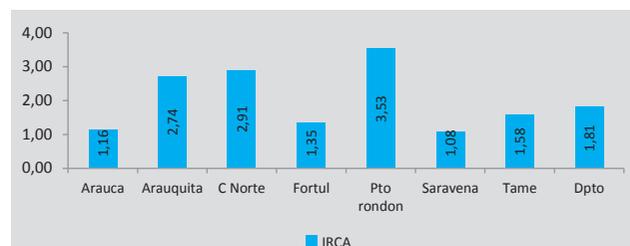
En el resguardo indígena Cajaros el IRCA fue de 91,91% y el déficit de baterías sanitarias del 100%

Gráfico 87: Índice de Riesgo de la Calidad del Agua Departamento de Arauca, años 2009 - 2011



Al desagregar esta información por municipios, se evidencia, que todos ellos fueron clasificados Sin riesgo, durante el año 2011.

Gráfico 88: Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Acueductos mpales -red de distribución. Departamento de Arauca, 2011



Fuente: LSPF

²⁹ COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica.

³⁰ Ibidem

El índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua de personas prestadoras (**IRABAMpp**), tiene por objeto asociar el riesgo a la salud humana causado por los sistemas de abastecimiento y establecer los respectivos niveles de riesgo.

El índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua de personas prestadoras en los municipios del departamento se encuentra en los niveles Bajo y Medio por la falta de certificación de los operarios de las plantas de tratamiento según las normas colombianas de competencia laboral titulación 180201002 -Nivel 3 expedida por el SENA.

Para el departamento de Arauca, este indicador fue de 25,71%

El indicador BPSpp referido a Buenas Prácticas Sanitarias de personas prestadoras, se encuentra en los niveles

Altos en los municipios de Puerto Rondón y Cravo Norte, debido principalmente a que no cuentan con instalaciones de laboratorio para control de procesos y calidad de agua para consumo humano y el no cumplimiento de protocolos de operación y mantenimiento en el sistema de la red, específicamente por no contar con personal calificado para estas labores.

En los demás municipios el indicador BPSpp se encuentra en los niveles Bajo o Medio debido principalmente a la falta de un sistema de gestión para el aseguramiento de la calidad en los indicadores Físicos, Químicos y Microbiológicos, por la falta de instrumentación técnica de las redes de distribución y la falta de certificación laboral a nivel técnico de los operarios de las redes.

Cuadro 103: Índices de Riesgo Abastecimiento de Agua y Buenas Prácticas Sanitarias de las Personas Prestadoras Departamento de Arauca, años 2010 - 2011

Municipio	Año 2010				Año 2011			
	IRABAMpp	Riesgo	BPSpp	Riesgo	IRABAMpp	Riesgo	BPSpp	Riesgo
Arauca	25	Bajo	16	Bajo	15	Bajo	14	Bajo
Arauquita	40	Medio	22	Bajo	40	Medio	22	Bajo
Saravena	15	Bajo	15	Sin riesgo	15	Bajo	15	Bajo
Fortul	15	Bajo	22	Bajo	15	Bajo	24	Bajo
Tame	15	Bajo	6	Sin riesgo	15	Bajo	6	Sin riesgo
Puerto Rondón	40	Medio	44	Alto	40	Medio	46	Alto
Cravo norte	40	Medio	45	Alto	40	Medio	48	Alto

Fuente: Oficina de Saneamiento Básica - UAESA

b) Morbilidad relacionada con calidad del agua: Enfermedad Diarreica Aguda.

La Diarrea es un evento de origen multicausal. Los agentes infecciosos productores de diarrea siguen la ruta fecal – oral (ano-mano-boca) como sería la ingestión de agua o alimentos contaminados con heces. Algunos comportamientos y actitudes contribuyen al incremento del riesgo de que los niños sufran diarrea, como por ejemplo la no lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida; el persistir con el biberón como instrumento indefectible en la alimentación de los niños; beber agua contaminada con materia fecal; y la mala higiene personal especialmente cuando se cuida niños, tanto en la manipulación de sus pañales como en el manejo de sus alimentos.

Por ser un evento asociado a múltiples factores, la eliminación de algunos de ellos no terminara con los cuadros diarreicos; esta se seguirá presentando mientras no mejoren las condiciones sociales en la comunidad.

El departamento de Arauca, ha cumplido en los últimos tres años analizados con garantizar agua de bajo riesgo. Hay que destacar que estas mediciones se realizan a la red y no a los puntos de almacenamiento, donde pueden generarse también, problemas de contaminación.

Sin embargo, no se puede desconocer que aun no se logran coberturas superiores al 95% en el área urbana y no se conto para efectos de este análisis con información del área rural, por lo que no fue posible medir el riesgo para quienes habitan en esta zona, excepto por los resultados parciales y no continuos en el tiempo realizados en comunidades indígenas y mencionados anteriormente en este documento.

De acuerdo a lo obtenido en los resultados del IRCA en la zona urbana del departamento, puede decirse que la problemática relacionada con las todavía infladas cifras de Enfermedad Diarreica Aguda, no se deben a riesgos en la calidad del agua, por lo menos no con la distribución a través de la red,

sin embargo no hay estudios que permitan establecer asociaciones epidemiológicas determinantes entre consumo de agua tratada y Enfermedad Diarreica Aguda.

En el año 2011, se reportaron al SIVIGILA³¹, 7684 casos de Enfermedad Diarreica Aguda en todo el departamento, correspondientes a una tasa de 30,67 casos por cada 1000 personas residentes en el departamento; esto, en contraste con 8735 casos correspondientes a una tasa de 35,29 casos por 1000 habitantes reportados en el año 2010. Lo anterior indica un menor riesgo de enfermar con EDA en el año 2011 frente a lo observado en el año 2010.

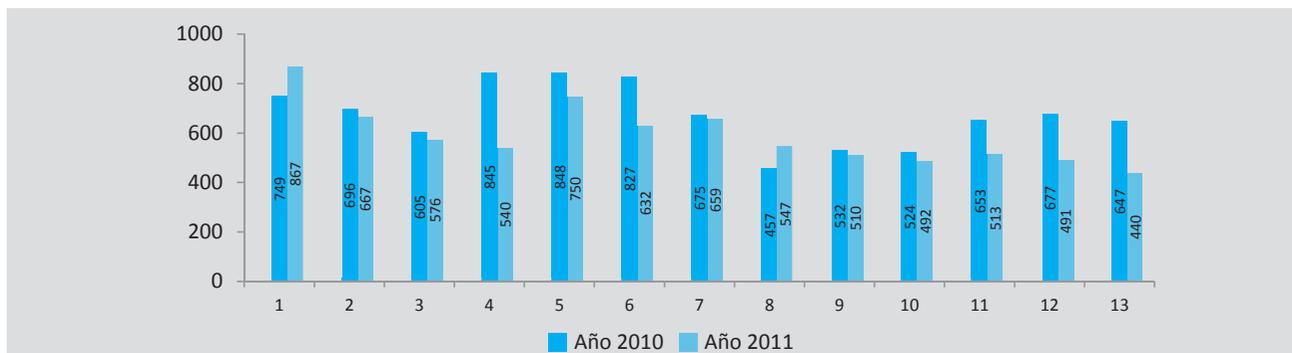
Cuadro 104: Morbilidad comparada por Enfermedad Diarreica Aguda por municipios Departamento de Arauca, año 2010 - 2011

Año / Municipio	Arauca	Arauquita	Saravena	Fortul	Tame	Puerto Rondón	Cravo Norte	Departamento
Año 2010	2.380	962	2.456	753	1.856	190	138	8735
Año 2011	2.083	1.044	2.207	787	1.367	139	57	7684

Fuente: SIVIGILA

La observación por periodos epidemiológicos muestra que en casi todos los periodos epidemiológicos la incidencia de casos es más alta en el año 2010. Por tanto, tampoco es posible desde el comportamiento del evento en el tiempo, asociarlo con aquellos meses en los cuales se presentó algún tipo de riesgo determinado por la calidad del agua.

Grafico 89 :Enfermedad Diarreica Aguda por periodos Epidemiológicos. Departamento de Arauca, años 2010 y 2011



Por grupos de edad, en el año 2010, se reportaron 4043 casos en menores de cinco (5) años, lo que correspondió a una tasa de 120,66 casos por cada 1000 niños y niñas menores de cinco años. La tasa de morbilidad en mayores de cinco años, durante ese mismo periodo fue de 21,92 casos por cada 1000 personas de cinco y más años.

Para el año 2011, se redujo la tasa de morbilidad general y las tasas por grupos de edad también experimentaron cambios positivos, especialmente el grupo de menores de cinco años que pasó de tener 120,66 a 94,70 casos por 1000 menores de cinco años. (Cuadro 105)

En cuando a la morbilidad, no se reportaron al SIVIGILA casos de muertes en menores de cinco años. En las estadísticas vitales, sólo registra un hecho relacionado con esta causa en un adulto joven.

Cuadro 105: Morbilidad comparada por Enfermedad Diarreica Aguda por municipios Departamento de Arauca, año 2010 - 2011

Grupo edad / Municipio	ARAUCA			ARAUQUITA			SARAVENA			FORTUL		
	<5	>5	Total	<5	>5	Total	<5	>5	Total	<5	>5	Total
Año 2010	995	1.385	2.380	410	552	962	1.165	1.291	2.456	466	287	753
Año 2011	752	1.331	2.083	388	656	1.044	911	1.296	2.207	407	380	787

³¹ SIVIGILA, Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Grupo edad / Municipio	TAME			PUERTO RONDON			CRAVO NORTE			DEPARTAMENTO				
	<5	>5	Total	<5	>5	Total	>5	>5	Total	>5		<5		Total
										Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Año 2010	857	999	1.856	94	96	190	56	82	138	4043	120,66	4692	141,24	8735
Año 2011	604	763	1.367	60	79	139	24	33	57	3146	14,70	4538	20,88	7684

Fuente: SIVIGILA

c) Plaguicidas:

Un plaguicida es una sustancia o mezcla de sustancias químicas de origen organosintético, de naturaleza tóxica y por consiguiente con un alto poder para alterar en forma drástica la fisiología de los organismos. Se utilizan en la actividad agrícola como medio de control para enfermedades, plagas y malezas. Normalmente, la acción del plaguicida no es específica para la especie objetivo y en consecuencia se producen efectos de diferentes magnitudes sobre otras especies y sobre los ámbitos expuestos a su acción.

La disposición inadecuada de empaques, envases y residuos de plaguicidas, derivados especialmente de la producción agropecuaria, se ha convertido en una práctica de alto riesgo de contaminación ambiental especialmente de los recursos suelo, aire y fuentes de agua, además de riesgos de intoxicaciones. El control de esto se hace dificultoso principalmente si se tiene en cuenta que la venta de estos productos no tiene mayores restricciones y se comercializan en el vecino país. Más preocupante aun, el hecho de que estos productos están siendo utilizados por las personas como un medio con intenciones suicidas.

En el año 2011 se reportaron 101 casos de intoxicaciones por plaguicidas con una tasa de 0,4 casos por cada 1000 habitantes del departamento; evidenciando un mayor riesgo en hombres que en mujeres.

La estimación por municipios, define a los municipios de Saravena, y Fortul con los mayores riesgos de intoxicación por plaguicidas (Tasas de 0,90 y 0,42 por 1000 respectivamente). (Cuadro 106)

El promedio de edad de los afectados fue de 25,32 años. La edad mínima registrada fue de 1 año, caso ocurrido accidentalmente. La edad máxima fue de 77 años.

De acuerdo al enfoque diferencial, dos (2) casos sucedieron en indígenas (1 con intención suicida) y uno (1) caso en afrocolombianos, el cual también se registro como caso de intención suicida.

A nivel departamental, no se evidenciaron diferencias significativas en las intoxicaciones presentadas según área geográfica.

Cuadro 106: Intoxicación por plaguicidas por municipios Departamento de Arauca, año 2011

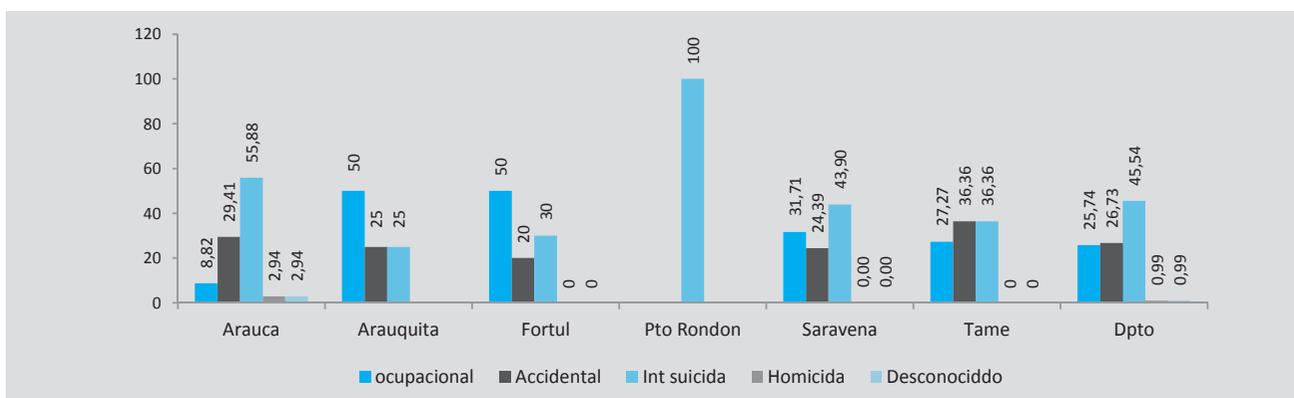
		Hombre	Mujer	Urbano	Rural	Total
Arauca	Numero	16	18	27	7	34
	%	47,06	52,94	79,41	20,59	100
	Tasa x 1000	0,39	0,43	0,38	0,57	0,41
Araucuita	Numero	3	1	1	3	4
	%	75,00	25,00	25,00	75,00	100
	Tasa x 1000	0,15	0,05	0,06	0,13	0,10
Pto Rondón	Numero		1		1	1
	%		100		100	100
	Tasa x 1000		0,54	0	0,94	0,26
Saravena	Numero	28	13	25	16	41
	%	112,00	52,00	60,98	39,02	100
	Tasa x 1000	1,20	0,53	0,82	1,07	0,90
Fortul	Numero	6	4	2	8	10
	%	300,00	200	20,00	80	100
	Tasa x 1000	0,50	0,33	0,17	0,66	0,42
Tame	Numero	7	4	4	7	11
	%	63,64	36,36	36,4	63,64	100
	Tasa x 1000	0,27	0,16	0,20	0,22	0,22
Total	Numero	60	41	59	42	101
	%	59,41	69,49	58,42	41,58	100
	Tasa x 1000	0,47	0,33	0,38	0,44	0,40

Fuente: SIVIGILA

Del total de casos reportados, el 45,54% (46 casos) correspondió a intenciones suicidas y en un caso se registro intención homicida. De los casos de intoxicados con intención suicida, dos (2) lograron su cometido, es decir que los pacientes fallecieron.

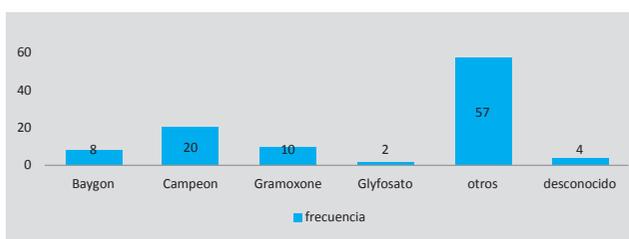
También se observa un porcentaje importante de casos por riesgos ocupacionales (26,73% correspondientes a 26 casos) y por accidentales (25,74% que corresponden a 26) en todo el departamento.

Grafico 90: Intoxicaciones por plaguicidas por municipio y tipo de exposición. Departamento de Arauca, año 2011



Los rodenticidas ocasionaron el mayor número de intoxicaciones, entre ellos “Campeón” con 20 casos; los herbicidas entre ellos “gramoxone” y por glifosato se sumaron 12 casos.

Grafico 91: Distribucion de intoxicaciones con plaguicidas segun producto utilizado. Departamento de Arauca, Año 2011



Por lo anterior se ve la necesidad de monitorear la morbilidad y la mortalidad causada por estas sustancias y articular el componente de Salud Mental para lograr un manejo integral a quienes tienen intenciones suicidas con estos productos; así mismo, incidir en el impacto ambiental afectado como consecuencia del uso indiscriminado, con acciones coordinadas con instituciones que manejen la salud ocupacional y de protección al ambiente en el departamento de Arauca y la vigilancia de los establecimientos expendedores e instituciones que utilizan estas sustancias.

En el intento de suicidio con plaguicidas (46 casos), la edad mínima fue de 13 años. De estos el 63,04% (29 casos) ocurrió en mujeres y 36,96% (17 casos) sucedió en hombres.

Las intoxicaciones por plaguicidas con intención suicida, presentaron el siguiente comportamiento por municipios:

El 55,88% (19 casos) de los casos en Arauca fueron de intención suicida. En Araucquita este tipo de exposición correspondió al 25% (1 caso) de los casos, en Puerto Rondón el único caso reportado tuvo esa finalidad; en Saravena el 34,90% (18 casos), en Fortul el 30% (3 casos) y Tame con 36,35% (4 casos).

d) Alimentos:

Con el objeto de obtener mejores resultados en la reducción y control de riesgos en el departamento de Arauca, muchas de las acciones, actividades y gestiones se desarrollan a través del trabajo intra e inter institucional, mediante coordinación, mesas de trabajo y conformación de comités tales como: Comité de Sanidad Portuaria, Comité de Peligro Aviar, Comité de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y Comité de Plaguicidas, mesas de trabajo sobre el Plan de Racionalización de Plantas de Beneficio de bovinos, Comisión Regional intersectorial para la coordinación y orientación superior del sacrificio de porcinos, Mesa de trabajo Regional de Lucha contra el contrabando de productos del Sector Agropecuario, con la participación activa de las autoridades departamentales y municipales, Secretarías del sector agropecuario, Secretarías de gobierno y planeación, DIAN, ICA, INVIMA, Aeronáutica Civil, Comité de ganaderos, entre otros

El ente departamental tiene como objetivo principal garantizar en un 100% la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del consumo en alimentos y bebidas

alcohólicas para mejorar la seguridad sanitaria y ambiental en el Departamento de Arauca. Se han censado a la fecha 4260 establecimientos (según censo de la Cámara de Comercio existen más de 6.000), de los cuales el 56% son catalogados de alto riesgo (restaurantes, cafeterías, expendios de alimentos, depósitos, etc.).

Durante el año 2011, se reportaron al SIVIGILA 158 casos de enfermedad transmitida por Alimentos. El 55,06% (87 casos) relacionado con la presencia de brotes.

Se determinó el riesgo por municipios, encontrando que el municipio de Arauca presentó el mayor riesgo con una tasa de 1,05 por cada 1000 habitantes y Saravena con 0,99 por 1000. No se reportaron casos en Cravo Norte. Vale la pena aclarar que se ha encontrado a través de búsquedas activas en los registros hospitalarios que pese a que los pacientes consultan y manifiestan la relación entre la presencia de la enfermedad y el consumo de alimentos, no se hace el respectivo diagnóstico y por tanto no se notifica el caso al sistema; en su defecto los casos son diagnosticados como enfermedad diarreica aguda, causando un subregistro en la cuantificación de los casos de ETA. (Cuadro 107)

Cuadro 107: Enfermedad Transmitida por Alimentos por municipios Departamento de Arauca, año 2011

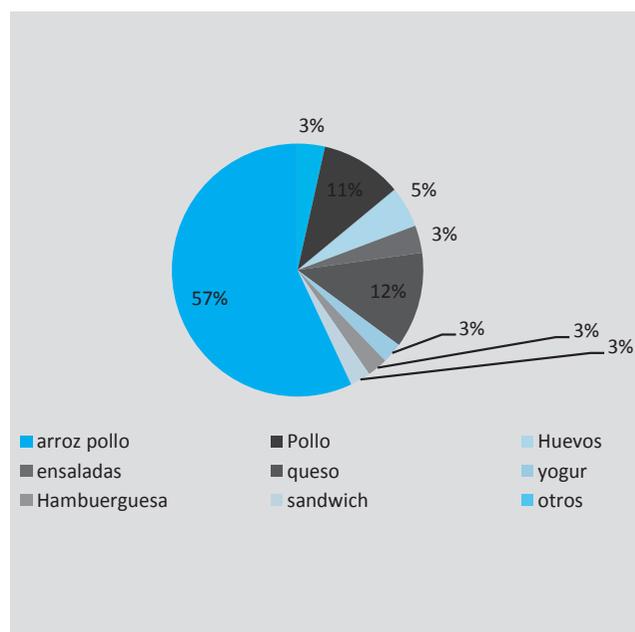
Arauca	Numero	88
	Porcentaje	70,97
	Tasa x 1000	1,05
Arauquita	Numero	6
	Porcentaje	4,84
	Tasa x 1000	0,15
Puerto Rondón	Numero	2
	Porcentaje	1,61
	Tasa x 1000	0,52
Saravena	Numero	45
	Porcentaje	36,29
	Tasa x 1000	0,99
Fortul	Numero	3
	Porcentaje	2,42
	Tasa x 1000	0,13
Tame	Numero	14
	Porcentaje	11,29
	Tasa x 1000	0,28
Total	Numero	158
	Porcentaje	127
	Tasa x 1000	0,63

Fuente: SIVIGILA

En 124 casos, se obtuvo información sobre el presunto alimento implicado. Se determinó que en estos casos el 12% se debió seguramente al consumo de queso criollo; 11% asociado a alimentos con pollo (no incluye el arroz con pollo) y un 5% se asoció con el consumo de huevo. El 57% del total correspondió a otros alimentos que desagregados no aportan mayor peso porcentual. (Gráfico 92)

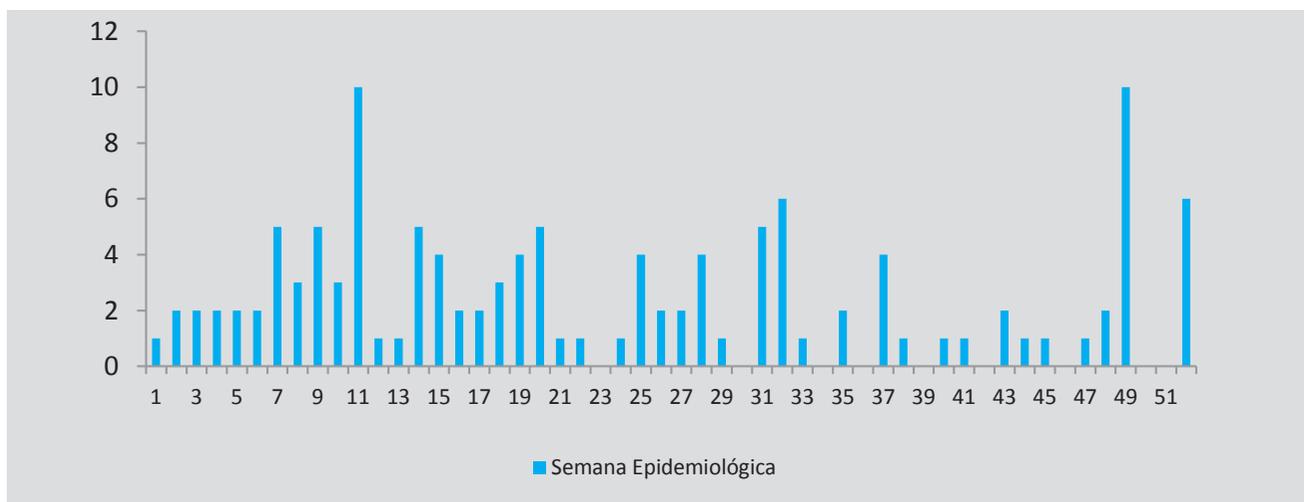
En la mayoría de los casos no es posible determinar el agente infeccioso pues pese a la insistencia al personal sanitario por parte de las autoridades de IVC, no se toman las respectivas muestras biológicas y de alimentos oportunamente, sumado a ello, el reporte de los casos no es 100% oportuno de forma tal que permita a las autoridades actuar en correspondencia.

Gráfico 92: ETA según alimento presuntamente implicado Departamento de Arauca, año 2011



También fue posible realizar la distribución de 124 casos en el tiempo, se evidencian dos picos importantes en semana epidemiológica 11 y 49 cada uno con 10 casos. En la semana 51 se presentó otro pico con 6 casos.

Grafico 93: ETA por semanas epidemiológicas. Departamento de Aracua, año 2011



Pese a lo anterior y dadas las dificultades por insuficiencia en número de técnicos e insumos no se ha podido dar cumplimiento con las exigencias nacionales de realizar cuatro (4) visitas de Inspección Sanitaria de los establecimientos donde se expendan alimentos de mayor riesgo en salud pública y las bebidas alcohólicas, incluyendo las ubicadas en terminales aéreas y terrestres.

e) *Establecimientos Especiales:*

En correspondencia con la Ley 715 de 2001, dentro de las Salud Pública, está la de ejecutar acciones de Inspección, Vigilancia y Control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, en coordinación con las autoridades ambientales, de esto hacen parte los establecimientos distribuidores de medicamentos y demás productos farmacéuticos. Esta, es competencia del orden departamental, así como el funcionamiento del Fondo Rotatorio de Estupefacientes el cual tiene como funciones garantizar en todo el Departamento los Medicamentos Monopolio del Estado.

El censo de establecimientos comercializadores de medicamentos y demás productos farmacéuticos, en el departamento de Arauca, da cuenta de:

- » Aproximadamente 400 establecimientos Farmacéuticos, los cuales Compran, Almacenan y Dispensan Productos Farmacéuticos
- » 7 Hospitales Públicos, los cuales tienen Servicio Far-

macéutico, el cual realiza Compra, Almacenamiento y Distribución de Productos Farmacéuticos, de igual forma estos Hospitales manejan medicamentos de control especial franja violeta y algunos de estos medicamentos (Los Monopolio del Estado)

- » Alrededor de 15 IPS las cuales tienen Servicio Farmacéutico y realizan Compra, Almacenamiento y Distribución de Productos Farmacéuticos, de igual forma estas IPS manejan medicamentos de control especial franja violeta y algunos de estos medicamentos (Monopolio del Estado).
- » Durante cada vigencia se suministran aproximadamente 70.000 unidades de medicamentos del FRE, distribuidos en 4 presentaciones, estas entregas se realizan a 7 hospitales 15 IPS y directamente a más de 300 pacientes.

En cumplimiento de las competencias, a nivel departamental se realizaron acciones de:

- » Elaboración del censo de los establecimientos comercializadores de medicamentos y demás productos farmacéuticos a comienzo de cada año.
- » Capacitación al personal de los establecimientos y profesionales de salud en temas relacionados con el manejo de los medicamentos y demás productos farmacéuticos.
- » Visitas de inspección, vigilancia y control, según prioridades en cumplimiento con la norma y toma de medidas sanitarias.

4.4 Laboratorio de Salud Pública Fronterizo y Red de Laboratorios Departamental

El Laboratorio de Salud Pública Fronterizo, es la cabeza de la red de laboratorios y es una dependencia de la Subdirección de Salud Pública de la Unidad Administrativa Especial de Salud. Es un área transversal a todos los programas de Salud Pública, realiza análisis especializados, control de calidad, de exámenes de laboratorio que son apoyo a la vigilancia epidemiológica, a la prevención, control y seguimiento de enfermedades en atención a las personas y al medio ambiente con criterios de eficiencia, calidad y oportunidad, para contribuir a la solución de los problemas de salud pública en el departamento de Arauca y sus áreas fronterizas.

El departamento de Arauca cuenta con una Red de Laboratorios, la cual está conformada por: 36 laboratorios clínicos. Dos (2) de mediana complejidad (Hospital de Saravena y Hospital San Vicente de Arauca) y 34 de baja complejidad. De los 34 de baja complejidad, 10 son públicos y 24 son laboratorios clínicos privados ó particulares. La integran además, 1 Laboratorio de Salud Pública y 2 bancos de sangre (Saravena y Arauca). (Cuadro 108).

Cuadro 108: Red de laboratorios del departamento de Arauca, año 2011

Municipio	laboratorio clínico de baja complejidad		Laboratorios de Salud Pública		Banco de sangre
	Privados	Públicos	Privados	Públicos	
Arauca	6	2	0	1	1
Saravena	5	0	0	0	1
Tame	9	2	0	0	0
Araucuita	3	3	0	0	0
Fortul	1	1	0	0	0
Pto Rondón	0	1	0	0	0
Cravo Norte	0	1	0	0	0

Fuente: Red de Laboratorio

La Red de Laboratorio es un sistema técnico administrativo que permite integrar y coordinar actividades técnicas y procedimientos diagnósticos de laboratorio, para el desarrollo de programas del sector salud, considerando los factores determinantes de riesgo y los mecanismos necesarios para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de las enfermedades de mayor frecuencia en la población.

Tiene como objetivo realizar la asesoría, asistencia técnica y supervisión a los laboratorios clínicos públicos y privados, bancos de sangre, actividades de capacitación, control de calidad, investigación y Vigilancia en Salud Pública.

En el departamento de Arauca, se le da cumplimiento a la política Nacional de Sangre, para garantizar la calidad de las unidades de sangre que se transfunden a los pacientes y crear la cultura de la donación voluntaria, altruista y repetitiva de la donación de sangre con estrategias de sensibilización a la comunidad Araucana.

El Laboratorio de salud pública fronterizo, apoya el diagnóstico, prevención, vigilancia y control de enfermedades de interés en Salud Pública, vigilancia fitosanitaria y factores de riesgo del ambiente.

Dando cumplimiento a la normatividad, el LSPFA realiza análisis especializados en el área de atención al ambiente apoyando las funciones de IVC de factores del riesgo del ambiente y análisis microbiológico y fisicoquímico de aguas para consumo humano (vigilancia de la calidad del agua para consumo humano en los siete municipios del departamento de Arauca), análisis microbiológico y fisicoquímico de alimentos (vigilancia de la calidad de alimentos en los siete municipios del departamento de Arauca). Análisis fisicoquímico de bebidas alcohólicas, análisis de plaguicidas en aguas y en sangre y vigilancia entomológica por laboratorio (clasificación taxonómica de vectores y control de calidad). En el área de atención a las personas, realiza exámenes especializados de microbiología clínica, parasitología, virología, micobacterias, inmunología, hormonas y enfermedades infecciosas como apoyo al diagnóstico, vigilancia y control de enfermedades de interés en Salud Pública (EISP).

- » En la Vigilancia y control de calidad de los alimentos: se analizaron 788 muestras procedentes de los 7 municipios: aceptabilidad del 73% y rechazo del 27 %. Se intensificó la vigilancia en los productos de la pesca debido a la alerta del MPS por presencia de cólera; a la fecha no se ha tenido casos confirmados por el LSPF para Cólera en el Dpto. de Arauca.
- » Vigilancia a la calidad del agua para consumo humano: Análisis fisicoquímico y microbiológico de 733 muestras provenientes de los acueductos de los 7 municipios: se rechazó el 9% de las muestras de agua de acueductos del departamento y se rechazó el 84.7% de las muestras provenientes de "otras fuentes". Las causas de rechazo son por presencia de coliformes totales, E. coli, color, pH, hierro y turbiedad.
- » Vigilancia de la calidad de aguas envasadas: análisis fisicoquímico y microbiológico de 165 muestras: 95% con concepto favorable y 5% de las muestras, concepto desfavorable.
- » En el programa de plaguicidas en sangre humana y residuos de plaguicidas en aguas, se realizó la determinación de actividad de la acetilcolinesterasa en sangre a 54 trabajadores del programa de ETV; 11% con resultados bajos para acetilcolinesterasa.
- » Vigilancia de flúor en aguas: cuantificación de flúor en 56 muestras: el 100% de las muestras concepto favorable.
- » Vigilancia a la calidad de la sal para consumo humano: cuantificación de flúor, yodo y análisis de rotulado de 110 muestras provenientes de los municipios: El 100% de las muestras tuvieron un concepto favorable.
- » Vigilancia de la calidad de bebidas alcohólicas: 106 muestras analizadas: 45 muestras Aceptadas y 61 muestras son

Rechazadas por presentar en el líquido partículas extrañas en suspensión, grado alcoholimétrico bajo y alto y no cumple con los requisitos de rotulado; estas muestras corresponden a incautaciones realizadas por la policía en los municipios de Arauca, Tame y Saravena.

- » En la vigilancia por análisis fisicoquímicos de alimentos, se analizaron 384 muestras de alimentos: muestras de leche líquida, productos lácteos, muestras de productos cárnicos, muestras de panela, muestras de refresco de agua/ fruta. El 97% de las muestras fisicoquímicamente son Aceptadas y 3% rechazadas.

Cuadro 109: Casos confirmados de Enfermedades de interés en Salud Pública, Laboratorio de Salud Pública Fronterizo, año 2011

Hepatitis A	37	11
Hepatitis B	1339	26
Hepatitis C	77	2
VIH – SIDA	1625	5
Sarampión Rubeola	13	0
Poliovirus	3	0
Tos Ferina	38	7
TSH Neonatal	2676	1
Rubeola	1104	0
Toxoplasma IgM	1218	34
Sífilis	113	62
Influenza AH1N1/09	1276	16
Enfermedad Similar a Influenza	195	0
Brucelosis	20	2
Chagas	1525	186
Dengue	249	179
Tuberculosis	134	9
Lepra	1	0
EDA - Vigilancia Cólera	134	0

Fuente: LSPF

Listado de Eventos de Notificación Obligatoria

Cuadro 110: Eventos de Notificación por municipios - Departamento de Arauca, año 2011

Evento	Arauca	Araucita	Saravena	Fortul	Tame	Puerto Rondón	Cravo Norte	Total 2011
Enfermedad Diarreica Aguda	2.083	1.044	2.207	787	1.367	139	57	7684
Infección Respiratoria Aguda	6.188	6.436	9.532	2.544	4.315	545	346	29906
Malnutrición	243	567	494	297	174	0	5	1780
Virus Pandémico A(H1N1)/09 - Casos Probable	955	16	240	26	1	2	0	1240*
Dengue	200	53	270	162	78	5	46	814**
Exposición Rábica	164	42	126	39	139	7	13	530
Varicela	176	77	147	32	59	1	3	495

Evento	Arauca	Arauca- quita	Saravena	Fortul	Tame	Puerto Rondón	Cravo Norte	Total 2011
ESI Enfermedad Similar a Influenza (Vigilancia Centinela)	219	0	0	0	0	0	0	219
Accidente Ofídico	34	20	33	23	33	7	1	151
Chagas	69	2	18	7	9	0	0	105
Intoxicación por Plaguicidas	34	4	41	10	11	1	0	101
Violencia Intrafamiliar y Abuso Sexual	41	13	10	19	10	0	0	93
Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA (Brote)	46	0	32	0	7	2	0	87
Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETA (Caso .Aislado.)	42	6	13	3	7	0	0	71
Anomalías Congénitas	9	0	59	0	2	0	0	70
Tuberculosis Pulmonar	29	6	19	2	7	0	3	66
Sífilis Gestacional	40	6	3	0	6	3	0	58
Hepatitis A	4	0	46	1	4	0	0	55
Mortalidad Perinatal	10	0	30	0	6	1	1	48
Tos Ferina (casos confirmados)	38	0	3	0	0	0	0	9
Intoxicación por Fármacos	17	5	10	1	3	0	0	36
Parotiditis	14	2	14	1	5	0	0	36
Hepatitis B	13	1	9	3	3	0	0	29
Intoxicación por Otras Sustancias Químicas	16	0	8	1	2	0	0	27
Lepra	7	6	4	1	2	0	0	20
Sífilis Congénita	10	1	2	0	2	3	0	18
Dengue Grave	3	0	11	0	1	1	0	16
Mortalidad Infantil	1	1	9	2	1	0	0	14
Mortalidad por IRA > 5 Años	0	0	12	0	0	0	0	12
Intoxicación por Solventes	7	1	2	1	0	0	0	11
VIH/SIDA/Mortalidad por SIDA	9	0	1	0	0	0	0	10
Leishmaniasis Cutanea	2	0	4	1	0	0	0	7
Leptospirosis	6	0	0	0	0	0	0	6
Mortalidad Materna	1	0	5	0	0	0	0	6***
Intoxicación por Sustancias Psicoactivas	1	0	0	0	4	0	0	5
Tuberculosis Extra Pulmonar	1	0	2	1	1	0	0	5
VIH Seguimiento a Gestantes	3	0	2	0	0	0	0	5
Evento Adverso Seguido a Vacunación	2	0	1	1	0	0	0	4
Lesiones por Pólvora	0	0	2	2	0	0	0	4
Parálisis Flácida Aguda <15	3	0	0	0	1	0	0	4
Malaria Vivax	3	0	0	0	0	0	0	3
Meningitis por Neumococo	3	0	0	0	0	0	0	3
VIH Seguimiento a R.N. de Mujer Infectada con VIH	2	0	1	0	0	0	0	3
Intoxicación por Metanol	1	0	0	0	0	0	1	2
Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide	2	0	0	0	0	0	0	2
Mortalidad por Dengue	0	0	2	0	0	0	0	2
Mortalidad por IRA 0-4	0	0	2	0	0	0	0	2
Hipotiroidismo Congénito	0	0	0	0	1	0	0	1
Leishmaniasis Mucosa	0	0	1	0	0	0	0	1
Malaria Complicada	1	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: SIVIGILA

*17 casos confirmados

**217 casos confirmados

*** 3 casos de muerte directas y 3 casos indirectas

5

Componente 5: Natalidad



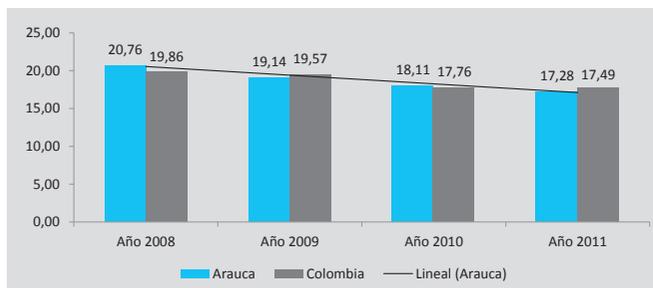
Fotografía: Pedro Vega

5.1 Tasa bruta de natalidad TBN

Calculando la tasa de natalidad de los últimos años; se observa una tendencia a disminuir; pasando de 20,76 en el año 2008 a 17,28 en el año 2011 por cada mil personas en el departamento de Arauca.

Este indicador guarda una estrecha relación con las cifras del nivel nacional. En el año 2011, se registraron 4331³⁰ nacimientos ocurridos en el departamento de Arauca, equivalentes a una tasa bruta de natalidad (TBN) de 17,28 nacimientos por cada 1000 habitantes. Por su parte, la tasa de natalidad en el País, para ese mismo año fue de 17,49 por 1000 habitantes.

Grafico 94: Tasa de Natalidad.
Departamento de Arauca, años 2008 - 2011



Se realizó el cálculo de la TBN por residencia de la madre. Las cifras oscilaron entre 12,06 y 19,20 por 1000 habitantes. El municipio con la mayor TBN fue Saravena, le siguen el municipio de Arauca y Puerto Rondón en su orden. (Cuadro 111)

De los 4331 nacidos vivos, 1517 (35,03%) correspondieron a partos de mujeres residentes del municipio capital. El municipio de Saravena, registro 875 partos correspondientes a un 20,20% del total reportado.

El municipio de Cravo Norte, reporto el porcentaje más bajo de nacimientos frente al nivel departamental.

³⁰ Cifra parcial, con corte a 31 de enero de 2011

³¹ Ministerio de la Protección Social. Anexo 3: insumos de información PDSF

5.2 Tasa de fecundidad general

La Tasa de Fecundidad General, expresa la relación entre los nacimientos vivos y las mujeres en edad fértil. Para el periodo evaluado, ésta fue de 71,98 nacimientos por cada 1000 Mujeres en Edad Fértil en el departamento.

Este indicador presenta una reducción importante respecto al año 2006, periodo en el cual la tasa de fecundidad general fue de 94,9 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad fértil.³¹

Se realizó la estimación de la TFG por municipios y se evidencia que el municipio de Saravena, registró la tasa de fecundidad general más alta con 82,7 nacimientos por cada 1000 Mujeres en Edad Fértil; seguido por el municipio de Puerto Rondón con 78,32 nacimientos por cada 1000 M.E.F en el mismo periodo.

El municipio con la tasa de fecundidad general más baja fue Fortul con 50,23 nacimientos por cada 1000 M.E.F (Cuadro 112)

5.3 Tasa global de fecundidad

En el periodo estudiado se estimó para el departamento de Arauca, una tasa global de fecundidad de 2,2 hijos por mujer.

Cuadro 112: Natalidad según municipio de residencia.
Departamento de Arauca, año 2011

Municipio de residencia	Casos	Porcentaje	TBN *1000	TFG
Arauca	1517	35,03	18,18	73
Arauquita	605	13,97	15,31	64,11
Cravo Norte	42	0,97	12,13	50,54
Fortul	289	6,67	12,06	50,23
Puerto Rondón	69	1,59	17,77	78,32
Saravena	875	20,20	19,20	82,70
Tame	827	19,09	16,30	69,47
Sin dato	22	0,51		
Otros departamentos	85	1,96		
Departamento	4331	100	17,28	71,98
Tasa Bruta de Natalidad				17,28
Tasa global de fecundidad TFG				2,22
M.E.F (15 - 49)				60,170

Fuente: EEW UAESA

5.4 Natalidad según sexo del Recién Nacido

Las tasas de natalidad por sexo no muestran diferencias estadísticas importantes. Prácticamente la relación hombre mujer es 1:1. No obstante, es importante anotar que no sucede lo mismo con la mortalidad, donde la relación hombre mujer es de 1,8:1; es decir

que por cada 18 muertes en hombres suceden 10 muertes en mujeres. Esto marca diferencias importantes en los cambios demográficos y llevan a cuestionar las proyecciones Dane, las cuales y pese a que estos comportamientos en la mortalidad han sido una constante en los últimos años, el Dane proyecta la población con una relación hombre mujer de 1:1 para el departamento de Arauca.

*Cuadro 113: Tasas de natalidad por sexo
Departamento de Arauca, año 2011*

Masculino			Femenino			Total N.V				
Cantidad	%	Tasa x 1000	Cantidad	%	Tasa x 1000	Cantidad	%	Cantidad	%	Tasa x 1000
2194	50,66	17,36	2134	49,27	17,18	3	0,07	4331	100	17,28

Fuente: SIVIGILA

5.5 Natalidad según área de nacimiento

Durante el año 2011, el departamento dispuso parcialmente de puestos de salud y funcionaron dos centros de salud, ubicados estos últimos en Panamá de Arauca y Pueblo Nuevo, situación que permitió a ciertas poblaciones del área rural contar con personal sanitario y medianamente subsanar en parte las dificultades de acceso a los servicios de salud evidenciadas.

Se registraron en este periodo 4030 partos en cabeceras municipales; esto corresponde al 93,05% del total de partos registrados en todo el Departamento. De estos 1032 procedían del área rural disperso y 151 nacimientos equivalentes a un 3,75% provenían de centros poblados. (Cuadro 114)

Así mismo se evidencia, que del total de partos de mujeres residentes en centros poblados (49), sólo el 8,16% tienen sus hijos en cabeceras municipales.

*Cuadro 114: Natalidad según área de ocurrencia.
Departamento de Arauca, año 2011*

Área procedencia de la madre					
Área ocurrencia	Cabecera municipal	Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)	Rural disperso	Sin dato	Total
Cabecera	2825 (70,1%)	151 (3,75%)	1032 (25,61%)	22 (0,55%)	4030 (100%)
Centro poblado	4 (8,16%)	23 (46,94%)	22 (44,9%)		49 (100%)
Rural	16 (6,35%)	3 (1,19%)	229 (90,87%)	4 (1,59%)	252 (100%)
Total	2845 (65,69%)	177 (4,09%)	1283 (29,62%)	26 (0,6%)	4331 (100%)

Fuente: EEV UAESA

5.6 Natalidad por grupos de edad

La edad mínima de las madres fue de 12 años. El promedio de edad fue de 23,9 años de edad. Con un máximo de 48 años.

Por grupos de edad, se evidencia que el 29,2% de los nacimientos ocurrieron en mujeres entre 20 y 24 años de edad. Estas mostraron una tasa específica de fecundidad de 122,2 nacimientos por cada 1000 mujeres. El 28,2% correspondió a los nacimientos de madres entre los 15 y 19 años con aproximadamente 93,7 nacimientos

por cada 1000 mujeres. Se identifican nacimientos en edades extremas; es así como, el 2,2 y el 0,2% de los nacimientos, sucedieron en mujeres entre los 12 a 14 y aquellas entre los 45 a 49 años de edad respectivamente. (Cuadro 115)

Pese a estar cumpliendo con la meta establecida en los objetivos del milenio de reducir a menos de 15% los embarazos en adolescentes, no deja de ser preocupante el alto porcentaje de embarazos (30% frente al total) en este grupo población pues, lo observado en los últimos años es una tendencia a incrementar los embarazos en

este grupo de edad. De seguir así seguro se verá comprometido el cumplimiento de esta meta, situación que supone un riesgo para la salud y la vida de la mujer y del feto, además de las implicaciones en el entorno social y familiar. El porcentaje de adolescentes que han sido madres o estaban embarazadas en el periodo estudiado fue de 9,37 adolescentes por cada 100 mujeres del mismo grupo de edad.

Cuadro 115: Natalidad según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011

Grupo de Edad	Nacimientos	Tasa Especifica de Fecund x 1000	Porcentaje
12 – 14	97	11,4	2,2
15-19	1221	93,7	28,2
20-24	1265	122,2	29,2
25-29	877	98,9	20,2
30-34	507	67,2	11,7
35-39	265	36,3	6,1
40-44	85	12,3	2
45-49	10	1,6	0,2
Sin dato	4		0,1
Total			4331

Fuente: EEW UAESA

5.7 Nacimientos según edad de la madre y número de embarazos

Conocer la primiparidad o la multiparidad así como el periodo intergenésico es determinante al medir los riesgos para el binomio madre hijo. La primiparidad, se ha asociado al bajo peso al nacer y mortalidad neonatal; este riesgo se incrementa si sucede en mujeres adolescentes o mayores de 30 años. La multiparidad se ha asociado a resultados adversos relacionados especialmente con complicaciones obstétricas. Por su parte el periodo intergenésico acortado asociado a multiparidad,

incrementa el riesgo de muerte en neonatos y por supuesto de mortalidad materna.

Al analizar estas variables en los datos correspondientes al periodo estudiado, se pudo determinar que para 89 casos de 97 nacimientos en menores de 15 años, era el primer embarazo. 5 mujeres experimentaron su segunda gestación y se reportaron 3 casos de mujeres con 3 embarazos, lo que hace suponer un inicio de la maternidad a muy corta edad.

En el grupo de 15 a 19 años, 871 mujeres reportaron que ese era su primer embarazo mientras que 281 manifestaron que correspondía a su segundo embarazo. Este grupo de edad sumo 1221 nacimientos en el periodo estudiado.

37,66% de los embarazos correspondió a primigestantes.

El número mínimo de embarazos reportados en el departamento fue 1 y el máximo de embarazos reportados fue de 14, este último en mujeres de 40 y mas años.

El alto porcentaje de embarazos en adolescentes y la multiparidad de las mismas en el departamento de Arauca, demanda replantear estrategias de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de creación de proyectos de vida y construcción de futuro con las y los adolescentes que involucren su entorno familiar y escolar de manera que se retrase el inicio de la maternidad y paternidad y se postergue para épocas en que las y los adolescentes hayan cumplido la mayoría de edad, hayan resuelto y vislumbrado su futuro y garanticen al nuevo ser condiciones de seguridad, afecto y bienestar con la gestación de hijos e hijas deseados.

Cuadro 116: Nacimientos según número de emb y edad de la madre. Departamento de Arauca, año 2011

Grupo edad	Emb1	Emb2	Emb3	Emb4	Emb5	Emb6	Emb7	Emb8	Emb9	Emb10	Emb11	Emb12	Emb13	Emb14	Sin inf	Total
Menor de 15	89	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	97
15 - 19	871	281	57	9	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1221
20 - 24	488	413	241	87	29	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1265
25 - 29	127	306	219	134	58	20	8	5	0	0	0	0	0	0	0	877
30 - 34	34	129	122	88	53	39	21	10	8	3	0	0	0	0	0	507
35 - 39	18	37	48	45	46	27	20	12	3	7	0	0	0	0	2	265
40 - 44	4	12	10	13	17	9	7	2	2	3	0	5	0	1	0	85
45 y mas	0	0	2	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0	2	0	10
Sin inf											0				4	4
Total	1631	1183	702	376	204	103	60	30	13	13	0	6	0	3	7	4331
Porcentaje	37,66	27,31	16,21	8,68	4,71	2,38	1,39	0,69	0,30	0,30	0,00	0,14	0,00	0,07	0,16	100

Fuente: EEW UAESA

5.8 Natalidad según afiliación al RGSSS

El 71,6% (3099) de las madres de nacidos vivos en el periodo estudiado estaban afiliadas al régimen subsidiado. De estas, 78 mujeres eran menores de 15 años y 957 estaban en el grupo de 15 a 19 años de edad, sumando entre estos dos grupos se encontraron 1318 mujeres menores de 20 años en embarazo (Cuadro 117)

Se identificaron 459 casos sin afiliación al SGSSS, se realizó el cruce entre quienes no estaban asegurados y el número de controles prenatales y se pudo establecer que el 50% de los casos habían asistido a cinco (5) o más controles prenatales.

*Cuadro 117: Natalidad según afiliación al SGSSS.
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo Edad	Contributivo	Especial	Excepción	No asegurado	Sin información	Subsidiado	Total
Menor de 15	3	0	0	11	5	78	97
15 -19	74	3	10	141	36	957	1221
20 - 24	142	3	17	152	39	912	1265
25 - 29	167	2	13	82	34	579	877
30 - 34	114	3	9	44	10	327	507
35 - 39	48	2	4	22	15	174	265
40 - 44	8	1	2	5	4	65	85
45 y mas	0	0	0	2	1	7	10
Si	0	0	0	0	4	0	4
Total	556	14	55	459	148	3099	4331
Porcentaje	12,8	0,3	1,3	10,6	3,4	71,6	100

Fuente: EEW UAESA

5.9 Numero de Controles Prenatales en madres de los recién nacidos

La OMS define como ideal la realización de cuatro (4) o más controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación, así mismo los objetivos del milenio establecen que para el 2015, el 90% de los partos deberán contar con 4 o más CPN.

Aunque los registros no permiten evaluar la oportunidad del inicio de los controles prenatales, es importante destacar que el comienzo de éste en el primer trimestre del embarazo es de gran importancia ya que se promueve el desarrollo del embarazo dentro de la normalidad, evitando riesgos para la madre y su futuro hijo. No se puede perder de vista que, el control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva.

La oportunidad en el inicio de los CPN está determinada por varios factores, entre ellos poca demanda inducida, dificultades de acceso a los servicios de salud y en el caso de las adolescentes, el embarazo se presenta como un evento no programado, lo cual determina una actitud de rechazo y reserva de su condición, lo que lleva a un control prenatal tardío o insuficiente.

Para el periodo estudiado se determinó que el 19,4% de los casos reportados no contaron con el número de CPN establecidos, lo que reduce oportunidades de identificar factores de riesgo y realizar un buen seguimiento a los mismos en el binomio madre/hijo. Dado que la meta en los objetivos del milenio es del 90%, esta no se ha logrado en el departamento de Arauca. (Cuadro 118)

*Cuadro 118: Natalidad según número de CPN.
Departamento de Arauca, año 2011*

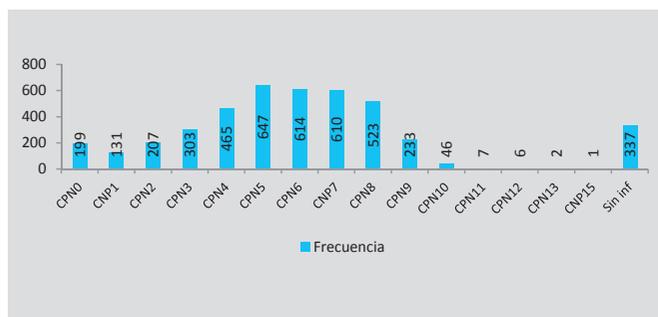
Grupo edad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	Sin inf	Total
Menor de 15	9	8	11	10	16	14	7	5	9	2	0	0	0	0	0	6	97
15 - 19	60	58	79	107	168	192	169	159	104	44	7	1	0	0	0	73	1221
20 - 24	55	35	54	100	134	176	182	171	167	67	18	2	2	0	1	101	1265
25 - 29	29	10	31	42	81	151	133	129	115	57	13	3	2	2	0	79	877

30 - 34	23	12	18	27	40	71	73	88	69	42	5	1	1	0	0	37	507
35 - 39	16	8	9	9	20	32	38	45	41	16	3	0	1	0	0	27	265
40 - 44	5	0	4	8	6	9	12	12	17	5	0	0	0	0	0	7	85
45 y mas	2	0	1	0		2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	10
Sin inf																4	4
Total	199	131	207	303	465	647	614	610	523	233	46	7	6	2	1	337	4331
Porcentaje	4,6	3,0	4,8	7,0	10,7	14,9	14,2	14,1	12,1	5,4	1,1	0,2	0,1	0,0	0,0	7,8	100
Menos de 4 Controles Prenatales																	840 (19,4%)
4 y más Controles Prenatales																	3154 (72,8%)

Fuente: EEV UAESA

El grafico 95 permite apreciar que la mayor concentración de controles prenatales fue entre 4 y 8. Sin embargo, un importante número de los mismos no registro información al respecto. Así mismo se insiste en la necesidad de diseñar e implementar mecanismos que sensibilicen a la gestante hacia los programas de promoción de la salud, logrando adherencia a los mismos, pues es evidente el importante número de gestantes sin CPN o con menos de 4.

Grafico 95: Frecuencia de CPN en gestantes Departamento de Arauca, año 2011

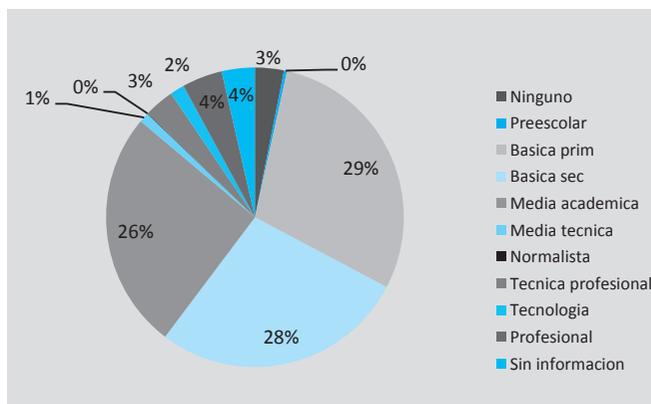


Fuente: EEV UAESA

5.10 Nacimientos según nivel de escolaridad de la madre

Un gran porcentaje (29%) de los nacimientos ocurrió de madres con educación básica primaria. Aunque no se realizó el cruce de esta variable con el peso al nacer, se sabe que la baja escolaridad de la madre está asociada a un bajo peso al nacer. Si se suma el porcentaje de madres sin ningún tipo de educación, aquellas con preescolar, las de básica primaria, se encuentra que un 32% del total tiene bajos niveles de educación; un 55% corresponde a madres con nivel educativo medio (bachillerato y media técnica). (Grafico 96)

Grafico 96: Distribución NV según N. escolaridad madre. Departamento de Arauca, 2011

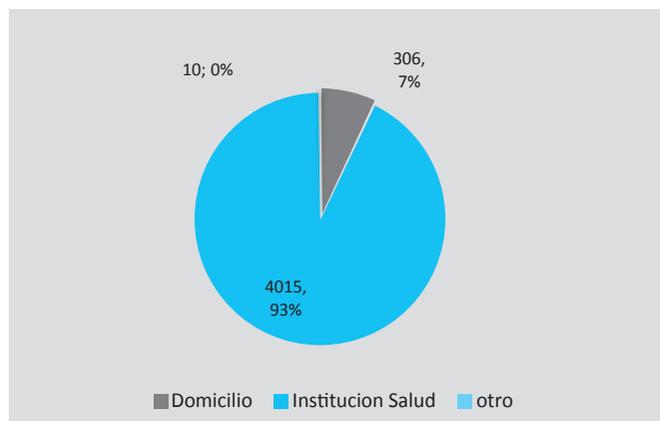


5.11 Distribución de los nacidos vivos según lugar del parto (atención institucional)

Es una de las metas de los objetivos del milenio para el año 2015, lograr que el 95% de los partos sean institucionales. Así mismo quedó plasmado en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2007) y el Plan de acción aprobado por la Asamblea General de la ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia, suscrito por Colombia, que buscan reducir la mortalidad materna en 50% en este período y 75% para 2015; así como también aumentar la cobertura y calidad del parto institucional en 95%, y fortalecer la vigilancia y prevención de la mortalidad materna y perinatal en el país.

En el periodo estudiado, se determinó que aun no se logró esta meta, pues la cifra alcanzada es de 93%; no obstante la diferencia es mínima y los esfuerzos de las instituciones de salud son grandes, así que se espera al 2015 haber superado la meta establecida, a fin de conseguir la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Grafico 97: Nacimientos segun lugar del parto.
Departamento de Arauca, año 2011



Al igual que el indicador anterior, la atención de partos por personal calificado también fue incluido dentro de los objetivos del milenio quedando establecido lograr que en el año 2015, 95% de los partos sean atendidos por personal calificado.

Se entiende por personal calificado a todo aquel que ha recibido información especial para atender partos normales, reconocer complicaciones, manejar los casos que puedan y referir a las gestantes a niveles de atención medica más especializados si fuera necesario.

Este indicador muestra una estrecha relación con el parto institucional, situación esperada si se tiene en cuenta que en las instituciones los partos son atendidos por médicos y/o enfermeras.

En el departamento de Arauca, la atención de parto institucional alcanza una cobertura del 93%

Cuadro 119: Nacimientos según sitio de parte y personal que atiende departamento de Arauca, año 2011

Parto atendido por	Domicilio	Institución de salud	Otro sitio	Total	Porcentaje
Auxiliar enfermería	2	3		5	0,12
Otro	68		5	73	1,69
Enfermero (a)	1	24	1	26	0,60
Médico	2	3988	4	3994	92,22
Partera	231			231	5,33
Promotor(a) de salud	1			1	0,02
Sin información	1			1	0,02
Total	306	4015	10	4331	100
Porcentaje	7,07	92,70	0,23	100	

Fuente: EEVU UAESA

5.12 Nacimientos según tipo de embarazo y tipo de parto

En los países desarrollados el nacimiento de un niño se ha medicalizado hasta extremos peligrosos, donde el énfasis se sitúa en obtener un bebé sano a cualquier precio y donde se tiende a la práctica cada vez más frecuente de nacimientos por cesárea. El parto es concebido por ciertos elementos de la sociedad como un proceso doloroso, casi como una enfermedad, cuando es un proceso fisiológico en el que puede aparecer el dolor.

Según resultados de una investigación realizada por la Universidad de Puerto Rico, en colaboración con la Universidad de Colorado, el Instituto Venezolano de Investigación Científica y el Instituto Howard Hughes (Estados Unidos), nacer por cesárea o mediante parto vaginal puede influir en las primeras bacterias que tienen contacto con el organismo del recién nacido. . . .” Los bebés nacidos mediante cesárea son más susceptibles a sufrir alergias o asma, la causa podría ser que su primer contacto con las bacterias es con cepas de la piel. En cambio, los niños que nacen por parto natural tienen su primer contacto con cepas que están en el canal vaginal de la madre”. Estas son unas de las conclusiones del estudio que se realizó con diez niños recién nacidos, cuatro de ellos frutos de un parto vaginal y seis vía cesárea.

El estudio permitió comprobar que aquellos nacidos por cesárea tenían cepas resistentes a los antibióticos y algunas que están implicadas en el acné. Por su parte las bacterias que se transmiten en los partos vaginales pueden tener un efecto defensivo en los bebés, limitando la colonización de otras enfermedades más peligrosas para el organismo del recién nacido.

Por otra parte la Organización Mundial de la Salud, recomienda limitar al 15% la tasa de cesáreas. En un estudio realizado por esta organización en 8 países seleccionados al azar en América con el objetivo de explorar la relación entre las tasas de cesáreas y los resultados perinatales en servicios de salud, entre septiembre del 2004 y marzo del 2005, en el cual se aplicaron encuestas a 97095 partos y 120 instituciones seleccionadas, se determinó que a mayor número de cesáreas, hubo un mayor riesgo de complicaciones severas y de mortalidad materna, así como de un aumento en el tratamiento con antibióticos en el posparto aún teniendo en cuenta factores de riesgo específicos.

El mismo estudio permitió establecer que un aumento de las cesáreas generó un aumento en las tasa de mortalidad

fetal y un mayor número de recién nacidos admitidos en las unidades de cuidado intensivo, aún tomando en cuenta partos pretérmino como factor de confusión. Un incremento de la tasa de cesárea entre 10 y 20 % se asoció con un aumento de los partos pretérmino y de la mortalidad neonatal, posiblemente debido a un incremento del síndrome de distrés respiratorio cuando se realiza una cesárea electiva.

Por su parte, un embarazo múltiple es aquél, en el que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero. La especie humana es unípara por excelencia, por eso todo embarazo múltiple debe ser considerado como de riesgo.

El 39,4% de los partos del departamento fueron por vía abdominal (cesárea). 60,3% ocurrió por vía vaginal espontánea.

Del total de cesáreas, el 96,5% se realizó en embarazos simples y el 3,5% en embarazos dobles. Por su parte del total de partos

vaginales, el 99,6% sucedió en embarazos simples y solo el 0,4% en embarazos dobles.

Se registraron 70 embarazos múltiples de los cuales 59 correspondientes a 82,3% concluyeron con cesárea.

De los 4261 embarazos simples, 2600 (61%) finalizaron con parto espontáneo y 1649 (38,7%) con parto por cesárea, el restante 0,7% finalizó producto de un parto instrumentado.

Haciendo el cruce con el grupo de edad de la madre, se observa que el 55,7% de los partos en menores de 15 años fue por medio de la cesárea.

En el grupo de 15 a 19 años, fueron porcentualmente más elevados los partos que finalizaron de manera espontánea (62,5%). (Cuadro 120)

Cuadro 120: Natalidad según Tipo de parto y grupo de edad. Departamento de Arauca, año 2011

Tipo Embarazo	Múltiple			Simple				Total cesárea	Total parto instrumentado	Total parto espontáneo	TOTAL PARTOS	
	G edad Madre	Cesárea	Espontáneo	Total parto Mult	cesárea	Espontáneo	Instrumentado					Total parto simple
Menor de 15			2	2	54	40	1	95	54 (55,7%)	1(1%)	42 (43,3%)	97
15 – 19	12		6	18	440	757	6	1203	452 (37%)		763 (62,5%)	1221
20-24	8			8	468	786	3	1257	476 (37,6%)	6 (0,5%)	786 (62,1%)	1265
25-29	22		3	25	332	518	2	852	354 (40,4%)	3 (0,2%)	521 (59,4%)	877
30-34	13			13	207	287		494	220 (43,4%)	2 (0,2%)	287 (56,6%)	507
35-39	4			4	102	159		261	106 (40%)		159 (50%)	265
40-44				0	42	43		85	42 (49,4%)		43 (60%)	85
45 y mas				0	4	6		10	4 (40%)			10
Sin inf						4		4	0		4(100%)	4
Total	59	11	70	70	1649	2600	12	4261	1708 (39,4%)	12 (0,3%)	2611(60,3%)	4331

Fuente: EEV UAESA

5.13 Peso al nacer

El bajo peso al nacer (BPN) es uno de los grandes problemas de salud pública, puesto que es un predictor de morbilidad y mortalidad; tanto es así, que diversos estudios han observado que la incidencia mundial de BPN es del 17%, si bien algunas

estimaciones mostraron una proporción en países subdesarrollados que ascendía al 19%¹, frente a cifras muy inferiores en países desarrollados: en Estados Unidos se sitúa alrededor del 7%, en el Reino Unido 6 % y en España en torno al 5%.

Según la OMS, el bajo peso al nacer se da cuando un niño pesa menos de 2,500 g al nacer. Algunas complicaciones o secuelas asociadas al BPN son mayores riesgos de sufrir desnutrición crónica o baja talla para la edad en la primera infancia, en la etapa escolar el rendimiento se verá afectado por fallas en habilidades cognitivas. En la etapa adulta, probabilidades de sufrir diabetes y patologías cardíacas son más elevadas, entre otros.

Dentro del grupo de bajo peso al nacer, se hace distinción de los de Muy bajo peso al nacer (MBPN), estos corresponden a los recién nacidos con menos de 1500g.

En total, se reportaron 232 niños (5,4%) con BPN. Del total de niños con BPN el 57,8% (134 RN) correspondió al género femenino y el 42,2% (98 RN) afecto a los RN de género masculino.

De la cifra anterior, se extrajo la proporción de niños con muy bajo peso al nacer. En total se registraron 24 niños con MBPN; de éstos, 11 RN (45,8%) correspondieron a RN de sexo femenino y 13 a RN de sexo masculino.

La tasa de bajo peso al nacer para el periodo estudiado fue de 53,6 nacidos vivos con bajo peso por cada mil NV.

Los RN con peso adecuado sumaron 3619 correspondientes al 83,9% de todos los NV. De éstos el 50,1% (1813) correspondió a población de sexo masculino.

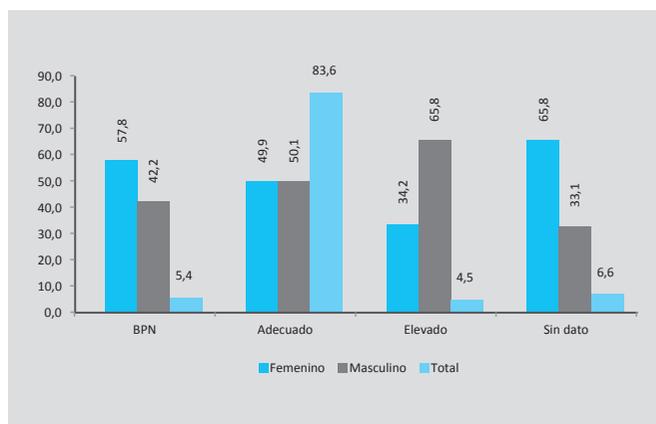
Así mismo, se estimó la frecuencia relativa de los RN con peso elevado al nacer, encontrando un 4,5% del total (196 RN). El 65,8% (129) ocurrió en población de sexo masculino.

En el 6,6% (284) del total de nacimientos no se estableció el peso al nacer; De éstos, el 65,8%; es decir 187 RN fueron de sexo femenino y el 33% (94) fueron RN de sexo masculino, en el 1% de los nacimientos (3 RN) no se registro el sexo del RN. (Grafico 98)

En términos generales, se evidenció que en cuanto a RN con BPN, las mujeres presentaron mayores porcentajes de participación en contraste con mayores porcentajes de RN hombres con peso elevado al nacer.

No se evidenciaron diferencias significativas por sexo en los nacimientos con peso adecuado.

Grafico 98: Distribucion segun PN y sexo Departamento de Arauca, año 2011



5.14 Nacimientos según peso al nacer y Trimestre del embarazo

La prematuridad y el bajo peso han sido definidas como dos de las variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos.

Se calcula que en el mundo nacen al año alrededor de 20 millones de niños con peso menor de 2.500 g. (10 a 20% de los recién nacidos vivos), de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

Ya se expuso anteriormente que la tasa de BPN en el periodo estudiado fue de 53,6 niños con BPN por cada 1000 nacidos vivos.

Se realizó el análisis de las variables: trimestre del embarazo y peso al nacer. Se encontró que de 258 niños pretérmino, 133 correspondientes al 51,6% nacieron con bajo peso y 124 equivalentes a 48,1% presentaron peso adecuado

De los 3783 Recién nacidos a término, 98 niños correspondientes al 2,6% presentaron bajo peso.

Apelando a lo anterior y teniendo presente que estos niños en la mayoría de los casos requieren para su tratamiento de hospitalizaciones prolongadas y costosas, a lo que se debe agregar que un porcentaje de ellos puede quedar con secuelas neurológicas y de otro tipo, especialmente si no han tenido un cuidado adecuado, se hace urgente sea priorizado como un problema de Salud Pública.

Cuadro 121: Nacimientos según peso al nacer departamento de Arauca, año 2011

Peso al nacer		Pretérmino	Termino	Pos termino	Sin dato	Total
BPN	Nacimientos	133	98		1	232
	Porcentaje	51,6	2,6	0,0	0,3	
Adecuado	Nacimientos	124	3490	1	4	3619
	Porcentaje	48,1	92,3	100,0	1,4	
Elevado	Nacimientos		195			195
	Porcentaje	0	5	0	0	
Sin dato	Nacimientos	1			284	285
	Porcentaje	0,4	0,0	0,0	98,3	
Total	Nacimientos	258	3783	1	289	4331
	Porcentaje	100	100	100	100	

Fuente: EEV UAESA

5.15 Nacimientos según pertenencia étnica de la madre

El 4,5% de los nacimientos ocurridos en el periodo evaluado correspondió a niños y niñas indígenas y un 1,2% a afrocolombianos.

La variable pertenencia étnica fue cruzada con el peso al nacer y se encontró que el 64,4% de los recién nacidos indígenas nacieron con peso adecuado. 12,69% registraron bajo peso al nacer y un 2,03% registro muy bajo peso al nacer. Se identificó un 0,5% de NV con peso elevado en este grupo poblacional. En el 29,35% de los casos no se registro el peso.

De los nacidos vivos de afrocolombianos, el 92,31% nació con peso adecuado y un 1,92% con BPN. Se registro un 1,92% con peso elevado.

En la población mestiza (Ninguno, en el cuadro 122), se registro un 85,47% de RN con peso adecuado, 4,5% con bajo peso al nacer y 4,8% con peso elevado.

Cuadro 122: Nacimientos según pertenencia étnica de la madre Departamento de Arauca, año 2011

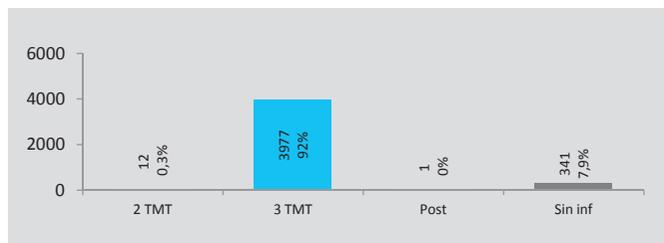
Pertenencia étnica	Casos	Porcentaje
Indígena	197	4,5
Negro(a), mulato(a), Afro Colombiano(a)	52	1,2
Ninguno	4042	93,3
Sin información	40	0,9
Total	4331	100

5.16 Distribución de nacimientos según trimestre del embarazo

El 92% de todos los nacidos vivos tuvo lugar en el tercer trimestre del embarazo. No obstante, un porcentaje de 0,3% lo hizo durante el segundo trimestre. Entre otras cosas, un parto puede ser pretérmino por causas como:

- » La raza, según algunos estudios, los partos pretérmino son hasta tres y cuatro veces más frecuentes en las mujeres de raza negra que en las mujeres de raza blanca.
- » Enfermedades maternas, tipo, hipertensión, cardiopatías o diabetes y, también, si anteriormente ha sufrido partos prematuros o abortos.
- » Las infecciones vaginales y urinarias que no son tratadas adecuadamente. Complicaciones durante el embarazo, sangrados, la preeclampsia, el exceso de líquido amniótico, el desprendimiento de la placenta de la pared uterina o la rotura prematura de membranas; pueden hacer que el parto sea prematuro.
- » La edad y el peso. Es posible que el parto se adelante cuando la embarazada es demasiado joven (tiene menos de 18 años) o es mayor de 40 años.
- » Hábitos poco saludables. Tomar drogas, alcohol, fumar, estrés agudo durante el embarazo aumentan el riesgo de parto pretérmino

Grafico 99: Distribucion nacimientos segun trimestre del embarazo. Dpto Arauca, año 2011



5.17 Talla al nacer

Las tallas al nacer oscilaron entre 30 y 59 centímetros, con un promedio de 49,69 (Desviación Estándar 6,29)

5.18 Resultados de la Evaluación del test de Apgar

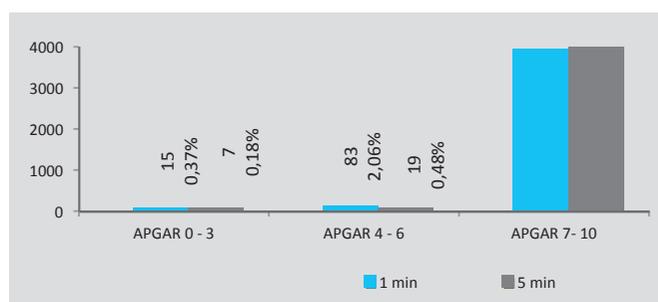
La puntuación Apgar se ha utilizado durante mucho tiempo para definir asfixia perinatal y predecir el pronóstico neonatal y el resultado final del nacido vivo a largo plazo. Las puntuaciones de 0 a 3 por más de 5 minutos, aunque no son diagnósticas en sí, contribuyen a identificar a los niños que pueden haberse afectado por la asfixia perinatal.

El índice de APGAR se basa en un puntaje total de 1 a 10.

- » APGAR de 7 -10 : Recién Nacido vigoroso
- » APGAR de 4 – 6: Medianamente deprimido
- » APGAR de 0 – 3: Recién Nacido intensamente deprimido.

El 97,56% de todos los nacidos vivos objetos de estudio presentaron niveles del APGAR entre 7 y 10. Este es un indicador importante si se tiene en cuenta que cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer.

Grafico 100: Frecuencia resultados test de Apgar al 1min y 5min. Departamento de Arauca, año 2011



6 Componente 6: morbilidad registrada

El análisis de la morbilidad registrada se realizó a partir de la información de los RIPS suministrada por la oficina de sistemas de información de la UAESA y del SIVIGILA. Se efectuó un corte a 31 de diciembre de 2011, de la información que a esa fecha se había grabado en el sistema. Sin embargo, los datos se consolidaron hasta el 31 de enero del 2012, fecha en la cual se extrajeron los consolidados del sistema. Aun así, es posible que exista subregistro no cuantificable de datos que a las fechas citadas no se ingresaron y/o reportaron al sistema de información.

Se realizó el análisis de la morbilidad por los servicios de urgencias, hospitalización, consulta externa y la registrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Se calcularon frecuencias absolutas, relativas y tasas de morbilidad por cada área y por variables de edad y sexo. Los resultados se muestran en cuadros y graficas.

6.1 Morbilidad registrada en el servicio de Urgencia

Urgencia: Se define como la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o una

Fotografía: Pedro Vega

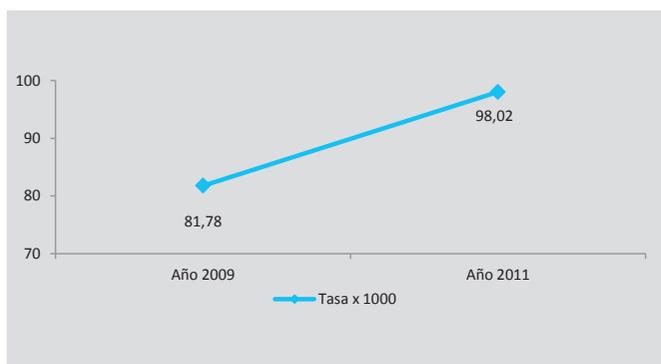
enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o de muerte³⁴.

Atención de urgencias: Conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos y materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias³⁵.

Tasa de morbilidad por urgencias

Se reportaron en el periodo objeto de estudio, 24561 consultas de urgencias. Esto corresponde aproximadamente a 98 consultas de urgencias por cada 1000 habitantes del departamento. La tasa de morbilidad por este servicio en el año 2009 fue de 81,78 x 1000 hab. (Grafico 101)

Grafico 101: Tasa de morbilidad por Urgencias. Departamento de Arauca, años 2009 y 2011



Cuadro 123: Distribución de morbilidad por Urgencias y municipio. Departamento de Arauca, año 2011

Indicador	Departamento	Arauca	Tame	Saravena	Puerto Rondón	Fortul	Arauquita	Cravo Norte
Frecuencia	24561	1142	8362	2917	1328	3177	6449	1186
Porcentaje	100	4,65	34,05	11,88	5,41	12,94	26,26	4,83
Tasa x 1000	98,02	13,69	164,83	63,99	342,09	132,62	163,17	342,58

Fuente: Sistemas de Información – RIPS UAESA

6.1.2 Análisis según grupos de lista 298 modificada

Identificar el grupo con la mayor incidencia de consultas de urgencias permite a las autoridades de salud e instituciones

6.1.1 Morbilidad por urgencias según Municipio

La estimación de la morbilidad se efectuó según clasificación internacional de enfermedades, decima revisión; para lo cual se uso como fuente secundaria las bases de datos obtenidas de los RIPS. Esta información es mensualmente remitida por las IPS del departamento a la Unidad Administrativa Especial de Salud, quien la carga al sistema, a partir de allí se extrajo la información utilizada en el análisis.

El 34,05% de éstos correspondieron a registros del municipio de Tame; en su orden le siguieron los reportados por los municipios de Arauquita y Fortul.

Llama la atención el bajo porcentaje de los registros de los municipios de Arauca y Saravena pues es obvio que estos dos por ser los municipios en los cuales se ubican los dos únicos hospitales de mediana complejidad y actuar como centros de referencia para los demás municipios y además concentrar el 51,47% (33,29% Arauca y 18,19% Saravena) de la población del departamento, debieran reportar el mayor numero de urgencias; sin embargo es muy bajo frente a lo reportado por los demás municipios. (Cuadro 123)

Al analizar la tendencia de las tasas se evidencia de acuerdo a lo reportado, que en municipios como Cravo Norte y Puerto Rondón, se presentaron en el periodo evaluado, alrededor de 343 y 342 consultas de urgencias por cada mil habitantes en esos municipios. Así mismo, los demás municipios excepto los municipios de Arauca y Saravena, superaron la tasa de consulta departamental.

relacionadas, reorientar las políticas de salud tendientes a combatir los factores de riesgo, reducir los casos y evitar complicaciones a partir de acciones definidas y estructuradas basadas en el análisis de la información.

Se realizó la agrupación de los eventos de acuerdo a la lista 298. A esta se le adicono otro grupo relacionado con los

^{18 - 35} Decreto 412 de 1992

factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud, según CIE 10 y se redefinió el nombre del grupo traumatismos por los de causa externa con el objeto de incluir otros eventos de este tipo.

Es apreciable el porcentaje de diagnósticos agrupados en: Las demás enfermedades; para todos los municipios estas superaron los demás grupos. Sin embargo, como estos eventos no orientan a un grupo específico de enfermedad no se tuvo en cuenta para definir la morbilidad por grupos.

El grupo con la mayor carga de morbilidad por urgencias fue el definido como causa externa, (traumatismos, en lista 298). Estos son eventos determinantes en la carga de morbilidad y como se verá más adelante de mortalidad en todos los municipios del departamento. Esto sugiere que las políticas de Salud se formulen teniendo en cuenta esta situación y por tanto en ellas se evidencien acciones para reducir factores de riesgo para tales eventos, especialmente aquellos que son prevenibles. Más adelante, se detallan las patologías que conforman este grupo. Se reportaron 5119 consultas equivalentes a una tasa de 20,42 consultas por cada 1000 habitantes del departamento.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias, fueron el segundo grupo de enfermedades que causó la mayor demanda en los servicios de urgencias. Es ineludible la apremiante necesidad de definir los factores de riesgo para estos eventos; la determinación de éstos rebasa los límites de este trabajo. No obstante, se detallan los eventos que conforman este grupo y se definen condiciones económicas, ambientales y sociales de la población Araucana, lo cual orienta a identificar posibles causas. Determinar los factores de riesgo para luego actuar en la modificación de los mismos, sugiere avances importantes en la probabilidad de enfermar, esto es, sobre las tasas de incidencia de las enfermedades. Se registraron 3848 consultas correspondientes a una tasa de 15,36 x 1000 habitantes.

Los eventos relacionados con el Embarazo, parto y puerperio, fueron el tercer grupo con mayor carga de morbilidad en el servicio de urgencias, con 1541 consultas equivalentes a una tasa de 6,15 x 1000 Mujeres en edad fértil.

En el cuarto lugar, las Enfermedades del aparato circulatorio con 631 registros y una tasa de 2,52 consultas por cada 1000 hab.

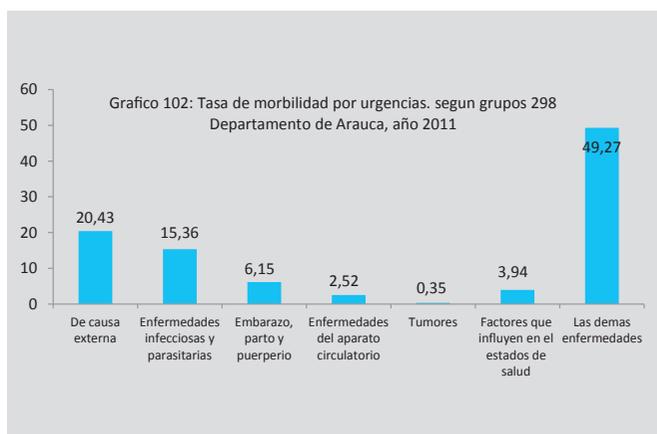
Los Tumores con 88 consultas por el servicio de urgencias fueron determinados como el grupo en el quinto lugar de morbilidad con 0,35 consultas por cada 1000 hab. (Grafico 102)

El grupo de las demás enfermedades fueron responsables de 12349 consultas y una tasa correspondiente a 49.28 x 1000. Aunque este grupo reúne el mayor número de consultas, no se toma como primera causa debido a que agrupa un número disperso de eventos que no orientan a ningún sistema como tal. Por el contrario, en el se encuentran los síntomas, signos y afecciones mal definidas como primera causa dentro de éste.

El grupo definido como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, por no determinar esencialmente entidades morbosas no fue definido como causa de morbilidad. Sin embargo, debido a la importante participación en el servicio de urgencias se deja como referente a ser tenido en cuenta, de manera que se logre con el concurso de toda la red del SGSSS lograr avances importantes en la optimización de la consulta de urgencias o mejor aun del servicio de consulta externa que redunde en la buena utilización de los servicios de urgencias.

El total de consultas por cada enfermedad dentro de un grupo, se encuentran identificadas en el cuadro 124. En este se identifica la sumatoria de cada grupo y además se detalla el número de consultas para cada diagnostico que los conforman, permitiendo a quien haga uso de esta información, acceder de manera más pormenorizada de los motivos por los cuales los Araucanos demandaron los servicios de urgencias.

Grafico 102: Tasa de morbilidad por urgencias. segun grupos 298 Departamento de Arauca, año 2011



Cuadro 124: Morbilidad por Urgencias según lista 298.
Departamento de Arauca, año 2011

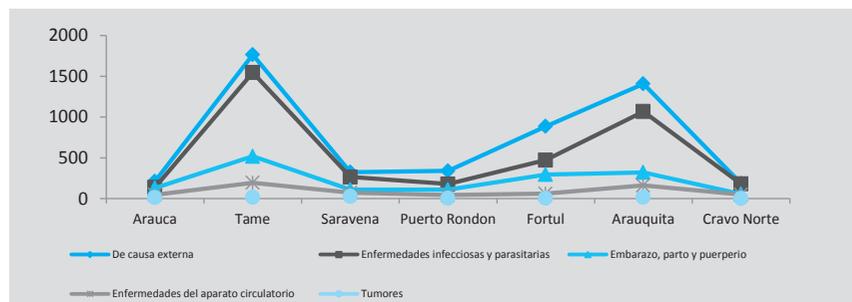
GRUPOS\SUBGRUPOS 298	CANTIDAD	TASA *1000	PORCENTAJE
DE CAUSA EXTERNA	5116	20,42	20,83
Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	2281	9,10	9,29
Traumatismos de la cabeza y cuello	1180	4,71	4,80
Caídas	266	1,06	1,08
Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	237	0,95	0,96
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	229	0,91	0,93
Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumatismos	186	0,74	0,76
Efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural	179	0,71	0,73
Accidentes de transporte terrestre de motor y secuelas	137	0,55	0,56
Envenenamiento y efectos tóxicos	133	0,53	0,54
Quemaduras y corrosiones	95	0,38	0,39
Contacto traumático con animales venenosos	56	0,22	0,23
Secuelas de traumatismos, envenenamientos, y de otras consecuencias de causas externas	31	0,127	0,13
Agresiones violentas	23	0,09	0,09
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	21	0,08	0,09
Intoxicaciones		17	0,07
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	17	0,07	0,07
Complicaciones de la atención medica y quirúrgica	9	0,04	0,04
Resto de causas	19	0,08	0,08
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3848	15,36	15,67
Infecciones de vías respiratorias agudas	2132	8,51	8,68
Enfermedades infecciosas intestinales	1030	4,11	4,19
Otras enfermedades virales	237	0,95	0,96
Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	229	0,91	0,93
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	129	0,51	0,53
Otras enfermedades bacterianas	70	0,28	0,29
Infecciones de trasmisión sexual	13	0,05	0,05
Enfermedades debidas a protozoarios	4	0,02	0,02
Tuberculosis	2	0,01	0,01
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	2	0,01	0,01
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1541	6,15	6,27
Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	856	3,42	3,49
Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	440	1,76	1,79
Embarazo terminado en aborto	198	0,79	0,81
Complicaciones relacionadas con el puerperio	45	0,18	0,18
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	2	0,01	0,01
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	631	2,52	2,57
Enfermedad hipertensiva	341	1,36	1,39
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	116	0,46	0,47
Otras enfermedades del aparato circulatorio	70	0,28	0,29
Enfermedad cerebro vascular	59	0,24	0,24
Enfermedad isquémica del corazón	40	0,16	0,16
Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	5	0,02	0,02
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTOS CON SERVICIOS DE SALUD	988	3,94	4,02
Intervenciones relativas a la reproducción	757	3,02	4,02
Pruebas para aclarar o investigar problemas de salud	98	0,39	3,08

GRUPOS\SUBGRUPOS 298	CANTIDAD	TASA *1000	PORCENTAJE
Consultas	46	0,18	0,40
Contactos y exposición a enfermedades contagiosas	44	0,18	0,19
Historias	23	0,09	0,18
Personas candidatas a cirugía	17	0,07	0,07
Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	3	0,01	0,01
TUMORES	88	0,35	0,36
Tumores benignos	14	0,06	0,06
Tumores malignos de los huesos, del tejido conjuntivo de la piel	12	0,05	0,05
Carcinoma in situ	12	0,05	0,05
Tumores de comportamiento desconocido	12	0,05	0,05
Tumores malignos del labio de la cavidad bucal y de la faringe	11	0,04	0,04
Tumores malignos de los órganos genitourinarios	8	0,03	0,03
Tumores malignos de los órganos digestivos	7	0,03	0,03
Tumores malignos del útero	6	0,08	0,02
Tumores malignos de otros sitios, de sitios mal definidos y de los no especificados	5	0,02	0,02
Tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	4	0,02	0,02
Tumores malignos del sistema nervioso y glándulas endocrinas	2	0,01	0,01
Tumores malignos de la mama	1	0,01	0,01
Tumores malignos del sistema nervioso y glándulas endocrinas	1	0,01	0,01
LAS DEMÁS ENFERMEDADES	12349	49,28	50,28
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4394	17,54	17,89
Enfermedades de otras partes del apto. Digestivo	1639	6,54	6,67
Enfermedades del aparato urinario	1429	5,70	5,82
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	964	3,85	3,92
Otras enfermedades del aparato respiratorio	866	3,46	3,53
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	717	2,86	2,92
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	416	1,66	1,69
Enfermedades del sistema nervioso	406	1,62	1,65
Enfermedades de los órganos Genitales femeninos	321	1,28	1,31
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	288	1,15	1,17
Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	226	0,90	0,92
Trastornos mentales y del comportamiento	161	0,64	0,66
Enfermedades de las vías respiratorias superiores	140	0,56	0,57
Trastornos del ojo y sus anexos	122	0,49	0,50
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	90	0,36	0,37
Enfermedades de los órganos Genitales masculinos	71	0,28	0,29
Resto de causas	99	0,401	0,41
Total	24561	98,02	100

Fuente: Sistemas de información - RIPS, UAESA

Al desagregar la información por municipios se evidencia que estas causas por grupos de morbilidad, se mantienen en el mismo orden en todos los municipios. (Gráfico 103)

Gráfico 103: Distribución de grupos de morbilidad según lista 298 y municipios. Departamento de Arauca, año 2011



6.1.3 Morbilidad por causas (subgrupos lista 298)

La primera causa de morbilidad por urgencias fue debida a **Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores**. Se reportaron por esta casusa 2281 consultas correspondientes a una tasa de 9,10 x 1000 habitantes. El segundo grupo con la tasa más alta de consultas fueron **las Infecciones de las vías respiratorias**, con 2132 registros y una tasa de 8,5 afectados por cada 1000 habitantes del departamento.

Las denominadas **Enfermedades de otras partes del aparato digestivo** fueron responsables de 1639 consultas, correspondientes a 5,54 consultas por esta causa por cada 1000 habitantes. En cuarto lugar, **las Enfermedades del**

aparato urinario, se reportaron 1429 consultas debidas a esta entidad clínica, la cual fue responsable 5,7 consultas en el servicio de urgencias por cada 1000 habitantes.

Se reportaron 1180 consultas por **traumatismos de la cabeza y cuello**, con una tasa de 4,7 por cada 1000 habitantes. Estas cifras la ubicaron en el quinto lugar de morbilidad por este servicio.

El riesgo de sufrir una **Enfermedad infecciosa intestinal** que genere consulta por urgencias fue de 4 por 1000. Se registraron 1030 consultas debidas a esta entidad, ubicándose en el sexto lugar de consulta por urgencias.

En el cuadro siguiente se relacionan las 20 primeras causas de morbilidad por urgencias con sus respectivas tasas y porcentaje.

*Cuadro 125: Morbilidad por urgencias según lista 298.
Departamento de Arauca, año 2011*

Orden	Causa	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje
1	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	2281	9,10	9,3
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	2132	8,51	8,7
3	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	1639	6,54	6,7
4	Enfermedades del aparato urinario	1429	5,70	5,8
5	Traumatismos de la cabeza y cuello	1180	4,71	4,8
6	Enfermedades infecciosas intestinales	1030	4,11	4,2
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	964	3,85	3,9
8	Otras enfermedades del aparato respiratorio	866	3,46	3,5
9	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	856	13,60	3,5
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	717	2,86	2,9
11	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	440	6,99	1,8
12	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	416	1,66	1,7
13	Enfermedades del sistema nervioso	406	1,62	1,7
14	Enfermedad hipertensiva	341	1,36	1,4
15	Enfermedades de los órganos. Genitales femeninos	321	2,58	1,3
16	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	288	1,15	1,2
17	Caídas	266	1,06	1,1
18	Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	237	0,95	1,0
19	Otras enfermedades virales	237	0,95	1,0
20	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	229	0,91B	0,9
20	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	229	0,91	0,9
Subtotal		16504	65,87	67,2
Resto causas		8057	32,15	32,8
Total		24561	98,02	100,0

Fuente: sistemas de información - RIPS, UAESA

6.1.4 Morbilidad por sexo

La estimación de las tasa de morbilidad general por urgencias permitió establecer que esta fue más elevada en las mujeres que en los hombres, durante el año estudiado, se observó que se presentaron alrededor de 107 urgencias en mujeres por cada 1000 mujeres en el departamento, mientras que en el caso de los hombres se registraron alrededor de 90 consultas por cada 1000 hombres. Esto significa un mayor riesgo de enfermar en la población femenina; por lo menos sugiere una mayor sensibilidad de la población femenina hacia los servicios de urgencias.

Al desagregar la morbilidad por causas y por sexos, se identifica que algunas entidades clínicas representan mayores riesgos según se sea hombre o mujer.

Los eventos de mayor riesgo para los hombres fueron:

Traumatismo de los miembros superiores y/o inferiores, estos afectaron alrededor de 13,6 hombres por cada 1000 personas del mismo sexo en contraste con 4,5 mujeres por cada 1000 personas. La relación de consultas hombre / mujer fue aproximadamente de 10:31; es decir, que por cada 10 consultas debidas a esta causa por parte de las mujeres, 31 hombres consultaron por esta misma.

También los hombres presentaron mayor riesgo de sufrir Traumatismos de la cabeza y el cuello. La tasa en este grupo poblacional fue de 6,77 por 1000 mientras que en las mujeres fue de 2,62. La relación de la consulta por esta causa entre hombre y mujeres fue de 26:10. Significa esto que mientras 26 hombres consultaron por esta causa, 10 mujeres también consultaron por esta causa.

En cuanto a las Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, las diferencias y el riesgo también fue mayor en los hombres, por cada 21 hombres se afectaron 10 mujeres.

En cuanto a eventos que representaron mayor riesgo para las mujeres se encuentran:

Las Enfermedades de otras partes del aparato digestivo, las cuales afectaron aproximadamente 8,45 mujeres por cada 1000. La relación de consultas hombre/ mujer fue 6 hombres por cada 10 mujeres.

Las enfermedades del aparato urinario, también representaron mayor riesgo para las mujeres. Esto se explica en parte por que las mujeres tienen ciertos factores de riesgo que las hacen mucho más vulnerables después del año de vida y antes de los 65. Entre ellos, un factor clave en estas diferencias podría ser que la uretra de la mujer es corta, permitiendo así a las bacterias un acceso rápido hasta la vejiga urinaria, además la apertura de la uretra en la mujer está cerca de focos bacterianos, como el ano y la vagina. Aquellas mujeres cuyas parejas usan preservativos con espermicidas tienen tendencia a un crecimiento de la bacteria *Escherichia coli* en la vagina.

La relación de consulta por esta causa fue de 5 hombres por cada 10 mujeres consultando por la misma causa.

También fue mayor el riesgo para las mujeres en el caso de enfermedades del sistema nervioso y de las enfermedades Hipertensivas. En las primeras la tasa en la población femenina fue de 2,27 por 1000 mientras que en los hombres fue de 0,98 por cada 1000 hombres.

Las Enfermedades Hipertensivas afectaron alrededor de 1,62 mujeres de cada 1000. Por cada 7 hombres que enfermaron y consultaron por esta causa, lo hicieron 10 mujeres.

Frente a las Infecciones de vías respiratorias agudas no se establecieron diferencias importantes.

Por su parte, las Infecciones intestinales presentaron igual riesgo en ambos grupos. (Cuadro 126)

*Cuadro 126: Primeras 15 causas de Morbilidad por sexo (lista 298).
Departamento de Arauca, año 2011*

Orden	Causa	Femenino		Masculino	
		Cantidad	Tasa *1000	Cantidad	Tasa *1000
1	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	563	4,53	1718	13,60
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	1.001	8,06	1131	8,95
3	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	1.050	8,45	589	4,66
4	Enfermedades del aparato urinario	954	7,68	475	3,76
5	Traumatismos de la cabeza y cuello	325	2,62	855	6,77

6	Enfermedades infecciosas intestinales	527	4,24	503	3,98
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	393	3,16	571	4,52
8	Otras enfermedades del aparato respiratorio	379	3,05	487	3,85
9	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	856	13,60	Na	Na
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	327	2,63	390	3,09
11	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	440	6,99	Na	Na
12	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	136	1,09	280	2,22
13	Enfermedades del sistema nervioso	282	2,27	124	0,98
14	Enfermedad hipertensiva	201	1,62	140	1,11
15	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	321	2,58	Na	Na
Subtotal		7.755	62,43	7263	57,48
Resto causas		5.492	44,21	4051	32,06
Total		13.247,0	106,64	11314	89,54

Fuente: sistemas de información - RIPS, UAESA

6.1.5 Morbilidad por grupos de edad

En los primeros años de vida hasta la edad de 14, los hombres registraron tasas de morbilidad más elevadas que las mujeres, comportamiento que vuelve a repetirse en el grupo de 65 y más años de edad. La mayor tasa de morbilidad entonces, en el caso de los hombres fue en el grupo de 65 y más años, seguidos de los menores de un (1) año; mientras que en las mujeres, fue a la inversa, en esta población el mayor riesgo fue para los menores de un (1) año y en segundo orden para el grupo de 65 y más años de edad. No obstante, los dos

grupos de edad más vulnerables de enfermar coinciden para ambos sexos.

Si se suman las tasas de consulta de urgencias en menores de cinco (5) años, se obtiene, que estos presentaron para ambos sexos, las mayores tasas de morbilidad por este servicio. Significa esto, la necesidad urgente de fortalecer en los servicios de urgencias de todo el departamento, aquellas actividades relacionadas con la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) e implementarla en aquellas en las cuales no se tiene.

Cuadro 127: Morbilidad por grupos de edad y sexo en el servicio de urgencias. Departamento de Arauca, año 2011

Grupo de edad	Total		Mujeres		Hombres	
	Casos	Tasa x 1000	Casos	Tasa x 1000	Casos	Tasa x 1000
Menor 1	1039	156,71	477	146,95	562	166,08
De 1 - 4	2793	105,04	1258	96,44	1535	113,33
1 a 14	3587	57,34	1620	52,60	1967	61,94
15 a 44	12051	111,04	7339	135,86	4712	86,45
45 a 64	3272	94,76	1729	100,48	1543	89,07
65 y mas	1819	154,91	824	139,54	995	170,46
Total	24561	98,02	13247	106,64	11314	89,54

Fuente: sistemas de información - RIPS, UAESA

Gráfico 104: Tasa de morbilidad por urgencias según sexo y grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011



Morbilidad en menores de 1 año

En este grupo poblacional se reportaron 1039 consultas de urgencias correspondientes a una tasa de 156,71 por 1000 menores de 1 año. De éstas, 477 consultas fueron en población femenina y 562 en población masculina, con tasas de 146,95 y 166,08 respectivamente.

La Infección Respiratoria Aguda fue el evento clínico con mayor peso porcentual en este grupo de edad (40,33%). Se realizaron alrededor de 63,2 consultas por cada 1000 menores en este grupo de edad. Las Enfermedades Infecciosas Intestinales, fueron el segundo grupo de enfermedades de mayor riesgo en este grupo poblacional, se registraron 93 consultas equivalentes a una tasa de 14 por 1000 menores de un año.

*Cuadro 128: Morbilidad por Urgencias en población menor de (1) año.
Departamento de Arauca, año 2011*

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Infección respiratoria aguda	419	63,20	40,33
2	Enfermedades infecciosas intestinales	93	14,03	8,95
3	otras afecciones originadas en el periodo perinatal	47	7,09	4,52
4	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	44	6,64	4,23
5	Enfermedades del aparato urinario	35	5,28	3,37
6	Otras enfermedades del aparato respiratorio	31	4,68	2,98
7	Sepsis bacteriana del recién nacido	26	3,92	2,50
8	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	21	3,17	2,02
9	Otras Enfermedades virales	19	2,87	1,83
10	Otras enfermedades bacterianas	13	1,96	1,25
11	trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	11	1,66	1,06
12	-Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	10	1,51	0,96
13	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	7	1,06	0,67
14	Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y de la	6	0,90	0,58
15	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	4	0,60	0,38
15	retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	4	0,60	0,38
	Subtotal	790	119,16	76,03
	Resto de causas	249	37,56	23,97
	Total	1039	156,71	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad en población de 1 a 4 años de edad

En el grupo de 1 a 4 años, se reportaron 2793 consultas correspondientes a 105,04 por 1000. En las mujeres el número de casos fue de 1258 con una tasa de 96,44 por 1000 y en los hombres se registraron 1535 casos equivalentes a una tasa de 113,33 casos por cada mil mujeres en este grupo de edad.

También en este grupo de edad, tanto las Infecciones Respiratorias Agudas así como las Enfermedades Infecciosas Intestinales fueron las dos primeras causas de consulta por este servicio. Las primeras afectaron aproximadamente a 26,5 menores de cada 1000 en ese grupo de edad; por su parte, las Enfermedades Infecciosas Intestinales presentaron una tasa de consulta de 9,55 por 1000 menores en ese grupo de edad.

*Cuadro 129: Morbilidad por Urgencias en población de 1 a 4 años.
Departamento de Arauca, año 2011*

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Infecciones respiratorias agudas	706	26,55	25,28
2	Enfermedades infecciosas intestinales	254	9,55	9,09
3	Traumatismos de la cabeza y cuello	213	8,01	7,63
4	Otras enfermedades del aparato respiratorio	179	6,73	6,41
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	148	5,57	5,30

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
6	Enfermedades del aparato urinario	93	3,50	3,33
7	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	68	2,56	2,43
8	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	27	1,02	0,97
9	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	27	1,02	0,97
10	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras (A90-A99)	20	0,75	0,72
10	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	20	0,75	0,72
Subtotal		1755	66,00	62,84
Resto de causas		1038	39,04	37,16
Total		2793	105,04	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad en el grupo de 5 a 14 años

En este grupo, aparecen como primera causa de consulta los **traumatismos de miembros superiores y/o inferiores**, los cuales representaron el 14,75% de todas las urgencias en este grupo de edad. Se reportaron 529 casos correspondientes a una tasa de 8,46 por cada 1000 habitantes.

La Infección Respiratoria Aguda, se mantiene como una constante entre las dos primeras causas de morbilidad. Sin embargo, hay que resaltar que significa mayor riesgo para los menores de cinco años. Las tasas de morbilidad en el grupo de menores de un año y aquel comprendido entre 1 y 4 años,

son bastante elevadas comparadas con las tasas de afectación en los demás grupos.

En los menores de 1 año, se registro una tasa de 63,2; en el grupo de 1 a 4 años, la tasa fue de 25,55; en el grupo de 5 a 14, la tasa de IRA fue de 5,63. En el grupo de 15 a 44 se registro una tasa de 3,96, muy similar ésta, a la presentada en el grupo de 45 a 64 años, la cual fue de 3,59. En el grupo de 65 años y mas, la IRA no se ubica dentro de las primeras diez causas de morbilidad; no obstante, encabezan la carga de morbilidad las denominadas otras enfermedades del aparato respiratorio, las cuales dan cuenta especialmente de procesos crónicos.

Cuadro 130: Morbilidad por Urgencias en población de 5 a 14 años.
Departamento de Arauca, año 2011

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	529	8,46	14,75
2	Infección respiratoria aguda	352	5,63	9,81
3	Traumatismos de la cabeza y cuello	268	4,28	7,47
4	Otras enfermedades del aparato respiratorio	184	2,94	5,13
5	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	164	2,62	4,57
6	Enfermedades infecciosas intestinales	147	2,35	4,10
7	Enfermedades del aparato urinario	126	2,01	3,51
8	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	120	1,92	3,35
9	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	66	1,06	1,84
10	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	53	0,85	1,48
Resto de causas		3534	56,50	98,52
Total		3587	57,34	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad en el grupo de 15 – 44 años

Los Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores fueron responsables del 9,75% de las consultas por urgencias en el grupo de 15 a 44 años de edad. Estos presentaron una tasa de 10,83 consultas por cada 1000 personas en este grupo de edad, siendo el grupo con la tasa de consulta más alta por esta causa.

Otro evento de interés en la carga de morbilidad fueron las **Enfermedades de otras partes del aparato digestivo** con 902 consultas y una tasa de 8,31 consultas por cada 1000 personas en este grupo de edad.

Le siguieron las **Enfermedades del aparato urinario** con el 7,17% del total de consultas. Este grupo presentó la segunda tasa más alta de enfermedad por esta causa, después de los de 65 y más años de edad.

Cuadro 131: Morbilidad por Urgencias en población de 15 a 44 años.
Departamento de Arauca, año 2011

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	1175	10,83	9,75
2	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	902	8,31	7,48
3	Enfermedades del aparato urinario	864	7,96	7,17
4	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	627	5,78	5,20
5	Traumatismos de la cabeza y cuello	516	4,75	4,28
6	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	466	4,29	3,87
7	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	432	3,98	3,58
8	Infecciones Respiratorias Agudas	430	3,96	3,57
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	424	3,91	3,52
10	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	421	3,88	3,49
	Resto de causas	11943	110,05	99,10
	Total	12051	111,04	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad en el grupo de 45 a 64 años

En total se registraron 3272 consultas en este grupo de edad.

Las enfermedades de otras partes del aparato digestivo, las del aparato urinario, las enfermedades del sistema osteomuscular y las enfermedades Hipertensivas aparecen como problemas prioritarios en el proceso salud enfermedad.

Es importante tener en cuenta, que la población Araucana tiene factores predisponentes para la aparición de problemas

digestivos, como el uso frecuente de medicamentos analgésicos - antiinflamatorios (AINE), el estrés, el alcohol.

Las enfermedades Hipertensivas tienen una carga importante de morbilidad y esta se relaciona con las estadísticas de mortalidad, donde estas se ubican entre las principales causas. Por lo tanto hay necesidad de priorizar la prevención, control y reducción de complicaciones debidas a hipertensión, entre otros problemas circulatorios.

Cuadro 132: Morbilidad por Urgencias en población de 45 a 64 años.
Departamento de Arauca, año 2011

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	436	12,63	13,33
2	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	295	8,54	9,02
3	Enfermedades del aparato urinario	216	6,26	6,60
4	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	169	4,89	5,17
5	Enfermedad hipertensiva	151	4,37	4,61
6	Otras enfermedades del aparato respiratorio	127	3,68	3,88
7	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	127	3,68	3,88
8	Infecciones respiratorias agudas	124	3,59	3,79
9	Traumatismos de la cabeza y cuello	123	3,56	3,76
10	Enfermedades infecciosas intestinales	107	3,10	3,27
	Resto de causas	3245	93,97	99,17
	Total	3272	94,76	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

Morbilidad en la población de 65 y más años

Además, de lo ya mencionado en el grupo de edad anterior sobre la enfermedad hipertensiva, en la población de 65 y más años de edad tiene importancia la carga de morbilidad aportada por otras **enfermedades del aparato respiratorio**. Estas debidas generalmente a procesos crónicos por exposiciones prolongadas a factores de riesgo, que con el paso de los años ocasionan un deterioro considerable en la calidad de vida de las personas afectadas.

Se reportaron 204 consultas debidas a Otras **enfermedades del aparato respiratorio** con una tasa de 17,37 por cada 1000 personas.

También las **enfermedades de otras partes del aparato digestivo** representaron un alto riesgo para este grupo poblacional afectando aproximadamente a 14 personas por cada 1000 hab en ese grupo de edad.

El riesgo para este grupo también estuvo dado por las **infecciones de vías urinarias**; finalmente este grupo de edad manifiesta en gran porcentaje las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la edad

Cuadro 133: Morbilidad por Urgencias en población de 65 y más años.
Departamento de Arauca, año 2011

	Enfermedad	Cantidad	TASA *1000	PORCENTAJE
1	Otras enfermedades del aparato respiratorio	204	17,37	7,30
2	Enfermedades de otras partes del apto. digestivo	167	14,22	5,98
3	Enfermedades Hipertensivas	160	13,63	5,73
4	Traumatismos de los miembros superiores y/o superiores	122	10,39	4,37
5	Enfermedades del aparato urinario	95	8,09	3,40
6	Infecciones de vías respiratorias agudas	83	7,07	2,97
7	Enfermedades infecciosas intestinales	70	5,96	2,51
8	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	63	5,37	2,26
9	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	60	5,11	2,15
10	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	52	4,43	1,86
	Subtotal	705	60,04	25,24
	Resto de causas	2088	177,82	74,76
	Total	2793	237,86	100

Fuente: Sistemas de Información RIPS - UAESA

6.2 Morbilidad por Hospitalización

En el departamento de Arauca, se reportaron 23964 hospitalizaciones durante el año 2011. De estas, 15201 (63.43%) correspondieron a hospitalizaciones en población femenina y 8763 en población masculina.

6.2.1 Morbilidad por hospitalización según lista 298

Al agrupar las causas de morbilidad en grandes grupos (lista 298), se encuentra que los eventos relacionados con **Embarazo, parto y puerperio** agruparon 4559 hospitalizaciones lo cual corresponde a un 20,02% del total de éstas. La tasa de hospitalización por estas causas fue de 72,44 por cada 1000 Mujeres en edad fértil.

En este grupo de causas la primera fue la referida a la **Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto**. Se reportaron por esta causa 3394 correspondientes a una tasa de 53,93 casos por cada mil mujeres en edad fértil.

Se presentaron cerca de 8,45 hospitalizaciones por cada 1000 mujeres en edad fértil; debidas a **Enfermedad Hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo**. Esta fue la tercera causa de morbilidad en el servicio de hospitalización.

Por su parte las **Enfermedades infecciosas y parasitarias**, fueron el segundo grupo con mayor carga de

morbilidad. Se registraron 2851 hospitalizaciones por esta causa equivalentes a una tasa de 11,38 por cada 1000 habitantes. Dentro de este grupo, la primera causa de hospitalización se debió a las **Infecciones Respiratoria Agudas**, las cuales sumaron 1662 hospitalizaciones. Las **enfermedades infecciosas intestinales** ocasionaron 552 consultas, y fueron la segunda causa de hospitalizaciones. En tercer lugar las **Fiebres virales transmitidas por artrópodos**, especialmente las debidas al **Dengue**, las cuales registraron 236 hospitalizaciones.

Los eventos de **Causa externa** fueron el tercer grupo causante de mayores hospitalizaciones en el departamento en el periodo estudiado. Por esta causa se registraron 2512 hospitalizaciones equivalentes a una tasa de 10 hospitalizados por cada 1000 habitantes del departamento. Dentro de este grupo, se ubico en primer orden las hospitalizaciones ocasionadas por **traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores** quienes a su vez también fueron de las primeras causas de consultas por urgencias. También los **traumatismos de la cabeza y cuello y los que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas** presentaron una importante carga de morbilidad en este servicio.

El grupo de **enfermedades del aparato circulatorio**, ocasionaron 1131 hospitalizaciones y una tasa de 4,5 por 1000. Desagregando las causas que lo integran, se identificó a las **Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón**, como la primera causa de hospitalizaciones en este grupo, le siguió la **enfermedad hipertensiva** la cual ocasiono 264 hospitalizaciones.

Cuadro 134: morbilidad por hospitalización.
Departamento de Arauca, año 2011

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje
Embarazo, parto y puerperio	4559	72,44	20,02
Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	3394	53,93	14,90
Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	532	8,45	2,34
Embarazo terminado en aborto	521	8,28	2,29
Complicaciones relacionadas con el puerperio	106	1,68	0,47
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	6	0,10	0,03
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2851	11,38	7,30
Infección respiratoria aguda	1662	6,63	7,30
Enfermedades infecciosas intestinales	552	2,20	2,42
Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	236	0,94	1,04
Otras enfermedades bacterianas	145	0,58	0,64
Otras enfermedades virales	100	0,40	0,44
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	78	0,31	0,34
Infecciones de trasmisión sexual	31	0,12	0,14

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje
Tuberculosis	23	0,09	0,10
Enfermedades debidas a protozoarios	13	0,05	0,06
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	11	0,04	0,05
De causa externa	2512	10,03	11,03
Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	1190	4,75	5,23
Traumatismos de la cabeza y cuello	433	1,73	1,90
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	161	0,64	0,71
Envenenamiento y efectos tóxicos	155	0,62	0,68
Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	134	0,53	0,59
Quemaduras y corrosiones	128	0,51	0,56
Caídas	80	0,32	0,35
Efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural	65	0,26	0,29
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	54	0,22	0,24
Contacto traumático con animales y/o plantas venenosos	46	0,18	0,20
Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumatismos	31	0,12	0,14
Secuelas de traumatismos, envenenamientos, y de otras consecuencias de causas extremas	19	0,08	0,08
Otras agresiones violentas	9	0,04	0,04
Intoxicaciones	6	0,02	0,03
Accidentes de transporte terrestre de motor y secuelas	1	0,00	0,00
Quemaduras y corrosiones	1	0,00	0,00
Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud	1652	6,59	7,25
Historias	823	3,28	3,61
Intervenciones relativas a la reproducción	657	2,62	2,88
Pruebas para aclarar o investigar problemas de salud	115	0,46	0,50
Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	32	0,13	0,14
Consultas	11	0,04	0,05
Personas candidatas a cirugía	8	0,03	0,04
Contactos y exposición a enfermedades contagiosas	6	0,02	0,03
Enfermedades del aparato circulatorio	1131	4,51	4,97
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	377	1,50	1,66
Enfermedad hipertensiva	264	1,05	1,16
Enfermedad cerebro vascular	190	0,76	0,83
Otras enfermedades del aparato circulatorio	171	0,68	0,75
Enfermedad isquémica del corazón	127	0,51	0,56
Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	2	0,01	0,01
Tumores	521	2,08	2,29
Tumores benignos	309	1,23	1,36
Tumores de comportamiento desconocido	62	0,25	0,27
Tumores malignos del útero	40	0,52	0,18
Tumores malignos de los órganos digestivos	21	0,08	0,09
Carcinoma in situ	19	0,08	0,08
Tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	17	0,07	0,07
Tumores malignos de la mama	16	0,21	0,07
Tumores malignos de los huesos, del tejido conjuntivo de la piel	10	0,04	0,04
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	10	0,04	0,04
Tumores malignos de otros órganos genitourinarios	5	0,02	0,02
Tumores malignos del labio de la cavidad bucal y de la faringe	4	0,02	0,02
Tumores malignos de la próstata	3	0,04	0,01
Tumores malignos de otros sitios, de sitios mal definidos y de los no especificados	3	0,01	0,01

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje
Tumores malignos del sistema nervioso y glándulas endocrinas	2	0,01	0,01
Las demás enfermedades	10738	42,85	47,15
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1829	7,30	8,03
Enfermedades de otras partes del apto. Digestivo	1785	7,12	7,84
Enfermedades del aparato urinario	1622	6,47	7,12
Enfermedades de los órganos Genitales femeninos	772	6,21	3,39
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	557	2,22	2,45
Otras enfermedades del aparato respiratorio	529	2,11	2,32
Trastornos del ojo y sus anexos	447	1,78	1,96
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	444	1,77	1,95
Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	365	1,46	1,60
Enfermedades del sistema nervioso	220	0,88	0,97
Trastornos mentales y del comportamiento	158	0,63	0,69
Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y de la inmunidad	117	0,47	0,51
Enfermedades de los órganos Genitales masculinos	116	0,92	0,51
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	108	0,43	0,47
Anomalías congénitas	98	0,39	0,43
Enfermedades de las vías respiratorias superiores	91	0,36	0,40
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	37	0,15	0,16
Deficiencias de la nutrición	21	0,08	0,09
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1418	5,66	6,23
Residuos	4	0,02	0,02
Total	22775	90,89	100,00

Fuente: sistemas de información - RIPS UAESA

6.2.2 Morbilidad en Hospitalización por SEXO

Al realizar la estimación de las tasas de mortalidad por género es apreciable una diferencia estadísticamente significativa entre la condición de ser masculino frente a la de ser fémina.

La tasa de hospitalización en mujeres fue de 122,37 por cada 1000 mujeres; mientras que en los hombres fue de 69,35 x 1000.

La relación mujer/hombre en las consultas fue de 5:3; es decir, que durante el año 2011, se hospitalizaron aproximadamente 5 mujeres por cada 3 hombres hospitalizados.

Este es un indicador a tener en cuenta, pues es bien sabido que en esta cultura, es la mujer usualmente la responsable de mantener "al día" los hogares. Son responsables de la preparación de los alimentos, de cuidar los hijos, de alistarlos y llevarlos al colegio; además en muchos casos también laboran fuera de casa. La hospitalización en una mujer no solo causa incapacidad para esta y ausentismo laboral o escolar en ella

sino que implícitamente supone una afectación para todos los miembros inmediatos que componen su núcleo familiar.

Morbilidad por Hospitalización en mujeres

La causa con el mayor número de hospitalizaciones en las mujeres del departamento de Arauca, durante el año 2011 fue atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto, registrándose 3394 hospitalizaciones, esto sugiere una tasa de afectación de alrededor de 53,93 mujeres hospitalizadas por esta causa por cada 1000 mujeres en edad fértil en el departamento. En segundo lugar, las enfermedades del aparato urinario con 1059 registros, correspondientes a una tasa de 8,02 por cada 1000 mujeres en el departamento.

Es importante anotar, dentro del grupo de atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y parto, el alto porcentaje de cesáreas que se realizan. Esto, teniendo en cuenta las posibles complicaciones de la intervención para la madre las cuales han sido previamente definidas en este documento.

Para casos de diagnósticos tan puntuales como aquellos relacionados con embarazo parto y puerperio, las tasas de morbilidad no son comparables con las tasas de los demás diagnósticos obtenidos en el caso de las mujeres, pues del denominador de los primeros, sólo hacen parte las mujeres en edad fértil.

En tercer lugar, registraron las **enfermedades de otras partes del aparato digestivo**, con 996 hospitalizaciones, seguidas de aquellas debidas **enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, la Infección respiratoria Aguda** en quinto lugar, y las **enfermedades de los órganos genitales**. (Cuadro 135)

Es importante resaltar, el registro de embarazos terminados en abortos. La importancia radica en el significativo porcentaje de carga de morbilidad cuando se suman todas aquellas debidas a cualquier clasificación de aborto y además, se destaca que el número de abortos (muertes fetales) que se registran por Estadísticas Vitales.

Por otra parte, se menciona que en ninguno de los diferentes sistemas de información del departamento se encontraron casos de interrupción voluntaria del embarazo -IVE, pese a que la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional lleva por lo menos 6 años de vigencia. Esta es concebida como un logro en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por tanto se hace un llamado a que las instituciones de salud y las autoridades respectivas emprendan acciones encaminadas a un mayor seguimiento, vigilancia y control de la aplicación del fallo en mención de la materialización del derecho a la interrupción voluntaria del

embarazo, cuando la mujer se encuentre en cualquiera de las tres hipótesis enunciadas en la parte resolutive del fallo.

Las demás causas de hospitalización en la población femenina se relacionan en el cuadro 135.

Morbilidad por hospitalización en hombres

En el caso de los hombres la primera causa de hospitalización fueron las **enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo** con 1010 registros y una tasa de 7,99 hombres hospitalizados por esta causa por cada 1000 hombres del departamento. En el caso de las mujeres, esta patología ocupó el cuarto lugar de hospitalización.

La **infección de Respiratoria Aguda** que en las mujeres fue la responsables del quinto lugar de hospitalización, en el caso de los hombres ocupó el segundo lugar en esta categorización. Evidenciando así la necesidad de priorizar la prevención y atención de estos eventos en ambos grupos poblacionales.

El análisis detallado de la morbilidad por causas y género, evidenció errores en la codificación de las causas de consulta, por lo que se demanda, mejorar los sistemas de información que brinden datos de calidad y confianza, pues en los registros analizados se encontraron como ocurre en algunas partes del país, registros de partos en hombres. Al realizar la depuración de los datos se evidencia que corresponde a la atención de recién nacidos de sexo masculino que han sido mal codificados con la CIE-10.

*Cuadro 135: Morbilidad por hospitalización.
Departamento de Arauca, año 2011*

Orden	Subgrupos de Enfermedad	Grupo poblacional				Total de atenciones		
		Mujeres	Tasa x 1000	Hombres	Tasa x 1000	Total	Tasa x 1000	Porcentaje
1	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	3394	53,93	NA	NA	3394	53,93	14,16
2	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	819	6,59	1010	7,99	1829	7,30	7,63
3	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	996	8,02	789	6,24	1785	7,12	7,45
4	Infección Respiratoria Aguda	778	6,26	884	7,00	1662	6,63	6,94
5	Enfermedades del aparato urinario	1059	8,53	563	4,46	1622	6,47	6,77
6	Traumatismos de los miembros superiores e inferiores	377	3,03	813	6,43	1190	4,75	4,97
7	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	772	6,21	NA	NA	772	6,21	3,22
8	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	258	2,08	299	2,37	557	2,22	2,32
9	Enfermedades infecciosas intestinales	327	2,63	225	1,78	552	2,20	2,30

10	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	532	8,45	NA	NA	532	8,45	2,22
11	Otras enfermedades del aparato respiratorio	245	1,97	284	2,25	529	2,11	2,21
12	Embarazo terminado en aborto	521	8,28	NA	NA	521	8,28	2,17
13	Trastornos del ojo y sus anexos	238	1,92	209	1,65	447	1,78	1,87
14	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	242	1,95	202	1,60	444	1,77	1,85
15	Traumatismos de la cabeza y cuello	121	0,97	312	2,47	433	1,73	1,81
16	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	165	1,33	212	1,68	377	1,50	1,57
17	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	311	2,50	54	0,43	365	1,46	1,52
18	Tumores benignos	250	2,01	59	0,47	309	1,23	1,29
19	Enfermedad hipertensiva	174	1,40	90	0,71	264	1,05	1,10
20	Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	120	0,97	116	0,92	236	0,94	0,98
21	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	129	1,04	91	0,72	220	0,88	0,92
22	Enfermedad cerebro vascular	69	0,56	121	0,96	190	0,76	0,79
23	Otras enfermedades del aparato circulatorio	121	0,97	50	0,40	171	0,68	0,71
24	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	46	0,37	115	0,91	161	0,64	0,67
25	Trastornos mentales y del comportamiento	103	0,83	55	0,44	158	0,63	0,66
26	Envenenamiento y efectos tóxicos	70	0,56	85	0,67	155	0,62	0,65
27	Otras enfermedades bacterianas	61	0,49	84	0,66	145	0,58	0,61
28	Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	34	0,27	100	0,79	134	0,53	0,56
29	Quemaduras y corrosiones	58	0,47	70	0,55	128	0,51	0,53
30	Enfermedad isquémica del corazón	49	0,39	78	0,62	127	0,51	0,53
Subtotal		12439	100,14	6970	55,16	19409	77,46	80,99
Resto de causas		2762	22,23	1793	14,19	4555	18,18	19,01
Total		15201	122,37	8763	69,35	23964	95,64	100

Fuente: sistemas de información - RIPS UAESA

6.2.3 Morbilidad según sexo y grupos de edad

Las personas en edades extremas como los de 65 y más años y los menores de un (1) año, enfrentaron el mayor riesgo de Hospitalización durante el periodo estudiado.

Al medir el riesgo por sexo y grupo de edad, esta tendencia persiste tanto en hombres como en mujeres. También es evidente que las personas entre los 5 y 14 años, mostraron el menor riesgo de requerir hospitalizaciones, durante el año 2011.

*Cuadro 136: Morbilidad en Hospitalización por grupos de edad y sexo.
Departamento de Arauca, año 2011*

		Menores de 1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	65 y mas	Total
Hombres	Numero	762	1062	1087	3004	1402	1446	8763
	Tasa x 1000	225,18	78,41	34,23	55,11	80,93	247,73	69,35
Mujeres	Numero	692	921	993	9352	2030	1213	15201
	Tasa x 1000	213,19	70,60	32,24	173,13	117,97	205,42	122,37
Total	Numero	1454	1983	2080	12356	3432	2659	23964
	Tasa x 1000	219,31	74,58	33,25	113,85	99,39	226,45	95,64

Fuente: Sistemas de Información RIPS -UAESA

6.2.4 Tasas de Morbilidad en hospitalización por municipios

Al interior de los municipios, se denotaron diferencias importantes. Es así como, la mayor tasa de Hospitalización se dio en el municipio de Saravena, seguido en su orden por los municipios de Arauca y Puerto Rondón. Los dos primeros, son municipios en los cuales se encuentran geográficamente ubicados Hospitales de mediano nivel de complejidad y por tanto reciben pacientes procedentes de otros municipios, incluso de otros departamentos.

*Cuadro 137: Morbilidad en Hospitalización por municipios.
Departamento de Arauca, año 2011*

	Arauca	Tame	Saravena	Araucita	Fortul	Puerto Rondón	Cravo Norte	Departamento
Numero	12200	1132	9138	587	437	288	182	23964
Tasa x 1000	146,23	22,31	200,47	14,85	18,24	74,19	5,26	95,64

Fuente: Sistemas de Información RIPS –UAESA

6.2.5 Infecciones Intrahospitalarias

Una infección nosocomial puede ser entendida como la infección que adquiere un paciente después de estar las primeras 72 horas en el hospital y que no estaba presente en el período de incubación o al ingreso. La literatura expresa que alrededor de un 5 al 10% de los pacientes intrahospitalarios sufrirán una infección nosocomial.

Entre otras cosas, las infecciones nosocomiales en los hospitales aumentan los gastos y reducen la calidad de la asistencia sanitaria. Los costos económicos que conlleva la infección nosocomial suponen gastos extra y se deben al incremento de la estancia del paciente en el centro, a las pruebas complementarias extraordinarias y a la misma infección. Los pacientes adultos hospitalizados en servicios especializados, que desarrollan una infección nosocomial, permanecen ingresados un tiempo 2,5 veces más largo que los que no se infectan.

En el departamento de Arauca, la vigilancia de las infecciones nosocomiales se hace a partir de los Comités de Infecciones Nosocomiales de las IPS Públicas. En el Hospital San Vicente, este comité funciona regularmente desde el año 2006, a través de seguimiento a las infecciones presentadas. La recolección de la información se realiza diariamente, esta es analizada de manera mensual; se ha evidenciado una reducción importante de las nosocomiales en el año 2011, frente a los hallazgos del año 2006 y 2007, soportado en las estadísticas recolectadas. Como factores de riesgo, en el servicio de UCI neonatal y adultos, se determinó que las succiones cerradas disminuyen las infecciones de gérmenes, sustentado esto en que cuando no se manejan de esta manera se aumenta la incidencia.

- » Se han implementado medidas de prevención de las mismas tales como: vigilancia y seguimiento para manejo de pacientes hospitalizados con neumonía mejorando el aislamiento de estos, en el servicio de hospitalización (registra el mayor número de infecciones nosocomiales) se asignó a una enfermera jefe de manera exclusiva para el área administrativa y realización de curaciones; esto afecto positivamente la incidencia de las infecciones nosocomiales.
- » En el año 2009 se realiza esterilización (con matachana) de todo el material de manejo de infecciones respiratorias, el cual antes se manejaba con cidex; secundario a esto, se disminuyó la incidencia de las nosocomiales; su incremento se ha asociado al no uso de material esterilizado (cuando este no es posible usarlo, por falta de formaldehído al 3% y papel biomédico).
- » Se realiza estricta vigilancia para la implementación de medidas de asepsia y antisepsia en todos los servicios; se ha restringido el uso de joyas, implementación de medidas como cabello recogido, uso de tapabocas durante el procedimiento, entre otros.
- » Estricto seguimiento a los cambios del sitio de venopunción a las 72 horas, Aislamiento según condiciones del servicio.

Sin embargo se observa que no hay articulación entre los sistemas de información, pues a nivel departamental no se remite ni se consolida esta información.

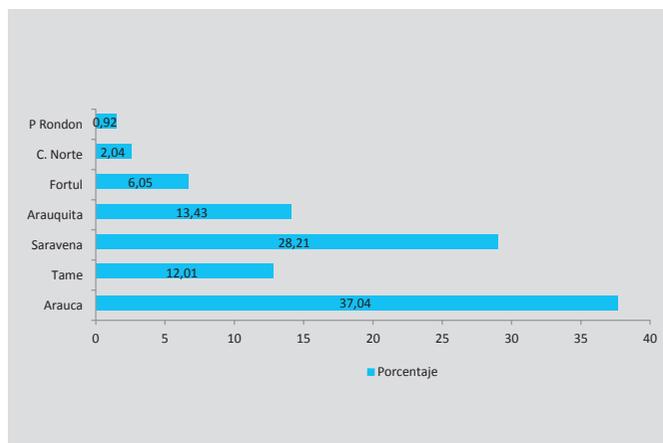
6.3 Consulta Externa

Durante el año 2011 los servicios de salud del departamento de Arauca, registraron un total de 552639 consultas externas. La tasa de consulta fue de 2205.5 consultas por cada 1000 habitantes del departamento. Los datos corresponden a lo ingresado al sistema a fecha 31 de diciembre de 2011, con corte realizado el 31 de enero del 2012, es probable que existan registros de las instituciones, especialmente las públicas, sin ingresar al sistema que por tanto no se verán reflejados en este análisis.

6.3.1 Distribución porcentual de las causas de consulta externa por municipios

Se reportaron 552639 en el departamento de las cuales el 37% fue reportado por el municipio Capital, 28,2% por el municipio de Saravena. Los municipios de Arauquita y Tame representaron el 13,4 y 12% del total respectivamente. (Grafico 105)

Grafico 105: Distribucion porcentual de la Consulta Externa por municipios. Departamento de Arauca, año 2011



6.3.2 Estimación de las tasas de Consulta por municipio

La tasa de Consultas Externas en el departamento fue de 2202,53 consultas por cada 1000 habitantes en el departamento. Esta fue superada por los municipios de Saravena y Cravo Norte, quienes reportaron tasas de 3419,8 y 3254,47 consultas por cada 1000 habitantes. (Grafico 106)

Grafico 106: Tasa de consulta externa por municipios. Departamento de Arauca, año 2011



6.3.3 Morbilidad por causas según sexo

En general se reportaron en este servicio 552639 consultas. El 63,8% correspondió a consultas en la población femenina correspondiendo a una tasas de 2838,75 consultas por cada 1000 mujeres en el departamento. En otras palabras, cada mujer habitante del departamento realizó en promedio 2,8 consultas durante el periodo estudiado.

La relación de consultas hombre/mujer fue de aproximadamente 0,57:1. Dicho de otra manera, por cada 5,7 hombres que consultaron lo hicieron 10 mujeres.

Por su parte, la tasa de consultas en los hombres fue de 1583,02 por 1000.

Las tasas de consultas relacionadas con embarazo, parto y puerperio fueron calculadas a partir de las cifras de Mujeres en edad fértil.

En las listas de las primeras causas de morbilidad por consulta externa se excluyeron aquellos diagnósticos que no se deben a patologías propiamente dichas si no a consultas de primera vez o de seguimiento. En este sentido no se incluyó aquellas definidas como **Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud**. Sin embargo, estos fueron incluidos en el cuadro 139 en el cual se cuantifico y organizó según lista 298, toda la consulta generada en el servicio de consulta externa.

En este sentido, como primera causa de morbilidad, se registraron las **Infecciones Respiratorias Agudas** con el 5,93% de todas las consultas. Se reportaron 32183 consultas lo que significó una tasa aproximadamente 130,83 consultas por cada 1000 habitantes del departamento. Por su parte en la tasa de consulta en las mujeres fue más alta que en los hombres; en las primeras se estimaron 288,81 consultas por cada 1000 mujeres; mientras que en los hombres la tasa de consulta por esta misma causa fue de 115,61 por 1000.

En segundo lugar aparecen las **Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares** con 32088 consultas equivalentes a una tasa de 128 atenciones por cada 1000 habitantes del departamento. Desagregada por sexo, las mujeres demandaron 18876 consultas mientras los hombres lo hicieron con 13212 por la misma causa. Este grupo de enfermedades se desagrega más adelante en este

documento, donde se hace un análisis de acuerdo a códigos con 3 dígitos de la CIE 10.

Las enfermedades Hipertensivas fueron responsables del 5,3% de todas las consultas en este servicio. Se registraron 29279 consultas correspondientes a una tasa de 116,85 consultas por cada 1000 habitantes. El grupo poblacional más afectado fueron las mujeres las cuales presentaron un mayor riesgo de consulta debida a esta causa con una tasa de 149,38 en contraste con la tasa en los hombres que fue de 84,87 por 1000.

En general, las tasas de consultas para casi todas las causas fueron más altas en las mujeres que en los hombres, excepto en las enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas, ubicadas en el noveno lugar de morbilidad y en los eventos de causa externa, además Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón. (Cuadro 138)

*Cuadro 138: Morbilidad por consulta externa.
Departamento de Arauca, año 2011*

Orden	Subgrupos de enfermedad	Grupo poblacional				Total de atenciones		Porcentaje
		Mujeres	Tasa x 1000	Hombres	Tasa x 1000	Total	Tasa x 1000	
1	Infecciones respiratorias agudas	18176	288,81	14607	115,61	32783	130,83	5,93
2	Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	18876	151,96	13212	104,57	32088	128,06	5,81
3	Enfermedad hipertensiva	18556	149,38	10723	84,87	29279	116,85	5,30
4	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	16910	136,13	10464	82,82	27374	109,25	4,95
5	Enfermedades de los órganos genitales femeninos	21143	170,21	NA	NA	21143	84,38	3,83
6	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	9697	78,06	9198	72,80	18895	75,41	3,42
7	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	11691	94,12	6269	49,62	17960	71,68	3,25
8	Enfermedades del aparato urinario	11845	95,36	4702	37,21	16547	66,04	2,99
9	Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	6670	53,70	8673	68,64	15343	61,23	2,78
10	Trastornos del ojo y sus anexos	7444	118,28	5787	45,80	13231	52,80	2,39
11	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	7353	59,19	5533	43,79	12886	51,43	2,33
12	Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	3734	59,33	6983	55,27	10717	42,77	1,94

Orden	Subgrupos de enfermedad	Grupo poblacional				Total de atenciones		Porcentaje
		Mujeres	Tasa x 1000	Hombres	Tasa x 1000	Total	Tasa x 1000	
13	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	5058	40,72	3654	28,92	8712	34,77	1,58
14	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5597	45,06	2912	23,05	8509	33,96	1,54
15	Otras enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3726	30,00	3775	29,88	7501	29,94	1,36
16	Enfermedades infecciosas intestinales	3803	30,62	3389	26,82	7192	28,70	1,30
17	Traumatismos de la cabeza y cuello	1455	11,71	3393	26,85	4848	19,35	0,88
18	Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	2657	21,39	2129	16,85	4786	19,10	0,87
19	Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	4381	17,48	NA	NA	4381	17,48	0,79
20	Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y de la inmunidad	2489	20,04	1331	10,53	3820	15,25	0,69
21	Trastornos mentales y del comportamiento	2306	18,56	1503	11,90	3809	15,20	0,69
22	Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	3420	54,33	NA	NA	3420	13,65	0,62
23	Otras enfermedades virales	1892	15,23	1527	12,09	3419	13,64	0,62
24	Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	1239	9,97	2129	16,85	3368	13,44	0,61
25	Otras enfermedades del aparato circulatorio	2070	16,66	1006	7,96	3076	12,28	0,56
26	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	NA	NA	2741	21,69	2741	10,94	0,50
27	Deficiencias de la nutrición	1806	14,54	814	6,44	2620	10,46	0,47
28	Tumores benignos	1769	14,24	510	4,04	2279	9,10	0,41
29	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	987	7,95	1077	8,52	2064	8,24	0,37
30	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	858	6,91	1151	9,11	2009	8,02	0,36
Subtotal		197202	1587,53	129192	1022,49	326800	1304,23	59,13
Resto de causas		155422	1251,19	70823	560,53	225839	901,30	40,87
Total		352624	2838,73	200015	1583,02	552639	2205,54	100

Fuente: sistemas de información - RIPS UAESA

6.3.4 Causas de consultas por grandes grupos

Hablando de causas de consulta externa sin enmarcarlas dentro del concepto de morbilidad, se tiene que, organizadas por grandes grupos, el denominado **Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud** fue el grupo con mayor número de consultas por este servicio. Se registraron 140543 atenciones con un peso porcentual de 25,43% del total de consultas en todo el departamento.

En el cuadro 139 se detallan los eventos que hicieron parte del grupo. Para cada uno se calcularon frecuencias absolutas y tasas de consulta.

En segundo orden, las **enfermedades Infecciosas y Parasitarias**, las cuales aportaron el 10,77% de todas las consultas. Las **enfermedades del aparato circulatorio** fueron el tercer grupo de eventos con mayor carga de morbilidad en el periodo estudiado, con el 6,56% y una tasa de consulta de 144,6 por 1000. (Cuadro 139)

*Cuadro 139: Causas de Consulta Externa por lista 298.
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupos\subgrupos 298	Cantidad	Tasa *1000	Porcentaje
Factores que influyen en el estado de salud y contactos con servicios de salud	140543	560,90	25,43
Pruebas para aclarar o investigar problemas de salud	76002	303,32	13,75
Intervenciones relativas a la reproducción	42221	168,50	7,64
Consultas	16609	66,29	3,01
Personas candidatas a cirugía	3896	15,55	0,70
Historias	1019	4,07	0,18
Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales	624	2,49	0,11
Contactos y exposición a enfermedades contagiosas	172	0,69	0,03
Enfermedades infecciosas y parasitarias	59517	237,53	10,77
Infecciones respiratorias agudas	32783	130,83	5,93
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y secuelas de las enfermedades infecciosas y parasitarias	12886	51,43	2,33
Enfermedades infecciosas intestinales	7192	28,70	1,30
Otras enfermedades virales	3419	13,64	0,62
Otras enfermedades bacterianas	724	2,89	0,13
Fiebres virales transmitidas por artrópodos y otras	657	2,62	0,12
Infecciones de transmisión sexual	601	2,40	0,11
Enfermedades debidas a protozoarios	539	2,15	0,10
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	538	2,15	0,10
Tuberculosis	178	0,71	0,03
Enfermedades del aparato circulatorio	36232	144,60	6,56
Enfermedad hipertensiva	29279	116,85	5,30
Otras enfermedades del aparato circulatorio	3076	12,28	0,56
Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	2009	8,02	0,36
Enfermedad cerebro vascular	1076	4,29	0,19
Enfermedad isquémica del corazón	682	2,72	0,12
Fiebre reumática y otras enfermedades reumáticas del corazón	110	0,44	0,02
De causa externa	26445	105,54	4,79
Traumatismos de los miembros superiores y/o inferiores	10717	42,77	1,94
Traumatismos de la cabeza y cuello	4848	19,35	0,88
Traumatismos que afectan múltiples regiones del cuerpo y partes no especificadas	3368	13,44	0,61
Traumatismos del tórax, abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis	1449	5,78	0,26
Efectos de cuerpo extraño que penetra por un orificio natural	1355	5,41	0,25
Otras lesiones, complicaciones precoces de los traumatismos	1213	4,84	0,22
Caídas	953	3,80	0,17
Quemaduras y corrosiones	592	2,36	0,11
Envenenamiento y efectos tóxicos	527	2,10	0,10
Secuelas de traumatismos, de envenenamientos, y de otras consecuencias de causas externas	387	1,54	0,07

Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	319	1,27	0,06
Accidentes de transporte terrestre de motor y secuelas	318	1,27	0,06
Contacto traumático con animales y/o plantas venenosas	267	1,07	0,05
Eventos de intención no determinada	74	0,30	0,01
Intoxicaciones	36	0,14	0,01
Otros accidentes de transporte aéreo	11	0,04	0,00
Contacto traumático con objeto cortante	6	0,02	0,00
Quemaduras y corrosiones	3	0,01	0,00
Otros accidentes de tránsito terrestres	2	0,01	0,00
Embarazo, parto y puerperio	8989	142,81	1,63
Atención materna relacionada con el feto y complicaciones del trabajo de parto y del parto	4381	69,60	0,79
Enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio y otros trastornos relacionados con el embarazo	3420	54,33	0,62
Embarazo terminado en aborto	543	8,63	0,10
Complicaciones relacionadas con el puerperio	365	5,80	0,07
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	280	4,45	0,05
Tumores	4749	18,95	0,86
Tumores benignos	2279	9,10	0,41
Tumores de comportamiento desconocido	514	2,05	0,09
Tumores malignos de los huesos, del tejido conjuntivo de la piel	326	1,30	0,06
Tumores malignos de la mama	303	1,21	0,05
Tumores malignos del útero	302	1,21	0,05
Carcinoma in situ	212	0,85	0,04
Tumores malignos de los órganos digestivos	178	0,71	0,03
Tumores malignos de los órganos genitourinarios	161	0,64	0,03
Tumores malignos del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	107	0,43	0,02
Tumores malignos de la próstata	99	0,40	0,02
Tumores malignos del labio de la cavidad bucal y de la faringe	90	0,36	0,02
Tumores malignos del sistema nervioso y glándulas endocrinas	75	0,30	0,01
Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos	66	0,26	0,01
Tumores malignos de otros sitios, de sitios mal definidos y de los no especificados	37	0,15	0,01
Las demás enfermedades	276164	1102,15	49,97
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	66809	266,63	12,09
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	32088	128,06	5,81
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	27374	109,25	4,95
Enfermedades de los órganos Genitales femeninos	21143	84,38	3,83
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	18895	75,41	3,42
Enfermedades de otras partes del apto. Digestivo	17960	71,68	3,25
Enfermedades del aparato urinario	16547	66,04	2,99
Enfermedades de las glándulas endocrinas y metabólicas	15343	61,23	2,78
Trastornos del ojo y sus anexos	13231	52,80	2,39
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	8712	34,77	1,58
Enfermedades del sistema nervioso	8509	33,96	1,54
Otras enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	7501	29,94	1,36
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	4786	19,10	0,87
Enfermedades de la sangre de los órganos hematopoyéticos y de la inmunidad	3820	15,25	0,69
Trastornos mentales y del comportamiento	3809	15,20	0,69
Enfermedades de los órganos Genitales masculinos	2741	10,94	0,50
Deficiencias de la nutrición	2620	10,46	0,47
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	2064	8,24	0,37
Anomalías congénitas	1978	7,89	0,36
Residuos	234	0,93	0,04
Total	552639	2205,54	100

Fuente: sistemas de información RIPS - UAESA



Componente 7: MORTALIDAD



Fotografía: Pedro Vega

La mortalidad es uno de los componentes demográficos que determina la evolución del volumen y estructura demográfica de una población y la herramienta estadística más completa para el análisis del mismo es la tabla de mortalidad. Dicho instrumento permite llevar a cabo análisis temporales y comparaciones espaciales sobre la incidencia del fenómeno con independencia de la estructura por edad de las poblaciones estudiadas.

En la actualidad, el proceso de envejecimiento de la población y su trascendencia en la planificación de los sistemas sanitarios y de seguridad social, así como el creciente interés en la medición de las condiciones de vida de la misma, han incrementado sobremedida el interés por estos resultados.

Para el presente análisis, se realizó la estimación de las tasas brutas de mortalidad a partir de variables de tiempo, espacio y persona y se construyó la tabla de mortalidad con la respectiva esperanza de vida al nacer por sexo y esperanza de vida por grupos de edad.

El análisis de la mortalidad se realizó a partir de los datos registrados en el RUAF (Estadísticas vitales). Actualmente las bases de datos para análisis de información contienen grandes dificultades representadas básicamente por la no codificación de la causa básica y ausencia de pre crítica a los certificados que permitan hacer un mejor filtro y registro de la información.

7.1 Mortalidad General

Se reportaron al RUAF, con corte a 31 de diciembre de 2011, un total de 1332 defunciones entre fetales y no fetales, ocurridas en el departamento de Arauca. En el presente análisis, solo se hará mención de 686³⁶ correspondientes a muertes no fetales.

³⁶ Dato preliminar, con corte realizado a 31 de enero de 2011.

³⁷ Información suministrada por el área de estadísticas vitales de la UAESA

La tasa de mortalidad general por ocurrencia para el departamento de Arauca fue de 2,74 por cada 1000 personas; mientras que en el año 2010, se registraron 945 defunciones³⁷ con una tasa de mortalidad de 3,82 por 1000. Lo anterior indica una reducción porcentual de 28,27% en las tasa de mortalidad general.

7.1.1 Estimación de las tasas por municipio de residencia

Del total de muertes ocurridas en el departamento durante el año 2011, el 25,95% correspondieron a personas residentes del municipio de Tame, el 24,64% a personas del municipio de Saravena; le correspondió un 22,89% a personas residentes del municipio de Arauca y 11,08 a habitantes municipio de Arauquita.

La estimación de las tasas permite identificar a la Población residente del municipio de Saravena con el mayor riesgo de morir con una tasa de 3,7 muertes por cada 1000 habitantes en ese municipio. El segundo municipio de mayor riesgo en el año estudiado fue Tame con 3,5 muertes por cada 1000 habitantes y le siguió Cravo Norte con 3,47 muertes por cada 1000; en Puerto Rondón se registro una tasa de 2,83 por 1000, superando estos municipios la tasa departamental.

Las tasas más bajas o el menor riesgo lo presentó la población del municipio de Arauca con 1,88 muertes por cada 1000 habitantes.

Se presentaron 30 muertes de personas residentes de otros departamentos y en 7 casos no se determino la residencia de estos. (Cuadro 140)

*Cuadro 140: Mortalidad según municipio de residencia.
Departamento de Arauca, año 2011*

Municipio de residencia	Casos	Tasa *1000	Porcentaje
Arauca	157	1,88	22,89
Araucuita	76	1,92	11,08
Cravo Norte	12	3,47	1,75
Fortul	46	1,92	6,71
Puerto Rondón	11	2,83	1,60
Saravena	169	3,71	24,64
Tame	178	3,51	25,95
Sin dato	7		1,02
Otros departamentos	30		4,37
Total	686	2,74	100

Fuente: EEV UAESA

7.1.3 Mortalidad por sexo

El 36,3% del total de muertes ocurrió en mujeres y 63,6% en hombres. La estimación de las tasas de mortalidad según sexo, dan fe de un mayor riesgo de morir en la población masculina. (Cuadro 141)

La relación de mortalidad general hombre / mujer fue de 1:0,6; es decir que fallecieron en el departamento de Arauca 10 hombres por cada 6 mujeres fallecidas en el periodo estudiado. No obstante, al estimar este indicador por probable manera de muerte, se identifican diferencias más marcadas en torno a la mortalidad por causas violentas. En este caso, se registraron 10 muertes en hombres por cada mujer fallecida en ese periodo por causa externa. (Cuadro 143)

Es trascendental traer a colación el hecho de que la relación hombre mujer de nacidos vivos en el departamento es casi de 1:1 Sin embargo, pese a que año a año se han evidenciado diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad por genero, la población proyectada por el Dane se mantiene en un umbral de semejanza que metodológicamente no es explicado especialmente teniendo conocimiento de la situación mencionada.

*Cuadro 141: Mortalidad según sexo
Departamento de Arauca, año 2011*

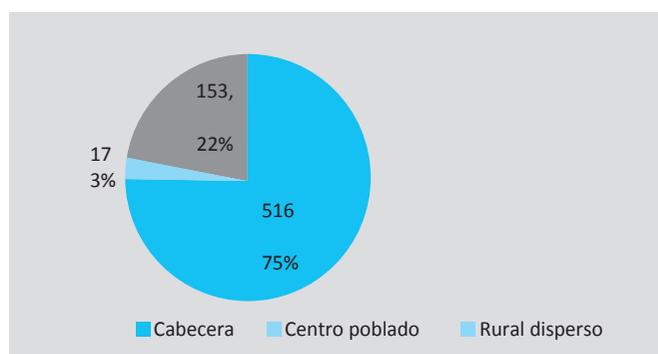
SEXO FALLECIDO	Casos	Tasa x 1000	Porcentaje
FEMENINO	249	2,00	36,30
INDETERMINADO	1	-	0,15
MASCULINO	436	3,45	63,56
Total	686	0,27	100,00

Fuente: EEV UAESA

7.1.2 Mortalidad por área de ocurrencia

El 75,22% de todas las muertes ocurridas en el departamento tuvieron lugar en la cabecera municipal. 22,3% ocurrieron en la zona denominada rural disperso. (Grafico 107)

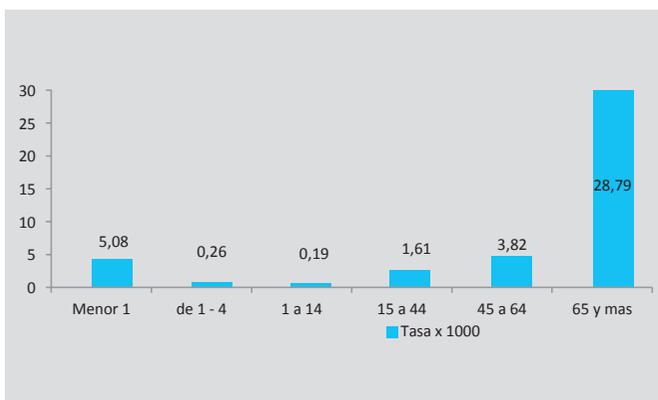
*Grafico 107: Mortalidad según area
Departamento de Arauca, año 2011*



7.1.4 Tasa de mortalidad según grupo de edad

Por grupos de edad se concluye que el mayor riesgo de morir en el departamento de Arauca fue para el grupo de 65 y más años de edad, quienes presentaron una tasa de mortalidad de 28,79 defunciones por 1000 habitantes. Otros grupos de riesgo alto fueron el de menores de un año y el de 45 a 64 años. (Grafico 108)

Grafico 108: Tasa de mortalidad según grupos de edad. Departamento de Arauca, 2011



Pese a que las muertes en los menores de un (1) año correspondieron al 3,06% del total, estos representaron el segundo grupo de mayor riesgo de morir en el departamento de Arauca. Uniendo los grupos de edad de 15 a 44 y el de 45 a 64 años se encuentra un total de 307 defunciones que constituyen una pérdida significativa dado que en general este grupo de edad genera por su trabajo los recursos económicos del sustento del hogar y las familias; bien sean hombres o mujeres. (Cuadro 142)

Cuadro 142: Mortalidad general por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011

Grupo de Edad	Casos	Tasa x 1000	Porcentaje
Menor 1	22	5,08*	3,06
de 1 - 4	7	0,26	1,02
1 a 14	12	0,19	1,75
15 a 44	175	1,61	25,51
45 a 64	132	3,82	19,24
65 y mas	338	28,79	49,27
Total	686	2,74	100

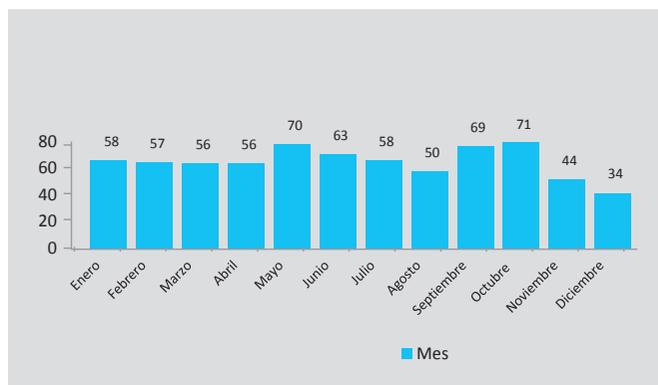
Fuente: EEV UAESA
* Por mil nacidos vivos

7.1.5 Mortalidad según mes de ocurrencia

La distribución en el tiempo de la mortalidad es casi que uniforme. Se evidencia una reducción de los casos en los dos últimos meses del año, diferencia que puede estar dada por la falta de ingreso de registros a las bases de datos por parte de los Hospitales y/o reporte tardío por parte del INMLCF, pues como se describió inicialmente, estos datos corresponden a lo capturado en el sistema hasta 31 enero del 2011 y se sabe que históricamente siempre quedan registros que son ingresados y/o reportados de manera tardía.

Se registran 3 picos así: mayo, septiembre y octubre.

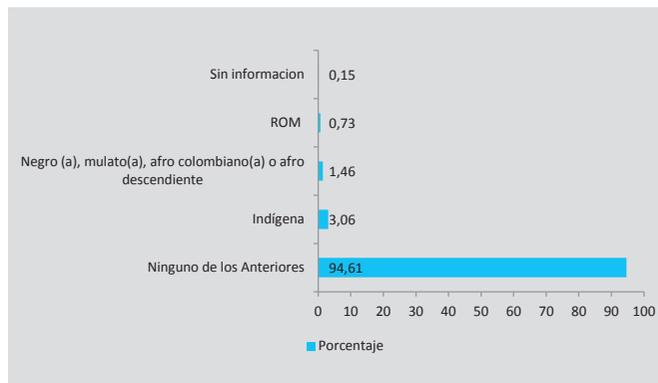
Grafico 109: Distribución de la mortalidad según mes de ocurrencia. Departamento de Arauca, año 2011



7.1.6 Mortalidad según pertenencia étnica

Se reportaron 649 (94,6%) defunciones en personas no clasificadas en los grupos de enfoque diferencial, en el grupo de indígenas las muertes sumaron 20 casos (3,0%) y en afrocolombianos la cifra fue de 10 muertes correspondientes al 1,46% de todas las muertes en el periodo estudiado. (Grafico 110)

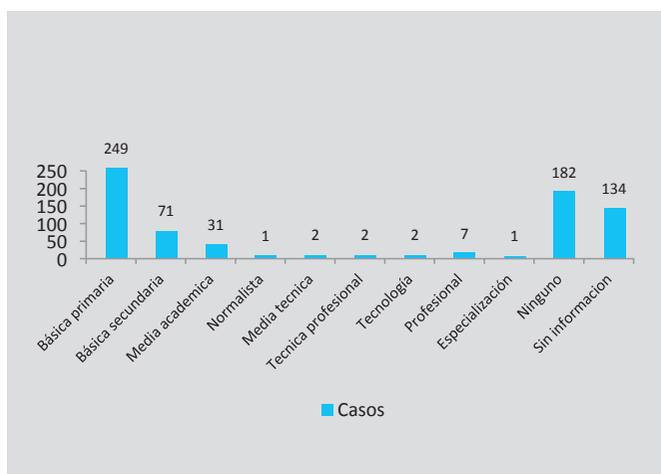
Grafico 110: Mortalidad según pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011



7.1.7 Mortalidad según nivel educativo del fallecido

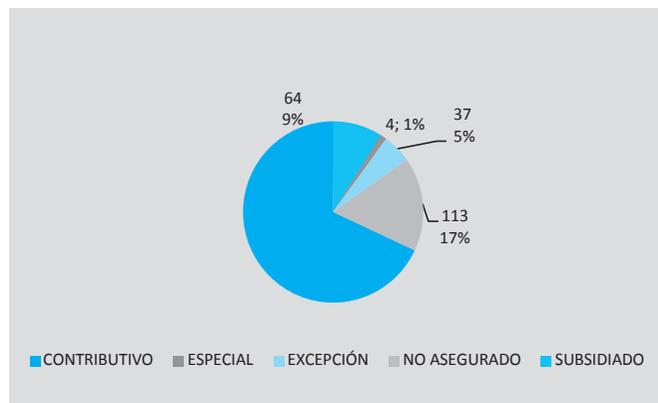
El mayor número de defunciones ocurrió en personas con básica primaria (249) y en aquellas sin ningún tipo de educación (182). Se reporta un importante número de defunciones en las cuales en el registro de defunción no se consigna la variable nivel educativo del fallecido (134).

Grafico 111: Distribución de la mortalidad según nivel educativo del fallecido. Departamento de Arauca, año 2011



El 68% de los fallecidos estaba afiliado al régimen subsidiado, 17% no contaba con ningún tipo de afiliación y el 9% de los casos correspondió a afiliados al régimen contributivo.

Grafico 112: Distribución de la mortalidad por afiliación al RGSSS. Departamento de Arauca, año 2011



7.1.8 Mortalidad por probable manera de muerte

En cuanto a la probable manera de muerte, el 73,62% de las muertes registradas correspondió a muertes naturales, el 24,05% a muertes violentas y el 2,33% permanece en estudio por parte del INMLCF.

Existe una marcada diferencia entre la razón de mortalidad violenta y la mortalidad natural, inclusive con la mortalidad general. Mientras en la primera, la razón es de 6,8:1, en las muertes naturales la razón es de 1,3:1; esta última es igual a la razón estimada en la mortalidad general. Esto es, que por causas violentas mueren alrededor de 68 hombres por cada 10 mujeres; en el caso de las muertes naturales es más estrecho este indicador, ocurren 12 defunciones en hombres por cada 10 defunciones en mujeres. (Cuadro 143)

Cuadro 143: Mortalidad según probable manera de muerte. Departamento de Arauca, año 2011

SEXO FALLECIDO	Violenta		Natural		En estudio		Total		
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Tasa x 1000
Femenino	21	12,73	221	43,76	7	43,75	249	36,30	2,00
Masculino	143	86,67	284	56,24	9	56,25	436	63,56	3,45
Indeterminado	1	0,61	0	-	0	0	1	0,15	
Total	165	100	505	100	16	100	686	100	2,74
Porcentaje	24,05		73,62		2,33		100		
Relación Hombre/Mujer	6,8		1,3		1,3		1,8		

Fuente: EEW UAESA

7.1.9 Mortalidad por causas

El análisis de las causas de mortalidad permite reiterar lo ya mencionado sobre registros pendientes por ingresar al sistema, especialmente aquellos provenientes del INMLCF. Lo anterior fundamentado en los resultados del análisis de la mortalidad violenta del Observatorio de la Convivencia Ciudadana³⁸, quien muestra entre el periodo comprendido entre enero y septiembre de 2011, un total de 103 muertes debidas a homicidios en todo el territorio departamental; cifras que difieren de las registradas a la fecha en el RUAF, y las informadas por el INMLCF a la Unidad Administrativa Especial de Salud.

Como hallazgo importante se resalta la presencia de algunos problemas relacionados con las diferencias de criterios entre los médicos para establecer diagnósticos y la falta de codificación y precritica a los certificados de defunción en los diferentes niveles del SGSSS, se observa en la escritura de las causa básica multiplicidad de formas y ausencia en todos los casos de los códigos CIE 10, dificultando la cuantificación de las mismas.

De los 686 registros de defunción analizados, se determinan como primera causa de muerte los homicidios con 94 registros y una tasa de 0,38 casos por cada 1000 habitantes del departamento.

Al realizar la comparación de las causas de mortalidad entre los años 2009 y 2011, se identifica que el orden de los dos primeros eventos no ha variado en los dos años comparados. Los homicidios para ambos años fueron la primera causa, (276 casos en el año 2009³⁹ y 94 casos en el año 2011) seguidos de la **enfermedad isquémica del corazón**. En el año 2009, la tercera causa de mortalidad fueron los accidentes de tránsito con 50 defunciones; mientras que en el año 2011, este lugar lo ocuparon las **Enfermedades Hipertensivas** con 61 registros.

El cuarto lugar en ambos años fue para las **Infecciones Respiratorias Agudas** con 29 casos en el 2009 y 51 en el año 2011. Sin embargo, pese a estar en la misma posición, es evidente el incremento en las tasas de mortalidad por esta causa. En el año 2009, la tasa estimada fue de 0,19 por 1000 mientras que en el año 2011, esta correspondió a 0,20 por 1000 habitantes.

³⁸ Gobernación de Arauca, Secretaría de Gobierno y Seguridad Ciudadana. Observatorio de la Convivencia Ciudadana Boletín Epidemiológico 2011.

³⁹ Unidad Administrativa Especial de Salud. Perfil Epidemiológico, Departamento de Arauca. Año 2009

Cuadro 144: Mortalidad por causas. Departamento de Arauca, año 2011

Orden	Causa	Cantidad	Tasa x 1000
1	Agresiones (homicidios)	94	0,38
2	Enfermedades isquémicas del corazón	61	0,24
3	Enfermedad hipertensiva	61	0,24
4	Infecciones respiratorias agudas	51	0,20
5	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	45	0,18
6	Insuficiencia cardiaca	38	0,15
7	Otras enfermedades respiratorias	24	0,10
8	Enfermedades cerebrovasculares	24	0,10
9	Diabetes Mellitus	19	0,08
10	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	17	0,07
11	Ahogamiento y sumersión accidentales	15	0,06
12	T. maligno del útero	14	0,06
13	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	13	0,05
14	T. maligno del estomago	10	0,04
15	T. maligno de la tráquea , bronquios y pulmón	8	0,03
Subtotal		494	1,97
Resto causas		192	0,77
Total causas		686	2,74

Fuente: EEV UAESA

7.2 Cuadro de Mortalidad - Esperanza de vida al nacer

La supervivencia humana se relaciona directamente con variados factores sociales, económicos, demográficos, culturales, etc, cada uno de ellos con mayor o menor grado de complicación, sin embargo, lo que no se puede negar es la certeza de que el individuo habrá de fallecer, aunque el momento de la ocurrencia de este hecho está definido por la incertidumbre.

Bajo este punto de vista, el problema de la supervivencia humana es tratado desde la perspectiva del fenómeno de la mortalidad, que da certeza sobre su ocurrencia, aunque enmarcado por la incertidumbre en relación a la edad en que esto suceda o a la supervivencia después de cierta edad.

Existe otra dimensión del análisis de la supervivencia, relacionada al estado o condición en la que se encuentra el individuo al momento de la ocurrencia de la muerte, esto es, las distintas situaciones sociales, económicas o demográficas, que generan diferenciales en la mortalidad de mucho interés en el Análisis Demográfico.

Es necesario resaltar, que la supervivencia de un individuo afecta al tamaño de la población únicamente por la salida de la misma por acción de la mortalidad, y a la estructura por sobrepasar cierta edad, quedando excluida totalmente las variaciones, en estos aspectos, debidas al efecto de los movimientos migratorios, por lo que es necesario considerar a la población en estudio como una Población Cerrada, esto es, no expuesta a los movimientos migratorios o lo que es lo mismo cerrada a las migraciones.

Establecida la certeza del fallecimiento del individuo, queda como única incertidumbre la edad de la ocurrencia de este hecho, la misma que es considerada como una variable aleatoria, esto es que toma un valor numérico para cada uno de los resultados de un experimento aleatorio, en este caso la muerte. Intuitivamente, se puede conceptuar a la variable aleatoria como aquella cuyo valor numérico se determina al azar.

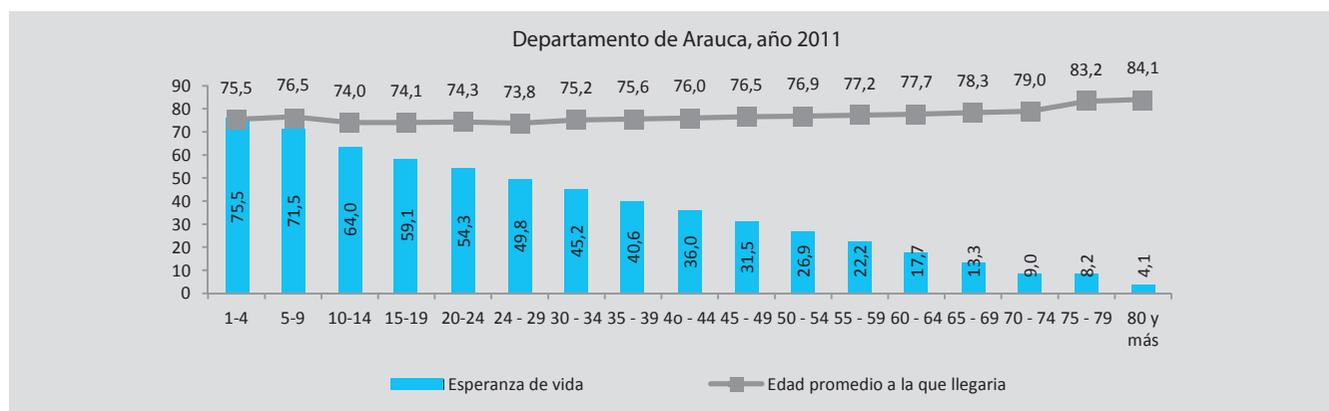
La esperanza de vida indica “el número adicional de años, más allá de la edad actual, que un individuo típico puede esperar vivir si los niveles de vida permanecen constantes.

Aproximaciones al problema

Para el departamento de Arauca en el año 2011, la esperanza de vida al nacer es de 76,2 años, es decir, que los nacidos en el año 2011 vivirán, por término medio de 76,2 años si a lo largo de su vida experimentan las mismas pautas de mortalidad que se registraron en ese año. En el caso de las mujeres la esperanza de vida fue es de 76,36 y en los hombres de 76,07.

Así mismo, se determina que las personas que en el año 2011 tenían un (1) año, vivirán por término medio de 75,5 años más (es decir, llegarían por término medio a los 76,5 años) si en lo que les queda por vivir estuvieran sometidos a las mismas condiciones de mortalidad del año de referencia (2011). En este mismo sentido, quienes en ese año tenían ochenta años (80) años de edad vivirán en promedio 4,1 años más, es decir que llegarían bajo las mismas condiciones de mortalidad a los 84,1 años.

Grafico 113: Esperanza de Vida por grupos de edad
Departamento de Arauca, año 2011



A continuación se presenta la tabla de mortalidad estimada a partir de los datos del año 2011.

*Cuadro 145: Tabla de Mortalidad
Departamento de Arauca, año 2011*

Grupo de Edad	Población	Defunciones	Tasa mortalidad específica	Probabilidad de la defunción	Supervivientes a edad exacta	Fallecidos dentro del IE	Años vividos en la tabla	Tiempo vivido	Esperanza de vida
Menor 1	6498	22	0,00339	0,00338	100000	338,0	99831	7619791	76,20
1 a 4	26271	7	0,00021	0,000843	99662	84,0	398480	7519960	75,5
5 a 9	32944	5	0,00015	0,00075	99578	74,7	497704	7121480	71,5
10 a 14	29609	7	0,00024	0,001199	99503	119,3	497219	6366181	64,0
15 a 19	26167	23	0,00088	0,00449	99384	446,2	495805	5868962	59,1
20 a 24	21213	39	0,00184	0,00896	98938	886,5	492473	5373157	54,3
24 a 29	18347	33	0,0018	0,00896	98051	878,5	488061	4880684	49,8
30 a 34	15293	30	0,00196	0,00995	97173	966,9	483447	4392624	45,2
35 a 39	14316	30	0,0021	0,010445	96206	1004,9	478518	3909177	40,6
40 a 44	13188	20	0,00303	0,014888	95201	1417,4	472462	3430659	36,0
45 a 49	11888	27	0,00227	0,011434	93784	1072,3	466238	2958197	31,5
50 a 54	10042	28	0,00279	0,013903	92711	1288,9	460334	2491959	26,9
55 a 59	7207	37	0,00513	0,025179	91422	2301,9	451357	2031625	22,2
60 a 64	5394	40	0,00742	0,036328	89120	3237,6	437509	1580268	17,7
65 a 69	4116	48	0,01166	0,056838	85883	4881,4	417211	1142759	13,3
70 a 74	3380	70	0,02071	0,098407	81002	7971,2	385080	725548	9,0
75 a 79	2451	71	0,02897	0,135198	73030	9873,6	340468	598064	8,2
80 y más	1795	149	0,08301	0,36853	63157	23275,2	257596	257596	4,1

Fuente de defunciones: EEV
de población: DANE

*Cuadro 146: Matriz de priorización de problemas en salud.
Departamento de Arauca*

Criterios	1. Magnitud del problema		2. Gravedad del daño					3. Efectividad de las medidas de control disponibles		4. Impacto económico	5. Percepción por la comunidad	Total puntos	Prioridad
	1.1 morbilidad	1.2 mortalidad	2.1 letalidad	2.2 incapacidad	2.3 secuelas	2.4 potencial de difusión	2.5 necesidad urgente	3.1 prevención	3.2 tratamiento				
Accidentes de tránsito	3,00	4,00	1,00	1,50	1,30	0,00	1,20	1,30	0,50	7	7	27,80	1
Dificultades de acceso a servicios de salud	3,5	3,5	0,2	1	1	0,1	0,5	2,5	3	6	6	27,30	2
Enfermedades Hipertensivas	4,00	3,50	1,20	1,50	1,50	0,00	1,00	1,50	2,50	5,00	5,00	26,70	3
Agresiones (homicidios)	0,8	4,5	1,5	2	0,5	0,5	2	0,5	0,5	6	3	21,80	4
Mortalidad perinatal	1	4,5	1,5	0,8	0,8	0,3	1	1	0,3	6	3	20,20	5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,00	0,50	0,50	1,00	0,03	1,00	0,50	4,00	3,00	3,50	1,00	19,03	6
Enfermedades isquémicas del corazón	3	2,8	0,8	1	1	0,1	1,2	1	2,5	4	1	18,40	7
Bajas coberturas de vacunación	1,5	1	0,5	0,2	0,2	0	2	5	0	7	1	18,20	8
Infecciones respiratorias agudas	3,00	3,00	0,20	0,50	0,50	1,00	1,00	1,00	2,00	4,00	1,50	17,70	9
Aborto	1,5	1,5	1,2	1,2	1,5	0,01	1	3	2	3	1,5	17,41	10
Sífilis gestacional / congénita	1,5	0,2	0,1	1	1,5	1	1	4	3,5	3	0,5	17,30	11

Criterios	1. Magnitud del problema		2. Gravedad del daño					3. Efectividad de las medidas de control disponibles		4. Impacto económico	5. Percepción por la comunidad	Total puntos	Prioridad
	Problema	1.1 morbilidad	1.2 mortalidad	2.1 letalidad	2.2 incapacitación	2.3 secuelas	2.4 potencial de difusión	2.5 necesidad urgente	3.1 prevención				
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	0,5	2,5	1,5	0,5	0,2	0,01	0,5	2,5	2,5	3	3	16,71	12
Malnutrición	2,3	0,2	0,1	0,7	0,8	0,01	1,3	2	1,7	4	3,2	16,31	13
Altas tasas de morbilidad en población menor de 5 años	3,8	0,4	0,2	0,3	0,6	0,3	1	1,5	2	3	3	16,10	14
Enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares	3,50	0,00	0,00	0,80	0,01	0,20	0,80	2,00	3,50	3,50	1,00	15,31	15
Tumor maligno del útero	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,1	1	3,5	2,5	5	1	15,10	16
Tumor maligno del estomago	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,1	1	3,5	2,5	5	1	15,10	16
Tumor maligno de la tráquea , bronquios y pulmón	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,1	1	3,5	2,5	5	1	15,10	16
Tumor maligno de la mama	0,3	0,5	0,2	0,8	0,2	0,1	1	3,5	2,5	5	1	15,10	16
Violencia intrafamiliar	0,5	0,5	0,2	1	1,2	0,2	1	2	3	4	0,5	14,10	17
Infecciones de vías urinarias y/o otros trastornos del sistema urinario	4,50	0,20	0,01	0,80	0,03	1,00	0,02	1,00	3,50	2,00	0,50	13,56	18
Embarazo en adolescentes	2,00	0,50	0,30	0,70	0,40	0,30	1,00	3,20	1,00	2	2	13,40	19
Calidad del agua	0,5	0,2	0,0001	0,001	0,01	0,01	0,5	1	4	4	2,5	12,72	20
Eventos inmunoprevenibles	0,5	0,1	0,1	0,8	0,01	1,6	1	3,8	1,8	1	1	11,71	21
VIH	0,5	0,2	0,3	0	0,2	1	0,8	2	2	3	1	11,00	22
Insuficiencia cardiaca	1,5	1,5	1	0,5	0,2	0	1	0,5	0,3	3,5	1	11,00	22
Enfermedades transmitidas por vectores	0,5	0,3	0,001	0,02	0,02	0,5	0,5	2	1	3,5	2,5	10,84	23
Enfermedades del aparato urinario	1,00	0,50	0,00	0,90	0,90	0,80	0,40	0,40	3,00	1,50	1,00	10,40	24
Parto por cesárea	3,00	0,02	0,02	0,50	0,02	0,00	0,30	0,10	0,01	5,00	0,50	9,47	25
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2,00	0,01	0,01	1,20	0,50	0,10	0,10	1,30	2,00	1,00	1,00	9,22	26
Traumatismos miembros superiores y/o inferiores	3,00	0,50	0,20	1,00	1,00	0,30	0,20	0,20	1,20	1,00	0,40	9,00	27
Anemias	0,5	0,2	0,001	0,01	0,2	0,01	0,8	2	2	2,2	1	8,92	28
Gastritis y duodenitis	4,20	0,10	0,01	0,50	0,03	0,00	0,02	1,00	1,00	1,00	0,50	8,36	29
Accidente ofídico	0,2	0,02	0,1	0,1	0	0	0,2	0	2	3	2,5	8,12	30
Tuberculosis	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2	0,3	0,3	1	1,5	1	1	6,40	31
Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	1,30	0,40	0,00	0,80	0,80	0,80	0,20	0,40	0,50	0,80	0,20	6,20	32
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	1,00	0,00	0,00	0,40	0,40	0,20	0,20	0,20	1,00	1,00	0,10	4,50	32
Intoxicaciones alimentaria	0,2	0	0,1	0,1	0,01	0,1	0,1	1	1	0,5	0,5	3,61	34
Hepatitis b	0,2	0,01	0,1	0,01	0,1	0,1	0,1	0,5	0,01	1,5	0,5	3,13	35
Accidente rábico	1	0,001	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,5	3,00	36

Fuente: RIPS, ESTADÍSTICAS VITALES, SIMGILA, ASIS DPTAL

Discusión

Si partimos de la base de que la acumulación de condiciones económicas, sociales y culturales negativas y la falta de recursos fundamentales contribuyen a la desigualdad en el estado de salud y a la inequidad en servicios de salud, vamos a estar de acuerdo en que promover, conservar, restaurar la salud y reducir las consecuencias de enfermedad, demanda el concurso no solo del sector de salud sino de todos los sectores que interactúan recíprocamente y cuya suma constituyen los elementos, acciones y servicios necesarios para el desarrollo humano. Es por ello que es inexcusable la formulación e implementación de políticas públicas que de manera articulada optimicen recursos y logren abordajes de problemas estructurales más allá de los simples cambios coyunturales que resuelven a corto plazo una enfermedad pero que no combaten los factores que predisponen a la población para la aparición de las mismas.

La formulación de políticas públicas debe incluir medidas para reducir la pobreza, mejorar la equidad, la cultura ciudadana, y el medio ambiente, buscando modificar la calidad de vida, las condiciones sociales y no sólo los estilos de vida de los Araucanos.

Es objetivo primordial de todas las instituciones de salud en el mundo y por supuesto del Departamento de Arauca, aumentar la expectativa de vida sana de la población y la disminución de las inequidades en salud existentes a la fecha. Propósitos que no serán posibles insistimos sin el concurso de todos los sectores e instituciones y las colectividades de manera activa y consciente en las decisiones

Eliminar barreras de acceso a los servicios de salud, no corresponde exclusivamente al sector salud, en este sentido en el caso del estado de la vías que ocasiona demoras, debe ser abordado desde infraestructura.

En el tema de disminución de factores de riesgo, se demanda igualmente la Intersectorialidad. En el caso de; la eliminación de criaderos de mosquito transmisor de dengue, es importante por ejemplo la participación del sector servicios públicos en garantizar el suministro diario de agua de tal manera que se disminuya la necesidad de almacenar grandes cantidades en recipientes que actúan como criaderos de mosquitos. Así mismo, la participación de educación en la sensibilización a la población escolar

para el reconocimiento y eliminación de los diferentes factores de riesgo al interior de los hogares.

En el tema de eliminación de roedores indistintamente los gobiernos municipales juegan un papel determinante, en la conservación de lotes baldíos que se convierten en potenciales criaderos.

Educación es un sector determinante en el empoderamiento de la comunidad escolarizada, buscando población mejor educada y por tanto con prácticas de autocuidado y disminución de factores de riesgo. Se ha detectado a partir del programa de Salud Mental de la UAESA (aunque no visibles en los sistemas de información en salud) una marcada problemática de explotación sexual, pérdida de valores en los adolescentes, pandillas, entre otros que deben ser abordados intersectorialmente con vinculación de los padres de familia en la búsqueda de soluciones efectivas. Es aquí cuando se reclama la solución de problemas y condicionantes estructurales.

Es de suma importancia, la integración de los sistemas de información que utiliza el sector salud, que den cuenta de todas las áreas y de la verdadera problemática del proceso salud enfermedad. Así mismo, la necesidad irrestricta de incluir el componente de atención a grupos prioritarios, esto en concordancia con la entrada en vigencia de la ley de infancia y adolescencia, sentencia C-355, T-25, auto 382, entre otros. Actualmente, el sistema de información en el departamento no permite identificar o desagregar información para responder a estas necesidades y/o requerimientos y hay serias falencias con la información reportada en cuanto a calidad del dato, oportunidad y veracidad.

La integración de los sistemas de información debe ir acompañada de la sensibilización y la promoción de una cultura para su buen uso. Así como de educación al personal médico que elabora el diagnóstico para reducir aquellos registros definidos como signos, síntomas y afecciones mal definidas y que al momento de construir perfiles epidemiológicos no permiten identificar la verdadera carga de morbilidad y mortalidad de las poblaciones. Corresponde a toda la red prestadora, garantizar calidad y oportunidad de la información.

El ente departamental debe realizar proyectos bajo los principios de complementariedad, subsidiariedad y concurrencia según lo

establece la norma. Esto, en atención a dificultades expresadas desde los niveles municipales en cuanto los proyectos del nivel departamental no son articulados y en ocasiones entran en conflictos con los objetivos de los entes municipales. Vale traer a colación los proyectos dirigidos a población pobre y vulnerable (maternas), en los cuales se dan diversos estímulos a las personas por permanecer en ellos, desfavoreciendo la afiliación al sistema de seguridad social, y “promoviendo” inclusive de manera indirecta la desvinculación del mismo. Si bien es cierto, es necesario el cubrimiento y atención a dicha población, los proyectos deben ser formulados de manera tal que una vez se canalice e identifique a la persona sin afiliación se garantice inmediatamente la afiliación al mismo.

En cuanto a coberturas en Salud Pública (Vacunación, Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; controles prenatales, de crecimiento y desarrollo, Planificación Familiar, entre otros), el ente departamental y los municipios deben definir medidas de choque que permitan mejorar los críticos indicadores obtenidos en el año 2011, los cuales se agudizan con el pasar de los años.

Se evidencia la baja capacidad instalada de la red de servicios; igualmente es perceptible el no cumplimiento de requisitos mínimos en la prestación de servicios de las IPS del departamento. Hay necesidad urgente de que se destinen recursos y se fortalezca el área de Habilitación a nivel departamental; muchas IPS no cumplen y el departamento no cuenta con personal suficiente para la verificación de éstos.

El parque automotor de la red de prestación de servicios está en muy malas condiciones, es insuficiente para cubrir las necesidades de la región y podría incluso afirmarse, por ejemplo, que representa más riesgo poner en funcionamiento las ambulancias de la ESE Moreno y Clavijo que dejar de usarlas.

Las políticas públicas, los programas y proyectos deben ser formulados partiendo de las realidades de las poblaciones fundamentados en análisis integrales de la situación de salud, por tanto no es comprensible que se formulen estos sin tener en cuenta el proceso salud enfermedad de una región.

Índice de cuadros

Cuadro 1:	Festividades. Departamento de Arauca.	Página 12	Cuadro 37:	Capacidad Instalada – Hospital San Antonio. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 46
Cuadro 2:	Distribución de la población por área.	Página 13	Cuadro 38:	Servicios Habilitados ESE Alvarado y Castilla.	Página 47
Cuadro 3:	Distribución de la población por sexo. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 14	Cuadro 39:	Servicios Habilitados Centro de Salud el Bosque.	Página 47
Cuadro 4:	Población por municipios y años. Departamento de Arauca, años 2000 - 2011.	Página 15	Cuadro 40:	Servicios Habilitados Centro de Salud Meridiano 70.	Página 47
Cuadro 5:	Estimaciones de población según censo DANE 2005 por Sexo y Grupos quinquenales de edad. Departamento de Arauca, año 2011-	Página 16	Cuadro 41:	Servicios Habilitados Centro de Salud Miramar.	Página 48
Cuadro 6:	Distribución de la población de Niños, Niñas y Adolescentes. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 17	Cuadro 42:	Servicios Habilitados Centro de Salud Unión.	Página 48
Cuadro 7:	Índice de dependencia económica. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 21	Cuadro 43:	Servicios Habilitados C. Salud Bocas del ELE.	Página 48
Cuadro 8:	Población en situación de Desplazamiento por municipio de declaración. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 22	Cuadro 44:	Servicios Habilitados C. de Salud Feliciano.	Página 48
Cuadro 9:	Población en situación de Desplazamiento por municipio de declaración. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011.	Página 22	Cuadro 45:	Servicios Habilitados C. de Salud el Caracol.	Página 48
Cuadro 10:	Población en situación de Desplazamiento por municipio de Expulsión. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011.	Página 22	Cuadro 46:	Capacidad Instalada Red Pública. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 48
Cuadro 11:	Población escolarizada por sector educativo, nivel educativo y género. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 24	Cuadro 47:	Recurso Humano IPS. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 50
Cuadro 12:	Población escolarizada por sector educativo, nivel educativo y género. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 24	Cuadro 48:	Distancias y tiempos de la jurisdicción sanitaria de la red. Departamento de Arauca.	Página 51
Cuadro 13:	Recursos Asignados al SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 28	Cuadro 49:	Red Externa de Prestadores de Servicios de Salud - Departamento de Arauca, año 2011.	Página 52
Cuadro 14:	Cobertura en el Sistema General de Seguridad Social. Departamento de Arauca, AÑOS 2008 – 2011.	Página 29	Cuadro 50:	Red Interna de Referencia y Contra referencia - Departamento de Arauca, año 2011.	Página 52
Cuadro 15:	Cobertura en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 29	Cuadro 51:	Red alterna para el Suministro de Medicamentos. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 53
Cuadro 16:	Afiliados al Régimen Subsidiado por municipio y EPS. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 30	Cuadro 52:	Contratos con la Red Prestadora. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 53
Cuadro 17:	Asegurados al Régimen Contributivo. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 31	Cuadro 53:	Distribución casos de Parotiditis. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 61
Cuadro 18:	Distribución de IPS Publicas según Municipio donde presta servicios. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 32	Cuadro 54:	Distribución casos de Tos Ferina. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 62
Cuadro 19:	Prestadores de servicios de salud. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 33	Cuadro 55:	Muertes perinatales según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 66
Cuadro 20:	Servicios Habilitados, Hospital San Vicente, año 2011.	Página 34	Cuadro 56:	Muertes perinatales según sitio donde ocurrió el hecho. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 66
Cuadro 21:	Capacidad Instalada – Hospital San Vicente de Arauca. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 36	Cuadro 57:	Muertes perinatales según nivel educativo de la madre. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 66
Cuadro 22:	Servicios Habilitados, Hospital de Sarare, 2011.	Página 37	Cuadro 58:	Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 67
Cuadro 23:	Capacidad Instalada – Hospital de Sarare. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 38	Cuadro 59:	Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 67
Cuadro 24:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Lorenzo. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 40	Cuadro 60:	Muertes perinatales. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 68
Cuadro 25:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Ricardo Pampuri. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 40	Cuadro 61:	Muertes infantiles según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 69
Cuadro 26:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Centros y Puestos de Salud Municipio de Arauca. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 41	Cuadro 62:	Muertes infantiles por causas. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 70
Cuadro 27:	Servicios Habilitados ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Francisco. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 42	Cuadro 63:	Muertes menores 5 años, según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 70
Cuadro 28:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Puestos de Salud, Municipio de Fortul. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 42	Cuadro 64:	Muertes de menores de 5 años por causas. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 71
Cuadro 29:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San José. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 43	Cuadro 65:	Indicadores de Salud Infantil. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 72
Cuadro 30:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Juan de Dios. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 43	Cuadro 66:	Mortalidad Materna según causas. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 74
Cuadro 31:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Hospital San Antonio. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 44	Cuadro 67:	Situación Actual del VIH en el Departamento de Arauca, año 2011.	Página 76
Cuadro 32:	Servicios Habilitados, ESE Moreno y Clavijo: Puestos de Salud Municipio de Tame. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 44	Cuadro 68:	Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 79
Cuadro 33:	Capacidad Instalada – Hospitales San Lorenzo Pampuri. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 45	Cuadro 69:	Morbilidad en Cavidad Bucal de las glándulas salivales y de los maxilares. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 81
Cuadro 34:	Capacidad Instalada – Hospital San José de Cravo Norte. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 46	Cuadro 70:	Indicadores de Salud Oral. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 81
Cuadro 35:	Capacidad Instalada – Hospital San Francisco de Fortul. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 46	Cuadro 71:	Mortalidad agrupada en 298 causas, por grupos de diagnósticos de TMC, atendida por tipo de servicio. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 83
Cuadro 36:	Capacidad Instalada – Hospital San Juan de Dios. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 46	Cuadro 72:	Trastornos Mental y del comportamiento en el servicio de consulta externa, por sexo. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 83
			Cuadro 73:	TB Pulmonar y TB Extra pulmonar por genero y año. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 84
			Cuadro 74:	Distribución casos de TB. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 85
			Cuadro 75:	Distribución casos de TB. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 85
			Cuadro 76:	Distribución casos de lepra. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 86
			Cuadro 77:	Indicadores de Enfermedades transmisibles y las zoonosis. Departamento de Arauca, año 2011.	Página 90

Cuadro 78:	Población con Discapacidad según municipio. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 112:	Natalidad según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 79:	Población con registro para la localización y caracterización de las personas con Discapacidad según afiliación y SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 113:	Tasas de natalidad por sexo. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 80:	Causas de consulta externa por lista 298. Población en condición de Desplazamiento. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 114:	Natalidad según área de ocurrencia. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 81:	Causas de Consulta Externa por municipios. Población en la situación de Desplazamiento. Departamento de Arauca, año 2011. ...	Cuadro 115:	Natalidad según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 82:	Morbilidad por urgencias en población en situación de desplazamiento. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 116:	Nacimientos según número de emb y edad de la madre. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 83:	Morbilidad por causas en menores de un año, población en situación de desplazamiento. Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 117:	Natalidad según afiliación al SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 84:	Morbilidad por causas, población en situación de desplazamiento. Grupo de 1 a 4 años por Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 118:	Natalidad según numero de CPN. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 85:	Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento. Grupo 5 a 14 años por Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 119:	Nacimientos según sitio de parte y personal que atiende. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 86:	Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento. Grupo de 15 a 44 años por Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 120:	Natalidad según Tipo de parto y grupo de edad. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 87:	Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento. Grupo de 45 a 64 años por Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 121:	Nacimientos según peso al nacer. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 88:	Morbilidad por causas. Población en situación de desplazamiento. Grupo de 65 y mas años por Urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 122:	Nacimientos según pertenencia étnica de la madre. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 89:	Resguardos Indígenas. Departamento de Arauca.	Cuadro 123:	Distribución de morbilidad de Urgencias y municipio. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 90:	Prevalencia de DNT en menores de 4 años. Departamento de Arauca.	Cuadro 124:	Morbilidad por Urgencias según lista 298. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 91:	Indicadores ENSIN 2010.	Cuadro 125:	Morbilidad por urgencias según lista 298. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 92:	Comparativo de DNT y exceso de peso en niños u adolescentes de 5 a 17 años. Departamento de Arauca.	Cuadro 126:	Primeras 15 causas de Morbilidad por sexo (lista 298). Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 93:	Prevalencia de DNT, normalidad y exceso de peso en adultos de 18 a 64. Departamento de Arauca.	Cuadro 127:	Morbilidad por grupos de edad y sexo en el servicio de urgencias. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 94:	Indicador talla para la edad. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 128:	Morbilidad por Urgencias en población menor de (1) año. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 95:	Frecuencia DNT crónica o retraso en talla indicados talla/edad. Población Indígena de 0 a 6 años. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 129:	Morbilidad por Urgencias en población de 1 a 4 años. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 96:	Indicados P/E. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 130:	Morbilidad por Urgencias en población de 5 a 14 años. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 97:	Frecuencia DNT global indicador peso/edad. Población indígena de 0 a 5 años. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 131:	Morbilidad por Urgencias en población de 15 a 44 años. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 98:	Indicador Peso/Talla. Departamento de Arauca, año 2011. ..	Cuadro 132:	Morbilidad por Urgencias en población de 45 a 64 años. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 99:	Frecuencia DNT aguda indicador peso/talla general de 0 a 5 años. Denominación Porcentaje Frecuencia.	Cuadro 133:	Morbilidad por Urgencias en población de 65 y mas años. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 100:	Estado Nutricional de gestantes beneficiarias del proyecto de seguridad alimentaria y nutricional. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 134:	Morbilidad por hospitalización. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 101:	Indicadores de Acueductos y Alcantarillados. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 135:	Morbilidad por hospitalización. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 102:	Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA por muestra y el IRCA mensual y las medidas que deben adelantarse.	Cuadro 136:	Morbilidad en Hospitalización por grupos de edad y sexo. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 103:	Índices de Riesgo Abastecimiento de Agua y Buenas Prácticas Sanitarias de las Personas Prestadoras Departamento de Arauca, año 2011. ..	Cuadro 137:	Morbilidad en Hospitalización por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 104:	Morbilidad comparada por Enfermedad Diarreica Aguda por municipio. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 138:	Morbilidad por consulta externa. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 105:	Morbilidad comparada por Enfermedad Diarreica Aguda por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 139:	Causas de Consulta Externa por lista 298. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 106:	Intoxicación por plaguicidas por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 140:	Morbilidad según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 107:	Enfermedad Transmitida por Alimentos por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 141:	Morbilidad según probable manera de muerte. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 108:	Red de laboratorios del Departamento de Arauca, año 2011. ..	Cuadro 142:	Morbilidad general por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 109:	Casos confirmados de Enfermedades de interés en Salud Publica. Laboratorio de Salud Pública Fronterizo, año 2011.	Cuadro 143:	Morbilidad según probable manera de muerte. Departamento de Arauca, año 2011.
Cuadro 110:	Eventos de Notificación por municipios - Departamento de Arauca, año 2011.	Cuadro 144:	Mortalidad por causas. Departamento de Arauca, año 2011. ..
		Cuadro 145:	Tabla de Mortalidad. Departamento de Arauca, año 2011.
		Cuadro 146:	Matriz de priorización de problemas en salud. Departamento de Arauca.

Índice de gráficos

Grafico 1:	Comparación de la distribución porcentual según área, año 2011.	Grafico 34:	Distribución porcentual de casos de varicela según pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 2:	Distribución porcentual de la población por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 35:	Tasa de morbilidad por Hepatitis B, por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 3:	Distribución porcentual en la Población del Departamento de Arauca, según Municipios. Años 2010 – 2011.	Grafico 36:	Tasa morbilidad por Hepatitis B, por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 4:	Población por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 36A:	Tasas comparadas de morbilidad por IRA. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 5:	Razón de crecimiento poblacional comparada Colombia vs Arauca. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 37:	Tasas comparadas de morbilidad por IRA. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 6:	Tasa de crecimiento poblacional. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 38:	Tasas comparadas de morbilidad por IRA según grupos de edad. Departamento de Arauca, años 2010 - 2011.
Grafico 7:	Pirámide Poblacional. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 39:	Tasas de mortalidad por IRA en menores y mayores de cinco años. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 8:	Pirámide Poblacional Municipio de Arauca. Año 2011.	Grafico 40:	Tasa de mortalidad por IRA según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 9:	Pirámide Poblacional. Municipio de Arauquita. Año 2011.	Grafico 41:	Tasa de mortalidad por IRA según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 10:	Pirámide Poblacional. Municipio de Cravo Norte, año 2011.	Grafico 42:	Tasa de mortalidad Perinatal- Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.
Grafico 11:	Pirámide Poblacional. Municipio Fortul, año 2011.	Grafico 43:	Muertes perinatal según numero de CPN. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 12:	Pirámide Poblacional. Municipio de Puerto Rondón, año 2011.	Grafico 44:	Muertes perinatales según momento de la defunción. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 13:	Pirámide Poblacional. Municipio de Tame, año 2011.	Grafico 45:	Tasa de Mortalidad Infantil. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.
Grafico 14:	Pirámide Poblacional. Municipio de Saravena, año 2011.	Grafico 46:	Tasa de Mortalidad Infantil. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.
Grafico 15:	Índice de dependencia por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 47:	Muertes infantiles según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 16:	Numero de personas incluidas en el registro único de población, desplazamiento y de presentación de la declaración. Colombia.	Grafico 48:	Muertes infantiles según municipio EPS. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 17:	Comparativo por municipios según periodo. Departamento de Arauca, años 1997 a 2011.	Grafico 49:	Muertes infantiles según Tipo de muerte. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 18:	Coberturas netas en los niveles de Básica Primaria, Básica secundaria y Media. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 50:	Muertes >5 años según Tipo de muerte. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 19:	Coberturas RS por años. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 51:	Muertes >5 años según sexo del fallecido. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 20:	Coberturas municipales de Régimen Subsidiado. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 52:	Muertes >5 años según EPS. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 21:	Disponibilidad de camas por servicio según municipio. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 53:	Tasa de mortalidad materna. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 22:	Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG, DPT y TV. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.	Grafico 54:	Distribución de los casos VIH/SIDA según tipo de edad al momento del Diagnóstico. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 23:	Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.	Grafico 55:	Distribución de casos VIH/SIDA según sexo. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 24:	Porcentaje de niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de DPT. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.	Grafico 56:	Distribución porcentual de casos de VIH/SIDA. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 25:	Porcentaje de niños y niñas de un año vacunados con el biológico de TV. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.	Grafico 57:	Distribución de los casos de VIH/SIDA según probable mecanismo de transmisión. Departamento de Arauca, años 1997 - 2011.
Grafico 26:	Porcentaje en niños y niñas menores de un año vacunados con el biológico de BCG. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011.	Grafico 58:	Distribución de los casos de VIH/SIDA (vivos) según año de diagnóstico. Departamento de Arauca, años 1995 - 2011.
Grafico 27:	Porcentaje en niños y niñas menores de un año vacunados en el biológico de DPT. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011.	Grafico 59:	Tasa de morbilidad por TB (todas las formas). Departamento de Arauca, años 2008 - 2011.
Grafico 28:	Porcentaje en niños y niñas de año vacunados con el biológico TV. Departamento de Arauca, años 2005 – 2011.	Grafico 60:	Distribución de los casos de TB, según sexo. Departamento de Arauca, año 2011.
Grafico 29:	Distribución casos de Parotiditis por afiliación al SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 61:	Tasa de incidencia de Lepra por años. Departamento de Arauca, años 2006 - 2011.
Grafico 29A:	Distribución de casos de parotiditis según área de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 62:	Porcentaje de casos de lepra reportados entre los años 2006 al 2011 por municipios. Departamento de Arauca.
Grafico 30:	Distribución casos de Tos Ferina según afiliación al SGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.	Grafico 63:	Tasa de morbilidad por Dengue. Departamento de Arauca, años 2005 - 2011.
Grafico 30A:	Tasa de morbilidad por Varicela. Departamento de Arauca, año 2011.		
Grafico 31:	Tasa de morbilidad por varicela según municipio. Departamento de Arauca, año 2011.		
Grafico 32:	Distribución casos de varicela x semanas epidemiológicas. Departamento de Arauca, año 2011.		
Grafico 33:	Tasa de morbilidad por varicela según grupo de edad. Departamento de Arauca, año 2011.		

Grafico 64:	Curva endémica Dengue. Departamento de Arauca, años 2010 y 2011.Página 87	Grafico 95:	Frecuencia de CPN en gestantes. Departamento de Arauca, año 2011.Página 125
Grafico 65:	Distribución de casos de dengue por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.Página 87	Grafico 96:	Distribución NV según N. escolaridad madre, Departamento de Arauca, año 2011.Página 125
Grafico 66:	Tasa de morbilidad por dengue. Departamento de Arauca, año 2011.Página 88	Grafico 97:	Nacimientos según lugar del parto. Departamento de Arauca, año 2011.Página 126
Grafico 67:	Distribución de casos probables de dengue. Departamento de Arauca, año 2011.Página 88	Grafico 98:	Distribución según PN y sexo. Departamento de Arauca, año 2011.Página 128
Grafico 68:	Tasa de morbilidad por Malaria Vivax. Departamento de Arauca, año 2011.Página 88	Grafico 99:	Distribución nacimientos según trimestre del embarazo. Departamento de Arauca, año 2011.Página 130
Grafico 69:	Tasa de incidencia de Chagas por departamento de notificación. Departamento de Arauca, año 2011.Página 89	Grafico 100:	Frecuencia resultados test de Apgar al 1 min y 5 min. Departamento de Arauca, año 2011.Página 130
Grafico 70:	Tasa de incidencia de Chagas por municipio de procedencia. Departamento de Arauca, año 2011.Página 89	Grafico 101:	Tasa de morbilidad por Urgencias. Departamento de Arauca, años 2009 y 2011.Página 131
Grafico 71:	Tasa de incidencia de Chagas pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011.Página 89	Grafico 102:	Tasa de morbilidad por urgencias, según grupos 298- Departamento de Arauca, año 2011.Página 132
Grafico 72:	Tasa de incidencia por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.Página 89	Grafico 103:	Distribución de grupos de morbilidad según lista 198 y municipios. Departamento de Arauca, año 2011.Página 134
Grafico 73:	Distribución de los casos de Chagas por periodos epidemiológicos. Departamento de Arauca, año 2011.Página 89	Grafico 104:	Tasa de morbilidad por urgencias según sexo y grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.Página 137
Grafico 74:	Cobertura de vacunación canina. Departamento de Arauca, año 2011.Página 90	Grafico 105:	Distribución porcentual de la Consulta Externa por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.Página 148
Grafico 75:	Cobertura de vacunación Felina. Departamento de Arauca, año 2011.Página 90	Grafico 106:	Tasa de consulta externa por municipios. Departamento de Arauca, año 2011.Página 148
Grafico 76:	Porcentaje de personas con discapacidad permanente.Página 92	Grafico 107:	Mortalidad según área. Departamento de Arauca, año 2011. .Página 154
Grafico 77:	Porcentaje de población con Discapacidad según nivel educativo. Departamento de Arauca.Página 92	Grafico 108:	Tasa de la mortalidad según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.Página 155
Grafico 78:	Tasas de consulta por grupo de causas en población desplazada. Departamento de Arauca, año 2011.Página 97	Grafico 109:	Distribución de la mortalidad según mes de ocurrencia. Departamento de Arauca, año 2011.Página 155
Grafico 79:	Distribución de la población indígenas: Betoyes, Hitnu y Sikuani. Departamento de Arauca, año 2011.Página 100	Grafico 110:	Mortalidad según pertenencia étnica. Departamento de Arauca, año 2011.Página 155
Grafico 80:	Porcentaje comparativo de niños, niñas y adolescentes valorados por Desnutrición crónica. Departamento de Arauca, años 2007 y 2010.Página 104	Grafica 111:	Distribución de la mortalidad según nivel educativo del fallecido. Departamento de Arauca, año 2011.Página 156
Grafico 81:	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con DNT Global. Departamento de Arauca, años 2007 y 2010.....Página 105	Grafico 112:	Distribución de la mortalidad por afiliación al RGSSS. Departamento de Arauca, año 2011.Página 156
Grafico 82:	Tasa de mortalidad por DNT según grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.Página 107	Grafico 113:	Esperanza de Vida por grupos de edad. Departamento de Arauca, año 2011.Página 158
Grafico 83:	Tasa de mortalidad por DNT, según municipio de residencia. Departamento de Arauca, año 2011.Página 108	Grafico 114:	Árbol de Problemas, Departamento de Arauca.Página 161
Grafico 84:	Proporción de mujeres con Anemia durante el embarazo. Departamento de Arauca, año 2011.....Página 108		
Grafico 85:	Distribución porcentual de Nacidos Vivos con bajo peso al nacer. Departamento de Arauca, años 2007 - 2011.Página 109		
Grafico 86:	Cobertura de acueducto, alcantarillado y Aseo. Departamento de Arauca, años 2007 - 2011.Página 110		
Grafico 87:	Índice de Riesgo de la Calidad del Agua. Departamento de Arauca, años 2009 - 2011.Página 111		
Grafico 88:	Vigilancia de la calidad del agua para consumo humano. Acueductos municipales – red de distribución. Departamento de Arauca, año 2011.Página 111		
Grafico 89:	Enfermedad Diarreica Aguda por periodos Epidemiológicos. Departamento de Arauca, años 2010 y 2011.Página 113		
Grafico 90:	Intoxicaciones por plaguicidas por municipio y tipo de exposición. Departamento de Arauca, año 2011.Página 115		
Grafico 91:	Distribución de intoxicaciones con plaguicidas según producto utilizado. Departamento de Arauca, año 2011.Página 115		
Grafico 92:	ETA según alimento presuntamente implicado. Departamento de Arauca, año 2011.Página 116		
Grafico 93:	ETA por semanas epidemiológicas. Departamento de Arauca, año 2011.Página 117		
Grafico 94:	Tasa de natalidad. Departamento de Arauca, años 2008 - 2011.Página 121		

Fe de Errata:

1. En la página 30 el texto “En los últimos cinco (5) años, las coberturas del régimen subsidiado han oscilado entre 90,10 y 100%, siendo el año 2009 el que presento la menor cobertura (Gráfico 19)”. En realidad ese año registró la mayor cobertura.
2. En la página 38 el numeral 4.2.2.1 trata sobre la capacidad instalada del Hospital del Sarare, por tanto el 48,28% corresponde a camas disponibles en el municipio de Saravena y no de Arauca.
3. En la página 53 el numeral 4.2.6.6, cita el cuadro 51. La cita realmente corresponde al cuadro 50. Así mismo la cita del numeral 4.2.6.7 corresponde al cuadro 50
4. En la página 63, se refiere a una tasa de varicela de 17,76 casos por cada 10000 hab, en realidad corresponde a 19,76 tal como lo señala el gráfico 30 en la misma página.

...“El reto, por supuesto es inmenso, pero el trabajo es en equipo. Se requiere de un trabajo articulado de instituciones comprometidas con la Salud Pública y con la consecución de transformaciones de la realidad de las condiciones de vida de los Araucanos; implica un llamado a la humanización de los servicios de salud y su ampliación en concordancia con las prioridades establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, para llegar con soluciones a los diversos rincones de esta geografía llanera. El Gobierno departamental “Es hora de resultados” y por supuesto, la Unidad Administrativa Especial de Salud, confían en que este documento oriente a todos los actores sociales e institucionales tomadores de decisiones que determinan líneas de trabajo, políticas, proyectos y programas en salud y sus determinantes”.