



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS (ASIS)

AÑO 2010

Documento en actualización

VAUPES

OCTUBRE 2012



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Documento en actualización



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



DR. JOSÉ LEÓNIDAS SOTO.

Gobernador del Departamento del Vaupés.

ENF. CLARA DELCY DÍAZ VIATELA.
Secretaria de Salud Departamental.

ENF. ESP. MARTHA B. VELASCO PATIÑO.
Coord. Salud Pública Departamental.

ODNT. EDNA BOHORQUEZ TORRES.
Coord. Desarrollo y Prestación de Servicios.

ADMN. WILSON VELEZ ESPINOSA.
Coord. Aseguramiento.

Elaborado por:

ENF. JHON F. MONTAÑA
Coord. De Salud Sexual y Reproductiva.

BACT. ALEXANDER CONTRERAS
Coord. Laboratorio de Salud Pública
Departamental.

BIOL. HOLLMAN MILLER
Coord. De Enfermedades Transmitidas por
Vectores.

PS. EILEEN CALDERÓN
Coord. De Promoción Social.

ODNT. NANCY CORTES
Coord. De Salud Oral.

ING. LEYDA LUGO
Coord. Seguridad Sanitaria y del Ambiente.

ANT. MOISES BELTRÁN
Coord. De Participación Comunitaria.

ENF. LIZZET ACOSTA
Programa de Salud Infantil.

ENF. SANDRO CLAVIJO
Coord. De Plan Ampliado de Inmunización.

VET. DIEGO VACCA
Programa de Zoonosis.

ND. MARIA ELENA ROYO
Coord. De Seguridad Alimentaria y Nutricional.

GSI. ABIGAIL VALLEJO
Sistema de Información.

PS. ROCIO GOMEZ
Coord. De Salud Mental.

NADIEZDHA NOVOA CHEQUEMARCA
Estrategia información, comunicación y
educación.

Revisado y ajustado por:

DRA. ANGÉLICA ROJAS BÁRCENAS.
Coord. Vigilancia en Salud Pública
Departamental

BACT. NAYLIN MENDOZA GALVIS
Epidemióloga



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



La Secretaria de Salud Departamental de Vaupés, quiere con este trabajo no solo mostrar la situación en salud por la cual atraviesa este territorio, quiere dar a conocer y reconocer la pluriculturalidad de los pueblos indígenas, principales habitantes del departamento.

El futuro y el avance están en la capacidad de entender que no existen conflictos de intereses, que la mediación del trabajo intercultural consiste en la aceptación de las diferencias.



TABLA DE CONTENIDO

	Página
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES	25
1-1 <i>Historia</i>	25
1-1-1 <i>Ubicación, Extensión y Límites</i>	25
1-1-2 <i>Vías de Acceso</i>	26
1-1-3 <i>Geografía</i>	26
1-1-3-1 <i>Fisiografía</i>	26
1-1-3-2 <i>Hidrografía</i>	27
1-1-3-3 <i>Clima</i>	27
1-2 <i>División Político Administrativa</i>	27
2. DEMOGRAFÍA	29
2-1 <i>Población General</i>	29
2-2 <i>Población Indígena</i>	30
2-3 <i>Nacimientos</i>	30
2-4 <i>Tasa de Natalidad</i>	31
2-5 <i>Tasa General de Fecundidad</i>	32
2-6 <i>Tasa Global de Fecundidad</i>	33
2-7 <i>Esperanza de vida al nacer</i>	34
2-8 <i>Crecimiento de la Población</i>	34
3. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS	35
3-1 <i>Cultura</i>	35
3-2 <i>Economía</i>	35
3-3 <i>Educación</i>	35
3-3-1 <i>Analfabetismo</i>	38
3-4 <i>Estrato Socioeconómico</i>	39
4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	40
4-1 <i>Marco Legal</i>	40
4-2 <i>Marco Conceptual</i>	41
4-3 <i>Reseña Histórica de los Procesos de Participación de los Pueblos Indígenas de Vaupés</i>	42
4-3-1 <i>La Organización Comunitaria Tradicional</i>	42
4-3-2 <i>Época de Contacto con el Hombre Occidental</i>	42
4-3-3 <i>Consecuencias del Choque Cultural del Indígena con el Hombre Blanco</i>	43
4-4 <i>La Organización Social Actual de los Grupos Étnicos del Departamento del Vaupés</i>	43
4-5 <i>El Consejo Regional Indígena del Vaupés "CRIVA"</i>	44
4-6 <i>Las Organizaciones Zonales Indígenas del Departamento de Vaupés</i>	45



4.7. Espacios de Consulta, Concertación y Decisión de las Comunidades Indígenas del Departamento de Vaupés	45
4.8. Encuesta de Participación Comunitaria en el Corregimiento Departamental de Yavaraté	46
4.8.1 Metodología	46
4.8.2 Etnias y comunidades indígenas encuestadas	46
4.8.3 Resultados	47
4.8.4 Conclusiones	47
4.9. Protocolos Interculturales	47
4.9.1 Maternidad Segura	48
4.9.1.1. Objetivo general	48
4.9.1.2. Causas de las enfermedades	48
4.9.2 Manual de Convivencia	49
4.9.3 Protocolo Nutricional	49
4.9.3.1. Objetivo general	49
4.9.3.2. Metodología	50
4.9.3.3. Conclusiones	50
5. SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE	51
5.1. Cobertura de Agua	51
5.1.1. Calidad del Agua	53
5.2. Cobertura de Alcantarillado y Disposición de Desechos y Excretas	53
5.3. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010	55
6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD	57
6.1. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS-	57
6.1.1. Regímenes de Seguridad Social en Salud	57
6.1.2. Cobertura por Municipio y Corregimiento	57
6.1.3. Cobertura por Grupo de Edad	58
6.2. Red de Prestación en Salud	59
6.2.1. Grupos Extramurales	59
6.2.2. Red de Radiofonía	60
6.3. Sistema de Referencia y Contra-referencia	60
6.3.1. Secretaría de Salud Departamental	60
6.3.2. Empresa Promotora de Salud Subsidiada CAPRECOM	62
6.3.3. Empresa Promotora de Salud Subsidiada MALLAMAS	62
7. MORBILIDAD GENERAL EN EL DEPARTAMENTO	63
7.1. Hospital San Antonio de Mitú	63
7.1.1. Morbilidad por Consulta Externa	63



<u>7.1.1. Morbilidad por Consulta de Urgencia</u>	64
<u>7.1.1. Morbilidad por Egreso Hospitalario</u>	65
7.2. IPS Vaupés Sano	66
<u>7.2.1. Morbilidad por Consulta Médica</u>	66
<u>7.2.2. Morbilidad por Consulta de Ginecología</u>	68
<u>7.2.3. Morbilidad por Consulta de Optometría</u>	68
7.3. Morbilidad por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SIVIGILA-	69
<u>7.3.1. Notificación Individual al SIVIGILA</u>	69
<u>7.3.2. Notificación Colectiva al SIVIGILA</u>	71
<u>7.3.2.1 Infección respiratoria aguda -IRA-</u>	71
<u>7.3.2.2 Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-</u>	73
8. SALUD INFANTIL	75
8.1. Morbilidad en Menores de Cinco Años	75
8.2. Morbilidad Específica en Menores de Cinco Años	75
<u>8.2.1. Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- en Menores de 5 Años</u>	76
<u>8.2.2. Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda -IRA- en Menores de 5 Años</u>	78
8.3. Tasa de Transmisión Materno Infantil de VIH	79
<u>8.3.1. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010 sobre la estrategia de reducción de la transmisión vertical para VIH</u>	80
8.4. Tasa de Transmisión de Sífilis Congénita	80
8.5. Violencia Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes	80
8.6. Plan Ampliado de Inmunización -PAI-	80
<u>8.6.1. Mecanismos Operativos para la Vacunación en el Departamento de Vaupés</u>	81
<u>8.6.2. Coberturas de Vacunación</u>	81
<u>8.6.3. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas Menores de un Año (<1 año)</u>	82
<u>8.6.3.1. Comparativo de las coberturas de vacunación en menores de 1 año 2008-2010</u>	82
<u>8.6.3.2. Análisis de las coberturas en menores de 1 año 2010</u>	83
<u>8.6.4. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas de un Año de Edad (1 año)</u>	85
<u>8.6.4.1. Comparativo de las coberturas de vacunación en niños y niñas de 1 año 2008-2010</u>	85
<u>8.6.4.2. Análisis de las coberturas en niños y niñas de 1 año 2010</u>	86
<u>8.6.5. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas de Cinco Años (5 años)</u>	87
<u>8.6.6. Factores Relacionados con el no Cumplimiento de las Coberturas de Vacunación</u>	88
<u>8.6.7. Sistema Regular de Vacunación -RVAI-</u>	88
<u>8.6.8. Enfermedades Inmunoprevenibles</u>	90
<u>8.6.8.1. Tos Ferina</u>	90
<u>8.6.8.1. Resumen Brote Tos Ferina 2009</u>	92



8-7- Tasa de Mortalidad Infantil	93
<u>8-7-1- Situación Departamental de la Tasa de Mortalidad Infantil</u>	93
8-7-1-1- Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010, en la salud infantil	96
8-8- Tasa de Mortalidad en la Niñez	96
<u>8-8-1- Situación Departamental de la Tasa de Mortalidad en la Niñez</u>	97
8-8-1-1- Cinco Primeras Causas de Mortalidad en Niños y Niñas entre los 0 a 5 años	99
<u>8-8-2- Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda -IRA- en Menores de 5 años</u>	100
<u>8-8-2- Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- en Menores de 5 años</u>	101
<u>8-8-3- Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010, para la disminución en la mortalidad en la niñez</u>	104
8-9- Mortalidad por Causas Externas en Niños, Niñas y Adolescentes	105
8-9-1 Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010	107
8-10- Brote Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido -SGOD-	107
<u>8-10-1- Morbilidad por el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido - SGOD-</u>	108
<u>8-10-2- Intervención del Brote en las Comunidades</u>	109
8-10-2-1- Comunidad Bocas del Yi	109
8-10-2-2- Comunidad de Acaricuara y la Floresta	110
8-10-2-3- Comunidad de Piracemo	111
8-10-2-4- Colegio Coljer	111
<u>8-10-3- Mortalidad por el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido - SGOD-</u>	111
<u>8-10-4- Acciones que se Desarrollaron</u>	114
<u>8-10-5- Conclusiones Sobre el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido - SGOD-</u>	115
9. SALUD NUTRICIONAL	116
9-1- Estado Nutricional Materno	116
<u>9-1-1- Resultados de la Evaluación Nutricional de las Gestantes</u>	118
9-1-1-1- Residencia de las gestantes con clasificación nutricional	119
9-1-1-2- Clasificación nutricional de las gestantes por grupo de edad	119
9-1-1-3- Suplementación nutricional	120
9-2- Bajo Peso al Nacer	121
<u>9-2-1- Comportamiento del Evento Bajo Peso al Nacer en el Departamento</u>	122
9-2-1-1- Procedencia de los casos de Recién Nacido con Bajo Peso	123
9-2-1-2- Relación de la edad gestacional con el bajo peso al nacer	124
9-2-1-3- Relación de la edad materna con el bajo peso al nacer	125



9-2-1-4. Porcentaje de niños y niñas con peso deficiente al nacer	125
9-2-1-5. Recién nacidos con bajo peso al nacer y parto institucional	126
9-3. Nutrición en Niños, Niñas y Adolescentes (0-17 años)	127
<u>9-3-1. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 0 a 2 años</u>	<u>128</u>
9-3-1-1. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad)	128
9-3-1-2. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con desnutrición aguda (Relación Peso/Talla)	130
9-3-1-3. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con retraso en el crecimiento ó talla baja para la edad (Relación Talla/Edad)	131
9-3-1-4. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con sobrepeso y obesidad, índice de masa corporal -IMC-	133
<u>9-3-2. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 2 a 5 años</u>	<u>134</u>
9-3-2-1. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad)	135
9-3-2-2. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con desnutrición aguda (Relación Peso/Talla)	137
<u>9-3-2-3. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con retraso en el crecimiento ó talla baja para la edad (Relación Talla/Edad)</u>	<u>139</u>
9-3-2-4. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con sobrepeso y obesidad, índice de masa corporal -IMC-	141
<u>9-3-3. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 0 a 5 años</u>	<u>142</u>
<u>9-3-4. Estado Nutricional de Niños, Niñas y adolescentes de 5 a 17 años</u>	<u>144</u>
9-3-4-1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad)	144
9-3-4-2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con retraso en la talla (Relación Talla/Edad)	146
9-3-4-3. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con delgadez, sobrepeso y obesidad, según índice de masa corporal (IMC)	148
9-4. Lactancia Materna	151
9-5. Acciones que se destacan en el período 2008-2010, en el tema de la salud nutricional	152
<u>9-5-1. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-</u>	<u>152</u>
<u>9-5-2. Centro de Recuperación Nutricional -CNR-</u>	<u>154</u>
<u>9-5-3. Secretaria de Salud Departamental de Vaupés -SSDV-</u>	<u>155</u>
9-7. Mortalidad asociada a casos de desnutrición	155
10. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	157
10-1. Primera Línea de Acción "MATERNIDAD SEGURA"	159
<u>10-1-1. Certificados de Nacidos Vivos</u>	<u>159</u>
<u>10-1-2. Identificación de Gestantes por Cohorte de Gestantes</u>	<u>160</u>



<u>10-1-3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud</u>	161
<u>10-1-4. Cobertura Parto Institucional y Tipo de Atención Prestada</u>	161
<u>10-1-5. Cobertura Control Prenatal (CP)</u>	163
<u>10-1-6. Edad de la Madre</u>	164
<u>10-1-7. Edad Gestacional</u>	164
<u>10-1-8. Estado Civil</u>	165
<u>10-1-9. Pruebas Para-clínicas de Tamizaje</u>	165
10-1-9-1. Pruebas rápidas para VIH	165
10-1-9-2-1. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010 en VIH	166
10-1-9-2. Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus y Herpes -TORCH-	166
10-1-9-3. Serología para Sífilis	167
10-1-9-4. Determinación para Hormona Estimulante de Tiroides -TSH-	167
10-2. Segunda Línea de Acción "PLANIFICACIÓN FAMILIAR"	168
10-3. Tercera Línea de Acción "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES"	169
<u>10-3-1. Embarazo en Adolescentes</u>	170
<u>10-3-2. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes -10 y 19 años-</u>	171
10-4. Cuarta Línea de Acción "CÁNCER DE CUELLO UTERINO -CCU-"	171
10-5. Quinta Línea de Acción "INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- y VIH/Sida"	173
<u>10-5-1. Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-</u>	173
10-5-1-1. Frotis de flujo vaginal	173
10-5-1-2. Frotis y Secreción Uretral	174
<u>10-5-2. VIH -Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-/Sida -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-</u>	175
10-6. Sexta Línea de Acción "VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL"	178
<u>10-6-1. Situación Departamental</u>	178
<u>10-6-2. Tipo de violencia</u>	179
<u>10-6-3. Casos de Supuesto Delito Sexual</u>	179
10-6-3-1. Comportamiento del Evento	180
10-6-3-2. Variable Sexo y Edad	180
10-6-3-3. Lugar de Ocurrencia	180
10-6-3-4. Relación del Posible Abusador con la Víctima	181
10-6-3-5. Número de Abusadores Relacionados con el Posible Delito Sexual	182
10-7. Indicadores de Mortalidad	182
<u>10-7-1 Razón de Mortalidad Materna</u>	182
10-7-1-1. Acciones que se destacan en el período 2008-2010, en maternidad segura	183
<u>10-7-2. Tasa de Mortalidad Perinatal</u>	183
10-7-2-1. Clasificación de las muertes en evitables y no evitables	184



10.7.2.2. Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010 para la contención de la mortalidad perinatal	185
10.7.3. Mortalidad por VIH/Sida	186
10.7.4. Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino	186
11. EVENTOS TRANSMISIBLES	187
11.1. Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV-	187
<u>11.1.1. Malaria</u>	187
11.1.1.2. Áreas de riesgo para malaria en el departamento de Vaupés	188
11.1.1.3. Comportamiento de la Malaria por período y semana epidemiológica de Ocurrencia	190
11.1.1.4. Brote de Malaria en el Bajo Vaupés	191
11.1.1.5. Comportamiento de la Malaria en la zona del Bajo Apaporis	192
<u>11.1.2. Leishmaniasis</u>	194
11.1.2.1. Incidencia del evento Leishmaniasis en el departamento del Vaupés	195
11.1.2.2. Ocupación y edad de los paciente con diagnostico de Leishmaniasis	196
11.1.2.2. Procedencia y Georeferenciación de los casos de Leishmaniasis diagnosticados en el departamento de Vaupés	196
11.1.2.3. Comportamiento de la Leishmaniasis por semana epidemiológica de ocurrencia	198
<u>11.1.3. Dengue</u>	199
11.1.3.1. Comportamiento epidemiológico del evento Dengue	199
11.1.3.2. Zonas Afectadas	199
11.1.3.2. Índices de infestación larvaria	200
11.1.3.3. Clasificación final de los casos probables de Dengue	201
11.1.3.4. Tasa de incidencia por grupo de edad y sexo	201
11.1.3.4. Acciones para el control del brote	202
<u>11.1.3. Enfermedad de Chagas</u>	202
11.2. Accidente Ofídico	203
<u>11.2.1. Procedencia y Georeferenciación de los casos de accidente ofídico diagnosticados en el departamento de Vaupés</u>	204
<u>11.2.2. Comportamiento del Accidente Ofídico</u>	206
<u>11.2.3. Incidencia del accidente ofídico por grupo de edad</u>	207
<u>11.2.4. Mortalidad asociada a casos de accidente ofídico</u>	208
11.3. Zoonosis	209
<u>11.3.1. Exposiciones Rábicas</u>	209
11.3.1.1. Exposición rábica por caninos y felinos	210
11.3.1.2. Cobertura de vacunación en caninos y felinos	211
11.3.1.3. Exposición rábica por Murciélagos	212
11.3.1.4. Exposición rábica por otra especie animal	215



11.3.1.5. Problemáticas encontradas para la aplicación del tratamiento post-exposición grave	215
11.3.1.6. Vigilancia Activa de Rabia Silvestre y Urbana	217
11.4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos -ETA-	218
<u>11.4.1. Análisis Epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS-</u>	218
<u>11.4.2. Mortalidad Asociada a Enfermedades Transmitidas por Alimentos</u>	219
11.5. Leptospirosis	220
<u>11.5.1. Descripción epidemiológica del evento Leptospirosis</u>	220
<u>11.5.2. Mortalidad Asociada a el evento Leptospirosis</u>	220
11.6 Tuberculosis -Tb-	220
<u>11.6.1. Epidemiología de la Tuberculosis en el Departamento de Vaupés</u>	221
<u>11.6.2. Procedencia de los Casos con Diagnostico de Tuberculosis en Todas sus Formas</u>	222
<u>11.6.3. Tipo de Tuberculosis Diagnosticada Criterio de Ingreso</u>	223
<u>11.6.4. Criterio de Ingreso</u>	224
<u>11.6.5. Incidencia Acumulada de Tuberculosis por Grupo de Edad</u>	225
<u>11.6.6. Incidencia Acumulada de Tuberculosis por Sexo</u>	225
<u>11.6.7. Incidencia Acumulada de Tuberculosis en Todas sus Formas por Grupo Poblacional</u>	226
<u>11.6.8. Captación del Sintomático Respiratorio</u>	227
<u>11.6.9. Positividad de la Baciloscopia</u>	228
<u>11.6.10. Concentración de la Baciloscopia</u>	229
<u>11.6.11. Tratamiento para Tuberculosis</u>	229
<u>11.6.12. Tasa de Mortalidad Asociada a Tuberculosis</u>	230
11.6.12.1. Porcentaje de Fallecidos	231
11.6.13. Letalidad	232
<u>11.6.14. Acciones que se Destacan en el Programa de Tuberculosis</u>	233
11.6 Lepra	233
12. SALUD MENTAL	235
12.1. Suicidios	235
<u>12.1.1. Suicidio evento de interés en salud pública en el Vaupés</u>	235
<u>12.1.2. Tasa de Incidencia de los casos de Suicidio e Intentos de Suicidio en el Departamento</u>	235
<u>12.1.3. Georeferenciación de los Casos de Suicidio</u>	236
<u>12.1.4. Incidencia de Casos de Suicidio por Grupo de Edad</u>	237
<u>12.1.5. Sitio de Ocurrencia</u>	238
<u>12.1.6. Mecanismo Utilizado</u>	239
<u>12.1.7. Motivos Desencadenantes del Acto Suicida</u>	240



<u>12.1.8. Estado civil de la persona</u>	241
<u>12.1.9. Abuso de Alcohol y drogas en el Suicidio</u>	241
<u>12.1.9. Acciones a destacar en el período 2008-2010</u>	242
12.2. Apgar Familiar	243
<u>12.2.1. Riesgos y Factores Protectores de la Familia</u>	243
12.2.1.1. Pregunta N° 1 ¿Le gusta la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?	244
12.2.1.2. Pregunta N° 2 ¿Le gusta como en su familia le hablan y comparten sus problemas?	245
12.2.1.3. Pregunta N° 3 ¿Le gusta cómo su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?	245
12.2.1.4. Pregunta N° 4 ¿Le gusta cómo su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos tales como rabia, tristeza, amor?	246
12.2.1.4. Pregunta N° 5 ¿Le gusta como en su familia comparten: tiempo, espacio, dinero?	247
12.3. Niños y Niñas con Algún Signo o Síntoma en Salud Mental	247
<u>12.3.1. Niños, Niñas y Adolescentes con Algún Signo o Síntoma Psiquiátrico, Según el RQC</u>	248
12.4. Aplicativo del Cuestionario de Auto Reportaje de Síntomas Psiquiátricos SRQ	249
<u>12.4.1. Síntomas Psiquiátricos Según el Sexo, Aplicativo SRQ</u>	249
<u>12.4.1. Posibles Síntomas de Trastornos de Salud Mental</u>	250
<u>12.4.2. Número de Respuestas Positivas en el SRQ</u>	251
13. SALUD ORAL	253
13.1. Problemática de Salud Oral	253
13.2. Morbilidad de las Enfermedades Bucales en el Departamento	254
13.3. Levantamiento de la Línea de Base para el COP (Cariados, obturados, perdidos)-M	256
<u>13.3.1. Instituciones Centinelas</u>	256
<u>13.3.2. Población Objeto</u>	257
<u>13.3.3. Metodología Implementada</u>	257
13.4. Resultados del Levantamiento de la Línea de Base para el COP-D -Cariados, obturados y perdidos, modificados-	257
<u>13.4.1. Distribución de la Población</u>	257
<u>13.4.2. Evaluación del índice COP en niños y niñas de 12 años</u>	258
13.5. Porcentaje de dientes permanentes	259
13.6. Personas que consultan al área de odontología	260
13.7. Número de sellantes y aplicación de flúor en niños y niñas	261
14. PROMOCIÓN SOCIAL	263
14.1. Personas en Situación de Discapacidad	263



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



<u>14.1.1 Prevalencia Departamental de Personas en Situación de Discapacidad</u>	264
<u>14.1.2 Residencia de las Personas en Situación de Discapacidad</u>	265
<u>14.1.3 Tasa de Prevalencia por Grupo Quinquenal de Edad</u>	265
<u>14.1.4 Tipo de Discapacidades Identificadas en el Departamento de Vaupés</u>	266
<u>14.1.5 Causas de la Discapacidad</u>	266
<u>14.1.6 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-</u>	267
<u>14.1.7 Servicio de Rehabilitación en el Departamento de Vaupés</u>	268
14.1.7.1 Adherencia a los servicios de rehabilitación en el Departamento de Vaupés	269
14.2 Personas en Situación de Desplazamiento	269
<u>14.2.1 Personas en Condición de Desplazamiento</u>	270
<u>14.2.2 Lugar de Recepción de las Personas en Condición de Desplazamiento</u>	270
<u>14.2.3 Tipo de Población en Condición de Desplazamiento</u>	271
<u>14.2.4 Población en Condición de Desplazamiento por Grupo de Edad</u>	271
<u>14.2.5 Población en Condición de Desplazamiento por Sexo</u>	272
<u>14.2.6 Procedencia de la población desplazada</u>	272
<u>14.2.7 Personas en Situación de Desplazamiento con Algún Tipo de Discapacidad</u>	273
<u>14.2.8 Afiliación de las Personas en Situación de Desplazamiento</u>	274

Documento en actualización



ÍNDICE DE IMÁGENES

	Página
Imagen 1. Escudo del departamento de Vaupés	25
Imagen 2. Bandera del departamento de Vaupés	25
Imagen 3. Proceso de Atención del parto.	49
Imagen 4. Unidad Básica de Atención de Sardinas, Corregimiento departamental de Papunahua, departamento de Vaupés 2010.	59
Imagen 5. Flujograma de Atención de la Gestante.	158
Imagen 6. Cómo se desarrolla el parto en las comunidades indígenas, departamento de Vaupés, 2009.	159

ÍNDICE DE MAPAS

	Página
Mapa 1. Ubicación del departamento de Vaupés	25
Mapa 2. División Político administrativa del departamento de Vaupés	28
Mapa 3. Distribución de los internados y escuelas en los municipios y corregimientos, departamento de Vaupés-2010.	37
Mapa 4. Distribución del brote de Tos ferina. Departamento de Vaupés 2009.	92
Mapa 5. Georeferenciación de los casos de Muerte asociadas al Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido, departamento de Vaupés 2010.	114
Mapa 6. Georeferenciación de la residencia de los casos con diagnostico confirmado para VIH, departamento de Vaupés – 2007 a 2010 -.	177
Mapa 7. Zonas de riesgo para el evento malaria en el departamento de Vaupés -2010-.	189
Mapa 8. Concentración de casos de malaria en el departamento de Vaupés 2010	190
Mapa 9. Georeferenciación de los casos autóctonos de Lesihmaniasis, departamento de Vaupés - 2010-.	198
Mapa 10. Mapa de riesgo para el evento Dengue, municipio de Mitú, departamento de Vaupés - 2010-.	200
Mapa 11. Mapa de riesgo para la Enfermedad de Chagas, departamento de Vaupés -2010-.	203
Mapa 12. Georeferenciación de la ocurrencia de los casos de accidente ofídico, departamento de Vaupés -2010-.	205
Mapa 13. Ubicación geográfica de las comunidades con mayor tasa de exposición rábica por murciélagos. Vaupés 2010.	214
Mapa 14. Ubicación geográfica de las comunidades con registro de enfermedades de transmitidas por alimentos. Vaupés 2009 - 2010.	219
Mapa 15. Distribución de los casos de mortalidad asociados a suicidios, departamento de Vaupés, período 2008-2010.	237



ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Distribución de los pueblos indígenas por grupo lingüístico, departamento de Vaupés.	30
Tabla 2. Frecuencia de nacimientos disgregados por área y municipio de residencia, departamento de Vaupés-2010.	31
Tabla 3. Tasa de Natalidad por municipio y corregimiento departamental, departamento de Vaupés - 2010.	32
Tabla 4. Tasa de Fecundidad en adolescentes y mujeres en edad fértil, discriminada por municipios y corregimientos departamentales, departamento de Vaupés - 2010.	32
Tabla 5. Tasa global de fecundidad por municipios y corregimientos departamentales, departamento de Vaupés - 2010.	33
Tabla 6. Tasa de crecimiento de la población durante el período 2005-2009, departamento de Vaupés.	34
Tabla 7. Distribución de los internados y escuelas en los municipios y corregimientos, departamento de Vaupés-2010.	36
Tabla 8. Ubicación de las escuelas con modelo etno-educativo, Zona del Pira-Paraná, Corregimiento de Pacoa, departamento de Vaupés 2010.	37
Tabla 9. Porcentaje de personas que saben leer y escribir, departamento de Vaupés, Censo 2005.	38
Tabla 10. Clasificación del nivel socioeconómico según encuesta del Sistema de identificación de beneficiarios –	39
Tabla 11. Distribución de las encuestas realizadas por comunidad en el corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010	46
Tabla 12. Distribución de las encuestas por grupo étnico, corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010	47
Tabla 13. Cobertura de afiliación del departamento de Vaupés por tipo de vinculación al sistema general de seguridad social en salud, año 2010.	57
Tabla 14. Coberturas de afiliación por municipio/corregimiento y cabeceras y resto municipales, departamento de Vaupés -2010-.	58
Tabla 15. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad social en salud por grupos quinquenales, departamento de Vaupés 2010.	58
Tabla 16. Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.	60
Tabla 17. Especialidades a las que se remitieron los pacientes no asegurados al sistema de seguridad social en salud, departamento de Vaupés-2010.	61
Tabla 18. Diez primeras causas de consulta por el servicio de consulta externa, discriminada por edad, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.	64
Tabla 19. Diez primeras causas de atención por el servicio de Urgencia, discriminado por edad y sexo, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.	65



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 20.	<i>Diez primeras causas de egreso hospitalario, discriminado por edad y sexo, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.</i>	66
Tabla 21.	<i>Distribución de los diagnósticos, por grupo de edad y sexo, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés -2010-</i>	67
Tabla 22.	<i>Diez principales consultas por el área de Ginecología, por grupo de edad, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés -2010-</i>	68
Tabla 23.	<i>Diez primeras causas de consulta por el área de optometría, por grupo de edad y sexo, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés -2010-</i>	68
Tabla 24.	<i>Eventos individuales notificados al SIVIGILA, departamento de Vaupés -2010-</i>	70
Tabla 25.	<i>Distribución de los eventos de vigilancia en salud pública notificados al sistema, por municipio/corregimiento y zona de ocurrencia del evento, departamento de Vaupés 2010.</i>	71
Tabla 26.	<i>Tasa de incidencia por 10.000 Hbt del evento IRA, por municipio, corregimiento y grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.</i>	72
Tabla 27.	<i>Cinco primeras causas de morbilidad por consulta externa en población menor de 5 años. Departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	75
Tabla 28.	<i>Tasa de transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana -VIH-, departamento de Vaupés 2010.</i>	80
Tabla 29.	<i>Distribución de equipos de red de frío solares, departamento de Vaupés 2010.</i>	89
Tabla 30.	<i>Distribución de los casos de Mortalidad Infantil por área de ocurrencia. Departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	95
Tabla 31.	<i>Distribución de los casos de Mortalidad en Menores de 5 años por área de ocurrencia. Departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	98
Tabla 32.	<i>Cinco primeras causas de mortalidad en población menor de 5 años, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	99
Tabla 33.	<i>Distribución de la Mortalidad por causa externa en casos y tasa por grupo de edad, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	106
Tabla 34.	<i>Distribución porcentual de anemia en gestantes por grupo de edad, Colombia 2005.</i>	117
Tabla 35.	<i>Clasificación del estado nutricional de las gestantes con datos antropométricos completos, departamento de Vaupés 2010.</i>	118
Tabla 36.	<i>Lugar de residencia de las gestantes con valoración antropométrica, departamento del Vaupés año 2010.</i>	119
Tabla 37.	<i>Cobertura de la Suplementación nutricional de las maternas clasificadas según estado nutricional, por área de residencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	121
Tabla 38.	<i>Distribución y proporción del bajo peso al nacer, por entidad territorial y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	124
Tabla 39.	<i>Distribución y proporción del peso deficiente al nacer, por entidad territorial y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	126
Tabla 40.	<i>Distribución de la muestra poblacional para el análisis de la situación de la salud nutricional de niños, niñas y adolescentes, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.</i>	127
Tabla 41.	<i>Distribución general de casos de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por género, departamento del Vaupés 2010.</i>	130
Tabla 42.	<i>Distribución general de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por género, departamento del Vaupés 2010.</i>	131
Tabla 43.	<i>Distribución general de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por género, departamento del Vaupés 2010.</i>	133
Tabla 44.	<i>Distribución general de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por género, departamento del Vaupés 2010.</i>	134



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 45.	<i>Distribución general de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y por género, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.</i>	137
Tabla 46.	<i>Distribución general de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por género, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.</i>	139
Tabla 47.	<i>Distribución general de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por género y entidad territorial, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.</i>	141
Tabla 48.	<i>Porcentaje de casos de las alteraciones nutricionales en niños y niñas de 0 a 5 años, Colombia y departamento del Vaupés -2010-.</i>	143
Tabla 49.	<i>Distribución General de casos de Desnutrición Global en niños y niñas de 5 a 17 años por entidad territorial y por sexo. Departamento del Vaupés 2010.</i>	146
Tabla 50.	<i>Resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2005 y 2010 – ENSIN-.</i>	147
Tabla 51.	<i>Distribución General de casos de retraso en la talla en niños y niñas de 5 a 17 años por entidad territorial y por sexo. Departamento de Vaupés 2010.</i>	148
Tabla 52.	<i>Resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 –ENSIN-, según índice de masa corporal.</i>	149
Tabla 53.	<i>Distribución General de casos alteraciones nutricionales, según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por sexo, departamento de Vaupés 2010.</i>	151
Tabla 54.	<i>Promedio de lactancia materna exclusiva, de acuerdo a las mujeres lactantes entrevistadas, corregimientos departamentales, departamento de Vaupés 2010.</i>	152
Tabla 55.	<i>Niños y niñas menores de 5 años, vinculados a los programas complementarios del ICBF, departamento de Vaupés 2010-2011.</i>	153
Tabla 56.	<i>Distribución de los nacimientos por municipio y área de residencia de la mujer, departamento de Vaupés 2010.</i>	160
Tabla 57.	<i>Distribución de las mujeres con registro de nacido vivo por régimen de Salud, departamento de Vaupés -2010-.</i>	161
Tabla 58.	<i>Cobertura del parto institucional pro área de residencia de la mujer, departamento de Vaupés -2010-</i>	163
Tabla 59.	<i>Distribución de los certificados de nacidos vivos según edad de la madre, departamento de Vaupés-2010.</i>	164
Tabla 60.	<i>Distribución de las gestantes según su edad gestacional, departamento de Vaupés-2010.</i>	165
Tabla 61.	<i>Distribución de las gestantes según su estado civil, departamento de Vaupés-2010.</i>	165
Tabla 62.	<i>Resultados de las pruebas que conforman el TORCH a las gestantes tamizadas, departamento de Vaupés-2010.</i>	167
Tabla 63.	<i>Distribución de los certificados de nacidos vivos según edad de la madre, departamento de Vaupés-2010.</i>	170
Tabla 64.	<i>Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes -10 y 19, distribuidas por área de residencia, departamento de Vaupés – 2010 -.</i>	171
Tabla 65.	<i>Frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés 2010.</i>	173
Tabla 66.	<i>Frecuencia de caos de las infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés – 2010 -.</i>	175
Tabla 67.	<i>Distribución porcentual de los tipos de violencia registradas, departamento de Vaupés 2010.</i>	179
Tabla 68.	<i>Distribución porcentual de la atención brindada a las y los sobrevivientes de la violencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	179
Tabla 69.	<i>Distribución de los certificados de nacidos vivos según edad de la madre, departamento de Vaupés-2010.</i>	181



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 70.	<i>Distribución de las Muertes Perinatales por municipio/corregimiento y área de residencia, departamento de Vaupés -2010-.</i>	184
Tabla 71.	<i>Clasificación de las muertes perinatales en evitables y no evitables, y momento del parto, departamento de Vaupés 2010.</i>	185
Tabla 72.	<i>Zonas del departamento que registraron casos de malaria, departamento de Vaupés - 2010-.</i>	189
Tabla 73.	<i>Distribución de los casos de accidente ofídico por su gravedad y atención en salud, departamento de Vaupés -2010-.</i>	209
Tabla 74.	<i>Clasificación de las exposiciones rábicas según animal agresor, departamento de Vaupés - 2007 a 2010-.</i>	210
Tabla 75.	<i>Porcentaje de Cobertura de Vacunación antirrábica por especie animal, departamento de Vaupés -2010-.</i>	212
Tabla 76.	<i>Tasa de incidencia de exposición rábica por murciélago, por 1000 habitantes (Comunidades que reportan casos) Departamento de Vaupés 2007-2010.</i>	213
Tabla 77.	<i>Distribución y tasa de incidencia de las enfermedades de transmitidas por alimentos según procedencia de los casos, departamento de Vaupés 2009 - 2010.</i>	219
Tabla 78.	<i>Distribución y tasa de incidencia de Leptospirosis por grupo de edad, departamento de Vaupés 2008.</i>	220
Tabla 79.	<i>Tuberculosis extra-pulmonar por órgano afectado, departamento de Vaupés 2005-2010.</i>	224
Tabla 80.	<i>Criterio de inclusión de los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis, en casos y porcentaje, departamento de Vaupés 2004-2010.</i>	224
Tabla 81.	<i>Distribución de la muestra en niños, niñas y adolescentes, por ente territorial, departamento de Vaupés -2010-.</i>	248
Tabla 82.	<i>Distribución de los principales diagnósticos en salud oral, por grupo de edad, departamento de Vaupés-2010.</i>	255
Tabla 83.	<i>Categorización de la caries según índice de COP</i>	256
Tabla 84.	<i>Dientes cariados obturados y perdidos –COP- Tradicional promedio y promedio modificado para la edad de 12 años, departamento de Vaupés 2010</i>	259
Tabla 85.	<i>Promedio de dientes presentes en cavidad oral en la población mayor de 18 años, departamento de Vaupés 2010.</i>	259
Tabla 86.	<i>Comparación de las actividades odontológicas por zona urbana y rural, departamento de Vaupés 2010.</i>	261
Tabla 87.	<i>Total de actividades de promoción y prevención realizadas en el consultorio de salud oral, departamento de Vaupés 2010.</i>	262
Tabla 88.	<i>Causas de inasistencia a los servicios de rehabilitación, departamento de Vaupés - 2008.</i>	269
Tabla 89.	<i>Tipo de discapacidad en la población en situación de discapacidad, departamento de Vaupés 2001-2010</i>	273

ÍNDICE DE GRAFICAS

		Página
Gráfica 1.	<i>Pirámide poblacional, distribución de la población por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés - 2010.</i>	29
Gráfica 2.	<i>Comportamiento de la Tasa de Natalidad en el departamento de Vaupés durante los últimos 6 años - 2010.</i>	31
Gráfica 3.	<i>Comportamiento de la Tasa de Natalidad general en el departamento de Vaupés durante los últimos 6 años - 2010.</i>	33



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Grafica 4.	Cobertura departamental de agua por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.	52
Grafica 5.	Comparativo cobertura de acueducto total Vs cobertura en el casco urbano, por municipios, departamento de Vaupés 2008- 2010.	53
Grafica 6.	Cobertura departamental de alcantarillado y recolección de basuras, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.	55
Gráfica 7.	Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.	60
Gráfica 8.	Distribución de los casos de remisión por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés-2010.	62
Gráfica 9.	Comportamiento de la notificación colectiva de los casos de IRA, departamento de Vaupés 2010.	72
Gráfica 10.	Casos y tasa de incidencia por 10.000 Hbt del evento EDA, por municipio, corregimiento y grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.	73
Gráfica 11.	Comportamiento de la notificación colectiva de los casos de EDA, departamento de Vaupés 2010.	74
Grafica 12.	Comportamiento de la notificación de la morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2000-2010.	76
Grafica 13.	Distribución de los casos de Morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2008-2010.	77
Grafica 14.	Comportamiento de la notificación de la morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2000-2010.	78
Grafica 15.	Distribución de los casos de Morbilidad por el evento IRA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2008-2010.	79
Gráfica 16.	Comportamiento de las coberturas de vacunación VOP –Polio- en menores de 1 año, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.	83
Gráfica 17.	Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación VOP –Polio- por entidad territorial, para la población menor de 1 año, departamento de Vaupés 2010.	84
Gráfica 18.	Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación por biológico individual –BCG, Rotavirus y Neumococo- por entidad territorial, para la población menor de 1 año, departamento de Vaupés 2010.	85
Gráfica 19.	Comportamiento de las coberturas de vacunación SRP –Triple viral- en niños y niñas de 1 año, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.	86
Gráfica 20.	Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación de triple viral –SRP- por entidad territorial, para la población de 1 año, departamento de Vaupés 2010.	87
Gráfica 21.	Coberturas vacunación con refuerzo de VOP primer y segundo refuerzo, población de niños y niñas de 5 años, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2010.	88
Gráfica 22.	Casos y tasa de incidencia en menores de 5 años del evento Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, departamento de Vaupés 2008 - 2010.	90
Gráfica 23.	Casos de Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica por grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.	91
Gráfica 24.	Casos y tasa de incidencia en menores de 5 años del evento Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por comunidad de procedencia, departamento de Vaupés 2010.	91
Grafica 25.	Comportamiento de la Mortalidad Infantil en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.	94
Grafica 26.	Distribución de casos de Mortalidad Infantil por entidad territorial en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.	94
Grafica 27.	Comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010	97



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Grafica 28.	<i>Distribución de la mortalidad en menores de 5 años por ente territorial en casos y tasa, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	98
Grafica 29.	<i>Comportamiento de la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	100
Grafica 30.	<i>Comportamiento de la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años por entidad territorial en casos y tasas., departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	101
Grafica 31.	<i>Comportamiento de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	102
Grafica 32.	<i>Comportamiento de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años por entidad territorial, en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.</i>	102
Gráfica 33.	<i>Causas de Mortalidad por causa externa en grupo de edad, departamento de Vaupés 2008-2010</i>	106
Gráfica 34.	<i>Distribución de los casos de morbilidad del SGOD por zona de residencia en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.</i>	108
Gráfica 35.	<i>Distribución de los casos de morbilidad del SGOD por grupo de edad en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.</i>	109
Gráfica 36.	<i>Curva epidémica, Brote Bocas del Yi, municipio de Mitú, departamento del Vaupés-2010.</i>	109
Gráfica 37.	<i>Curva epidémica de los casos probables del cuadro clínico del síndrome gastrointestinal, Acaricuara comunidad rural del municipio de Mitú-Vaupés, 2010.</i>	110
Gráfica 38.	<i>Curva Epidémica, colegio Coljer, municipio de Mitú, Vaupés-2010.</i>	111
Gráfica 39.	<i>Distribución de los casos de mortalidad asociados al SGOD por zona de residencia en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.</i>	112
Gráfica 40.	<i>Incidencia de las muertes con diagnósticos compatibles con el evento de dolor abdominal, por grupo de edades, departamento de Vaupés, años 2009-2010.</i>	113
Gráfica 41.	<i>Comportamiento de las muertes registradas en el departamento con diagnósticos compatibles con el evento de SGOD, durante las semanas epidemiológicas de la 16 a la 39, departamento de Vaupés-2010.</i>	113
Gráfica 42.	<i>Distribución por área de residencia de las mujeres gestantes, con datos antropométricos completos, departamento de Vaupés 2010.</i>	117
Gráfica 43.	<i>Distribución de la muestra de gestantes con datos antropométricos completos, según su grupo poblacional, desagregado por etnia de pertenencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	118
Grafica 44.	<i>Clasificación nutricional de las gestantes por grupo de edad, departamento de Vaupés – 2010.</i>	120
Grafica 45.	<i>Tendencia del evento de bajo peso al nacer, departamento de Vaupés 2008-2010</i>	122
Grafica 46.	<i>Tendencia del evento de bajo peso al nacer, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010</i>	123
Grafica 47.	<i>Distribución de los recién nacidos con bajo peso en casos y proporción, por área de residencia de las madres, departamento de Vaupés -2010-.</i>	125
Grafica 48.	<i>Incidencia de recién nacidos con bajo peso por grupo según la edad de la madre, departamento de Vaupés -2010-.</i>	125
Grafica 49.	<i>Distribución porcentual de los casos de recién nacidos con bajo peso, por área de residencia y accesibilidad al parto institucional, departamento de Vaupés -2010-.</i>	126
Gráfica 50.	<i>Porcentaje de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.</i>	129
Gráfica 51.	<i>Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área, departamento del Vaupés 2010.</i>	129
Gráfica 52.	<i>Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.</i>	130



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 53.	Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.	131
Gráfica 54.	Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.	132
Gráfica 55.	Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.	133
Gráfica 56.	Porcentaje de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.	134
Gráfica 57.	Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	135
Gráfica 58.	Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	136
Gráfica 59.	Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	138
Gráfica 60.	Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	139
Gráfica 61.	Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	140
Gráfica 62.	Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	141
Gráfica 63.	Porcentaje de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés -2010-	142
Gráfica 64.	Porcentaje de casos de las alteraciones nutricionales en niños y niñas de 0 a 5 años, por entidad territorial, departamento del Vaupés -2010-	144
Gráfica 65.	Porcentaje de casos de desnutrición global en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	145
Gráfica 66.	Porcentaje de casos de desnutrición global en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	146
Gráfica 67.	Porcentaje de casos de retraso en la talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	147
Gráfica 68.	Porcentaje de casos de retraso en la talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.	148
Gráfica 69.	Porcentaje de casos de alteraciones nutricionales según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por entidad territorial, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.	150
Gráfica 70.	Porcentaje de casos de alteraciones nutricionales según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por área de residencia, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.	150
Grafica 71.	Proporción de Casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas beneficiarios del Programa Hogares FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Vaupés 2010.	153
Grafica 72.	Proporción de casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas beneficiarios del Programa Hogares Comunitarios Tradicionales del ICBF por área territorial – Vaupés 2010	154
Grafica 73.	Proporción de casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas atendidos en el centro de recuperación nutricional, Vaupés 2010.	155



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 74.	<i>Tasa de incidencia de casos de mortalidad asociados a estados de desnutrición, departamento de Vaupés 2007-2010.</i>	156
Gráfica 75.	<i>Tasa de incidencia acumulada de casos de mortalidad asociados a estados de desnutrición, por grupo de edad, departamento de Vaupés 2007-2010.</i>	156
Gráfica 76.	<i>Distribución porcentual de la población femenina discriminada por grupos de edad, departamento de Vaupés - 2010-.</i>	158
Gráfica 77.	<i>Distribución de las etnias de los recién nacidos vivos, departamento de Vaupés 2010.</i>	160
Gráfica 78.	<i>Tendencia comparativa entre los registros de la cohorte de gestante vs certificados de nacidos vivos, departamento de Vaupés 2006-2010.</i>	161
Gráfica 79.	<i>Cobertura de atención por médico o enfermera del parto y cobertura del parto institucional, departamento de Vaupés, 2009-2010.</i>	162
Gráfica 80.	<i>Cobertura del control prenatal por año de observación, departamento de Vaupés, 2009-2010</i>	163
Gráfica 81.	<i>Cobertura del control prenatal, por afiliación al SGSSS, departamento de Vaupés-2010.</i>	164
Gráfica 82.	<i>Cobertura de TSH en el recién nacido, departamento de Vaupés-2010.</i>	167
Gráfica 83.	<i>Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados, departamento de Vaupés - 2010 -.</i>	169
Gráfica 84.	<i>Toma de muestra de citología por grupo de edad, departamento de Vaupés - 2010 -.</i>	172
Gráfica 85.	<i>Frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual por grupo de edad, departamento de Vaupés - 2010 -.</i>	174
Gráfica 86.	<i>Frecuencia de caos de las infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés - 2010 -.</i>	174
Gráfica 87.	<i>Frecuencia de casos confirmados para la infección de VIH por año de identificación, departamento de Vaupés - 2007 a 2010 -.</i>	175
Gráfica 88.	<i>Distribución porcentual de los casos confirmados para la infección de VIH por grupo poblacional, departamento de Vaupés - 2010 -.</i>	176
Gráfica 89.	<i>Distribución porcentual de la violencia sexual y doméstica por género, departamento de Vaupés 2010.</i>	178
Gráfica 90.	<i>Frecuencia de exámenes sexológicos por sexo y grupo de edad, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.</i>	180
Gráfica 91.	<i>Frecuencia de exámenes sexológicos por sexo y grupo de edad, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.</i>	180
Gráfica 92.	<i>Lugar de ocurrencia de los casos atendidos en la ESE HSA, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.</i>	181
Gráfica 93.	<i>Distribución porcentual del número de abusadores relacionados con el posible delito sexual, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.</i>	182
Gráfica 94.	<i>Comportamiento de la tasa de incidencia de la mortalidad materna, departamento de Vaupés 2004-2010.</i>	183
Gráfica 95.	<i>Comportamiento de la muerte perinatal durante los años 2004-2010, departamento de Vaupés.</i>	184
Gráfica 96.	<i>Tasa de incidencia del evento malaria en el departamento de Vaupés 1992-2010.</i>	187
Gráfica 97.	<i>Tasa de incidencia del evento malaria en el departamento de Vaupés 2006-2010.</i>	188
Gráfica 98.	<i>Frecuencia de casos del evento Malaria, por lugar de procedencia y especie parasitaria, departamento de Vaupés -2010-.</i>	188
Gráfica 99.	<i>Distribución de casos de Malaria, por período epidemiológico de ocurrencia, departamento de Vaupés, 2006-2010.</i>	191
Gráfica 100.	<i>Distribución de casos de Malaria, por semana epidemiológica de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.</i>	191



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 101.	Distribución de casos de Malaria y porcentaje de afectación de la población, por comunidades ubicadas en la zona del Bajo Vaupés, departamento de Vaupés -2010-.	192
Gráfica 102.	Distribución por grupo de edad de casos de Malaria, discriminado por grupo de edad, zona del Bajo Vaupés, departamento de Vaupés -2010-.	192
Gráfica 103.	Distribución de los casos de malaria en la zona del Bajo Apaporis –Municipio de Taraira-, departamento de Vaupés -2010-.	193
Gráfica 104.	Distribución y porcentaje de afectación de los casos de malaria en la zona del Bajo Apaporis, por comunidad de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.	194
Gráfica 105.	Distribución por grupo de edad de casos de Malaria, discriminado por grupo de edad, zona del Bajo Apaporis, departamento de Vaupés -2010-.	194
Gráfica 106.	Frecuencia e incidencia por 100.000 Hbt de casos de Leishmaniasis Cutánea, departamento de Vaupés, 1992 - 2010.	195
Gráfica 107.	Frecuencia e incidencia por 100.000 Hbt de casos de Leishmaniasis Muco-Cutánea, departamento de Vaupés 1992 - 2010.	196
Gráfica 108.	Distribución porcentual de la ocupación del paciente con diagnóstico de Leishmaniasis, departamento de Vaupés -2010-.	196
Gráfica 109.	Procedencia de los casos de Leishmaniasis cutánea, departamento de Vaupés -2010-.	197
Gráfica 110.	Comportamiento de los casos de Leishmaniasis por semana epidemiológica de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.	198
Gráfica 111.	Curva Epidémica de casos probables, confirmados por laboratorio y por nexo epidemiológico para el evento Dengue, municipio de Mitú, departamento de Vaupés - 2010-	199
Gráfica 112.	Comportamiento de los índices aélicos, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.	201
Gráfica 113.	Distribución porcentual de los casos probables de dengue, según su clasificación final, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.	201
Gráfica 114.	Número de casos confirmados y probables de Dengue por grupo de edad y sexo más tasa de incidencia por 1000 Hbt, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.	202
Gráfica 115.	Identificación de casos de enfermedad de Chagas, departamento de Vaupés 2002 - 2010.	203
Gráfica 116.	Comportamiento de la incidencia del accidente ofídico, departamento de Vaupés 1994 - 2010.	204
Gráfica 117.	Distribución de casos y tasa de incidencia por 1000 Hbt del accidente ofídico, discriminada por zona de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.	206
Gráfica 118.	Comportamiento del accidente ofídico por período epidemiológico, departamento de Vaupés 1994 - 2010.	207
Gráfica 119.	Distribución de casos y tasa de incidencia por 1000 Hbt del accidente ofídico, discriminada por grupo de edad, departamento de Vaupés -2010-.	207
Gráfica 120.	Frecuencia de casos de mortalidad asociada al accidente ofídico por año de ocurrencia, departamento de Vaupés 1997 - 2010.	205
Gráfica 121.	Comportamiento de la notificación de la exposición rábica según especie de animal agresor, departamento de Vaupés, 2007-2010	209
Gráfica 122.	Frecuencia de casos y tasa de incidencia de las exposiciones rábicas por caninos o felinos, discriminado por grupo de edad, departamento de Vaupés, 2007-2010.	210
Gráfica 123.	Frecuencia de casos y tasa de incidencia de las exposiciones rábicas por caninos o felinos, discriminado por zona de ocurrencia, departamento de Vaupés, 2007-2010.	211
Gráfica 124.	Tasa de incidencia de exposición rábica por murciélago por 10.000 habitantes. Por grupo de edad (quinquenios). Departamento de Vaupés 2007-2010.	214
Gráfica 125.	Distribución de casos de Exposición rábica por Murciélago hematófago, por período epidemiológico de ocurrencia de los casos, departamento de Vaupés -2007-2010-.	215



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 126.	Número de casos de enfermedades transmitidas por alimentos, departamento de Vaupés 2007-2010.	218
Gráfica 127.	Casos de enfermedades transmitidas por alimentos, disgregados por abordaje de los casos, departamento de Vaupés 2009-2010.	219
Gráfica 128.	Comportamiento de la Tuberculosis todas las formas, según número de casos y tasa de Incidencia, de todas las formas, departamento del Vaupés- 2004-2010.	221
Gráfica 129.	Tasa de incidencia acumulada de la Tuberculosis todas las formas, por municipio y corregimiento de procedencia, departamento del Vaupés- 2004-2010.	222
Gráfica 130.	Distribución de los casos de Tuberculosis todas las formas, en número e incidencia, por área de procedencia, departamento de Vaupés 2004-2010.	223
Gráfica 131.	Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, departamento de Vaupés 2004-2010.	223
Gráfica 132.	Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, por grupo de edad, departamento de Vaupés 2004-2010.	225
Gráfica 133.	Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, por sexo, departamento de Vaupés 2004-2010.	226
Gráfica 134.	Distribución de los casos de tuberculosis en todas sus formas, por grupo poblacional, departamento de Vaupés 2004-2010.	226
Gráfica 135.	Porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.	227
Gráfica 136.	Incidencia Tuberculosis BK positivo vs porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.	228
Gráfica 137.	Porcentaje de positividad de la baciloscopia en los sintomáticos respiratorios vs porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.	229
Gráfica 138.	Indicadores de seguimiento al tratamiento para los casos con diagnóstico de Tb de tipo pulmonar, departamento de Vaupés 2004-2010.	230
Gráfica 139.	Comportamiento de la tasa de mortalidad asociada al evento tuberculosis, departamento de Vaupés, período 2004-2010.	231
Gráfica 140.	Tasa de mortalidad asociada al evento tuberculosis, por grupo de edad, departamento de Vaupés, período 2004-2010.	231
Gráfica 141.	Comportamiento del porcentaje de fallecimientos, departamento de Vaupés, período 2004-2010.	232
Gráfica 142.	Porcentaje de fallecimiento por grupo de edad, departamento de Vaupés, período 2004-2010.	232
Gráfica 143.	Comportamiento de la Letalidad por tuberculosis, departamento de Vaupés, período 2004-2010.	233
Gráfica 144.	Frecuencia y tasa de incidencia de los casos de suicidio, reportados al sistema, durante el período 2008-2010, departamento de Vaupés.	236
Gráfica 145.	Distribución e incidencia de los casos de suicidio por grupo de edad y género. Departamento de Vaupés 2005- 2010.	238
Gráfica 146.	Distribución porcentual de los escenarios utilizados para la realización del acto suicida, departamento de Vaupés, período 2008-2010.	239
Gráfica 147.	Distribución porcentual de las modalidades utilizadas en el acto suicida, departamento de Vaupés, período 2008-2010.	239
Gráfica 148.	Distribución porcentual de los motivos que condujeron al acto suicida, disgregado por la variable sexo, departamento de Vaupés, período 2008-2010.	240
Gráfica 149.	Distribución porcentual del estado civil de las personas que realizaron el acto suicida, departamento de Vaupés, período 2005-2010.	241
Gráfica 150.	Relación suicidio consumado y consumo de Alcohol y/o SPAs. Vaupés 2005- 2010.	242



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 151.	<i>Distribución porcentual de los niveles de funcionalidad familiar, por corregimientos departamentales, departamento de Vaupés -2010-.</i>	244
Gráfica 152.	<i>Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?, departamento de Vaupés -2010-.</i>	245
Gráfica 153.	<i>Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta como en su familia le hablan y comparten sus problemas?, departamento de Vaupés -2010-.</i>	245
Gráfica 154.	<i>Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta cómo su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?;, departamento de Vaupés -2010-.</i>	246
Gráfica 155.	<i>Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta cómo su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos tales como rabia, tristeza, amor?, departamento de Vaupés -2010-.</i>	246
Gráfica 156.	<i>Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta como en su familia comparten: tiempo, espacio, dinero?, departamento de Vaupés -2010-.</i>	247
Gráfica 157.	<i>Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, con algún signo y síntoma según criterio para el RQC, departamento de Vaupés -2010-.</i>	249
Gráfica 158.	<i>Distribución porcentual por sexo, de los individuos con algún signo y síntoma psiquiátrico según criterio SRQ, departamento de Vaupés -2010-.</i>	250
Gráfica 159.	<i>Distribución porcentual por área de residencia, de los individuos con algún síntoma de trastornos en salud mental, departamento de Vaupés -2010-.</i>	251
Gráfica 160.	<i>Distribución porcentual por área de residencia, de los individuos con respuestas positivas para el aplicativo SRQ, departamento de Vaupés -2010-.</i>	251
Gráfica 161.	<i>Distribución porcentual por grupo de edad área de residencia, de los individuos con respuestas positivas para el aplicativo SRQ, departamento de Vaupés -2010-.</i>	252
Gráfica 162.	<i>Distribución de la población de estudio por sitio y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.</i>	257
Grafica 163.	<i>Distribución de la población en estudio por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés 2010.</i>	258
Grafica164.	<i>Distribución porcentual de la población en estudio por afiliación al sistema general de seguridad social en salud, departamento de Vaupés 2010.</i>	258
Gráfica 165.	<i>Prevalencia de la situación de discapacidad en el departamento de Vaupés vs Colombia, año 2008.</i>	264
Gráfica 166.	<i>Distribución porcentual de la residencia de los pacientes con algún tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.</i>	265
Gráfica 167.	<i>Tasas de prevalencia por grupo quinquenal y sexo, departamento de Vaupés - 2008.</i>	265
Gráfica 168.	<i>Distribución porcentual tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.</i>	266
Gráfica 169.	<i>Distribución porcentual de los tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.</i>	267
Gráfica 170.	<i>Distribución porcentual de cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud, departamento de Vaupés - 2008.</i>	267
Gráfica 171.	<i>Tipo de servicio de rehabilitación ordenado, departamento de Vaupés - 2008.</i>	268
Gráfica 172.	<i>Comportamiento en la recepción de declaraciones de personas y familias en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés, 2001-2010.</i>	270
Gráfica 173.	<i>Distribución porcentual de los municipios receptores de población en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés, 2001-2010.</i>	271
Gráfica 174.	<i>Distribución porcentual de las personas en situación de desplazamiento, según su pertenencia étnica, departamento de Vaupés, 2001-2010.</i>	271
Gráfica 175.	<i>Distribución de las personas en situación de desplazamiento, por grupo de edad, departamento de Vaupés, 2007-2010.</i>	272



Gráfica 176.	Comportamiento en la recepción de declaraciones de personas, según el sexo de los individuos, departamento de Vaupés, 2001-2010.	272
Gráfica 176.	Distribución de la procedencia de los casos de la población en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés 2001-2010	273
Gráfica 177.	Distribución porcentual de la población en situación de desplazamiento, según afiliación al sistema general de seguridad social en salud, departamento de Vaupés 2001-2010	274

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1.1. Historia

Imagen 1. Escudo del departamento de Vaupés



Los primeros conquistadores en el territorio del Vaupés fueron Hernán Pérez de Quesada en 1538 y Philip Von Hutten en 1541. Las primeras misiones jesuitas llegaron en 1657 y los carmelitas en 1695, provenientes de Brasil. A partir de 1750 se fundaron numerosos pueblos misioneros y puestos gubernamentales portugueses que luego desaparecieron. Desde 1880 se inició la penetración de misiones franciscanas provenientes del Brasil, que concentraron a los indígenas en aldeas de hasta 2.000 habitantes, lo que culminó con revueltas indígenas entre 1910 y 1920. En esta misma época se produjo la expansión de la explotación del caucho, realizándose la verdadera

conquista del territorio y el sometimiento de los indígenas.

Entre 1914 y 1917 los misioneros mont - fortianos realizaron numerosas fundaciones misionales en el Vaupés. Desde 1943 se establecieron misiones protestantes. Entre 1969 y 1970, la resistencia indígena apoyada por los misioneros logró expulsar los remanentes de explotación cauchera. Luego, por medio de la Ley 18 de 1963, se creó la comisaría del Vaupés, más tarde, mediante la Ley 55 de 1977, fue segregada la parte occidental para formar la comisaría del Guaviare. Finalmente, por medio del artículo 309 de la Constitución Política de Colombia de 1991, se elevó la comisaría del Vaupés a la categoría de departamento (1).

Capital: **Mitú**. La capital del Vaupés fue fundada por Miguel Cuervo Araoz en 1936.

Imagen 2. Bandera del departamento de Vaupés



1.2. Ubicación, Extensión y Límites

El Departamento de Vaupés está ubicado al oriente del país en la región de la Amazonía, comprendido entre los 01°13'28" de latitud sur y 02°04'55" de latitud norte, y

Mapa 1. Ubicación del departamento de Vaupés





GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



entre los 69°06'50" y 72°02'15" de longitud oeste.

Limites:

- Norte: con los departamentos de Guaviare y Guainía.
- Este: con la República de Brasil, con aproximadamente 656 Kilómetros de frontera.
- Sur: con el río Apaporis que lo separa de los departamentos de Amazonas y Caquetá.
- Oeste: con los departamentos de Caquetá y Guaviare (1)

Las áreas estimadas por municipio son:

1. Municipio de Mitú: 18.161,51 Km² (calculada de acuerdo a cartografía) y 16.422 Km² según el estudio "Aspectos ambientales para el ordenamiento territorial del Municipio de Mitú – IGAC)
2. Municipio de Carurú: 6.271,98 Km² (calculada de acuerdo a cartografía)
3. Municipio de Taraira: 6.197,89 Km² (calculada de acuerdo a cartografía)
4. Corregimiento Departamental de Pacoa : 14.108,71 Km² (calculada de acuerdo a cartografía)
5. Corregimiento Departamental de Papunahua: 5.937,90 Km² (calculada de acuerdo a cartografía)
6. Corregimiento Departamental de Yavaraté: 3.459,21 Km² (calculada de acuerdo a cartografía).

El área total calculada de acuerdo a cartografía es de 54.137.20 Km² y según el estudio "Aspectos ambientales para el ordenamiento territorial del Municipio de Mitú – IGAC) es de 54.135 Km².

1.3. Vías de Acceso:

La accesibilidad al departamento se desarrolla principalmente por vía aérea, la vía fluvial no es muy utilizada (exceptuando el transporte de víveres y cargas pesadas) y se realiza desde el departamento del Guaviare.

La comunicación terrestre es inexistente, tanto para el tránsito externo como interno, el departamento cuenta con una vía terrestre muy limitada que comunica al municipio de Mitú con comunidades muy cercanas, se denomina a esta área "la zona de la carretera".

La accesibilidad se puede constituir como un factor de aislamiento, incidiendo en gran medida en la migración y emigración de sus pobladores.

La comunicación interna igualmente se hace por vía aérea y fluvial, el departamento registra un total de 37 pista de aterrizajes funcionales, las cuales cubren el 15% (37/255) del total de comunidades



existentes en el departamento, se aclara que dichas pistas no cuentan con las especificaciones técnicas dadas por la aeronáutica civil, exceptuando el aeropuerto de la ciudad de Mitú; adicionalmente existe una red de caminos –trochas, varaderos- por todo el departamento, los cuales no se encuentran en términos de infraestructura adecuados para su tránsito, aclarando que las personas que utilizan dicha vía son conocedores del territorio (indígenas).

1.4. Geografía

1.4.1. Fisiografía:

El territorio del departamento de Vaupés se caracteriza por un relieve plano y selvático, con pendientes muy bajas y algunos afloramientos rocosos. Sus principales elevaciones no superan los 300 m sobre el nivel del mar, y corresponden a la serranía de Taraira, la mesa de Carurú y los cerros Huinambi y Muñeta (1).

1.4.2. Hidrografía

El departamento de Vaupés es un territorio rico en corrientes de agua; tiene como base del sistema hidrográfico el río Vaupés que atraviesa de oeste a este el departamento y sirve de vía de comunicación entre varios poblados ribereños. También bañan la región los ríos Papunahua, Suruby Suruí, Querarí, Cuduyarí, Pacoa, Taraira o Traira, Isana, Cananarí, Pacoa, Papurí, Pira Paraná, Tiquié, Apaporis, Mambú y Ujca o Vica; las quebradas Jotabeyá, Cotudo, Inambú, y los caños Carurú, Lindala, Tatú, Colorado, Comeyacá, Tí, Tuí, Cubiyú, Paraná Pichuna, Alsacia, Chontaduro, Macú, Cuyucuyu, Aceite, Bacatí, Arara, Guiramiri y Umary (1).

1.4.3. Clima

Las condiciones climáticas del departamento de Vaupés, son las típicas de la zona de transición entre las llanuras de la Orinoquía y las selvas de la Amazonía; por la conformación de la topografía de la zona, en ella solo se presenta el piso térmico cálido, con temperaturas que oscilan entre los 27 y los 30° C, dependiendo de la época del año. En la parte sur del territorio departamental, las lluvias son abundantes, superando los 3.000 milímetros anuales (1).

1.5. División Político Administrativa

El departamento cuenta con la figura de corregimientos departamentales, este tipo de unidad territorial se localiza en los departamentos de Amazonas, Vaupés y Guainía, existían también en el departamento de Vichada pero estos se incorporaron al municipio de Cumaribo. Los corregimientos departamentales corresponden a un poblado y sus alrededores que no alcanzan la categoría de municipio y se distinguen de los corregimientos corrientes en que no son jurisdicción de ningún municipio (2).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



- Municipios: Mitú, Carurú y Taraira
- Corregimientos Departamentales: Pacoa, Papunahua y Yavaraté.
- Corregimientos de Jurisdicción Municipal – Mitú-: Acaricuara y Villa Fátima.
- Cuenta con 10 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados (1).

A nivel administrativo el departamento se subdivide en 17 zonales indígenas, las cuales reciben recursos de transferencia y de SGP:

- | | | |
|--------------------|-----------------|-------------------|
| 1. Mitú Sub-urbana | 2. Isana | 3. Querarí |
| 4. Cuduyarí | 5. Vaupés Medio | 6. Bajo Vaupés |
| 7. Acaricuara | 8. Yapú | 9. Azatraiyuva |
| 10. Tiquié | 11. Alto Vaupés | 12. Bajo Apaporis |
| 13. Alto Apaporis | 14. Alto Pirá | 15. Bajo Pirá |
| 16. Yavaraté | 17. Papunahua | |

Ver mapa 2

Documento en actualización



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Mapa 2. División Político administrativa del departamento de Vaupés



Fuente: Salud Pública Departamenta

I

2. DEMOGRAFÍA

2.1. Población General

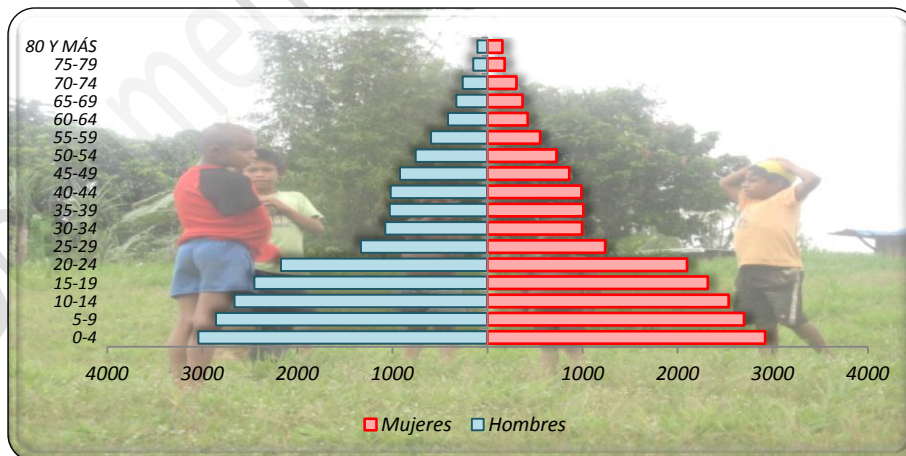
Según proyecciones censo DANE –Departamento administrativo nacional de estadísticas- 2005, proyecciones 2010, el departamento cuenta con una población total de 41.534 habitantes, que representa el 0,1% del total de la población Colombiana, con una densidad poblacional del 0,61 Hab/Km²; el 63% de la población se ubica en el área rural, zona en donde se identifican alrededor de 255 comunidades indígenas, que se caracterizan por su dispersión y barreras geográficas inherentes al área donde se sitúan.

La población del departamento es de tipo progresivo, por presentar una pirámide con una base ancha, evidenciando un comportamiento indirectamente proporcional entre el grupo por edades quinquenales y la población total para el mismo grupo, es decir, entre mayor es el grupo quinquenal menor es el total de personas que lo conforman.

Los menores de 15 años representan una parte importante del total poblacional –índice de juventud del 40%- clasificando la población como joven; en contraposición encontramos que las personas que se encuentran en las edades mayores de 65 años representan el 4,5% de la población y el 14,2% de este grupo poblacional sobrepasan los 80 años, mostrándonos un índice de longevidad bajo para la población.

Discriminando la población por sexo, se obtiene que el sexo masculino representa el 50,9% y el femenino el 49,1% del total poblacional, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos (Ver gráfica 1).

Gráfica 1. Pirámide poblacional, distribución de la población por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés - 2010.



Fuente: Proyecciones DANE 2010.

La tasa de dependencia muestra, que por cada 10 individuos potencialmente activos –personas entre los 15 a los 64 años-, hay 8 individuos que dependen de ellos –personas menores de 15 años y



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



mayores de 64 años-, dato que se considera alto y que va de la mano con la característica de población joven; la relación de reemplazo de la población activa es de 6, por cada persona que deja de ser activa entran 6 personas a sustituirla. Estos resultados se pueden asociar a una alta tasa de natalidad y mortalidad.

2.2. Población Indígena

El actual territorio del departamento del Vaupés en la época precolombina estaba habitado por numerosos grupos indígenas, muchos de los cuales, gracias al hábitat selvático, sobreviven a los embates de la "civilización" (2).

El Vaupés es un departamento multiétnico y pluricultural, su principal característica es tener la condición de resguardo indígena, situación que se refleja en la existencia de 26 grupos étnicos que representan el 95% de la población vaupense, el otro resto poblacional entre colonos y negros.

Más del 90% del territorio está ocupado por tres resguardos indígenas:

1. Bacati - Arara
2. Lagos de Jamaicurú y Yaigojé - Río Apaporis
3. Parte Oriental del Vaupés - dividido en tres partes correspondientes a jurisdicción de los municipios Mitú y Carurú, y del corregimiento departamental de Yavaraté-

Aunque en términos geográficos el INCODER reconoce 3 resguardos, para la asignación de recursos del SGP se consideran 5 resguardos ya que los recursos del resguardo parte Oriental del Vaupés se dividen en tres partes y son administrados por diferentes entidades territoriales (3).

Los Grupos étnicos predominantes en la región son del grupo lingüístico Tucano oriental, poseen muchos rasgos en común, sin embargo son muchas más sus diferencias. Estas etnias se comunican con 18 lenguas distintas. Esto sin contar sus diferencias en sus pautas de crianza, ritos de paso, sus mitos de origen, la utilización del medio para su subsistencia y muchas otras manifestaciones de arte y la cultura en general (4) (Ver tabla 1):

Tabla 1. Distribución de los pueblos indígenas por grupo lingüístico, departamento de Vaupés.

Grupo Lingüístico	Etnia	Grupo Lingüístico	Etnia	Grupo Lingüístico	Etnia
Tucano oriental:	Tucano	Tucano medio:	Cubeo.	Cariv:	Carijona/Metanos. Los metanos son grupos de familias indígenas provenientes de los llanos orientales y que los nativos del Vaupés denominan así. Los Metanos no son propiamente una etnia pero sí un grupo indígena.
	Wanano	Tucano con clasificado:	Yurutí		
	Piratapuya		Tanimuka		
	Bara		Lectuama		
	Tuyuca		Yauna		
	Pisamira	Arawak:	Baniwas.		
	Desano		Curripaco		
	Siriano		Cabiyari		
	Carapana		Tariano		
	Tatuyo	Makú:	Makú puinabe		
	Macuna		Bara cacua		
	Barasana		Jupda		
	Taiwano		Yujú.		



Fuente: En busca de un modelo de salud para los indígenas, la experiencia del Vaupés, Juan Guevara Garzón, 2003.

2.3. Nacimientos

Para el 2010 se registraron un total de 647 nacimientos, de estos 593 corresponden a menores cuyos padres se reconocen como población indígena. Para los últimos cuatro años la media de nacimientos por año es de 590 refiriéndonos que este año tuvo un incremento del 5,4%.

El municipio de Mitú representa el 69% (448/647) de los nacidos vivos, sin embargo, en el total de nacimientos el 70%(454/647) de las mujeres registraron residir en el área rural del departamento, predominando esta situación en cada uno de los municipios y corregimientos, el término centro poblado hace referencia igualmente a comunidades indígenas con la diferencia de contar con una población mayor a los 300 habitantes (Ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencia de nacimientos disgregados por área y municipio de residencia, departamento de Vaupés-2010.

		Cabecera Mcpal.	Centro Poblado	Rural Disperso.	Total
Municipios	Mitú.	168	34	246	448
	Carurú	13	0	37	50
	Taraira.	12	0	34	46
Corregimientos Departamentales	Pacoa.	0	12	53	65
	Papunahua.	0	0	5	5
	Yavaraté.	0	25	8	33
Total		193	71	383	647

Fuente: Estadísticas vitales-Nacidos vivos.

2.4. Tasa de Natalidad

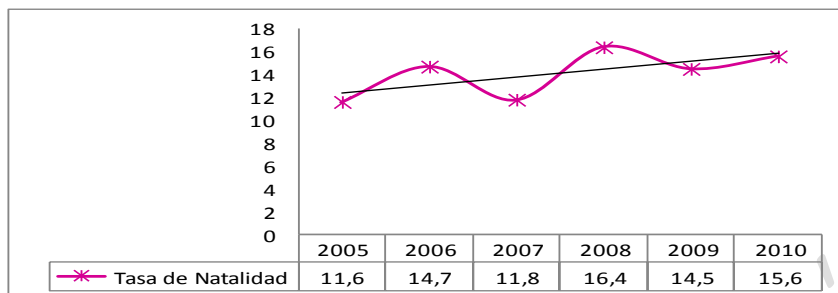
A nivel país observamos para el año 2009 una tasa de natalidad del 19,9 nacidos vivos por mil habitantes, el departamento de Vaupés se sitúa por debajo de este indicador nacional con una tasa de natalidad del 15,6 nacidos vivos por mil habitantes, sin embargo, el comportamiento interno de este indicador en los últimos 6 años ha sido tendiente al incremento, con las tasas más altas para los años 2008 y 2010, este aumento se puede relacionar a las prácticas y costumbres propias de la población – Indígenas-, cómo a la no disponibilidad de programas de planificación familiar acordes a las necesidades y exigencias del medio, incidiendo directamente con el crecimiento y conformación de la población del Vaupés (Ver gráfica 2).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 2. Comportamiento de la Tasa de Natalidad en el departamento de Vaupés durante los últimos 6 años - 2010.



Fuente Estadísticas vitales-Nacidos vivos

A nivel de municipios y corregimientos, observamos que el municipio de Taraira y el Corregimiento de Yavaraté presentan un mayor impacto para este indicador, con tasas de 45 y 26 nacimientos por cada mil habitantes, por encima de la tasa departamental y nacional, en el municipio de Taraira se da la explotación minera –aclarando que no tiene el mismo movimiento de hace algunos años- y población de tipo militar, actividad que incide directamente en la recepción de población nueva, arrastrando consigo todo un cambio de comportamiento social (Ver tabla 3).

Tabla 3. Tasa de Natalidad por municipio y corregimiento departamental, departamento de Vaupés - 2010.

Tasa por nacidos vivos por 1.000 habitantes	
M. Mitú	14,9
M. Carurú	15,2
M. Taraira	45,3
CD. Pacoa	12,8
CD. Yavaraté	26,2
CD. Papunahua	5,8
Tasa Bruta de Natalidad	15,6

Fuente Estadísticas vitales-Nacidos vivos, censo DANE 2005

Otro indicador que nos refleja la dinámica demográfica es la composición y tamaño de las familias, para el departamento el núcleo familiar se compone en promedio de 5 integrantes, con oscilaciones que pueden darse dos personas hasta 12 integrantes por familia, datos obtenidos en estudios realizados por el Médico Pablo Montoya coordinador del grupo funcional de la secretaria de salud departamental (año 2002) y censo aplicados en las intervenciones de salud.

2.5. Tasa General de Fecundidad



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Para este indicador observamos que el departamento presentó 72 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil y 26 nacimientos por cada mujer adolescente; por razón de tasas específicas de fecundidad entre mujeres de 12-19 y de 15 a 44 años, encontramos que por cada nacimiento en una mujer adolescente se presenta dos nacimientos en el otro grupo poblacional, valor que nos demuestra que hay un alto crecimiento de embarazos en adolescentes en el departamento, situación que se debe enmarcar desde programas de educación sexual y derechos sexuales y reproductivos.

Discriminando este indicador por municipio y corregimiento, el municipio de Taraira y Pacoa presenta la tasa de fecundidad más alta para el departamento, con resultados de 265 y 133 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil, a groso modo este indicador nos revela falencias en todo lo concerniente a la promoción y disposición de los programas de planificación familiar (Ver tabla 4).

Tabla 4. Tasa de Fecundidad en adolescentes y mujeres en edad fértil, discriminada por municipios y corregimientos departamentales, departamento de Vaupés - 2010.

	Mujeres adolescentes 10-19 años por 1000 nacidos vivos	Mujeres en Edad Fértil 15-44 años por 1000 nacidos vivos
M. Mitú	28	72
M. Carurú	32	76
M. Taraira	96	284
CD. Pacoa	13	55
CD. Yavaraté	13	137
CD. Papunahua	22	32
<u>Tasa Departamental</u>	<u>27</u>	<u>75</u>

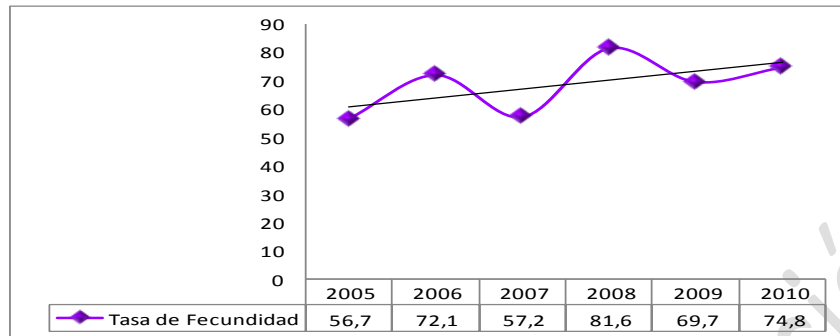
Fuente Estadísticas vitales-Nacidos vivos, censo DANE 2005

Para el 2011 se plantea la implementación de un centro amigable en la zona urbana de Mitú con sede en la ESE HSA.

Al igual que la natalidad la fecundidad en el departamento en los últimos 6 años, ha tenido un comportamiento tendiente al incremento, los lineamientos de nivel nacional se dirigen a aumentar el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos, estos métodos debido a su facilidad de uso y disminución de controles, aumentan la adherencia de las pacientes. (Ver gráfica 3)



Gráfica 3. Comportamiento de la Tasa de Natalidad general en el departamento de Vaupés durante los últimos 6 años - 2010.



Fuente Estadísticas vitales-Nacidos vivos

2.6. Tasa Global de Fecundidad

Este indicador relaciona el número medio de hijos nacidos vivos por mujer, para la tabulación de los datos se utilizó la nueva definición de mujeres en edad fértil -10-49 años-.

El departamento arrojó para el año 2010, un promedio de 2 hijos por cada mujer en edad fértil, a nivel nacional las estadísticas registran para los años 2005-2010 un promedio entre 2 a 3 hijos, estando dentro de lo esperado para el país, sin embargo, para el departamento y teniendo en cuenta el comportamiento de las comunidades indígenas, en donde predominan las familias extensas, se esperaría que este indicador estuviera por encima del dato nacional, pudiéndose reflejar la dificultades en la captación y registro de los nacimientos en el departamento.

El municipio de Taraira presenta el indicador más alto, dato que van de la mano con los indicadores de fecundidad y natalidad, así mismo se refleja como el CD. de Papunahua está muy por debajo del nivel departamental, asociándose primordialmente a la baja densidad poblacional de esta zona (Ver tabla 5).

Tabla 5. Tasa global de fecundidad por municipios y corregimientos departamentales, departamento de Vaupés - 2010.

	Tasa Global de Fecundidad
Municipio de Mitú	2,0
Municipio de Carurú	2,3
Municipio de Taraira	7,9
Corregimiento Departamental de Pacoa	1,7
Corregimiento Departamental de Yavaraté	4,8
Corregimiento Departamental de Papunahua	0,8



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tasa Departamental	2,1
--------------------	-----

Fuente Estadísticas vitales-Nacidos vivos, censo DANE 2005

2.7. Esperanza de vida al nacer

Para el país la esperanza de vida es de 74 años, para los hombres esta en 71 años y 77 años para las mujeres, como hemos visto en la pirámide poblacional la población mayor de 65 años representa el 4,5% del total poblacional, asociándose este comportamiento a una tasa de mortalidad alta.

2.8. Crecimiento de la Población

A nivel país se observa que la tasa de crecimiento poblacional desde el años 2005 hasta el 2009 es de 4,6%, oscilando con tasas inter-departamentales entre el 0,8% al 13,8%, el departamento de Vaupés arroja un aumento de población del 4,4%, dejándonos dentro de la media nacional, considerándose un incremento aceptable para la dinámica poblacional interna del país.

Para el análisis interno se encontró diferencias significativas entre las áreas de residencia de los municipios, siendo el incremento más acentuado en las cabeceras municipales de los municipios de Mitú y Carurú, y un comportamiento decreciente en la zona rural de los mismos, mientras que el municipio de Taraira presenta un comportamiento inverso para la población total y cabecera, como se ha venido mencionando este municipio se caracteriza por su explotación minera que incide directamente en los movimientos poblacionales de la región.

Dentro de los corregimientos departamentales, el único que presenta aumento en su población es el corregimiento departamental de Pacoa, esta área del departamento se ve influenciada por la población residente del amazonas, se tiene conocimientos de movilización de comunidades del vecino departamento por contar el Vaupés con la característica de resguardo (Ver tabla 6).

Tabla 6. Tasa de crecimiento de la población durante el período 2005-2009, departamento de Vaupés.

		Población Total	Población Cabecera	Población Resto
Municipios	Mitú	4,5	9,2	0,1
	Carurú	1,4	8,9	-0,7
	Taraira	-2,5	-10,8	-1,0
Corregimientos	Pacoa	9,7	0,0	9,7
Departamentales	Papunahua	-1,3	0,0	-1,3



	Yavaraté	-0,6	0,0	-0,6
Total Departamental		4,4	8,9	1,8

Fuente: Población proyecciones DANE 2005-2009

3. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

3-1. Cultura

El Vaupés es un departamento multiétnico y pluricultural, como se ha mencionado anteriormente en el departamento existe al redor de 27 grupos étnicos, las tradiciones difieren según la etnia y la influencia externa que han tenido a través de los años, sin embargo, confluyen en algunos aspectos:

- *Payé*: Figura que representa todo el conocimiento ancestral, esta persona se encarga a nivel de salud de realizar los rezos preventivos y medicar a los enfermos –basado en el conocimiento curativo de las plantas.
- *Carrizo*: Es la música que utilizan para sus danzas, rituales y celebraciones, para los rituales y danzas utilizan trajes diseñados por ellos.
- *Capitán*: Es la persona que representa y lleva la vocería de la comunidad, es elegida democráticamente por los integrantes de la misma.
- *Gastronomía*: Con el pescado realizan la *quiñapira*: la cual es una especie de sopa, muy picante, también hacen el *pescado muquiado*, el cual se prepara teniendo el pescado envuelto en unas palmas propias de esta región y se pone a ahumar. También está el *casabe*, la *tapioca* y la *fariña* que son derivados de la yuca, ya sea dulce o brava. Aún se conserva la cultura de comer *pepas* de las palmas (2)

3-2. Economía

Municipio de Mitú: Producción agropecuaria a pequeña escala en la zona de colonización.

Municipio de Taraira: Minería aurífera a pequeña escala.

Municipio de Carurú: Existe presencia de cultivos ilícitos.



Se destaca que el 90% del territorio es Resguardo Indígena y está habitado por población nativa, los cuales derivan su sustento de la caza, la pesca, la recolección de frutos silvestres y el cultivo de la Yuca Brava y en ocasiones plátano y maíz. Estos productos son para autoconsumo con una comercialización de excedentes muy baja.

De igual forma, el Departamento se encuentra incluido dentro de la Reserva Forestal de la Amazonía – Ley 2 de 1959, aspecto que limita la realización de actividades económicas a gran escala.

Se suma a esta situación, el hecho de que la única vía de acceso desde el interior hacia el departamento es aérea y la comunicación interdepartamental en gran parte también se hace por vía esta misma vía y solo algunos pocos lugares tienen acceso por vía fluvial y terrestre; circunstancia que incide directamente en el alto costo de vida de sus habitantes (3).

3.3. Educación

Para el departamento la educación es uno de los mayores retos, enfrentándose en primer lugar a un modelo educativo no adaptado a las necesidades de las comunidades indígenas, en donde la educación es direccionada sólo al aprendizaje foráneo –educación de corte occidental-, no contemplando la educación desde la perspectiva intercultural, esta última imperante como herramienta de vida para la supervivencia en un ambiente que lo requiere.

La educación en el Vaupés es manejada a través de internados educativos, ubicados en los centros poblados ó en sitios que por su ubicación facilitan la cobertura de varias comunidades, la finalidad de estos planteles es asegurar y aumentar la cobertura de aquellos menores que residen en el área rural del departamento.

Los estudiantes de los internados son beneficiados con el servicio de restaurante escolar, estrategia para aumentar la permanencia y disminuir la deserción escolar, convirtiéndose en un factor protector para la seguridad alimentaria de este grupo poblacional –niños y niñas en edad escolar-, sin embargo, estos planteles se identifican como un factor de riesgo para el ámbito de la conservación de la cultura, teniendo en cuenta que la figura de la familia no está presente, cuyo papel es crucial para la enseñanza de los valores y costumbres, asegurando la continuidad del conocimiento, en resumen, los jóvenes se alejan de la costumbres y tradiciones de sus pueblos -algunos menores no se trasladan a sus casas los fines de semana por no contar con recursos para hacerlo y la permanencia de los niños, niñas y jóvenes en estas instituciones es permanente-, luego el retorno de los estudiantes a sus sitios de origen se convierte en un choque psicosocial.

Otro factor de riesgo que es constante, es el hacinamiento a los que se someten los estudiantes en los dormitorios, condición que actúa como coadyuvante a la transmisión de enfermedades infectocontagiosas; este problema se deriva principalmente al alto costo que representa la construcción de obras en el departamento y que aumenta en las zonas rurales por la accesibilidad geográfica.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Adicional a estos internados esta la modalidad de escuelas que se diferencia por: solo manejar la básica primaria, no albergan a menores y generalmente los estudiantes residen en la misma comunidad, al igual que los internados reciben subsidio de alimentación escolar (Ver Tabla 7 y mapa 3).

Tabla 7. Distribución de los internados y escuelas en los municipios y corregimientos, departamento de Vaupés-2010.

	Internados	Escuelas	Total
M. Mitú	21	49	70
M. Carurú	4	5	9
M. Taraira	2	3	5
C. Pacoa	3	9	12
C. Yavaraté	3	4	7
C. Papunahua	1	1	2
Total	34	71	105

Fuente: Secretaría de Educación

Documento en actualización



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Mapa 3. Distribución de los internados y escuelas en los municipios y corregimientos, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública

Es importante resaltar que la zonal de ACAIPI –correspondiente a la Zona del Pirá Paraná-, maneja un modelo etno-educativo propio en 13 escuelas, que incluye como eje primordial el conocimiento de saberes y costumbres inherentes de la cultura (ver tabla 8).

Tabla 8. Ubicación de las escuelas con modelo etno-educativo, Zona del Pira-Paraná, Corregimiento de Pacoa, departamento de Vaupés 2010.

Zona	Comunidades
Alto Pirá	Puerto Ortega, Sonaña, Jená, Villanueva y Yoayá
Bajo Pirá	San Miguel, Tatú, Piedra Ñi, Santa Isabel, San Luis,



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Puerto Antonio, Santa Rosa y Puerto Esperanza

Fuente: ACAIPI

3.3.1. Analfabetismo.

Para este indicador se utilizaron los datos obtenidos por censo DANE 2005, dentro de los inconvenientes que se encuentran para este censo es la no relación de encuesta en el corregimiento departamental de Pacoa.

Se reporta una encuesta realizada a 17687 personas, de las cuales el 71,4% (12620) ubicada en la cabecera municipal, el 27% (4777) en la zona rural y el 1,6% (290) en los centros poblados del departamento, arrojándonos que el 73% de la población entrevistada saben leer y escribir, entre las áreas de residencia Cabecera, Centro poblado y rural disperso no se encuentran diferencias estadísticas significativas de cobertura con resultados del 75,2%, 72,4% y 67,5% respectivamente.

Tomando como medida la población escolar (5-24 años) encontramos una media de cobertura del 86%, igualmente desgregado por área no se observan diferencias significativas en las coberturas, todas con resultados por encima del 80%, traduciéndose en niveles bajos de analfabetismos para este grupo poblacional.

Los niveles de analfabetismo han disminuido en los últimos 41 años en la población de 15 años y más. De una tasa de 27,1% en 1964 disminuye a una tasa de 8,4% en el 2005, según los resultados del Censo General (5).

Colombia para su población total reporta una cobertura del 91,6% -censo 2005-, situándonos por debajo del estándar nacional (ver tabla 9).

Tabla 9. Porcentaje de personas que saben leer y escribir, departamento de Vaupés, Censo 2005.

Grupo de Edad	Si	No	No informa
0 a 4 años	2,8	97,2	0,0
5 a 9 años	82,8	12,9	4,3
10 a 14 años	92,2	1,5	6,3
15 a 19 años	89,0	1,3	9,6
20 a 24 años	80,4	2,8	16,8
25 a 29 años	77,3	4,5	18,1
30 a 34 años	80,8	5,5	13,7
35 a 39 años	81,4	4,7	13,9
40 a 44 años	80,5	5,3	14,2



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



<i>45 a 49 años</i>	76,2	9,1	14,7
<i>50 a 54 años</i>	68,2	11,0	20,8
<i>55 a 59 años</i>	47,1	16,1	36,8
<i>60 a 64 años</i>	36,5	31,5	32,0
<i>65 a 69 años</i>	31,8	32,5	35,6
<i>70 a 74 años</i>	14,1	28,3	57,6
<i>75 a 79 años</i>	65,2	32,3	2,6
<i>80 y +</i>	78,9	19,7	1,3
<i>Total</i>	73,0	13,6	13,4

Fuente: Censo DANE 2005

3.4. Estrato Socioeconómico

Este ítem para el departamento genera controversia en la medida que por ser la mayor parte de la población indígena, el termino pobreza y entradas económicas, no tienen la misma valoración desde la perspectiva "occidental", la población indígena por esencia es cazadora y recolectora, su economía no gira alrededor del ingreso monetario, la idiosincrasia de estos pueblos está basada en las labores y estructura tradicional, es por ello que se observa que en su gran mayoría la población del Vaupés se clasifica sin nivel de SISBEN (Ver tabla 10).

Tabla 10. Clasificación del nivel socioeconómico según encuesta del Sistema de identificación de beneficiarios - SISBEN-, departamento de Vaupés -2010-.

Nivel de SISBEN	Frecuencia	Porcentaje
1	1992	4,8
2	415	1,0
3	2	0,005
Ninguno	25517	61,4
Total	27926	67,2

Fuente: Oficina de Seguridad Social, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés



4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Para el departamento es fundamental hablar de la participación y concertación comunitaria, por dos razones de gran peso:

1. Es establecido por ley estos procesos para garantizar la adherencia y aceptación de las acciones que se emitan
2. Debido a la pluriculturalidad que existe en la zona.

4.1. Marco Legal

Las reformas del sector salud en Colombia hacen hincapié, en la participación individual, introduciendo la libre elección del individuo y la participación colectiva.

- 📖 **Decreto 1416 de 1990:** Ya para el año noventa a través de este decreto se reglamentaba la participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud. En su artículo 49 dispone que los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con **participación de la comunidad**
- 📖 **Constitución Política de Colombia de 1991:** declara la salud como derecho inalienable de todos los ciudadanos y la seguridad social en salud como un servicio público, que tiene que ser proporcionado bajo la dirección del estado y siguiendo los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad.
- 📖 **Ley 100 de 1993:** La cual crea el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral (SGSSS) e introduce la competencia entre aseguradoras (EPS) y proveedores de salud (IPS), así como la participación social en la organización y control de las funciones del sistema.
- 📖 **Decreto 1757 de 1994:** Establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud.
- 📖 El Sistema General de Seguridad Social en Salud adopta como fundamento **“la participación social y la concertación”** de las decisiones en salud con los miembros de la comunidad y como parte de su organización, la población posee el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria en salud “COPACOS”, asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema.


Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva, que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana. Como forma de participación colectiva se crearon los comités de participación comunitaria y las asociaciones de usuarios.


De igual forma es importante resaltar las leyes Colombianas que hacen referencia a las comunidades indígenas, población mayoritaria en el departamento.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



 **Decreto 1757 DE 1994:** Establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.

 **Ley 21 de 1991:** Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Dentro de esta ley sobresalen los siguientes artículos.

- Artículo 6° inciso a). Expresa: "Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente".
- Artículo 7° literal 2: El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.
- Artículo 25 literal 2. Estipula que "Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales."

 **Ley 691 de 2001:** Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

- Artículo 22: Principio de concertación. El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto (6°) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades. El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.
- Artículo 23: Representatividad. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.
- Artículo 24: Controladores. Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado.

Estas Leyes hacen referencia a la participación activa de los miembros de las comunidades indígenas en todos los procesos y decisiones en salud; es por ello que a nivel departamental existe el CRIVA



(Concejo regional de Indígenas del Vaupés), como representante de estos pueblos en los concejos territoriales.

4.2. Marco Conceptual.

Participación Social: Se define como la **capacidad** real de las personas y las organizaciones sociales, de **incidir de manera efectiva** en sus condiciones de vida y en las decisiones que la afectan.

Participación en salud: es la participación que realizan personas naturales o jurídicas a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

4.3. Reseña Histórica de los Procesos de Participación de los Pueblos Indígenas de Vaupés.

Este tema es muy amplio, es por ello que se dividirá en tres momentos.

4.3.1. La Organización Comunitaria Tradicional.

Es importante aclarar que para los grupos étnicos, los procesos de organización y participación van unidos, se puede decir que son interdependientes para su funcionamiento.

Tradicionalmente los grupos étnicos que habitaban en este territorio que hoy es el departamento del Vaupés, se agrupaban en grandes malocas. Estas malocas estaban dirigidas por un jefe, quien ejercía las funciones de asegurar la normal convivencia de las familias, velaba por el control social, económico y cultural. También servía de enlace y de las buenas relaciones con otras malocas vecinas, para llevar a cabo las grandes ceremonias, rituales como las danzas autóctonas y el dabucuri.

El jefe o el dueño de la maloca era el hermano mayor de todos los que convivían en ese sitio y era el que pertenecía al clan mayor, según la tradición mitológica de origen de cada grupo étnico y el poder era transmitido de generación a generación.

La estructura tradicional organizativa era la siguiente:

- *Danzador:* Era el encargado de enseñar la sabiduría ancestral acerca del origen de su grupo étnico a las nuevas generaciones, para que vivencien y recreen su cultura. Muchas veces este papel lo desempeñaba el dueño de la maloca.
- *Paye:* Era la autoridad moral, espiritual y consejero ante cualquier dificultad sobre lo que tenía que ver con la salud de las personas. Este oficio no es hereditario.
- *Cumú:* Era una autoridad espiritual, encargado de conjurar contra los maleficios que hacían las personas malévolas y las enfermedades que producía la naturaleza.
- *Botánico:* Especialista y conocedor de las plantas medicinales, para la pesca, cacería y de remedios contra los venenos.



4.3.2. Época de Contacto con el Hombre Occidental:

Desde 1880 penetraron las misiones franciscanas de Brasil, que concentraron a los indígenas en aldeas de hasta 2.000 habitantes, lo que culminó en revueltas entre 1910 y 1920.

En el siglo XIX la evangelización entre los indígenas del Vaupés aumentó notablemente y se fundaron 21 misiones que, de nuevo, arremetieron contra las culturas indígenas, en especial contra el culto y la ceremonia del Yurupari. Frente a las mujeres y niños, los misioneros exhibían públicamente las trompetas sagradas y secretas de la ceremonia; prohibían el uso ceremonial de la chicha e interfería con las formas de matrimonio tradicionales.

Entre 1914 y 1917, los misioneros monfortianos hicieron numerosas fundaciones misionales en el Vaupés y desde 1943 se establecieron las misiones protestantes.

Entre 1969 y 1970, la resistencia indígena, apoyada por los misioneros, logró expulsar los remanentes de la explotación cauchera.

En esta misma época se expandió la explotación del caucho, dándose la verdadera conquista del territorio y el sometimiento de los indígenas.

A partir del momento que tuvieron contacto con el hombre occidental (blanco) específicamente con los misioneros de diferentes corrientes religiosas, desde los años 1913, se cambió radicalmente la estructura social que tenían los grupos étnicos aunque unos fueron afectados muy tempranamente u otros tardíamente, debido a su ubicación geográfica, pero, les llegó a todos los rincones del territorio del Vaupés.

Los misioneros fueron los que introdujeron la figura de "CAPITAN", como máxima autoridad de las comunidades indígenas del departamento del Vaupés y en principio eran nombrados por los mismos misioneros. El capitán debía ser reconocido por las autoridades religiosa y civil. De todas maneras era una autoridad que estaba por fuera del contexto socio-cultural tradicional indígena de los grupos étnicos.

4.3.3. Consecuencias del Choque Cultural Del Indígena con el Hombre Blanco:

- a) El gobierno de los pueblos indígenas se vio fuertemente atropellado y fragmentado, debido a la imposición de las creencias religiosas de otras culturas desconocidas y se vio obligado a renunciar a su propia cultura, "según los misioneros, eran prácticas demoníacas".
- b) Conllevaron a la destrucción de varias estrategias culturales, económicas y políticas que giraban alrededor de las malocas.
- c) Desapareció la AUTORIDAD representada por el dueño de la maloca, se prohibió la práctica de rituales y ceremonias y además se dio fin a la milenaria movilidad dentro del territorio.
- d) Los niños fueron arrancados del seno de la maloca y llevados a internados donde nadie tenía en cuenta sus prohibiciones alimenticias y se les obligaba a comer animales prohibidos.



- e) *Arremetieron contra las culturas indígenas, en especial contra el culto y la ceremonia del Yurupari.*
- f) *Entrenaron al indígena para que ocupe los peldaños más bajos de la sociedad.*

4.4. La Organización Social Actual de los Grupos Étnicos del Departamento del Vaupés.

Los grupos étnicos del departamento del Vaupés han pasado por un proceso de cambio cultural que ha implicado la alteración de una importante proporción de las estrategias productivas y los patrones de organización social que garantizaron su existencia a lo largo de varios milenios. Esto debido a la acción de agentes externos llegados al departamento.

Debido a la intromisión de otras costumbres culturales, se han perdido las instituciones autóctonas de organización social; en la actualidad existe la estructura de la organización social adoptada, la cual hoy en día es considerada como "propia".

La máxima autoridad en las comunidades indígenas es el CAPITAN O GOBERNADOR (lo denominan en otras partes) que es la misma AUTORIDAD TRADICIONAL de la comunidad, nombrado en Asamblea General en forma democrática (por medio voto secreto) por un periodo determinado, pero, ya no es hereditario como era en el sistema de gobierno tradicional indígena.

Actualmente las comunidades indígenas poseen la siguiente estructura organizativa.

- Δ *Capitán, vice-capitán de la comunidad y Secretario.*
- Δ *Junta de Acción comunal con sus respectivos comités.*
- Δ *La Escuela con sus directivas.*
- Δ *Centro de Salud (auxiliar o promotor de enfermería).*
- Δ *Hogar infantil (director).*
- Δ *Inspector de policía municipal y/o departamental, en algunas comunidades.*

Los últimos cuatro ítems mencionados no tienen presencia en todas las comunidades del departamento.

4.5. El Consejo Regional Indígena del Vaupés "CRIVA"

El CRIVA nació en 1973, en una reunión donde participaron capitanes de las diferentes comunidades, profesores indígenas, presidentes de acciones, inspectores de policía y líderes en general. El objetivo de la creación de este consejo es contar con un grupo u organización que hablara y defendiera los intereses de los indígenas. Cabe anotar, que fue la primera vez en la historia del Vaupés, que se reunieron todos los capitanes de las comunidades de las diferentes tribus, existentes en este territorio.

El Consejo Regional Indígena del Vaupés "CRIVA", ha sido una organización que tradicionalmente ha planteado los principios de lucha y organización bajo la trilogía de:

1. *Territorio*



2. Autonomía
3. Unidad

Con el desarrollo de este pensamiento ha impulsado las dinámicas de defensa territorial, autonomía y la unidad dentro de las diferencias étnicas, además ha mantenido diálogo permanente con las demás organizaciones indígenas regionales y nacionales. De esta forma fue que logró la titulación de los territorios, el reconocimiento de sus derechos a la participación en la vida económica, política cultural y social de la región y del país.

El CRIVA ha exigido la aplicación del Convenio 169 de la Organización Mundial del Trabajo "OIT", refrendado a través de la Ley 21 de 1991 por Colombia, el cual obliga a los gobiernos a realizar la **Consulta Previa** a las Autoridades Indígenas sobre todas las decisiones legislativas, administrativas, de realización de proyectos y actividades dentro de sus territorios y en referencia a sus pueblos y comunidades.

Uno de los logros más relevantes del Consejo Regional Indígena del Vaupés, fue la titulación de los territorios por medio de la figura de Resguardo y existen los siguientes:

- En julio de 1982 se constituyó el Resguardo Parte Oriental del Vaupés, con un área de 3.354.097 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial de Municipio de Mitú y el Corregimiento departamental de Yavaraté. Según Resolución 086 de 1982, emanado del instituto colombiano de la Reforma Agraria "INCORA", actual "INCODER", en este sentido el territorio hasta ahora está garantizado por el Estado Colombiano.
- En abril de 1988, el de Yaigoje-Apaporis con un área de 502.000 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial del municipio de Taraira.
- En abril de 1993, el de Bacati-Arara y lagos de jamaicurú con un área de 264.800 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial del municipio de Carurú.

Los tres resguardos suman 4.120.897 hectáreas. Estos resguardos cobijan a 26 grupos étnicos bien definidos.

Actualmente el CRIVA no está ejerciendo su funcionalidad, por lo tanto ya no existe representatividad ante las instituciones estatales.

4.6. Las Organizaciones Zonales Indígenas del Departamento de Vaupés.

El Consejo Regional Indígena del Vaupés desde su creación ha estado estimulando para que las diferentes zonales del departamento se organicen, con el objeto de que sean ellas las que defiendan los intereses colectivos de las comunidades indígenas, las organizaciones zonales existentes en el departamento son:

1. AATIVAM: Asociación de Autoridades Tradicionales del Vaupés Medio
2. ACURIS: Asociación de Capitanes Unidos del Río Isana.
3. UDIC: Unión Indígena del Cuduyarí
4. ALUBVA: Animación y Lucha del Bajo Vaupés.
5. ASATIAC: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona de Acaricuara



6. ASATRIZY: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona de Yapú.
7. ACAIPI: Asociación de Capitanes Indígenas del Pirá Paraná.
8. AATIZOT: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la zona del Tequié.
9. ACTIVA: Asociación de Capitanes Tradicionales Indígenas del Vaupés (Alto Apaporis)
10. UNIQ: Unión de Indígenas del Querarí.
11. ACAZUNIP: Asociación de Capitanes de la Zona Unión Indígena del Papuri.
12. ORIAV: Organización Indígena del Alto Vaupés.
13. ACYA: Organización de Capitanes Indígenas de Yaigojé-Apaporis
14. OZCIMI: Organización Zonal Central Indígena de Mitú
15. OZIRPA: Organización Zonal Indígena del Río Papunagua.
16. ASATRAIYUVA: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Yuruties. del Vaupés.

La mayoría son Asociaciones de Autoridades Tradicionales y muy pocas siguen siendo organizaciones, pero, cada una de ellas tienen sus propios estatutos establecidos como instrumentos de guías de trabajos organizativos a favor de las zonales y comunidades indígenas del departamento.

4-7. Espacios de Consulta, Concertación y Decisión de las Comunidades Indígenas del Departamento de Vaupés.

Para los procesos de consulta previa y concertación en los planes y programas de salud, se contaba con los siguientes espacios:

- ✓ Nivel regional (A nivel del departamento indígena del Vaupés)
- ✓ Nivel zonal (A nivel de las Asociación de autoridades tradicionales AATIS zonal)
- ✓ Nivel local (A nivel de cada Capitanía u comunidad de una zona o AATI)

En la actualidad cada asociación tradicional indígena legalmente constituida según el decreto 1088 es autónoma para la toma de decisiones, por lo tanto la interlocución entre el Estado y las comunidades indígenas se da entre una Asociación de Autoridades Indígenas y las instituciones de salud según el caso.

4-8. Encuesta de Participación Comunitaria en el Corregimiento Departamental de Yavaraté.

Durante el transcurso del año de 2010, se realizó una encuesta de Participación comunitaria en salud a los miembros de las comunidades indígenas del corregimiento departamental de Yavaraté, para esta línea de base se proyectó la realización de 240 encuestas, debido a diferentes imprevistos se alcanzó a ejecutar el 84,2% (202/240) de lo programado (ver tabla 11).

Tabla 11. Distribución de las encuestas realizadas por comunidad en el corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010

Comunidad	Encuestas aplicadas	Encuestas proyectadas
San Luis del Virari	6	5
Monforth	17	35



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Piracuara	18	95
Olinda	14	8
Teresita	92	54
Nuevo Pueblo	21	17
Puerto Colombia	5	0
Yavaraté	7	5
Florida	6	0
Ibacaba	17	10
San Pedro Islas	0	6
Wainambí	0	5
Total	202	240

Fuente: Base de Datos encuestas Participación comunitaria en Salud Yavaraté 2010

4.8.1 Metodología

Se utilizó un cuestionario con respuesta cerradas de sí o no, la persona encargada del diligenciamiento y aplicación del instrumento, estuvo a cargo del coordinador del programa de participación comunitaria.

4.8.2 Etnias y comunidades indígenas encuestadas:

Se identificaron doce etnias para la aplicación y desarrollo de esta encuesta, arrojando como principal grupo indígena el Desano, es importante recordar que existen diferencias significativas entre los grupos étnicos, pero como se menciono anteriormente las estructuras sociopolíticas y de participación tienen la misma organización y respeto (ver tabla 12).

Tabla 12. Distribución de las encuestas por grupo étnico, corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Desano	73	36,1
Piratapuyo	54	26,7
Tucano	25	12,4
Jupda	17	8,4
Cacua	13	6,4
Tariano	7	3,5
Guanano	6	3,0
Cubeo	2	1,0
Yuruti	2	1,0
Carapana	1	0,5
Tatuyo	1	0,5



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tuyuca	1	0,5
Total	202	100,0

Fuente: Base de Datos encuestas Participación comunitaria en Salud Yavaraté 2010

4.8.3 Resultados:

- a. Se reconoce la existencia de las organizaciones internas de las comunidades, lo cual garantiza el reconocimiento de la autoridad.
- b. Hay reconocimiento de la figura de la capitanía, junta de acción comunal y comité de mujeres
- c. Las comunidades indígenas realizan reuniones comunitarias para tratar temas de salud, sin conocer los mecanismos necesarios para llevar esta información a las instituciones responsables de la prestación de los servicios.
- d. Se identifica la importancia de la organización comunitaria, para liderar procesos de derechos ante las instancias públicas del departamento.
- e. Se considera de importancia que las comunidades conozcan sus derechos y deberes en salud.
- f. La mayoría de los encuestados respondieron que han participado de las reuniones comunitarias en donde se han tomado decisiones en salud y manifiestan su participación futura siempre y cuando el Capitán de la comunidad convoque.

4.8.4 Conclusiones:

- a. En las comunidades indígenas del Corregimiento departamental de Yavaraté no se ha adelantado los procesos de sensibilización a cerca de los Derechos y Deberes en salud por parte de las instituciones de salud
- b. Es importante adelantar talleres de capacitación de liderazgo (gobierno propio) en las comunidades indígenas, con énfasis en las grandes comunidades en donde se dificulta la participación general.

4.9. Protocolos Interculturales

En dar congruencia a la participación de las comunidades en sus procesos de salud, la secretaría departamental de salud para el año 2010 adelanto la realización de tres protocolos en concertación con los pueblos indígenas, para la realización de estos protocolos se tuvo como prioridad la problemática en salud a nivel departamental y a nivel de la zona que participó en su elaboración, es por ello que se trabajaron las siguientes temáticas:

4.9.1 Maternidad Segura:

Este protocolo se trabajo en la zona del Alto Apaporis –comunidades de Mutanacua y Buenos Aires-, esta zona se priorizó en el POA –plan operativo anual- del 2008, basado en la ocurrencia de una mortalidad materna en mujer de 15 años por causas obstétricas directas.

Los participantes de este trabajo investigativo se identificaron dentro de las etnias: Cabiari, Taibano, Barasano y Tatuyo:



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



4-9-1-1. Objetivo general: Garantizar la atención oportuna e integral de las gestantes de la etnia Barazana de la zona del Alto Apaporis en el departamento del Vaupés, mediante la caracterización oportuna en el primer trimestre del embarazo y la identificación de los factores determinantes.

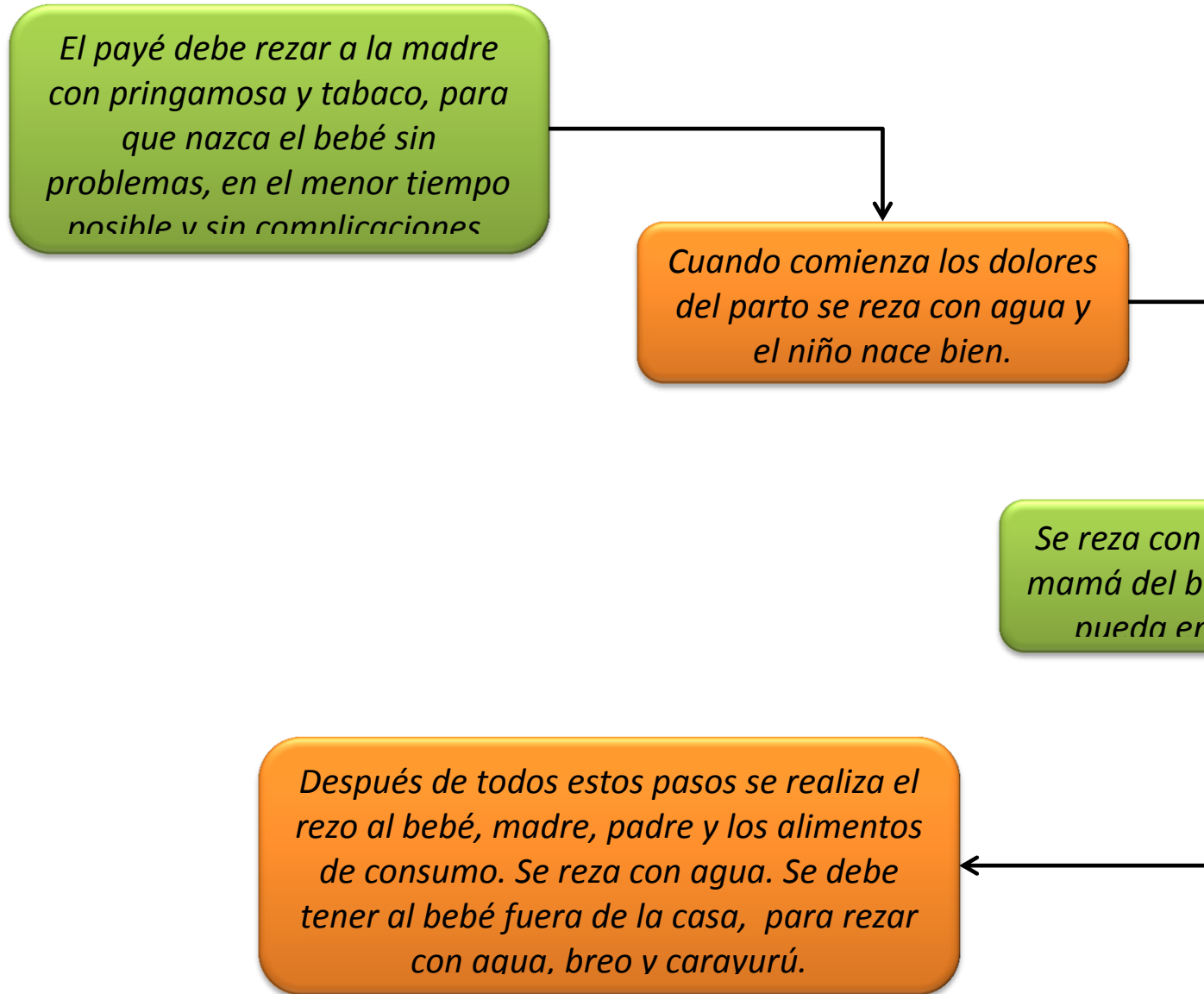
4-9-1-2. Causas de las enfermedades: Dentro de los hallazgos más relevantes identificados en esta investigación en el grupo étnico Cabiari, que muestra la concepción tradicional de la enfermedad en la mujer gestante están:

- ∂ No acudir al payé de manera temprana.*
- ∂ Alimentación inadecuada -mal alimentada-.*
- ∂ Por no guardar la dieta impartida por el payé y comer alimentos prohibidos.*
- ∂ Por alguna maldición o maleficio por envidia.*
- ∂ Cuando cargan algo pesado.*
- ∂ Cuando el esposo le pega en el estómago.*
- ∂ Por consumir carnes de sitios sagrados (causa deformaciones en los niños).*
- ∂ Desobediencia de órdenes como: sentarse encima de un pilón o piedra de afilar el machete.*
- ∂ Pereza de la embarazada en la preparación del parto (no hacer ejercicio) causa un mal trabajo de parto.*
- ∂ Dormir con los pies y manos colgados por fuera de la hamaca.*
- ∂ Las mujeres que se están preparando para ser madres no deben ir a la chagra detrás de la mamá, ya que esto les produce aumento del líquido amniótico y hemorragia.*
- ∂ No cargar el canasto en un solo lado, sino en la cabeza; ya que esto hace que el niño nazca de brazos.*
- ∂ El esposo no debe ir donde la esposa embarazada después de ver y bailar el ritual de Yurupari. Todos los instrumentos los debe rezar y purificar y dejar en la maloca.*

Los mecanismos de prevención y tratamiento de las enfermedades en el periodo de gestación son:

- ∂ Mediante rezos del paye con pringamosa para el dolor de cintura, rezo con tabaco para dolor de cabeza y malestar general.*
- ∂ El payé y Cumú pueden prevenir y curar las enfermedades a una mujer en embarazo.*

Imagen 3. Proceso de Atención del parto.



4-9-2 Manual de Convivencia:

Este trabajo se realizó en el corregimiento departamental de Papunahua, con la participación de las comunidades de Puerto solano, Sardinas e Ipanoré.

El manual de convivencia nace al identificarse en esta población casos de violencia intrafamiliar y entre diferentes etnias, teniendo para el 2007 la ocurrencia de muertes y heridos por machete, la cual se acrecentó con el consumo de sustancias alcohólicas.



Para esta intervención se contó con el acompañamiento de la referente del programa de salud mental departamental.

El tema que se abordó para el trabajo comunitario fue la "Violencia intrafamiliar", considerándose que el incidir en la dinámica familiar, generaría impacto en la sociedad –la familia es el núcleo de la sociedad–.

4.9.3 Protocolo Nutricional:

Los pueblos indígenas desde hace aproximadamente 100 años han tenido contacto e influencia de la cultura occidental, aún así se han mantenido las prácticas tradicionales de la elaboración y tipo de alimento que consumen –Cultivo de la chagra, pesca, cacería y recolección de frutos silvestres–.

Este estudio se realizó en el corregimiento de Yavaraté, corregimiento departamental en donde se identifica los grupos étnicos: Macú, Jupda y Cagua, grupos que se caracterizan por que su principal fuente de alimentación es la obtenida a través de los procesos de la cacería y recolección, no teniendo la cultura de la utilización de la chagra.

4.9.3.1. Objetivo general: Explorar la concepción tradicional de "la seguridad alimentaria y nutricional" de los grupos étnicos asentados en las comunidades del corregimiento departamental de Yavaraté, igualmente se indagó sobre el sistema tradicional de subsistencia, la cual se basa en las actividades de agricultura (chagra), cacería, pesca y recolección de frutos silvestres.

4.9.3.2. Metodología: Se empleó la aplicación de una encuesta consistente en preguntas abiertas, los individuos que se entrevistaron cumplieron con un criterio de inclusión: las personas debían conocer el manejo de la nutrición desde el enfoque tradicional.

4.9.3.3. Conclusiones:

- Es necesario que las mismas comunidades indígenas analicen y reflexionen sobre la situación actual de "la seguridad alimentaria y nutricional" y buscar de una manera conjunta el mejoramiento de la dieta alimentaria.
- Es fundamental que los miembros de las comunidades mejoren su "seguridad alimentaria y nutricional", haciendo uso del legado cultural: manejo de las actividades de la chagra, cacería, pesca y la recolección de frutas silvestres de una forma sustentable y permanente.



5. SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

Una de las condiciones fundamentales para garantizar un estado adecuado de salud de la población vaupense es la accesibilidad al agua potable y alcantarillado. Para el caso del departamento de Vaupés, en el logro de esta meta se conjugan factores que dificultan la garantía de acceso a estos servicios básicos:

La geografía del departamento y la amplia dispersión poblacional, hacen necesario el uso de tecnologías alternativas y adaptadas al medio para lograr el suministro de agua y la conformación de sistemas de alcantarillado adecuados y que además se encuentren en armonía con la riqueza ambiental propia del departamento.

En el tratamiento del agua por ejemplo, se conjugan factores como la composición mineral y orgánica de los sistemas hidrográficos propios de la Amazonía y el alto contenido de minerales que hace del agua de estos sistemas, un recurso esencialmente ácido, poco apto para el consumo humano; de otro lado, el alto nivel freático de los suelos de esta región imprime un problema adicional para el manejo de aguas negras y de desecho.

En general el departamento de Vaupés muestra un comportamiento complejo al momento de realizar el análisis de coberturas de acueducto y alcantarillado y manejo de excretas y desechos.

Para el análisis de este capítulo, se utilizó como fuente primaria de información el censo sanitario departamental, -el cual se realiza mediante visita domiciliaria en el 100% de viviendas del departamento con periodicidad anual por personal técnico de la Secretaría de Salud Departamental-

5.1. Cobertura de Agua

La principal fuente de abastecimiento de agua en las áreas rurales del departamento son la recolectada de la lluvia, el río y/o caño, aguas que generalmente no pasan por ningún proceso de cocción o esterilización, para ser aptas para su consumo; es por ello que la utilización de sistemas de recolección de agua lluvia, es la principal estrategia para garantizar que las personas consuman agua de una calidad menos riesgosa y la cual es apropiada al medio.

Los sistemas de recolección de agua lluvia (nivel de pluviosidad en el departamento de Vaupés es alto), permiten la recolección del líquido a través de sistemas de canaletas ubicadas en los techos de las viviendas, los cuales vierten el agua en tanques plásticos con capacidad de 1000 a 1500 litros. En general, estos sistemas se encuentran en el 100% de comunidades ubicadas en el área rural del departamento. De la mano a la instalación de estos sistemas, se elaboran y ejecutan estrategias educativas mediante la metodología de investigación, acción, participación, enfocadas en el uso y limpieza adecuada de los dispositivos. Con periodicidad anual, los técnicos de Seguridad Sanitaria y del ambiente recorren el 100% de comunidades ejecutando estas actividades y otras enfocadas al tema de saneamiento básico y a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y agua.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



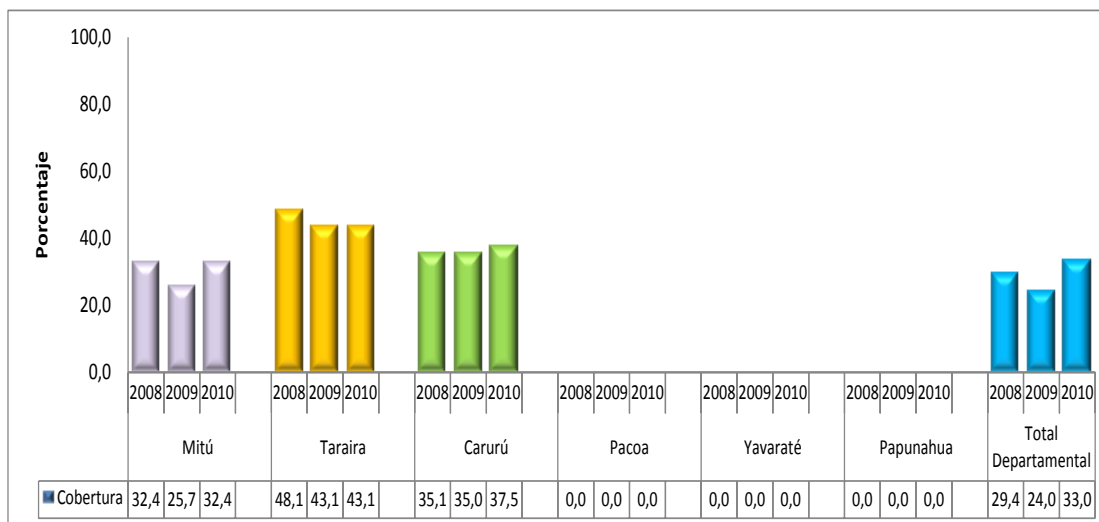
En general, la cobertura de acueducto para el departamento de Vaupés es baja, factores como la alta dispersión poblacional limitan de manera importante el abastecimiento de agua a cada uno de los puntos del departamento. Desde el año 2008 al 2010 el ha mostrado un ligero aumento en la cobertura.

El análisis de la cobertura de acueducto por entidad territorial evidencia claramente el contraste que hay entre los municipios con los corregimientos departamentales, para esto es necesario identificar dos aspectos relevantes:

1. Los municipios cuentan con cabeceras municipales, los cuales se comportan como centros urbanos y cuentan con condiciones que facilitan la ejecución de obras de infraestructura como la construcción de vías y sistemas de acueducto y alcantarillado.
2. Los corregimientos departamentales son considerados en su totalidad áreas rurales, cuenta con pocos centros poblados, y se caracterizan principalmente por su amplia dispersión poblacional y sus dificultades de acceso geográfico, estas últimas condicionan el acceso de entrada y salida por vía aérea casi exclusiva, sumado a que las pistas de aterrizaje artesanal son de corta longitud y los traslados entre comunidades se hace exclusivamente por vía fluvial, de igual forma, la estructura vegetal y del suelo son factores que limitan la construcción de estructuras.

(Ver gráfica 4).

Gráfica 4. Cobertura departamental de agua por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

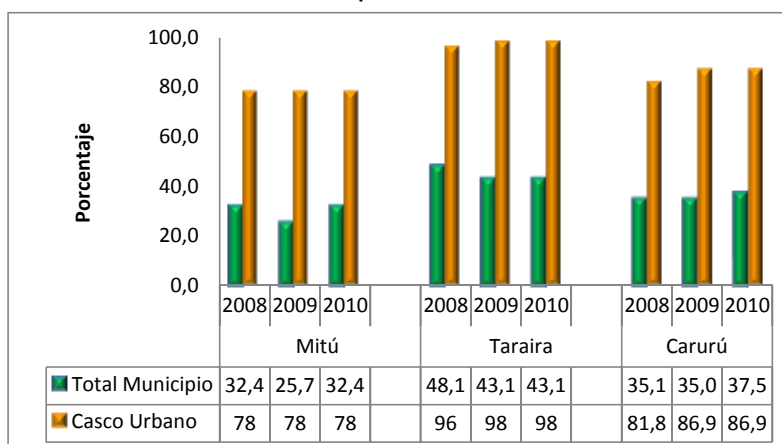
Dentro del análisis de la cobertura de agua en los municipios diferenciados entre el área urbana y rural, muestra diferencias significativas, el área rural de los municipios se encuentra constituida por comunidades eminentemente rurales con escasos centros poblados y con la problemática de acceso y dispersión descrita para los corregimientos departamentales.



El casco urbano del municipio de Mitú, hace 22 años cuenta con acueducto, cuyo problema más evidente son los daños en la red de conducción, su fuente abastecedora se ubica en la zona suburbana del municipio, con un caudal de 12 l/seg, la periodicidad promedio del servicio de agua es cada tercer día durante 18 horas. Este acueducto no cuenta con planta de tratamiento de aguas residuales, lo cual implica que el sitio final de descarga de agua sin tratar es el río Vaupés, aunque cabe aclarar que se cuenta con una licencia para descargar dichos vertimientos, otorgada mediante resolución DSV 046-08, del 22 de julio de 2008. La red de alcantarillado tiene una edad aproximada de 5 años.

Los municipios de Carurú y Taraira cuentan con plantas de tratamiento de agua, la del municipio de Carurú es más eficiente (Ver gráfica 5).

Gráfica 5. Comparativo cobertura de acueducto total Vs cobertura en el casco urbano, por municipios, departamento de Vaupés 2008- 2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

5-1-1- Calidad del Agua

Según lo normado por la resolución 2115 de 2007, por medio de la cual se estableció el sistema de vigilancia de la calidad del agua potable (SIVICAP), desde el año 2008, con periodicidad definida se realiza la vigilancia de la calidad del agua en la zona urbana de los tres municipios del departamento de Vaupés. Cabe aclarar que por el alto contenido de minerales y materia orgánica en los sistemas hidrográficos del departamento, el IRCA o Índice de riesgo de la calidad del agua, en general es alto para el departamento de Vaupés.

Vale la pena aclarar que este comportamiento difiere entre los tres municipios. En el caso del municipio de Mitú, el índice anual varía con índices de inviabilidad del agua para su consumo hasta un riesgo alto, al finalizar el año 2010, el IRCA para el municipio de Mitú fue del 49% lo cual califica el agua como de riesgo alto.

Para el municipio de Carurú el esfuerzo enfocado al mejoramiento y potabilización del agua ha permitido la reducción del IRCA, para el año 2010 se observaron índices de riesgo bajo. Al finalizar el año 2010, el IRCA obtenido mostró un índice Sin riesgo, es decir que el agua se consideró apta para su



consumo.

El municipio de Taraira, al igual que en el municipio de Mitú, el IRCA ha oscilado entre valores de inviabilidad y riesgo alto para el consumo del agua.

5.2. Cobertura de Alcantarillado y Disposición de Desechos y Excretas.

Para este ítem es indispensable exponer las condiciones sociales y culturales que contribuyen a lo no adherencia y/o aceptación del uso de técnicas que propician una mejor disposición de basuras o excretas.

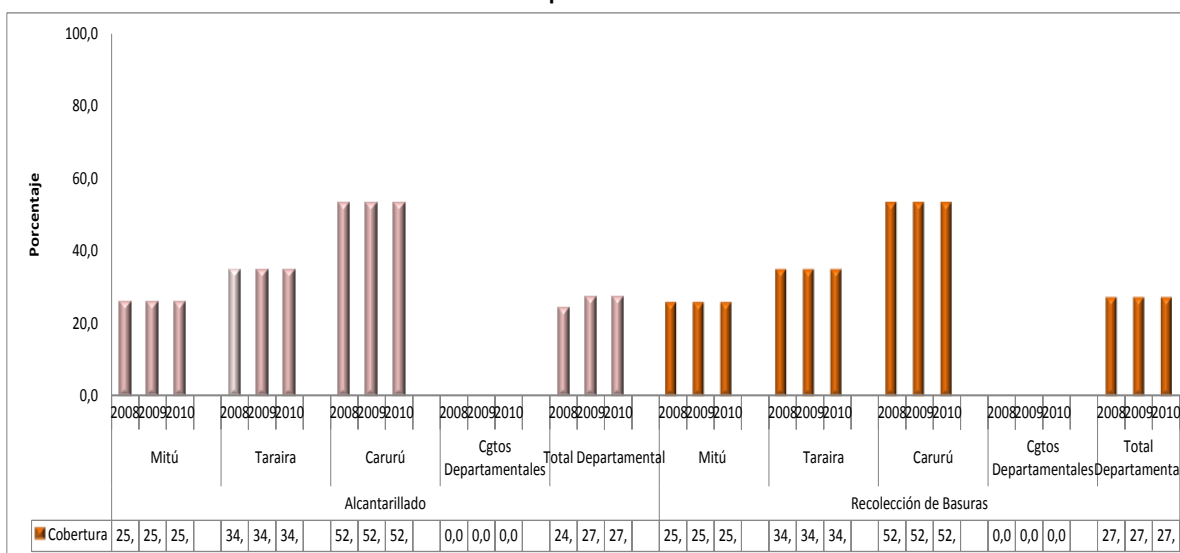
Las etnias indígenas del departamento tenían un comportamiento nómada, que a través de los años y ante las necesidades del medio, han sufrido una transición a un comportamiento sedentario, el comportamiento nómada influyó de una manera directa en los hábitos y costumbres de estas poblaciones.

- *En la zona rural es común que los pobladores realicen sus necesidades fisiológicas a campo abierto sin enterramiento ó en fuentes hídricas –esta última en muy poca proporción-. Conducta ligada a la expuesto anteriormente, los pobladores se mantenían en constante movimiento y la necesidad de crear un sitio específico no surgió, quedando este comportamiento como una conducta condicionada por el medio. Actualmente en la zona del Pirá-Paraná en concertación con las comunidades, el manejo de las excretas se hace con enterramiento.*
- *En la zona rural se hace instalación de baterías sanitarias –Letrinas-, pero dado a la alta pluviosidad es necesario realizar una identificación adecuada del sitio y una construcción que no permita contaminación de aguas con materia fecal. Sin embargo, la adherencia al uso de estas baterías es casi nulo, uno de los factores que se pueden asociar a esta respuesta negativa de la población es: cuando la deposiciones se hacen a campo abierto la facilidad de contar con material natural para la limpieza está disponible, mientras, que en una batería sanitaria y dado que no hay accesibilidad continua de productos de aseo se hace incomodo la utilización de las mismas.*
- *Con el tema del manejo de basuras el diagnostico sanitario arroja que las formas de disponer de las mismas en las comunidades indígenas son: enterramiento, vertimiento al río, quema y arrojadas al campo abierto, dentro de este componente sobresale que en la zona rural el problema de las basuras no es tan agudo como en las zonas urbanas, debido principalmente a que los principales productos que producen desechos son de tipo orgánico.*

La cobertura de alcantarillado y disposición de desechos y excretas en el departamento de Vaupés, muestra un comportamiento similar al de cobertura de acueducto, con resultados bajos para estos dos indicadores y coberturas nulas para los corregimientos (Ver gráfica 6).



Grafica 6. Cobertura departamental de alcantarillado y recolección de basuras, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

Como se ha mencionado reiterativamente la construcción de un sistema de alcantarillado para la recolección adecuada de excretas, se ve limitado ante las condiciones propias del departamento, dispersión geográfica, como las condiciones propias del ambiente.

Los cascos urbanos de los municipios cuentan con sistemas de alcantarillado y servicio de recolección de basuras. El municipio de Mitú, como fue mencionado previamente, no cuenta con sistema de tratamiento de las aguas de desecho, las cuales son vertidas directamente en el río Vaupés. En el caso de Carurú y Taraira, cuentan con planta de tratamiento de aguas negras.

El municipio de Mitú cuenta con botadero de basuras a cielo abierto, de igual manera funciona en el municipio de Taraira, el municipio de Carurú cuenta con un relleno sanitario nuevo.



5.3. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010.

- ✓ Desde el año 2010, en el marco de las actividades desarrolladas por el Plan Departamental de Aguas se ha dado inicio al proceso de mejoramiento de las condiciones existentes y la elaboración y ejecución de actividades en las zonas desprovistas de servicio de acueducto y alcantarillado del departamento con el objeto de garantizar estos servicios, principalmente en el área rural del departamento.
- ✓ Para el municipio de Mitú se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: Clausura del botadero a cielo abierto, catastro de redes de acueducto y alcantarillado y formulación y diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas en el área rural de Villafátima, Tapurucuara, Yapú, Acaricuara y Yuruparí.
- ✓ Para el municipio de Carurú se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: construcción de la tercera fase del sistema de alcantarillado y optimización de la planta de tratamiento de agua.
- ✓ Para el municipio de Taraira se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: construcción líneas de obra complementarias para la planta de potabilización del agua, diseño y ejecución de relleno sanitario, clausura del botadero a cielo abierto, elaboración y ejecución del plan maestro para el sistema de acueducto y diseño y adecuación de tres sistemas de acueducto ubicados en el área rural del municipio.
- ✓ Para el corregimiento de Yavaraté se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: optimización del sistema de acueducto de Teresita, diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas de Wainambi, Ibacaba y Yavaraté.
- ✓ Para el corregimiento de Papunahua se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas de Ipanoré, Sardinas y Puerto Solano.



6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

6.1. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS-

Para este punto es importante recordar que el tener un carnet de salud o estar vinculado al sistema de salud, no garantiza la accesibilidad a los servicios.

6.1.1. Regímenes de Seguridad Social en Salud.

Para el 2010 el departamento registra dos EPS subsidiadas -Caprecom y Mallamas- y cuatro EPS contributivas -Saludcoop, Nueva EPS, COOMEVA y Salud Total-, por registros dados por la oficina de aseguramiento el departamento cuenta con una cobertura casi universal, datos que no se evidencian al confrontar los datos con el censo DANE 2005 proyecciones 2010, dada por la inflación que sobreestima la población departamental.

El 71% de la población del departamento se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud; la principal afiliación al sistema es de tipo subsidiada, dato que va de la mano con la población -indígena- y el nivel socioeconómico que registra la población del departamento, dentro de este régimen la EPS Caprecom maneja el 66% de los afiliados y Mallamas 34% restante (Ver tabla 13).

Tabla 13. Cobertura de afiliación del departamento de Vaupés por tipo de vinculación al sistema general de seguridad social en salud, año 2010.

Afiliación	EPS	N° Afiliados	Cobertura por EPS	Cobertura Total
Subsidiados	Caprecom	17869	43,0	64,8
	Mallamas	9049	21,8	
Contributivos	COOMEVA	2	0,005	5,9
	Nueva EPS	197	0,5	
	Saludcoop	2245	5,4	
	Salud Total	1	0,002	
Pobres no Asegurados		1008	2,4	

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental

6.1.2. Cobertura por Municipio y Corregimiento.

Para la medición de las coberturas por área de residencia, se utilizó población DANE 2005, proyecciones 2009, las proyecciones 2010 no cuentan con la disgregación por área.

El municipio de Taraira -101,5%- y el Corregimiento de Yavaraté -110,8%- presentan coberturas universales para la afiliación al SGSSS, los municipios de Carurú -86,8%- y Mitú -69,4%- y el Corregimiento de Pacoa -63,8%- arrojan coberturas por encima del 50% de su población y el corregimiento de Papunahua es el que arroja las más bajas coberturas -34,1%-, para el departamento esta última zona es la que presenta la mayor inflación de población.

Las zonas rurales del departamento muestran coberturas del 87% a expensas de afiliación al régimen subsidiado, no observándose en el área rural afiliaciones al régimen contributivo, basados en estas proyecciones el 12,9% de la población del área rural clasificaría como pobre no asegurada y los servicios de salud estarían bajo el sostenimiento de la Secretaría de Salud Departamental.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



En contraposición el área urbana registra coberturas de afiliación sólo del 45%, considerándose esta área con accesibilidad y mayor identificación de los usuarios; de igual forma encontramos que el 1,4% han sido identificados como pobres no asegurados, dejando en el aire el 53,6% del total de la población residente en las áreas urbanas del departamento, situación que como se explico anteriormente esta inferida por la inflación de la población (Ver tabla 14).

Tabla 14. Coberturas de afiliación por municipio/corregimiento y cabeceras y resto municipales, departamento de Vaupés -2010-.

Afiliación al SGSSS	Subsidiados		Contributivos		Pobres no Asegurados		
	Mcpio/Cgto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto
Mitú		25,6	94,7	16,9	0,0	1,5	3,8
Carurú		64,8	92,1	2,2	0,0	0,0	0,0
Taraira		177,8	87,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacoa (CD)		NA	63,8	NA	NA	NA	0,0
Papunahua (CD)		NA	34,1	NA	NA	NA	0,0
Yavaraté (CD)		NA	110,8	NA	NA	NA	NA
Total		29,0	87,0	16,0	0,0	1,4	2,9

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaria de Salud Departamental

6.1.3. Cobertura por Grupo de Edad:

Por grupo de edad se observa que la única población que registra coberturas de afiliación al SGSSS por debajo del 50% son los menores de 5 años, sin embargo es importante resaltar que los menores de un año son automáticamente afiliados al régimen de la madre o del padre, sin embargo es preocupante esta situación en la medida que los menores de 5 años son la población más vulnerable para desarrollar morbilidad y mortalidad (Ver tabla 15)

Tabla 15. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad social en salud por grupos quinquenales, departamento de Vaupés 2010.

Grupo Quinquenal	Subsidiados	Contributivos	Vinculados	Población con Afiliación
0 - 4	41,4	3,4	7,5	44,8
5 - 9	65,2	3,8	3,0	69,0
10 - 14	71,5	3,8	1,3	75,3
15 - 19	67,3	4,4	1,7	71,7
20 - 24	65,5	4,9	1,6	70,4
25 - 29	84,3	10,4	1,4	94,6
30 - 34	78,1	11,3	0,9	89,4
35 - 39	71,6	8,3	1,6	79,9
40 - 44	64,1	9,3	0,9	73,4
45 - 49	62,9	10,6	1,1	73,6
50 - 54	61,2	8,9	0,9	70,1
55 - 59	60,1	9,5	1,0	69,6
60 - 64	67,7	5,4	0,8	73,0
65 - 69	60,6	4,0	0,4	64,6
70 - 74	85,7	5,5	1,4	91,2
75 - 79	64,4	2,7	0,6	67,2



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



80 y más	68,4	7,6	0,8	76,0
Total	64,8	5,9	2,4	70,7

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental

6.2. Red de Prestación en Salud.

La Empresa Social del Estado Hospital Antonio caracterizada como de segundo nivel, es la única IPS pública y la cual tiene a cargo toda la prestación del servicio en el departamento, esta institución se encuentra ubicada en la cabecera municipal del municipio de Mitú -capital del departamento-.

Los municipios de Carurú y Taraira cuentan con puestos de salud satélite y el resto del departamento está cubierto con 52 unidades básicas de atención –UBA- a cargo de auxiliares de enfermería.

Se resalta que el cubrimiento de estas UBA no ha sido continuo, esto relacionado directamente a dificultades de tipo administrativo, la contratación de los auxiliares se dilata dejando como consecuencia el descubrimiento del área rural, para el 2010 la contratación de este personal se dio para mediados del mes de mayo, sin embargo el traslado de los auxiliares se ejecutó a finales de junio y principios de julio, con una vinculación contractual hasta el 17 de diciembre, es decir, el primer semestre del año 2010 no hubo personal responsable de estas unidades de atención básica.

Otra situación que preocupa a nivel de prestación de servicios son las herramientas con que cuentan los auxiliares para la ejecución de sus actividades, la disponibilidad de combustible para los recorridos y la dotación de insumos médico quirúrgicos, no se ha dado de manera sistemática que garantice la permanencia de estos insumos en estas áreas del departamento, se coloca a colación que una atención primaria asesorada por médicos –radiofonía- disminuye el traslado de pacientes a la ciudad de Mitú, como complicaciones y muerte (ver imagen 4).

Imagen 4. Unidad Básica de Atención de Sardinas, Corregimiento departamental de Papunahua, departamento de Vaupés 2010.



Fuente Grupo Secretaría de Salud Departamental

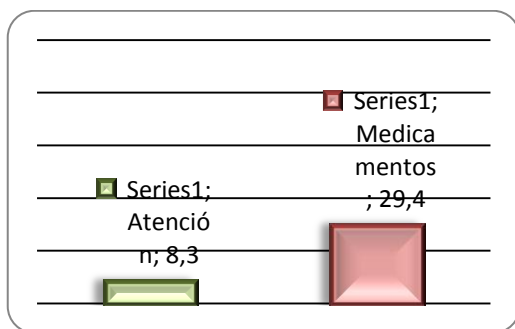
6.2.1. Grupos Extramurales.



La secretaria de salud departamental a través del decreto 149 del 21 de abril del 2010, institucionalizó el modelo de prestación de servicios en la zona rural, en donde principalmente se habla de un grupo integral conformado por profesionales en salud para realizar recorridos en la zona rural.

Para el año 2010 el sistema de grupos extramurales ejecutó el 8,3% de los recorridos programados y estipulados en el decreto, igualmente la dotación y suministros de medicamentos de las UBA alcanzó el 29,4% de cobertura, concluyendo que la prestación de servicios no ha sido idónea para garantizar la mínima prestación de servicios de salud, traduciéndose en una inequidad y desigualdad social. Dicha situación incide directamente sobre la morbilidad y mortalidad de la población vaupense (Ver gráfica 7 y tabla 16).

Gráfica 7. Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: EPS subsidiadas

Tabla 16. Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.

Mcpio / Cgto	Zona	Recorrido Programado	Recorrido Realizado	Observación
Mitú	Tiquié	2	1	Completo
	<u>Acaricuara</u>	2	1	<u>Incompleto</u>
	Yapú	2	1	Completo
	Vaupés Medio	2	1	Completo
	Azatrayuva	2	1	Completo
	<u>Querarí</u>	2	1	<u>Incompleto</u>
Taraira	Bajo Apaporis	2	1	Completo

Fuente: EPS subsidiadas

6.2.2. Red de Radiofonía

El sistema de radiocomunicaciones ha operado en el departamento desde hace más o menos dos décadas, con resultados positivos para la vigilancia y la prestación de servicios, permitiendo una comunicación constante con estas áreas tan lejanas; sin embargo en los últimos 5 años se ha debilitado por falta del talento humano de manera permanente en los puntos de atención, que desde el 2009 se convirtieron en solo PIC, además de la disminución de la cobertura de la red de fonía por falta de mantenimiento preventivo y correctivo.

Estos puntos con radiocomunicación se encuentran en una unidad de atención básica a cargo de un auxiliar de enfermería, que a su vez tiene la responsabilidad de realizar acciones de PIC y notificación de los eventos de interés en salud pública.

6.3. Sistema de Referencia y Contra-referencia

Debido a que el departamento no cuenta con centros de diagnósticos y la única especialización médica con la que se cuenta es una ginecóloga, es por ello que el sistema de contra-referencia es una de las herramientas más utilizadas para garantizar una atención adecuada según patología del individuo.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



6.3.1 Secretaría de Salud Departamental

La Secretaría de salud responde por aquellos servicios que no están dentro del plan obligatorio de salud, y por aquellas personas que se encuentra sin afiliación al sistema general de seguridad socila en salud -pobres no asegurados-.

Para el 2010 la Secretaría de Salud Departamental autorizó un total de 203 remisiones a un nivel de mayor complejidad, la principal institución receptora fue el Hospital departamental de Villavicencio con el 96% (195/203) del total de casos.

Las consultas de especialización más demandadas fueron: Cirugía (27% -54/203-), Oftalmología (12% - 24/203-) y medicina interna (9% -18/203-), siendo las principales patologías las enfermedades oculares 12% (24/203), identificación de masas, quistes y tumores 8% (17/203) y los traumatismos con el 7% (14/203), las enfermedades infecciosas solo representaron el 5% (11/203) (Ver tabla 17).

Tabla 17. Especialidades a las que se remitieron los pacientes no asegurados al sistema de seguridad social en salud, departamento de Vaupés-2010.

Especialidad	Frecuencia
Cirugía General	54
Oftalmología	24
Medicina Interna	18
Urología	16
Neurología	14
Ginecología	13
Dermatología	9
Otorrinolaringología	9
Optometría	8
Pediatría	8
Ortopedia	7
Psiquiatría	4
Gastroenterología	3
Odontología	3
Cardiología	2
Neumología	2
Oncología	2

Fuente: Oficina de Referencia y contra-referencia de la Secretaría de Salud Departamental

La mitad de los registros (50%) no tienen diligenciado la variable procedencia, sin embargo, los que tienen esta variable diligenciada refieren que el 48% (97/203) son residentes del municipio de Mitú, y en una menor proporción del municipio de Tairaira y el corregimiento de Papunahua con un 1% cada uno, no se pudo establecer si los pacientes son del área rural o urbana.

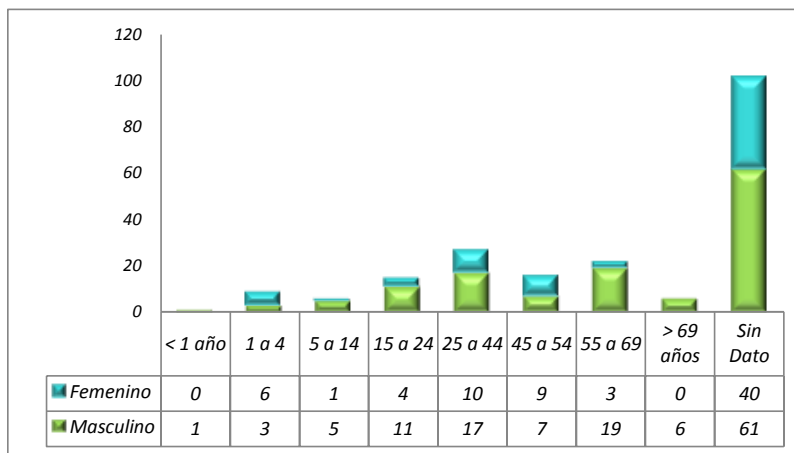
El 64% (130/203) pertenecen al sexo masculino, y los caso se concentran en la población joven de 25 a 44 años (Ver gráfica 8).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 8. Distribución de los casos de remisión por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Oficina de Referencia y contra-referencia de la Secretaría de Salud Departamental

6.3.2 Empresa Promotora de Salud Subsidiada CAPRECOM

Para el 2010 la EPS's Caprecom reporta 204 remisiones a otro nivel de complejidad, el 45% (92/204) corresponden a menores de 15 años; el 67% (136/204) son residentes del municipio de Mitú, 9% (18/204) del municipio de Carurú, 6% (13/204) del municipio de Taraira, 5% (11/204) del corregimiento departamental de Pacoa, 1% (1/204) Corregimiento de Yavaraté y el 1% (1/204) Corregimiento de Papunahua. La variable área de residencia para los municipios no vino establecida en los datos que se analizaron.

6.3.3 Empresa Promotora de Salud Subsidiada MALLAMAS

La EPS's Mallamas reporta para el 2010 un total de 88 remisiones, prevaleciendo las remisiones a medicina general de II y III nivel de complejidad (27% -24/88-); la base de datos facilitada por esta entidad no tiene la variable diagnostico por el cual se remite el paciente, dato que nos permite determinar las principales patologías de morbilidad que requieren una atención especializada (Ver tabla 18).

Tabla 18. Institución de referencia de los casos remitidos por la EPS Mallamas, departamento de Vaupés 2010.

Institución de Referencia	Frecuencia	%
Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE	25	28,4
Hospital Universitario de la Samaritana ESE	22	25
Hospital Departamental de Villavicencio ESE	18	20,5
Inversiones Clínica Meta S.A	7	8
Hospital Santa Clara Empresa Social del Estado	5	5,7
Instituto Nacional de Cancerología	3	3,4
Sin Dato	8	9,1
Total	88	100



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Base de datos EPS Mallamas




5. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA


Para el departamento es fundamental hablar de la participación y concertación comunitaria, por dos razones de gran peso:


3. Es establecido por ley estos procesos para garantizar la adherencia y aceptación de las acciones que se emitan
4. Debido a la pluriculturalidad que existe en la zona.


5-1. Marco Legal


Las reformas del sector salud en Colombia hacen hincapié, en la participación individual, introduciendo la libre elección del individuo y la participación colectiva.

 **Decreto 1416 de 1990:** Ya para el año noventa a través de este decreto se reglamentaba la participación comunitaria en la prestación de los servicios de salud. En su artículo 49 dispone que los servicios de salud se deben organizar en forma descentralizada, por niveles de atención y con **participación de la comunidad**

 **Constitución Política de Colombia de 1991:** declara la salud como derecho inalienable de todos los ciudadanos y la seguridad social en salud como un servicio público, que tiene que ser proporcionado bajo la dirección del estado y siguiendo los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad.


 **Ley 100 de 1993:** La cual crea el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral (SGSSS) e introduce la competencia entre aseguradoras (EPS) y proveedores de salud (IPS), así como la participación social en la organización y control de las funciones del sistema.

 **Decreto 1757 de 1994:** Establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud.

 El Sistema General de Seguridad Social en Salud adopta como fundamento **“la participación social y la concertación”** de las decisiones en salud con los miembros de la comunidad y como parte de su organización, la población posee el derecho de participar a través de los Comités de Participación Comunitaria en salud “COPACOS”, asociaciones o ligas de usuarios y veedurías, en todas las instancias del sistema.

Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva, que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana. Como forma de participación colectiva se crearon los comités de participación comunitaria y las asociaciones de usuarios.


De igual forma es importante resaltar las leyes Colombianas que hacen referencia a las comunidades indígenas, población mayoritaria en el departamento.

 **Decreto 1757 DE 1994:** Establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



 **Ley 21 de 1991:** *Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Dentro de esta ley sobresalen los siguientes artículos.*

- *Artículo 6° inciso a). Expresa: "Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente".*
- *Artículo 7° literal 2: El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.*
- *Artículo 25 literal 2. Estipula que "Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales."*

 **Ley 691 de 2001:** *Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.*

- *Artículo 22: Principio de concertación. El diseño y la implantación de los planes de beneficios, programas y en general toda acción de salud para los Pueblos Indígenas definidos en el artículo sexto (6°) de la presente ley, se concertarán con sus respectivas autoridades. El Gobierno reglamentará la prestación de servicios de salud en las regiones de la Amazonia, Orinoquia y Costa Pacífica, para lo cual implementará y financiará un modelo operativo de atención.*
- *Artículo 23: Representatividad. Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud tendrán un (1) miembro en representación de los diversos Pueblos Indígenas presentes en el correspondiente territorio, quien será designado por los mecanismos tradicionales de estas comunidades.*
- *Artículo 24: Controladores. Las autoridades de los Pueblos Indígenas harán parte de la red de controladores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el efectivo control y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPS) y a las administradoras de los recursos del régimen subsidiado.*

Estas Leyes hacen referencia a la participación activa de los miembros de las comunidades indígenas en todos los procesos y decisiones en salud; es por ello que a nivel departamental existe el CRIVA (Concejo regional de Indígenas del Vaupés), como representante de estos pueblos en los concejos territoriales.

5.2. Marco Conceptual.



*Participación Social: Se define como la **capacidad** real de las personas y las organizaciones sociales, de **incidir de manera efectiva** en sus condiciones de vida y en las decisiones que la afectan.*

Participación en salud: es la participación que realizan personas naturales o jurídicas a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, con el fin de ejercer sus derechos y deberes en salud, gestionar planes y programas, planificar, evaluar y dirigir su propio desarrollo en salud.

5.3. Reseña Histórica de los Procesos de Participación de los Pueblos Indígenas de Vaupés.

Este tema es muy amplio, es por ello que se dividirá en tres momentos.

4.3.1. La Organización Comunitaria Tradicional.

Es importante aclarar que para los grupos étnicos, los procesos de organización y participación van unidos, se puede decir que son interdependientes para su funcionamiento.

Tradicionalmente los grupos étnicos que habitaban en este territorio que hoy es el departamento del Vaupés, se agrupaban en grandes malocas. Estas malocas estaban dirigidas por un jefe, quien ejercía las funciones de asegurar la normal convivencia de las familias, velaba por el control social, económico y cultural. También servía de enlace y de las buenas relaciones con otras malocas vecinas, para llevar a cabo las grandes ceremonias, rituales como las danzas autóctonas y el dabucuri.

El jefe o el dueño de la maloca era el hermano mayor de todos los que convivían en ese sitio y era el que pertenecía al clan mayor, según la tradición mitológica de origen de cada grupo étnico y el poder era transmitido de generación a generación.

La estructura tradicional organizativa era la siguiente:

- *Danzador: Era el encargado de enseñar la sabiduría ancestral acerca del origen de su grupo étnico a las nuevas generaciones, para que vivencien y recreen su cultura. Muchas veces este papel lo desempeñaba el dueño de la maloca.*
- *Paye: Era la autoridad moral, espiritual y consejero ante cualquier dificultad sobre lo que tenía que ver con la salud de las personas. Este oficio no es hereditario.*
- *Cumú: Era una autoridad espiritual, encargado de conjurar contra los maleficios que hacían las personas malévolas y las enfermedades que producía la naturaleza.*
- *Botánico: Especialista y conocedor de las plantas medicinales, para la pesca, cacería y de remedios contra los venenos.*

4.3.2. Época de Contacto con el Hombre Occidental:

Desde 1880 penetraron las misiones franciscanas de Brasil, que concentraron a los indígenas en aldeas de hasta 2.000 habitantes, lo que culminó en revueltas entre 1910 y 1920.



En el siglo XIX la evangelización entre los indígenas del Vaupés aumentó notablemente y se fundaron 21 misiones que, de nuevo, arremetieron contra las culturas indígenas, en especial contra el culto y la ceremonia del Yurupari. Frente a las mujeres y niños, los misioneros exhibían pública y sistemáticamente las trompetas sagradas y secretas de la ceremonia; prohibían el uso ceremonial de la chicha e interfería con las formas de matrimonio tradicionales.

Entre 1914 y 1917, los misioneros monfortianos hicieron numerosas fundaciones misionales en el Vaupés y desde 1943 se establecieron las misiones protestantes.

Entre 1969 y 1970, la resistencia indígena, apoyada por los misioneros, logró expulsar los remanentes de la explotación cauchera.

En esta misma época se expandió la explotación del caucho, dándose la verdadera conquista del territorio y el sometimiento de los indígenas.

A partir del momento que tuvieron contacto con el hombre occidental (blanco) específicamente con los misioneros de diferentes corrientes religiosas, desde los años 1913, se cambió radicalmente la estructura social que tenían los grupos étnicos aunque unos fueron afectados muy tempranamente u otros tardíamente, debido a su ubicación geográfica, pero, les llegó a todos los rincones del territorio del Vaupés.

Los misioneros fueron los que introdujeron la figura de "CAPITAN", como máxima autoridad de las comunidades indígenas del departamento del Vaupés y en principio eran nombrados por los mismos misioneros. El capitán debía ser reconocido por las autoridades religiosa y civil. De todas maneras era una autoridad que estaba por fuera del contexto socio-cultural tradicional indígena de los grupos étnicos.

4.3.3. Consecuencias del Choque Cultural Del Indígena con el Hombre Blanco:

- g) El gobierno de los pueblos indígenas se vio fuertemente atropellado y fragmentado, debido a la imposición de las creencias religiosas de otras culturas desconocidas y se vio obligado a renunciar a su propia cultura, "según los misioneros, eran prácticas demoníacas".*
- h) Conllevaron a la destrucción de varias estrategias culturales, económicas y políticas que giraban alrededor de las malocas.*
- i) Desapareció la AUTORIDAD representada por el dueño de la maloca, se prohibió la práctica de rituales y ceremonias y además se dio fin a la milenaria movilidad dentro del territorio.*
- j) Los niños fueron arrancados del seno de la maloca y llevados a internados donde nadie tenía en cuenta sus prohibiciones alimenticias y se les obligaba a comer animales prohibidos.*
- k) Arremetieron contra las culturas indígenas, en especial contra el culto y la ceremonia del Yurupari.*
- l) Entrenaron al indígena para que ocupe los peldaños más bajos de la sociedad.*



5.4. La Organización Social Actual de los Grupos Étnicos del Departamento del Vaupés.

Los grupos étnicos del departamento del Vaupés han pasado por un proceso de cambio cultural que ha implicado la alteración de una importante proporción de las estrategias productivas y los patrones de organización social que garantizaron su existencia a lo largo de varios milenios. Esto debido a la acción de agentes externos llegados al departamento.

Debido a la intromisión de otras costumbres culturales, se han perdido las instituciones autóctonas de organización social; en la actualidad existe la estructura de la organización social adoptada, la cual hoy en día es considerada como "propia".

La máxima autoridad en las comunidades indígenas es el CAPITAN O GOBERNADOR (lo denominan en otras partes) que es la misma AUTORIDAD TRADICIONAL de la comunidad, nombrado en Asamblea General en forma democrática (por medio voto secreto) por un periodo determinado, pero, ya no es hereditario como era en el sistema de gobierno tradicional indígena.

Actualmente las comunidades indígenas poseen la siguiente estructura organizativa.

- Δ Capitán, vice-capitán de la comunidad y Secretario.
- Δ Junta de Acción comunal con sus respectivos comités.
- Δ La Escuela con sus directivas.
- Δ Centro de Salud (auxiliar o promotor de enfermería).
- Δ Hogar infantil (director).
- Δ Inspector de policía municipal y/o departamental, en algunas comunidades.

Los últimos cuatro ítems mencionados no tienen presencia en todas las comunidades del departamento.

5.5. El Consejo Regional Indígena del Vaupés "CRIVA"

El CRIVA nació en 1973, en una reunión donde participaron capitanes de las diferentes comunidades, profesores indígenas, presidentes de acciones, inspectores de policía y líderes en general. El objetivo de la creación de este consejo es contar con un grupo u organización que hablara y defendiera los intereses de los indígenas. Cabe anotar, que fue la primera vez en la historia del Vaupés, que se reunieron todos los capitanes de las comunidades de las diferentes tribus, existentes en este territorio.

El Consejo Regional Indígena del Vaupés "CRIVA", ha sido una organización que tradicionalmente ha planteado los principios de lucha y organización bajo la trilogía de:

4. Territorio
5. Autonomía
6. Unidad

Con el desarrollo de este pensamiento ha impulsado las dinámicas de defensa territorial, autonomía y la unidad dentro de las diferencias étnicas, además ha mantenido diálogo permanente con las demás organizaciones indígenas regionales y nacionales. De esta forma fue que logró la titulación de los



territorios, el reconocimiento de sus derechos a la participación en la vida económica, política cultural y social de la región y del país.

El CRIVA ha exigido la aplicación del Convenio 169 de la Organización Mundial del Trabajo "OIT", refrendado a través de la Ley 21 de 1991 por Colombia, el cual obliga a los gobiernos a realizar la **Consulta Previa** a las Autoridades Indígenas sobre todas las decisiones legislativas, administrativas, de realización de proyectos y actividades dentro de sus territorios y en referencia a sus pueblos y comunidades.

Uno de los logros más relevantes del Consejo Regional Indígena del Vaupés, fue la titulación de los territorios por medio de la figura de Resguardo y existen los siguientes:

- En julio de 1982 se constituyó el Resguardo Parte Oriental del Vaupés, con un área de 3.354.097 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial de Municipio de Mitú y el Corregimiento departamental de Yavaraté. Según Resolución 086 de 1982, emanado del instituto colombiano de la Reforma Agraria "INCORA", actual "INCODER", en este sentido el territorio hasta ahora está garantizado por el Estado Colombiano.
- En abril de 1988, el de Yaigoje-Apaporis con un área de 502.000 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial del municipio de Taraira.
- En abril de 1993, el de Bacati-Arara y lagos de jamaicurú con un área de 264.800 hectáreas, adscrito a la jurisdicción territorial del municipio de Carurú.

Los tres resguardos suman 4.120.897 hectáreas. Estos resguardos cobijan a 26 grupos étnicos bien definidos.

Actualmente el CRIVA no está ejerciendo su funcionalidad, por lo tanto ya no existe representatividad ante las instituciones estatales.

5.6. Las Organizaciones Zonales Indígenas del Departamento de Vaupés.

El Consejo Regional Indígena del Vaupés desde su creación ha estado estimulando para que las diferentes zonales del departamento se organicen, con el objeto de que sean ellas las que defiendan los intereses colectivos de las comunidades indígenas, las organizaciones zonales existentes en el departamento son:

1. AATIVAM: Asociación de Autoridades Tradicionales del Vaupés Medio
2. ACURIS: Asociación de Capitanes Unidos del Río Isana.
3. UDIC: Unión Indígena del Cuduyarí
4. ALUBVA: Animación y Lucha del Bajo Vaupés.
5. ASATIAAC: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona de Acaricuara
6. ASATRIZY: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la Zona de Yapú.
7. ACAIPI: Asociación de Capitanes Indígenas del Pirá Paraná.
8. AATIZOT: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas de la zona del Tequié.
9. ACTIVA: Asociación de Capitanes Tradicionales Indígenas del Vaupés (Alto Apaporis)
10. UNIQ: Unión de Indígenas del Querarí.
11. ACAZUNIP: Asociación de Capitanes de la Zona Unión Indígena del Papuri.



12. ORIAV: Organización Indígena del Alto Vaupés.
13. ACYA: Organización de Capitanes Indígenas de Yaigojé-Apaporis
14. OZCIMI: Organización Zonal Central Indígena de Mitú
15. OZIRPA: Organización Zonal Indígena del Río Papunagua.
16. ASATRAIYUVA: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas Yurutíes. del Vaupés.

La mayoría son Asociaciones de Autoridades Tradicionales y muy pocas siguen siendo organizaciones, pero, cada una de ellas tienen sus propios estatutos establecidos como instrumentos de guías de trabajos organizativos a favor de las zonales y comunidades indígenas del departamento.

5.7. Espacios de Consulta, Concertación y Decisión de las Comunidades Indígenas del Departamento de Vaupés.

Para los procesos de consulta previa y concertación en los planes y programas de salud, se contaba con los siguientes espacios:

- ✓ Nivel regional (A nivel del departamento indígena del Vaupés)
- ✓ Nivel zonal (A nivel de las Asociación de autoridades tradicionales AATIS zonal)
- ✓ Nivel local (A nivel de cada Capitanía u comunidad de una zona o AATI)

En la actualidad cada asociación tradicional indígena legalmente constituida según el decreto 1088 es autónoma para la toma de decisiones, por lo tanto la interlocución entre el Estado y las comunidades indígenas se da entre una Asociación de Autoridades Indígenas y las instituciones de salud según el caso.

5.8. Encuesta de Participación Comunitaria en el Corregimiento Departamental de Yavaraté.

Durante el transcurso del año de 2010, se realizó una encuesta de Participación comunitaria en salud a los miembros de las comunidades indígenas del corregimiento departamental de Yavaraté, para esta línea de base se proyectó la realización de 240 encuestas, debido a diferentes imprevistos se alcanzó a ejecutar el 84,2% (202/240) de lo programado (ver tabla 11).

Tabla 11. Distribución de las encuestas realizadas por comunidad en el corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010

Comunidad	Encuestas aplicadas	Encuestas proyectadas
San Luis del Virari	6	5
Monforth	17	35
Piracuara	18	95
Olinda	14	8
Teresita	92	54
Nuevo Pueblo	21	17
Puerto Colombia	5	0
Yavaraté	7	5



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Florida	6	0
Ibacaba	17	10
San Pedro Islas	0	6
Wainambí	0	5
Total	202	240

Fuente: Base de Datos encuestas Participación comunitaria en Salud Yavaraté 2010

4.8.1 Metodología

Se utilizó un cuestionario con respuesta cerradas de sí ó no, la persona encargada del diligenciamiento y aplicación del instrumento, estuvo a cargo del coordinador del programa de participación comunitaria.

4.8.2 Etnias y comunidades indígenas encuestadas:

Se identificaron doce etnias para la aplicación y desarrollo de esta encuesta, arrojando como principal grupo indígena el Desano, es importante recordar que existen diferencias significativas entre los grupos étnicos, pero como se menciona anteriormente las estructuras sociopolíticas y de participación tienen la misma organización y respeto (ver tabla 12).

Tabla 12. Distribución de las encuestas por grupo étnico, corregimiento departamental de Yavaraté, departamento de Vaupés 2010

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Desano	73	36,1
Piratapuyo	54	26,7
Tucano	25	12,4
Jupda	17	8,4
Cacua	13	6,4
Tariano	7	3,5
Guanano	6	3,0
Cubeo	2	1,0
Yuruti	2	1,0
Carapana	1	0,5
Tatuyo	1	0,5
Tuyuca	1	0,5
Total	202	100,0

Fuente: Base de Datos encuestas Participación comunitaria en Salud Yavaraté 2010

4.8.3 Resultados:



- g. *Se reconoce la existencia de las organizaciones internas de las comunidades, lo cual garantiza el reconocimiento de la autoridad.*
- h. *Hay reconocimiento de la figura de la capitanía, junta de acción comunal y comité de mujeres*
- i. *Las comunidades indígenas realizan reuniones comunitarias para tratar temas de salud, sin conocer los mecanismos necesarios para llevar esta información a las instituciones responsables de la prestación de los servicios.*
- j. *Se identifica la importancia de la organización comunitaria, para liderar procesos de derechos ante las instancias públicas del departamento.*
- k. *Se considera de importancia que las comunidades conozcan sus derechos y deberes en salud.*
- l. *La mayoría de los encuestados respondieron que han participado de las reuniones comunitarias en donde se han tomado decisiones en salud y manifiestan su participación futura siempre y cuando el Capitán de la comunidad convoque.*

4.8.4 Conclusiones:

- c. *En las comunidades indígenas del Corregimiento departamental de Yavaraté no se ha adelantado los procesos de sensibilización a cerca de los Derechos y Deberes en salud por parte de las instituciones de salud*
- d. *Es importante adelantar talleres de capacitación de liderazgo (gobierno propio) en las comunidades indígenas, con énfasis en las grandes comunidades en donde se dificulta la participación general.*

5.9. Protocolos Interculturales

En dar congruencia a la participación de las comunidades en sus procesos de salud, la secretaría departamental de salud para el año 2010 adelanto la realización de tres protocolos en concertación con los pueblos indígenas, para la realización de estos protocolos se tuvo como prioridad la problemática en salud a nivel departamental y a nivel de la zona que participó en su elaboración, es por ello que se trabajaron las siguientes temáticas:

4.9.1 Maternidad Segura:

Este protocolo se trabajo en la zona del Alto Apaporis –comunidades de Mutanacua y Buenos Aires-, esta zona se priorizó en el POA –plan operativo anual- del 2008, basado en la ocurrencia de una mortalidad materna en mujer de 15 años por causas obstétricas directas.

Los participantes de este trabajo investigativo se identificaron dentro de las etnias: Cabiari, Taibano, Barasano y Tatuyo:

4.9.1.1. Objetivo general: Garantizar la atención oportuna e integral de las gestantes de la etnia Barazana de la zona del Alto Apaporis en el departamento del Vaupés, mediante la caracterización oportuna en el primer trimestre del embarazo y la identificación de los factores determinantes.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



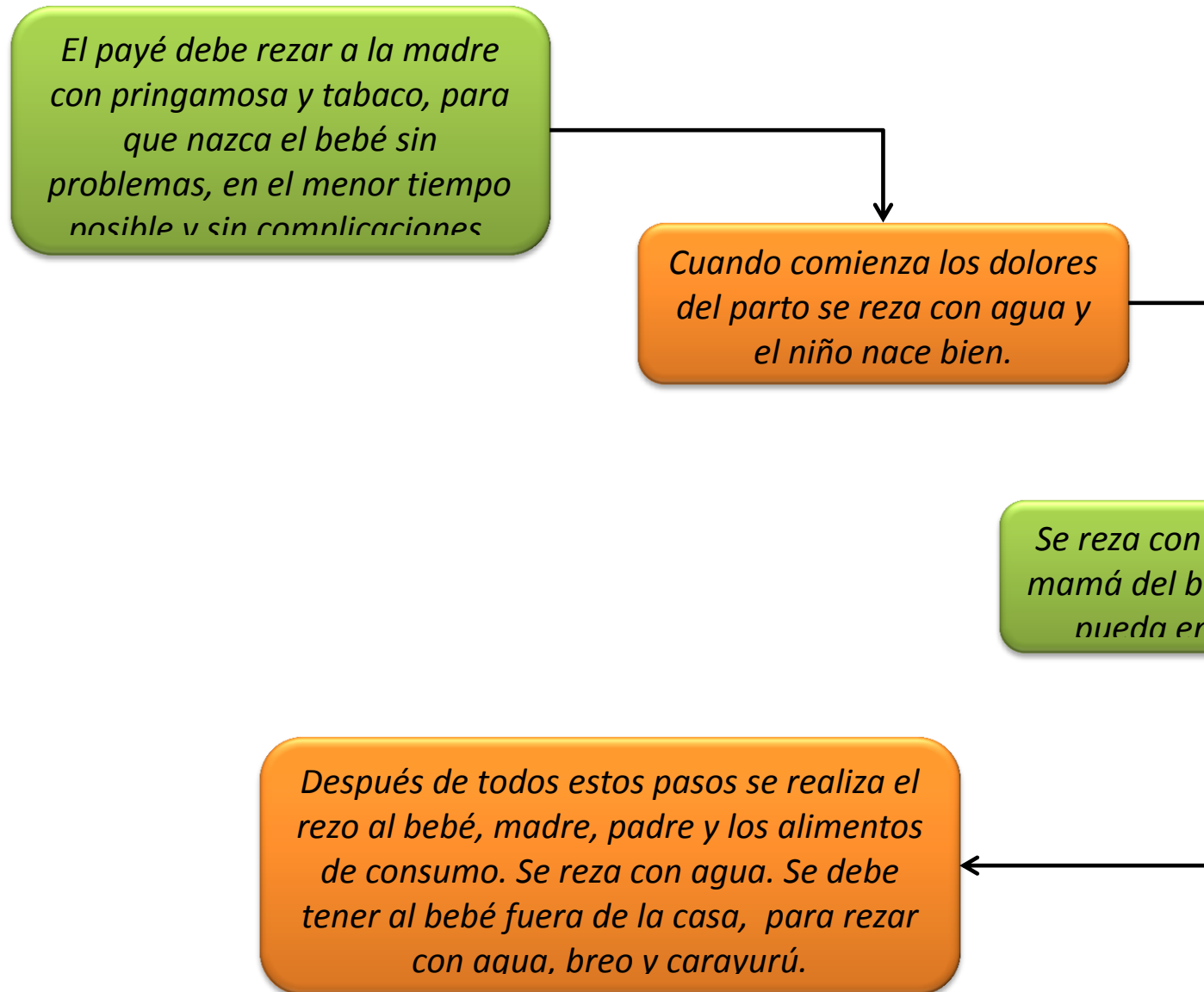
4.9.1.2. Causas de las enfermedades: Dentro de los hallazgos más relevantes identificados en esta investigación en el grupo étnico Cabiari, que muestra la concepción tradicional de la enfermedad en la mujer gestante están:

- ∂ No acudir al payé de manera temprana.*
- ∂ Alimentación inadecuada -mal alimentada-.*
- ∂ Por no guardar la dieta impartida por el payé y comer alimentos prohibidos.*
- ∂ Por alguna maldición o maleficio por envidia.*
- ∂ Cuando cargan algo pesado.*
- ∂ Cuando el esposo le pega en el estómago.*
- ∂ Por consumir carnes de sitios sagrados (causa deformaciones en los niños).*
- ∂ Desobediencia de órdenes como: sentarse encima de un pilón o piedra de afilar el machete.*
- ∂ Pereza de la embarazada en la preparación del parto (no hacer ejercicio) causa un mal trabajo de parto.*
- ∂ Dormir con los pies y manos colgados por fuera de la hamaca.*
- ∂ Las mujeres que se están preparando para ser madres no deben ir a la chagra detrás de la mamá, ya que esto les produce aumento del líquido amniótico y hemorragia.*
- ∂ No cargar el canasto en un solo lado, sino en la cabeza; ya que esto hace que el niño nazca de brazos.*
- ∂ El esposo no debe ir donde la esposa embarazada después de ver y danzar el ritual de Yurupari. Todos los instrumentos los debe rezar y purificar y dejar en la maloca.*

Los mecanismos de de prevención y tratamiento de las enfermedades en el periodo de gestación son:

- ∂ Mediante rezos del paye con pringamosa para el dolor de cintura, rezo con tabaco para dolor de cabeza y malestar general.*
- ∂ El payé y Cumú pueden prevenir y curar las enfermedades a una mujer en embarazo.*

Imagen 3. Proceso de Atención del parto.



4-9-2 Manual de Convivencia:

Este trabajo se realizó en el corregimiento departamental de Papunahua, con la participación de las comunidades de Puerto solano, Sardinias e Ipanoré.

El manual de convivencia nace al identificarse en esta población casos de violencia intrafamiliar y entre diferentes etnias, teniendo para el 2007 la ocurrencia de muertes y heridos por machete, la cual se acrecentó con el consumo de sustancias alcohólicas.



Para esta intervención se contó con el acompañamiento de la referente del programa de salud mental departamental.

El tema que se abordó para el trabajo comunitario fue la "Violencia intrafamiliar", considerándose que el incidir en la dinámica familiar, generaría impacto en la sociedad –la familia es el núcleo de la sociedad–.

4.9.3 Protocolo Nutricional:

Los pueblos indígenas desde hace aproximadamente 100 años han tenido contacto e influencia de la cultura occidental, aún así se han mantenido las prácticas tradicionales de la elaboración y tipo de alimento que consumen –Cultivo de la chagra, pesca, cacería y recolección de frutos silvestres–.

Este estudio se realizó en el corregimiento de Yavaraté, corregimiento departamental en donde se identifica los grupos étnicos: Macú, Jupda y Cagua, grupos que se caracterizan por que su principal fuente de alimentación es la obtenida a través de los procesos de la cacería y recolección, no teniendo la cultura de la utilización de la chagra.

4.9.3.1. Objetivo general: Explorar la concepción tradicional de "la seguridad alimentaria y nutricional" de los grupos étnicos asentados en las comunidades del corregimiento departamental de Yavaraté, igualmente se indagó sobre el sistema tradicional de subsistencia, la cual se basa en las actividades de agricultura (chagra), cacería, pesca y recolección de frutos silvestres.

4.9.3.2. Metodología: Se empleó la aplicación de una encuesta consistente en preguntas abiertas, los individuos que se entrevistaron cumplieron con un criterio de inclusión: las personas debían conocer el manejo de la nutrición desde el enfoque tradicional.

4.9.3.3. Conclusiones:

- Es necesario que las mismas comunidades indígenas analicen y reflexionen sobre la situación actual de "la seguridad alimentaria y nutricional" y buscar de una manera conjunta el mejoramiento de la dieta alimentaria.
- Es fundamental que los miembros de las comunidades mejoren su "seguridad alimentaria y nutricional", haciendo uso del legado cultural: manejo de las actividades de la chagra, cacería, pesca y la recolección de frutas silvestres de una forma sustentable y permanente.



5. SEGURIDAD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

Una de las condiciones fundamentales para garantizar un estado adecuado de salud de la población vaupense es la accesibilidad al agua potable y alcantarillado. Para el caso del departamento de Vaupés, en el logro de esta meta se conjugan factores que dificultan la garantía de acceso a estos servicios básicos:

La geografía del departamento y la amplia dispersión poblacional, hacen necesario el uso de tecnologías alternativas y adaptadas al medio para lograr el suministro de agua y la conformación de sistemas de alcantarillado adecuados y que además se encuentren en armonía con la riqueza ambiental propia del departamento.

En el tratamiento del agua por ejemplo, se conjugan factores como la composición mineral y orgánica de los sistemas hidrográficos propios de la Amazonía y el alto contenido de minerales que hace del agua de estos sistemas, un recurso esencialmente ácido, poco apto para el consumo humano; de otro lado, el alto nivel freático de los suelos de esta región imprime un problema adicional para el manejo de aguas negras y de desecho.

En general el departamento de Vaupés muestra un comportamiento complejo al momento de realizar el análisis de coberturas de acueducto y alcantarillado y manejo de excretas y desechos.

Para el análisis de este capítulo, se utilizó como fuente primaria de información el censo sanitario departamental, -el cual se realiza mediante visita domiciliaria en el 100% de viviendas del departamento con periodicidad anual por personal técnico de la Secretaría de Salud Departamental-

5.1. Cobertura de Agua

La principal fuente de abastecimiento de agua en las áreas rurales del departamento son la recolectada de la lluvia, el río y/o caño, aguas que generalmente no pasan por ningún proceso de cocción o esterilización, para ser aptas para su consumo; es por ello que la utilización de sistemas de recolección de agua lluvia, es la principal estrategia para garantizar que las personas consuman agua de una calidad menos riesgosa y la cual es apropiada al medio.

Los sistemas de recolección de agua lluvia (nivel de pluviosidad en el departamento de Vaupés es alto), permiten la recolección del líquido a través de sistemas de canaletas ubicadas en los techos de las viviendas, los cuales vierten el agua en tanques plásticos con capacidad de 1000 a 1500 litros. En general, estos sistemas se encuentran en el 100% de comunidades ubicadas en el área rural del departamento. De la mano a la instalación de estos sistemas, se elaboran y ejecutan estrategias educativas mediante la metodología de investigación, acción, participación, enfocadas en el uso y limpieza adecuada de los dispositivos. Con periodicidad anual, los técnicos de Seguridad Sanitaria y del ambiente recorren el 100% de comunidades ejecutando estas actividades y otras enfocadas al tema de saneamiento básico y a la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos y agua.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



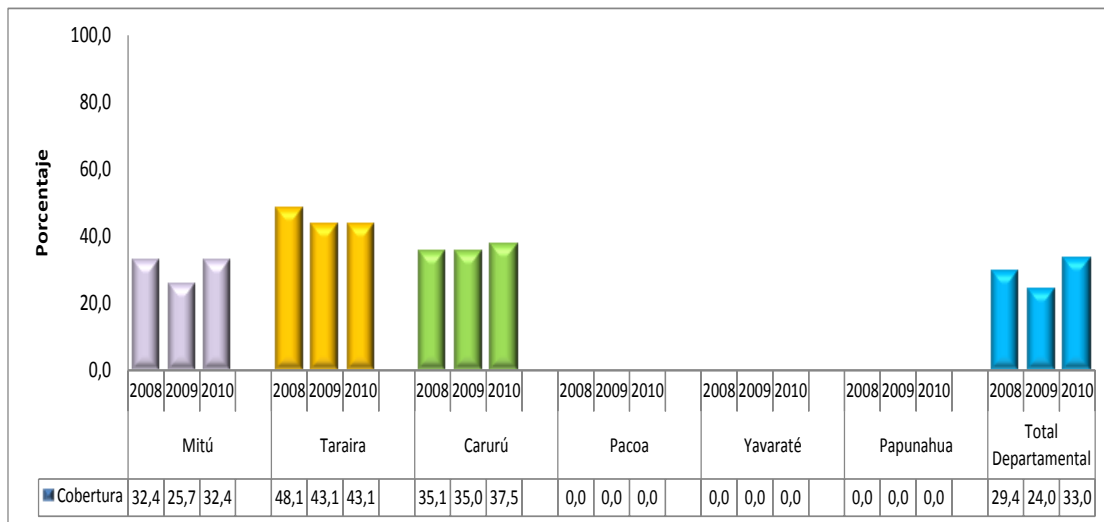
En general, la cobertura de acueducto para el departamento de Vaupés es baja, factores como la alta dispersión poblacional limitan de manera importante el abastecimiento de agua a cada uno de los puntos del departamento. Desde el año 2008 al 2010 el ha mostrado un ligero aumento en la cobertura.

El análisis de la cobertura de acueducto por entidad territorial evidencia claramente el contraste que hay entre los municipios con los corregimientos departamentales, para esto es necesario identificar dos aspectos relevantes:

3. Los municipios cuentan con cabeceras municipales, los cuales se comportan como centros urbanos y cuentan con condiciones que facilitan la ejecución de obras de infraestructura como la construcción de vías y sistemas de acueducto y alcantarillado.
4. Los corregimientos departamentales son considerados en su totalidad áreas rurales, cuenta con pocos centros poblados, y se caracterizan principalmente por su amplia dispersión poblacional y sus dificultades de acceso geográfico, estas últimas condicionan el acceso de entrada y salida por vía aérea casi exclusiva, sumado a que las pistas de aterrizaje artesanal son de corta longitud y los traslados entre comunidades se hace exclusivamente por vía fluvial, de igual forma, la estructura vegetal y del suelo son factores que limitan la construcción de estructuras.

(Ver gráfica 4).

Gráfica 4. Cobertura departamental de agua por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

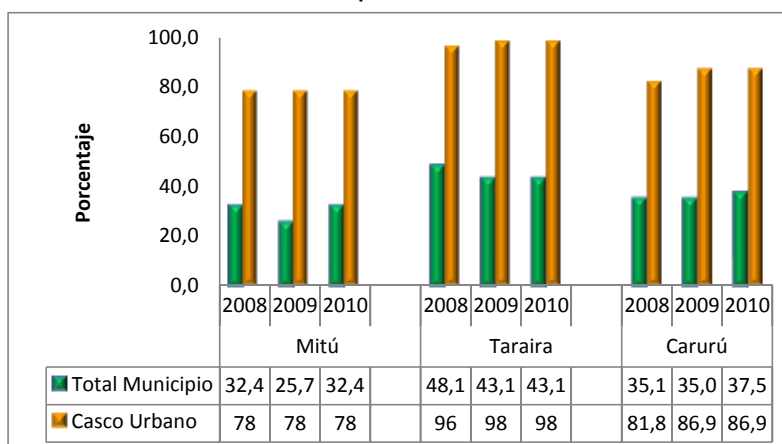
Dentro del análisis de la cobertura de agua en los municipios diferenciados entre el área urbana y rural, muestra diferencias significativas, el área rural de los municipios se encuentra constituida por comunidades eminentemente rurales con escasos centros poblados y con la problemática de acceso y dispersión descrita para los corregimientos departamentales.



El casco urbano del municipio de Mitú, hace 22 años cuenta con acueducto, cuyo problema más evidente son los daños en la red de conducción, su fuente abastecedora se ubica en la zona suburbana del municipio, con un caudal de 12 l/seg, la periodicidad promedio del servicio de agua es cada tercer día durante 18 horas. Este acueducto no cuenta con planta de tratamiento de aguas residuales, lo cual implica que el sitio final de descarga de agua sin tratar es el río Vaupés, aunque cabe aclarar que se cuenta con una licencia para descargar dichos vertimientos, otorgada mediante resolución DSV 046-08, del 22 de julio de 2008. La red de alcantarillado tiene una edad aproximada de 5 años.

Los municipios de Carurú y Taraira cuentan con plantas de tratamiento de agua, la del municipio de Carurú es más eficiente (Ver gráfica 5).

Gráfica 5. Comparativo cobertura de acueducto total Vs cobertura en el casco urbano, por municipios, departamento de Vaupés 2008- 2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

5-1-1- Calidad del Agua

Según lo normado por la resolución 2115 de 2007, por medio de la cual se estableció el sistema de vigilancia de la calidad del agua potable (SIVICAP), desde el año 2008, con periodicidad definida se realiza la vigilancia de la calidad del agua en la zona urbana de los tres municipios del departamento de Vaupés. Cabe aclarar que por el alto contenido de minerales y materia orgánica en los sistemas hidrográficos del departamento, el IRCA o Índice de riesgo de la calidad del agua, en general es alto para el departamento de Vaupés.

Vale la pena aclarar que este comportamiento difiere entre los tres municipios. En el caso del municipio de Mitú, el índice anual varía con índices de inviabilidad del agua para su consumo hasta un riesgo alto, al finalizar el año 2010, el IRCA para el municipio de Mitú fue del 49% lo cual califica el agua como de riesgo alto.

Para el municipio de Carurú el esfuerzo enfocado al mejoramiento y potabilización del agua ha permitido la reducción del IRCA, para el año 2010 se observaron índices de riesgo bajo. Al finalizar el año 2010, el IRCA obtenido mostró un índice Sin riesgo, es decir que el agua se consideró apta para su



consumo.

El municipio de Taraira, al igual que en el municipio de Mitú, el IRCA ha oscilado entre valores de inviabilidad y riesgo alto para el consumo del agua.

5.2. Cobertura de Alcantarillado y Disposición de Desechos y Excretas.

Para este ítem es indispensable exponer las condiciones sociales y culturales que contribuyen a lo no adherencia y/o aceptación del uso de técnicas que propician una mejor disposición de basuras o excretas.

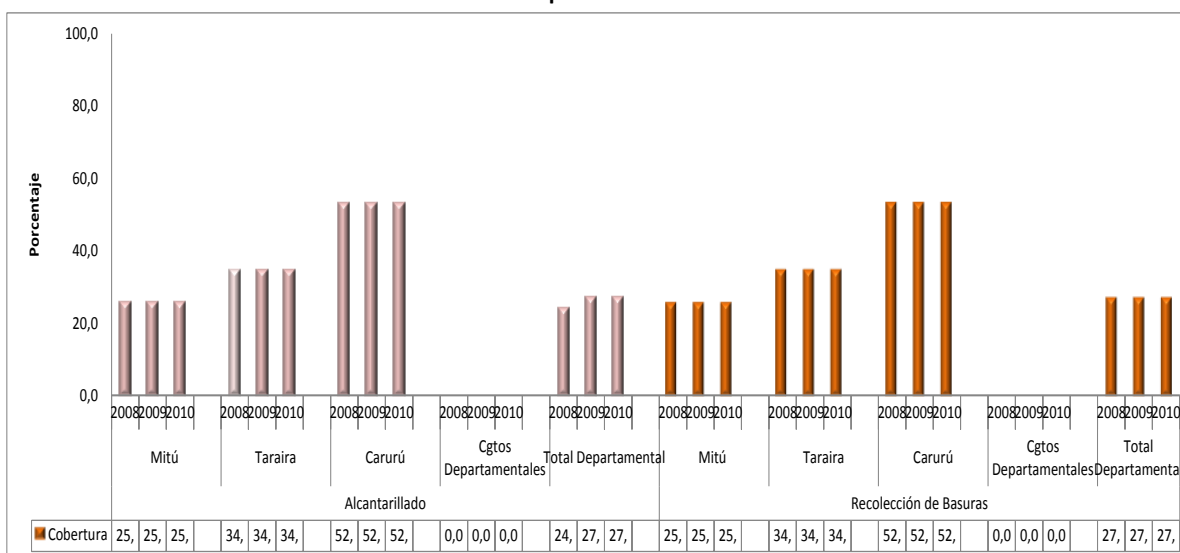
Las etnias indígenas del departamento tenían un comportamiento nómada, que a través de los años y ante las necesidades del medio, han sufrido una transición a un comportamiento sedentario, el comportamiento nómada influyó de una manera directa en los hábitos y costumbres de estas poblaciones.

- *En la zona rural es común que los pobladores realicen sus necesidades fisiológicas a campo abierto sin enterramiento ó en fuentes hídricas –esta última en muy poca proporción-. Conducta ligada a la expuesto anteriormente, los pobladores se mantenían en constante movimiento y la necesidad de crear un sitio específico no surgió, quedando este comportamiento como una conducta condicionada por el medio. Actualmente en la zona del Pirá-Paraná en concertación con las comunidades, el manejo de las excretas se hace con enterramiento.*
- *En la zona rural se hace instalación de baterías sanitarias –Letrinas-, pero dado a la alta pluviosidad es necesario realizar una identificación adecuada del sitio y una construcción que no permita contaminación de aguas con materia fecal. Sin embargo, la adherencia al uso de estas baterías es casi nulo, uno de los factores que se pueden asociar a esta respuesta negativa de la población es: cuando la deposiciones se hacen a campo abierto la facilidad de contar con material natural para la limpieza está disponible, mientras, que en una batería sanitaria y dado que no hay accesibilidad continua de productos de aseo se hace incomodo la utilización de las mismas.*
- *Con el tema del manejo de basuras el diagnostico sanitario arroja que las formas de disponer de las mismas en las comunidades indígenas son: enterramiento, vertimiento al río, quema y arrojadas al campo abierto, dentro de este componente sobresale que en la zona rural el problema de las basuras no es tan agudo como en las zonas urbanas, debido principalmente a que los principales productos que producen desechos son de tipo orgánico.*

La cobertura de alcantarillado y disposición de desechos y excretas en el departamento de Vaupés, muestra un comportamiento similar al de cobertura de acueducto, con resultados bajos para estos dos indicadores y coberturas nulas para los corregimientos (Ver gráfica 6).



Grafica 6. Cobertura departamental de alcantarillado y recolección de basuras, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Censo Sanitario 2008-2010, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Secretaría de Salud Departamental

Como se ha mencionado reiterativamente la construcción de un sistema de alcantarillado para la recolección adecuada de excretas, se ve limitado ante las condiciones propias del departamento, dispersión geográfica, como las condiciones propias del ambiente.

Los cascos urbanos de los municipios cuentan con sistemas de alcantarillado y servicio de recolección de basuras. El municipio de Mitú, como fue mencionado previamente, no cuenta con sistema de tratamiento de las aguas de desecho, las cuales son vertidas directamente en el río Vaupés. En el caso de Carurú y Taraira, cuentan con planta de tratamiento de aguas negras.

El municipio de Mitú cuenta con botadero de basuras a cielo abierto, de igual manera funciona en el municipio de Taraira, el municipio de Carurú cuenta con un relleno sanitario nuevo.



5.3. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010.

- ✓ Desde el año 2010, en el marco de las actividades desarrolladas por el Plan Departamental de Aguas se ha dado inicio al proceso de mejoramiento de las condiciones existentes y la elaboración y ejecución de actividades en las zonas desprovistas de servicio de acueducto y alcantarillado del departamento con el objeto de garantizar estos servicios, principalmente en el área rural del departamento.
- ✓ Para el municipio de Mitú se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: Clausura del botadero a cielo abierto, catastro de redes de acueducto y alcantarillado y formulación y diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas en el área rural de Villafátima, Tapurucuara, Yapú, Acaricuara y Yuruparí.
- ✓ Para el municipio de Carurú se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: construcción de la tercera fase del sistema de alcantarillado y optimización de la planta de tratamiento de agua.
- ✓ Para el municipio de Taraira se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: construcción líneas de obra complementarias para la planta de potabilización del agua, diseño y ejecución de relleno sanitario, clausura del botadero a cielo abierto, elaboración y ejecución del plan maestro para el sistema de acueducto y diseño y adecuación de tres sistemas de acueducto ubicados en el área rural del municipio.
- ✓ Para el corregimiento de Yavaraté se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: optimización del sistema de acueducto de Teresita, diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas de Wainambi, Ibacaba y Yavaraté.
- ✓ Para el corregimiento de Papunahua se encuentra en ejecución el proyecto que incluye: diseño definitivo de sistemas de acueducto para las comunidades ubicadas de Ipanoré, Sardinas y Puerto Solano.



6. PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD

6.1. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud -SGSSS-

Para este punto es importante recordar que el tener un carnet de salud o estar vinculado al sistema de salud, no garantiza la accesibilidad a los servicios.

6.1.1. Regímenes de Seguridad Social en Salud.

Para el 2010 el departamento registra dos EPS subsidiadas -Caprecom y Mallamas- y cuatro EPS contributivas -Saludcoop, Nueva EPS, COOMEVA y Salud Total-, por registros dados por la oficina de aseguramiento el departamento cuenta con una cobertura casi universal, datos que no se evidencian al confrontar los datos con el censo DANE 2005 proyecciones 2010, dada por la inflación que sobreestima la población departamental.

El 71% de la población del departamento se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud; la principal afiliación al sistema es de tipo subsidiada, dato que va de la mano con la población -indígena- y el nivel socioeconómico que registra la población del departamento, dentro de este régimen la EPS Caprecom maneja el 66% de los afiliados y Mallamas 34% restante (Ver tabla 13).

Tabla 13. Cobertura de afiliación del departamento de Vaupés por tipo de vinculación al sistema general de seguridad social en salud, año 2010.

Afiliación	EPS	N° Afiliados	Cobertura por EPS	Cobertura Total
Subsidiados	Caprecom	17869	43,0	64,8
	Mallamas	9049	21,8	
Contributivos	COOMEVA	2	0,005	5,9
	Nueva EPS	197	0,5	
	Saludcoop	2245	5,4	
	Salud Total	1	0,002	
Pobres no Asegurados		1008	2,4	

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental

6.1.2. Cobertura por Municipio y Corregimiento.

Para la medición de las coberturas por área de residencia, se utilizó población DANE 2005, proyecciones 2009, las proyecciones 2010 no cuentan con la disgregación por área.

El municipio de Taraira -101,5%- y el Corregimiento de Yavaraté -110,8%- presentan coberturas universales para la afiliación al SGSSS, los municipios de Carurú -86,8%- y Mitú -69,4%- y el Corregimiento de Pacoa -63,8%- arrojan coberturas por encima del 50% de su población y el corregimiento de Papunahua es el que arroja las más bajas coberturas -34,1%-, para el departamento esta última zona es la que presenta la mayor inflación de población.

Las zonas rurales del departamento muestran coberturas del 87% a expensas de afiliación al régimen subsidiado, no observándose en el área rural afiliaciones al régimen contributivo, basados en estas proyecciones el 12,9% de la población del área rural clasificaría como pobre no asegurada y los servicios de salud estarían bajo el sostenimiento de la Secretaría de Salud Departamental.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



En contraposición el área urbana registra coberturas de afiliación sólo del 45%, considerándose esta área con accesibilidad y mayor identificación de los usuarios; de igual forma encontramos que el 1,4% han sido identificados como pobres no asegurados, dejando en el aire el 53,6% del total de la población residente en las áreas urbanas del departamento, situación que como se explico anteriormente esta inferida por la inflación de la población (Ver tabla 14).

Tabla 14. Coberturas de afiliación por municipio/corregimiento y cabeceras y resto municipales, departamento de Vaupés -2010-.

Afiliación al SGSSS	Subsidiados		Contributivos		Pobres no Asegurados		
	Mcpio/Cgto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto	Cabecera	Resto
Mitú		25,6	94,7	16,9	0,0	1,5	3,8
Carurú		64,8	92,1	2,2	0,0	0,0	0,0
Taraira		177,8	87,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Pacoa (CD)		NA	63,8	NA	NA	NA	0,0
Papunahua (CD)		NA	34,1	NA	NA	NA	0,0
Yavaraté (CD)		NA	110,8	NA	NA	NA	NA
Total		29,0	87,0	16,0	0,0	1,4	2,9

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental

6.1.3. Cobertura por Grupo de Edad:

Por grupo de edad se observa que la única población que registra coberturas de afiliación al SGSSS por debajo del 50% son los menores de 5 años, sin embargo es importante resaltar que los menores de un año son automáticamente afiliados al régimen de la madre o del padre, sin embargo es preocupante esta situación en la medida que los menores de 5 años son la población más vulnerable para desarrollar morbilidad y mortalidad (Ver tabla 15)

Tabla 15. Coberturas de Afiliación al Sistema de Seguridad social en salud por grupos quinquenales, departamento de Vaupés 2010.

Grupo Quinquenal	Subsidiados	Contributivos	Vinculados	Población con Afiliación
0 - 4	41,4	3,4	7,5	44,8
5 - 9	65,2	3,8	3,0	69,0
10 - 14	71,5	3,8	1,3	75,3
15 - 19	67,3	4,4	1,7	71,7
20 - 24	65,5	4,9	1,6	70,4
25 - 29	84,3	10,4	1,4	94,6
30 - 34	78,1	11,3	0,9	89,4
35 - 39	71,6	8,3	1,6	79,9
40 - 44	64,1	9,3	0,9	73,4
45 - 49	62,9	10,6	1,1	73,6
50 - 54	61,2	8,9	0,9	70,1
55 - 59	60,1	9,5	1,0	69,6
60 - 64	67,7	5,4	0,8	73,0
65 - 69	60,6	4,0	0,4	64,6
70 - 74	85,7	5,5	1,4	91,2
75 - 79	64,4	2,7	0,6	67,2



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



80 y más	68,4	7,6	0,8	76,0
Total	64,8	5,9	2,4	70,7

Fuente: Oficina de Aseguramiento de la Secretaría de Salud Departamental

6.2. Red de Prestación en Salud.

La Empresa Social del Estado Hospital Antonio caracterizada como de segundo nivel, es la única IPS pública y la cual tiene a cargo toda la prestación del servicio en el departamento, esta institución se encuentra ubicada en la cabecera municipal del municipio de Mitú -capital del departamento-.

Los municipios de Carurú y Taraira cuentan con puestos de salud satélite y el resto del departamento está cubierto con 52 unidades básicas de atención –UBA- a cargo de auxiliares de enfermería.

Se resalta que el cubrimiento de estas UBA no ha sido continuo, esto relacionado directamente a dificultades de tipo administrativo, la contratación de los auxiliares se dilata dejando como consecuencia el descubrimiento del área rural, para el 2010 la contratación de este personal se dio para mediados del mes de mayo, sin embargo el traslado de los auxiliares se ejecutó a finales de junio y principios de julio, con una vinculación contractual hasta el 17 de diciembre, es decir, el primer semestre del año 2010 no hubo personal responsable de estas unidades de atención básica.

Otra situación que preocupa a nivel de prestación de servicios son las herramientas con que cuentan los auxiliares para la ejecución de sus actividades, la disponibilidad de combustible para los recorridos y la dotación de insumos médico quirúrgicos, no se ha dado de manera sistemática que garantice la permanencia de estos insumos en estas áreas del departamento, se coloca a colación que una atención primaria asesorada por médicos –radiofonía- disminuye el traslado de pacientes a la ciudad de Mitú, como complicaciones y muerte (ver imagen 4).

Imagen 4. Unidad Básica de Atención de Sardinas, Corregimiento departamental de Papunahua, departamento de Vaupés 2010.



Fuente Grupo Secretaría de Salud Departamental

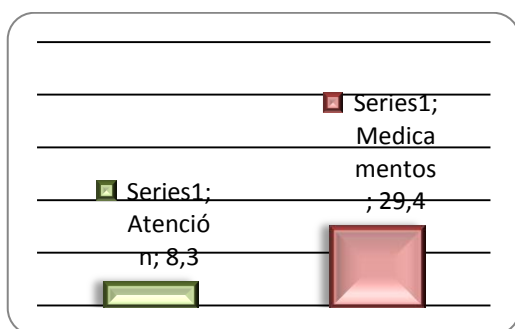
6.2.1. Grupos Extramurales.



La secretaria de salud departamental a través del decreto 149 del 21 de abril del 2010, institucionalizó el modelo de prestación de servicios en la zona rural, en donde principalmente se habla de un grupo integral conformado por profesionales en salud para realizar recorridos en la zona rural.

Para el año 2010 el sistema de grupos extramurales ejecutó el 8,3% de los recorridos programados y estipulados en el decreto, igualmente la dotación y suministros de medicamentos de las UBA alcanzó el 29,4% de cobertura, concluyendo que la prestación de servicios no ha sido idónea para garantizar la mínima prestación de servicios de salud, traduciéndose en una inequidad y desigualdad social. Dicha situación incide directamente sobre la morbilidad y mortalidad de la población vaupense (Ver gráfica 7 y tabla 16).

Gráfica 7. Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: EPS subsidiadas

Tabla 16. Zonas del departamento intervenidas por grupos extramurales, departamento de Vaupés-2010.

Mcpio / Cgto	Zona	Recorrido Programado	Recorrido Realizado	Observación
Mitú	Tiquié	2	1	Completo
	<u>Acaricuara</u>	2	1	<u>Incompleto</u>
	Yapú	2	1	Completo
	Vaupés Medio	2	1	Completo
	Azatrayuva	2	1	Completo
	<u>Querarí</u>	2	1	<u>Incompleto</u>
Taraira	Bajo Apaporis	2	1	Completo

Fuente: EPS subsidiadas

6.2.2. Red de Radiofonía

El sistema de radiocomunicaciones ha operado en el departamento desde hace más o menos dos décadas, con resultados positivos para la vigilancia y la prestación de servicios, permitiendo una comunicación constante con estas áreas tan lejanas; sin embargo en los últimos 5 años se ha debilitado por falta del talento humano de manera permanente en los puntos de atención, que desde el 2009 se convirtieron en solo PIC, además de la disminución de la cobertura de la red de fonía por falta de mantenimiento preventivo y correctivo.

Estos puntos con radiocomunicación se encuentran en una unidad de atención básica a cargo de un auxiliar de enfermería, que a su vez tiene la responsabilidad de realizar acciones de PIC y notificación de los eventos de interés en salud pública.

6.3. Sistema de Referencia y Contra-referencia

Debido a que el departamento no cuenta con centros de diagnósticos y la única especialización médica con la que se cuenta es una ginecóloga, es por ello que el sistema de contra-referencia es una de las herramientas más utilizadas para garantizar una atención adecuada según patología del individuo.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



6.3.1 Secretaría de Salud Departamental

La Secretaría de salud responde por aquellos servicios que no están dentro del plan obligatorio de salud, y por aquellas personas que se encuentra sin afiliación al sistema general de seguridad socila en salud -pobres no asegurados-.

Para el 2010 la Secretaría de Salud Departamental autorizó un total de 203 remisiones a un nivel de mayor complejidad, la principal institución receptora fue el Hospital departamental de Villavicencio con el 96% (195/203) del total de casos.

Las consultas de especialización más demandadas fueron: Cirugía (27% -54/203-), Oftalmología (12% - 24/203-) y medicina interna (9% -18/203-), siendo las principales patologías las enfermedades oculares 12% (24/203), identificación de masas, quistes y tumores 8% (17/203) y los traumatismos con el 7% (14/203), las enfermedades infecciosas solo representaron el 5% (11/203) (Ver tabla 17).

Tabla 17. Especialidades a las que se remitieron los pacientes no asegurados al sistema de seguridad social en salud, departamento de Vaupés-2010.

Especialidad	Frecuencia
Cirugía General	54
Oftalmología	24
Medicina Interna	18
Urología	16
Neurología	14
Ginecología	13
Dermatología	9
Otorrinolaringología	9
Optometría	8
Pediatría	8
Ortopedia	7
Psiquiatría	4
Gastroenterología	3
Odontología	3
Cardiología	2
Neumología	2
Oncología	2

Fuente: Oficina de Referencia y contra-referencia de la Secretaría de Salud Departamental

La mitad de los registros (50%) no tienen diligenciado la variable procedencia, sin embargo, los que tienen esta variable diligenciada refieren que el 48% (97/203) son residentes del municipio de Mitú, y en una menor proporción del municipio de Taraira y el corregimiento de Papunahua con un 1% cada uno, no se pudo establecer si los pacientes son del área rural o urbana.

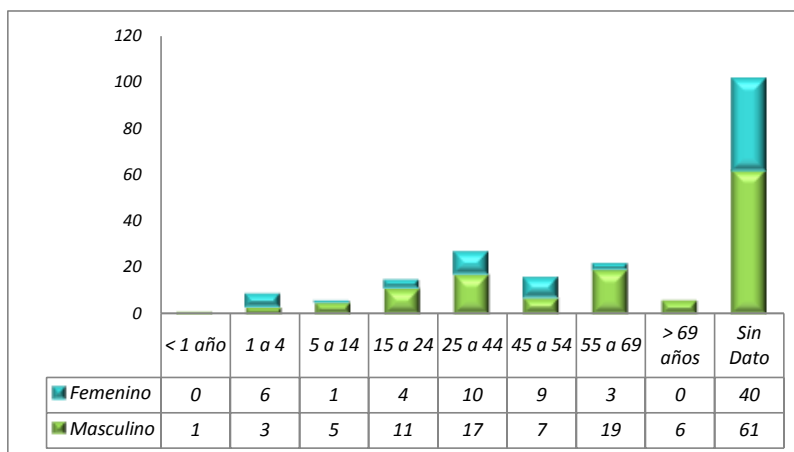


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



El 64% (130/203) pertenecen al sexo masculino, y los caso se concentran en la población joven de 25 a 44 años (Ver gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución de los casos de remisión por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Oficina de Referencia y contra-referencia de la Secretaría de Salud Departamental

6.3.2 Empresa Promotora de Salud Subsidiada CAPRECOM

Para el 2010 la EPS's Caprecom reporta 204 remisiones a otro nivel de complejidad, el 45% (92/204) corresponden a menores de 15 años; el 67% (136/204) son residentes del municipio de Mitú, 9% (18/204) del municipio de Carurú, 6% (13/204) del municipio de Tairaira, 5% (11/204) del corregimiento departamental de Pacoa, 1% (1/204) Corregimiento de Yavaraté y el 1% (1/204) Corregimiento de Papunahua. La variable área de residencia para los municipios no vino establecida en los datos que se analizaron.

6.3.3 Empresa Promotora de Salud Subsidiada MALLAMAS

La EPS's Mallamas reporta para el 2010 un total de 88 remisiones, prevaleciendo las remisiones a medicina general de II y III nivel de complejidad (27% -24/88-); la base de datos facilitada por esta entidad no tiene la variable diagnostico por el cual se remite el paciente, dato que nos permite determinar las principales patologías de morbilidad que requieren una atención especializada (Ver tabla 18).

Tabla 18. Institución de referencia de los casos remitidos por la EPS Mallamas, departamento de Vaupés 2010.

Institución de Referencia	Frecuencia	%
Hospital Simón Bolívar III Nivel ESE	25	28,4
Hospital Universitario de la Samaritana Ese	22	25
Hospital Departamental de Villavicencio ESE	18	20,5
Inversiones Clínica Meta S.A	7	8
Hospital Santa Clara Empresa Social del Estado	5	5,7
Instituto Nacional de Cancerología	3	3,4



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



<i>Sin Dato</i>	8	9,1
<i>Total</i>	88	100

Fuente: Base de datos EPS Mallamas



6. MORBILIDAD GENERAL EN EL DEPARTAMENTO

Para el diagnóstico de morbilidad se utilizaron tres fuentes de información ESE HSA, IPS Vaupés Sano y los datos arrojados por el SIVIGILA.

6.1. Hospital San Antonio de Mitú.

Los datos que se presentan a continuación fueron obtenidos a través de la ESE HSA, dentro de las problemáticas identificadas para la realización de este diagnóstico es el software utilizado en la ESE HSA, el cual no permite trabajar las variables de forma libre e independiente, generando información con grupos de edades pre establecidos y diagnósticos que no entran dentro de esta categoría.

Es importante realizar un perfil epidemiológico desagregado por variables de edad, sexo y procedencia, recordando que estas actúan como determinantes para el desarrollo del proceso salud enfermedad.

Los resultados que se muestran a continuación fueron tomados del diagnóstico principal registrado por el personal asistencial, es por ello que se debe tener claro que este diagnóstico está subestimando la condición real del departamento, no está involucrado los diagnósticos realizados por los grupos extramurales, ni las patologías que son atendidas en las UBA de la zona rural.

6.1.1. Morbilidad por Consulta Externa.

La caries de la dentina se configuró como la patología que representó la mayor demanda de consulta externa, se observa que este problema se concentró en el grupo de edad de 16 a 20 años, este dato se puede asociar a los malos hábitos de higiene bucal, como se ha mencionado la población indígena representa el 95% del total poblacional, las características socioculturales de esta población inciden de manera directa en el establecimiento de esta patología en la morbilidad general, la situación de salud oral se explicará en el capítulo 14 de este documento.

La parasitosis intestinal es la principal patología clínica, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso como la séptima causa de consulta, estos dos eventos se encuentran relacionados directamente con el saneamiento básico y la no implementación de hábitos saludables, situaciones que juega un papel importante en el desarrollo, permanencia y diseminación de las enfermedades de transmisión oro-fecal.

Se resalta que las consultas para los programas de P & P (Consulta para atención y supervisión de la salud del niño, Supervisión de embarazo normal no especificado, Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción y Control de salud de rutina del niño) representan la tercera, cuarta, quinta y sexta demanda de consulta, hablándonos de adherencia a estos programas, sin embargo, es importante resaltar que esta supuesta adherencia se centraliza en la zona urbana del Mitú, y que las consultas de crecimiento y desarrollo son influenciadas directamente por las acciones que tiene el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF-

Ver tabla 18



Tabla 118. Diez primeras causas de consulta por el servicio de consulta externa, discriminada por edad, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.

		Grupo de Edad								Total
		<1 año	1-4	5-9	10-15	16-20	31-45	46-80	>80	
Causa de Morbilidad	<i>Caries de la dentina</i>	0	75	863	1.050	1.795	888	366	122	5.159
	<i>Parasitosis intestinal, sin otra especificación</i>	2	230	496	474	558	330	183	82	2.355
	<i>Consulta para atención y supervisión de la salud del niño</i>	0	5	1.400	446	4	0	0	0	1.855
	<i>Supervisión de embarazo normal no especificado</i>	0	0	0	12	861	360	4	0	1.237
	<i>Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción</i>	0	0	0	14	787	322	96	1	1.220
	<i>Control de salud de rutina del niño</i>	73	919	162	0	0	0	0	0	1.154
	<i>Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso</i>	14	290	106	75	156	97	60	46	844
	<i>Fiebre, no especificada</i>	17	139	123	88	213	104	46	31	761
	<i>Hipertensión esencial (primaria)</i>	0	0	0	0	13	46	296	362	717
	<i>Infección de vías urinarias, sitio no especificado</i>	3	52	29	28	230	166	75	61	644

Fuente: Registro de Consulta Externa, Hospital San Antonio, Área de Estadística.

6.1.2. Morbilidad por Consulta de Urgencia

El servicio de urgencias es el área encargada de la recepción de aquellas patologías que requieren una atención inmediata, igualmente es la encargada de derivar a un mayor nivel de complejidad según los criterios de gravedad y de manejo de la enfermedad.

La principal patología identificada para el área de urgencia y que es considerada como un signo o síntoma relacionado y no como un evento patológico (enfermedad), es el estado febril. Se resalta que para el año 2010, para los meses de Abril a Junio aproximadamente se presentó en el municipio de Mitú un brote de Dengue, patología que se caracteriza por que su principal síntoma es el estado febril, esto pudo inferir directamente en el aumento de consulta por este signo.

El dolor abdominal y la diarrea se registraron como la segunda y la tercera causa de demanda en el área de urgencias, la cual se relaciona directamente con el nivel socio cultural y las condiciones higiénicas sanitarias de la población.

Con relación a enfermedades gastrointestinales el departamento registro un evento nuevo inusitado caracterizado por dolor abdominal y en la mayoría de los casos acompañado con diarrea disintérica. La evolución de los casos de mortalidad evidenció un cuadro rápido y súbito del cuadro clínico. Para este nuevo evento no ha sido posible la identificación del agente causal, a pesar del trabajo mancomunado entre el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y las entidades territoriales. Este evento aumento el número de casos de mortalidad en el departamento para el año 2010.



Las mordeduras de serpientes (por las condiciones geográficas y ambientales del departamento) aunque no mostró una gran representación en la morbilidad y mortalidad observada en el servicio de Urgencias, tienen grandes implicaciones en la estancia hospitalaria (Ver tabla 19).

Tabla 19. Diez primeras causas de atención por el servicio de Urgencia, discriminado por edad y sexo, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.

N°	FEMENINO								MASCULINO							
	Diagnósticos	<1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	>60	Total	Diagnósticos	<1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	>60	Total
1	Estado Febril	8	76	42	78	24	6	208	Estado Febril	16	74	58	58	28	20	238
2	Dolor Abdominal	0	2	30	80	12	6	130	Diarrea	14	28	14	34	8	4	104
3	Diarrea	4	24	6	30	12	0	76	Traumatismo	0	2	14	60	2	4	82
4	Heridas	0	6	24	24	2	4	60	Heridas	2	8	18	16	16	10	70
5	Cefalea	0	0	4	24	6	4	38	Dolor Abdominal	0	2	16	32	10	8	68
6	Traumatismo	0	0	6	12	0	2	20	Cefalea	0	0	2	16	4	2	24
7	IRA	4	10	0	4	0	0	18	IRA	4	10	2	6	0	0	22
8	Accidente Ofídico	0	0	0	8	0	0	8	Fracturas	0	2	0	4	2	2	10
9	Fracturas	0	0	0	2	0	2	4	Accidente Ofídico	0	0	4	4	2	0	10
10	Hipert. Arterial	0	0	0	0	2	0	2	Hipert. Arterial	0	0	2	6	2	0	10

Fuente: Registro diario de Urgencias, Hospital San Antonio, Área de Estadística.

6.1.3. Morbilidad por Egreso Hospitalario

Para esta área encontramos que el parto es la principal causa de hospitalización, cabe anotar que este suceso es natural y que la estancia hospitalaria depende de las complicaciones del mismo.

Dentro de las enfermedades infecciosas las gastroenteritis (EDA y dolor abdominal) jugaron un papel importante, dato que se relaciona con las principales patologías encontradas en el área de consulta externa y urgencia, la necesidad de hospitalizar estos casos se derivan principalmente a complicaciones o mal manejo de la enfermedad en los hogares; en algunos casos, en especial en el grupo menores de 5 años, los pacientes llegan en un estado avanzado inclusive crítico de la enfermedad, lo cual se refleja en un aumento de la estancia hospitalaria.

El accidente ofídico para la población en general se ubicó como la tercera patología por la cual la población requirió intervención de tipo hospitalario y seguimiento médico. Se resalta que el manejo del accidente ofídico y la estricta evolución del caso es necesaria en relación al alto riesgo de complicaciones, secuelas y muerte derivadas de este evento, de igual forma al garantizar una buena atención de los casos disminuye el riesgo de mortalidad y el incremento en el costo de la atención por la referencia de pacientes a un mayor nivel de complejidad y rehabilitación.

Se observa que la única diferencia marcada por el sexo es la atención del parto y el accidente ofídico en hombres, para estos dos grupos las enfermedades de tipo infeccioso son las principales causas de hospitalización.

Ver tabla 20.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 20. Diez primeras causas de egreso hospitalario, discriminado por edad y sexo, hospital San Antonio, departamento de Vaupés-2010.

N°	FEMENINO									MASCULINO								
	Diagnósticos	< de 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 44	45 a 59	> de 60 años	Total	Diagnósticos	< de 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 44	45 a 59	> de 60 años	Total
1	Parto Normal	0	0	0	0	207	0	0	207	Accidente Ofídico	0	1	3	4	8	43	0	59
2	Celulitis	6	8	3	3	14	1	1	36	Celulitis	2	6	6	1	26	10	3	54
3	EDA	0	9	2	6	8	4	6	35	Dolor Abdominal	0	3	15	11	16	3	4	52
4	Dolor Abdominal	0	2	12	5	12	1	3	35	EDA	4	8	13	7	3	1	1	37
5	Estado Febril	1	4	2	1	8	3	2	21	Estado Febril	3	7	3	1	4	0	3	21
6	Accidente Ofídico	0	0	1	3	10	4	0	18	Bronconeumonía	4	5	1	1	2	0	0	13
7	IVU	1	2	0	1	6	0	3	13	Heridas	1	1	1	3	3	1	0	10
8	Bronconeumonía	1	4	0	0	1	1	1	8	IVU	0	2	0	1	3	0	1	7
9	Fracturas	0	0	0	1	1	0	2	4	Fracturas	0	0	0	1	1	2	0	4
10	Heridas	0	0	0	1	1	0	0	2	IRA	3	1	0	0	0	0	0	4
11	Aborto	0	0	0	0	2	0	0	2	Parasitosis	1	0	0	0	0	0	0	1

Fuente: Registro diario de Hospitalización, Hospital San Antonio, Área de Estadística.

6.2. IPS Vaupés Sano

Esta es una institución de tipo privado, con un nivel de baja complejidad, pero que presta los servicios especiales de ginecología y optometría.

6.2.1. Morbilidad por Consulta Médica

Para el 2010 esta institución registró 1252 atenciones por consulta médica, el grupo poblacional que mas asistió fue el comprendido entre los 15 a 44 años -47,5%-, resaltando que el sexo femenino representó el 54% (678/1252) del total de consultas.

Para el perfil que maneja esta institución se observa a diferencia del perfil por la ESE HSA la presencia de enfermedades crónicas como la Diabetes en el grupo de edad de los 45 a 59 años, enfermedad de parkinson en los mayores de 60 años y la hipertensión en los dos grupos de edad antes mencionados.

La parasitosis es la principal causa de consulta, diagnóstico que es constante en los mayores de un año, se hace reiterativo que esta patología es directamente asociada a las condiciones higiénicas sanitarias en la que se encuentra la población.

En líneas generales las enfermedades infecciosas son las principales causa de consulta médica entre las que sobresalen las infecciones de tipo respiratorio y las infecciones micóticas.

Ver tabla 21.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 21. Distribución de los diagnósticos, por grupo de edad y sexo, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés - 2010-

No.	Diagnóstico/Grupo de Edad	Sexo		Total	%
		Femenino	Masculino		
< de 1 año		11	20	31	2,5
1	Pioderma	1	2	3	0,2
2	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	0	3	3	0,2
3	Rinofaringitis Aguda	2	0	2	0,2
4	Conjuntivitis Aguda, no especificada	0	2	2	0,2
5	IRA	1	0	1	0,1
1 a 4		55	67	122	9,7
1	Parasitosis Intestinal	11	17	28	2,2
2	Pioderma	5	7	12	1,0
3	Rinofaringitis Aguda	3	4	7	0,6
4	IRA	2	3	5	0,4
5	Infección vías urinarias	3	1	4	0,3
5 a 14		66	96	162	12,9
1	Parasitosis Intestinal	21	21	42	3,4
2	Micosis Superficial	5	3	8	0,6
3	Infección vías urinarias	3	3	6	0,5
4	Cerumen Impactado	1	4	5	0,4
5	Pioderma	1	4	5	0,4
15 a 44		344	251	595	47,5
1	Embarazo Confirmado	42	0	42	3,4
2	Parasitosis Intestinal	17	11	28	2,2
3	Infección vías urinarias	15	8	23	1,8
4	Lumbago no especificado	7	15	22	1,8
5	Micosis Superficial	6	7	13	1,0
45 a 59		176	121	297	23,7
1	Parasitosis Intestinal	9	6	15	1,2
2	Lumbago no especificado	10	5	15	1,2
3	Hipertensión esencial (primaria)	5	7	12	1,0
4	Diabetes mellitus no insulino dependiente	9	3	12	1,0
5	Micosis Superficial	6	5	11	0,9
> de 60 años		26	19	45	3,6
1	Hipertensión esencial (primaria)	2	4	6	0,5
2	Lumbago no especificado	3	0	3	0,2
3	Parasitosis Intestinal	1	1	2	0,2
4	Enfermedad de Parkinson	0	2	2	0,2
5	Glaucoma no especificado	0	2	2	0,2
Todas las Edades		678	574	1252	100,0
1	Parasitosis Intestinal	59	56	115	9,2
2	Lumbago no especificado	21	22	43	3,4
3	Embarazo Confirmado	43	0	43	3,4



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



4	Infección vías urinarias	22	13	35	2,8
---	--------------------------	----	----	----	-----

Fuente: Registro de Consulta Externa, IPS Vaupés Sano.

6.2.2. Morbilidad por Consulta de Ginecología

Se atendieron un total de 109 pacientes, de las cuales el 83% (90/109) se encontraban en el rango de edad de 45 a 59 años, vemos que las dos primeras consulta están relacionadas con el embarazo primando la consulta a mujeres con embarazo de alto riesgo, dentro de las enfermedades infecciosas sobresale las de tipo micótico, esta última se asocia a las condiciones de salubridad del agua y el clima húmedo, factores que favorecen el desencadenamiento de este tipo de infecciones (Ver tabla 22).

Tabla 22. Diez principales consultas por el área de Ginecología, por grupo de edad, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés -2010-

Nombre Diagnostico	5 - 14	15 - 44	45 - 59	Total
Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	7	33	1	41
Supervisión de embarazo normal no especificado	0	17	0	17
Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitosis	0	10	2	12
Salpingitis y ooforitis aguda	0	3	0	3
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	0	3	0	3
Dolor pélvico y perineal	0	3	0	3
Amenorrea secundaria	0	2	0	2
Leiomioma del útero, sin otra especificación	0	0	2	2
Candidiasis de la vulva y de la vagina	0	2	0	2
Embarazo prolongado	0	1	1	2

Fuente: Registro de Consulta por Ginecología, IPS Vaupés Sano.

6.2.3. Morbilidad por Consulta de Optometría

Esta área reporta la realización de 279 consultas, se observa que las patologías que afectan la agudeza visual son los principales diagnóstico (presbicia, miopía e hipermetropía), dentro de los otros eventos sobresale el Pterigion enfermedad directamente asociada a la exposición solar, húmeda y el polvo, condiciones en la que permanentemente se encuentra expuesta la población, se observa solo una consulta en menores de 1 año asociada a irritabilidad, el 40% (14/35) de los niños y niñas entre los 5 a los 14 años, presentaron alguna patología ocular (Ver tabla 23).

Tabla 23. Diez primeras causas de consulta por el área de optometría, por grupo de edad y sexo, IPS Vaupés Sano, departamento de Vaupés -2010-

Grupo de Edad	< 1 año		5 a 14		15 a 44		45 a 59		> 60 y +		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Presbicia	0	0	0	1	13	5	22	26	10	12	89
Examen de ojos y de la visión	0	0	11	5	13	19	1	0	0	0	49
Astigmatismo	0	0	4	0	8	10	0	0	0	1	23
Pterigion	0	0	0	0	3	1	3	2	2	2	13
Miopía	0	0	1	0	3	2	0	2	2	2	12
Hipermetropía	0	0	0	0	2	2	3	1	1	2	11
Catarata senil nuclear	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	11
Alteraciones visuales subjetivas	0	0	1	1	2	3	0	0	0	0	7



Irritabilidad	0	1	0	0	1	1	1	2	0	0	6
Catarata senil, no especificada	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	5

Fuente: Registro de Consulta por Optometría, IPS Vaupés Sano.

6.3. Morbilidad por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica -SIVIGILA-

A nivel nacional e internacional existen cierto número de enfermedades que se clasifican como de interés en salud pública, debido a su potencial de transmisión y el impacto en la salud de la comunidad.

6.3.1. Notificación Individual al SIVIGILA

Se aclara que en los capítulos por área se ahondara en el análisis de cada uno de estos eventos reportados al sistema.

Para el 2010 se reportaron un total de 20 eventos de vigilancia individual, que afectaron un total de 684 personas, el 19% (130/684) requirieron hospitalización y el 6% (43/684) correspondieron a casos de mortalidad; el grupo poblacional indígena representó el 76% (521/684) de los casos, las personas se encontraron principalmente entre el grupo de edad de 5 a 14 años - 27% (182/684)-.

Los dos eventos con mayor reporte de casos son: la Malaria y el Dengue, eventos que se caracterizan por ser transmitidos por vectores y se asociaron a brotes en el departamento, el primero en la zona del Bajo Vaupés y el segundo en la zona urbana del municipio de Mitú, resaltando que es la primera vez que el departamento reporta casos de Dengue.

La exposición rábica es un evento constante en el departamento, en donde la principal especie agresora son los quirópteros hematófagos -murciélagos-, situación ligada principalmente a las condiciones eco-epidemiológicas que favorece el encuentro del animal con el ser humano.

Otro evento nuevo inusitado que no solo produjo casos de morbilidad si no casos de mortalidad, es el síndrome gastrointestinal de origen desconocido, dentro de los casos reportados para el 2010, el 28% se asociaron a mortalidad, ubicándose como el cuarto evento de casos de morbilidad pero el primer evento por mortalidad (Ver tabla 24).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 24. Eventos individuales notificados al SIVIGILA, departamento de Vaupés -2010-.

N°	Evento	Frecuencia	Porcentaje
1	<i>Malaria Vivax</i>	228	33,3
2	<i>Dengue</i>	131	19,2
3	<i>Exposición Rábica</i>	80	11,7
4	<i>Síndrome Gastrointestinal</i>	79	11,5
5	<i>Accidente Ofídico</i>	52	7,6
6	<i>Leishmaniasis Cutánea</i>	24	3,5
7	<i>Enfermedad similar a la Influenza</i>	18	2,6
8	<i>Tosferina</i>	16	2,3
9	<i>Mortalidad Perinatal</i>	15	2,2
10	<i>Enfermedad Transmitida por Alimentos</i>	13	1,9
11	<i>Malaria Falciparum</i>	7	1,0
12	<i>Tuberculosis Pulmonar</i>	5	0,7
13	<i>Varicela</i>	4	0,6
14	<i>Hepatitis A</i>	2	0,3
15	<i>Intoxicación por Sustancias Químicas</i>	2	0,3
16	<i>Malaria Mixta</i>	2	0,3
17	<i>Mortalidad por EDA < 5 años</i>	3	0,4
18	<i>Hepatitis B</i>	1	0,1
19	<i>Mortalidad por IRA < 5 años</i>	1	0,1
20	<i>VIH/Sida</i>	1	0,1
	Total	684	100,0

Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

El 5% de los casos notificados al sistema de vigilancia, tuvieron ocurrencia por fuera del departamento, especialmente en las zonas limítrofes a él (Guaviare, Guainía y Brasil), los eventos que mayormente se relacionan con los casos importados son los transmitidos por vectores (Malaria, Leishmaniasis y Dengue).

Se observa que en todas las zonales del departamento se presentaron eventos de notificación en salud pública, aún con las dificultades que se tuvo con la disponibilidad de auxiliares en el área rural, razón por la cual se puede de hablar de sub-registro de eventos, por falta de identificación, canalización y reporte.

El municipio de Mitú representa el 61% (19/684) de la procedencia de los casos, entre la que sobresale la zona urbana, este dato correspondiendo al brote de Dengue que se presentó, sin embargo, se



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



resalta que por tasas de incidencia se encuentra que las zonas del Bajo Vaupés, Alto Apaporis y Papunahua, configuran como las zonas con mayor magnitud del problema (Ver tabla 25)

Tabla 25. Distribución de los eventos de vigilancia en salud pública notificados al sistema, por municipio/corregimiento y zona de ocurrencia del evento, departamento de Vaupés 2010.

Mun/Crgto	Zona	Población Censo PAI	Frecuencia	Tasa x 1.000 Hbt
Municipio de Mitú	Mitú-Urbano	6384	186	29,1
	Mitú-Suburbano	1993	26	13,0
	Isana	205	2	9,8
	Querarí	1255	29	23,1
	Cuduyarí	1491	11	7,4
	Medio Vaupés	1411	10	7,1
	Bajo Vaupés	1420	122	85,9
	Acaricuara	1474	12	8,1
	Yapú	774	6	7,8
	Azatraiyuva	562	5	8,9
	Tiquié	687	10	14,6
Municipio de Carurú	Alto Vaupés	1385	29	20,9
	Carurú Cs	514	8	15,6
Municipio de Taraira	Bajo Apaporis	777	64	82,4
	Taraira Cs	864	6	6,9
Corregimiento de Pacoa	Alto Apaporis	999	26	26,0
	Alto Pirá	583	9	15,4
	Bajo Pirá	1347	49	36,4
Corregimiento de Yavaraté	Yavaraté	1341	19	14,2
Corregimiento de Papunahua	Papunahua	244	10	41,0
Casos Importados	Choco		1	
	Guainía		1	
	Guaviare		33	
	Brasil		10	

Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

6.3.2. Notificación colectiva al SIVIGILA

Los principales eventos colectivos que requieren vigilancia son la enfermedad diarreica aguda –EDA- y las infección respiratoria aguda -IRA-, con énfasis en la población menor de cinco años, por ser la más susceptible a desarrollar mortalidad.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Se resalta que los eventos IRA y EDA no se alcanzan a ver reflejados en las estadísticas institucionales, debido a que los casos en su gran mayoría son identificados en las zonas rurales del departamento, cuyo manejo se hace ambulatoriamente a través de los auxiliares ubicados en las UBA, sólo aquellos pacientes que requieren ser remitidos dado a la gravedad de su condición, se registran en los datos de la ESE HSA.

7.3.2.1 Infección respiratoria aguda -IRA-: Por análisis retrospectivo, el evento IRA en el departamento ha sido el principal evento de notificación y el que ha aportado el mayor número de muertes en los menores de cinco años.

Para el 2010 en el departamento se registraron un total de 2178 casos de IRA, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo; el 46% (1006/2178) de los casos se concentró en la población menor de cinco años, igualmente por tasa de incidencia este grupo poblacional muestra que por cada 100 niños que residen en el departamento 17 enferman con IRA.

Por tasas de incidencia se observa un comportamiento inversamente proporcional entre la edad y la enfermedad, a mayor edad menor incidencia de casos de IRA, con una pequeña variación para los mayores de 65 años, la mayor magnitud del evento es en los menores de 1 año, población con mayor susceptibilidad a desarrollar complicaciones si no se tienen las medidas mínimas necesarias de cuidado.

Se observa que el municipio de Taraira presenta las incidencias más altas para cada grupo de edad, sobrepasando entre un 65% a un 85% las tasas departamentales (Ver tabla 26).

Tabla 26. Tasa de incidencia por 10.000 Hbt del evento IRA, por municipio, corregimiento y grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.

	< 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 64	> 65	Total
M. de Mitú	1620	951	312	172	152	209	340
M. de Carurú	6957	3214	866	428	642	710	1041
M. de Taraira	7143	5526	2508	1823	1685	7333	2877
C.D. de Pacoa	3188	1867	383	391	432	292	620
C.D. de Yavaraté	5135	4615	1071	668	563	1053	1367
C.D. de Papunahua	1290	1282	315	130	385	120	405
Total	2474	1480	447	275	267	345	524

Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010. Censo DANE 2005 proyecciones 2010

Con respecto a la semana de ocurrencia, los datos arrojan que este evento tuvo un comportamiento tendiente al aumento a partir de la semana epidemiológica número 24 (mitad de junio), fenómeno que se asocia y evidencia dos situaciones puntuales:

- La ola invernal que se sostuvo en el 2010 y que a nivel nacional incidió en el aumento de múltiples patologías entre ellas la IRA.
- Aumento de la notificación por presencia de los auxiliares en la zona rural, recordando que para mitad del año se dio la contratación y desplazamiento del personal.

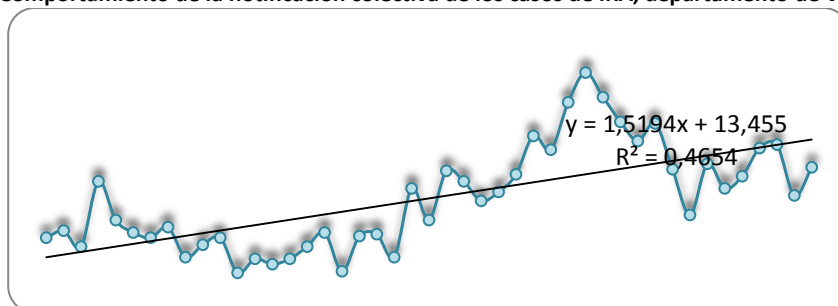
Ver gráfica 9.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 9. Comportamiento de la notificación colectiva de los casos de IRA, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

7.3.2.2 Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-: AL igual que el evento IRA la enfermedad diarreica es un evento que ha sido persistente en el tiempo, y que es directamente asociado a las condiciones de saneamiento básico, sin embargo, la ocurrencia de los casos ha estado por debajo de la casuística reportada para la IRA, pero que aporta anualmente casos de mortalidad en la población menor de cinco años.

Se registró al sistema la ocurrencia de 1404 casos de EDA, con una mayor proporción de casos y de incidencia en los menores de cinco años. Al igual que el evento IRA los datos muestran un comportamiento inversamente proporcional entre la edad y la enfermedad; datos que ponen en manifiesto la mayor susceptibilidad de los infantes a desarrollar enfermedades infectocontagiosas.

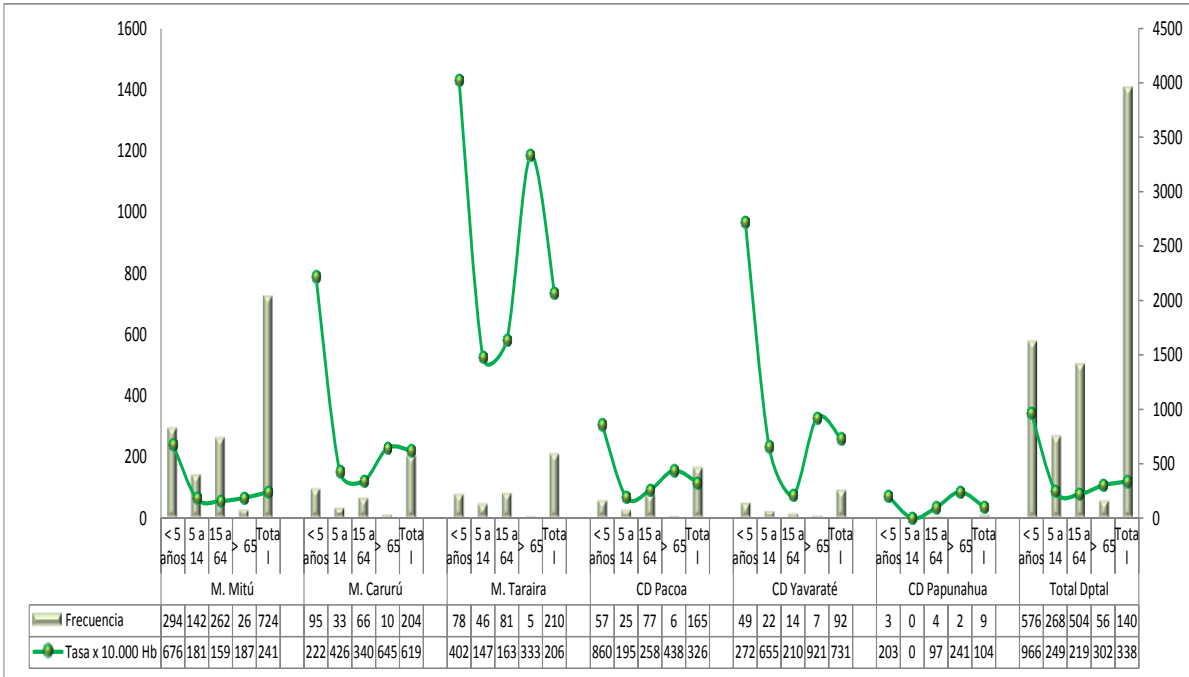
Aunque el municipio de Mitú aporta el 52% (724/1404) del total de casos, la incidencia muestra que el municipio que más se afectó fue el de Taira duplicando las tasas departamentales (Ver grafica 10).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



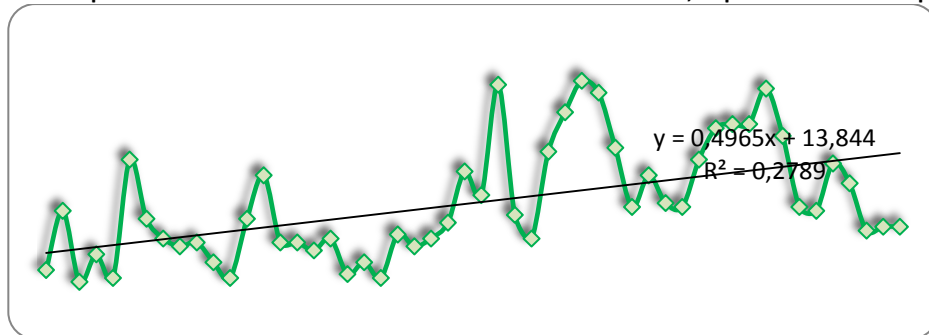
Gráfica 12. Casos y tasa de incidencia por 10.000 Hbt del evento EDA, por municipio, corregimiento y grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010. Censo DANE 2005 proyecciones 2010

Por semana de ocurrencia la EDA tiene una tendencia siempre al aumento en el número de casos, con un pico máximo en la semana epidemiológica número 33, correspondiente a principios de Agosto, este comportamiento por observabilidad del evento fue el esperado (Ver gráfica 11).

Gráfica 11. Comportamiento de la notificación colectiva de los casos de EDA, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.



8. SALUD INFANTIL

8.1. Morbilidad en Menores de Cinco Años

Durante los años 2008 al 2010 las cinco primeras causas de morbilidad en menores de cinco años, son las relacionadas con causas de tipo infeccioso; entre las que sobresalen las del sistema digestivo - parasitosis, diarreas y gastroenteritis-, los diagnósticos como: atención médica, sin otra especificación y fiebre no especificada, son consecuencia de la inadecuada codificación de causas por parte del personal de salud; esto impide realizar un análisis a profundidad real de las causas por consulta externa en la ESE Hospital San Antonio (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Cinco primeras causas de morbilidad por consulta externa en población menor de 5 años. Departamento de Vaupés 2008-2010.

No.	Diagnóstico/Año	N° de Consultas
2008		
1	Infeción aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	267
2	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	139
3	Micosis superficial, sin otra especificación	30
4	Atención médica, sin otra especificación	25
5	Caries de la dentina	2
2009		
1	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	883
2	Infeción aguda de las vías respiratorias no especificada	720
3	Diarrea y enteritis de presunto origen infeccioso	708
4	Fiebre no especificada	254
5	Otros trastornos del sistema urinario	59
2010		
1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	304
2	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	232
3	Fiebre no especificada	156
4	Caries de la dentina	75
5	Infeción de las vías urinarias	55

Fuente: Área de estadísticas, Hospital San Antonio

8.2. Morbilidad Específica en Menores de Cinco Años

A diferencia de la morbilidad general, los datos utilizados para la morbilidad específica se obtuvieron a través del sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA), información recopilada de todos los puntos de atención del departamento (Zona rural y urbana).

La Enfermedad Diarreica Aguda –EDA- y la Infección Respiratoria Aguda –IRA-, se constituyen en un importante evento de interés en salud pública (máxime en la población menor de 5 años), teniendo en cuenta la facilidad de este evento para generar alta morbilidad, el alto riesgo de mortalidad, los altos costos para el sistema, y la existencia de medidas en salud pública y de atención de bajo costo y alto impacto para la prevención y control de estos eventos.



Los eventos de EDA e IRA representan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años residente en el departamento de Vaupés.

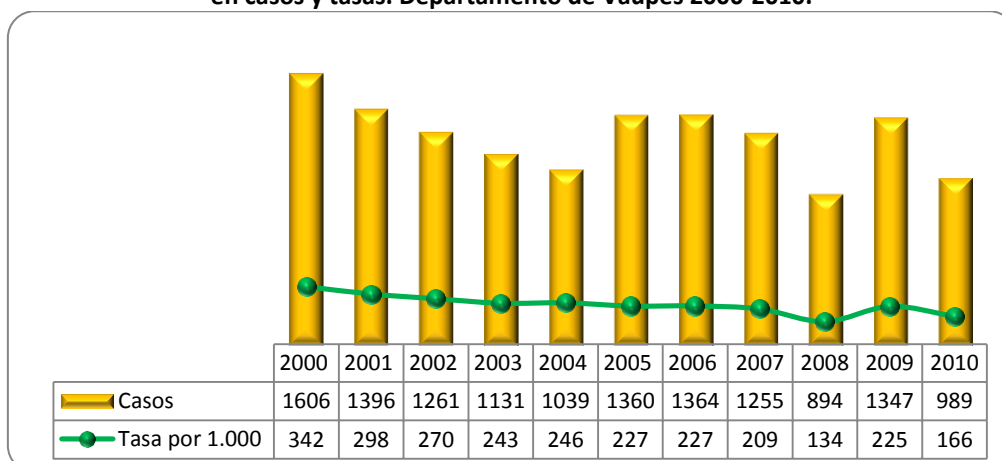
8.2.1. Morbilidad por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- en Menores de 5 Años.

EL evento EDA en el departamento se ha presentado de manera constante, relacionándose principalmente con las necesidades básicas insatisfechas, el bajo empoderamiento u apropiación de prácticas claves saludables en la que se encuentra inmersa la población, en especial la ubicada en el área rural del departamento.

En la observación del evento desde el año 2000 se evidencia un comportamiento marcadamente descendente, durante el período de observación -2000 al 2010- entre el 13% al 34% de la población menor de 5 años ha sufrido un episodio de EDA, sin embargo, la tendencia del evento en los últimos tres años comienza a presentar un comportamiento ascendente tanto en su tasa de incidencia, como en el número de casos.

Desde el 2007 se ha presentado un debilitamiento en la red de radiocomunicaciones y en el mantenimiento de la notificación de casos, se puede entonces concluir que la disminución del comportamiento de la EDA no se relaciona directamente a la disminución de los factores de riesgo que inciden en el desarrollo del evento, si no a la disminución de la captación de la información para el sistema (Ver gráfica 12).

Gráfica 12. Comportamiento de la notificación de la morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2000-2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2008-2010.

La disgregación de los casos de EDA en menores de 5 años por ente territorial para los años 2008-2010, permite observar que el comportamiento de la tasa de incidencia es variable para cada zona, los municipios –Mitú, Carurú y Taraira- presentaron una tendencia ascendente, mientras que los corregimientos departamentales –Pacoa, Yavaraté y Papunahua- la tendencia tuvo un comportamiento decreciente, evidenciando que los corregimientos tienen mayor problemática en la notificación de los casos.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

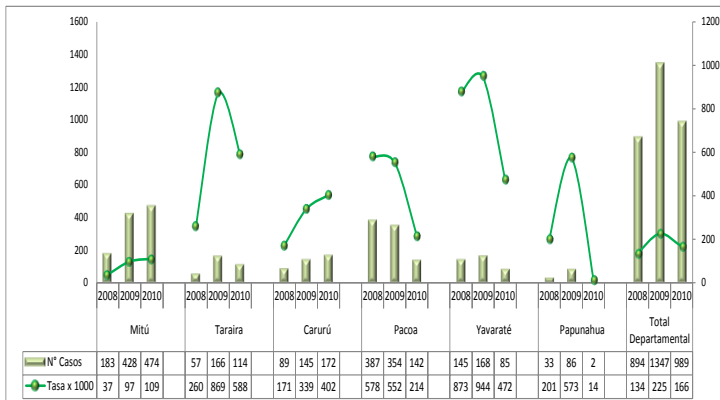


Sin embargo, se logran obtener los siguientes análisis:

- EL municipio de Mitú y el corregimiento departamental de Pacoa, concentran al mayor número de casos, con un acumulativo entre los años 2008-2010 del 33,6% (1085/3230) y 27,3% (883/3230) respectivamente para cada zona, dato correlacionado a la distribución poblacional del departamento, estas dos zonas son las que concentran la mayor parte de la población.
- En el análisis de la relación del número de casos con la población susceptible menor de 5 años, permite identificar que las áreas que tienen un problema de mayor gravedad y magnitud para estos tres años de observación, son los corregimientos de Pacoa y Yavaraté y el municipio de Taraira.
- Las entidades territoriales que exhiben las mayores tasas de morbilidad por EDA, se caracterizan porque su población se encuentra localizada 100% en el área rural, donde las condiciones de acceso, las barreras geográficas, el alto costo de la prestación de servicios, así como la limitación para mejorar las condiciones sanitarias y de saneamiento definen el comportamiento del evento.

(Ver gráfica 13).

Gráfica 13. Distribución de los casos de Morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2008-2010.



Es importante aclarar, que el mayor número de casos presentado en el año 2008, y la diferencia significativa con los años 2009 y 2010, no se relaciona con la ocurrencia de brotes o epidemias, lo anterior, se encuentra directamente relacionado, con la disminución en el número de UPGDs para los años 2009 y 2010, así como al inicio de acciones de los agentes de salud (auxiliares y promotores de salud) de manera tardía.

La identificación de las zonas permite enfocar las acciones de prevención, reducción y control de la morbilidad y mortalidad, bajo la base principal de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la reducción de riesgos asociados a las condiciones sanitarias y de saneamiento básico.

8.2.2. Morbilidad por Infección Respiratoria Aguda -IRA- en Menores de 5 Años.

La IRA es una infección que en el departamento se ha configurado como el principal problema en los niños y niñas menores de 5 años, esto se demuestra con altas tasas de incidencia en su morbilidad. Para el período 2000 al 2004 se evidencia que en promedio anualmente se enfermaron por este evento el 75% de la población menor de 5 años, dato que indica la gran susceptibilidad de este grupo de adquirir y desarrollar enfermedades de tipo respiratorio.

Los principales factores de riesgo que se pueden asociar a este gran número de casos de IRA son:

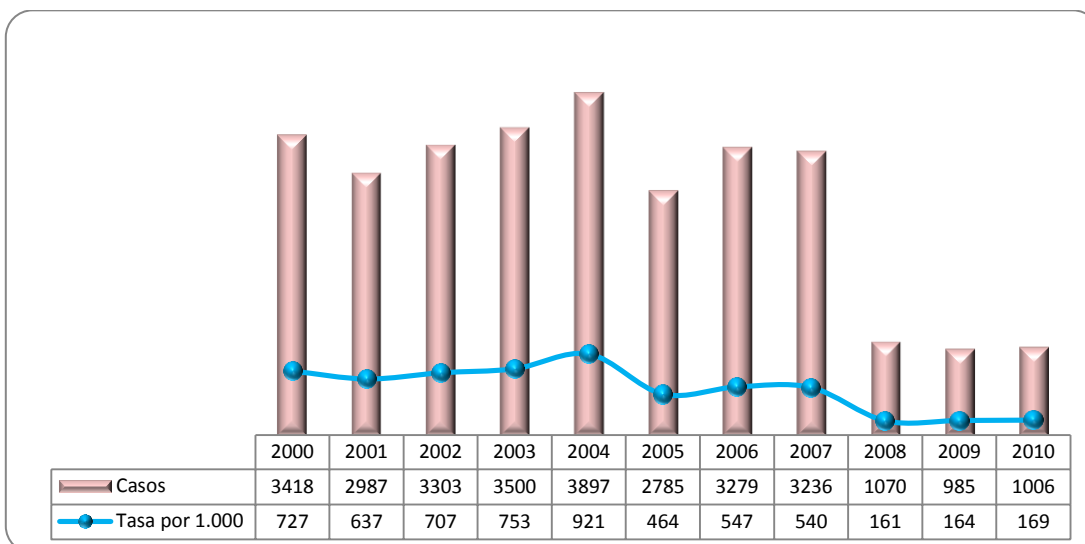
- Dentro de las condiciones de la vivienda tradicional generalmente el fogón se encuentra ubicado cerca de las hamacas, esto con la finalidad de proporcionar calor en la vivienda.
- Los cambios climáticos y cambios de temperatura constantes.
- Algunas viviendas son demasiado ventiladas.

Al igual que el evento EDA, la IRA experimentó un drástico cambio en la notificación, cada año con menos casos notificados, para el evento IRA se observó una disminución del 240% del 2000 al 2010, como se explicó anteriormente, este proceso no es por ausencia de casos en el departamento, si no por ausencia en la notificación al sistema (Ver gráfica 14).

Grafica 14. Comportamiento de la notificación de la morbilidad por el evento EDA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2000-2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

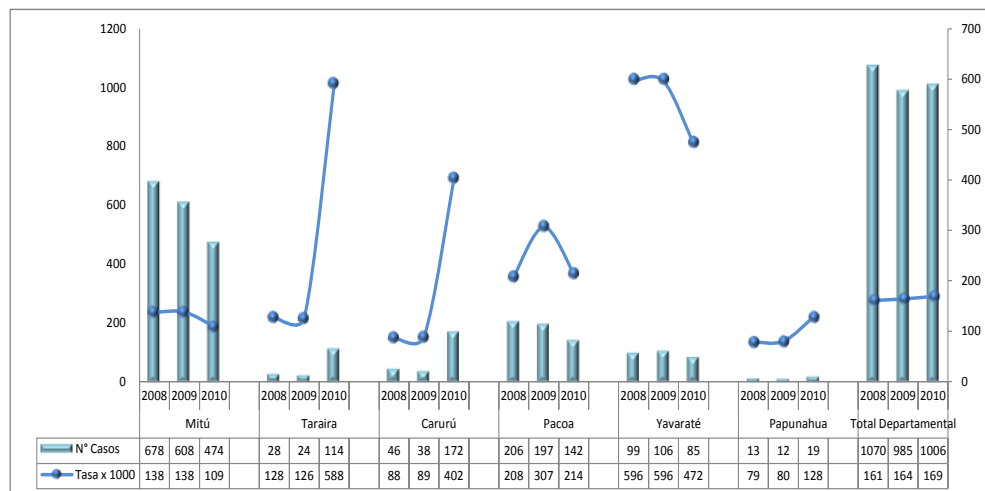


Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2008-2010.

Para el período 2008-2010, el municipio de Mitú concentra en promedio el 57% de los casos de IRA anualmente, seguido del departamento de Pacoa con un promedio anual del 18%, como se mencionó anteriormente, estos dos municipios concentran la mayor población del departamento.

Por incidencia acumulada de estos tres años, se observa que la magnitud del problema se concentra principalmente en los corregimientos departamentales de Pacoa y Yavaraté y en el municipio de Taraira, este último con procedencia de los casos en casi el 100% del área rural del mismo municipio (Ver gráfica 15).

Grafica 15. Distribución de los casos de Morbilidad por el evento IRA en menores de 5 años en casos y tasas. Departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2008-2010.

Para el caso de la Infección respiratoria aguda, en las zonas prioritarias identificadas, se han enfocado las acciones de prevención, reducción y control de la morbilidad y la mortalidad. De igual forma que para el caso de la EDA, las actividades se realizan en el marco de la estrategia de de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la reducción de riesgos asociados.

8-3- Tasa de Transmisión Materno Infantil de VIH-

La transmisión madre-hijo del VIH puede ocurrir durante el embarazo en un 30% y 35% de los casos (prenatal), durante el parto entre el 55% y 65% (intraparto) o durante la lactancia entre el 15% y 20% restante (posparto).

Para el departamento se han diagnosticado un total de 3 casos de gestantes con diagnóstico confirmado para VIH, correspondiendo dos casos a la zona urbana del municipio de Mitú, y un caso en el área rural del municipio de Carurú, tanto el área urbana del municipio de Mitú como algunas zonas del municipio de Carurú - en especial las limítrofes con el departamento de Guaviare-, tienen una participación importante de población foránea y fuerzas armadas, situación que permeabiliza la entrada de la infección a la población indígena, que a su vez se identifica como susceptible y vulnerable para este evento.

Adicionalmente la situación de la maternidad segura en el departamento no permite una canalización oportuna y adecuada de los casos en las gestantes y por lo tanto para el abordaje integral para la reducción y prevención de la transmisión perinatal del VIH (Ver tabla 28).



Tabla 28. Tasa de transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana –VIH-, departamento de Vaupés 2010.

Municipio	Zona	N° de niños y niñas recién nacidos de madres infectadas con Dx positivo para VIH	Total niños y niñas nacidos vivos de madres infectadas por VIH	Tasa de Transmisión
Mitú	Urbano	1	2	50%
Carurú	Rural	0	1	0%
Total Departamental		1	3	33,3%

Fuente: Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

8.3.7. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010 sobre la estrategia de reducción de la transmisión vertical para VIH.

- ♣ Se ha logrado que el personal asistencia del hospital San Antonio solicite la prueba para VIH a toda gestante que asiste a control prenatal y a parto (cuando no ha tenido acceso a control prenatal previo), mediante procesos de asistencia técnica y asesoría a la I.P.S.
- ♣ A partir del año 2008 en el marco de la conmemoración del día de la lucha contra el VIH-SIDA, en los municipios de Carurú, Taraira y Mitú se viene desarrollando la "Jornada de la Sexualidad Sana"; jornada en la cual se desarrollan actividades de información, educación y comunicación y la promoción de la prueba voluntaria para VIH a población general y mujeres gestantes.

8.4. Tasa de Transmisión de Sífilis Congénita.

Para el período de 2008 a 2010 no se detectaron casos de sífilis gestacional ni congénita.

8.5. Violencia Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes.

Este ítem se desarrollará en el capítulo 10 en la línea de política violencia sexual y doméstica.

8.6. Plan Ampliado de Inmunización -PAI-

El Programa Ampliado de Inmunización es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. Las enfermedades objeto del programa son:

1. Tuberculosis
2. Poliomielitis
3. Hepatitis B
4. Difteria
5. Tos Ferina
6. Tétanos
7. Sarampión
8. Paperas



9. Rubéola y Rubéola
congénita

10. Fiebre amarilla e
influenza.

11. Infecciones por
Haemophilus
influenzae tipo B

El Decreto 3039 de 2007 y el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, determinan mejorar la SALUD INFANTIL, y en su segundo objetivo: "Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año" (Línea de base: Polio: 86,8%, DPT –Difteria, Tos Ferina y Tétano -: 86,8%, Sarampión y Rubéola: 89,1% en menores de 1 año.

8.6.1. Mecanismos Operativos para la Vacunación en el Departamento de Vaupés

El programa ampliado de inmunización ha venido operando varias estrategias para garantizar la vacunación en el departamento:

- La estrategia más utilizada son las jornadas móviles, las cuales consisten en el desplazamiento de vacunadores hacia las zonas rurales mediante mínimo cuatro ciclos, el transporte de estas comisiones se da principalmente por vía aérea y después vía fluvial para cubrir todas las comunidades de la zona, lo que conlleva a altos costos y tiempos limitados, ya que para la conservación de la cadena de frío de las vacunas se utiliza el hielo seco.
- Vacunación permanente este servicio se presta en los tres cascos urbanos de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira, los dos últimos a través de los centros satélites de la ESE hospital San Antonio, la política es que cada niño nacido en la institución salga vacunado con el esquema correspondiente a sus edad y peso.
- Jornadas de intensificación, las cuales son programadas por el nivel nacional mediante lineamientos donde se refuerzas las acciones para lograr mejores coberturas, la meta de estas jornadas es poner al día a todos los niños y niñas que se encuentran atrasados en sus esquemas, mediante la búsqueda de ellos.

Las entidades territoriales (departamento y municipios) son las responsables alcanzar las metas de coberturas de su jurisdicción, y las EPS (contributivo y subsidiado) la de sus afiliados, para ello cada uno contrata las acciones con la IPS Pública (ley 715/200 art. 45), en el Vaupés con la ESE Hospital San Antonio.

8.6.2. Coberturas de Vacunación

Para el análisis de las coberturas de vacunación es imprescindible tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La secretaria de salud departamental es responsable de la vacunación en los corregimientos departamentales, y cada municipio es responsable de su misma localidad.
- Los biológicos para la evaluación de las coberturas de vacunación son:



- a) para el grupo de menores de 1 año se utiliza la vacuna oral de polio (VOP)
- b) para el grupo de niños y niñas de de 1 año la Triple Viral (Sarampión-Rubéola-Paperas)

La diferenciación se hace por que cada grupo de edad maneja esquemas de vacunación diferentes, pero los dos tienen como meta alcanzar coberturas iguales o superiores al 95% en cada biológico.

Los rangos de semaforización para la evaluación de las coberturas son los siguientes:

RANGOS	Coberturas útiles iguales o superiores al 95%	Coberturas de bajo riesgo entre 80-94%	Coberturas de alto riesgo entre 50-79%	Coberturas críticas menores de 50%
---------------	--	---	---	---

8.6.3. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas Menores de un Año (<1 año).

Para este grupo poblacional el esquema consiste en la aplicación de:

- Dosis única de BCG
- Tres dosis de Pentavalente (difteria, Tos Ferina, Tétanos, Haemophilus influenza tipo B y Hepatitis B).
- Dos dosis de Rotavirus y Neumococo
- Tres dosis de VOP –Polio vía oral-.
- Dosis del Recién nacido BCG y Hep. B

El análisis de las coberturas se evalúa a través de la oportunidad de la vacunación con Polio –VOP- para este grupo poblacional específico.

8.6.3.1. Comparativo de las coberturas de vacunación en menores de 1 año 2008-2010: La evaluación retrospectiva desde el 2008 evidencia el progreso que ha tenido el departamento con las coberturas de vacunación en los menores de un año, aunque los resultados departamentales no han sido los óptimos en estos tres años, si se destaca que el departamento pasó de tener coberturas críticas a coberturas de riesgo alto, con un aumento de coberturas del 2008 al 2010 del 30%.

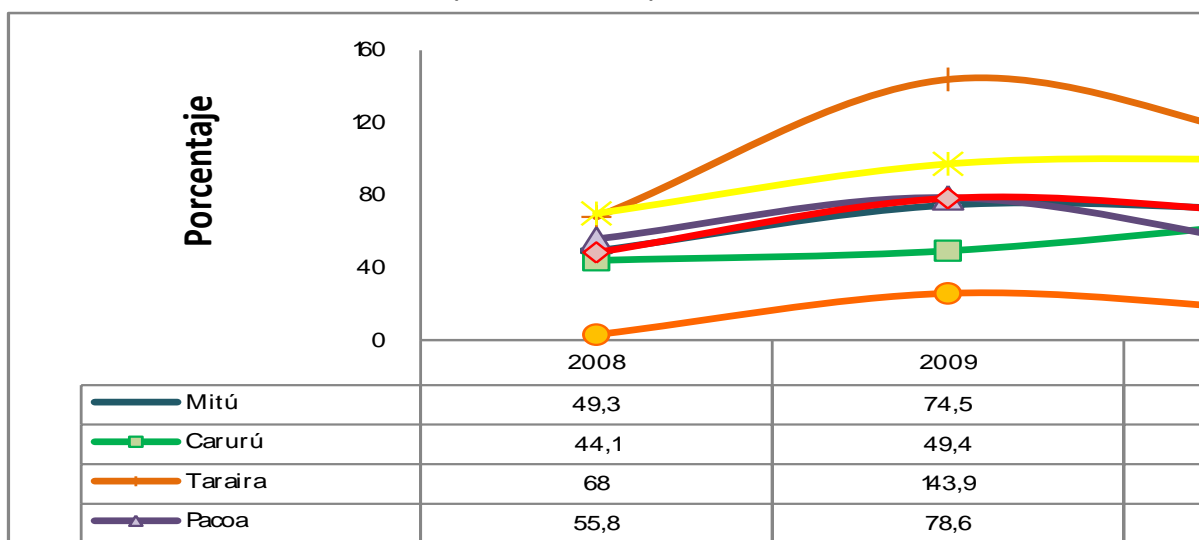
En el análisis retrospectivo individual por entidad territorial, se identifican las siguientes condiciones especiales:

- Los municipios de Mitú, Carurú y Taraira y el corregimiento departamental de Yavaraté aumentaron sus coberturas entre un 30% y 36%.
- El corregimiento departamental de Papunahua sobresalió con un aumento en el 80% de coberturas, para el 2008 las coberturas fueron casi nulas -3,1%-
- El corregimiento departamental de Pacoa tuvo una evaluación negativa, las coberturas de vacunación disminuyeron en un 12,5%.

Ver gráfica 16.



Gráfica 26. Comportamiento de las coberturas de vacunación VOP –Polio- en menores de 1 año, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

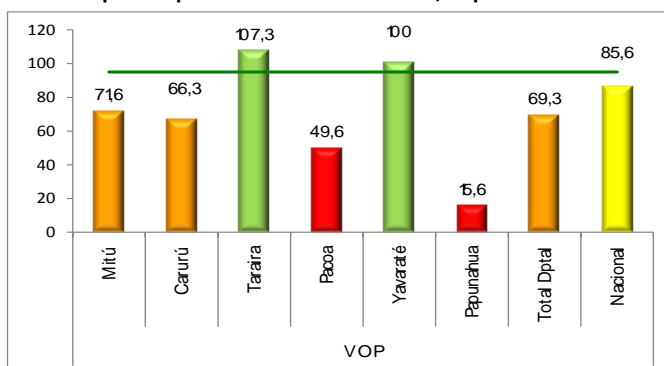
8.6.3.2. Análisis de las coberturas en menores de 1 año 2010: Para el 2010 el departamento registró un total de 852 niños y niñas menores de un año con tres dosis de VOP, traduciéndose en una cobertura departamental del 69,3%, estas coberturas clasifican al departamento en alto riesgo para el desarrollo de enfermedades inmunoprevenibles en este grupo poblacional, cotejando estas coberturas con las obtenidas a nivel nacional (las cuales clasificaron de bajo riesgo) el departamento se encuentra 16,3 puntos por debajo de las logradas en el país.

El análisis de riesgo muestra que sólo el 33% de las entidades territoriales alcanzaron coberturas útiles de vacunación, que son el municipio de Taraira y el corregimiento departamental de Yavaraté, sin embargo, los corregimientos de Pacoa y Papunahua, registraron coberturas críticas, estas coberturas tan bajas se podrían asociar a la gran dispersión geográfica y las dificultades de desplazamiento entre las comunidades ubicadas en estas zonas.

Los municipios de Mitú y Carurú registraron coberturas de alto riesgo, con la particularidad que el municipio de Mitú representa el 72,6% de la población menor de 1 año en el departamento, es decir, esta área aporta la mayor población para las coberturas departamentales (Ver gráfica 17)



Gráfica 17. Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación VOP –Polio- por entidad territorial, para la población menor de 1 año, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

Para el cumplimiento de la vacunación con rotavirus, neumococo y BCG, el departamento no alcanzó coberturas útiles ni de bajo riesgo, para estos biológicos se vacunaron un total de:

- ✦ BCG, 877 niños y niñas menores de un año vacunados
- ✦ Rotavirus, 435 niños y niñas menores de un año vacunados
- ✦ Neumococo, 781 niños y niñas menores de un año vacunados

En el comparativo con el nivel nacional, se observa que las coberturas en el país no alcanzaron las metas idóneas, sin embargo para Neumococo el departamento estuvo 30 puntos por encima del nivel nacional, considerándose este un indicador positivo para el esquema y oportunidad con este biológico.

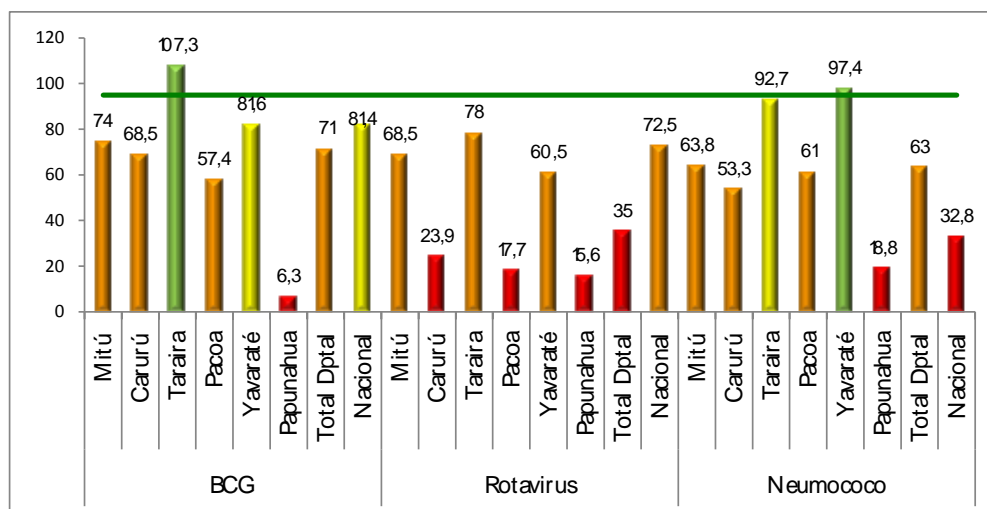
Los datos arrojaron que la vacunación para Rotavirus en el departamento fue crítica con una cobertura del 35%, se aclara que la problemática identificada para este biológico consiste en la no oportunidad y garantía de ofrecer la segunda dosis a los 7 meses y 21 días de nacimiento -edad máxima para la aplicación de la segunda dosis-, a diferencia de los otros dos biológicos en donde las dosis se pueden garantizar hasta los 11 meses 29 días de año de vida.

A nivel de evaluación interna, el municipio de Taraira se configura con los reportes de coberturas más altos para cada uno de estos biológicos, y el corregimiento departamental de Papunahua con las coberturas más bajas, este corregimiento tiene dos particularidades importantes a mencionar; 1. Las



comunidades indígenas ubicadas en esta zona son las que se encuentran más alejadas entre sí y 2. Es el área que tiene la mayor población inflada por el DANE (Ver gráfica 18).

Gráfica 18. Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación por biológico individual –BCG, Rotavirus y Neumococo- por entidad territorial, para la población menor de 1 año, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

8.6.4. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas de un Año de Edad (1 año):

Para este grupo poblacional el esquema consiste en la aplicación de:

- / Dosis única de Triple viral –Sarampión, Rubéola y Paperas-
- / Dosis única de Fiebre Amarilla
- / Tercera dosis de Neumococo

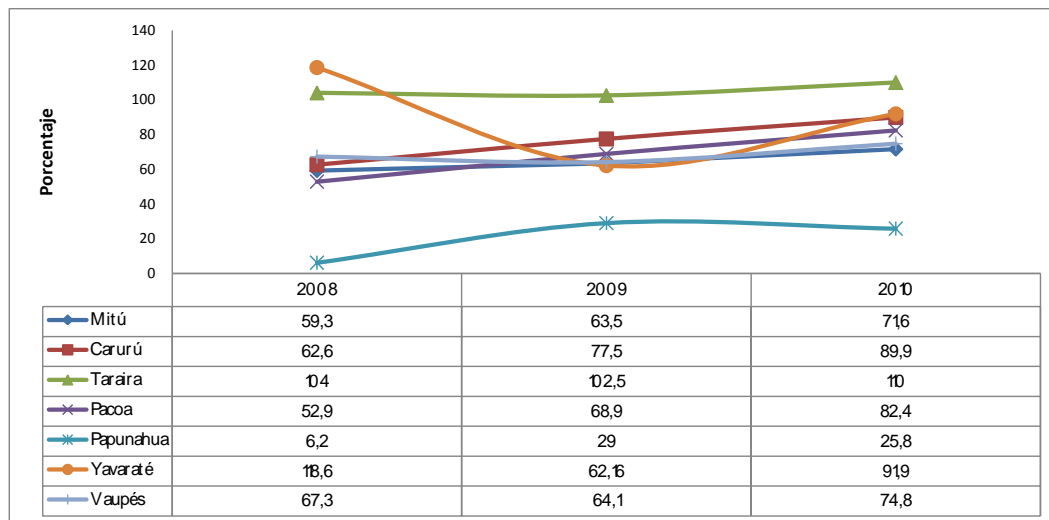
El análisis de las coberturas para este grupo de edad se evalúa a través de la oportunidad de la vacunación con Triple viral –SRP- hasta los 23 mese 29 días.

8.6.4.1. Comparativo de las coberturas de vacunación en niños y niñas de 1 año 2008-2010: Para este grupo poblacional se identifica que las coberturas de vacunación durante estos tres años de evaluación han estado entre el 64,1% al 74,8% observándose un aumento del 10% con respecto al 2008, a nivel general este grupo inclusive por entidad territorial ha gozado de mejores coberturas que los menores de un año, esto se explica en la medida que este grupo requiere una sola



dosis por biológico, mientras que los menores de un año requieren tres dosis, viéndose afectado por la oportunidad de la visita de las jornadas de vacunación (Ver gráfica 19).

Gráfica 19. Comportamiento de las coberturas de vacunación SRP –Triple viral- en niños y niñas de 1 año, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

8.6.4.2. Análisis de las coberturas en niños y niñas de 1 año 2010: Para el 2010 el departamento registró un total de 907 niños y niñas de un año con dosis única de SRP, arrojando una cobertura departamental del 74,8%, estas coberturas colocan al departamento en alto riesgo para el desarrollo de enfermedades inmunoprevenibles, cotejando estas coberturas con las obtenidas a nivel nacional (las cuales clasificaron de bajo riesgo) el departamento se encuentra 10,8 puntos por debajo de las logradas en el país.

Las coberturas de los niños y niñas de 1 año estuvieron 5,5 puntos por encima del grupo poblacional menor de 1 año, esta diferencia ha sido la más angosta durante los últimos tres años, pudiéndose interpretar en la mejora de la oportunidad para los dos grupos de edad.

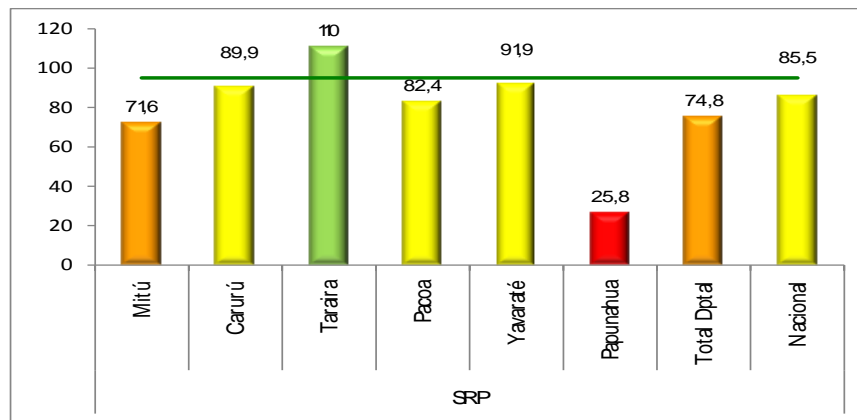
La clasificación de riesgo con triple viral evidencia que el 17% de los entes territoriales alcanzaron coberturas útiles –municipio de Taraira-, otro indicador positivo identificado es que el 50% de los entes territoriales obtuvieron coberturas entre el 82,4% al 91,9%, es decir el municipio de Carurú y los



corregimientos de Pacoa y Yavaraté están en bajo riesgo para el desarrollo de estas inmunoprevenibles.

Finalmente el corregimiento de Papunahua, nuevamente presenta la más alta diferencia con respecto a la meta del 95% de cobertura, como se ha mencionado anteriormente esta zona que cuenta con 5 comunidades ha sido la más crítica en el departamento (Ver gráfica 20).

Gráfica 20. Semaforización y comparación de las Coberturas de Vacunación de triple viral –SRP- por entidad territorial, para la población de 1 año, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

Para los demás biológicos aplicados en el grupo de edad de 1 año, se obtuvo una cobertura de:

- ✦ Fiebre amarilla, 906 niños y niñas de un año vacunados, que representa una cobertura del 74,1%.
- ✦ Neumococo, 461 niños y niñas de un año vacunados, que representa una cobertura del 36,9%.

8.6.5. Cobertura de Vacunación en Niños y Niñas de Cinco Años (5 años):

Esta es la edad en que los niños y niñas terminan su esquema de vacunación durante la niñez, para reforzar el sistema inmunológico de este grupo poblacional se les administra:

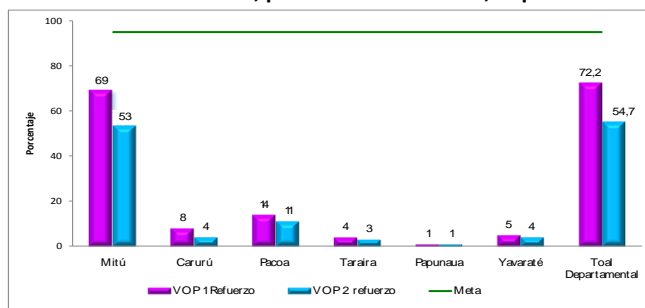
- ✦ Segundo refuerzo de VOP –Polio-
- ✦ Segundo refuerzo de DPT - Difteria, Tos Ferina y Tétano -
- ✦ Refuerzo único de triple viral, SRP – Sarampión, Rubéola y Paperas-



El primer refuerzo de VOP y DPT se administra oportunamente pasado un (1) año después de la tercera dosis, las terceras dosis en un esquema adecuado son administradas antes del año de vida.

Para el departamento las metas para los dos refuerzos no se alcanzaron quedando con coberturas de alto riesgo, a nivel de entidad territorial el 83,3% de las áreas del departamento quedaron en rangos críticos de coberturas, oscilando con coberturas del 1% al 11%. Esta disminución en la captación y oportunidad de suministrar el primer y segundo refuerzo puede deberse principalmente a la identificación de niños y niñas con esquemas incompletos para su edad, los cuales recibieron monodosis para completar los esquemas atrasados, pero que alteraron la cronología de aplicación de los biológicos (Ver gráfica 21).

Gráfica 21. Coberturas vacunación con refuerzo de VOP primer y segundo refuerzo, población de niños y niñas de 5 años, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

8.6.6. Factores Relacionados con el no Cumplimiento de las Coberturas de Vacunación.

- La población con la que se evalúa las coberturas son producto de las proyecciones realizadas por el DANE (Departamento administrativo nacional de estadísticas), en la evaluación interna del departamento estas cifras están muy por encima de la población real, población general inflada en casi un 40%, situación que infiere de manera directa en el alcance de las coberturas.
- Acceso geográfico: las comunidades indígenas se encuentran principalmente situadas en el área rural del departamento, la ubicación de las mismas en la gran mayoría se caracteriza



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



por ser en sitios lejanos y dispersos, esta situación actúa como determinantes en la accesibilidad y oportunidad.

- ✦ Los tiempos de inicio, programación y cantidad -4 jornadas al año- de jornadas móviles no garantizan la oportunidad en la vacunación.*
- ✦ No se goza de red de frío permanente en el área rural.*
- ✦ Se identificó que durante las jornadas de vacunación ejecutadas en el año 2010, se encontraron dificultades de tipo logístico, entre las que sobresalen las -arreglo de motores, pagos a motoristas y proero-.*

8.6.7. Sistema Regular de Vacunación -RVAI-

En respuesta a las necesidades y condiciones de accesibilidad en el área rural del departamento, el programa ampliado de inmunización requiere un sistema adaptado y permanente, es por ello que para el 2010 se inició la implementación de un sistema regular de vacunación. El decreto departamental 149 de 2010, define la proyección de la estructuración del Sistema de Vacunación Permanente para el departamento de Vaupés. La estrategia se enfoca a la reducción de costos por vacunación, a disminuir las oportunidades perdidas en vacunación y garantizar el acceso a niños y niñas al esquema completo de vacunación con la periodicidad establecida según los lineamientos del Ministerio de Protección Social -MPS-.

Este sistema contempla los siguientes componentes:

- ✦ Instalación de las neveras, con un sistema de mantenimiento preventivo y correctivo.*
- ✦ Abastecimiento permanente, capacitación, supervisión y manejo de residuos hospitalarios.*
- ✦ Acciones de información, educación y comunicación -IEC-, y flujo de información.*

La elección de los puntos para el establecimiento de la red de frío, se basó principalmente en que la ubicación permitiera un cubrimiento de la zona con recorridos cortos, aumentando la frecuencia de los desplazamientos, es decir, pasarían de ser 4 recorridos al año por 7 veces al año, se contempla la instalación de 41 puntos de red de frío acompañado con un equipo de radiocomunicación.

Al ser este un proceso de alto costo -neveras solares y desplazamiento para las instalaciones por vía aérea-, se convierte en un proceso lento, para la vigencia del año 2011 se pretende habilitar el 90% de estos puntos, quedando para la vigencia del 2012 la ejecución del 10% correspondiente a la zona del bajo Apaporis -Municipio de Taraira-, a la fecha se han instalado un total de 30 puntos de frío (Ver tabla 29).

Tabla 29. Distribución de equipos de red de frío solares, departamento de Vaupés 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Municipio	Zona	Comunidad	
Municipio de Mitú	Yapú	Yapú San Gabriel Villa Fátima	
	Bajo Vaupés	Tayazú	
	Azatraiyuva	San Luis del Paca	
	Acaricuara	Acaricuara Belén de Inambú	
	Tiquié	Trinidad del Tiquié Bellavista	
	Medio Vaupés	Yuruparí	Yuruparí
		Los Cerros	Los Cerros
		Mandí	Mandí
		Yacayacá	Yacayacá
	Cuduyarí	Arara	Arara
		Piramirí	Piramirí
		Piracemo	Piracemo
	Querarí	Santa Lucía	Santa Lucía
		Santa Rita	Santa Rita
		Tapurucuara	Tapurucuara
Isana	Bocoa		
Casco Urbano	Camanaos		
Municipio de Carurú	Casco Urbano	Hospital San Antonio	
	Alto Vaupés	Centro de Salud Bocas de Arara	
	Municipio de Taraira	Casco Urbano	Centro de Salud Cahiporro
Alto Apaporis		Buenos Aires	Buenos Aires
		Villa Gladis	Villa Gladis
	San José del Cananarí	San José del Cananarí	
	Santa Isabel	Santa Isabel	
Pirá Paraná	Piedra Ñi	Piedra Ñi	
	Puerto Esperanza	Puerto Esperanza	
	San Miguel	San Miguel	
	Jená	Jená	
	Corregimiento Departamental de Papunahua	Papunahua	Puerto Solano
Corregimiento Departamental de Yavaraté	Yavaraté	Teresita	
		Piracuara	
		Ibacaba	

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaria de salud departamental 2010.

En conclusión el sistema regular de vacunación es una estrategia costo-efectiva para el departamento, la puesta en operación y sostenimiento corresponde al cumplimiento de las responsabilidades de todos los actores del sistema tanto en gestión como en recursos.

8.6.8. Enfermedades Inmunoprevenibles:

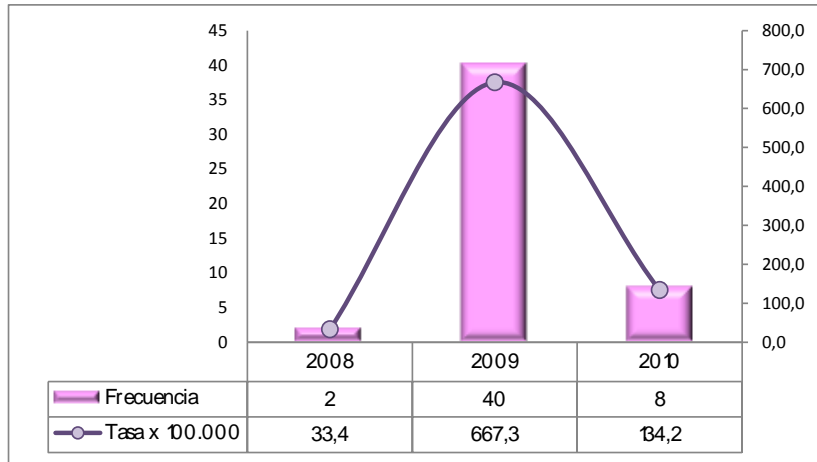
En este ítem se expone aquellas infecciones que están dentro del esquema de vacunación para su prevención y eliminación.

8.6.8.1. *Tos Ferina:* Se tiene un acumulado de 134 casos de Tos Ferina desde al año 2008 al 2010, evidenciándose un acumulo de casos del 81% (109/134) para el año 2009, los menores de 5 años representaron el 37% (50/134) del total de casos notificados al sistema, se concluye que en el 2009 se instauró un brote extenso de Tos ferina que afecto principalmente a los menores de 5 años con casos de mortalidad asociada al mismo, para el 2010 los casos presentados se consideran consecuentes del brote del 2009 (Ver gráfica 22).

Gráfica 22. Casos y tasa de incidencia en menores de 5 años del evento Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, departamento de Vaupés 2008 - 2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

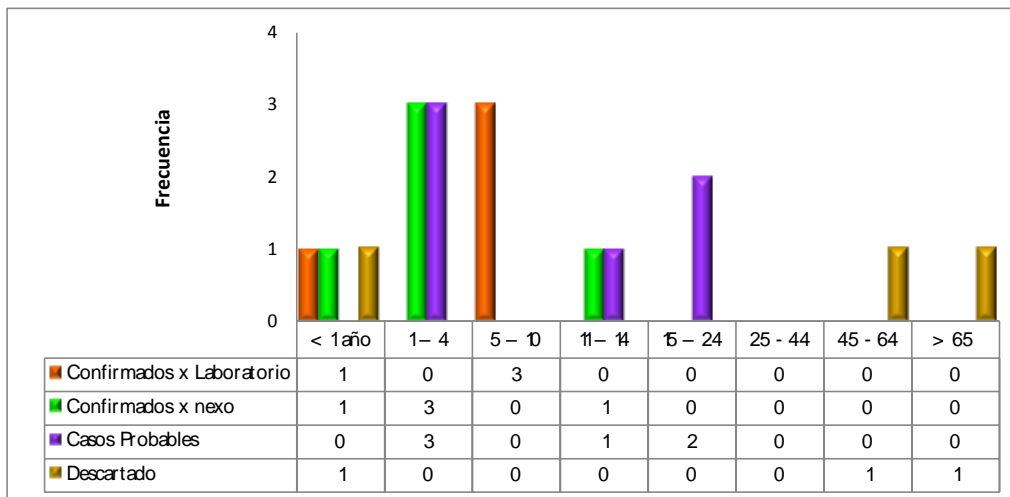
Para el período del 2010 se presentaron 18 casos compatibles para tos ferina, de los cuales se descartaron el 16,7% (3/18), dejando un total de 15 casos identificados para este evento. Estos casos están directamente asociados al brote extenso que se presentó durante el año 2009

Los menores de 5 años representaron el 53% (8/15) de los individuos afectados, el rango de edad de la población afectada por este evento es de: 1 mes como la edad mínima y la máxima de 15 años, siendo los menores de 5 años la población más susceptible (Ver gráfica 23).

Gráfica 23. Casos de Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica por grupo de edad, departamento de Vaupés 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

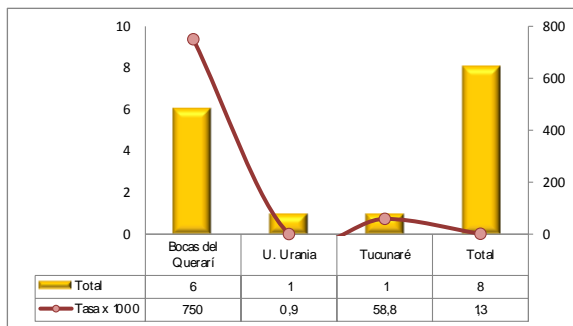


Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

El 73,3% (11/15) de los casos asociados al evento tos ferina reportaron procedencia de la zona del Bajo Vaupés -comunidad de Bocas de Querarí-, esta comunidad es fronteriza con Brasil, en la intervención y estudio de campo del brote se encontró que los casos probablemente están asociados a un caso de mortalidad por tos ferina ocurrido en una comunidad Brasileña -Ubasaid-, este último dato va de la mano con los hallazgos encontrados en el 2009, en dónde la entrada de la infección fue dada por la frontera con Brasil.

Para los menores de 5 años durante el 2010 la incidencia de los casos no fue tan alta como la presentada en el 2009, considerándose que los casos presentados en la comunidad de Bocas del Querarí cerraron el brote por este evento en el departamento, el último caso se identificó para la semana epidemiológica número 9 del 2010 (Ver gráfica 24).

Gráfica 24. Casos y tasa de incidencia en menores de 5 años del evento Tos Ferina Reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, por comunidad de procedencia, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: SIVIGILA oficina de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

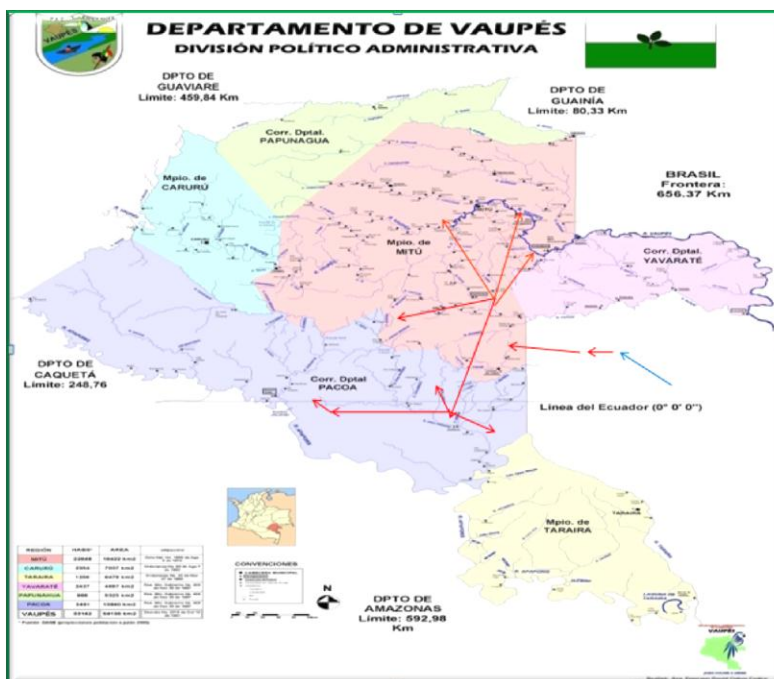


A diferencia del año 2009, para el año 2010 no se identificaron casos de mortalidad asociada al evento Tos Ferina.

8.6.8.1. *Resumen Brote Tos Ferina 2009:* El brote presentado durante esta vigencia se caracterizó por que afectó de manera amplia al departamento, comprometiendo varias comunidades de los corregimientos departamentales de Yavarate y Pacoa, así como una amplia zona del municipio de Mitú, incluyendo el caso urbano.

El brote que tuvo sus inicios a finales del año 2008, -según los datos de la investigación epidemiológica de campo- tuvo su origen en el Brasil, e ingresó al departamento por la comunidad de Teresita y Monforth en el corregimiento departamental de Yavarate. De allí, y teniendo en cuenta los hábitos migracionales de la población indígena, se expandió al municipio de Mitú afectando las zonas de Medio Vaupés, Acaricuara, Tiquie, Querari, Yapú, suburbana y urbana y al corregimiento de Pacoa afectando al zona del Alto Apaporis y Pirá-Paraná. Este brote se extendió hasta el primer trimestre del año 2010 (Mapa 4).

Mapa 4. Distribución del brote de Tos ferina. Departamento de Vaupés 2009.



Fuente: Programa de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2009.

Se observó que el brote afectó de manera general a toda la población expuesta con mayores implicaciones en el grupo de menores de 10 años. El mayor número de casos se concentró en la población menor de 5 años con una tasa de incidencia de 186 por 100.000 menores de 5 años y una tasa de mortalidad de 100 por 100.000 menores de 5 años.



El mayor número de casos de mortalidad se concentró en la población de menores de 1 año, lo cual representó una tasa de mortalidad para este grupo de edad de 481 por cada 100.000 menores de 1 año y una tasa de incidencia de 801 por cada 100.000 menores de 1 año.

La mortalidad por Tos ferina para el año 2009 se configuró como la segunda causa de mortalidad en el grupo de menores de cinco años. La mortalidad se relacionó con complicaciones secundarias a la tos ferina entre ellas la más frecuente la neumonía complicada y la insuficiencia respiratoria aguda. La tasa de letalidad por este brote en población general fue del 25%, en la población de menores de 5 años fue del 55% y en menores de 1 año del 60%.

La intervención del brote se extendió al 100% de las zonas afectadas e incluyó las actividades descritas definidas en el protocolo de vigilancia para el evento del MPS e INS:

- 1) Establecimiento de la alerta epidemiológica*
- 2) Atención de casos*
- 3) Búsqueda activa de casos*
- 4) Inicio de tratamiento antibiótico o profilaxis según el caso*
- 5) Monitoreo rápido de coberturas de vacunación*
- 6) Actualización de esquemas de vacunación*
- 7) Estrategias de Información, educación y comunicación dirigida a la comunidad.*

Las intervenciones de brote permitieron realizar cerco epidemiológico y que el evento no afectara otros corregimientos y municipios del departamento; si bien la mortalidad fue elevada, teniendo en cuenta las condiciones en el departamento que facilitan por un lado la dispersión del evento y por el otro la generación de complicaciones y muerte.

8.7. Tasa de Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil se define como la muerte ocurrida en un niño(a) desde el período neonatal (que va desde el nacimiento hasta los 28 días de vida y el período post-neonatal de mayores de 28 días hasta los 11 meses y 29 días), es un indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil), la reducción de la mortalidad perinatal constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas (6).

8.7.1. Situación Departamental de la Tasa de Mortalidad Infantil.

A nivel nacional en los indicadores básicos, Situación de Salud en Colombia 2009, el país registra una tasa de mortalidad infantil de 15 muertes en menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos, el departamento de Vaupés en los últimos tres años en promedio registra una tasa de 28 por 1000 nacidos vivos, mostrando tasas muy por encima de las identificadas en el país.



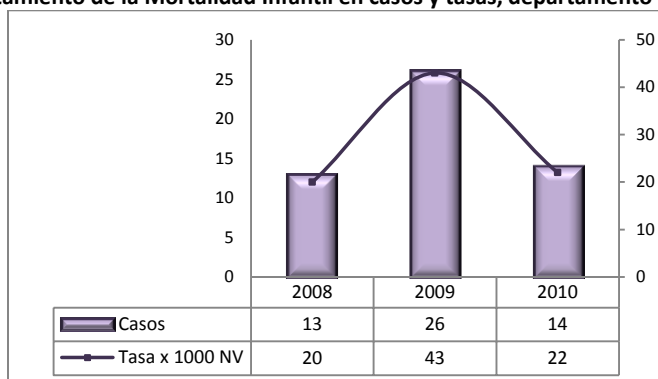
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



El comportamiento de la mortalidad infantil en el departamento de Vaupés para el periodo 2008-2010, muestra cifras en número de casos y tasas similares para los años 2008 y 2010, evidenciándose que no existen diferencias significativas entre estos dos años, se observa una variación sustancial en el año 2009, año en el cual se observó un aumento del 50% en número de casos y en la tasa en comparación con los años 2008 y 2010, este aumento de casos se asocia principalmente a las muertes debidas por Tos ferina (26,9% -7/26-) y un alto número de muertes por IRA (38,5% -10/26-)(Gráfica 4).

Ver gráfica 25.

Gráfica 25. Comportamiento de la Mortalidad Infantil en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

La distribución de casos por entidad territorial muestra que, pese a que el municipio de Mitú presenta el mayor número de casos, el análisis de la tasa de mortalidad, muestra que los corregimientos departamentales de Pacoa y Yavaraté, tienen la mayor problemática con tasas de mortalidad infantil 5 a 8 veces mayores a la tasa nacional e incluso a la tasa departamental.

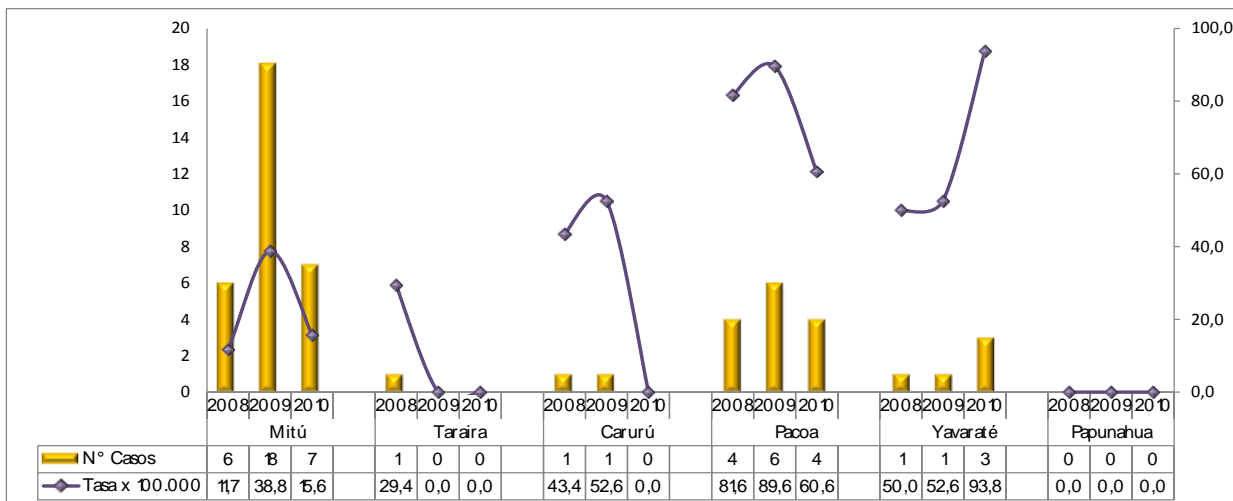
El corregimiento departamental de Papunahua no hace referencia de casos durante estos tres años de observación, es decir, que esta zona se encuentra en silencio epidemiológico para este evento, situación preocupante en la medida que el silencio no se deba a ausencia de casos, si no a la ausencia en su vigilancia y notificación.

Se destaca que los municipios de Carurú y Taraira y el corregimiento departamental de Pacoa, presentan una tendencia descendentes en este período evaluado, mientras que el corregimiento de Yavaraté y el municipio de Mitú, la tendencia es ascendente en relación a su tasa de incidencia (Ver gráfica 26).

Gráfica 26. Distribución de casos de Mortalidad Infantil por entidad territorial en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

Disgregando la ocurrencia entre área urbana y rural, se identifica que el área rural es donde se produce la mayor ocurrencia del evento, comportamiento que se observa año tras año, el porcentaje de ocurrencia de muerte oscila para el período 2008 al 2010 entre el 84,6% y 92,3%. De igual manera este dato es concordante con la distribución poblacional del departamento, adicional se recuerda que los Corregimientos departamentales no cuentan con zonas urbanas y por ende todas las mortalidades se desarrollaron en esta área.

Dentro de los determinantes que se relacionan con la ocurrencia de mortalidad en el área rural, es el difícil acceso geográfico, como la accesibilidad y oportunidad a los servicios de salud (Ver tabla 30).

Tabla 30. Distribución de los casos de Mortalidad Infantil por área de ocurrencia. Departamento de Vaupés 2008-2010.

Municipio/Corregimiento	Área Urbana	%	Área Rural	%
2008				
Mitú	2	33,3	4	66,7
Taraira	0	0,0	1	100,0
Carurú	0	0,0	1	100,0
Pacoa	0	0,0	4	100,0
Yavaraté	0	0,0	1	100,0
Papunahua	0	0,0	0	0,0
Total Departamental	2	15,4	11	84,6
2009				
Mitú	2	11,1	16	88,9
Taraira	0	0,0	0	0,0
Carurú	0	0,0	1	100,0
Pacoa	0	0,0	6	100,0
Yavaraté	0	0,0	1	100,0
Papunahua	0	0,0	0	0,0



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Total Departamental	2	7,7	24	92,3
2010				
Mitú	2	28,6	5	71,4
Taraira	0	0,0	0	0,0
Carurú	0	0,0	0	0,0
Pacoa	0	0,0	4	100,0
Yavaraté	0	0,0	3	100,0
Papunahua	0	0,0	0	0,0
Total Departamental	2	14,3	12	85,7

Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

Con respecto al género, se observó que en el período 2008-2010, existió una relación casi de 1:1 hombre: mujer, correspondiendo el 51% de los casos al género masculino y el restante 49% de los casos al género femenino.

Para la mortalidad infantil en el departamento de Vaupés en el periodo 2008-2010, se observó que las principales causas asociadas a este grupo poblacional se encontraron relacionadas con afecciones ocurridas en el período neonatal y las relacionadas con infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.

Dentro de los determinantes identificados, que se relacionan directamente con el desarrollo de la mortalidad infantil están:

- a. Dificultades de acceso geográfico (dispersión geográfica, barreras naturales de acceso).
- b. Factores de tipo Demográfico (dispersión poblacional).
- c. Factores culturales (concepciones tradicionales que retrasan la demanda de los servicios de salud por parte de padres y cuidadores, reconocimiento tardío de signos de alarma y peligro de muerte, consulta inicial exclusiva con el paye o sabedor tradicional, entre otros).
- d. Prácticas inadecuadas del cuidado de los niños y niñas.
- e. Económico (alto costo en el traslado de pacientes desde el área rural del departamento hasta los puntos de atención ubicados en los cascos urbanos de los municipios, necesidad de traslado de los pacientes por vía aérea y/o fluvial, entre otros)
- f. No presencia de personal de salud, ni disponibilidad de puestos o centros de salud adecuados para una atención inicial.

8.7.1.1. Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010, en la salud infantil:

- a. Fortalecimiento y mejoramiento de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones enfocadas a la reducción del riesgo de la ocurrencia de casos de eventos inmunoprevenibles.
- b. Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de:
 - ✓ Estrategia PAI-PLUS (suplementación nutricional con vitamina A a población de 1 a 4 años
 - ✓ Suplementación nutricional y desparasitación a población menor de 5 años



- ✓ *La estrategia de promoción de la lactancia materna a gestantes y madres lactantes ubicadas en el área rural del departamento*
 - ✓ *Seguimiento a menores de 5 años a través de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI OMS-OPS) en el área rural del departamento*
 - ✓ *Educación familiar y comunitaria en "Prácticas Claves", componente comunitario, estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI OMS-OPS)*
 - ✓ *Búsqueda activa comunitaria de inmunoprevenibles.*
- c. *Implementación de la estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI OMS-OPS) en el departamento de Vaupés.*
- d. *Fortalecimiento de las estrategias de vigilancia en salud pública y registro de hechos vitales con el objeto fundamental de reducir el subregistro de datos de nacimientos y defunciones ocurridos en el nivel rural.*

8.8. Tasa de Mortalidad en la Niñez

La mortalidad en la niñez se expresa como la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad, expresada por cada 100.000 menores de cinco años. ¹

8.8.1. Situación Departamental de la Tasa de Mortalidad en la Niñez:

La mortalidad en menores de 5 años constituye uno de los principales eventos de interés en salud para el departamento de Vaupés. Este grupo poblacional representa el grupo con mayor exposición al riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles; situación derivada como en otros eventos de las barreras de acceso, dispersión poblacional y dificultades en la prestación de servicios de salud.

Es importante resaltar que la desnutrición se presenta como una importante causa de mortalidad en el departamento para este grupo de edad, sin embargo, esta situación no se hace evidente en los certificados de defunción donde no se incluye como causa de muerte ni como "otros estados patológicos asociados", lo que conlleva a un importante subregistro de casos de mortalidad asociada a desnutrición en este grupo de edad. Es claro que la desnutrición participa como factor importante en el desenlace en mortalidad de los casos de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda.

Las muertes ocurridas en niños y niñas menores de 5 años, tienen una participación importante de menores de 1 año, encontrándose que en el año 2009 representaron el 70% (21/30) del total de muertes, sin embargo, para el año 2010 esta proporción es totalmente diferente, evidenciándose que el 65% (26/40) de las muertes ocurrieron en menores entre 1 y 4 años, cambio que se dio principalmente por la inclusión de un síndrome gastrointestinal de origen desconocido, el cual se concentró principalmente en el grupo de edad entre los 5 y 14 años.

Para el país, el dato más reciente de mortalidad en menores de 5 años registrado en los Indicadores Básicos. Situación de Salud Colombia 2009, registra que la tasa de mortalidad en menores de 5 años

¹ Definición UNICEF

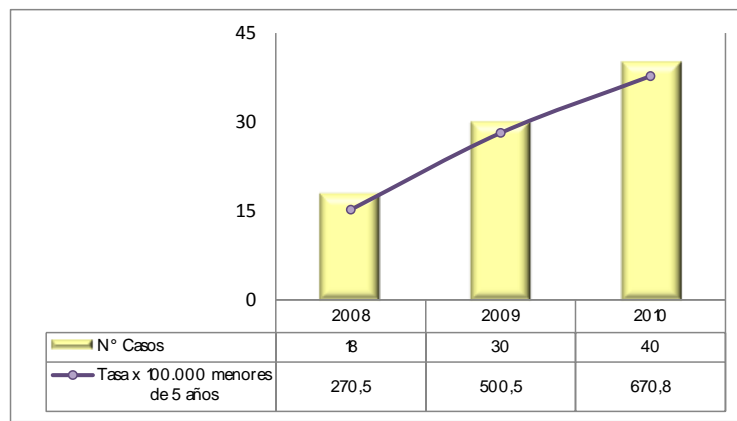


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



fue 305,6 por 100.000 menores de 5 años. En el departamento se observa una significativa tendencia creciente del evento, con un aumento en el número de casos del 55%, colocando al departamento para los años 2009 y 2010 por muy encima de la tasa nacional, duplicándola inclusive en el 2010 (Ver gráfica 27).

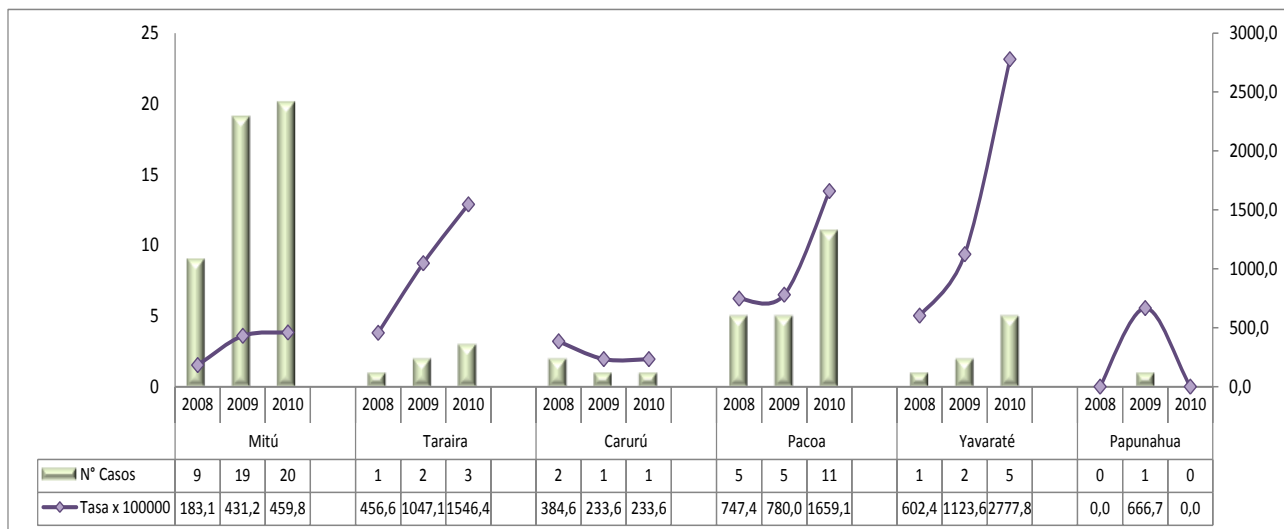
Gráfica 27. Comportamiento de la mortalidad en menores de 5 años en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

El análisis por ente territorial muestra que el evento en general presenta una tendencia ascendente, siendo los corregimientos de Yavaraté y Pacoa los que presentan la mayor magnitud con respecto a su población, exceptuando el municipio de Carurú y el corregimiento departamental de Papunahua, que presentaron el menor número de casos, resaltando nuevamente la zona de Papunahua con registro de cero casos en los años 2008 y 2010 (Ver gráfica 28).

Gráfica 28. Distribución de la mortalidad en menores de 5 años por ente territorial en casos y tasa, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Durante estos tres años se han registrado un total de 88 fallecimientos en niños y niñas menores de 5 años, registrando que el 86% (76/88) de los fallecimientos se desarrollaron en el área rural del departamento, representando que por cada menor de 5 años fallecido en el área urbana ocurren 6 fallecimientos en el mismo grupo poblacional para el área rural.

En la zona urbana del municipio de Taraira no se presentaron casos de mortalidad durante estos tres años de observación, siendo un indicador positivo para este municipio (Ver tabla 31)

Tabla 31. Distribución de los casos de Mortalidad en Menores de 5 años por área de ocurrencia. Departamento de Vaupés 2008-2010.

	2008				2009				2010			
	Área Urbana	%	Área Rural	%	Área Urbana	%	Área Rural	%	Área Urbana	%	Área Rural	%
Mitú	4	44,4	5	55,6	2	10,5	17	89,5	5	25	15	75
Taraira	0	0	1	100	0	0	2	100	0	0	3	100
Carurú	1	50	1	50	0	0	1	100	0	0	1	100
Pacoa	0	0	5	100	0	0	5	100	0	0	11	100
Papunahua	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
Yavaraté	0	0	1	0	0	0	2	100	0	0	5	100
Total Departamental	5	27,8	13	72,2	2	6,7	28	93,3	5	12,5	35	87,5

Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

Con respecto al género, se observó que, la relación hombre: mujer es casi de 1:1, teniendo en cuenta que para el total de casos del periodo el 49% de los casos corresponden al género femenino y el restante 51% al género masculino.

8.8.1.1. Cinco Primeras Causas de Mortalidad en Niños y Niñas entre los 0 a 5 años: La mortalidad en este grupo de edad, estuvo asociada a las enfermedades de tipo infeccioso - infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda-, pero a estos eventos, para el año 2010 se agregó un síndrome nuevo de origen desconocido que afectó de manera amplia al departamento.

Como ya fue mencionado, es importante resaltar que la desnutrición se presenta como una importante causa de mortalidad en el departamento para este grupo de edad, situación que no se hace evidente por la falta de inclusión de este proceso mórbido en los certificados de defunción, como causa desencadenante u "otro estado patológico asociado", lo que conlleva a un importante subregistro de casos de mortalidad asociada a desnutrición en este grupo de edad. Es claro que la desnutrición participa como factor importante en el desenlace en mortalidad de los casos de infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda (Ver tabla 32).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 32. Cinco primeras causas de mortalidad en población menor de 5 años, departamento de Vaupés 2008-2010.

No.	Diagnóstico/Grupo de Edad	Total	%
2008			
1	Infección Respiratoria Aguda -IRA-	7	39
2	Feto y Recién Nacido Afectados por Causas Relacionadas con el Embarazo y el Parto	5	28
3	Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-	3	17
4	Desnutrición	1	6
5	Ahogamiento	1	6
2009			
1	Infección Respiratoria Aguda -IRA-	14	47
2	Tos Ferina	6	20
3	Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-	2	7
4	Desnutrición	1	3
5	Varicela	1	3
2010			
1	Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido	10	25
2	Enfermedad Diarreica Aguda -EDA-	5	13
3	Infección Respiratoria Aguda -IRA-	3	8
4	Ahogamiento	2	5
5	Desnutrición	2	5

Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

Se resalta que los signos y síntomas mal definidos jugaron un papel importante en las causas de mortalidad, situación relaciona con el hecho que un importante número de muertes ocurre en el área rural y los certificados de defunción son diligenciados por agentes de salud (auxiliares de enfermería y promotores) quienes a pesar de la capacitación, aún presentan dificultades para la identificación de causas de muerte básicas y directas.

8.8.2. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda -IRA- en Menores de 5 años:

La Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda, constituyen las principales causas de mortalidad en la población menor de 5 años en el departamento de Vaupés. Las barreras de diferente índole para lograr una adecuada y oportuna prestación de servicios en el área rural del departamento (barreras geográficas, grandes distancias entre los puntos de atención, alto costo, falta de personal, demanda tardía de servicios por parte de la población indígena, "interferencia" con la medicina tradicional, entre otros), sumado al debilitamiento de las pautas de crianza, la falta de reconocimiento de signos de alarma por parte de padres y cuidadores y a factores de tipo cultural; constituyen entre otras las causas principales que facilitan que la población menor de cinco años presente un mayor riesgo de enfermar y morir a causa de este tipo de eventos.

El comportamiento de la mortalidad relacionada con infección respiratoria Aguda, en la población de menores de 5 años en el departamento de Vaupés, para el periodo 2008-2010, muestra un aumento



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

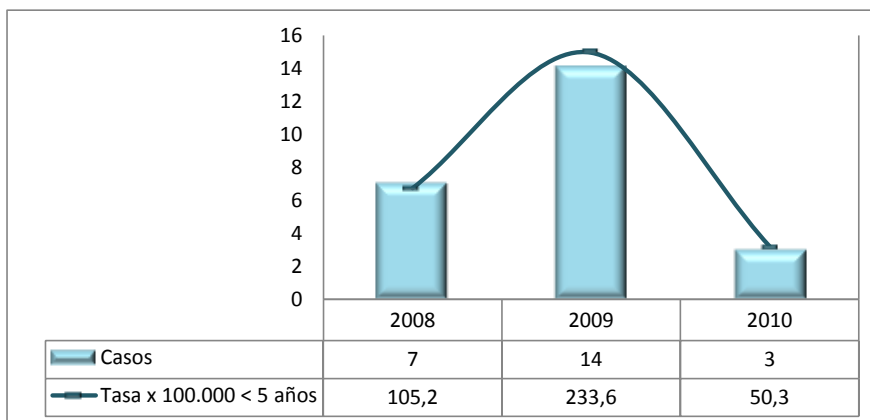


significativo en el número de casos para el año 2009, en comparación con el año 2008 de más de dos veces el valor registrado para ese año, y una importante disminución para el año 2010, de casi 5 veces, el valor registrado en el año 2009.

El aumento del número de casos para el año 2009, corresponde al aumento paralelo en el número de casos de morbilidad y mortalidad por Infección Respiratoria Aguda que se observó a nivel nacional para este año. Dentro de las acciones para la identificación del origen causal de este aumento, se logró toma de muestra para virus respiratorios, dichas muestras fueron procesadas en el laboratorio de virología del INS, lográndose identificar que la causa de la muerte se relacionó a virus respiratorio estacional, no AH1N1 2009 (virus pandémico).

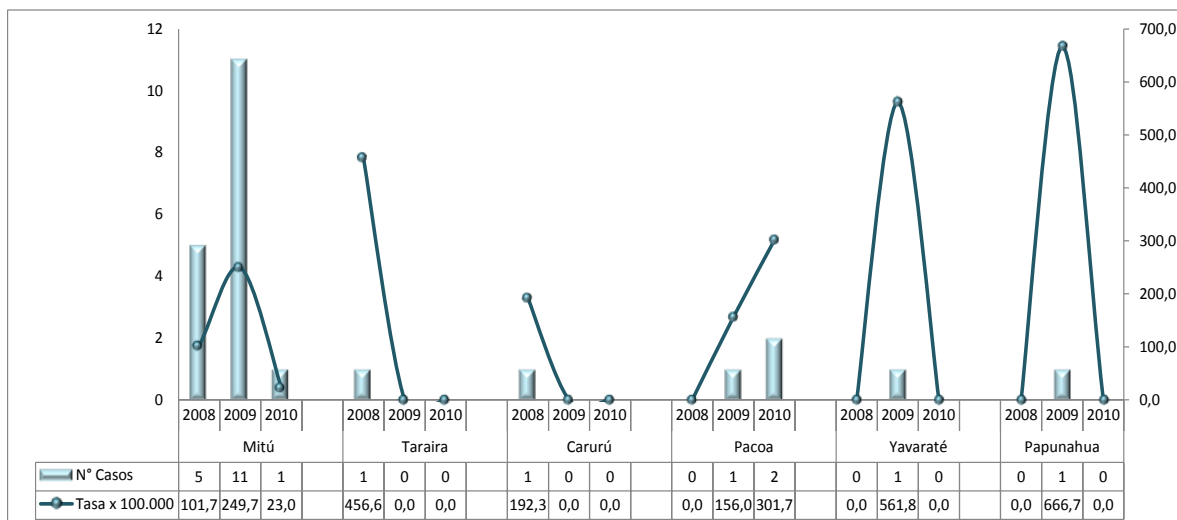
El último dato disponible para el país referente a la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, es el reportado en el protocolo de vigilancia para la Enfermedad Similar a la Influenza e Infección Respiratoria aguda Grave del Instituto Nacional de Salud. En este documento se registra que la tasa de mortalidad para este evento, en este grupo de edad fue de 24 por 100.000 menores de 5 años. Este dato en comparación con las tasas registradas para el departamento, muestra que para el año 2008, el departamento muestra una tasa 4 veces mayor que la tasa nacional, para el año 2009 casi diez veces mayor, y para el 2010, la tasa departamental es casi 2 veces mayor a la tasa nacional (Ver gráfica 29).

Gráfica 29. Comportamiento de la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental
En el análisis del evento por entidad territorial, muestra que el municipio de Mitú en lo corrido de los tres años es el único ente que ha aportado casos de mortalidad, a diferencia de las otras zonas donde la aparición del evento ha tenido un comportamiento fluctuante. Por tasa de incidencia acumulada los entes que exhiben mayores tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años, son los corregimientos departamentales de Papunahua y Yavaraté, a pesar del bajo número de casos presentados (Ver gráfica 30).

Gráfica 30. Comportamiento de la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años por entidad territorial en casos y tasas., departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

En general el 92% (22/24) de los casos de las mortalidades por IRA se desarrollaron en la zona rural del departamento, nuevamente esta área se evidencia como la más susceptible a desarrollar estas eventualidades.

Con respecto al género, para el año 2008, la relación hombre: mujer fue de 1:1. Para el año 2009, la relación fue de casi 2:1 con 64% de casos para el género femenino y 36% para el género masculino. Para el año 2010, la relación se invierte siendo de 1:2, con 33% de casos para el género femenino y 67% para el género masculino.

8.8.2. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda -EDA- en Menores de 5 años:

Se aclara, que para este evento no se incluyen los casos configurados como Síndrome gastrointestinal de origen desconocido, evento nuevo sin causa clara, que afectó al departamento de Vaupés entre los meses de Mayo y Diciembre de 2010. Sin embargo, dadas las dificultades para la configuración de los casos de mortalidad que ocurrieron en el área rural (sin presencia de un agente de salud o líder local), el estudio de caso, llevó a configurarlos como casos de diarrea simple, no síndrome gastrointestinal. Por lo anterior, no se descarta que alguno de estos casos incluidos dentro del evento mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda, tuvieran como causa básica el síndrome de origen desconocido y que la autopsia verbal no haya aportado los datos suficientes para su correcta clasificación.

En Colombia, se observó una importante disminución en el número de casos de mortalidad por EDA, con una reducción de la tasa de mortalidad entre los años 1990 y 2010 de 45,4 a 21,5 por 100.000 menores de 5 años. Para el año 2006, la tasa de mortalidad para el país fue de 11,6, con 500 muertes atribuibles a esta causa. Este dato se constituye en el último dato oficial para el país, incluido en el documento de Indicadores Básicos. Situación de Salud en Colombia 2008.

Al comparar este último dato disponible para el país, con las cifras observadas en el departamento de Vaupés, se aprecian diferencias significativas, con una tasa de mortalidad para el departamento de 8

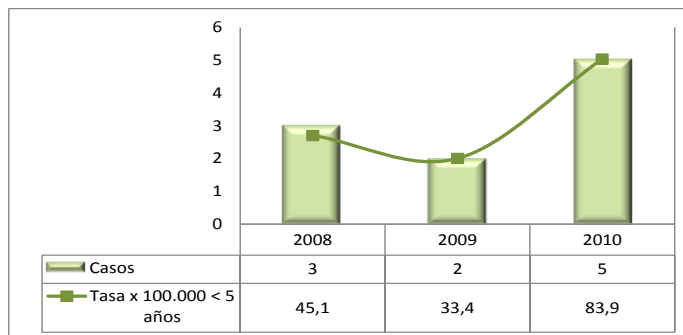


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



veces el valor nacional, como en el caso de la tasa de mortalidad para el evento en el año 2010. Para los años 2008 y 2009, la tasa departamental fue de 4 y 3 veces la tasa nacional respectivamente (Ver gráfica 31).

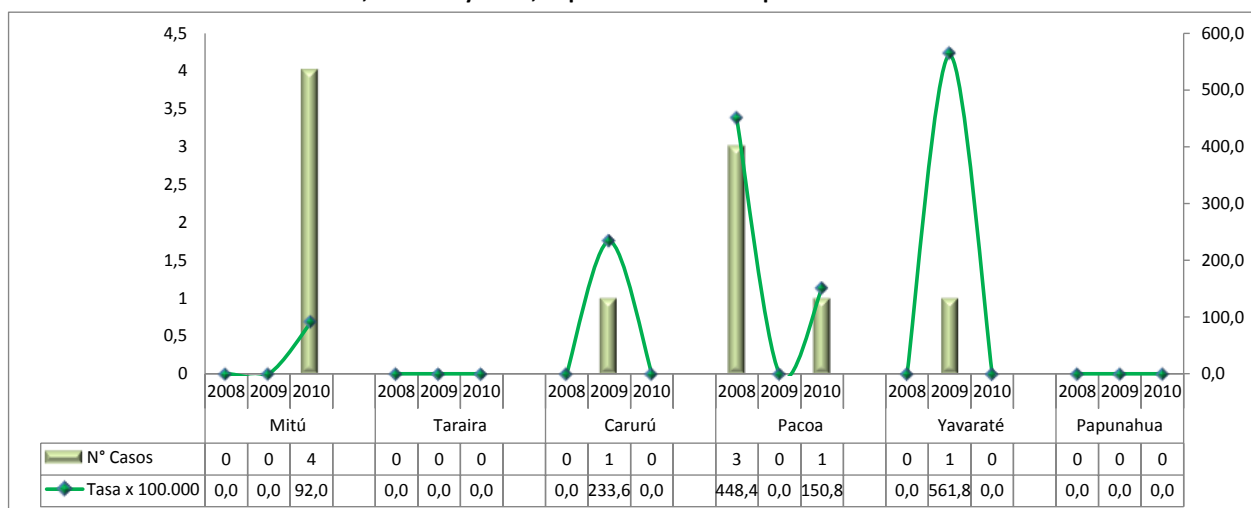
Grafica 31. Comportamiento de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

El comportamiento de la mortalidad por entidad territorial, muestra que en los corregimientos departamentales de Pacoa y Yavaraté, los niños menores de 5 años son los más susceptibles de desarrollar mortalidad asociada a EDA, sobre los otros entes territoriales; en contraposición están las zonas de Taraira y Papunahua, en donde, no se presentaron muertes por este evento en los tres años observados. La tasa de mortalidad por EDA en cada entidad territorial, presentan valores muy por encima de la tasa departamental y por ende de la nacional (Ver gráfica 32).

Grafica 32. Comportamiento de la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años por entidad territorial, en casos y tasas, departamento de Vaupés 2008-2010.



Fuente: Programa Salud Infantil-Vigilancia en Salud Pública- Estadísticas Vitales- Secretaria de Salud Departamental

Para la mortalidad por EDA se encontró un número menor de casos con respecto a las producidas por IRA, identificándose que por cada muerte asociada a un proceso diarreico se presentan dos muertes



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



asociadas a procesos de origen respiratorio. Sin embargo, estas mortalidades en su mayor proporción igualmente se desarrollaron en el área rural del departamento 90% (9/10) de los casos.

Por género se observó que para el año 2008, la relación hombre mujer fue de 2:1, con un 66% de los casos en el género masculino. Para el año 2009, el 100% de los casos se presentaron en el género masculino, y para el año 2010, la relación hombre: mujer fue de 1,5:1, con un 60% de los casos para el género masculino. Para todo el periodo, la relación hombre: mujer fue de 2:1, con un 70% de los casos presentados en género masculino.

La situación de salud de la población menor de 5 años en el departamento de Vaupés integra como factores condicionantes las barreras de acceso a los servicios de salud, en este tema es necesario mencionar:

- a. Las barreras de tipo geográfico*
- b. Los altos costos de la atención para la población ubicada en el área rural (transporte aéreo, fluvial, albergues, entre otros gastos en salud)*
- c. Las dificultades para la prestación de servicios de salud en el área rural*
- d. Otro factor importante es la interferencia con la medicina "tradicional", habitualmente la población indígena consulta inicialmente y de manera exclusiva al paye o sabedor tradicional; sólo cuando el menor se encuentra en estado grave, el padre o cuidador consulta a la medicina "occidental", situación que dificulta en gran medida el traslado y atención del menor. Las prácticas de crianza, las fallas en la identificación temprana de signos de alarma y de peligro de muerte, la baja demanda de los servicios de salud, así como la pérdida de conocimientos, usos y prácticas tradicionales, se han identificado también como factores de riesgo que inciden de manera importante en el inicio de la enfermedad y en el desenlace de los casos.*

En este apartado no puede dejarse de lado la situación sanitaria en el área rural del departamento, la baja disponibilidad de agua potable, la ausencia de sistemas de alcantarillado, así como la disposición final de excretas y basuras, significan un factor de riesgo adicional que incide de manera importante en la morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años.

Para el análisis de la mortalidad por IRA y EDA, es necesario tener en cuenta además, el ciclo desnutrición-IRA y/o EDA. Un niño o niña con desnutrición tiene una mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades de tipo infeccioso, por las deficiencias en el sistema inmunológico secundario al déficit nutricional, teniendo en cuenta que los nutrientes son esenciales para el desarrollo y mantenimiento de una adecuada respuesta inmunológica. De igual forma un niño con IRA y/o EDA tiene una mayor riesgo de desarrollo de desnutrición por las deficiencias en el aporte de nutrientes relacionado con la baja ingesta y bajo aporte de alimentos en los períodos de enfermedad, el síndrome de malabsorción y la pérdida aguda de agua, electrolitos y nutrientes (en caso de la EDA), entre otros. De esta manera, la desnutrición en la población menor de 5 años, participa de manera cíclica en el proceso enfermedad- muerte como condicionante y/o agravante del proceso.

La estrategia de mejoramiento de la situación de salud de la población de menores de 5 años en el departamento de Vaupés, incluye dos componentes; el componente institucional desde la prestación



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



de servicios de salud con el Plan de Intervenciones colectivas; y un segundo componente desde la Secretaría de salud departamental desde las acciones del área de Salud Pública (Programas de Salud Infantil, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Seguridad Alimentaria y Nutricional y Vigilancia en Salud Pública). Estos componentes son complementarios y enfocan los esfuerzos interinstitucionales a la prevención de la mortalidad, la reducción de la morbilidad, el empoderamiento y participación comunitaria.

Las acciones del Plan de intervenciones colectivas en los ámbitos familiar y comunitario se han enfocado al fortalecimiento del componente comunitario de la estrategia de Atención a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OMS-OPS en lo relacionado a organización comunitaria, identificación de actores sociales, priorización de prácticas clave y reconocimiento de signos de alarma y de peligro de muerte.

En el contexto de esta estrategia y en el marco de las acciones ejecutadas por el Programa de salud Infantil de la Secretaría de Salud departamental se logró la instalación y dotación de 28 Unidades de Hidratación Oral Comunitarias (UROC) y Unidades de Atención de la infección respiratoria Aguda Comunitarias (UAIAC) en el 100% de comunidades sin punto de atención en salud institucional permanente (comunidades sin agente de salud institucional) en las zonas priorizadas del Pirá-Paraná (corregimiento de Pacoa) y del corregimiento de Yavaraté. Esta actividad incluyó la identificación del líder comunitario encargado de las unidades, capacitación a líderes sociales y a la comunidad en general y la instalación y dotación de las unidades. A partir de su instalación se dará continuidad a la estrategia mediante acciones de seguimiento y evaluación.

En el componente de Seguridad Sanitaria y del Ambiente, con periodicidad anual y llegando al 100% de comunidades ubicadas en el área rural y a los cascos urbanos de los tres municipios, los técnicos del programa, además de establecer el diagnóstico sanitario de cada comunidad, realizan acciones de educación y participación comunitaria, mediante la metodología de investigación, acción, participación.

En el componente de vigilancia en salud pública, se han enfocado los esfuerzos en la captación de casos y reducción del subregistro; y en la realización de investigación de campo al 100% de las muertes identificadas. Esta actividad más allá de la investigación de caso y de la identificación de causas, permite mediante la metodología de Investigación, acción, participación; el análisis comunitario del caso y la elaboración de planes de mejoramiento con la participación activa de líderes y otros integrantes de la comunidad. En el ámbito institucional; está en proceso la implementación del comité de mortalidad en menores de 5 años, para llevar a cabo el análisis respectivo del caso y la elaboración e implementación de planes de mejoramiento institucional.

En el ámbito interinstitucional se logró para el año 2009 y 2010, avances en la mesa de infancia cuya dirección técnica se encuentra a cargo del ICBF.

8.8.3. Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010, para la disminución en la mortalidad en la niñez.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



1. *Implementación de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI OPS-INS), en zonas priorizadas del departamento.*
2. *Implementación y dotación de 28 Unidades de Hidratación Oral Comunitarias (UROC) y las Unidades de de Atención de la infección respiratoria Aguda Comunitarias (UAIAC) en la zona del Pirá-Paraná y en el corregimiento departamental de Yavaraté.*
3. *Asistencia técnica y capacitación a los municipios de Carurú y Taraira en la implementación de Unidades de Hidratación Oral Comunitarias (UROC) y las Unidades de de Atención de la infección respiratoria Aguda Comunitarias (UAIAC) y en general en los proceso de mejoramiento de la situación de salud de la población de menores de 5 años.*
4. *Asistencia técnica y capacitación a los municipios de Carurú, Taraira y Mitú en las estrategias y actividades para mejoramiento de la situación de salud de menores de cinco años.*
5. *Asistencia técnica y capacitación a la ESE hospital San Antonio en la adecuada atención de la población menor de 5 años.*
6. *Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de: 1) Estrategia PAI-PLUS (suplementación nutricional con vitamina A a población de 1 a 4 años; 2) Suplementación nutricional y desparasitación a población menor de 5 años; 3) la estrategia de de promoción de la lactancia materna a gestantes y madres lactantes ubicadas en el área rural del departamento; 4) Seguimiento a menores de 5 años a través de la estrategia de Atención*
7. *Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI OMS-OPS) en el área rural del departamento; 5) Educación familiar y comunitaria en "Prácticas Claves", componente comunitario, estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI OMS-OPS) y 6) Búsqueda activa comunitaria de inmunoprevenibles.*
8. *Vacunación para Rotavirus y neumococo en el 100% de comunidades ubicadas en el área rural y en los cascos urbanos de los tres municipios del departamento de Vaupés*

Conclusiones.

La EDA y la IRA, son enfermedades que si tienen un buen manejo y una canalización adecuada y temprana, la probabilidad de desarrollar mortalidad se reduciría a su mínima expresión, es por ello, que el comportamiento de la mortalidad y morbilidad de estos eventos se pueden tomar como trazadores de la accesibilidad de los servicios, la calidad de la atención, las condiciones de saneamiento básico y la adherencia de los cuidadores a todas las acciones de promoción y prevención de la enfermedad.

8.9. Mortalidad por Causas Externas en Niños, Niñas y Adolescentes.

La mortalidad por causa externa, es aquella asociada a factores no derivados de procesos patológicos que deterioran el estado de salud del individuo y que conllevan como consecuencia a su muerte. Dentro de este grupo de causas se encuentran el suicidio, homicidio, accidentes de tránsito y otros accidentes.

Pese a no constituir un grupo de causas predominantes en el perfil de mortalidad del departamento; para el período 2008-2010 se presentaron 21 casos de mortalidad por causa externa que si bien no se



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



encuentran agrupadas dentro de las principales causas de mortalidad; por su impacto y gravedad requieren de acciones de prevención de tipo intersectorial conjuntas.

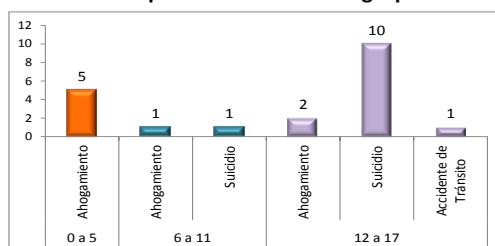
Para el análisis de los datos, se toma como fuente de información primaria los certificados de defunción allegados al área de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud Departamental. Los certificados son diligenciados por los agentes de salud en el área rural (auxiliares y promotores de salud) y por el personal médico del hospital San Antonio sede Mitú y su red ubicada en el municipio de Carurú y Taraira.

Para el departamento de Vaupés en la serie observada de tres años -2008-2010-, se identificaron tres causas de tipo externo que desarrollaron mortalidad en el grupo de edad de 0 a 17 años:

1. **Suicidio:** Representó el 55% (11/20) del total de casos, la edad mínima identificada para esta mortalidad fue de 9 años, en el capítulo 13 se ahondara sobre este evento de una forma más amplia, sin embargo, se resalta que la situación de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas y en general de salud mental de adolescentes y jóvenes en el departamento de Vaupés, ha cobrado importancia como evento prioritario en salud pública en los últimos años. En el Vaupés, al igual que en el resto del país, e incluso a nivel mundial, el suicidio ha mostrado una tendencia al aumento y la concentración del problema en los grupos de edad de adolescentes y adultos jóvenes.
2. **Ahogamiento:** Aunque esta mortalidad representó el 40% (8/20) de las muertes en el total de casos de 0 a 17 años, en el grupo de edad de 0-5 años fue la única causa externa de mortalidad, con ocurrencia en el área rural del departamento, la aparición de este tipo de mortalidades en menores de 6 años se podría tomar como un indicador de las prácticas de cuidado y crianza y del debilitamiento -en algunos casos- de los procesos tradicionales de crianza del menor indígena por parte de padres y cuidadores.
3. **Accidentes de Tránsito:** Esta es la tercera y última causa identificada en este grupo poblacional, con la presencia de un solo caso para el año 2010.

Ver gráfica 33.

Gráfica 33. Causas de Mortalidad por causa externa en grupo de edad, departamento de Vaupés 2008-2010



Fuente: Estadísticas vitales, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

El 40% (8/20) de los casos ocurrieron en la zona urbana del departamento, en esta área la principal causa de mortalidad fue el suicidio, mientras que la principal causa en el área urbana - 60% (12/20) -



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



fue el ahogamiento, se puede interpretar que estos datos son representativos de las diferencias en las condiciones a las que se exponen estos menores (Ver tabla 33).

Tabla 33. Distribución de la Mortalidad por causa externa en casos y tasa por grupo de edad, departamento de Vaupés 2008-2010.

		0 a 5		6 a 11		12 a 17		Total	
		Casos	Tasa x 100.000	Casos	Tasa x 100.000	Casos	Tasa x 100.000	Casos	Tasa x 100.000
2008	Mitú	0	0	1	21,1	1	24,3	2	13,6
	Total Dptal	0	0	1	15,3	1	17,3	2	9,9
2009	Mitú	1	19,0	0	0	6	141,5	7	146,8
	Pacoa	3	393,7	0	0	0	0,0	3	189,5
	Total Dptal	4	56,0	0	0	6	100,7	10	152,5
2010	Taraira	1	434,8	0	0	0	0,0	1	175,7
	Mitú	1	19,2	0	0	5	117,5	6	42,2
	Pacoa	0	0,0	1	133,0	0	0,0	1	42,3
	Total Dptal	2	28,1	1	15,3	5	83,7	8	40,8

Fuente: Estadísticas vitales, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

8.9.1 Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010.

- a. *Formulación de proyectos productivos viables para jóvenes vulnerables al riesgo del consumo de drogas para el departamento de Vaupés en el marco de la política de "Espacios libres de Droga" y "manejo del Tiempo Libre", en este apartado se menciona el de cultivo de Orellana, con jóvenes escolarizados en el casco urbano del municipio de Mitú.*
- b. *Articulación de acciones con la política de Seguridad Alimentaria para el departamento de Vaupés, con la inclusión de proyectos productivos viables para jóvenes vulnerables al riesgo de consumo.*
- c. *Fortalecimiento de la estrategia de "Habilidades para la vida" en las instituciones educativas ubicadas en los cascos urbanos de los municipios del departamento. La inclusión de las instituciones ubicadas en el área rural es complejo teniendo en cuenta factores como el alto costo de las intervenciones y la falta de recurso humano para realizar acciones de seguimiento y evaluación.*
- d. *Avance en la formulación de la política para la reducción del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas para el departamento de Vaupés.*
- e. *Implementación del modelo de intervención psicosocial (años 2009 y 2010), en el marco de la estrategia de Salud a su casa. En esta intervención se concentraron las acciones en prevención de suicidio y de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. El resultado de esta intervención ha permitido un acercamiento real a la situación del Salud mental en el casco urbano del municipio de Mitú (zona priorizada según el comportamiento del evento) para identificar factores de riesgo y determinantes asociados a estas conductas.*
- f. *Intervención psicosocial en las instituciones educativas del casco urbano del municipio de Mitú, con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).*
- g. *Mobilización social en diferentes sectores (Iglesias, alcaldías, educación, entre otros) en torno al tema de la prevención del suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas.*



- h. Implementación de estrategias de tipo intersectorial en el marco de la estrategia de "Habilidades para la Vida"; en este aspecto se pueden mencionar El Museo de las alas rotas y Por que vivir es mejor"
- i. Inclusión en las actividades del Plan de Intervenciones Colectiva (PIC), año 2010 del tamizaje en salud mental.
- j. Encuentro de sabedores tradicionales año, 2009 con el objeto de realizar una sanación tradicional en el casco urbano del municipio de Mitú, en el marco de las acciones de prevención del suicidio.

8-10· Brote Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido -SGOD-

Este evento inusitado se caracteriza por la siguiente definición de caso: Todo sujeto que presente signos y síntomas compatibles con dolor abdominal intenso localizado en meso o epigastrio de tipo ardor o picada, de 2 a 6 días de evolución, que puede exacerbarse con la ingesta de alimentos o agua, acompañado de deposiciones diarreicas (disentéricas o no), de otros síntomas gastrointestinales o no (nauseas, emesis, hematemesis, melenas) y/o fiebre (cuantificable o no), anorexia – hiporexia (inapetencia), deshidratación y deterioro rápido. La denominación de síndrome gastrointestinal agudo de origen desconocido es consecuencia de la no identificación del agente causal. Este evento no aplica dentro de los protocolos de vigilancia en salud pública a nivel nacional.

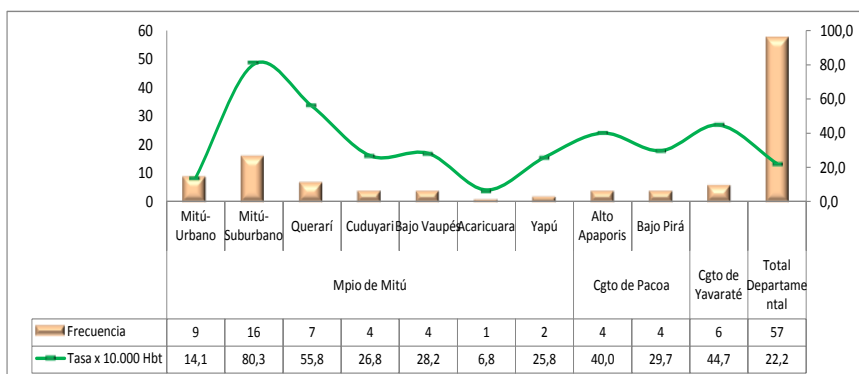
Para finales del mes de mayo al departamento se le informo sobre la aparición de un brote en la comunidad de Bocas del Yi el cual arrojó 4 mortalidades aparentemente asociadas, a partir de ese período se notificó continuamente la ocurrencia de casos de morbilidad y mortalidad asociados al evento en diferentes zonas del departamento, entre ellas se resalta las zonas del Vaupés Medio, Azatraiyuva, Acaricuara, Cuduyarí y el Pirá-Paraná.

8-10-1· Morbilidad por el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido -SGOD-

Para el año 2010 se presentaron un total de 57 casos confirmados por clínica, se aclara que estos casos recibieron atención médica asistencial en la ESE HSA, es decir, que el subregistro de casos para este evento es considerable, debido a que los casos principalmente se desarrollaron en la zona rural y la accesibilidad de estas personas se ve limitada, debido a esta situación dentro de la notificación semanal se incluyó este evento para la identificación oportuna de posible concentración de casos, sin embargo, la clasificación de estos casos no se puede tener como casos confirmados debido a la presentación bizarra del evento y la alta probabilidad de confusión con otros eventos diarreicos.

Por tasas de incidencia se identifica como zona de alto riesgo el área suburbana del municipio de Mitú, pero se vuelve a hacer hincapié en la accesibilidad de los casos a los servicios médicos en salud, pudiéndose ver qué zonas como el Vaupés Medio que concentró gran cantidad de casos de mortalidad no registra casos de morbilidad atendida en la ESE HSA, de igual manera los casos procedieron de 26 comunidades indígenas más 6 barrios de las zona urbana de Mitú, los barrios de la zona urbana de Mitú se caracterizaron por que se identifican como receptores temporales de personas residentes del área rural (Ver gráfica 34).

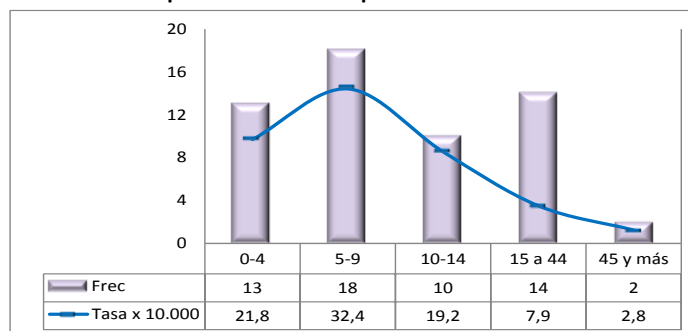
Gráfica 34. Distribución de los casos de morbilidad del SGOD por zona de residencia en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.



Fuente: Datos del SIVIGILA, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

En el análisis por grupo de edad de la morbilidad por el evento SGOD, evidencia claramente que la población mayormente afectada son los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, con una mayor susceptibilidad entre los 5 a 9 años (Ver gráfica 35).

Gráfica 35. Distribución de los casos de morbilidad del SGOD por grupo de edad en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.



Fuente: Datos del SIVIGILA, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

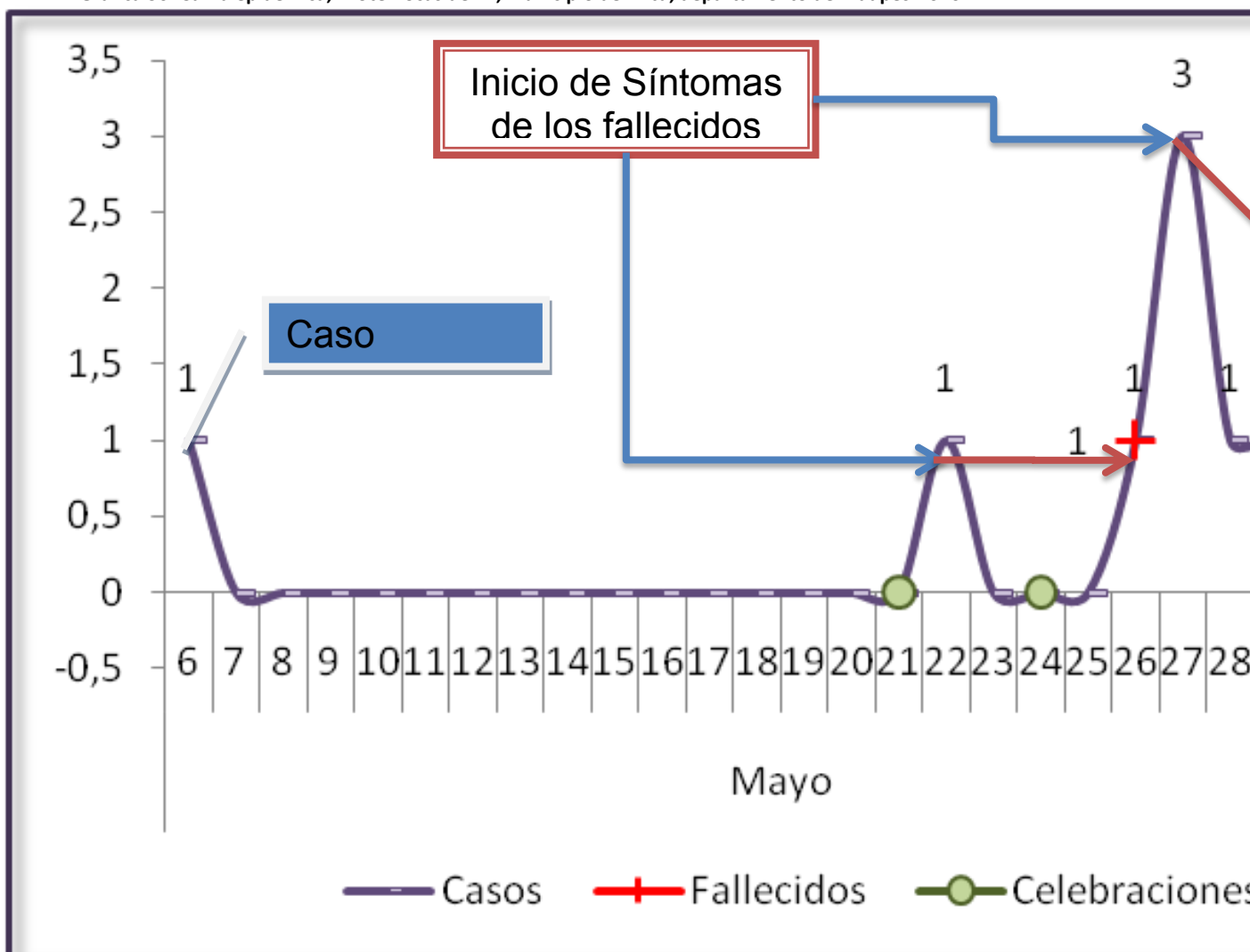
8.10.2. Intervención del Brote en las Comunidades:

Se realizaron tres intervenciones de Brote en comunidades indígenas, y una intervención en el plantel educativo Coljer, todas ubicadas en el municipio de Mitú. La intervención realizada en la comunidad de Piracemo estuvo a cargo del INS.



8-10-2-1- Comunidad Bocas del Yi: Se encontró un total de 13 casos de morbilidad, más 3 casos de mortalidad compatibles, arrojándonos una tasa de incidencia de 19 individuos afectados por cada 100 expuestos. No es posible determinar con la información recolectada y la curva epidémica el período de transmisibilidad (Ver gráfica 36).

Gráfica 36. Curva epidémica, Brote Bocas del Yi, municipio de Mitú, departamento del Vaupés-2010.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

La comunidad cuenta con 20 viviendas, algunas de ellas se encontraban deshabitadas, se censaron un total de 11 familias de las cuales en el 54% se encontraron personas con definición de caso, se identificó que el brote se focaliza en las viviendas cercanas al caño Yi, dos de las persona fallecidas eran residentes en este sector (dos menores), en el sector donde residía el tercer caso de mortalidad, no se evidenciaron casos.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Se recolectaron dos muestras de materia fecal, a los pacientes que manifestaron tener diarrea, se les realizó prueba rápida para rotavirus, las cuales tuvieron resultado negativo; adicionalmente las muestras se sembraron en medio de transporte para su envío al INS, con resultado negativo para entero-patógenos.

Se tomó un total de 19 muestras de sangre con destino al Instituto Nacional de Salud. En el laboratorio de salud pública departamental se les corrió al 100% de las muestras prueba rápida para Dengue, Hepatitis A, Hepatitis B y Leptospira, los cuales arrojaron resultado negativo

8-10-2-2- Comunidad de Acaricuara y la Floresta: Se identificaron un total de 35 casos, observándose una mayor tasa de ataque en la comunidad de La Floresta (13,4%), frente a la arrojada en Acaricuara (8,8%). El 60% (21/35) de los casos encontrados son alumnos del plantel estudiantil de Acaricuara, sin embargo es imprescindible colocar en la mesa que el 74,7%(109/146) de la población que se encuentra entre el rango de edad de 5 a 24 años son estudiantes, a si mismo este grupo de edad se configura como el grupo más afectado por este evento. Se afectaron un total de 20 familias (10 procedentes de Acaricuara y 10 de La floresta), encontramos en promedio 1,7 personas enfermas por familia afectada, con un rango de 1 a 4 enfermos por hogar, arrojándonos que el promedio de afectados por familia es del 26%.

Dentro del plantel estudiantil se identificó un total de 65 casos compatibles con la definición del evento. El 61,5% (40/65) de los casos correspondieron a alumnos internos, con una tasa de ataque de 19,0, mientras que los alumnos externos reportan el 38,5% (25/65) de los casos con una tasa de ataque del 19,1%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la modalidad de pertenencia al colegio.

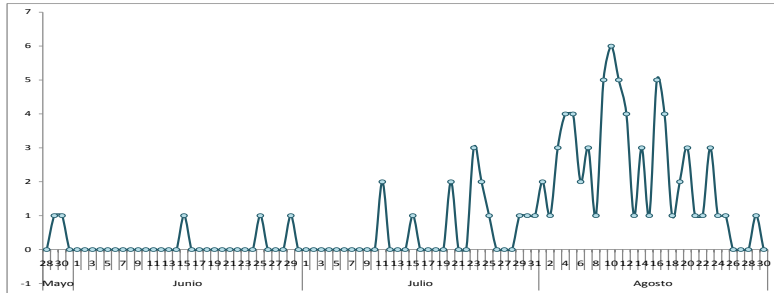
En conclusión en estas comunidades se encontraron un total de 87 casos compatibles con el evento, La comunidad expresa que dentro de los primeros casos que aparecieron, uno pertenecía a un alumno procedente de la comunidad Consuelo del Paca, en esta comunidad se presentaron varios casos incluido el fallecimiento de un menor aparentemente asociado a este cuadro clínico.

La curva epidémica permite observar una concentración de casos en el mes de Agosto, con una probabilidad de período de incubación de 15 días, los pacientes manifiestan que el promedio de duración del cuadro clínico es de 7,1 días (Ver gráfica 37).

Gráfica 37. Curva epidémica de los casos probables del cuadro clínico del síndrome gastrointestinal, Acaricuara comunidad rural del municipio de Mitú-Vaupés, 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

8-10-2-3. Comunidad de Piracemo: De las 24 viviendas visitadas se identificaron 19 casos bajo la definición planteada. De acuerdo al comportamiento por edades se observa que el mayor número de casos está presente en población de niños y preadolescentes (10 casos) y adultos en edad productiva (8 casos).

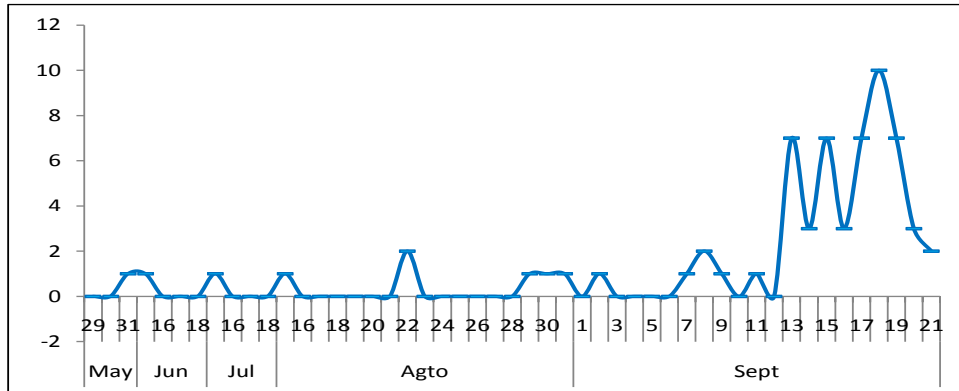
8-10-2-4. Colegio Coljer: Se identificaron un total de 78 estudiantes con cuadro clínico compatible con el evento, La tasa de ataque general del plantel estudiantil es de 18,2 por cada 100 estudiantes, la razón de tasas de ataque entre ser interno y externo es de 9,3, es decir que la condición de ser interno se identificó como un factor condicionante para el desarrollo del evento.

Otro variable que se evaluó y que se considera primordial es el grupo étnico, arrojándonos que los casos se relacionaron directamente con la descendencia indígena, solo se presentaron casos en los grupos poblacionales de mestizos e indígenas, con una mayor tasa de ataque en los alumnos indígenas (25%).

La variable edad se encuentra limitada y ligada al carácter de la institución (estudiantes de grados sexto a undécimo), es por ello por lo cual solo se encontraron 3 grupos de edades quinquenales, dentro de esta perspectiva encontramos que el grupo de edad de 15-19 y ser interno representan la tasa de ataque más alta 63%.

La curva epidémica muestra períodos de incubación, se vislumbra dentro de los primeros posibles casos, períodos que puede oscilar entre 15 a 30 días de incubación, así mismo se observa una acumulación de casos en el mes de septiembre -con tendencia al aumento- (Ver gráfica 38).

Gráfica 38. Curva Epidémica, colegio Coljer, municipio de Mitú, Vaupés-2010.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

8-10-3: Mortalidad por el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido -SGOD-

Para el período 2010 se identificaron un total de 48 muertes probablemente asociadas al SGOD, de las cuales el 79% (38/48) se confirmaron como casos compatibles con el evento en estudio, el 95% (36/38) de los casos confirmados reportaron ser residentes en el área rural, sólo el 18% (7/38) de los casos recibieron algún tipo de atención médica hospitalaria -5 Hospital San Antonio y 2 Puesto de Salud-, de las muertes que se desarrollaron en la ESE Hospital San Antonio se les realizó necropsia a 4 de los 5 casos. Las necropsias no fueron concluyentes, arrojando que el posible origen de la enfermedad es de tipo bacteriano no identificándose el tipo de microorganismos.

Igualmente otra variable significativa es que el evento de mortalidad por este síndrome, solo ha ocurrido en población indígena, aún habiéndose presentado casos de morbilidad y mortalidad en la zona urbana del municipio de Mitú. Es importante mencionar que los cuadros clínicos de los fallecidos han presentado una evolución tórpida, rápida y severa, el promedio de evolución en estos casos oscila entre 1 y 2 días.

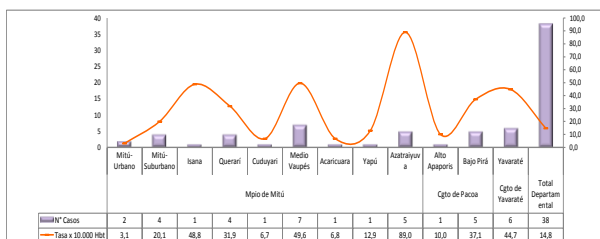
Se identificaron 26 comunidades con reporte de casos de mortalidad asociadas al SGOD, las cuales representan el 10% (26/255) del total de comunidades en el departamento.

En el análisis por zonas se identifica que el mayor número de muertes se ubicaron en las zonas del Medio Vaupés y Yavaraté, sin embargo por su tasa de incidencia la zona de Azatrayuva se configuró como el área que tuvo mayor magnitud en la ocurrencia de mortalidades, seguidas del Vaupés medio, estas dos últimas zonas se caracterizaron por que fueron las primeras áreas que arrojaron casos de mortalidad y morbilidad (Ver gráfica 39)

Gráfica 39. Distribución de los casos de mortalidad asociados al SGOD por zona de residencia en casos y tasa de incidencia, departamento de Vaupés – 2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

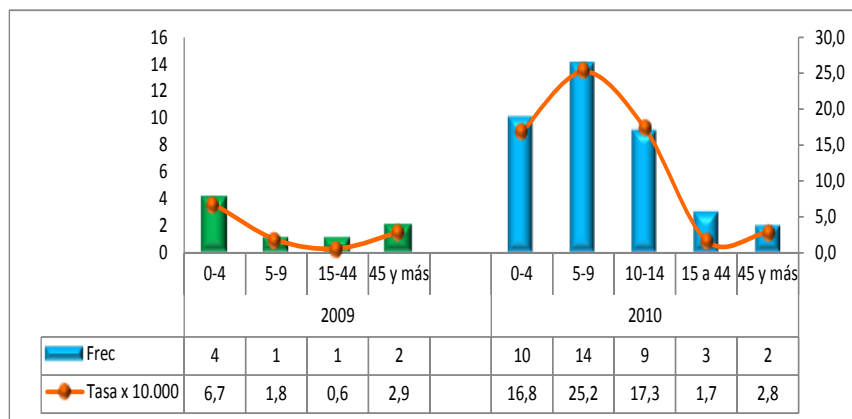


Fuente: Estadísticas vitales, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

Haciendo un análisis de la ocurrencia de mortalidad asociada a enfermedades gástricas ó diarreas desarrolladas para el año 2009, se identificó un total de 8 muertes, con la diferencia que el principal grupo de edad afectado son los menores de 5 años –población esperada dada su alta susceptibilidad-, de igual manera en el rango de 10 a 14 años no se identificaron casos de muerte con cuadro clínicos asociados a estos eventos.

Para el año 2010 se identifica un aumento del 79% con la ocurrencia de 38 muertes asociadas a SGOD, para este año se identifica que la población más afectada se encontró entre el rango de edad de 5 a 9 años y de 10 a 14 años, grupo poblacional que a nivel nacional e internacional no se considera susceptible a mortalidad por este tipo de eventos (Ver gráfica 40).

Gráfica 40. Incidencia de las muertes con diagnósticos compatibles con el evento de dolor abdominal, por grupo de edades, departamento de Vaupés, años 2009-2010.



Fuente: Estadísticas vitales, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

Por semana epidemiológica de la ocurrencia de las mortalidades para los años 2009 y 2010, se puede observar que durante el 2009 no hubo un comportamiento sostenido de la ocurrencia de mortalidades asociadas a eventos gástricos o diarreas, mientras que para el año 2010, la recurrencia de las muertes se ha mantuvo en una forma sostenida a través del tiempo, ocurriendo en promedio una

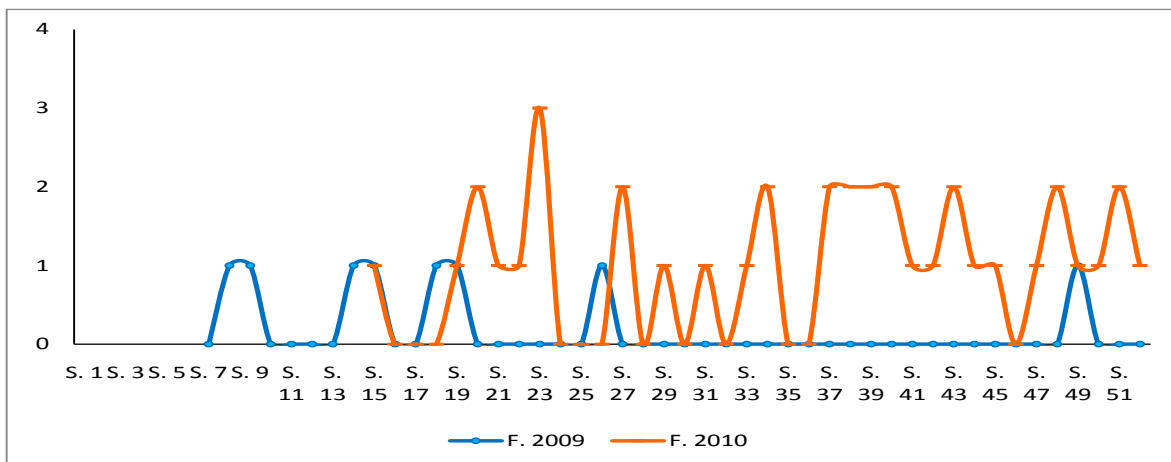


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



muerte por semana epidemiológica, pudiéndose concluir que el evento es independiente al estado climático (Ver gráfica 41).

Gráfica 41. Comportamiento de las muertes registradas en el departamento con diagnósticos compatibles con el evento de SGOD, durante las semanas epidemiológicas de la 16 a la 39, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Estadísticas vitales, Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud Departamental

Los municipios de Carurú y Taraira, y el corregimiento departamental de Papunahua no notificaron casos de mortalidad asociadas al SGOD.

Se identifica que las zonas en donde ocurre las mortalidades son lejanas entre sí, pero los movimientos poblacionales son continuos y aún más en estudiantes que se encuentran de carácter interno en los establecimientos educativos –los cuales albergan estudiantes procedentes de otras comunidades durante los días hábiles-, es por ello que las distancias de las zonas no se convierten en un factor limitante para la movilización de los indígenas entre las diferentes zonas geográficas, esta situación es un facilitador para el contacto de personas enfermas con sanas.

Es así como dentro de las variables de tiempo y lugar, la fácil conexión entre las diferentes comunidades por los movimientos poblacionales y la aparición inusitada en el departamento del evento, no es posible desligar que la ocurrencia de las muertes se asocien a este evento en particular (Ver mapa 5).

Mapa 5. Georeferenciación de los casos de Muerte asociadas al Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido, departamento de Vaupés 2010.



- i) *Estudios de campo de las mortalidades asociadas al síndrome: se han estudiado hasta la fecha un total de 19 casos. Para esta actividad se tuvo el acompañamiento de INS (3), MPS (3), Caprecom (1) y SSD-V (12).*
- j) *Realización del plan de mejoramiento con participación interinstitucional enfocado al mejoramiento en la vigilancia en salud pública y prestación de servicio en el área rural del departamento.*
- k) *Seguimiento por parte de la Secretaría de Salud Departamental al plan de mejoramiento.*

8.10.5. Conclusiones Sobre el Síndrome Gastrointestinal de Origen Desconocido - SGOD-

- *Se identificó en las tres intervenciones de brote una concentración de casos en menores de edad en un grupo de 5-14 años, así mismo, este grupo fue el mayormente afectado por mortalidad.*
- *Las medidas que se tuvieron en cuenta durante el proceso de intervención estuvieron dirigidas a la identificación del origen causal del evento, sin tener resultados concluyentes que identificaran modo o vehículo de transmisión, ni microorganismos relacionados.*
- *El establecimiento del cuadro clínico y la evolución de los síntomas no han permitido definir la historia natural de la enfermedad, dificultando la definición de los periodos de incubación, latencia y evolución.*
- *No se ha establecido de manera directa nexo epidemiológico de las muertes y las morbilidades notificadas, pero durante las intervenciones en las zonas se identifica una sintomatología similar en las personas afectadas.*
- *Solo se identificaron pacientes pertenecientes al grupo poblacional indígena.*
- *Dentro de los hallazgos logrados se ha podido descartar intoxicaciones de origen alimentario o por sustancias agroquímicas, las muestras de aguas arrojan un resultado esperado teniendo en cuenta las condiciones no salubres de las mismas en el departamento.*
- *Para la morbilidad que se ha observado encontramos una respuesta positiva a los antibióticos de primera generación y de amplio espectro.*
- *Dentro de las conclusiones presentadas por el INS y CNE-MPS, se aduce que la causa principal de estas morbilidades y mortalidades obedece a la deficiencia de la prestación de los servicios de salud y las condiciones higiénico sanitaria de la población indígena; situación que el departamento reconoce como una problemática social que puede actuar como coadyuvante a los eventos de mortalidad; sin embargo, desde el conocimiento de la región que se tiene por parte de los diferentes actores, definitivamente se consideró que existió un fenómeno nuevo que incidió y alteró la situación de salud de la población indígena en un grupo de edad muy poco susceptible a desarrollar mortalidad.*



9. SALUD NUTRICIONAL

El buen estado nutricional de un individuo va relacionado al consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada, y de la ausencia de enfermedad. Cuando aparecen problemas nutricionales por el déficit o el exceso en el consumo de alimentos se habla de "malnutrición".

El origen de la malnutrición por déficit o desnutrición es multifactorial; intervienen factores genéticos, ambientales, culturales, sociales, económicos, psicológicos, entre otros, por lo cual es considerada una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, que afecta a la población en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y niños.

La desnutrición, es uno de los problemas de salud pública que causa o puede estar relacionado con el mayor número de muertes y enfermedad en la población de niños y niñas menores de 5 años en el mundo. Según la OMS, la desnutrición en Colombia, va asociada en un 40% a cualquiera de las otras causas de morbilidad y mortalidad infantil.

La malnutrición en el departamento del Vaupés es el resultado de una serie compleja de factores de tipo social, cultural y económico; las dificultades para garantizar una adecuada prestación de servicios de salud la cual se ve condicionada por barreras de acceso geográfico, dispersión poblacional, alto costo, limitadas coberturas en los programas de promoción y prevención entre otros.

Dentro la cosmovisión indígena la desnutrición es desconocida como una enfermedad, existiendo ciertas prácticas y costumbres que pueden ser catalogadas de riesgo; dentro de la conceptualización indígena, la desnutrición es el resultado de la "transgresión" por parte de padres o cuidadores de las "normas, usos y costumbres" que limitan la compleja relación del hombre con el medio al momento de conseguir alimentos o de consumirlos. Más recientemente se evidencia las fallas en las prácticas de cuidado y el abandono de elementos tradicionales culturales, que podrían ser considerados factores protectores para la población de niños, niñas y adolescentes.

Las condiciones del suelo, vegetación y fauna en el departamento de Vaupés son de características especiales, la variedad de productos es limitada en algunas zonas, la disponibilidad de pescado (base de la alimentación en las comunidades indígenas), se ha reducido de manera sustancial, incidiendo en la poca variedad de la alimentación en las poblaciones indígenas, con insuficiente consumo de proteínas y vitaminas. Los productos que tradicionalmente se consumen en el interior del país son de limitado acceso, principalmente para la población residente en el área rural, el consumo de estos alimentos solo se realiza en los cascos urbanos de los municipios por la población con poder adquisitivo, y estos a un elevado costo, dado que la vía de ingreso de los alimentos y productos al departamento se realiza por vía aérea y en una baja proporción por vía fluvial, lo cual eleva su costo.

9.1. Estado Nutricional Materno



El inadecuado estado nutricional y la anemia en la gestación generan efectos deletéreos en la salud materno-fetal. En Colombia, la "Encuesta nacional de la situación nutricional 2005" arrojó que casi la mitad de las mujeres en estado de embarazo sufren de algún tipo de anemia (Ver tabla 34).

Tabla 34. Distribución porcentual de anemia en gestantes por grupo de edad, Colombia 2005.

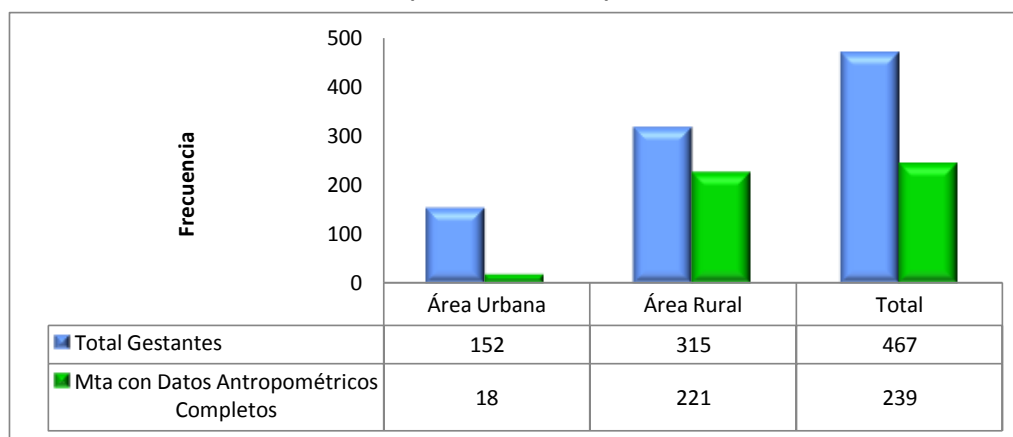
Grupo de Edad	% con Anemia
13 a 17	52,4
18 a 29	41,3
30 a 49	48,2

Fuente: Encuesta nacional de la situación nutricional 2005.

En el país 5 de cada 10 mujeres en estado de gestación sufren malnutrición y de éstas el 40% tienen déficit de peso, estados que pueden incidir en el bajo peso al nacer (BPN).

Para el diagnóstico del estado nutricional de las gestantes en el departamento de Vaupés se utilizó como fuente la cohorte de gestantes, la cual registra un total de 467 mujeres, registrando que el 67% (315/467) son procedentes del área rural, en la revisión de los datos se obtuvo que el 51% (239/467) de la cohorte de gestantes presentaron información antropométrica completa –variables de peso, talla y edad gestacional-, en la diferenciación por área de residencia de las gestantes se identifica que en el área rural los datos antropométricos se registraron de una manera más sistemática -70%-, sobre el área urbana -12%- (ver gráfica 42).

Gráfica 42. Distribución por área de residencia de las mujeres gestantes, con datos antropométricos completos, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

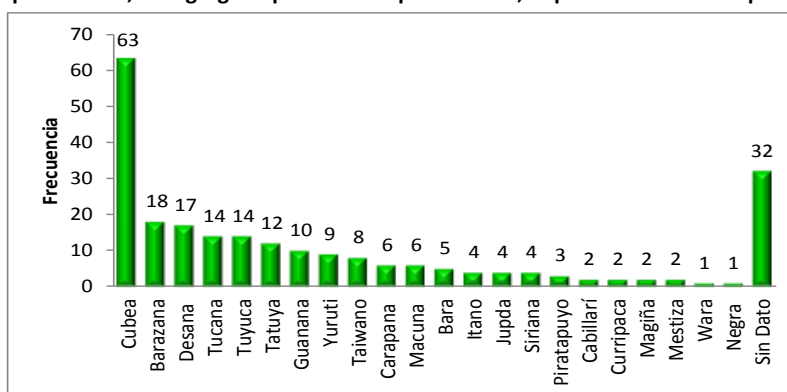
Las gráficas de evaluación utilizadas para la determinación del estado nutricional de las gestantes fue; índice de masa corporal de Atalah y colaboradores, los cuales clasifican a las gestantes en cuatro categorías:



E Enflaquecida **N** Normal **S** Sobrepeso **O** Obesidad

El 86% de las gestantes que conformaron el análisis nutricional reportaron pertenecer a una etnia indígena, entre las que sobresalen las cubeas, dato congruente al ser este grupo étnico el que mayor población indígena aporta al departamento (Ver gráfica 43).

Gráfica 43. Distribución de la muestra de gestantes con datos antropométricos completos, según su grupo poblacional, desagregado por etnia de pertenencia, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

9.1.1. Resultados de la Evaluación Nutricional de las Gestantes:

En el siguiente análisis es imprescindible mencionar que se desconoce el estado nutricional de las gestantes al inicio del embarazo, dato relevante para identificar el origen real de los estados de malnutrición.

Para el año 2010 se evaluaron nutricionalmente un total de 239 gestantes, de las cuales el 48,5% (116/239) presentaron algún tipo de malnutrición, se identifica que el enflaquecimiento fue la principal clasificación en esta cohorte, representando el 73% (85/116) de las embarazadas con algún tipo de alteración nutricional, presentándose 3 gestantes con enflaquecimiento por cada gestante con sobrepeso u obesidad; los casos de mujeres embarazadas enflaquecidas se pueden asociar a la deficiencia del consumo de alimentos proteicos-calóricos. Al ser la población indígena el grupo más representativo, se debe colocar en conocimiento que existen determinantes de tipo social como cultural que inciden de manera directa en la afectación o el posible desencadenamiento de este tipo de problemática, entre ellos figura la no disponibilidad constante de alimentos en las comunidades, donde la variedad y cantidad, dependen de la época del año como al comportamiento del medio ambiente (el año 2010 se caracterizó por la ola invernal); de igual forma se identifican ciertas prácticas alimentarias consistentes en la prohibición del consumo de ciertos alimentos que son considerados insanos en algunos estados fisiológicos como el embarazo, adicionalmente el consumo



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



de ciertas plantas como la hoja de Carurú (Rica en proteínas) no es aceptada como comestibles por algunos grupos étnicos (Ver tabla 35).

Tabla 35. Clasificación del estado nutricional de las gestantes con datos antropométricos completos, departamento de Vaupés 2010.

Clasificación del Estado Nutricional "Atalah"	Frecuencia	%
Enflaquecida	85	36
Normal	123	51
Sobrepeso	28	12
Obesidad	3	1
Total	239	100

Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

9-1-1-1- Residencia de las gestantes con clasificación nutricional: De la muestra de las gestantes con valoración antropométrica se identificó que el municipio de Mitú es el área que aporta el mayor número de casos (163 -68%-), seguido del corregimiento departamental de Pacoa (53 -22%-), datos esperados dado que son los que concentran el mayor número de pobladores en el departamento.

El 92,5% (221/239) de las embarazadas residen en el área rural del departamento. El municipio de Taraira no tuvo gestantes para la evaluación nutricional. Se debe resaltar que la muestra que corresponde al municipio de Carurú y el corregimiento de Papunahua son casuísticamente muy bajas, infiriendo en la sobreestimación u subestimación del análisis.

En el análisis por área de residencia se identifica que las gestantes clasificadas como enflaquecidas, tuvieron mayor proporción en las zonas rurales del departamento, mientras que se observó que para la zona urbana la principal clasificación de malnutrición es el sobrepeso, datos que se relacionan directamente con la disponibilidad de alimentos en cada área (Ver tabla 36).

Tabla 36. Lugar de residencia de las gestantes con valoración antropométrica, departamento del Vaupés año 2010.

Área	Corregimiento/Municipio	Muestra	Diagnostico nutricional							
			Normal		Enflaquecida		Sobrepeso		Obesidad	
			casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Rural	Mitú	147	76	51,7	54	36,7	16	10,9	1	0,7
	Carurú	1	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Pacoa	53	26	49,1	22	41,5	3	5,7	2	3,8
	Papunahua	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0
	Yavaraté	16	8	50,0	5	31,3	3	18,8	0	0,0
	Total	221	113	51,1	82	37,1	23	10,4	3	1,4
Urbana	Mitú	16	10	62,5	1	6,3	5	31,3	0	0,0
	Carurú	2	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
	Total	18	10	55,6	3	16,7	5	27,8	0	0,0

Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.



9-1-1-2. *Clasificación nutricional de las gestantes por grupo de edad:* La diferenciación por grupo de edad, se basa principalmente en el riesgo de las gestantes con edades extremas, en el cruce de las variables grupo de edad con estado nutricional de la muestra evaluada, se puede identificar que el grupo de mujeres entre los 35 a los 42 años el 73% (11/15) presentan características de enflaquecimiento, en este caso se debe aclarar la multifactorialidad que puede existir alrededor de este comportamiento, entre ellas se mencionan las siguientes:

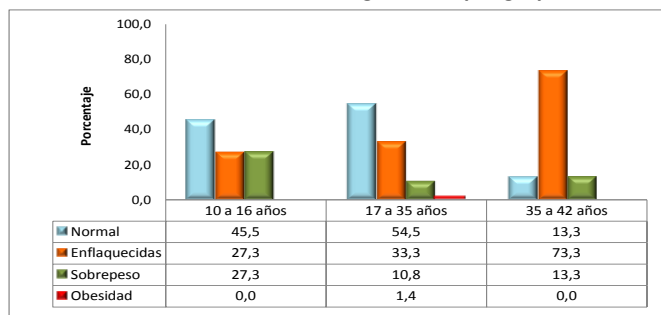
- ✓ Según el comportamiento de paridad en el departamento, las mujeres en este grupo de edad probablemente están cursando entre su cuarto y quinto embarazo previos a la gestación actual, en los cuales probablemente no recibieron suplementación nutricional, incidiendo en el estado nutricional actual.
- ✓ Períodos intergenésicos cortos, incluso se identifican casos de mujeres que están amamantando y quedan en estado de embarazo, dos estados que demandan un alto consumo energético por parte de la madre.
- ✓ La poca disponibilidad alimentaria adecuada y necesaria para la gestante.
- ✓ Deficiencias en la captación o nula disponibilidad de suplementos nutricionales para las gestantes, especialmente en el área rural.

Con respecto al sobrepeso, se evidencia que las adolescentes -menores de 17 años- presentaron el porcentaje más alto, si bien es un dato importante considerando que la mayoría reside en el área rural y se reconocen como población indígena, se debe tener en cuenta que este dato se ve influenciado por:

- ✓ La talla en las adolescentes no se ha completado en su totalidad.
- ✓ La población indígena por sus características genéticas es baja de estatura.

Ver gráfica 44.

Gráfica 44. Clasificación nutricional de las gestantes por grupo de edad, departamento de Vaupés – 2010.



Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

9-1-1-3. *Suplementación nutricional:* La suplementación nutricional con hierro, ácido fólico y carbonato de calcio, es una de las actividades contempladas en el programa de promoción y



prevención, como herramienta para garantizar que las mujeres en estado de gestación puedan suplir las necesidades nutricionales requeridas, y por ende evitar el desarrollo de patologías como la anemia que afectarían al binomio madre e hijo, es por ello que se le debe garantizar a toda gestante la administración de estos suplementos.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, reporta que, tres de cada cuatro mujeres embarazadas reportaron haber tomado suplemento de hierro durante su último embarazo. Lo utilizaron más primigestantes, de mayor nivel de riqueza y educación formal, residentes en zonas urbanas.

Por región, en donde menos mujeres utilizaron estos suplementos (menos de 70 por ciento) fue en la Oriental y en los departamentos de Vaupés, La Guajira, Nariño, Cauca, Boyacá, Cundinamarca, Tolima, Caquetá, Guainía, Vichada y Putumayo. Para el departamento de Vaupés, de las mujeres embarazadas encuestadas, solo el 47% recibió complementación con hierro durante la gestación.

El departamento de Vaupés, a través de la cohorte de gestantes reporta que el 27% (127/467) de las mujeres recibieron suplementos nutricionales, sin embargo, en la muestra evaluada que nos permite clasificar el estado nutricional, se obtuvo que sólo el 7,9% (19/239) de las embarazadas evaluadas recibieron suplementación nutricional.

En la disgregación por área de residencia se evidencia que las gestantes residentes en el área urbana tienen mayor oportunidad de acceder a este tipo de intervenciones, resaltando que las coberturas para esta área no fueron las idóneas y no se priorizaron según su estado nutricional, encontrándose que las mujeres con enflaquecimiento no tuvieron suplementación. Para el área rural la situación de las mujeres en estado de embarazo es más crítica en lo referente a la accesibilidad a los suplementos, obteniéndose una cobertura del 4,1% (9/221), siendo esta población la de mayor vulnerabilidad dadas sus características socioculturales (Ver tabla 37).

Tabla 37. Cobertura de la Suplementación nutricional de las maternas clasificadas según estado nutricional, por área de residencia, departamento de Vaupés 2010.

Clasificación del Estado Nutricional "Atalah"	Urbana			Rural			Total		
	Muestra	Con Suplementación	%	Muestra	Con Suplementación	%	Muestra	Con Suplementación	%
Normal	10	6	60,0	113	5	4,4	123	11	8,9
Enflaquecida	3	0	0,0	82	3	3,7	85	3	3,5
Sobrepeso	5	4	80,0	23	1	4,3	28	5	17,9
Obesa	0	0	0,0	3	0	0	3	0	0,0
Total	18	10	55,6	221	9	4,1	239	19	7,9

Fuente: Base de Datos Cohorte de Gestantes año 2010 – Oficina Prioridad Salud Sexual y Reproductiva
 Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

9.2. Bajo Peso al Nacer

El bajo peso al nacer es uno de los indicadores más importantes de evaluación de la calidad de vida de la población y es estrechamente asociado al estado nutricional de la madre, situación socioeconómica y el acceso a los servicios de salud. El bajo peso al nacer genera un incremento innecesario en la



demanda de atención médica y por lo tanto altos costos para el sistema de seguridad social en salud. Los mismos factores relacionados con la fallas en el acceso a los servicios de salud por parte de la gestante, se ven implicados en el bajo peso al nacer, con el agravante que este evento genera complicaciones y secuelas en el recién nacido que se verán reflejados en el aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal, infantil y en menores de 5 años por diferentes causas.

Clasificación del Bajo Peso al Nacer: Esta clasificación se da independientemente de la edad gestacional (7).

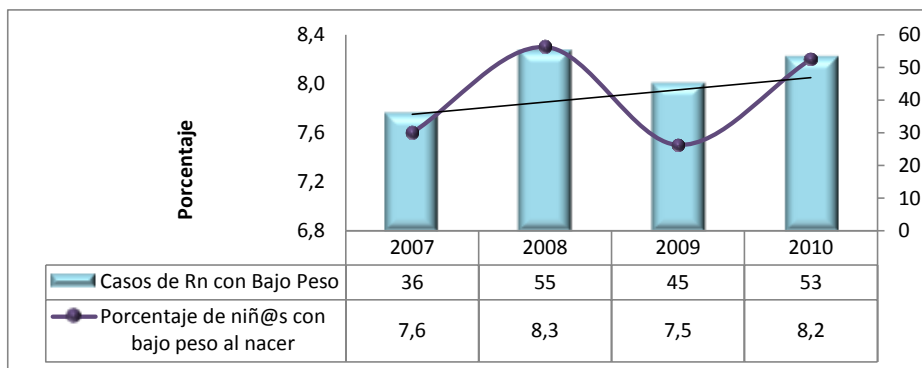
1. **Peso deficiente:** Neonato entre 2.500 y 2.999 gr.
2. **Bajo peso (BP):** cuando fluctúa entre 1.501 y 2.499 gr.
3. **Muy bajo peso (MBP):** neonato con un peso menor o igual a 1.500 gr.
4. **Bajo Peso Extremo:** neonato con peso inferior a 1.000 gr.

En la adaptación de la vigilancia de los recién nacidos con bajo peso y teniendo en cuenta las condiciones de vulnerabilidad, accesibilidad a los servicios de salud y los determinantes socioculturales de la población del Vaupés, se considera bajo peso cuando un menor presente un peso igual o menor a los 2500 gr, independiente de la edad gestacional.

9.2.1. Comportamiento del Evento Bajo Peso al Nacer en el Departamento.

A nivel nacional el departamento de Vaupés se configura dentro de los departamentos con menor proporción de recién nacidos con bajo peso, sin embargo, se observa que este evento durante los últimos cuatro años ha presentado un comportamiento tendiente al aumento, sin presentar diferencias significativas en su incidencia por año, con oscilaciones entre el 7,5 % y el 8,2% (Ver gráfica 45).

Grafica 45. Tendencia del evento de bajo peso al nacer, departamento de Vaupés 2008-2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

Dentro del departamento se identifican dificultades para la captación y registro de los nacimientos – diligenciamiento de nacido vivo-, traduciéndose en sub-registro de información y por ende en la identificación oportuna de los recién nacidos con bajo peso, entre las que se identifican están:



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



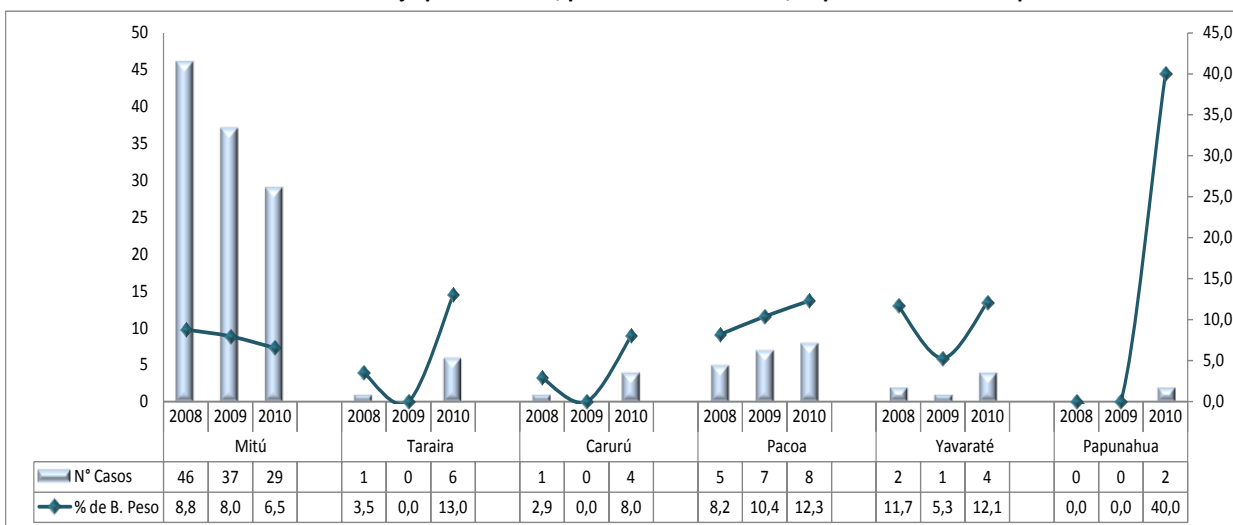
- ✓ Captación tardía de nacidos vivos que limita el conocimiento del peso real del nacido vivo.
- ✓ Falta de insumos en el área rural para la toma de talla y peso al recién nacido.
- ✓ Baja demanda de parto institucional y de atención del parto por personal de salud.

El análisis del comportamiento del evento por entidad territorial, permite hacer las siguientes observaciones: La entidad territorial que aporta el mayor número de casos de bajo peso al nacer es el municipio de Mitú, sin embargo, al realizar la comparación de casos en relación con el número de nacidos vivos por año, por entidad territorial, se observa que la mayor problemática de bajo peso al nacer se localiza en el área rural del departamento en los corregimientos departamentales y en los municipio de Carurú y Taraira para los años 2008 y 2010.

Es necesario destacar que teniendo en cuenta el bajo número de nacimientos captados en el área rural del departamento, la ocurrencia de un número bajo de casos de bajo peso al nacer, eleva la proporción de manera dramática, como es el caso del corregimiento de Papunahua el cual registró 5 nacimientos, 2 de los cuales tuvieron bajo peso, arrojando que el 40% (2/5) de niños nacieron con bajo peso en esta área, se resalta que esta corregimiento se caracteriza por concentrar el menor número de pobladores en el departamento.

El año 2010 representó para cada entidad territorial un aumento en la proporción de recién nacido con bajo peso, situación que se puede ligar al aumento en la identificación de los nacimientos, sin embargo, se aprecia que los corregimientos departamentales se configuran como las zonas con mayor susceptibilidad a nacimientos de niños y niñas con bajo peso (Ver gráfica 46).

Gráfica 46. Tendencia del evento de bajo peso al nacer, por entidad territorial, departamento de Vaupés 2008-2010



Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

El comportamiento del bajo peso al nacer en el departamento de Vaupés se relaciona con las dificultades para garantizar una atención continua a la mujer en etapa reproductiva y especialmente



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



en el periodo de la gestación, relacionado directamente a la canalización, acceso a control prenatal y parto institucional, en esta problemática se conjugan factores que limitan la prestación de servicios de salud en el departamento:

- | | |
|---|---|
| 1) La dispersión poblacional | 4) deficiencias en la atención de la gestante y del binomio madre-hijo |
| 2) Barreras geográficas "naturales" de acceso | 5) barreras de tipo cultural y social que limitan la demanda de servicios de salud. |
| 3) Alto costo de la atención | |

9.2.1.1. *Procedencia de los casos de Recién Nacido con Bajo Peso:* Para el año 2010 se registraron por estadísticas vitales un total de 647 nacimientos en el departamento, el 70% (454/647) de ellos correspondieron a mujeres residentes del área rural y el 30%(193/647) restante a la zona urbana del departamento.

La proporción del bajo peso por área de residencia evidencia mayor susceptibilidad de la ocurrencia del evento en la zona rural -9,0%- por encima de la urbana -6,2%-, comportamiento reiterativo en cada entidad territorial, exceptuando el municipio de Taraira que muestra una proporción más alta en su zona urbana -16,7%-. Estos resultados son congruentes con lo que se expuso en la situación nutricional de las maternas, en donde los factores de tipo demográfico, cultural, social y de accesibilidad a los servicios de salud actúan como determinantes para el desarrollo delevanto bajo peso al nacer (Ver tabla 38).

Tabla 38. Distribución y proporción del bajo peso al nacer, por entidad territorial y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.

Área	Urbana			Rural		
	Total Nacimientos	NV con BP	% NV con BP	Total Nacimientos	NV con BP	% NV con BP
Mitú	168	9	5,4	280	20	7,1
Taraira	12	2	16,7	34	4	11,8
Carurú	13	1	7,7	37	3	8,1
Pacoa	No Aplica	0	0	65	8	12,3
Yavaraté	No Aplica	0	0	33	4	12,1
Papunahua	No Aplica	0	0	5	2	40,0
Total	193	12	6,2	454	41	9,0

Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

9.2.1.2. *Relación de la edad gestacional con el bajo peso al nacer:* El bajo peso al nacer además de relacionarse directamente con el estado nutricional materno, se asocia a:



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



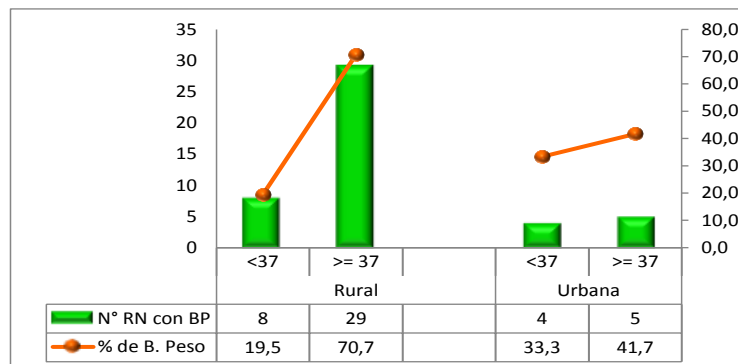
- 1) partos pre-términos (menor de 37 semanas de gestación)
- 2) a partos gemelares.

Es por ello que analizar la relación del bajo peso con la edad gestacional acorde u adecuada para un buen desarrollo del feto, es también un indicador de las condiciones físicas y sociales de la mujer gestante.

Ocho de los 53 casos de bajo peso, no registraron edad gestacional, es por ello que el análisis se baso en 45 casos de bajo peso que tenían esta variable consignada, como es de esperarse, el 79% (512/647) de los nacimientos registrados se dieron con semanas de gestación mayor o igual a 37 semanas, dentro de este grupo se identificó que el 6,4%(33/512) presentaron bajo peso al nacer (dos casos se relacionaron a partos gemelares).

El 62% (33/53)de los bajos pesos correspondieron a recién nacidos con edad gestacional mayor o igual mayor o igual 37 semanas, concluyendo que 7 de cada 10 nacimientos con bajo peso se dieron en mujeres con un parto a término y multiplicidad simple. Por área de residencia nuevamente se muestra que las mujeres gestantes residentes en el área rural son más susceptibles y vulnerables al desarrollo de este evento; el análisis por edad gestacional evidencia la multifactorialidad en la que se ve inmerso el bajo peso al nacer, partiendo en primera medida de la accesibilidad de las mujeres gestantes a los controles prenatales y por ende a la suplementación nutricional, como a las condiciones socio-demográficas de la población indígena (Ver gráfica 47)

Grafica 47. Distribución de los recién nacidos con bajo peso en casos y proporción, por área de residencia de las madres y edad gestacional, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

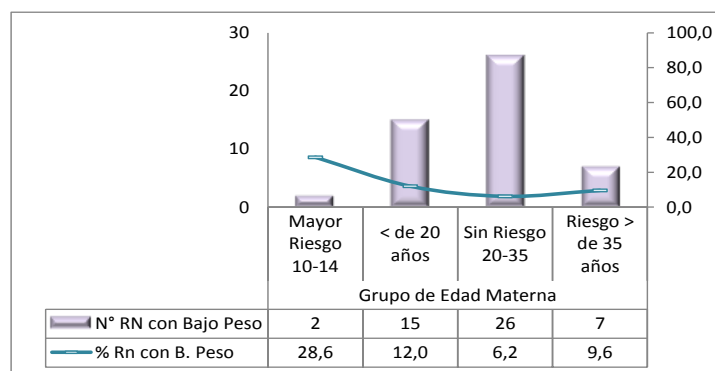


9·2·1·3· *Relación de la edad materna con el bajo peso al nacer: Se ha observado que una edad materna de menos de 20 años y entre los periodos de 35 a 40 años parece aumentar el riesgo para que los recién nacidos tengan menos de 2500 gr (8).*

Para el departamento de Vaupés se evidencia claramente como las edades consideradas de riesgo se identifican como factores que aumentan la susceptibilidad del desarrollo de recién nacidos con bajo peso, se debe resaltar el grupo de menores de 15 años que obtuvo la mayor proporción para este evento -28,6%- (2/7), situación que también se debe ligar al estado físico y emocional de las adolescentes, que generalmente no está acorde para el desarrollo de un embarazo, más en un contexto en donde el seguimiento y control de estos embarazos no se realizan de una manera continua y de calidad según los estándares nacionales.

Haciendo un análisis de los bajo pesos, se identifica que el 49% (26/53) de estos recién nacidos, son productos de madres con edad sin riesgo para el desarrollo de un embarazo saludable, proporción que evalúa el estado nutricional y emocional de las gestantes en el departamento (Ver gráfica 48).

Gráfica 48. Incidencia de recién nacidos con bajo peso por grupo de edad de la madre, departamento de Vaupés - 2010.-



Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

9·2·1·4· *Porcentaje de niños y niñas con peso deficiente al nacer: En este apartado se quiere mencionar lo referente al peso deficiente, que si bien no está contemplado como objeto de vigilancia en salud pública a nivel nacional, en el departamento se constituye un dato de gran importancia en la medida que las condiciones sociales y culturales, influyen de manera directa en el buen seguimiento de estos menores.*

En general el departamento reporta que el 20% (128/647) de los nacimientos que se registraron tuvieron un peso entre los 2501 - 2999 gr –peso deficiente-, en relación con la residencia de las mujeres con recién nacidos con esta clasificación, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, situación preocupante en la medida que las mujeres residentes del área urbana gozan de una mayor accesibilidad y asequibilidad a servicios de salud, exponiendo fallas en los programas de promoción y prevención, tanto para la captación como seguimiento de las mismas (Ver tabla 39).

Tabla 39. Distribución y proporción del peso deficiente al nacer, por entidad territorial y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.

Área	Urbana	Rural
------	--------	-------



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



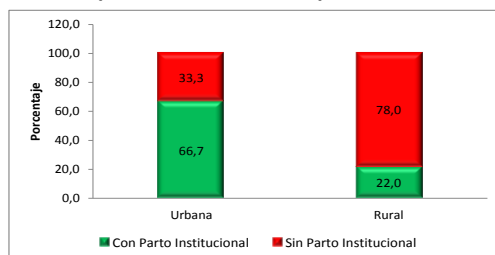
Mcpio/Cgto	Total Nacimientos	NV con Peso Deficiente	% NV con P. deficiente	Total Nacimientos	NV con Peso Deficiente	% NV con P. deficiente
Mitú	168	37	22,0	280	59	21,1
Taraira	12	2	16,70	34	2	5,9
Carurú	13	1	7,7	37	6	16,2
Pacoa	No Aplica	0	0	65	13	20,0
Yavaraté	No Aplica	0	0	33	8	24,2
Papunahua	No Aplica	0	0	5	0	0,0
Total	193	40	20,7	454	88	19,4

Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

9.2.1.5. *Recién nacidos con bajo peso al nacer y parto institucional: De los 53 casos de bajo peso identificados para el departamento de Vaupés, se identificó que el 32% (17/53) de los casos contaron con parto institucional, disgregando el dato por área de residencia se observó que el 22% (9/41) de los recién nacidos con bajo peso en la zona rural y el 67% (8/12) de los recién nacidos con bajo peso en la zona urbana, accedieron a un parto institucional, datos que nuevamente ubican al área rural con mayores problemas de accesibilidad a los servicios de salud.*

El 68% (36/53) del total de recién nacidos con bajo peso desarrollaron el parto por fuera de una institución de salud, dándose principalmente en el domicilio de las gestantes, situación que incide directamente en la no identificación y manejo oportuno de estos menores (Ver gráfica 49).

Grafica 49. Distribución porcentual de los casos de recién nacidos con bajo peso, por área de residencia y accesibilidad al parto institucional, departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Vigilancia en Salud Pública Estadísticas Vitales, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

9.3. *Nutrición en Niños, Niñas y Adolescentes (0-17 años).*

En la Guía técnica para la atención de la desnutrición incluida en la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social, se define la desnutrición como una condición patológica inespecífica, que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía (consumo de alimentos), un gasto excesivo de esta o la combinación de ambos, que puede presentarse en cualquier etapa del ciclo vital.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Para el análisis de la situación de desnutrición en la población de niños, niñas y adolescentes en el departamento de Vaupés, se tuvieron dos fuentes de información básica:

- ✓ Información antropométrica del año 2007 de los tres municipios y los tres corregimientos que conforman el departamento. La muestra para el análisis nutricional de niños y niñas de este año se obtuvo a través de los datos antropométricos recolectados por los grupos extramurales durante sus recorridos de atención en salud por el área rural del departamento y en las áreas urbanas. Para este año no se contó con datos para la población menor de dos años.
- ✓ Información antropométrica correspondiente al año 2010, se contó con información de los municipios de Mitú y Carurú y de los corregimientos departamentales de Pacoa y Papunahua, obtenidos de las actividades de toma de datos antropométricos contratada en el marco del plan de intervenciones colectivas para los corregimientos departamentales y datos recolectados por los profesionales de apoyo en salud pública del municipio de Carurú.

Ver tabla 40.

Tabla 40. Distribución de la muestra poblacional para el análisis de la situación de la salud nutricional de niños, niñas y adolescentes, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.

Grupo de Edad	2007	2010
0 a 2 años	843	304
2 a 5 años		524
5 a 17 años	1193	927
Total	2036	1755

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

La Valoración Nutricional se llevó a cabo de acuerdo a los patrones de crecimiento y desarrollo establecidos por la Organización Mundial de la Salud y establecidos en Colombia a través de la resolución 2121 de junio de 2010. La información se presentará según el análisis de los indicadores nutricionales básicos por grupo de edad. Para el año 2010, se presenta, para el grupo de menores de 5 años la información desagregada en dos grupos de 0 a 2 años y de 2 a 5 años.

Los parámetros que se utilizaron para la evaluación nutricional fueron:

1. *Relación Peso/Edad Desnutrición Global:* A través del indicador de la relación si el peso es adecuada para la edad, se evalúa la desnutrición actual y previa que han sufrido los niños y niñas. Este es el indicador más notorio o trazador en el grupo de edad de 0 a 2 años, ya que con este indicador se puede evidenciar problemas nutricionales desde la gestación, durante el inicio de la lactancia materna y la alimentación complementaria.
2. *Relación Peso/Talla Desnutrición Aguda:* El indicador antropométrico de peso para la talla, permite determinar estado nutricional actual. En estos casos se evidencia un adelgazamiento con relación a la estatura o longitud del niño o niña. Es importante resaltar que algunos de los factores de riesgo para la aparición de este tipo de alteración es el inicio tardío de la



alimentación complementaria. La desnutrición aguda se encuentra relacionada de manera directa con la mortalidad en menores de 5 años.

3. *Relación Talla/Edad Retraso en el Crecimiento ó Talla Baja para la Edad: Es el indicador antropométrico de Talla para la Edad, permite determinar el retraso en el crecimiento. Es un indicador que permite evaluar la historia nutricional previa al igual que el indicador de peso para la edad.*
4. *Índice de Masa Corporal –IMC- Sobrepeso y Obesidad: La obesidad es considerada un problema de salud pública por sus implicaciones en la salud de la población y la economía nacional y está asociada a cambios en la dieta de la población y la falta de actividad física. A sí mismo se expidió la Ley 1355 de 2009 que define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a está como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención (9).*

9.3.1. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 0 a 2 años.

La información antropométrica con la cual se realizó la evaluación del estado nutricional de los niños y niñas perteneciente al grupo de edad entre los 0 a 2 años corresponde a una muestra de 304 menores valorados, estos datos corresponden al periodo anual 2010 y es procedente de los municipios de carurú (36) y Mitú (152), y los corregimientos departamentales de Pacoa (111) y Papunahua (5). Resaltando que no se obtuvieron muestras para el análisis de la situación nutricional de este grupo de edad en le municipio de Taraira y el corregimiento departamental de Yavaraté.

9.3.1.1. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad): El 17,1% (52/304) de la población total analizada entre 0 a 2 años presentaron desnutrición global, con un mayor porcentaje de ocurrencia en el municipio de Mitú (22% -8/36-) seguido del corregimiento de Papunahua (20% -1/5-), este último con la característica de tener muy poca casuística que sobre-estimaría el evento.

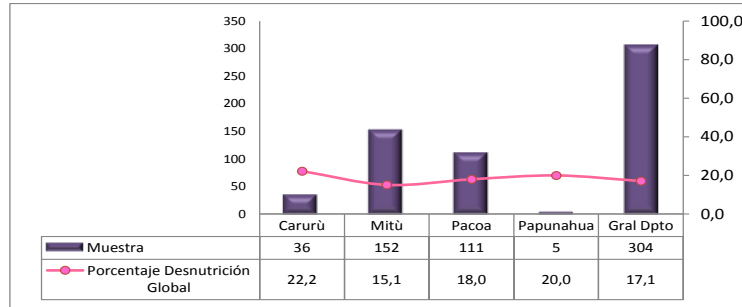
Se resalta que de los casos identificados con desnutrición global en los niñas y niños entre los 0 a los 2 años, se presentaron 20 casos con características de severidad (38,5% -20/52-). El mayor número de casos se observó en el corregimiento departamental de Pacoa con 45% (9/20) y el Municipio de Mitú con un 43,5% (10/23) (Ver gráfica 50).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 50. Porcentaje de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.

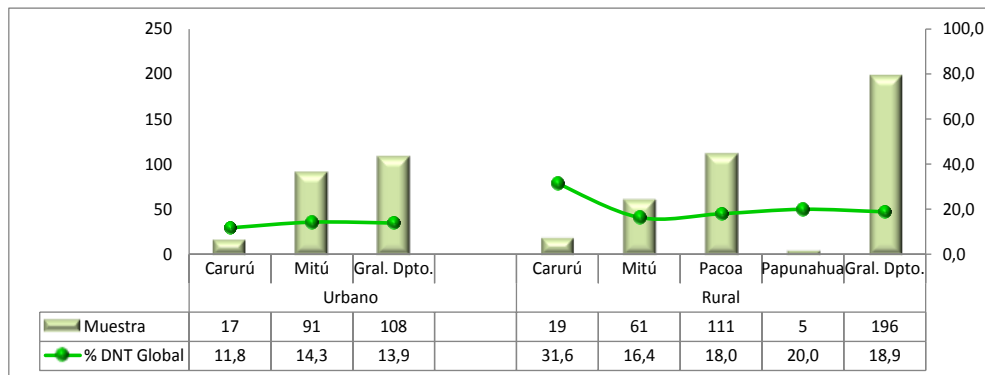


Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Para el análisis de la desnutrición global por área de residencia, arroja que por cada 10 niños y niñas con este tipo de desnutrición en el área urbana existen 14 niños y niñas con el mismo diagnóstico residiendo en el área rural, si bien es cierto que el área rural arroja una mayor proporción de proporción de desnutrición global (19% -37/52-), sobre el área urbana (14% -15/52-), estos datos para las dos zonas se considerarían de alta prevalencia.

Basados en los datos de la muestra analizada, la zona con mayor concentración de casos identificados es el área rural del municipio de Carurú (Ver gráfica 51).

Gráfica 51. Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área, departamento del Vaupés 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

El análisis por sexo, muestra en términos generales mayor susceptibilidad de desnutrición global en los niños que en niñas, evidenciándose o agudizándose este comportamiento en las zonas del corregimiento de Pacoa y el municipio de Carurú, con una relación hombre/mujer de: 10/19 y 10/22 respectivamente para cada zona específica.

Con relación al sexo femenino se observa una proporción alta en el corregimiento de Papunahua, aunque estos resultados están supeditados a la poca muestra que se tuvo para la zona (Ver tabla 41).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



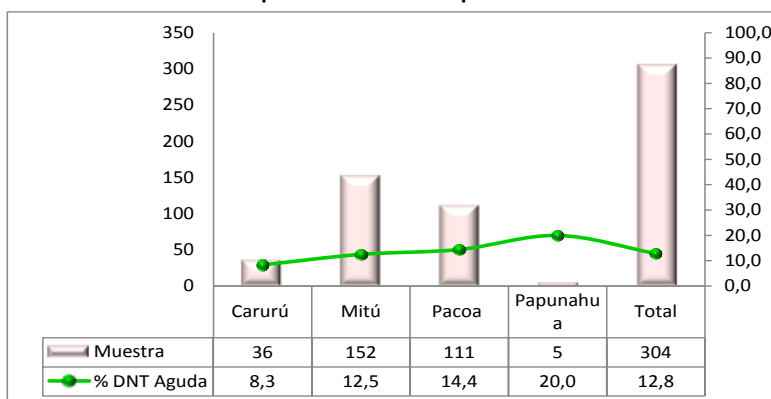
Tabla 41. Distribución general de casos de desnutrición global en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por sexo, departamento del Vaupés 2010.

	Sexo Femenino			Sexo Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	19	3	15,8	17	5	29,4
Mitú	74	11	14,9	78	12	15,4
Pacoa	54	6	11,1	57	14	24,6
Papunahua	3	1	33,3	2	0	0,0
Total	150	21	14,0	154	31	20,1

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.1.2. *Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con desnutrición aguda (Relación Peso/Talla): El análisis del estado nutricional de la muestra de los niños y niñas entre los 0 a los 2 años, mostró una proporción del 13% (39/304) de desnutrición aguda, de los cuales el 54% (21/39) se encontraban con características de estado severo. Se observó que la mayor proporción de casos se encontró en el corregimiento de Papunahua y en el corregimiento de Pacoa, con el 20% (1/5) y el 14% (16/111) respectivamente (Ver gráfica 52).*

Gráfica 52. Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.



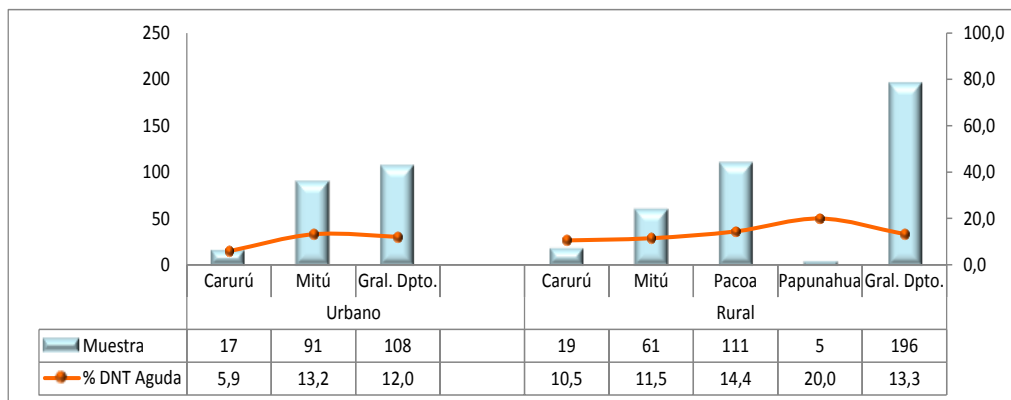
Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Basados en los datos analizados, se identifica que no hay diferencias significativas entre la proporción de la desnutrición aguda por área de residencia, con una proporción para la zona urbana del 12% (13/108) y para la zona rural del 13% (26/196), indicando estos resultados que la probabilidad y las condiciones para el desarrollo de desnutrición aguda en los niños y niñas entre los 0 a 2 años, están en casi iguales condiciones para las dos áreas.

Sin embargo se resalta que los corregimientos de Pacoa y Papunahua aportan las cifras más altas en términos de proporción, por observacionalidad de estas zonas y dadas las condiciones de vulnerabilidad a las que se encuentran expuestas esta población, estas cifras serían consistentes y esperadas (Ver gráfica 53).



Gráfica 53. Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

En el análisis de la proporción de la desnutrición aguda por sexo en los niños y niñas entre los 0 a 2 años, a diferencia de la desnutrición global, no se observa mayor susceptibilidad por sexo, arrojando una relación de hombre/mujer de 10/11, es decir, por cada niño con desnutrición aguda se identifican 11 niñas con el mismo diagnóstico.

Sin embargo, se resalta que disgregando este dato por ente territorial, en el municipio de Carurú el comportamiento de este evento caracteriza a los niños con mayor predisposición al desarrollo de la desnutrición de tipo aguda, con una relación de casos hombre/mujer 22/10, comportamiento igualmente observado para el corregimiento de Pacoa relación hombre/mujer 21/10 (Ver tabla 42).

Tabla 42. Distribución general de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por sexo, departamento del Vaupés 2010.

	Sexo Femenino			Sexo Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	19	1	5,3	17	2	11,8
Mitú	74	13	17,6	78	6	7,7
Pacoa	54	5	9,3	57	11	19,3
Papunahua	3	1	33,3	2	0	0,0
Total	150	20	13,3	154	19	12,3

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

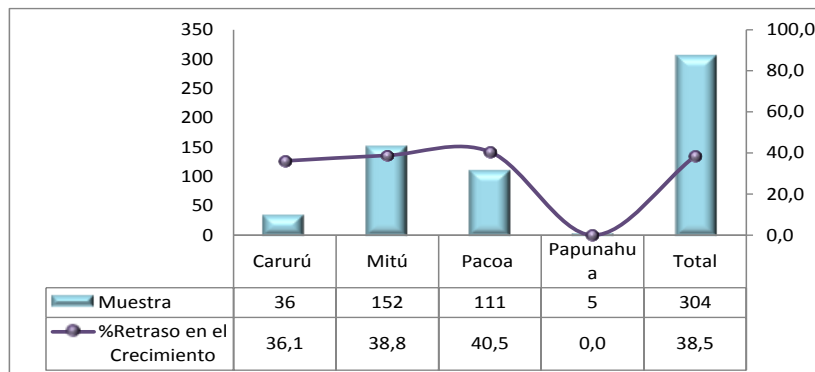
9-3-1-3. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con retraso en el crecimiento ó talla baja para la edad (Relación Talla/Edad): Si se encuentra un niño o niña con alteración en el indicador talla para la edad únicamente, se considera que este menor no se encuentra en riesgo de complicaciones clínicas o riesgo de muerte asociada a desnutrición, pero si además de tener déficit severo en este indicador se encuentra en déficit para otro indicador (peso para la edad o peso para la talla), se considera que puede estar en riesgo de presentar complicaciones y/o muerte.



Los datos analizados para este indicador, arroja que el 39% (117/304) de los niños y niñas entre los 0 a 2 años, presentan un retraso en su crecimiento, como se menciono anteriormente este solo criterio no es indicativo para colocar en riesgo de muerte o complicación al menor, pero en la medida que reúna otros criterios aumenta esta probabilidad. Este indicador representa la mayor proporción de problemas relacionados con la desnutrición en este grupo de edad, evidencia que la calidad y/o accesibilidad que han tenido estos menores a una alimentación adecuado para garantizar su buen desarrollo no ha sido la suficiente y necesaria, expresándose en el inadecuado desarrollo de la talla.

Con respecto a la proporción por ente territorial, se observa una afectación general con altas proporciones en cada una de las zonas evaluadas, resaltando que este indicador para el corregimiento de Papunahua no se identificó, nuevamente se hace hincapié que esta zona no tuvo un buen número de de individuos evaluados, pudiéndose asociar a una subestimación del dato (Ver gráfica 54).

Gráfica 54. Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial, departamento del Vaupés 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Basados en la muestra analizada de niños y niñas entre los 0 a 2 años, la zona de residencia que presentó mayor proporción de retraso en el crecimiento son los ubicados en la zona urbana, con una ocurrencia de trece casos en esta zona por cada diez en la zona rural, si bien es cierto, el área urbana cuenta con una mayor disponibilidad y variabilidad de alimentos, se debe tener en cuenta que existe una limitante de tipo socioeconómico en la accesibilidad a ellos, por ser el Vaupés uno de los departamentos con mayor costo en la canasta familiar y presentar la mayor población indígena en el país, quienes culturalmente tienen definido una base alimentaria.

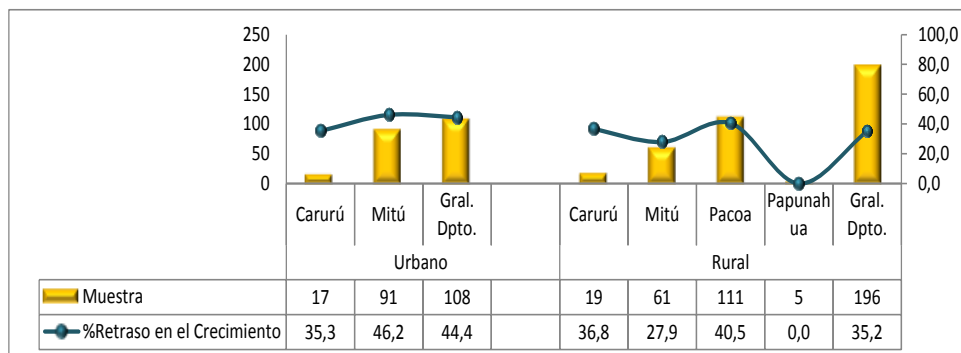
Se puede concluir, que sin importar la ubicación de residencia existe un alto porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años que han presentado problemas en la accesibilidad a una alimentación que le garantice un buen estado nutricional (Ver gráfica 55).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 55. Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

La muestra general de niños y niñas entre los 0 a 2 años, muestra que las niñas tuvieron una mayor proporción en el retraso de su crecimiento, con una proporción del 43% (64/150), sin embargo, en el análisis individual por entidad territorial el corregimiento de Pacoa y el municipio de Carurú los niños se configuran con mayor probabilidad de desarrollar retraso en su crecimiento (Ver tabla 43).

Tabla 43. Distribución general de casos de retraso en el crecimiento o talla baja para la edad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por sexo, departamento del Vaupés 2010.

	Sexo Femenino			Sexo Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	19	5	26,3	17	8	47,1
Mitú	74	38	51,4	78	21	26,9
Pacoa	54	21	38,9	57	24	42,1
Papunahua	3	0	0,0	2	0	0,0
Total	150	64	42,7	154	53	34,4

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.1.4. Porcentaje de niños y niñas de 0 a 2 años con sobrepeso y obesidad, según índice de masa corporal -IMC-: Para el departamento de Vaupés en la muestra analizada se aprecia que los eventos relacionados con alteraciones nutricionales por exceso, alcanzaron cifras considerablemente altas, sobrepasando las cifras de las alteraciones por déficit como la desnutrición global y aguda.

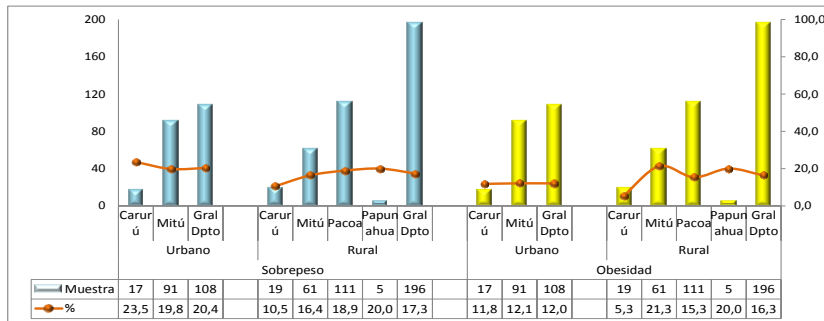
Para el sobrepeso se identifica una mayor proporción de casos en la zona urbana, sobre la zona rural, con una relación de 12 casos en la zona urbana por cada 10 en la zona rural, mientras que para la



obesidad el comportamiento es totalmente contrario, con una mayor proporción de casos en la zona rural sobre la zona urbana, con una relación de 10 casos en la zona urbana por cada 14 en la zona rural.

La proporción de obesidad y sobrepeso en el grupo de edad de 0 a 2 años, se puede asociar a la elección errada de alimentos en la complementación alimentaria de estos niños y niñas, que así mismo, es debido a la falta de orientación a las madres durante el período de gestación y lactancia materna, de igual forma se debe tener presente que esta complementación alimentaria está sujeta a la disponibilidad de los alimentos en cada una de las áreas y que la principal fuente de alimentación en la población indígena es basada en la yuca y sus derivados (Ver gráfica 56).

Gráfica 56. Porcentaje de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

La situación del sobrepeso y la obesidad en la muestra de niños y niñas entre los 0 a 2 años, revela que tienen proporciones diferentes para cada tipo de malnutrición, configurándose las niñas con mayor proporción de sobrepeso y los niños con mayor proporción de obesidad (Ver tabla 44).

Tabla 44. Distribución general de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 0 a 2 años por entidad territorial y por sexo, departamento del Vaupés 2010.

	Sobrepeso						Obesidad					
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	19	3	15,8	17	3	17,6	19	1	5,3	17	2	11,8
Mitú	74	19	25,7	78	9	11,5	74	9	12,2	78	15	19,2
Pacoa	54	10	18,5	57	11	19,3	54	6	11,1	57	11	19,3
Papunahua	3	1	33,3	2	0	0,0	3	0	0,0	2	1	50,0
Departamental	150	33	22,0	154	23	14,9	150	16	10,7	154	29	18,8

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.2. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 2 a 5 años:



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Para el análisis de este grupo poblacional, se utilizó los datos antropométricos recolectados en el 2007 y 2010. Para el 2007 la muestra correspondió a un total de 840 niños y niñas procedentes de los municipios de Mitú, Carurú y Taraira y los corregimientos Pacoa, Papunahua y Yavarate; mientras que para el 2010 la muestra correspondió a un total de 524 niños y niñas procedentes de los municipios de Mitú y Carurú y los corregimientos Pacoa y Papunahua. También se resalta que la zona rural del municipio de Carurú para el año 2007 no recolecto muestra para evaluación nutricional de los niños y niñas en este grupo de edad.

En términos generales las muestras recolectadas para el 2007 y 2010 son comparables, y pueden estimar una prevalencia general del departamento, sin embargo, el estimativo por ente territorial no se logra a cabalidad con todos los municipios y corregimientos, al carecer de una muestra que represente la zona y el área. Se aclara que para la recolección de las muestras no se tuvo en cuenta una estimación estadística de la población a evaluar.

9.3.2.1. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad): Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, a nivel nacional se encontró que el 7% de los menores de 5 años valorados presentaron desnutrición global (relación Peso para la Edad) y que la región de la Costa Norte, presentó el mayor porcentaje para este tipo de Desnutrición.

Por departamento, se encontró que La Guajira con el 15,5%, seguido de Santander con el 12% y Córdoba con el 12%, fueron los departamentos que presentaron los más altos porcentajes de niños menores de 5 años con desnutrición global. Para el caso del departamento de Vaupés, se encontró que el 10,2% de los niños menores de 5 años, presentaron este tipo de desnutrición.

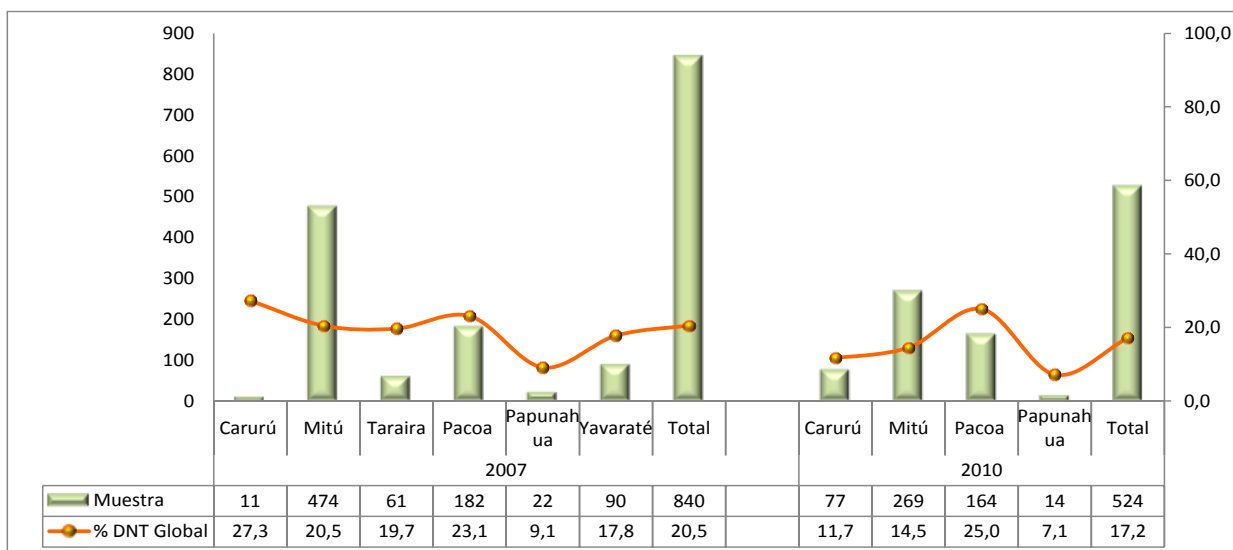
La muestra evaluada en el departamento para los años 2007 y 2010, arroja una proporción para la desnutrición global en niños y niñas entre los 2 a los 5 años, del 20,5% y 17,2% respectivamente para cada año, evidenciando que los porcentajes encontrados superan los resultados obtenidos por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 tanto a nivel nacional como departamental. Si bien, no se tienen datos en el 2010 para cada municipio y corregimiento, es importante resaltar que la zona correspondiente al corregimiento de Pacoa presenta la mayor proporción de este tipo de desnutrición. Con respecto a la severidad en este tipo de desnutrición, se identificó que para el año 2007 el 22,1% (38/172) de los niños y niñas con desnutrición global presentaron severidad, mientras que para el 2010 el porcentaje de severidad fue del 30% (27/90).

Se puede concluir, que si bien se obtuvo una menor proporción para el año 2010 de desnutrición global, la severidad del estado fue más alta para este mismo año (Ver gráfica 57)

Gráfica 57. Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

El comportamiento de la desnutrición global por área de residencia en niños y niñas entre los 2 a los 5 años, arroja que la proporción es más alta en el área rural por sobre el área urbana para las muestras analizadas para los años 2007 y 2010, pudiéndose estimar que la población residente del área rural es mayormente susceptible al desarrollo de desnutrición de tipo global.

La zona rural no evidenció cambios significativos en la proporción entre los dos años que se tabularon datos, con resultados del 21,6% (135/621) para el año 2007 y del 21,1% (73/346) para el año 2010, como se menciona anteriormente el análisis por ente territorial no es comparable por carecer de muestra en algunas zonas y áreas, sin embargo, vale la pena resaltar que la zona rural del municipio de Taraira para el año 2007 arrojó un alto porcentaje de desnutrición global, igualmente la zona del corregimiento de Pacoa cuya proporción para los dos años es casi similar del 23,1% (año 2007 42/182) y del 25,0% (año 2010 41/164).

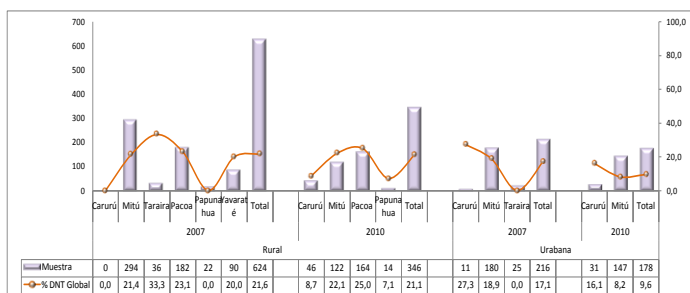
Para el área urbana se identifica un cambio significativo en la proporción de la desnutrición global, pasando del 17,1% (37/216) en el 2007 al 9,6% (17/178) en el 2010, si bien es cierto se encontró una disminución considerable no se puede asociar a acciones en su prevención, y como se menciona anteriormente la distribución de las muestras obtenidas para cada año no se basaron en proyecciones estadísticas influyendo en la variabilidad de los resultados.

Basados en los resultados de la muestra analizada para el año 2010, la relación de desnutrición global en niños y niñas entre los 2 a 5 años por área de residencia, arroja que por cada niño y niña en el grupo de edad de 2 a 5 años con desnutrición global en el área urbana se identifican dos en el área rural (Ver gráfica 58).

Gráfica 58. Porcentaje de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

En el análisis de la desnutrición por sexo, se evidencia que las niñas tienen mayor proporción de desnutrición frente al sexo masculino, predominando la relación de 10 niños por cada 11 o 12 niñas con desnutrición global, para los dos años de evaluación.

Por ente territorial esta relación se ve más marcada en el municipio de Carurú, oscilando entre 24 (2007) y 18 (2010) niñas por cada 10 niños con desnutrición global (Ver tabla 45).

Tabla 45. Distribución general de casos de desnutrición global en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y por sexo, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.

Municipios y Corregimientos	2007						2010					
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	5	2	40,0	6	1	16,7	41	6	14,6	36	3	8,3
Mitú	251	54	21,5	223	43	19,3	139	21	15,1	130	18	13,8
Taraira	27	6	22,2	34	6	17,6	0	0	0,0	0	0	0,0
Pacoa	92	26	28,3	90	16	17,8	80	21	26,3	84	20	23,8
Papunahua	8	0	0,0	14	2	14,3	8	1	12,5	6	0	0,0
Yavaraté	50	8	16,0	40	8	20,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Departamental	433	96	22,2	407	76	18,7	268	49	18,3	256	41	16,0

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.2.2. *Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con desnutrición aguda (Relación Peso/Talla):* Como se menciona anteriormente la desnutrición de tipo aguda se relaciona directamente con los casos de mortalidad en menores de 5 años.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, la desnutrición aguda es principalmente rural y de mayor presencia en los departamentos de Vaupés, Guainía y Putumayo. La encuesta



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



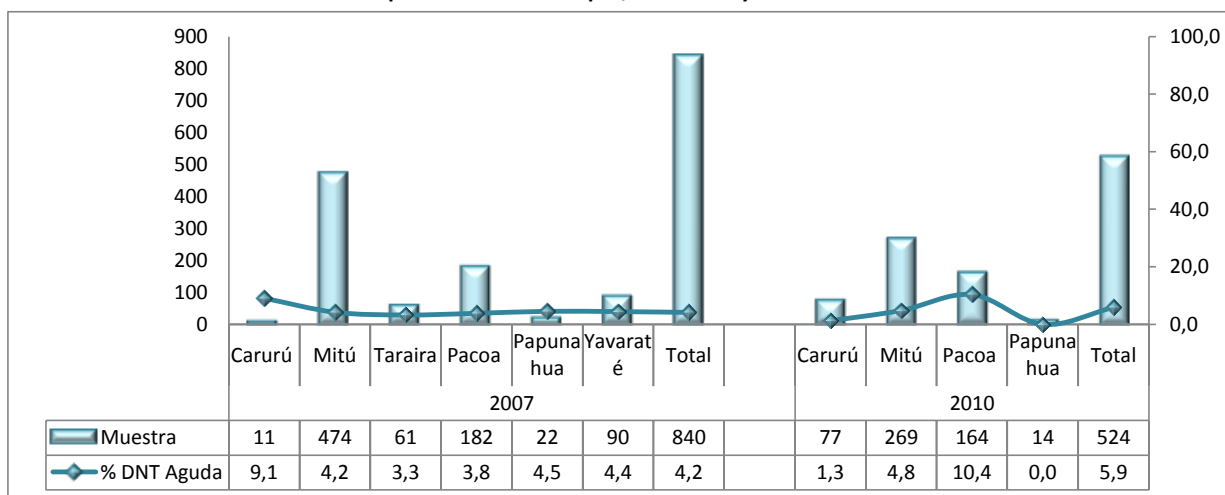
mostró que la desnutrición aguda severa está presente en esta misma subregión de Orinoquía y Amazonía y los departamentos de Casanare y Boyacá.

El porcentaje de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años por departamento, identificó que los más altos resultados lo presentaron los departamentos de: Guainía con el 4%, Putumayo con el 4% y Guaviare con el 3,5%, el departamento de Vaupés arrojó un resultado del 4,1%.

En el análisis interno para la determinación de la desnutrición aguda en el departamento de Vaupés, se tiene datos antropométricos de niños y niñas entre los 2 a 5 años recolectados para los períodos 2007 y 2010, obteniéndose una proporción del 4,2% (35/840) y de 5,9% (31/524) para cada año evaluado, estos resultados se ubican por encima de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 tanto nivel nacional como departamental.

Para este tipo de desnutrición se observa diferencias significativas en los resultados obtenidos a nivel departamental con un aumento en casi un 30%, como diferencias en los resultados por ente territorial -Mitú, Carurú, Pacoa y Papunahua-, variaciones que se hace más evidente en el corregimiento de Pacoa, la cual registró para el 2007 una proporción del 3,8% (7/182) y para el 2010 del 10,4% (17/164) (Ver gráfica 59).

Gráfica 59. Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

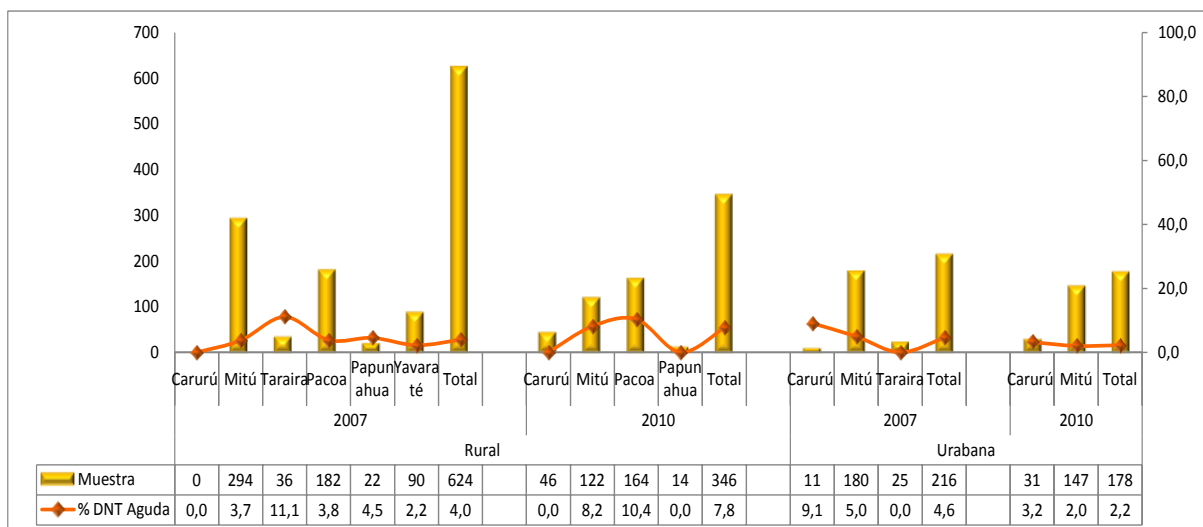


En el análisis de la proporción de casos de desnutrición aguda por área de residencia en los niños y niñas entre los 2 a 5 años, se identifica que los dos años de estudio tuvieron comportamientos diferentes, situando el área urbana (4,6% -10/216-) para el 2007 con mayor proporción que el área rural (4,0% -25/624-), datos que priorizarían para ese año los niños y niñas que residen en el área urbana, sin embargo, para el 2010 los resultados encontrados tienen un comportamiento inverso al del 2007, identificándose la zona rural (7,8% -27/346-) con mayor proporción de desnutrición aguda para el mismo grupo de edad, sobre el área urbana (2,2% -4/178-), evidenciando diferencias altamente significativas, dando una relación para el 2010 de: por cada 3 o 4 niños o niñas entre los 2 a 5 años con desnutrición aguda residiendo en la zona rural, se tendría un caso en la zona urbana (Ver gráfica 60).

Gráfica 60. Porcentaje de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

El análisis por sexo, muestra que en el departamento de Vaupés, la relación hombre/mujer para los dos años es casi similar, arrojando que por cada 1 niño de 2 a 5 años con desnutrición aguda existiría una niña con el mismo diagnóstico en el mismo grupo de edad, pudiéndose concluir que el sexo no entraría como un determinante para el desarrollo de este tipo de desnutrición en este grupo específico, aclarando que dentro de la población indígena si bien no existe diferencias entre el consumo de alimentos por sexo, si existe la discriminación en cuanto a las porciones de los mismos (Ver tabla 46).

Tabla 46. Distribución general de casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 2 a 5 años por sexo, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.

Años	Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
2007	433	17	3,9	407	18	4,4
2010	268	17	6,3	256	14	5,5

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.2.3. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con retraso en el crecimiento ó talla baja para la edad (Relación Talla/Edad): Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, a nivel nacional se encontró que el 12% de los menores de 5 años valorados presentaron retraso en el crecimiento (relación Peso para la Edad) y se presentó principalmente en las regiones Atlántica y Bogotá, las subregiones de Cauca, Nariño, La Guajira, Cesar y Magdalena.

La encuesta arrojó que el retraso en el crecimiento de una manera severa está presente en la costa Norte, en la región Atlántica, subregión de La Guajira, Cesar y Magdalena y los departamentos de La Guajira, (en donde es cuatro veces mayor al promedio nacional), Boyacá, Cauca y Amazonas.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

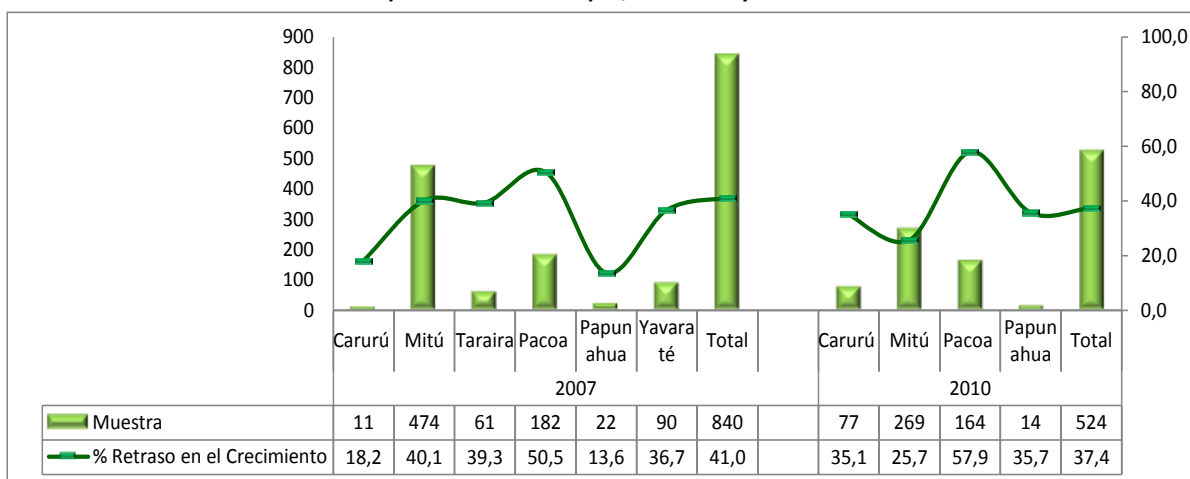


Por departamento, se encontró que La Guajira 24%, Boyacá con el 23% y Nariño con el 20%, fueron los departamentos que presentaron los más altos porcentajes de niños menores de 5 años con retraso en su crecimiento. Para el caso del departamento de Vaupés, se encontró que el 12,4% de los niños menores de 5 años, presentaron este tipo de desnutrición.

Para la situación del retraso en el crecimiento en el departamento de Vaupés en los niños y niñas entre los 2 a los 5 años, se utilizaron los resultados encontrados para los años 2007 y 2010, identificándose una proporción del 41,0% (344/840) en el 2007 y del 37,4 (196/524) para el año 2010. Se observa que con respecto a los resultados reportados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, que para los dos años evaluados los resultados obtenidos están por encima del nivel nacional y departamental.

Como fue mencionado previamente, si bien es difícil comparar los resultados entre los dos años evaluados, se observa que el corregimiento departamental de Pacoa arroja una proporción por encima del 50% de retraso en el crecimiento para los dos años evaluados, configurándose como la zona más crítica en el departamento de Vaupés (Ver gráfica 61).

Gráfica 61. Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaria de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

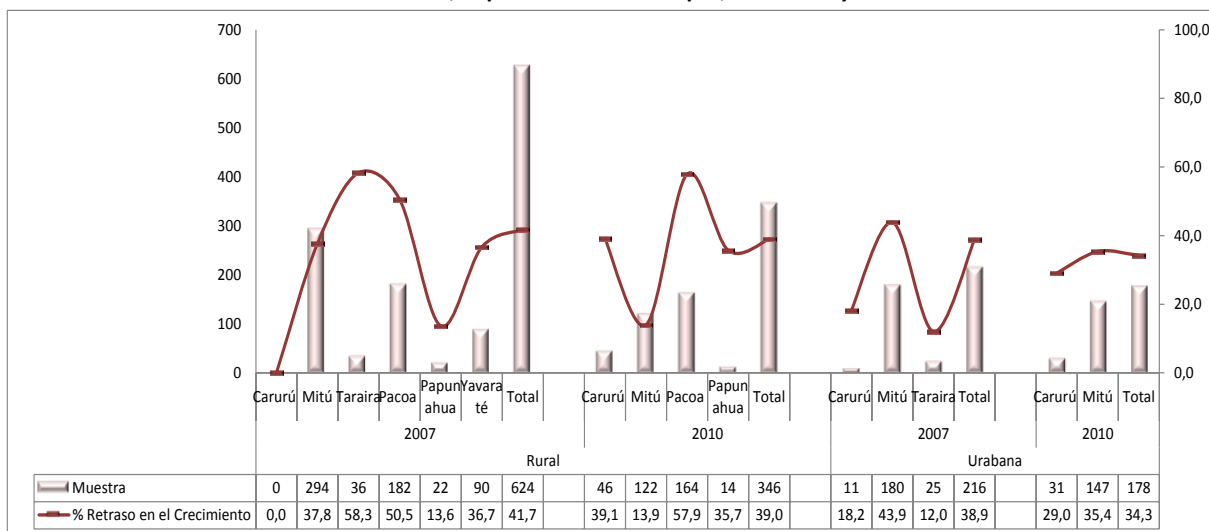
Los niños y niñas de 2 a 5 años residentes en el área rural, según las muestras analizadas en los años 2007 y 2010 tienen una mayor susceptibilidad en el retraso en su crecimiento, con una proporción entre el 39%(2010) y el 41,7% (2007), frente a la zona urbana, en dónde la proporción de retraso en el crecimiento está entre el 34,3% (2010) y el 38,9% (2007), aún así estos resultados evidencian una alta prevalencia de casos para las dos zonas (Ver gráfica 62).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 62. Porcentaje de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

El análisis por sexo no muestra diferencias estadísticamente significativas en la proporción de niños y niñas para los dos años que se evaluaron, situación que se replica para cada no encontrándose diferencias por ente territorial (Ver tabla 47)

Tabla 47. Distribución general de casos de retraso en el crecimiento en niños y niñas de 2 a 5 años por sexo y entidad territorial, departamento del Vaupés años 2007 y 2010.

Municipio/ Corregimiento	2007						2010					
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	5	1	20,0	6	1	16,7	41	16	39,0	36	11	30,6
Mitú	251	100	39,8	223	90	40,4	139	37	26,6	130	32	24,6
Taraira	27	11	40,7	34	13	38,2	0	0	0,0	0	0	0,0
Pacoa	92	44	47,8	90	48	53,3	80	48	60,0	84	47	56,0
Papunahua	8	0	0,0	14	3	21,4	8	3	37,5	6	2	33,3
Yavaraté	50	18	36,0	40	15	37,5	0	0	0,0	0	0	0,0
Departamental	433	174	40,2	407	170	41,8	268	104	38,8	256	92	35,9

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

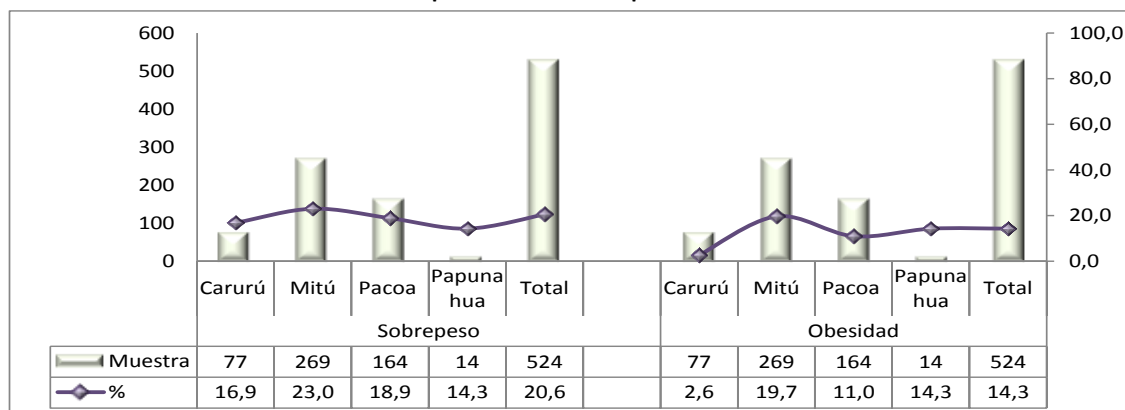
9.3.2.4. Porcentaje de niños y niñas de 2 a 5 años con sobrepeso y obesidad, según



índice de masa corporal -IMC-: Según la evaluación nutricional para la determinación de malnutrición por exceso, para el grupo de niños y niñas entre 2 a 5 años, la muestra arroja que el 20,6% (108/524) registraron sobrepeso y el 14,3% (75/524) obesidad, datos que en este grupo de edad se relacionan a la calidad de los alimentos que se consumen y que tienen mayor asequibilidad de la canasta familiar.

La muestra del Municipio de Mitú arroja el porcentaje más alto de sobrepeso y obesidad con un porcentaje de 23% (62/269) y 19,7% (53/269) respectivamente, seguido de Pacoa con un porcentaje de 18,9% (31/164) de sobrepeso y un 11% (18/164) de obesidad, este último dato contrarresta los anteriores en donde este corregimiento se posesiona con la mayor proporción para todas las alteraciones nutricionales por deficiencia (Ver gráfica 63).

Gráfica 63. Porcentaje de casos de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 2 a 5 años por entidad territorial, departamento del Vaupés -2010-.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Por área territorial el porcentaje más alto de sobrepeso lo presenta el área urbana con un 26,4% (47/178) frente al área rural con un 17,6% (61/346), para la obesidad el comportamiento es contrario, con un porcentaje del 15,2% (27/178) en área rural y frente al área urbana con un 13,9% (48/346).

9.3.3. Estado Nutricional de Niños y Niñas de 0 a 5 años:

Es importante realizar un análisis de la principal alteración nutricional que afecta a los niños y niñas entre los 0 a los 5 años, los datos que se utilizaron fueron los recolectados para el período 2010.

Los datos obtenidos en la muestra de 828 niños y niñas entre los 0 a los 5 años en el departamento de Vaupés para el año 2010, residentes de 2 municipios (Mitú y Carurú) y 2 corregimientos (Pacoa y Papunahua), arrojaron los siguientes resultados:

1. *El 65,4% (542/828) de la muestra son residentes del área rural y el 34,5% (286/828) restante del área urbana. Relación que va con la distribución departamental de la población, en donde la mayor parte son residentes del área rural.*



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



2. El porcentaje de desnutrición global arrojado por la muestra analizada para el departamento es de 17,1% (142/828), resultado que está muy por encima de la obtenida a través de la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional –ENSIN- 2010 Colombia, tanto a nivel nacional (3,4%), como departamental (3,4%). Sin embargo, se debe aclarar que el resultado de la ENSIN obtenido para el departamento de Vaupés no es un dato que pueda utilizarse o extrapolarse, debido a que los resultados no tuvieron la consistencia necesaria.
3. Para el análisis del retraso en el crecimiento en los niños y niñas de 0 a 5 años en la muestra analizada para el departamento, se identificó un porcentaje del 37,8% (313/828), los resultados de la ENSIN arrojaron un porcentaje del 34,6% para el Vaupés y de 13,2% para el nivel nacional, los resultados obtenidos para el Vaupés en la muestra analizada esta dentro de lo esperado en el análisis de la ENSIN, y con un peso muestral que permite extrapolar el dato a toda la población de este grupo de edad. Los resultados obtenidos ubican al departamento de Vaupés no solo por encima de los resultados nacionales, si no que se posiciona como el departamento con mayor proporción para este tipo de desnutrición.
4. Con respecto al tema de las alteraciones nutricionales por exceso, la obesidad jugó un papel importante para el departamento de Vaupés en la muestra evaluada, con una proporción del 14,5% (120/828), los resultados de la ENSIN para el departamento fue del 9,9% y a nivel nacional del 5,2%, nuevamente el dato obtenido por la ENSIN para el departamento no es un resultado que se puede utilizar, la muestra para este análisis no tuvo la cantidad necesaria para que sea valedero el resultado.
5. El análisis de la desnutrición aguda no se pudo cotejar con los resultados de la ENSIN 2010, ya que esta encuesta no incluye el indicador peso para la edad, sin embargo, para la encuesta de la situación alimentaria y nutricional del año 2005 el indicador arrojó un porcentaje de desnutrición aguda del 1,3%, y de acuerdo a la valoración de niños y niñas entre los 0 y 5 años en el Vaupés para el año 2010, la proporción obtenida fue del 8,5% (70/828).

Ver tabla 48.

Tabla 48. Porcentaje de casos de las alteraciones nutricionales en niños y niñas de 0 a 5 años, Colombia y departamento del Vaupés -2010-

Tipo de Alteración Nutricional	Datos ENSIN 2010		Muestra Vaupés
	Nacional	Vaupés	
DNT Global	3,4%	3,4%	17,1%
Retraso en el Crecimiento	13,2%	34,6%	37,8%
Obesidad	5,2%	9,9%	14,5%

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional –ENSIN-, Colombia 2010. Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

En el análisis de las alteraciones nutricionales del departamento de Vaupés en niños y niñas entre los 0 a los 5 años, muestra que la principal morbilidad referente a la nutrición es el retraso en el crecimiento, con una proporción del 37,8% (313/828) evidenciando que este grupo de edad no está recibiendo la alimentación requerida y necesaria, para el desarrollo físico.

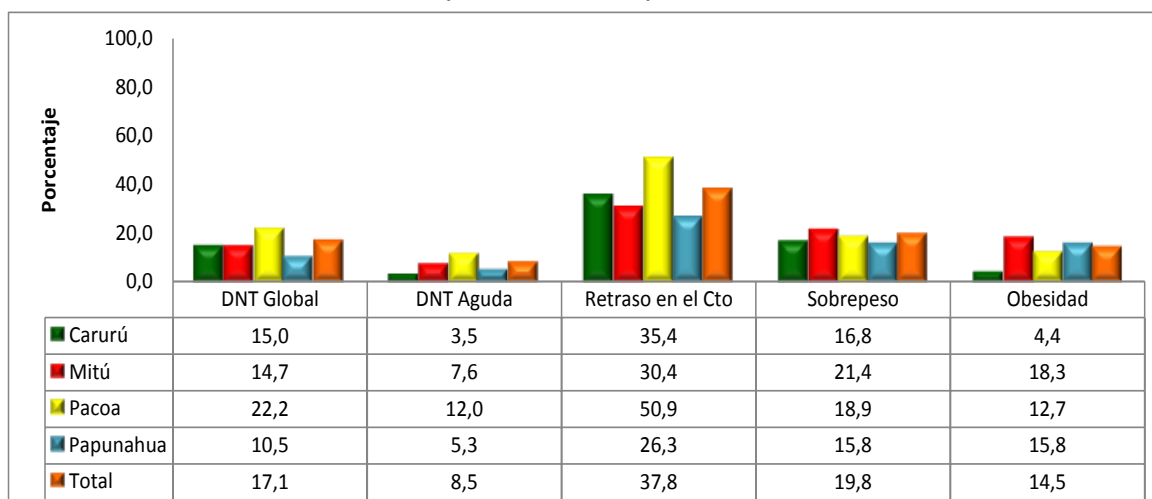


En contraposición a las dificultades de disponibilidad alimentaria en algunas zonas del departamento, el sobrepeso y la obesidad constituyen una participación importante en la afectación de este grupo de edad, se podría relacionar este resultado a la calidad y variedad de alimentos que ingresan en la canasta familiar.

Por ente territorial se identifico que el corregimiento departamental de Pacoa, se ubica como la principal zona con mayor porcentaje de alteración nutricional por déficit (Desnutrición global, desnutrición aguda y retraso en el crecimiento), sobresaliendo que el 51% de la población de los niños y niñas entre los 0 a los 5 años residentes de esta zona presentan desnutrición de tipo global, aunque la desnutrición de tipo aguda no se configura como la principal clasificación referente a la nutrición, no es despreciable identificar que el 12% de este grupo poblacional en Pacoa tenga una mayor susceptibilidad a desarrollar patologías por su mismo estado nutricional, inclusive estados que pueden desarrollar mortalidad.

El municipio de Mitú en cambio arrojó las proporciones más altas de alteraciones nutricionales por exceso, que como se ha mencionado anteriormente se pueden asociar al tipo de alimentos incluidos en la canasta familiar (Ver gráfica 64)

Gráfica 64. Porcentaje de casos de las alteraciones nutricionales en niños y niñas de 0 a 5 años, por entidad territorial, departamento del Vaupés -2010-.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.4. Estado Nutricional de Niños, Niñas y adolescentes de 5 a 17 años:

Para el grupo de niños, niñas y adolescentes entre los 5 a 17 años, se analizaron los datos registrados durante la vigencia 2007 y 2010. Para el año 2007, se valoró un total de 1193 niños, niñas y adolescentes entre los 5 a 17 años, esta muestra se recolectó en los municipios de: Mitú y Taraira y de los corregimientos de: Pacoa, Papunahua y Yavaraté.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Para la vigencia del año 2010, se valoraron un total de 927 niños, niñas y adolescentes entre 5 a 17 años, con la diferencia que no se tuvo muestra de todos los municipios y corregimientos, los datos se recolectaron de los municipios de Mitú y Carurú y los corregimientos de Pacoa y Papunahua.

9.3.4.1. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con desnutrición global (Relación Peso/Edad): La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, para el análisis nutricional de los niños, niñas y adolescentes entre los 5 a 17 años los desagrega en dos grupos: de 5 a 9 años y de 10 a 17 años. Arrojando los siguientes resultados:

- **Población de 5-9 años:** A nivel nacional los resultados obtenidos mostraron que el 5% de los menores valorados presentaron desnutrición global (relación Peso para la Edad), la región Atlántica mostró el mayor número de casos, los departamentos de la Guajira -16,3%-, Cesar -8,0%-y Magdalena -9,2%- presentaron el mayor porcentaje para este tipo de desnutrición. El departamento de Vaupés arrojó un porcentaje del 3,5% en el mismo grupo de edad.
- **Población de 10 a 17 años:** A nivel nacional se observó que el 7% de los niños y niñas valorados presentaron desnutrición global. Nuevamente la región Atlántica se configura con el mayor porcentaje, destacándose los departamentos de: Córdoba -10,7%-, Guajira -10,6%- y Sucre -10,6%-. El departamento de Vaupés arrojó un resultado del 2,9% para este grupo de edad.

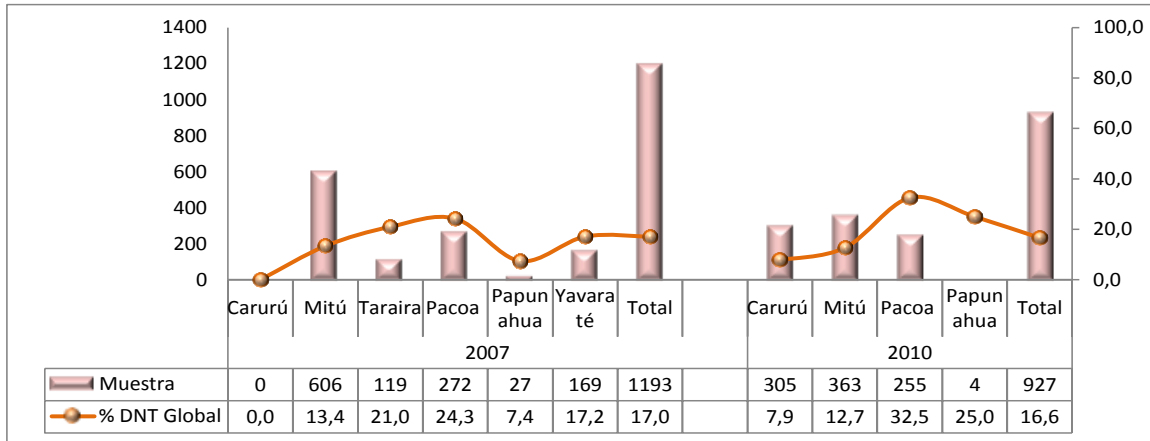
En las muestras recolectadas y analizadas para los años 2007 y 2010 en el departamento de Vaupés, no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre los resultados obtenidos, con una proporción del 17,0% y 16,6% respectivamente para cada año, datos que están muy por encima de los resultados arrojados en la encuesta de demografía y salud 2005.

Con relación a los resultados por entidad territorial, se alcanza a preciar en algunas área diferencias, resultados que son directamente asociados a la distribución muestral que se tuvo en cada año, como se menciona en el análisis de los niños y niñas entre los 0 a los 5 años, para la recolección de las muestras no se tuvo en cuenta un diseño estadístico, por eso el cotejamiento de estos dos años, se debe hacer de una manera general y no específica por área. Se resalta que para el año 2010 el 46,8% (72/154) de los casos con desnutrición global se encontraron en estado severo (Ver gráfica 65).

Gráfica 65. Porcentaje de casos de desnutrición global en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Para los dos años evaluados se tiene una mayor proporción de desnutrición de tipo global en el área rural de los niños, niñas y adolescentes entre los 5 a los 17 años, con una proporción para el 2007 del 19,4% y para el 2010 del 20,3%, datos que arrojan estabilidad de los resultados, para las dos muestras evaluadas.

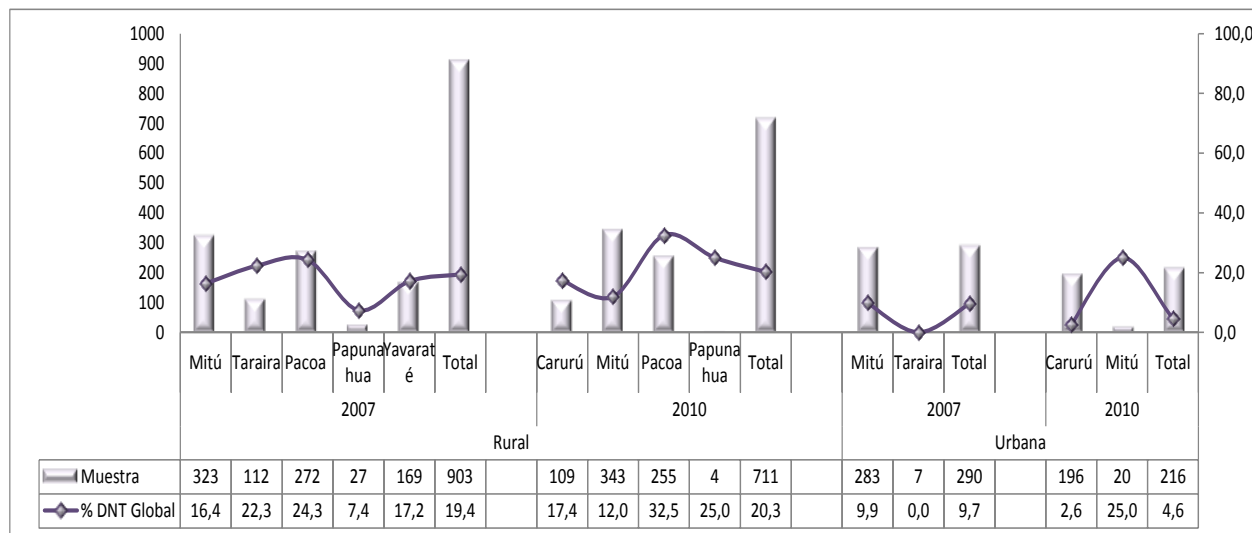
Para la situación del área urbana se observa que arroja proporciones diferentes para los dos años revisados (2007 -9,7%- y 2010 -4,6%-), con una aparente disminución para el 2010.

En la relación de niños, niñas y adolescentes entre los 5 a los 17 años con desnutrición global, por área de residencia rural/urbano se obtiene que: para el 2007 fue de 2 casos en la zona rural por cada caso en la zona urbana, mientras que para el 2010 la relación aumenta a 4 casos por cada caso en la zona urbana (Ver gráfica 66).

Gráfica 66. Porcentaje de casos de desnutrición global en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

La distribución proporcional de los casos por sexo muestra que se obtuvieron los mismos resultados para los dos años que se analizaron, con una relación 1:1, no identificándose que la variable sexo infliera en el comportamiento de este evento (Ver tabla 49).

Tabla 49. Distribución General de casos de Desnutrición Global en niños y niñas de 5 a 17 años por entidad territorial y por sexo. Departamento del Vaupés 2010.

Municipio/ Corregimiento	2007						2010					
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	0	0	0	0	0	0	153	14	9,2	152	10	6,6
Mitú	297	38	12,8	309	43	13,9	191	24	12,6	172	22	12,8
Taraira	59	15	25,4	60	10	16,7	0	0	0	0	0	0
Pacoa	130	36	27,7	142	30	21,1	130	43	33,1	125	40	32
Papunahua	13	2	15,4	14	0	0	2	0	0	2	1	50
Yavaraté	84	13	15,5	85	16	18,8	0	0	0	0	0	0
Departamental	583	104	17,8	610	99	16,2	476	81	17	451	73	16,2

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.4.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con retraso en la talla (Relación Talla/Edad): La encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2005 y 2010 –ENSIN-, arroja los siguientes resultados para el país en el retraso en la talla en los niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, el departamento de Vaupés se sitúa para los dos años dentro de los 4 departamentos con mayor proporción para esta alteración nutricional (Ver tabla 50)



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



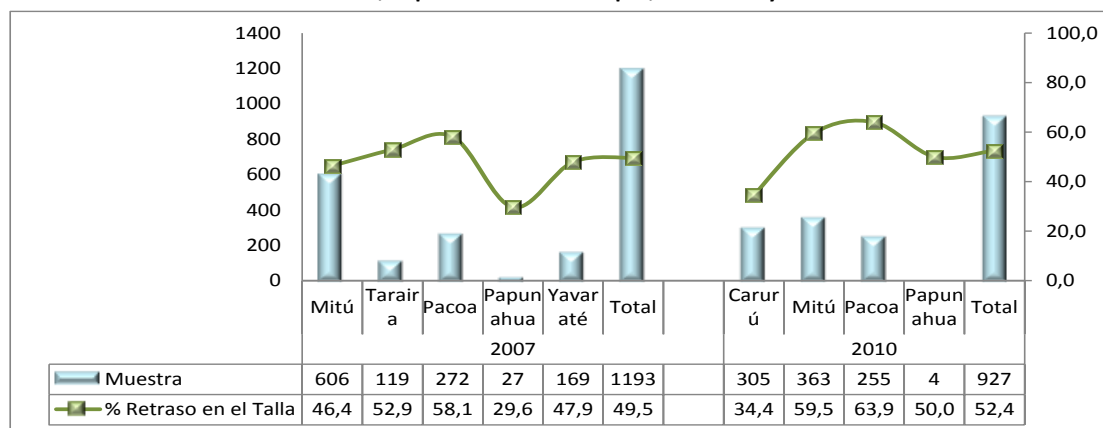
Tabla 50. Resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2005 y 2010 –ENSIN-.

	2005	2010
Colombia	14,2%	Colombia 10,0%
Guajira	26,7%	Amazonas 31,5%
Boyacá	21,9%	Vaupés 29,3%
Amazonas	18,1%	Cauca 22,3%
Vaupés	18,0%	Guajira 18,2%

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional –ENSIN-, Colombia 2005 y 2010.

En relación a los resultados obtenidos en las muestras analizadas para el 2007 y 2010 en el departamento de Vaupés en el grupo de 5 a 17 años, se identificó que la proporción de el retraso en la talla es del 49,5% y 52,4% para cada año respectivamente, resultados que podrían considerarse aceptables en términos de variación en la muestra, sin embargo, estos datos duplican los obtenidos en la ENSIN 2010, cabe resaltar que la muestra departamental tuvo participación de casi todos los municipios y corregimientos, sumado a que entre un 76% y 77% de los niños, niñas y adolescentes valorados son residentes del área rural, población con mayor susceptibilidad a desarrollar este tipo de alteraciones nutricionales. También se debe resaltar que la recolección de los datos en el departamento no tuvo un diseño estadístico para la conformación de la muestra (Ver gráfica 67).

Gráfica 67. Porcentaje de casos de retraso en la talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

Por área de residencia la zona rural se identifica con la mayor prevalencia de retraso en la talla en el grupo de 5 a 17 años, encontrándose que más de la mitad de la población se encuentra con esta alteración nutricional, dato que persistió para el año 2007 -53,2%- y 2010 -60,5%-.

Aunque para el área urbana no se identifica proporciones tan altas como las encontradas para el área rural, es importante recalcar que los datos no son despreciables y representan una participación importante de este grupo poblacional evaluado, pudiéndose concluir que si bien el área rural presenta mayores dificultades para garantizar una dieta sana, el área urbana que se consideraría con mayores oportunidades de acceder a una dieta más variada y balanceada, está reflejando problemas nutricionales en este grupo de edad.

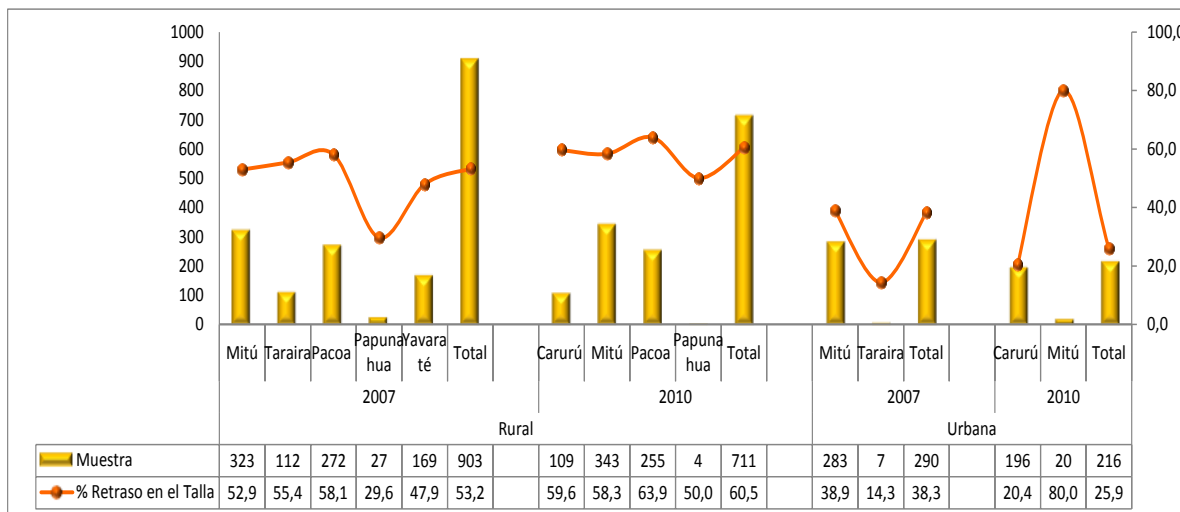


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



El corregimiento de Pacoa nuevamente se configura como la zona más crítica para este tipo de alteraciones nutricionales, registrando para el 2007 una proporción 58,1% y para el 2010 del 63,9% (Ver gráfica 68).

Gráfica 68. Porcentaje de casos de retraso en la talla en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años por entidad territorial y área de residencia, departamento del Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

El análisis por sexo no muestra diferencias significativas entre la proporción del retraso en la talla, mostrando una relación hombre/mujer para los dos años de un caso en niños por cada un caso en niñas (Ver tabla 51).

Tabla 51. Distribución General de casos de retraso en la talla en niños y niñas de 5 a 17 años por entidad territorial y por sexo. Departamento de Vaupés 2010.

Municipio/ Corregimiento	2007						2010					
	Femenino			Masculino			Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Carurú	0	0	0,0	0	0	0,0	153	52	34,0	152	53	34,9
Mitú	297	124	41,8	309	157	50,8	191	110	57,6	172	106	61,6
Taraira	59	29	49,2	60	34	56,7	0	0	0,0	0	0	0,0
Pacoa	130	79	60,8	142	79	55,6	130	75	57,7	125	88	70,4
Papunahua	13	4	30,8	14	4	28,6	2	0	0,0	2	2	100,0
Yavaraté	84	34	40,5	85	47	55,3	0	0	0,0	0	0	0,0
Departamental	583	270	46,3	610	321	52,6	476	237	49,8	451	249	55,2

Fuente: Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional -Secretaría de Salud Departamental-, Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.3.4.3. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años con delgadez, sobrepeso y obesidad, según índice de masa corporal (IMC): Para el indicador del índice de



masa corporal en el grupo de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, la ENSIN 2010 –encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia-, arrojó los siguientes resultados: resaltando que los datos para el departamento de Vaupés en la clasificación de delgadez y obesidad, son no válidos como estimativos de la prevalencia de estos eventos, relacionado directamente con la muestra analizada (Ver tabla 52).

Tabla 52. Resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 –ENSIN-, según índice de masa corporal.

Tipo de Alteración Nutricional por IMC	País	Vaupés
Delgadez	2,1%	0,7%
Sobre peso	18,1%	13,4%
Obesidad	1,5%	4,1%

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional –ENSIN-, Colombia 2005 y 2010.

La evaluación nutricional según el índice de masa corporal -IMC- realizada por el departamento en la vigencia 2010 en el grupo de edad de 5 a 17 años, muestra los siguientes resultados.

- **Delgadez:** La muestra analizada arroja que según el IMC la delgadez sería la segunda clasificación que afecta al grupo de edad de 5 a 17 años, con una proporción total del 6% (56/927), sin embargo, el corregimiento de Pacoa registra una proporción del 11,8% (30/255) sobresaliendo los datos a nivel departamental como los registrados por la ENSIN a nivel nacional, este zona refleja ciertos problemas en la disponibilidad de alimentos para su población, recordando que para los niños y niñas entre los 0 a 5 años también se identificó con proporciones altas de alteraciones nutricionales.
- **Sobrepeso:** Si bien el sobrepeso se identificó como la principal causa de alteración nutricional -12,0% (111/927) según el IMC, el dato no supera los obtenidos a nivel nacional –ENSIN 2010 18,1%-, este evento en particular está teniendo una mayor prevalencia en el mundo, relacionado a los cambios en los hábitos y la poca estimulación física de los jóvenes, aunque esta situación mencionada se puede presentar en el departamento, es importante señalar que también puede asociarse a: la cultura alimentaria de la población (predominio de consumo de carbohidratos), asequibilidad a alimentos variados y disponibilidad y variedad de los mismos. Se resalta que de las zonas evaluadas el municipio de Mitú se configuró con la mayor proporción para esta clasificación con un 14,3% (52/363).
- **Obesidad:** En términos de obesidad el departamento presenta una proporción general del 3,5% (32/927) que supera en un 57% a la identificada a nivel país por la ENSIN 2010 (1,5%). Nuevamente el municipio de Mitú presentó la mayor proporción (5,8% -21/363).

El corregimiento de Papunahua no registró ningún tipo de alteración según el análisis de IMC, pero se debe evaluar que sólo se contó con la participación de 4 individuos entre el grupo de 5 a 17 años, muestra que podría estar subestimando el dato de esta zona en particular.

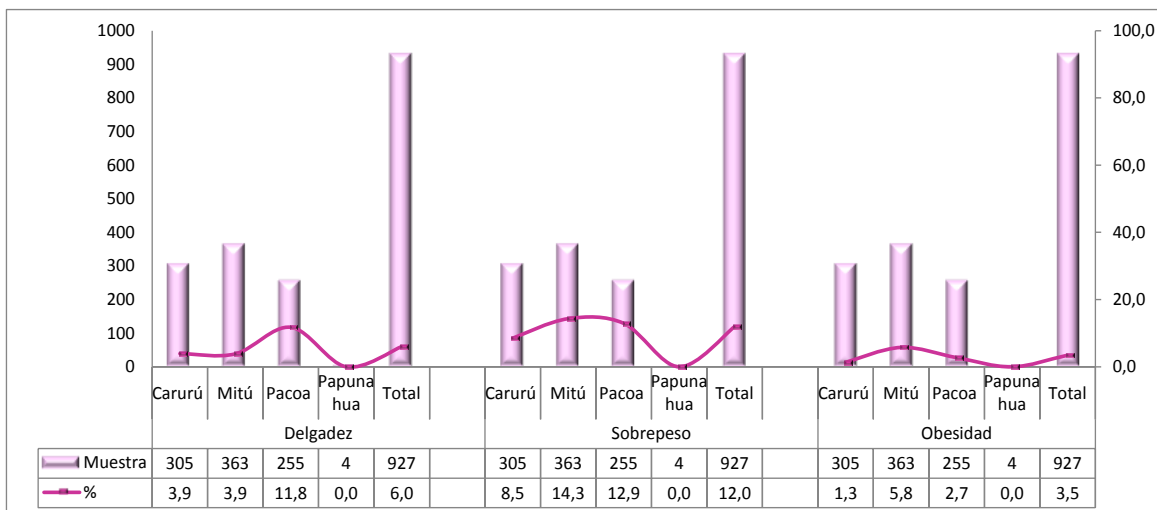
Ver gráfica 69.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



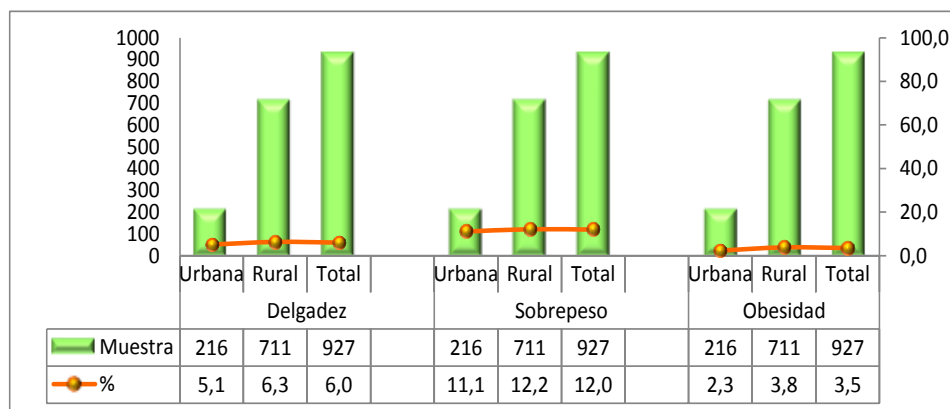
Gráfica 69. Porcentaje de casos de alteraciones nutricionales según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por entidad territorial, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

En el análisis por zona de residencia, se aprecia que la zona rural para todas las alteraciones según el IMC tuvo una mayor proporción sobre la zona urbana del departamento, teniendo una mayor magnitud la alteración nutricional por exceso que por deficiencia, como se menciono anteriormente es imprescindible recalcar que la costumbre cultura en cuanto a la alimentación, es basada en el consumo de la yuca y sus derivados, producto con una alta cantidad de aporte en carbohidratos (Ver gráfica 70).

Gráfica 70. Porcentaje de casos de alteraciones nutricionales según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por área de residencia, departamento de Vaupés, años 2007 y 2010.



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.



La variable sexo muestra que los hombres tuvieron proporciones ligeramente más altas que las mujeres, teniendo una mayor diferenciación en la alteración clasificada como delgadez, en donde se identificarían 14 hombres por cada 10 mujeres con el mismo diagnóstico (Ver tabla 53).

Tabla 53. Distribución General de casos alteraciones nutricionales, según índice de masa corporal, en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, por sexo, departamento de Vaupés 2010.

Tipo de por IMC	Femenino			Masculino		
	Muestra	Casos	%	Muestra	Casos	%
Delgadez	476	25	5,3	451	34	7,5
Sobrepeso	476	55	11,6	451	56	12,4
Obesidad	476	15	3,2	451	17	3,8

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010 y Base de datos población Canalizada Instituto Colombiano de Bienestar Familiar año 2010.

9.4. Lactancia Materna

La práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria hasta los 2 años o más, es uno de los principales factores protectores de la salud infantil. Esto apoyados en que la lactancia materna le aporta al niño o niña desde el nacimiento todos los requerimientos nutricionales que este necesita para lograr su completo crecimiento y desarrollo, además de fortalecer el vínculo afectivo entre el binomio madre – hijo y a nivel familiar.

La Encuesta Nacional de Demografía y salud 2005, reporta que el promedio de duración de la lactancia materna en Colombia es en menores de 3 años es de 14,9 meses, el Vaupés arroja que este promedio esta en 27 meses, siendo este un indicador positivo para el departamento, teniendo en cuenta que la OMS –Organización Mundial de la Salud- recomienda 24 meses de lactancia materna.

La misma encuesta arroja que para la lactancia materna exclusiva (solo seno) el país alcanza un promedio de 2,2 meses, mientras que el departamento, obtiene un promedio de 4.6 meses,

Para el 2010 a través la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia, muestra un promedio de lactancia materna exclusiva de 1,8 meses en todo el territorio nacional, resaltando a los departamentos de la amazonia y el Vaupés arrojaron los promedios más altos de 5,5 y 5,3 meses respetivamente.

Desde el año 2009, la Secretaria de Salud Departamental de Vaupés, con el objeto de establecer los indicadores nutricionales realizó en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, la inclusión de la canalización de madres lactantes. Esta actividad permitió conocer el promedio de lactancia materna en los corregimientos departamentales de Pacoa, Papunahua y Yavaraté, zonales que están ubicadas en el área rural del departamento.

El departamento de Vaupés para la vigencia 2010 evaluó 79 mujeres lactantes en lo referente al tema de lactancia materna exclusiva, el 100% registraron ser procedentes de los corregimientos departamentales del departamento, el 85% (67/79) refirieron ser residentes del corregimiento departamental de Pacoa.



El promedio de lactancia exclusiva que registró este grupo de mujeres es de 6,8 meses, si bien este es un indicador positivo en relación a la garantía de la alimentación adecuada y a las metas de lactancia materna exclusiva que recomienda un promedio de 6 meses, también es un trazador del inicio tardío de la alimentación complementaria, que puede influir de manera negativa en las necesidades nutricionales de los menores de 2 años (Ver tabla 54).

Tabla 54. Promedio de lactancia materna exclusiva, de acuerdo a las mujeres lactantes entrevistadas, corregimientos departamentales, departamento de Vaupés 2010.

Corregimiento	Nº Mujeres Lactantes	Promedio de Lactancia/Meses
Pacoa	67	6,8
Papunahua	6	6,8
Yavaraté	6	6,6
Total	79	6,7

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas, Programa de Crecimiento y Desarrollo Hospital San Antonio, año 2010.

Es importante señalar que los usos y costumbres, así como los conceptos tradicionales de la población indígena, la lactancia exclusiva sobrepasa en algunos casos los 6 meses, pudiéndose asociar a:

- Desconocimiento de otras preparaciones con los alimentos que producen en las chagras y alrededor de sus casas para la alimentación complementaria de los menores.
- Ausencia de alimentos para el inicio de la alimentación complementaria.

Si bien, la lactancia materna exclusiva es una de las prácticas que se considera como uno de los factores protectores para la salud y nutrición de los niños y niñas, el sobrepasar el tiempo recomendado y el no inicio de una alimentación complementaria para la edad del menor, se convertiría en un factor de riesgo, relacionándose con la malnutrición de estos menores.

Por otra parte, es necesario entonces crear estrategias para disminuir el tiempo de lactancia materna exclusiva en los niños y niñas que sobrepasan los 6 meses y garantizar una adecuada alimentación complementaria, basados en los alimentos a disposición y autóctonos del departamento.

9.5. Acciones que se destacan en el período 2008-2010, en el tema de la salud nutricional.

A continuación se presenta los avances que se han tenido por institución.

9.5.1. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-

El ICBF ofrece tanto en el área urbana como rural los programas de complementación o apoyo nutricional, dentro de estos programas se encuentran las modalidades de Hogares FAMI, Hogares Comunitarios y Desayunos Infantiles con Amor – DIA -, entre otros.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Teniendo en cuenta las dificultades en el departamento en cuanto a estructura y operatividad de estos programas, principalmente en el área rural, implementar estas estrategias en sí mismo se debe considerar como un logro.

Para el análisis de las coberturas se contó con información correspondiente al año 2010 y primer semestre 2011. Se reporta un total de 2231 niños y niñas menores de 5 años beneficiados con los programas complementarios, lo que correspondería una cobertura del 37,4% (2231/5963 -población DANE 2010-), resaltando que la población DANE para el departamento esta sobreestimada, pudiéndose hablar de una cobertura mayor (Ver tabla 55).

Tabla 55. Niños y niñas menores de 5 años, vinculados a los programas complementarios del ICBF, departamento de Vaupés 2010-2011.

Estrategia	Total Beneficiados
Desayunos Infantiles con Amor	1672
Hogares Comunitarios	504
Hogares Fami	55
Total	2231

Fuente: Programa de Complementación Nutricional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Vaupés 2010.

De acuerdo con la ubicación por área de residencia de los beneficiarios a los programas complementarios se identifica que:

- El 100% (5/5) de los hogares Fami se encuentran en el área urbana del municipio de Mitú.
- El 53,4% (893/1672) de los beneficiarios de los desayunos infantiles son residentes del área rural y el 46,6% (779/1672) restante en las cabeceras municipales.

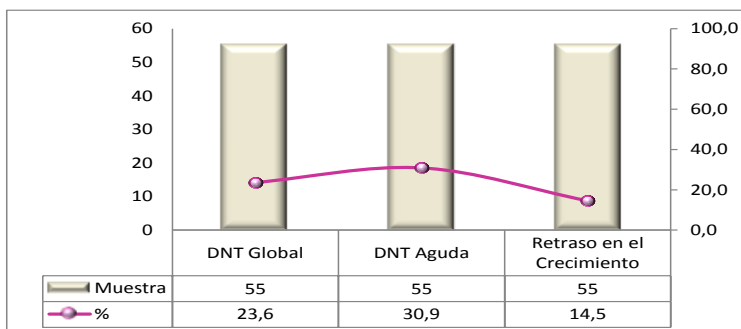
Como una actividad rutinaria, se realiza evaluación del estado nutricional de los niños y niñas cubiertos con los programas de complementación nutricional, Hogares Fami y Hogares Comunitarios Tradicionales, encontrándose los siguientes resultados:

- Δ **Hogares FAMI:** Se analizaron al 100% de los vinculados a este programa, es decir, 55 niños y niñas menores de 5 años, el análisis nutricional identificó que el 31% (17/55) presentaban desnutrición aguda, de los cuales el 70,6% (12/17) se encontraron en estado severo. La desnutrición global se situó en un segundo lugar con un 23,6% (13/55), con una severidad del 38,5% (5/13), y el retraso en el crecimiento aportó un porcentaje del 14,5% (8/55) (Ver gráfica 71).

Grafica 71. Proporción de Casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas beneficiarios del Programa Hogares FAMI del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Vaupés 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Complementación Nutricional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Vaupés 2010.

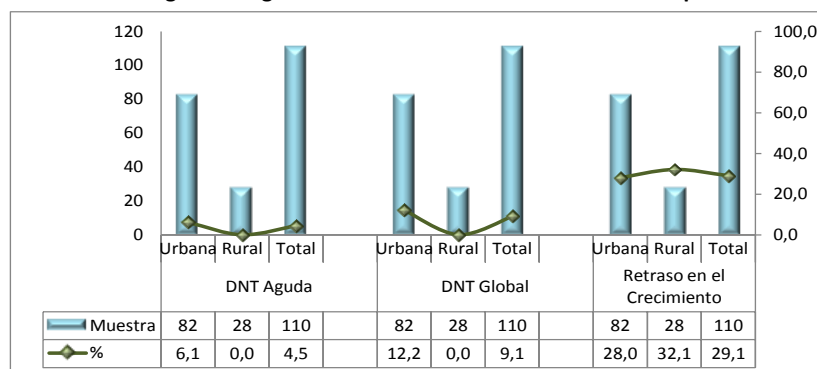
Δ **Hogares infantiles tradicionales:** La muestra que se analizó correspondió a: 82 niños y niñas de 6 hogares ubicados en el área urbana del municipio de Mitú y 28 niños y niñas de 2 hogares del área rural situados en el corregimiento departamental de Yavaraté en la comunidad de Piracuara.

El 4,5% (5/110) de los niños presentaron desnutrición aguda con un porcentaje de severidad del 60% (3/5), según procedencia en los hogares comunitarios ubicados en el área rural no se encontraron casos de desnutrición aguda, y en los procedentes del área rural de Mitú se encontró un porcentaje de 6,1% de desnutrición aguda.

Con respecto a la desnutrición global en la muestra se observó un porcentaje de 9,1% (10/110), con una severidad del 70% (7/10), al igual que la desnutrición aguda no se presentaron casos en el área rural.

El 29,1% (32/110) de los niños y niñas que conformaron esta muestra presentaron retraso en su crecimiento; Con respecto a la ubicación, el área rural tienen un 32,1% (9/28) frente a un 28% (23/82) en el área urbana (Ver gráfica 72).

Gráfica 72. Proporción de casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas beneficiarios del Programa Hogares Comunitarios Tradicionales del ICBF por área territorial – Vaupés 2010



Fuente: Programa de Complementación Nutricional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Regional Vaupés 2010.



9.5.2. Centro de Recuperación Nutricional -CNR-

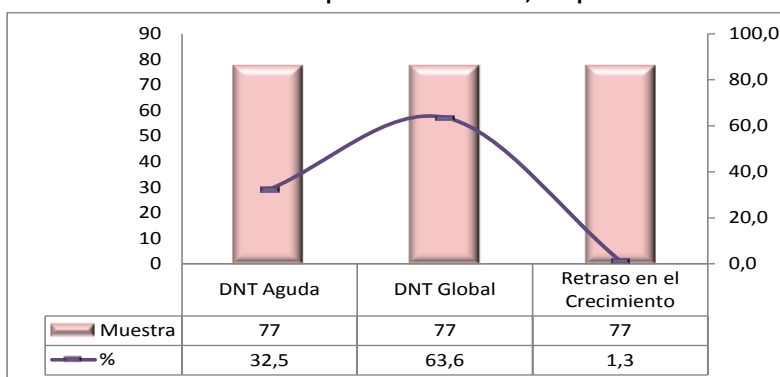
El centro de recuperación nutricional es una estrategia intersectorial orientada a mejorar la situación nutricional de niños y niñas menores de 5 años en el departamento de Vaupés, este centro se inauguró en el mes de Agosto del año 2010 y trabajo de manera ininterrumpida hasta el mes de Diciembre del mismo año.

Al centro de recuperación nutricional, se canaliza todo menor de 5 años con malnutrición. Cuenta con un cupo mensual de 15 niños y niñas (por cuestiones de localidad y espacio). La atención incluye valoración y manejo médico, acompañamiento psicológico y seguimiento durante la estancia en el centro y una vez el menor sale de la institución. El manejo por paciente está contemplado para 45 días, pero como fue mencionado se incluye el proceso de seguimiento y acompañamiento domiciliario posterior al alta. Con este sistema de atención para el año 2010 se atendieron un total de 77 niños y niñas -entre agosto y diciembre-.

Esta institución arrojó que el mayor porcentaje de niños atendidos presentaron desnutrición de tipo global con un 63,4% (49/77), el 12,2% en estado severo. La desnutrición aguda estuvo presente en el 32,5% (25/77) de los casos atendidos, pero con una mayor proporción en estado severo 72% (18/25). El 1,3% de los casos clasificó con retraso en el crecimiento.

Según la procedencia el 100% de los niños atendidos son residentes del municipio de Mitú, de este total el 88,3% proceden del área rural. El mayor porcentaje de niños proceden de comunidades ubicadas en la carretera Mitú – Monforth 18 casos, Bajo Vaupés y de la cabecera Municipal 11 casos (Ver gráfica73).

Grafica 73. Proporción de casos de desnutrición aguda, global y retraso en el crecimiento, en niños y niñas atendidos en el centro de recuperación nutricional, Vaupés 2010.



Fuente: Centro de Recuperación nutricional.

9.5.3. Secretaria de Salud Departamental de Vaupés -SSDV-

- a. *Formulación del plan departamental de seguridad alimentaria "Dabucuri", un plan intersectorial que involucró en su formulación a los principales actores del sector productivo del departamento y el cual desde un enfoque etno-cultural pretende dar solución a los principales problemas identificados en relación al problema de inseguridad alimentaria.*



- b. En elaboración de la política de Seguridad Alimentaria para el departamento de Vaupés.
- c. Inclusión la notificación semanal rutinaria al SIVIGILA el reporte de casos de desnutrición para todos los grupos de edad.
- d. Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de la búsqueda activa y notificación de casos de desnutrición.
- e. Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas:
 - Suplementación con micronutrientes a mujeres gestantes y lactantes
 - Educación familiar y comunitaria sobre la lactancia materna y alimentación complementaria
 - Canalización de madres lactantes
 - Búsqueda mensual de RN con bajo peso al nacer
 - Canalización de niños menores de 10 años con desnutrición.
- f. Gestión interinstitucional para garantizar la Atención prioritaria de los casos de desnutrición por parte de las EPS, el área de prestación y desarrollo de servicios de la secretaria de salud departamental y hospital San Antonio.
- g. Consolidación de las guías alimentarias para el departamento de Vaupés.
- h. Se ha dado inicio al proceso de construcción de la ruta para la atención de los casos de desnutrición.

9.7. Mortalidad asociada a casos de desnutrición.

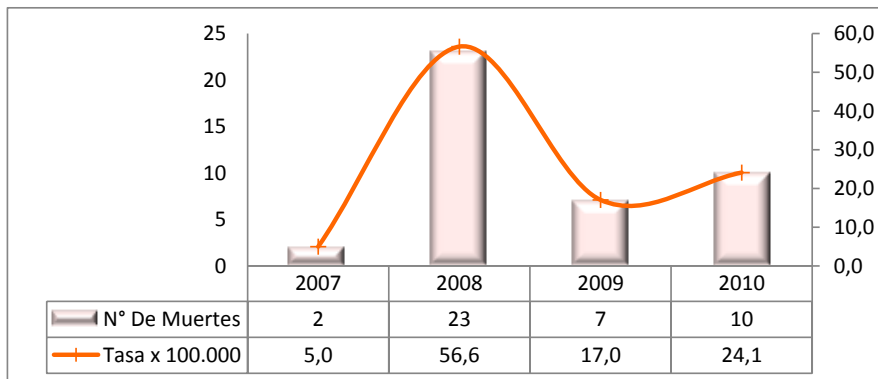
El término mortalidad asociada a la desnutrición, es utilizado porque de acuerdo a lo discutido en las mesas de trabajo para la construcción del sistema de vigilancia alimentario y nutricional nacional, no se puede determinar muerte por desnutrición crónica como lo establece el certificado de defunción del DANE, cuando este tipo de alteración se mide con el indicador talla para la edad, y su interpretación refleja el retraso del crecimiento, por ende, no se puede afirmar que un individuo murió por tener talla baja para la edad, se debe realizar una valoración nutricional completa teniendo en cuenta todos los indicadores antropométricos, bioquímicos y clínicos para su adecuado diagnóstico.

Durante los años 2007 al 2010 el departamento de Vaupés ha recibido por certificados de defunción, la notificación de 42 defunciones asociadas a estados de desnutrición, aunque el comportamiento del evento aparentemente muestra un aumento tanto en casos como en la tasa de incidencia para el año 2008, se debe subrayar que esto es también ligado al diligenciamiento del certificado de defunción por los trabajadores de la salud, quienes no siempre tienen en cuenta estos estados patológicos, así mismo, un buen número de certificados de defunción son diligenciados por auxiliares en la zona rural (Ver gráfica 74).

Gráfica 74. Tasa de incidencia de casos de mortalidad asociados a estados de desnutrición, departamento de Vaupés 2007-2010.



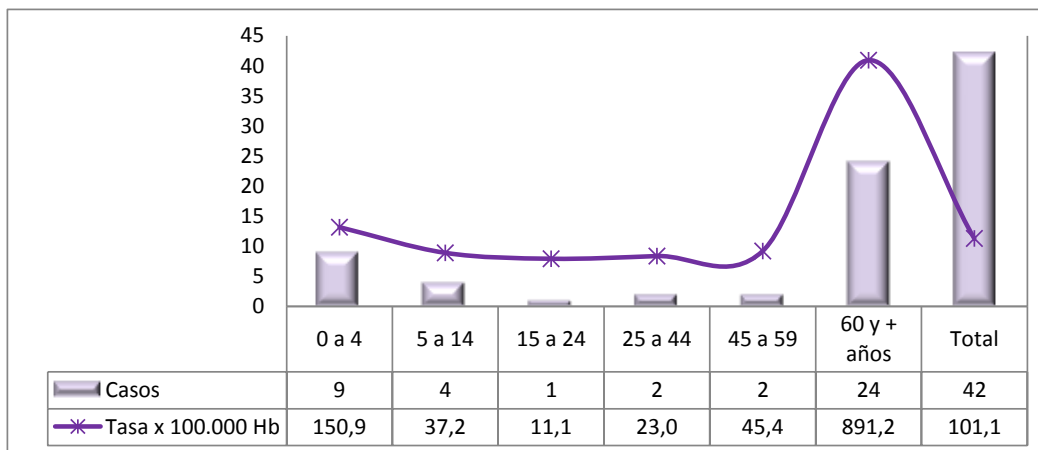
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Certificados de defunción, Secretaría de Salud departamental de Vaupés. Población DANE

En el análisis de la ocurrencia por grupo de edad, se puede evidenciar que las mayores tasas y números de casos se concentran en las edades extremas, es decir, los menores de 5 años y los adultos mayores, en especial en el último grupo de edad, donde su incidencia está muy por encima de la obtenida a nivel departamental (Ver gráfica 75).

Gráfica 75. Tasa de incidencia acumulada de casos de mortalidad asociados a estados de desnutrición, por grupo de edad, departamento de Vaupés 2007-2010.



Fuente: Certificados de defunción, Secretaría de Salud departamental de Vaupés. Población DANE



10. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La información concerniente a la salud sexual y reproductiva de nuestro departamento, está basado en la información recolectada de las siguientes fuentes:

- ✓ Bases de datos del programa de salud sexual.
- ✓ Información de la E.S.E Hospital San Antonio de Mitú.
- ✓ Información de la IPS Vaupés Sano.
- ✓ Centros de Salud de Carurú y Taraira.
- ✓ Informe de ejecución de actividades del PIC.
- ✓ Datos de la oficina de vigilancia epidemiológica departamental.
- ✓ Certificados de Nacidos Vivos 2010.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, 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 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(10)

Es así como la salud sexual y reproductiva va más allá, de tener simplemente relaciones sexuales, implica aspectos como: la identidad individual, las relaciones interpersonales, el proyecto de vida, el desarrollo personal y familiar, el ejercicio de los derechos y deberes, la participación en la vida social, y la maternidad, por lo cual el comportamiento de cada persona refleja la sexualidad y lo hace más o menos sensible a presentar problemas de salud; al contar con información suficiente y de calidad, tendremos la capacidad para analizar, comprender y controlar nuestros comportamientos obteniendo como resultado una vivencia sexual mas con responsabilidad que por impulso o necesidad.

Como se ha mencionado anteriormente la población indígena es el principal grupo poblacional del departamento, siendo para este grupo en específico la mujer el eje central y sustento para la familia tradicional. "Para lograr significativos en la salud sexual de la población indígena, es necesario resignificar muchos conceptos y valores tradicionales que afectan de manera directa la SSR, esto se



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



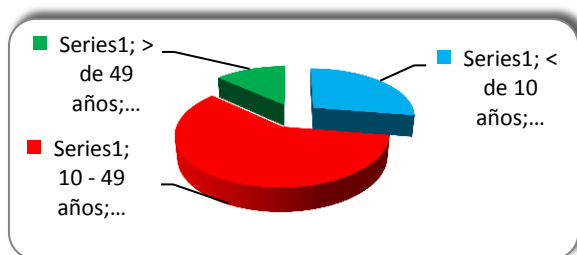
logra involucrando y empoderando a la comunidad en sus derechos y deberes en salud y promoviendo el auto-cuidado como la estrategia más costo efectiva para la prevención de la enfermedad”.

A nivel nacional se instauraron seis líneas de acción para el programa de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de abarcar algunos aspectos en el tema de la sexualidad y sus implicaciones, dentro del departamento de Vaupés existen problemáticas que se agudizan y potencializan en la población indígena debido a una condición de superposición cultural, sin ningún tipo de integración y con valores sociales antagónicos que guían su comportamiento, lo cual ha originado problemas de personalidad y marginalidad social; es por ello que el abordaje de estas líneas deben garantizar la integración de los grupos étnicos.

1. Maternidad Segura
2. Planificación Familiar
3. Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes
4. Cáncer de Cuello Uterino
5. Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida
6. Violencia Doméstica y Sexual

Las proyecciones DANE del 2010 señalan que la población femenina está conformada por 20.384 mujeres, representando el 49% de la población total del departamento, las mujeres en edad fértil (10 - 49 años) población objeto para el tema de maternidad constituyen el 59%, es decir, que más de la mitad de la población femenina se encuentra en capacidad de procrear (Ver gráfica 76).

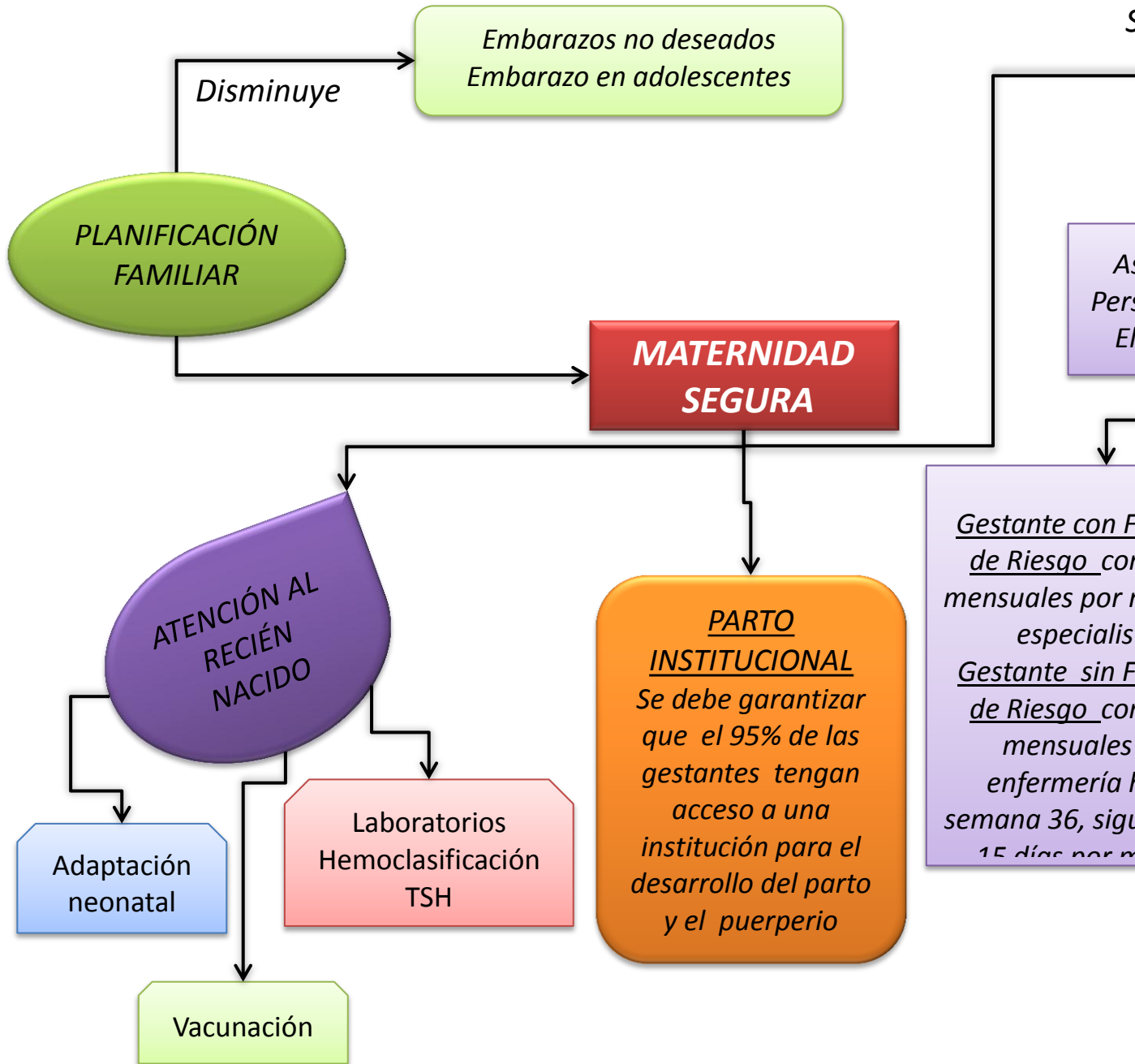
Gráfica 76. Distribución porcentual de la población femenina discriminada por grupos de edad, departamento de Vaupés - 2010-.



Fuente: DANE 2005, Proyecciones 2010.

La resolución 412 del 2000, establece y estipula que las mujeres gestantes deben gozar de una atención integral, por obligatoriedad se les debe garantizar la prestación de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, planificación familiar y atención neonatal, a continuación se esquematiza los servicios de salud que se les debe brindar (Ver imagen 5).

Imagen 5. Flujograma de Atención de la Gestante.



Fuente: Basado en la Resolución 412 del 2000

10-1- Primera Línea de Acción "MATERNIDAD SEGURA"

Para este componente es importante disgregar la atención que recibieron las gestantes durante el embarazo parto y el post-parto, es por ello que se presentan los siguientes indicadores que miden la accesibilidad y calidad de los servicios de salud.



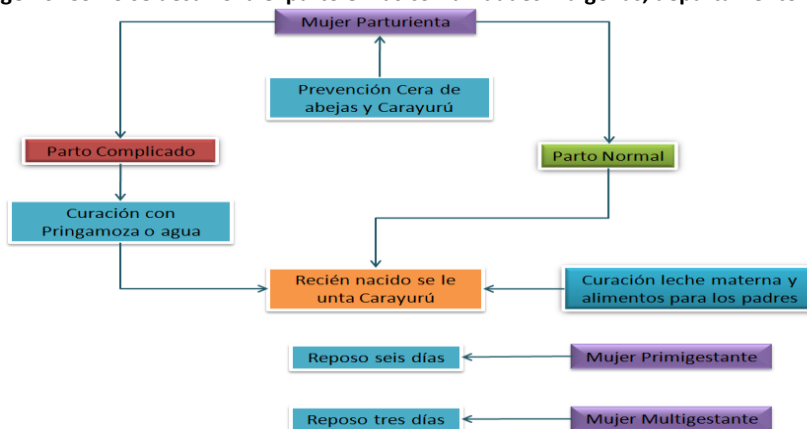
Dentro de las labores establecidas culturalmente para la mujer dentro de la sociedad indígena y que no cambian con la gestación están:

- Cultivar y recolectar los productos de la chagra.
- Preparar y manipular los alimentos para la familia.
- Realizar la crianza y el cuidado de los menores.
- Buscar y cargar la leña para mantener el fuego de la hoguera.

Estas labores mencionadas requieren un gran esfuerzo físico y son exclusivas del género femenino, exceptuando la labor de recolección de los alimentos en el cual el hombre participa, actividades que en una mujer con factores de riesgo actúan como determinantes para la agudización de la morbilidad materna.

Sin embargo, se resalta que dentro de la tradición de los pueblos indígenas, el tema de la protección – prevención- es un eje prioritario para el infante y la mujer en el embarazo, parto y puerperio, convirtiéndose estos procesos desde una mirada occidental en factores protectores, estas prácticas se han visto afectadas por la disminución o inexistencia de Paye y Cumú en las comunidades, personajes esenciales para la transmisión y aplicación de toda la sabiduría ancestral (Ver imagen 6).

Imagen 6. Cómo se desarrolla el parto en las comunidades indígenas, departamento de Vaupés, 2009.



10.1.1. Certificados de Nacidos Vivos

Los certificados de nacidos vivos son la principal fuente para el análisis estadístico de las variables correspondientes a todo el proceso de la gestación y el parto. Para el año 2010 se registraron un total de 647 nacimientos, el 92% (593/647) de los nacimientos se identifican dentro del grupo poblacional indígena, para este grupo poblacional se encuentran diferenciadas 31 etnias, entre las que sobresalen los hijos de padres pertenecientes a los grupos de: Cubeos, Tucanos, Desanos y Guananos, dato

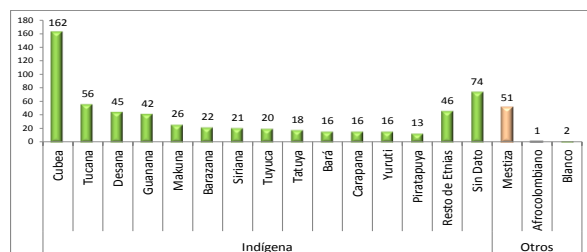


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



asociado al ser estas etnias las que aparentemente son las mas predominantes en el territorio departamental (Ver gráfica 77).

Gráfica 77. Distribución de las etnias de los recién nacidos vivos, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

Desde el 2004 hasta el 2010 tenemos un promedio de nacimientos por año de 564, configurándose el municipio de Mitú con el mayor número de nacimientos, dato concordante por ser este municipio el que concentra la mayor población del departamento (72%).

La residencia de la mujer en el 59% (383/647) de los casos es rural dispersa, el 11% (71/647) residen en centros poblados y el resto (30% -191/647-) en las cabeceras municipales, concluyendo que las mujeres que habitan en el área rural representan el 70% de los nacimientos, las cuales se ven enfrentadas a las condiciones geográficas del departamento –Distancias largas, Caminos con vegetación espesa, ríos y caños poco navegables- sin contar que muchas veces no se cuenta con transporte para el traslado (Ver tabla 56).

Tabla 56. Distribución de los nacimientos por municipio y área de residencia de la mujer, departamento de Vaupés 2010.

	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Total
M. Mitú	168	50	230	448
M. Taraira	12	0	34	46
M. Carurú	13	0	37	50
C.D. Pacoa	0	20	46	66
C.D. Yavaraté	0	25	7	32



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



C.D. Papunahua	0	1	4	5
Total	193	96	358	647

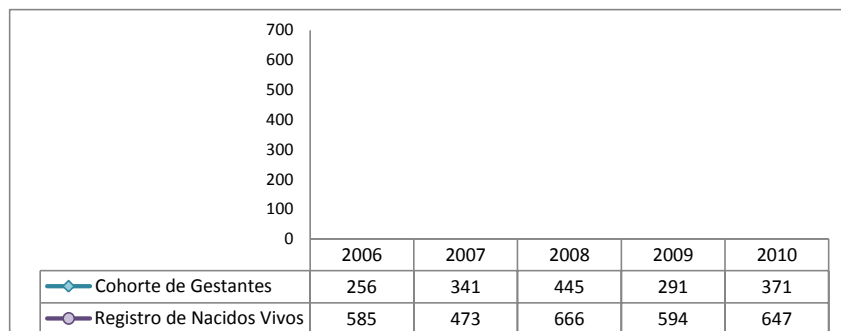
Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.2. Identificación de Gestantes por Cohorte de Gestantes:

La cohorte de gestantes es una estrategia consistente en realizar el censo de todas las mujeres en estado de embarazo, la cual se implementó en el departamento para identificar, canalizar y realizar un seguimiento oportuno de las maternas, con la finalidad de intervenir y controlar los factores de riesgo biosociales; este censo se realiza de manera continúa por las EPS subsidiadas, la EPS Hospital de San Antonio y sus dos satélites puestos de salud de Carurú y Taraira y por los auxiliares de enfermería ubicados en las unidades de atención básica –UBA-, de igual forma esta actividad está contemplada dentro de las actividades del plan de intervenciones colectivas –PIC- para los corregimientos departamentales.

En los últimos cinco años de observación la cohorte de gestantes ha representado en promedio el 58% de los registros de nacidos vivos, con una oscilación de 44% al 72%, indicando una baja identificación y por ende una baja canalización de estas mujeres, la diferencias entre estas dos fuentes puede asociarse a los procesos administrativos en cuanto a la contratación de auxiliares para las UBA del departamento, incidiendo directamente en la no continuidad de las acciones de búsqueda e identificación de gestantes (Ver gráfica 78).

Gráfica 78. Tendencia comparativa entre los registros de la cohorte de gestante vs certificados de nacidos vivos, departamento de Vaupés 2006-2010.



Fuente: Base de datos Programa Salud Sexual y Reproductiva. SSDV. 2006-2010 y Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2006-2010.

10.1.3. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Para el 2010 el 94%(605/647) de los nacimientos correspondieron a mujeres que se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, dentro de las que sobresalen las afiliadas al régimen subsidiado (85% -552/647-), variable que nos indica que las gestantes contaron con una buena cobertura de afiliación, sistema que debe estar velando por el bienestar del binomio madre-hijo (ver tabla 57).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 57. Distribución de las mujeres con registro de nacido vivo por régimen de Salud, departamento de Vaupés -2010-.

Régimen de SGSSS	Nombre de la Administradora	Frecuencia	Porcentaje
Subsidiados	Caprecom	335	51,8
	Mallamas	215	33,2
	Humanavivir	2	0,3
Contributivo	Nueva EPS	1	0,2
	Saludcoop	23	3,6
	Servimédicos	29	4,5
Vinculados	No Afiliados	31	4,8
Sin Dato	Sin Información	11	1,7
Total		647	100

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.4. Cobertura Parto Institucional y Tipo de Atención Prestada:

Se observa que para el año 2010 el 46% (297/647) de las mujeres con certificado de nacido vivo contaron con parto institucional, dato que se considera muy por debajo del estándar nacional –Meta del 95% de cobertura-, el parto institucional es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; como se mencionó el 92% de los nacimientos correspondieron a población indígena, dentro de las prácticas, creencias y tradiciones que rodean el proceso del nacimiento están:

- ✓ La mujer asume el alumbramiento generalmente sola, es un proceso que requiere privacidad.
- ✓ El parto se debe desarrollar en la "chagra" (lugar en donde realizan sus cultivos y generalmente está ubicado lejos de la comunidad).
- ✓ La placenta debe ser enterrada.

Adicional a estos comportamientos el sistema de salud del departamento no cuenta con un servicio de parto intercultural que respete estas creencias y costumbres, estrategia que serviría para aumentar las coberturas del parto institucional y por ende disminuiría los riesgos de complicaciones y muerte durante el parto y post-parto; de igual forma hay una deficiencia en la divulgación y socialización de las ventajas del parto institucional, como una pobre aplicación de la demanda inducida.

El 97% (286/296) de las mujeres que tuvieron un parto institucional contaron con asistencia médica o de enfermería; se resalta que las mujeres que registraron residir en las cabeceras municipales, el 88% (170/193) contaron con un parto institucional, los auxiliares de enfermería y promotores de salud asistieron el 5%(21/647) de los partos, sobresale la variable que otra persona asistió el trabajo del



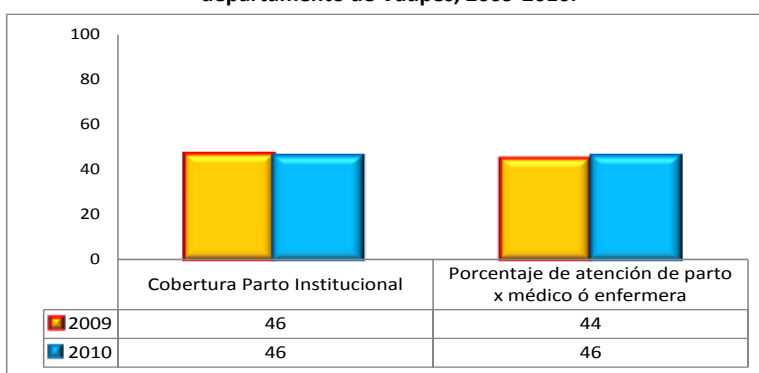
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



parto (39% -254/647) que se relaciona con una auto atención o asistida por miembros de su familia; se menciona que dentro de la idiosincrasia indígena la figura de la partera es casi nula, como se explicó generalmente la mujer asume el alumbramiento sola.

Cotejando las coberturas del 2010 con respecto a 2009 no se observan cambios significativos entre estos dos años, colocando al departamento lejos de las metas y estándares nacionales (Ver gráfica 79).

Gráfica 79. Cobertura de atención por médico o enfermera del parto y cobertura del parto institucional, departamento de Vaupés, 2009-2010.



Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

Por área de residencia se evidencia que entre más alejada es la zona menor es la accesibilidad a los servicios de salud, situación que en gran medida preocupa por ser la zona rural la que aporta el mayor número de gestantes y que es la población más susceptible a desarrollar complicaciones, dadas sus características socioeconómicas, los partos institucionales en el 95%(282/296) de los casos se desarrollan en las cabeceras municipales, indicando que las mujeres residentes del área rural que recibieron parto institucional necesitaron desplazarse de su sitio de origen a la institución de salud, resaltando las dificultades de transitar en el interior del departamento (vía fluvial, aérea y por caminos) (Ver tabla 58).

Tabla 58. Cobertura del parto institucional pro área de residencia de la mujer, departamento de Vaupés - 2010-

Área de Residencia	Nacimientos Registrados	Parto Institucional	Cobertura
Cabecera Municipal	193	170	88,1
Centro Poblado	71	21	29,6
Rural Disperso	383	105	27,4
Total	647	296	45,6

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.



10.1.5. Cobertura Control Prenatal (CP):

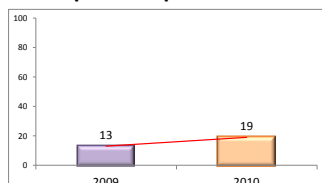
Los controles prenatales son el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos que están destinados a prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto. Constituyen una de las principales formas de asegurar el buen estado de salud de la madre y del feto, además de su correcto desarrollo (11).

Se habla de un buen control prenatal cuando durante la gestación la mujer recibió por lo menos cuatro controles prenatales.

En el departamento de Vaupés, se observan que las barreras de acceso, la dispersión poblacional y la ausencia de mecanismos efectivos para garantizar el control prenatal al 100% de gestantes influyen de manera negativa en el cumplimiento de este lineamiento.

Para el año 2010 se evidencia un aumento del 32% en las coberturas del control prenatal -4 ó + CP-, las coberturas obtenidos para estos dos años están muy por debajo de las esperadas y necesarias para garantizar un seguimiento y evaluación adecuada, colocando este indicador en zona crítica de cumplimiento (19,0% -123/647-) y aún más en aquellas mujeres residentes en el área rural donde la cobertura del control prenatal fue del 7,3% -33/454- (Ver gráfica 80).

Gráfica 80. Cobertura del control prenatal por año de observación, departamento de Vaupés, 2009-2010



Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

A través de los datos de los registros de nacido vivo, se identifica que el 59% (380/647) de las mujeres tuvo al menos un control prenatal durante su gestación, sin embargo, se debe evaluar que dentro de los estándares determinados para los controles prenatales el departamento no goza con los mínimos establecidos para un servicio integral. Por afiliación al sistema el régimen subsidiado es el que presenta las más bajas coberturas y el que tiene el mayor porcentaje de afiliación, la semaforización de la situación evidencia que el 32% (208/647) de las gestantes se ubicaron en zona crítica, debido a

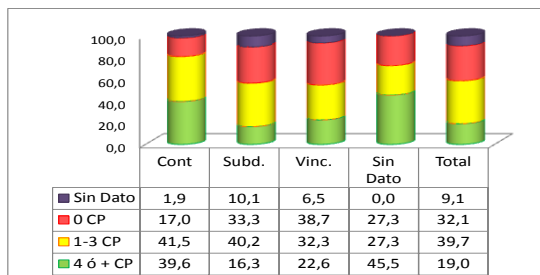


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



que no tuvieron una oportunidad para ser clasificadas y canalizadas según valoración clínica de riesgo (Ver gráfica 81).

Gráfica 81. Cobertura del control prenatal, por afiliación al SGSSS, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.6. Edad de la Madre:

Para esta variable se registró que la edad mínima de las mujeres fue de 12 años y la máxima de 45 años, concentrándose los embarazos 66% (409/647) en mujeres entre los 20 a los 35 años, edades consideradas adecuadas para una gestación sin riesgo, sin embargo, cabe anotar que las condiciones ecoepidemiológicas y biosociales del departamento son factores determinantes para complicaciones y muerte perinatal o materna.

El 32% (205/647) de las gestantes clasificaron como un embarazo con factores de riesgo por edad de la madre (mayor de 35 y menor de 20 años), significando que estas gestantes debieron haber recibido un seguimiento más estricto y bajo supervisión por especialista, en el cruce de variables entre la edad de la madre y control prenatal, se identifica que el 57%(116/205) de estas gestantes con riesgo por su edad recibió mínimo 1 control prenatal, es decir, tuvieron al menos una oportunidad para ser clasificadas y canalizadas correcta y oportunamente, sin embargo, solo el 46% (93/205) obtuvieron un parto institucional (Ver tabla 59).

Tabla 59. Distribución de los certificados de nacidos vivos según edad de la madre, departamento de Vaupés-2010.

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Mayor Riesgo 10-14	7	1,1
Riesgo 15-19 años	125	19,3
Sin Riesgo 20-35	420	64,9
Riesgo > de 35 años	73	11,3
Sin Dato	22	3,4
Total	647	100

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.7. Edad Gestacional:



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Dentro de esta variable se ha identificado ciertas problemáticas para su buen diligenciamiento, en especial cuando el que diligencia el formato es el auxiliar de enfermería o promotor de salud, el cual en algunos casos:

- ~ El personal no cuenta con las herramientas necesarias para determinar la edad gestacional
- ~ La información obtenida no ayuda a la determinación del inicio del embarazo.

De los nacimientos registrados se identificó que la semana mínima de gestación fue de 29 semanas y la máxima de 49 semanas, se obtuvo que el 78%(502/647) de las embarazadas gozaron de un período a término para la finalización de su embarazo, los embarazos a términos disminuyen la probabilidad de complicación durante el desarrollo del parto (Ver tabla 60)

Tabla 60. Distribución de las gestantes según su edad gestacional, departamento de Vaupés-2010.

Semanas de Gestación	Frecuencia	Porcentaje
Pre-Término < de 37 semanas	47	7,3
A Término 37 - 42 semanas	502	78,4
Post-Término > de 42 semanas	5	0,8
Sin Dato	88	13,6
Total	647	100

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.8. Estado Civil:

El estado civil juega una importante tarea dentro del desarrollo psicosocial de la mujer gestante, dentro de los parámetros contemplados por la organización mundial de salud es que las embarazadas que no cuentan con pareja aumentan la probabilidad de riesgo para complicaciones inherentes a su estado.

Dentro de los aspectos a resaltar relacionados con este indicador psicosocial está: dentro de la cosmovisión de los pueblos indígenas el matrimonio no es una actividad contemplada, las uniones de hecho es la forma de institucionalizar una familia dentro de la comunidad, que esta validada y respetada por sus integrantes.

Se observa que el 85% (551/647) de las gestantes contaban con una pareja durante su gestación, traduciéndose en un indicador positivo para el departamento, se debe mencionar que aunque no se alcanza a apreciar en estas estadísticas el madre-solterismo, si se debe mencionar que el departamento esta afronta una transición con esta temática, en donde se está comenzando a evidenciar mujeres que afrontan el embarazo solas, problema que está relacionado directamente con el choque cultural y el embarazo en adolescentes (Ver tabla 61)

Tabla 61. Distribución de las gestantes según su estado civil, departamento de Vaupés-2010.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Unión Libre	452	69,9
Casada	99	15,3
Separada	4	0,6
Viuda	2	0,3



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Soltera	74	11,4
Sin Dato	16	2,5
Total	647	100

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.1.9 Pruebas Para-clínicas de Tamizaje

10.1.9.1. Pruebas rápidas para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana -VIH-: El tamizaje para VIH, es uno de los exámenes establecidos en la guía de Detección temprana de alteraciones durante el embarazo –Resolución 412 del 2000 y 3442 de 2006-, como una prueba obligatoria, con el fin de prevenir la transmisión vertical.

El laboratorio de la ESE HSA reporta la realización de 477 pruebas rápidas al grupo de gestantes, es importante mencionar que por la forma en que se guarda la información en el laboratorio de la ESE no se puede determinar si hay duplicados de pacientes, concordantes a los controles estipulados para estas pruebas, es por ello que se omite hablar de cobertura en la población objeto, como se menciono anteriormente las coberturas de los grupos extramurales fue muy baja y estos grupos no contaron con pruebas rápidas para el tamizaje de VIH, sumado a que la gran mayoría de las gestantes son residentes del área rural.

Los resultados de las pruebas arrojaron un porcentaje de positividad del 1% (3/477), aclarando que durante el proceso de confirmación –prueba de Wester-Blot- de la infección se descartaron dos casos y se confirmó uno, dejando un porcentaje de positividad del 0,2% (1/477).

Para el 2010 se identificaron tres gestantes con VIH -una de las cuales se diagnostico en el año 2009-; uno de los casos término en transmisión vertical, situación ligada directamente a un diagnostico tardío -40 semanas de gestación- e inicio tardío del tratamiento antirretroviral –post parto-. Colocando el indicador de transmisión vertical para VIH en el 33,3%.

10.1.9.2.1. Acciones que se destacan para el periodo 2008- 2010 en VIH

- *Se ha logrado que el personal asistencia del hospital San Antonio solicite la prueba para VIH a toda gestante que asiste a control prenatal y a parto (cuando no ha tenido acceso a control prenatal previo), mediante procesos de asistencia técnica y asesoría a la I.P.S.*
- *A partir del año 2008 en el marco de la conmemoración del día de la lucha contra el VIH-SIDA, en los municipios de Carurú, Taraira y Mitú se viene desarrollando la "Jornada de la Sexualidad Sana"; jornada en la cual se desarrollan actividades de información, educación y comunicación y la promoción de la prueba voluntaria para VIH a población general y mujeres gestantes.*

10.1.9.2. Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus y Herpes -TORCH-: Las pruebas que conforman el TORCH no están contempladas dentro del plan obligatorio de salud y no están inmersas dentro de la resolución 412 del 2000 como obligatorias para el tamizaje de las embarazadas, es por



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



ello que se hizo la realización de estas pruebas a través del laboratorio departamental, una acción proactiva por las implicaciones que tienen estas infecciones en el desarrollo y crecimiento del embrión.

- *Toxoplasmosis: Se realizaron 54 pruebas a gestantes para la detección de esta infección de tipo parasitario, la tamización arrojó una positividad del 7% para infección activa y 48% para infección pasada, para el departamento se esperaría un porcentaje más alto de contacto con el parásito, por las condiciones eco-epidemiológicas y los malos hábitos de saneamiento básico.*
- *Rubeola: Se tamizaron 17 gestantes, no se encontraron casos activos y la inmunización que presentaron las pacientes para esta infección fue del 2%, indicándonos que el resto de mujeres tamizadas no recibieron vacunación para esta infección.*
- *Citomegalovirus: Para esta prueba se tamizaron 17 gestantes y el porcentaje de positividad fue del 6%.*

Si bien es cierto, las muestras que se procesaron para el tamizaje de TORCH no son representativas de toda la población -debido a la baja casuística que se tuvo-, si evidencian una prevalencia considerablemente alta para esta muestra en particular, indicándonos que el tamizaje de estas infecciones deben implementarse y mantenerse dentro del control prenatal para las gestantes (Ver tabla 62)

Tabla 62. Resultados de las pruebas que conforman el TORCH a las gestantes tamizadas, departamento de Vaupés-2010.

	Infección Activa			Infección Pasada		
	Total Muestras	Positivas	% de Positividad	Total Muestras	Positivas	% de Positividad
Toxoplasmosis	54	4	7	54	26	48
Rubeola	17	0	0	17	2	12
Citomegalovirus	17	1	6	NA	NA	NA

Fuente: Laboratorio de Salud Departamental 2010.

10·1·9·3· Serología para Sífilis: A diferencia del TORCH este tamizaje es de carácter obligatorio para las gestantes, con el objetivo de disminuir la sífilis congénita y gestacional; El reactivo utilizado para esta tamización es la prueba no treponémica V.D.R.L. (Venereal, disease, research, laboratory) la cual requiere confirmación con una prueba treponémica.

EL laboratorio clínico de la ESE hospital San Antonio, reporta el procesamiento de 458 muestras de gestantes para serología de sífilis, para el 2010 se presentó una prueba reactiva (2 dils), la cual se descartó por prueba confirmatoria TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay).

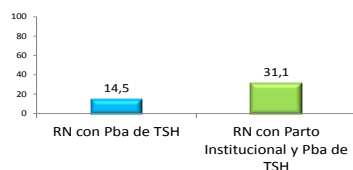


El departamento durante el período comprendido entre el 2008 y 2010 no se han detectado casos de sífilis congénita ni gestacional, siendo esto un indicador positivo.

Como se mencionó en las pruebas de VIH no es posible hablar de cobertura por el inconveniente de establecer cuál de estos resultados fueron controles.

10.1.9.4. *Determinación para Hormona Estimulante de Tiroides -TSH-:* La tamización para la determinación de la hormona estimulante de tiroides, tiene como finalidad la detección temprana de hipotiroidismo congénito, principal casusa prevenible de retardo mental. El tamizaje general que se obtuvo para el 2010 fue del 14,5%, cruzando la tamización con la variable atención del parto institucional, encontramos que sólo se le garantizó esta prueba al 31% de los recién nacidos con parto institucional, es decir, que hay fallas en brindar y garantizar esta prueba por parte de la IPS (Ver gráfica 82).

Gráfica 82. Cobertura de TSH en el recién nacido, departamento de Vaupés-2010.



Fuente: Laboratorio Departamental de Salud Pública. Secretaria de Salud Departamental 2010.

10.2. Segunda Línea de Acción "PLANIFICACIÓN FAMILIAR"

Se define como planificación familiar a la decisión tomada por un hombre y una mujer proyectados como familia, en la que determinan responsablemente el número de hijos que tendrán (12).

Los indicadores básicos de Colombia muestran que más de la mitad de las mujeres embarazadas (el 52%) reporta no haber deseado el embarazo en ese momento; estas cifras sugieren problemas en el acceso, la utilización, apropiación y continuidad de los métodos de planificación familiar, y significan un costo elevado en términos de salud y calidad de vida, en la medida en que los embarazos no planeados pueden convertirse en embarazos de riesgo o favorecer prácticas de riesgo, especialmente el aborto inseguro. A nivel nacional Colombia ha logrado aumentar las coberturas de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil, pasando de una cobertura del 39,9% en 1990 a un 56,4% en el 2005, este aumento de coberturas ha inferido de una manera directa en la disminución de la utilización de métodos anticonceptivos tradicionales (13).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Es importante recordar que los programas de planificación familiar, no se están desarrollando acorde a lo establecido en la guía de Planificación familiar de la resolución 412 del 2000, la cual dicta que se debe garantizar a toda la población el acceso a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables, de igual forma mantener el suministro oportuno del método elegido y el seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios.

Según datos obtenidos a través de las I.P.S hospital San Antonio y Vaupés Sano, para el año 2010, se atendieron un total de 258 usuarias en el "Programa de Planificación Familiar"; el 100% de usuarios para este programa correspondieron al sexo femenino, dato asociado a las características sociales y culturales de la región, en el cual se determina que es la mujer quien tiene el deber y la obligación de utilizar los métodos anticonceptivos, reflejando la falta de campañas de socialización y divulgación de los derechos sexuales y reproductivos.

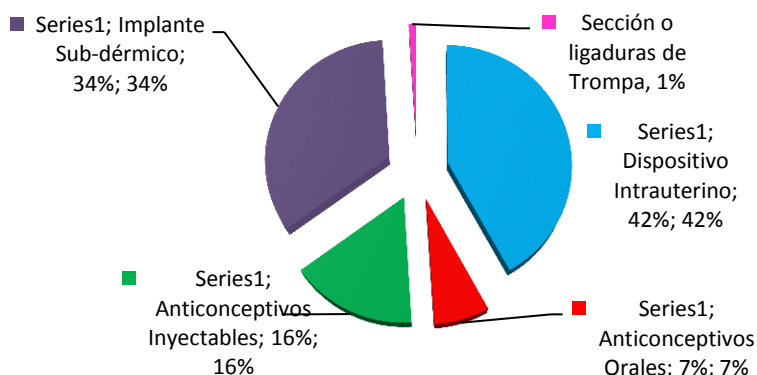
Las 258 mujeres que accedieron o demandaron el servicio de planificación familiar representaron el 3% de las mujeres del departamento en edad fértil aptas para utilizar métodos de planificación familiar (15-49 años), censo DANE proyecciones 2010, dejando la cobertura de este programa insatisfactoria a la demanda de la población.

Los métodos que se ofertan son: Dispositivo intrauterino, implante sub-dérmico, anticonceptivos inyectables, anticonceptivos orales y sección o ligadura de trompas de Falopio; siendo el dispositivo intrauterino (DIU) el método más usado con un 42%, seguido del implante sub-dérmico con un 34%. El implante sub-dérmico es un método que se introdujo para el 2010 como nuevo y que su aplicación se dio en el casco urbano de Mitú (Ver gráfica 83).

Gráfica 83. Distribución porcentual de los métodos anticonceptivos utilizados, departamento de Vaupés – 2010 -.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Salud Departamental 2010.

Las usuarias del régimen subsidiado son las que más demandan los servicios del programa de planificación familiar; CAPRECOM representa el 45% y MALLAMAS el 30%. Estas dos empresas se destacan a nivel departamental por tener el mayor número de afiliados. El resto de mujeres se encuentran afiliadas al régimen contributivo y en una muy baja proporción de forma particular.

Dentro de los aspectos culturales que influyen en la resistencia, baja adherencia y poca demanda del servicio está principalmente las creencias de los principales líderes indígenas, quienes argumentan "que se debe procrear el mayor número de hijos para garantizar la supervivencia de la raza"; anudado a que el hospital San Antonio y la I.P.S Vaupés Sano no cuentan con un programa de Planificación Familiar estructurado que oferte de manera adecuada los servicios a la población del área rural y los servicios que se brindan en esta área son muy bajos, incluso nulos. La oferta actual del servicio, no tiene en cuenta las características sociales y culturales de la población del departamento y la demanda inducida es inexistente.

Se resalta que los métodos que deberían ofertarse para la población del departamento, deberían ser en su mayoría métodos de "larga duración" para facilitar su uso y adherencia, en especial para las mujeres residentes del área rural.

10-3· Tercera Línea de Acción "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES"

La Salud Sexual y Reproductiva de la población adolescente comprende el ejercicio de una sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana, la prevención del embarazo precoz y la prevención y atención de eventos relacionadas con la sexualidad y la reproducción (10).

Las/os adolescentes están iniciando su vida sexual a una edad cada vez más temprana. Al mismo tiempo hay un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres (17% en 1995 y 19% en el 2000), porcentaje que es considerablemente superior entre las adolescentes de las



zonas rurales (26%) y aún mayor entre las adolescentes en situación de desplazamiento (30%). El embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los/as hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas. El embarazo precoz es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza (14).

10.3.1. Embarazo en Adolescentes.

Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor (15).

Retrospectivamente se observa un aumento de embarazos en adolescentes con respecto al 2009, para el 2010 el departamento registró que el 20% (132/647) del total de las mujeres con registro de nacido se encontraron entre las edades de 10 a 19 años –grupo de adolescentes definición de la OMS-, de estas 6 adolescentes registraban tener 14 años y una 12 años.

El 55% (70/128) de las adolescentes tuvieron parto institucional y el 21% (27/1281) recibieron mínimo cuatro controles prenatales, datos que evidencia que los programas de promoción y prevención para las maternas tienen las siguientes fallas.

- Baja identificación y captación de las gestantes adolescentes.
- Una pobre adherencia y confiabilidad de los servicios en la población juvenil.
- Deficiencia en los programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con enfoque en población joven.

Ver tabla 63.

Tabla 63. Distribución de los certificados de nacidos vivos según edad de la madre, departamento de Vaupés-2010.

Grupo de Edad	Frecuencia	Porcentaje
Mayor Riesgo 10-14	7	5
Riesgo 15-19 años	125	95
Total	132	100

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Otra variable de interés es el número de embarazos que ha tenido la mujer adolescente, los datos arrojan que el 76% (100/132) manifiestan que este es su primer embarazo, el 20% (26/132) su segundo embarazo y el 4% (6/132) restante tres o más embarazos.

Dentro de los factores que se pueden asociar a los embarazos en adolescentes están:

- ~ Inicio temprano de las relaciones sexuales
- ~ Desconocimientos de los derechos Sexuales y Reproductivos
- ~ Ausencia de oferta de servicios enfocados al manejo de la sexualidad en niñas, niños y adolescentes.
- ~ Etapa de vida (adolescencia y juventud)
- ~ Nivel educativo de la adolescente
- ~ Proyecciones de vida
- ~ Creencias y comportamientos culturales
- ~ Pérdida de elementos, prácticas y costumbres culturales representativos como factores protectores para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes.
- ~ Sitio de residencia
- ~ Hacinamiento en los hogares o internados
- ~ Choque cultural

Estos factores son determinantes que confluyen y se potencializan con los tabúes referentes a la sexualidad, en la población indígena el tema de sexualidad y genitalidad no se aborda en el núcleo familiar, problemática que se agudiza por no contar con centros amigables para los adolescentes y estrategias adoptadas y adaptadas a los pueblos indígenas y zonas rurales del departamento.

10.3.2. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes -10 y 19 años-:

Como se menciona anteriormente las adolescentes juegan un papel importante en la tasa de fecundidad departamental, evidenciándose que en cada municipio y corregimiento del departamento se presentaron mujeres adolescentes embarazadas, llama la atención las diferencias estadísticas entre las tasas de fecundidad de los corregimientos con respecto a los municipios, pudiéndose asociar este comportamiento al sitio de residencia en especial en las zonas urbanas, contexto que facilita el contacto de las tradiciones indígenas con el comportamiento occidental.



La tasa específica para adolescentes arrojó que por cada mil nacimientos 27 se desarrollaron en mujeres entre los 10 a los 19 años, disgregando este dato entre 10-14 y 15-19 años, encontramos que las tasas son de 3 y 54 embarazos en adolescentes por cada mil nacidos vivos respectivamente, por razón de tasas, se encuentra que por cada nacimiento en adolescentes menores de 15 años se presentan 19 nacimientos en adolescentes entre los 15-19 años, concluyendo que en la población menor de 15 años la problemática no es tan aguda (Ver tabla 64).

Tabla 64. Tasa Específica de Fecundidad en Adolescentes -10 y 19, distribuidas por área de residencia, departamento de Vaupés – 2010 -.

	Nacidos Vivos	Mujeres adolescentes 10-19 años	Tasa por 1000
Mitú	97	3471	27,9
Carurú	11	347	31,7
Taraira	11	115	95,7
Yavaraté	2	149	13,4
Pacoa	9	683	13,2
Papunahua	2	90	22,2
Total Departamental	132	4855	27,2

Fuente: Certificados de Nacidos Vivos. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

Para este ítem se concluye que el abordaje de la sexualidad en adolescentes sin discriminación de género, se debe enmarcar desde una perspectiva intersectorial e institucional, con énfasis en educación de sus derechos sexuales y reproductivos, autoestima y proyecciones de vida

10.4. Cuarta Línea de Acción “CÁNCER DE CUELLO UTERINO -CCU-”

En Colombia el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en la población de mujeres entre 30 y 59 años y la segunda causa de mortalidad general por neoplasias. Sin embargo, debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes. Está asociado a comportamientos sexuales de riesgo, a bajos niveles de escolaridad y económicos, a la falta de apropiación de usuarias y prestadores de servicios de la importancia de la citología cervico vaginal –CCV- como medio eficaz para la detección del cáncer de cuello uterino (14).



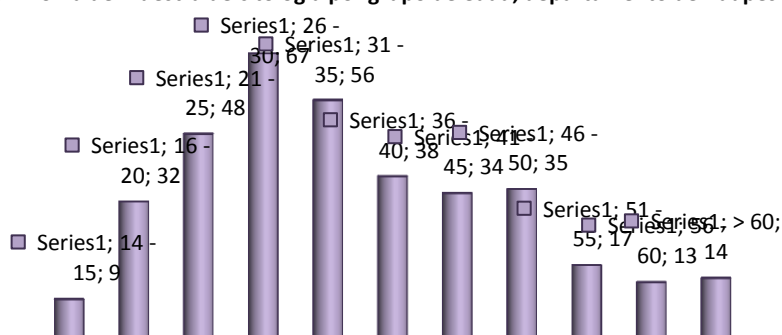
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Para el departamento del Vaupés se registró en el 2010 la toma de 363 muestras de citologías, número que al igual que la planificación familiar no genera impacto en la población femenina mayor de 15 años en el departamento (12.226 mujeres mayores de 15 años, censo DANE 2005 proyecciones 2010), situación preocupante teniendo en cuenta que este examen es el único tamizaje utilizado para detectar y canalizar tempranamente a la mujer para un diagnóstico definitivo y tratamiento temprano para el cáncer de cuello uterino.

Se observa que dentro de las mujeres que accedieron a la toma de la citología existe un comportamiento de incremento en la demanda de los 14 a 25 años, la mayor demanda de los 26 a 30 años y comienza decreciendo el tamizaje a medida que aumenta la edad, se puede asociar este comportamiento a que durante los primeros años es donde se comienza el inicio de la vida sexual, seguido de la vida sexual activa (Ver gráfica 84).

Gráfica 84. Toma de muestra de citología por grupo de edad, departamento de Vaupés – 2010 -.



Fuente: Base de datos del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental 2010.

El 96% de las usuarias se encuentran dentro del SGSSS, sobresaliendo la afiliación a la EPS Caprecom (47%). Por grupo poblacional encontramos que las indígenas representaron el 76%, las blancas 16% y las mestizas 8%, dentro del grupo indígena solo se reportan seis etnias entre las que sobresalen las cubeas, desanas y guananas.

La baja demanda del servicio para la toma de la citología se puede asociar principalmente a la no disponibilidad continua del servicio en las áreas rurales, como la poca demanda inducida del servicio en el departamento

Dentro de las limitantes observadas para abordar el tema de la citología en la población indígena están:

- * El tema de lo sexual y lo erótico (incluyendo los órganos genitales) son un tabú para las comunidades.
- * Culturalmente a las mujeres no le es permitido que otra persona vea sus parte intimas y más si es del sexo opuesto.



Si se dieran los procesos continuos de educación y sensibilización en las zonas urbanas y rurales del departamento en los temas de sexualidad con enfoque intercultural, permitiría la permeabilización de estas limitantes y aumentando el acceso a las mujeres del departamento con énfasis en las indígenas.

10-5- Quinta Línea de Acción “INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -ITS- y VIH/Sida”

Las enfermedades de transmisión sexual no son exclusivas de los grupos vulnerables, todas aquellas personas sexualmente activas tienen la probabilidad de adquirir una ITS. Las acciones contempladas están dirigidas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, brindar acceso a la población para la detección y tratamiento oportuno y fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

A nivel nacional la prevalencia de infecciones de transmisión sexual tales como la sífilis, la infección Gonocócica y la Trichomoniasis urogenital, se encuentran por encima de los promedios mundiales. La tasa de incidencia de la sífilis congénita es de 2.60 por 1.000 nacidos vivos, pero se estima que la cifra esconde un subregistro muy alto. La hepatitis B, el herpes genital y el VIH/Sida (12,81 X 100.000 Hab) han mostrado una clara tendencia al aumento (13).

10-5-1- Infecciones de Transmisión Sexual -ITS-:

10-5-1-1- Frotis de flujo vaginal: A través de los registros del laboratorio de la ESE hospital san Antonio, se identificaron un total de 35 muestras de flujo vaginal con diagnóstico positivo para ITS, el 46% (17/37) se presentaron en mujeres en estado de embarazo, se resalta que el 41% (7/17) de estas gestantes son residentes de la zona rural del departamento.

La variable grupo poblacional evidencia que todas las mujeres con diagnóstico positivo para ITS fueron indígenas, sobresaliendo las: Cubeas -9 casos-, Desanas -5 casos -, Guanana -4 casos - y Bará -3 casos -.

El principal agente etiológico identificado es la Trichomona vaginalis, adicional a las muestras de frotis de flujo vaginal se hizo el diagnóstico de dos casos de condilomatosis (Ver tabla 65).

Tabla 65. Frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés - 2010 -.

	Gestante			Total
	SI	NO	Sin Dato	
Niesseria Gonorreae	2	4	2	8
Trichomoniasis	15	11	1	27
Condilomatosis	0	2	0	2
Total	17	17	3	37

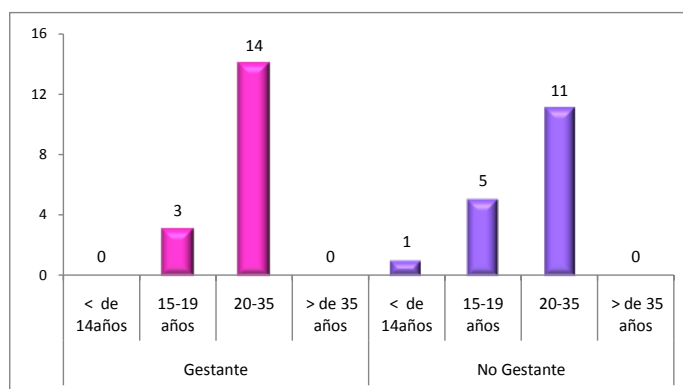
Fuente: Registro diario, libro de Frotis vaginal ESE Hospital San Antonio 2010



Por grupo de edad, se identifica casos de ITS en adolescentes, si bien la casuística no es significativa, para afirmar que este grupo es de riesgo para la adquisición de ITS, es de recordar que el tema de sexualidad responsable en los jóvenes en el departamento aún es un tabú y la estrategia de centros amigables esta en proyección de realizarse.

Los casos identificados en menores de 14 años, se considera inmediatamente como casos de violencia sexual, se resalta que por estos registros del laboratorio se identificó un caso de infección por Neisseria en niña de dos años proveniente de la comunidad de Teresita –Corregimiento departamental de Yavaraté- (Ver gráfica 85).

Gráfica 85. Frecuencia de casos de infecciones de transmisión sexual por grupo de edad, departamento de Vaupés - 2010 -.



Fuente: Registro diario, libro de Frotis vaginal ESE Hospital San Antonio 2010

Se aclara que la candidiasis y la vaginosis por Gardenella no son consideradas como ITS, en mujeres mayores de 40 años la Gardenella se considera flora normal de la vagina, sin embargo, estas dos infecciones se identificaron como las principales patologías que causan molestias de tipo vaginal en las mujeres, con una gran proporción de Gardenella en gestantes -68% (199/291), infección que si no es tratada en este período puede asociarse a abortos o parto pretérmino.

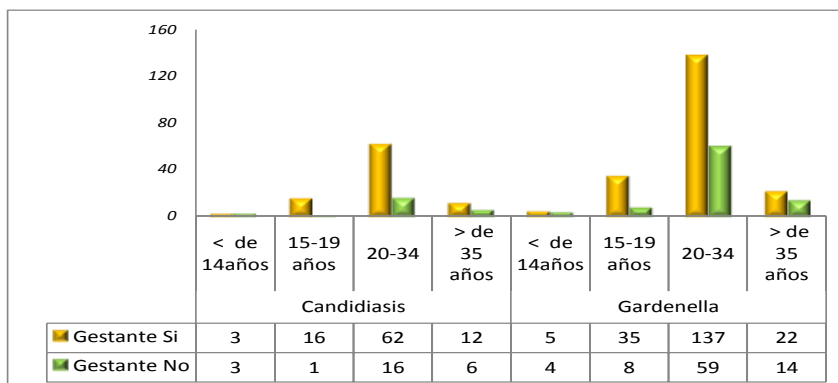
Por grupo de edad se evidencia que las mujeres entre los 20 a 34 año, son las que mayormente consultaron por este tipo de infecciones, y se aprecia que hay niñas menores de 14 años consultantes.

La candidiasis son infecciones micóticas asociadas directamente a las condiciones climáticas del departamento (húmedo) y las condiciones higiénico sanitarias del agua (Ver gráfica 86).

Gráfica 86. Frecuencia de caos de las infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés - 2010 -.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Registro diario, libro de Frotis vaginal ESE Hospital San Antonio 2010

10.5.1.2. *Frotis y Secreción Uretral: Para el 2010 se diagnosticaron por prueba de laboratorio siete casos de Neisseria en hombres, la disgregación y análisis de estos datos se vio limitada a la información que reposa en los libros de diagnostico, cinco de los siete casos registran procedencia de la parte urbana y suburbana del municipio de Mitú (Ver tabla 66).*

Tabla 66. Frecuencia de caos de las infecciones de transmisión sexual, departamento de Vaupés - 2010 -.

	Secreción Uretral	Dx de Neisseria
Alto Apaporis	1	0
Carurú	3	0
Urbana	4	2
Sub-Urbana	0	3
Querarí	1	0
Vaupés Medio	1	0
Sin Dato	0	2
Total	10	7

Fuente: Registro diario, libro de Frotis vaginal ESE Hospital San Antonio y notificación colectiva semanal Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

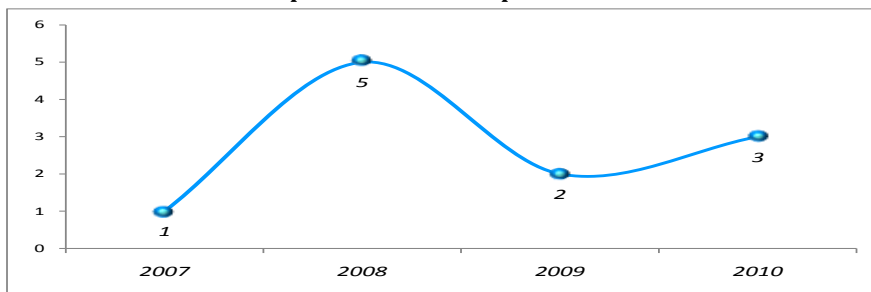
10.5.2. VIH -Virus de Inmunodeficiencia Adquirida-/Sida -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-:

En el periodo 1983 a 2007 se han diagnosticado en Colombia cerca de 57.500 personas que viven con el virus de VIH o han desarrollado la enfermedad del Sida, 24.000 de estos han fallecido. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro de VIH y Sida ha mejorado, estas cifras implican un importante sub-registro, de tal forma que la prevalencia estimada para personas entre 15 y 49 años es de 0.7%, es decir cerca de 171.500 casos. La incidencia del VIH/Sida ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de riesgo o vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Entre 1986 y 2000, la proporción de infectados pasó de 47 a 7 hombres por mujer (16).



A nivel departamental se registran en el programa de salud sexual y reproductiva desde el año 2007 un total de doce casos de VIH, dos de los cuales fallecieron, el resto de casos no han evolucionado a fase Sida de la enfermedad, como se mencionó anteriormente se presentaron dos casos de VIH en gestantes, con un caso de transmisión vertical (Ver gráfica 87).

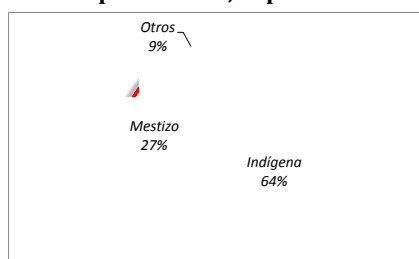
Gráfica 87. Frecuencia de casos confirmados para la infección de VIH por año de identificación, departamento de Vaupés - 2007 a 2010 -



Fuente: Base de datos del SIVIGILA y del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental 2010.

Aunque el departamento presenta una prevalencia del 0,04% entre las personas de 15 a 49 años, muy por debajo de la registrada a nivel nacional -0,7%- y no representa la magnitud de otros departamentos, el VIH/Sida internamente genera un gran impacto social, primeramente la mayor población del departamento es indígena, población con mayor vulnerabilidad teniendo en cuenta que no han adoptado el principal mecanismo de prevención -uso del preservativo-, esto se demuestra encontrando que el 64% de los casos se identificaron en la población indígena (Ver gráfica 88).

Gráfica 88. Distribución porcentual de los casos confirmados para la infección de VIH por grupo poblacional, departamento de Vaupés - 2010 -



Fuente: Base de datos del SIVIGILA y del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental 2010.

De los 11 casos con diagnóstico confirmado para la infección de VIH, 5 son residentes del área urbana y 6 en el área rural, sin embargo, por distribución poblacional, la prevalencia son de 0,03% y 0,02% respectivamente para cada área, expresando que por cada 14 individuos viviendo con VIH en el área urbana se encontrarían 10 en el área rural, estos datos se pueden asociar a la transición poblacional que el departamento ha venido presentando, con un aumento paulatino de población militar en las áreas urbanas del departamento y algunos centros poblados - por ser un área considerada roja en



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



términos de conflicto armado- población en constante cambio y movilización intra e interdepartamental, situación que se ha ligado con comportamientos de riesgo entre los dos grupos poblacionales –militares e indígenas- (Ver mapa 6).

Mapa 6. Georeferenciación de la residencia de los casos con diagnóstico confirmado para VIH, departamento de Vaupés - 2007 a 2010 -.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Base de datos del SIVIGILA y del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental 2010.

Para la temática de VIH el departamento presenta las siguientes problemáticas:

- La EPS y las IPS no cuenta con los mecanismos suficientes y necesarios para garantizar una atención integral, es por ello que los pacientes con este diagnóstico deben desplazarse hasta la ciudad de Villavicencio para realizarse los exámenes de tercer nivel como la atención especializada.
- La disponibilidad del diagnóstico a la población general es casi nula, exceptuando campañas lideradas por la Secretaría de Salud Departamental.
- Los programas de promoción y prevención son débiles.



10.6. Sexta Línea de Acción "VIOLENCIA DOMÉSTICA Y SEXUAL"

Desde el punto de vista de la salud pública, la violencia doméstica y sexual está íntimamente relacionada con problemas de SSR tales como alteraciones ginecológicas, aborto inseguro, complicaciones del embarazo, aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer y enfermedad pélvica, sin contar los costos para el sistema de salud directamente producidos por las atención de las lesiones y los costos laborales y económicos para la persona lesionada y para la sociedad.

Un solo acto de violencia puede afectar a quien lo sufre durante el resto de su vida y constituye una violación grave a varios derechos humanos fundamentales. La encuesta nacional de demografía y salud realizada en el año 2000, muestra que el 65% de las mujeres alguna vez unidas ha sufrido violencia verbal, el 41% violencia física, y el 11% ha sido violada por su pareja. Entre las mujeres desplazadas los porcentajes son alarmantes: el 52% de las mujeres alguna vez unidas reporta haber sufrido algún tipo de maltrato físico y el 36% ha sido forzada a tener relaciones sexuales por desconocidos. Solamente el 22% de las mujeres que han sido maltratadas reporta haber denunciado el hecho ante las autoridades. En cuanto el maltrato a los menores, el 41% ha recibido golpes del padre, el 26% de la madre, el 20% de la persona que lo cuida y el 13% del padrastro o madrastra (17).

10.6.1. Situación Departamental.

El tema de la violencia sexual y doméstica en el departamento está empezando a implementarse, el proceso de concientización y sensibilización de las instituciones y la sociedad, no es un proceso a corto plazo y requiere investigación basada en género y con visión cultural.

La ley define que cuando una niña igual o menor a 14 años se encuentra en estado de embarazo, se debe identificar la violencia sexual como primera medida, de igual forma esta definición debe ser contextualizada a la cosmovisión de la mujer dentro de la sociedad indígena, y enmarcarse dentro de la definición cultural de este tipo de abuso, no afirmando con este párrafo que no existe la violencia sexual dentro de las comunidades indígenas, pero sí que el tema en el departamento no ha sido ahondado y estudiado. Para el 2010 se identificaron 7 menores de 15 años, 5 de ellas del grupo poblacional indígena; se desconoce el abordaje que tuvieron estos casos.

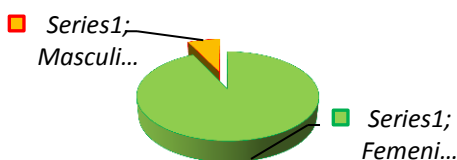


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Durante el año 2010 se reportaron 28 casos de violencia doméstica y sexual, el 93% de los casos correspondían al género Femenino, siguiendo la tendencia nacional en donde las mujeres son la mayoría de las sobrevivientes para este tipo de violencia. En la mayoría de los casos la violencia doméstica se vincula directamente con el alcohol, residir en asentamientos marginales o pertenecer a un bajo estatus social (ver gráfica 89).

Gráfica 89. Distribución porcentual de la violencia sexual y doméstica por género, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Base de datos programa de Salud Sexual y Reproductiva Secretaria de Salud Departamental 2010.

10.6.2. Tipo de violencia.

Dentro de los 28 casos de violencia que se registraron, encontramos la violencia física como la primera causa, el departamento registra en este momento un abuso en el consumo de sustancias psicoactivas entre ellas principalmente el alcohol, lo cual se relaciona como un factor determinante en la violencia física, sin embargo se resalta que la no denuncia de los casos es una constante tanto a nivel nacional como departamental, incluyendo que la violencia en cualquiera de sus tipos es avalada por la sociedad, por ser visualizada como un proceso normal o por ser una violencia "buscada" por la o el sobreviviente, se resalta que todos los casos recibieron algún tipo de atención entre la que sobresale la asistencia psicológica y legal (Ver tabla 67 y 68)

Tabla 67. Distribución porcentual de los tipos de violencia registradas, departamento de Vaupés 2010.

Tipo de Violencia	Frecuencia	Porcentaje
Abuso Sexual	2	7
Abuso Físico	24	86
Abuso Verbal	2	7
Total	28	100

Fuente: Base de datos programa de Salud Sexual y Reproductiva Secretaria de Salud Departamental 2010.



Tabla 68. Distribución porcentual de la atención brindada a las y los sobrevivientes de la violencia, departamento de Vaupés 2010.

<i>Atención Brindada</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Legal y Psicológica</i>	43
<i>Legal</i>	21
<i>Psicológica</i>	21
<i>Médica</i>	7
<i>Médica y Psicológica</i>	4
<i>Amparo Polícivo, Legal y Psicológica</i>	4
<i>Total</i>	100

Fuente: Base de datos programa de Salud Sexual y Reproductiva Secretaría de Salud Departamental 2010.

Para el tema de la violencia existen las siguientes situaciones que agravan la situación

- No existe oficina de medicina legal
- Las comisarías solo existen en el área urbana del municipio de Mitú
- Desconocimiento y reconocimiento de los actos y tipo de violencia en la sociedad
- No existencia de ruta de atención para los y las sobrevivientes

10.6.3. Casos de Supuesto Delito Sexual

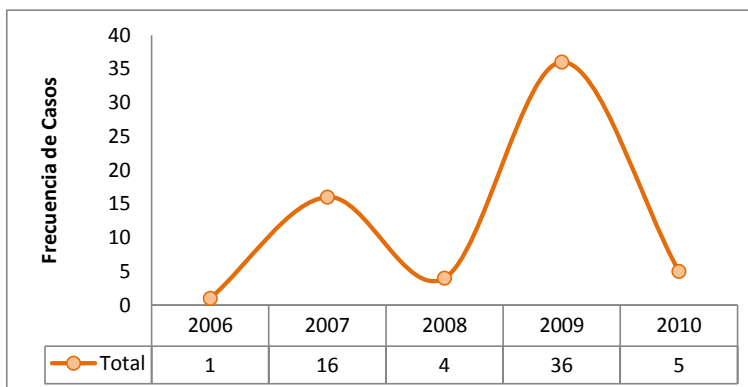
Para este análisis se utilizó como fuente de información los exámenes sexológicos realizados a los presuntos casos de violencia sexual por la ESE Hospital San Antonio –HSA-. Se desconoce la clasificación final de los casos y los procesos de seguimiento que tuvieron.

10.6.3.1. Comportamiento del Evento: Para este punto se debe aclarar que el año en que se realiza los exámenes sexológicos no son los años de ocurrencia del evento, algunos casos son crónicos y perennes, el acumulado de casos entre el período 2006 al 2010 es de 62 dictámenes. Se observa un aumento drástico en el número de casos para el año 2009, no encontrándose posibles asociaciones a este pico, todos los casos que se identificaron a través de este instrumento fueron referidos por instituciones de orden judicial –Fiscalía- (Ver gráfica 90)

Gráfica 90. Frecuencia de exámenes sexológicos por sexo y grupo de edad, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.



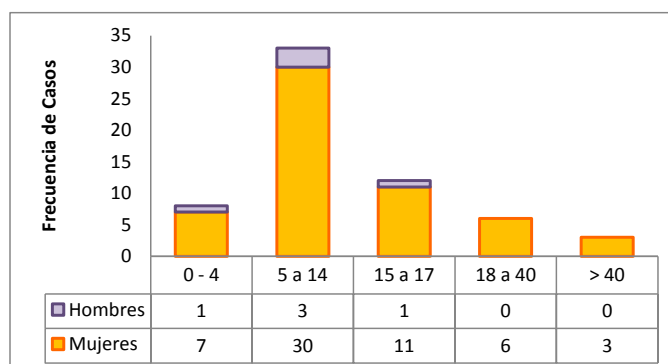
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Registro de exámenes sexológicos de la ESE Hospital San Antonio.

10.6.3.2. Variable Sexo y Edad: El 92% (57/62) de los casos con requerimiento de dictamen sexológico, pertenecieron al género femenino, por grupo de edad los casos se concentraron en los niños y niñas entre los 5 a los 14 años, sin embargo resalta que se identificó un caso en un niña de 18 meses, estas dos variables identifican a la mujer y los menores de 15 años como la población más susceptible y vulnerable (Ver gráfica 91).

Gráfica 91. Frecuencia de exámenes sexológicos por sexo y grupo de edad, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.



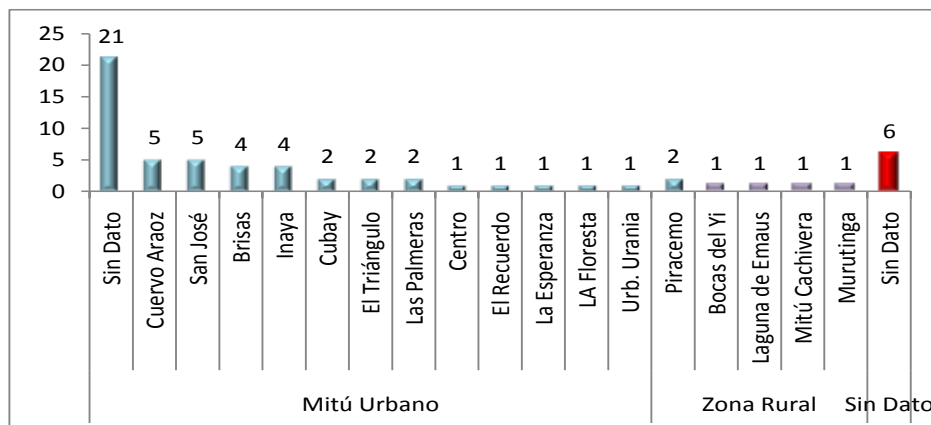
Fuente: Registro de exámenes sexológicos de la ESE Hospital San Antonio.

10.6.3.3. Lugar de Ocurrencia: El 81% (50/62) de los casos ocurrieron en la zona urbana del municipio de Mitú, en la ubicación de los casos por barrios no se identificaron zonas de riesgo específicas, aunque se tiene un gran número de casos sin el diligenciamiento de esta variable, aunque sólo el 8% (6/62) reportan procedencia de la zona rural, se debe reconocer que esta temática y el reconocimiento de la violencia sexual en la población indígena no se ha abordado, pudiendo haber subregistro de casos (Ver gráfica 92).

Gráfica 92. Lugar de ocurrencia de los casos atendidos en la ESE HSA, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Registro de exámenes sexológicos de la ESE Hospital San Antonio.

10.6.3.4. Relación del Posible Abusador con la Víctima: Para este ítem se evidencia que los posibles agresores en el 42% (26/62) de los casos eran familiares de la víctima, entre los que sobresalen los padres biológicos y los padrastros, en el 100% de los casos en donde los individuos son mayores de 18 años los familiares no configuran como agresores, este comportamiento sólo se observó en los menores de 15 años.

Se puede concluir entonces que los posibles individuos de la muestra que se analizó, los agresores tenían un vínculo muy cercano o de amistad con los y las sobrevivientes de los delitos sexuales.

De igual forma las personas desconocidas para la/el sobreviviente jugaron un papel importante representando el 26% (Ver tabla 69).

Tabla 69. Distribución porcentual de la relación de los abusadores con la sobreviviente de la violencia sexual, departamento de Vaupés-2010.

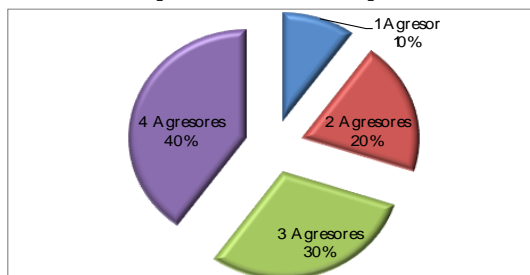
Posible Abusador	Total	%
Conocido	18	29
Desconocido	16	26
Padrastro	8	13
Padre	8	13
Tío	3	5
Abuelastro	2	3
Primo	2	3
Cuñado	1	2
Hermanastro	1	2
Hermano	1	2
Novio	1	2
Sin Dato	1	2
Total	62	100

Fuente: Registro de exámenes sexológicos de la ESE Hospital San Antonio.



10.6.3.5. *Número de Abusadores Relacionados con el Posible Delito Sexual:* Esta variable impresionó en la medida que se encontraron que en el 15% (9/62) de los casos con estudio sexológico se reportaba más de dos agresores, lo cual hace el proceso más complejo de asumir por la sobreviviente, ya que en la participación de más de un agresor el acto es mucho más violento, según las descripciones emitidas por los individuos (Ver gráfica 93).

Gráfica 93. Distribución porcentual del número de abusadores relacionados con el posible delito sexual, departamento de Vaupés, 2006 - 2010 -.



Fuente: Registro de exámenes sexológicos de la ESE Hospital San Antonio.

10.7. Indicadores de Mortalidad

Los indicadores de mortalidad son trazadores de la calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

10.7.1 Razón de Mortalidad Materna:

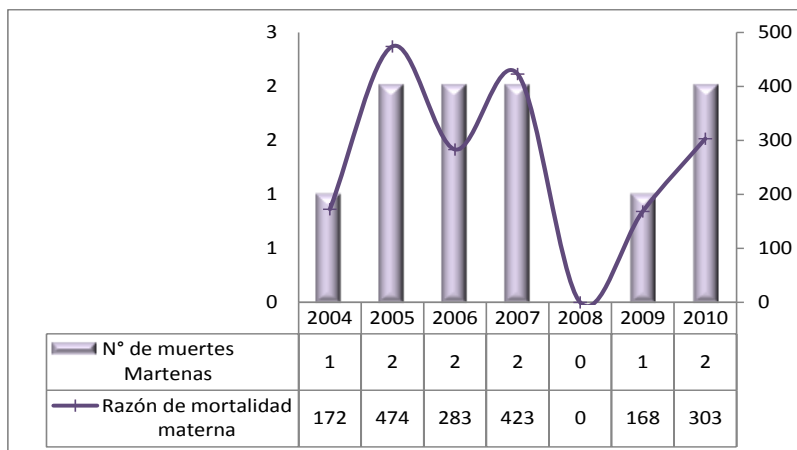
En general la mortalidad materna se identifica como una problemática que afecta el ámbito psicosocial de la sociedad, sin embargo dentro de la dinámica poblacional de los pueblos indígenas este problema se agudiza, la falta de la madre se traduce en un abandono de los infantes y disminución de la generación de alimentos, directamente ligado al importante papel de la mujer en la familia y la sociedad indígena.

A través de los años el departamento siempre ha tenido reporte de mortalidad materna, con una tendencia en los últimos 4 años a la disminución de su ocurrencia, aún así ha sido persistente este evento y se ha situado por encima de la tasa nacional, Colombia reporta para el 2007 una razón de mortalidad materna de 75 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.



Para el 2010 se reporta la ocurrencia de dos casos de mortalidad materna, cuyas eventualidades no están asociadas al embarazo, la primera fue debida a accidentalidad por ofidios y la segunda una broncoaspiración debida a intoxicación con alcohol etílico (alcohol no adulterado), estas dos mortalidades fueron de tipo materno perinatal, se hace hincapié que la atención al accidente ofídico es un trazador de la calidad y acceso a los servicios de salud, se resalta que la eventualidad ocurrió en tierras correspondientes al departamento del Amazonas (Ver gráfica 94).

Gráfica 93. Comportamiento de la razón de incidencia de la mortalidad materna, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10.7.1.1. Acciones que se destacan en el período 2008-2010, en maternidad segura:

- ✓ Avances en la construcción del Plan para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- ✓ Avances en la construcción de la política de maternidad segura para el departamento de Vaupés.
- ✓ Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de la estrategia de suministro de micronutrientes como ácido fólico y sulfato ferroso a las gestantes ubicadas en el área rural del departamento.
- ✓ Avances en la construcción de protocolos de salud intercultural en el tema de maternidad segura.
- ✓ Asesoría y asistencia técnica al Hospital San Antonio E.S.E y Secretarías de Salud municipal en control prenatal, guía de atención integral del parto y lineamientos generales enfocados a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

10.7.2. Tasa de Mortalidad Perinatal:



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

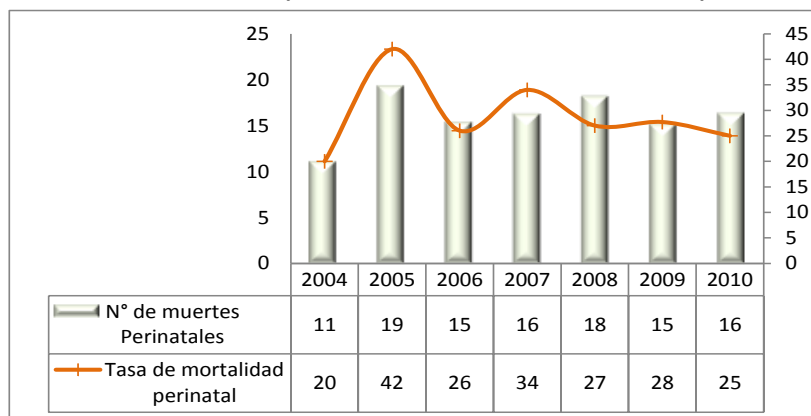


En el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3.3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida, en total las muertes perinatales se estiman en 6.9 millones anualmente (18).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDNS) 2005 la tasa de mortalidad perinatal para Colombia fue de 17 muertes por mil embarazos de 7 o más meses de gestación, con un número de muertes neonatales tempranas mayor que el número de mortinatos. Por esta fuente, comparando con la cifra obtenida en el año 2000, la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 a 17 por mil embarazos (19).

Al igual que la mortalidad materna, la mortalidad perinatal es un evento que se ha mantenido a través del tiempo, con tasas por encima de las registradas a nivel nacional y con una pequeña tendencia a la disminución a partir del año 2007, esta disminución aparente de casos no está relacionado a la mejora de los servicios, como se mostró anteriormente las coberturas del control prenatal no tiene los índices mínimos requeridos para lograr esta meta, sin embargo, dentro de las costumbres y tradiciones de los pueblos indígenas el cuidado del recién nacido y su madre están direccionados en la prevención de la enfermedad, si bien, no se ha estudiado la asociación de estos cuidados con la supervivencia del recién nacido, se podría afirmar de una manera subjetiva que estos cuidados si infieren en la no aparición de eventos como el tétano neonatal y otras enfermedades asociadas a las condiciones ambientales en donde se desarrollan los partos no institucionales (Ver gráfica 95).

Gráfica 95. Comportamiento de la mortalidad perinatal durante los años 2004-2010, departamento de Vaupés.



Fuente: Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



En el 2010 el municipio de Carurú presentó la tasa más alta para este evento, con un resultado de 65 muertes perinatales por cada 1000 nacidos vivos. Por área de residencia se encontró que el 50% de las muertes ocurrieron en las zonas urbanas del departamento (6 Mitú, 2 Carurú), lugares que se supone la accesibilidad a los servicios es mayor a las residentes en la zona rural; situación que pone al descubierto que la calidad y la adaptación del programa a la región no está generando impacto en el departamento (Ver tabla 70).

Tabla 70. Distribución de las Muertes Perinatales por municipio/corregimiento y área de residencia, departamento de Vaupés -2010-.

Municipios / Corregimientos	Áreas		Total	Tasa x 1000 NV
	Urbana	Rural		
M. Mitú	6	4	10	22,3
M. Taraira	0	0	0	0
M. Carurú	2	1	3	65
C.D. Pacoa	0	1	1	15,2
C.D. Yavaraté	0	2	2	62,5
C.D. Papunahua	0	0	0	0
Total	8	8	16	24,7

Fuente: Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental 2010.

10-7-2-1- Clasificación de las muertes en evitables y no evitables: La evitabilidad se entiende como la posibilidad de que ante un caso similar, se pueda impedir el mismo desenlace fatal al tomar ciertas medidas correctivas (20).

Se observa que las principales causas de muerte, son las relacionadas con afecciones originadas en el período perinatal tales como trastornos relacionados durante la gestación y de crecimiento fetal, trastornos respiratorios e infecciones específicas dentro del periodo perinatal.

El 87,5% de las muertes perinatales clasificaron como evitables, es importante tener en cuenta que las causas descritas pueden ser intervenidas y son reducibles mediante el mejoramiento de la calidad de la atención del parto y del periodo perinatal, lo mismo que la atención prenatal; pero principalmente con acciones que garanticen el acceso a la gestante al control prenatal adecuado -cantidad y calidad- y a un parto institucional. No se identifica un momento del parto que sobresalga sobre los otros, concluyendo que cualquier momento es necesario contar con una buena supervisión médica asistencial. Dentro de las muertes perinatales encontramos que cinco muertes (31%) ocurrieron en neonatos –muerte neonatal es la ocurrida entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida- Dentro de la variable edad gestacional de los embarazos que terminaron en muerte perinatal, se observa que el 50% de ellos reportaron un período gestacional igual o mayor a las 37 semanas, tiempo adecuado para una gestación completa; la mínima edad gestacional reportada fue de 21 semanas (Ver tabla 71).

Tabla 71. Clasificación de las muertes perinatales en evitables y no evitables, y momento del parto, departamento de Vaupés 2010.

Antes del parto	Durante el parto	Después del parto	Sin Información
-----------------	------------------	-------------------	-----------------



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Evitable	<i>Ruptura Prematura de membranas</i>	<i>Sufrimiento fetal agudo, insuficiencia placentaria, óvito fetal</i>	<i>Bajo peso al nacer y Bronco-aspiración</i>	
	<i>Polihidramnios</i>	<i>Distocia de presentación</i>	<i>Insuficiencia respiratoria por prematurez</i>	
	<i>Sufrimiento fetal agudo secundario a eclampsia materna</i>	<i>Distocia de presentación y retención de cabeza</i>	<i>Shock séptico</i>	
	<i>Abruptio Placentario</i>	<i>Insuficiencia placentaria-parto pre-término</i>	<i>Hemorragia por ónfalo</i>	
No Evitable	<i>Corioamnionitis</i>			
	<i>Anoxia hipoxia, oligoamnios</i>			
Sin Dato				<i>Parto Gemelar</i>
				<i>Sin Información</i>

Fuente: Oficina de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud Departamental del Vaupés. 2010

10.7.2.2. Acciones que se destacan en el periodo 2008-2010 para la contención de la mortalidad perinatal.

- ✓ *Acciones de Vigilancia en salud pública enfocadas a la investigación, análisis de casos y elaboración de planes de mejoramiento dirigidas a la reducción de casos (dichos planes de mejoramiento se han elaborado en conjunto con la comunidad en los casos ocurridos en el domicilio).*
- ✓ *Avances en la construcción del Plan para la reducción de la mortalidad materna y perinatal.*
- ✓ *Avances en la construcción de la política de maternidad segura para el departamento de Vaupés.*
- ✓ *Avances en la construcción de protocolos de salud intercultural en el tema de maternidad segura.*
- ✓ *Asesoría y asistencia técnica al Hospital San Antonio E.S.E y Secretarías de Salud municipal en control prenatal, guía de atención integral del parto y lineamientos generales enfocados a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.*
- ✓ *Inclusión en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas de la estrategia de promoción de la lactancia materna a gestantes y madres lactantes ubicadas en el área rural del departamento.*

10.7.3. Mortalidad por VIH/Sida:

Por el sistema de Vigilancia se tiene el reporte de dos defunciones en pacientes con diagnóstico confirmado para VIH, y un caso de mortalidad identificado y diagnosticado en la ciudad de Villavicencio.

Dentro de los hallazgos más relevantes en estos tres casos de mortalidad están:

1. *El período de ocurrencia entre el diagnóstico y la muerte de los pacientes osciló entre dos días y dos meses, evidenciando la inoportunidad del diagnóstico.*



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



2. *Los casos de mortalidad se desarrollaron en personas residentes del área rural y población indígena, todas de diferentes zonas del departamento.*
3. *Los pacientes registraban edades de: 34, 50 y 60 años, adultos jóvenes y mayores.*

10.7.4. Tasa de Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino:

Como se mencionó anteriormente las coberturas para el tamizaje de esta enfermedad, están muy por debajo de lo que se requiere, situación que disminuyen la captación de las mujeres con diagnóstico compatible con la patología.

Para el 2010 el departamento presentó una muerte asociada a este evento, arrojando una tasa de 8 muertes de cáncer de cuello uterino por cada 100.000 mujeres mayores de 15 años, indicador que se encuentra por debajo de la tasa nacional. Se resalta que la magnitud del problema en el departamento en especial en la población indígena es doblemente grave por el papel indispensable de la mujer en la familia.

La falta de cobertura de la atención a las mujeres en todos los eventos de SSR son insuficiente por parte de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el departamento, representando un problema que refleja las desigualdades sociales en el sector salud. Sabemos que la atención en la mayoría de las zonas no es culturalmente apropiada ya que los grupos étnicos que habitan el territorio suelen ser reacios al momento de acudir a una institución de salud, asociado a sus creencias



11. EVENTOS TRANSMISIBLES

11.1. Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV-

Las enfermedades transmitidas por vectores son aquellas en las cuales una persona enferma contagia a una sana a través de un vehículo o vector que generalmente es un insecto.

11.1.1. Malaria

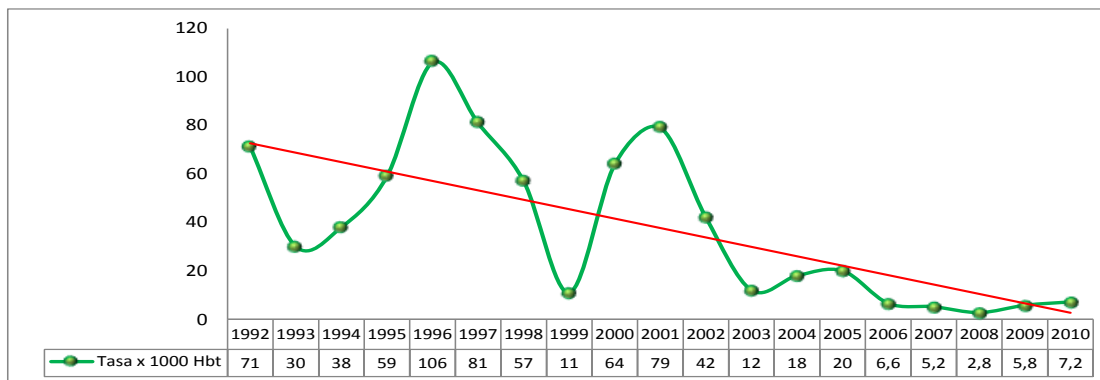
Las características clínicas de la malaria dependen de la especie del parásito, la concentración de parásitos asexuales en sangre (parasitemia) y del estado inmunitario del huésped. El cuadro clínico clásico consiste en escalofrío, fiebre y sudoración.

Los agentes causantes de malaria en humanos son cuatro especies de protozoarios del género *Plasmodium*: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale* y *Plasmodium malariae*. De estas especies, *P.falciparum* es él que más frecuentemente causa complicaciones y mortalidad. En Colombia, las especies más frecuentes en zonas endémicas son *P. vivax* y *P.falciparum*; la transmisión de *P. malariae* ocurre en focos dispersos a lo largo de la costa Pacífica, y no existe transmisión de *P. ovale*. El *Plasmodium* es transmitido al hombre por mosquitos hembras del género *Anopheles* (21).

La vigilancia entomológica define para el departamento al *Anopheles darlingi* como el único vector de la enfermedad, cuya distribución es casi general a excepción de algunos caño de aguas duras (negras) las cuales al parecer, limitan su desarrollo.

11.1.1.1. *Incidencia del evento Malaria en el departamento del Vaupés: A pesar de la notable y sostenida disminución de la patología en el departamento durante los últimos 18 años de observación, se continua, en algunas zonas con una marcada tendencia al incremento secular de la enfermedad (Ver gráfica 96).*

Gráfica 96. Tasa de incidencia del evento malaria en el departamento de Vaupés 1992-2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

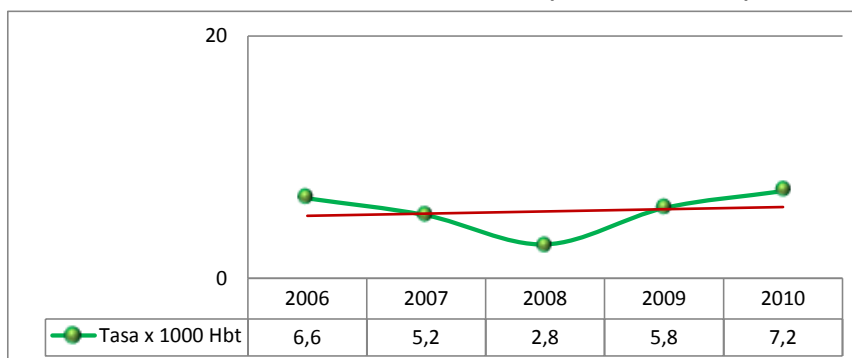


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



El análisis de los últimos 5 años de la enfermedad permite evidenciar un leve incremento en la transmisión, en particular para el año 2010 donde se concentra la mayor incidencia del último quinquenio; es de anotar que este incremento lo aportan unas pocas zonas y específicamente unas comunidades en las cuales se han presentado brotes de variada magnitud, las cuales tienen en común la generación de la transmisión, y la no disponibilidad de promotores o auxiliares de salud entrenados o no, que permitan la notificación del evento o del brote en un curso efectivamente intervenible (Ver gráfica 97).

Gráfica 97. Tasa de incidencia del evento malaria en el departamento de Vaupés 2006-2010.

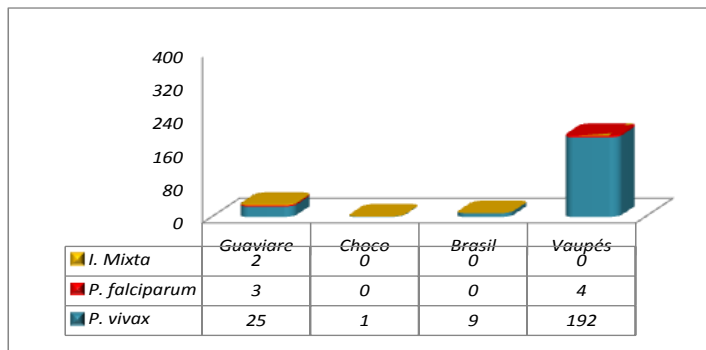


Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Para el año 2010 se identificaron en el departamento la ocurrencia de 236 casos de malaria, configurándose como autóctonos el 83% (196/236) y foráneos el 17% (40/236), los casos importados en su mayoría registran procedencia del departamento de Guaviare y del país limítrofe Brasil, los cuales se constituyeron como los casos indicios de los brotes presentados en las zonas de Papunahua y el Bajo Vaupés.

Como hecho favorable e importante se tiene la baja incidencia de *P. falciparum*, tanto en los casos foráneos como los productos de la transmisión local, representando sólo el 3% (7/236) del total registrado (Ver gráfica 98).

Gráfica 98. Frecuencia de casos del evento Malaria, por lugar de procedencia y especie parasitaria, departamento de Vaupés -2010-.





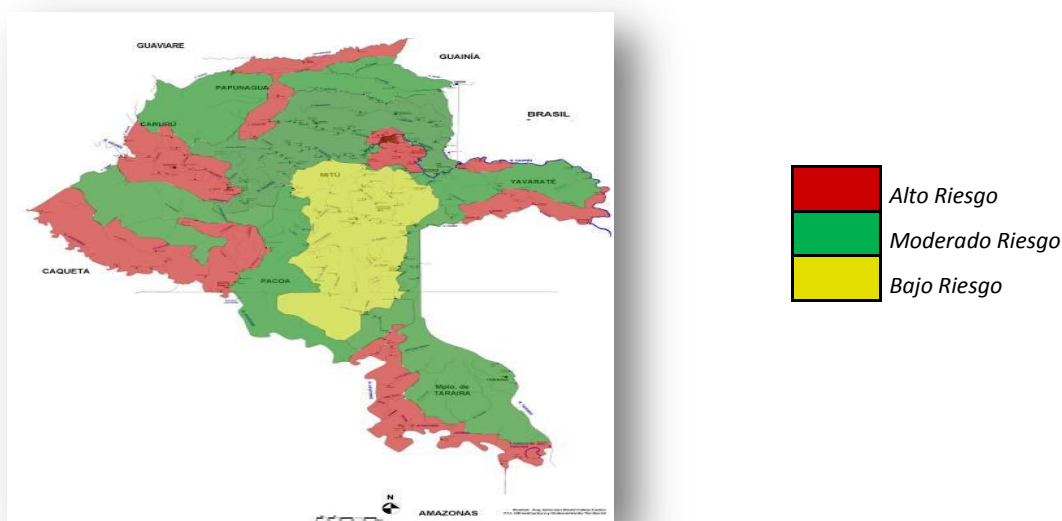
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: SIVIGILA 2010, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

11.1.1.2. Áreas de riesgo para malaria en el departamento de Vaupés: Se identifican como áreas de alto riesgo para la circulación de Plasmodium sp y la aparición de brotes de la enfermedad, las zonas del alto Vaupés, Papunahua, Alto Apaporis, Bajo Apaporis y recientemente la zona del Bajo Vaupés y Yavaratè. La receptividad de estas zonas está determinada por el flujo permanente de personas provenientes de Brasil y de focos Hiperendémicos del Guaviare y Amazonas y por la presencia permanente de altas densidades de Anopheles darlingí a nivel peri e intra doméstico (Ver Mapa 7).

Mapa 7. Zonas de riesgo para el evento malaria en el departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

Para el 2010 se identifica 9 zonales con presencia de casos de malaria, destacándose las zonas del Bajo Vaupés, Papunahua y Bajo Apaporis, en las cuales se concentra el 88% (172/196) de la incidencia de esta patología, datos que se correlacionan con los brotes que se presentaron en las dos primeras zonales y la zona del Bajo Apaporis que desde el 2005 se ha identificado como la única zona hiperendémica para el evento.

Se resalta que la zona del Alto Apaporis presentó la mayor concentración de casos para la especie P. falciparum, con la ocurrencia de dos casos en la comunidad de Cahiporro, situación altamente favorable para el programa y la población, pues esta especie parasitaria representa la mayor amenaza para la generación de complicaciones y muertes, maxime en sistemas donde la atención primaria presenta fallas tan ingentes (Ver tabla 72 y Mapa 8).

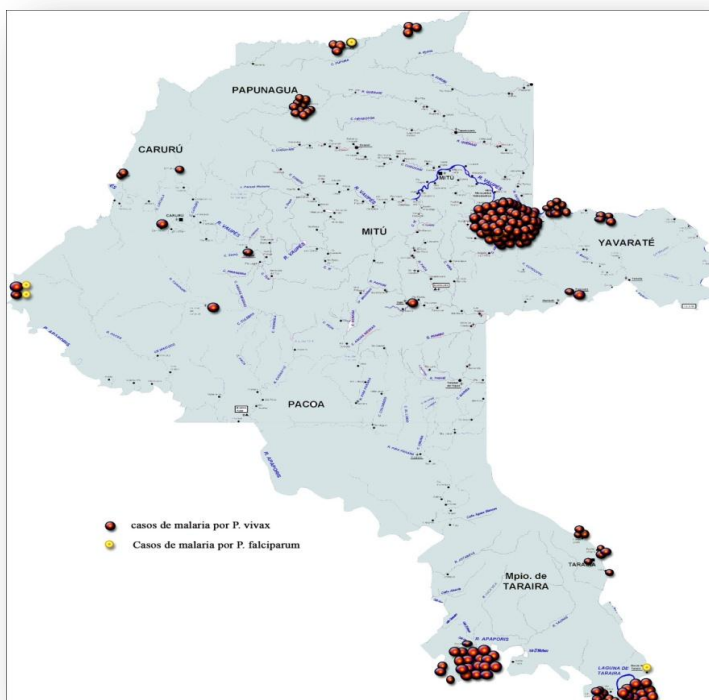
Tabla 72. Zonas del departamento que registraron casos de malaria, departamento de Vaupés -2010-

Municipio/Corregimiento	Zona	Población	Frecuencia	Tasa x 1.000 Habitantes
Municipio de Mitú	Querarí	816	10	12,3
	Vaupés Medio	2126	1	0,5

	<i>Bajo Vaupés</i>	890	109	122,5
	<i>Yapú</i>	543	1	1,8
<i>Municipio de Carurú</i>	<i>Alto Vaupés</i>	1389	4	2,9
	<i>Carurú Casco Urbano</i>	2590	1	0,4
<i>Municipio de Taraira</i>	<i>Bajo Apaporis</i>	645	56	86,8
<i>Corregimiento de Pacoa</i>	<i>Alto Apaporis</i>	822	5	6,1
<i>Yavaraté</i>	<i>Yavaraté</i>	1176	2	1,7
<i>Corregimiento de Papunahua</i>	<i>Papunahua</i>	219	7	32,0
Total Departamental		26962	196	7,3

Fuente: SIVIGILA 2010, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

Mapa 8. Concentración de casos de malaria en el departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

11.1.1.3. Comportamiento de la Malaria por período y semana epidemiológica de Ocurrencia: El incremento en la transmisión de la malaria guarda estrecha relación con el ciclo hídrico imperante en la microregión, el cual determina en forma directa la dinámica de las poblaciones de vectores. En este sentido, el incremento de las lluvias y por consiguiente el aumento de nivel de los ríos y caños forman numerosos y diversos criaderos de *Anopheles darlingi*.

Esta situación se hace evidente durante los meses de Mayo, Septiembre, Octubre, meses en los cuales la pluviosidad media se mantiene y los caños y ríos soportan niveles con muy bajas fluctuaciones; ideal para el desarrollo de varias generaciones de *Anopheles*. Situación que no ocurre durante los meses de Diciembre a Febrero, correspondientes al verano, en los cuales el nivel de los ríos disminuye



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

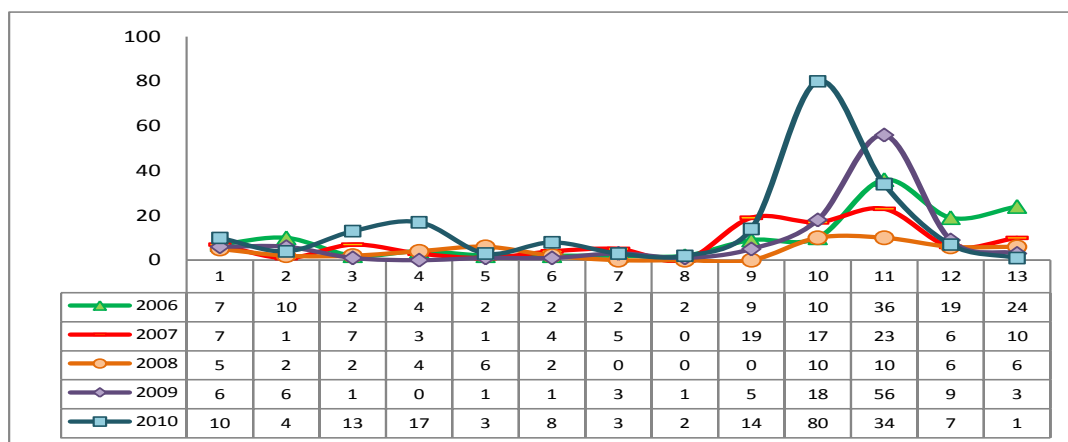


dramáticamente (hasta 7 metros), restringiendo así los criaderos a pequeños depósitos de agua como huecos de árboles, bromelias y pequeños remansos en los pocos cuerpos de agua permanente.

Es importante resaltar que adicional a la dinámica de los grandes criaderos temporales, se suma el comportamiento de los criaderos permanentes construidos en su gran mayoría por los habitantes de los centros poblados, representados en criaderos de peces y humedales al interior de los poblados. Criaderos que soportan durante todo el año, altas poblaciones de *Anopheles Peryasui*, *A. braziliensis* y *A. darlingi*.

El comportamiento histórico de la malaria por período epidemiológico en los últimos cinco años, evidencia una máxima transmisión para el período once (comprende el mes de octubre y principios de noviembre), sin embargo, se observa que para el año 2010 el período de máxima transmisión es el decimo, situación que se puede ligar al cambio climático del invierno que tuvo como consecuencia el aumento de enfermedades vectoriales (Ver gráfica 99).

Gráfica 99. Distribución de casos de Malaria, por período epidemiológico de ocurrencia, departamento de Vaupés, 2006-2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

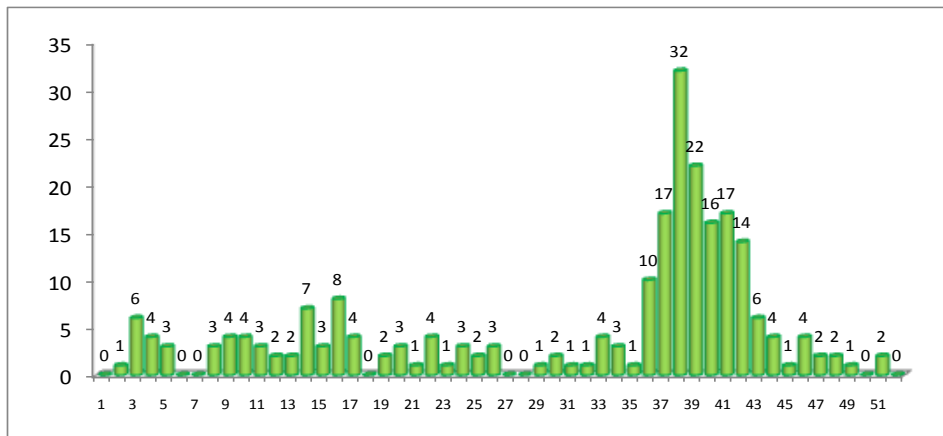
Se presenta una agrupación evidente entre la semana epidemiológica número 37 a la 43, relacionándose directamente al brote presentado en la zona del Bajo Vaupés, la cual aportó, como se mencionó anteriormente la mayor cantidad de casos para el departamento (Ver gráfica 100).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 100. Distribución de casos de Malaria, por semana epidemiológica de ocurrencia, departamento de Vaupés - 2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

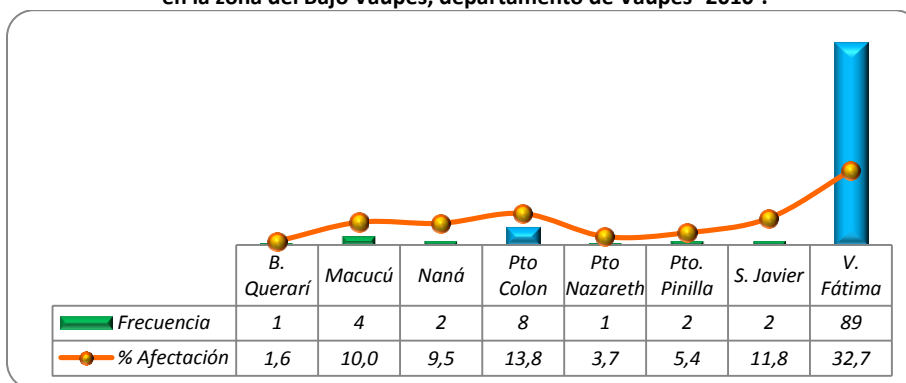
11-1-1-4. Brote de Malaria en el Bajo Vaupés: La zona del Bajo Vaupés está conformada por 25 comunidades indígenas, viéndose afectadas 8 (32%); el 82% de los casos se concentraron en la comunidad de Villa Fátima.

En términos generales la transmisión generada en la comunidad de Villa Fátima se produjo por la falta de atención oportuna a los casos indicios provenientes de Brasil; situación que generó la acumulación de transmisión e hizo que cada vez se encontrara disponible mayor cantidad de parásitos para los mosquitos en la comunidad.

Es importante resalta que las densidades del mosquito fueron bajas durante el curso de la epidemia y lo que realmente favoreció la transmisión del evento fue la alta oferta de parásitos en las personas con cursos insidiosos y crónicos.

Por porcentaje de afectación de la población, La población más afectada es la de Villa Fátima donde se enfermaron 33 personas por cada 100 que estuvieron expuestas, así mismo el 14% de la población de la comunidad de Puerto Colon desarrollaron el evento (Ver gráfica 101).

Gráfica 101. Distribución de casos de Malaria y porcentaje de afectación de la población, por comunidades ubicadas en la zona del Bajo Vaupés, departamento de Vaupés -2010-.





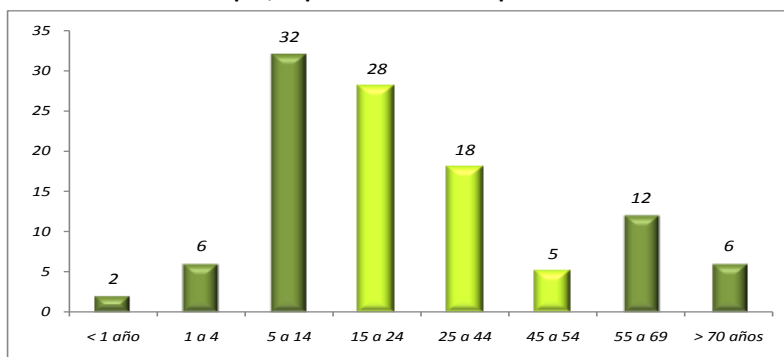
GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

La alta incidencia en menores de 15 años y la presencia de casos en adultos mayores de 54 años, hace evidente la actividad intradomiciliaria y altamente antropofílica del vector, el cual ingresa a las viviendas y se alimenta de las personas dormidas o inactivas en el intradomicilio, manteniendo un ciclo de transmisión con menores riesgos para los mosquitos y mayor eficiencia para la propagación del parásito (Ver gráfica 102).

Gráfica 102. Distribución por grupo de edad de casos de Malaria, discriminado por grupo de edad, zona del Bajo Vaupés, departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

*11-1-1-5. Comportamiento de la Malaria en la zona del Bajo Apaporis: El comportamiento endemoepidémico de la malaria en la zona del Bajo Apaporis refleja la alta ocurrencia de pequeños brotes durante todo el año, lo cual hace de esta zona la de mayor actividad malarica del departamento, catalogándose como la única zona hiperendémica de la enfermedad con predominancia de la especie *P. vivax* en las infecciones registradas.*

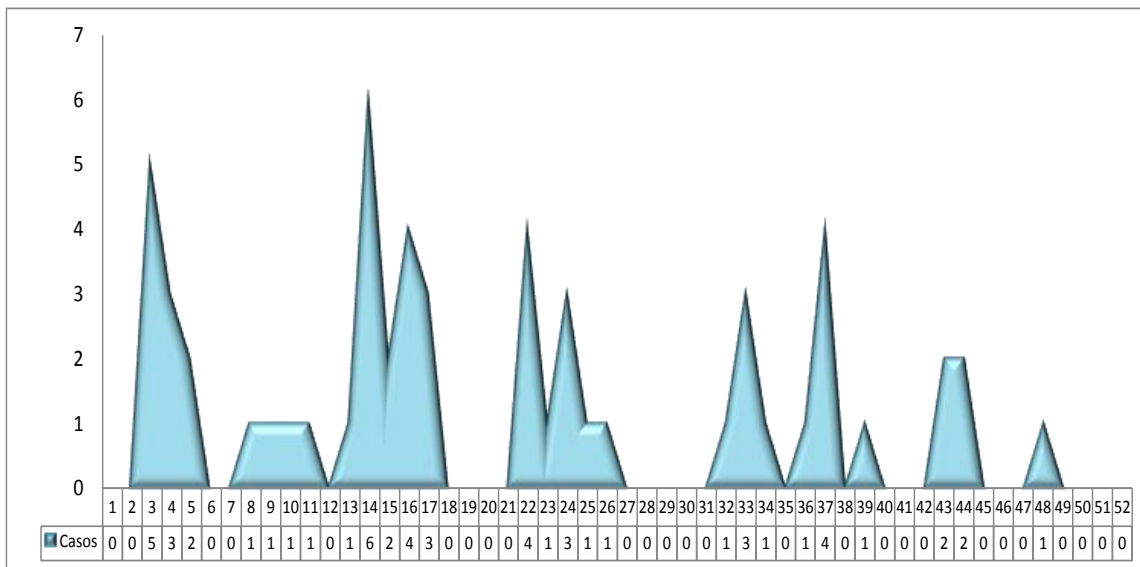
En términos generales los meses de invierno correspondientes a abril a Octubre, son los de mayor actividad, razón por la cual los desplazamientos de control se realizan siguiendo este patrón (Ver gráfica103).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 103. Distribución de los casos de malaria en la zona del Bajo Apaporis –Municipio de Taraira-, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

Las localidades de Currupira, Ñumi y Vista Hermosa fueron las más afectadas por la malaria, concentrando el 78,6% (44/56) del total de casos presentados en el 2010 en la zona del Bajo Apaporis; lo cual hace imperativo la atención especializada de estas localidades con miras a remover hasta el 70% de la carga de la patología para el año 2011.

En la comunidad de Ñumi se identificaron entre 23 y 24 casos de malaria por cada 100 personas, lo cual sugiere que la transmisión fue frecuente e intensa durante todo el año, pues su distribución temporal fue espaciada, sin concentración definida en semanas o periodos epidemiológicos.

Comunidades como Puerto Alegría, Bocas del Ugá y Caño Laurel recibieron personas enfermas pero no generaron en su interior transmisión significativa de la enfermedad.

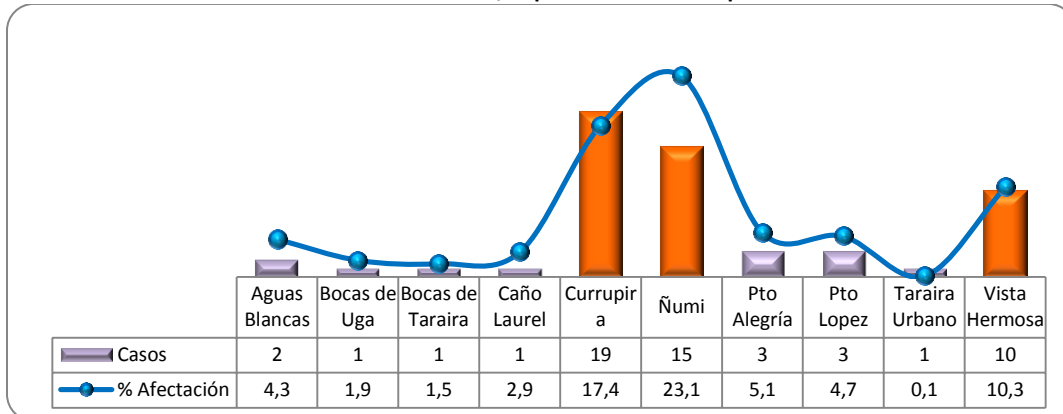
Se plantea la atención especializada del total de localidades de la zona con la implementación del programa de toldillos de larga duración, con lo cual esperamos disminuir para el 2011 la intensidad de la transmisión a nivel zonal (Ver gráfica 104).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



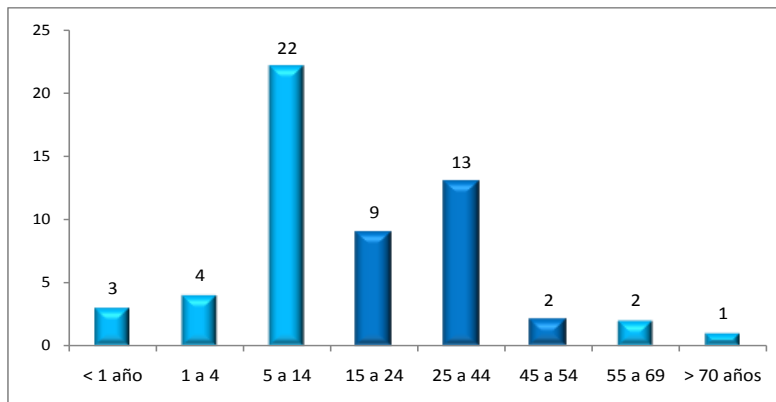
Gráfica 104. Distribución y porcentaje de afectación de los casos de malaria en la zona del Bajo Apaporis, por comunidad de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

El 57% de los casos (32/56) se concentraron en niños y ancianos, lo cual sugiere transmisión intradomiciliar muy activa y bajo uso de toldillos impregnados u otras barreras protectoras. Esta condición justifica ampliamente el establecimiento del programa de toldillos de larga duración (Ver gráfica 105)

Gráfica 105. Distribución por grupo de edad de casos de Malaria, discriminado por grupo de edad, zona del Bajo Apaporis, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Es importante resaltar que no se presentaron durante los años 2009 y 2010 casos de complicación ó muertes asociadas al evento malaria

11.1.2. Leishmaniasis.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



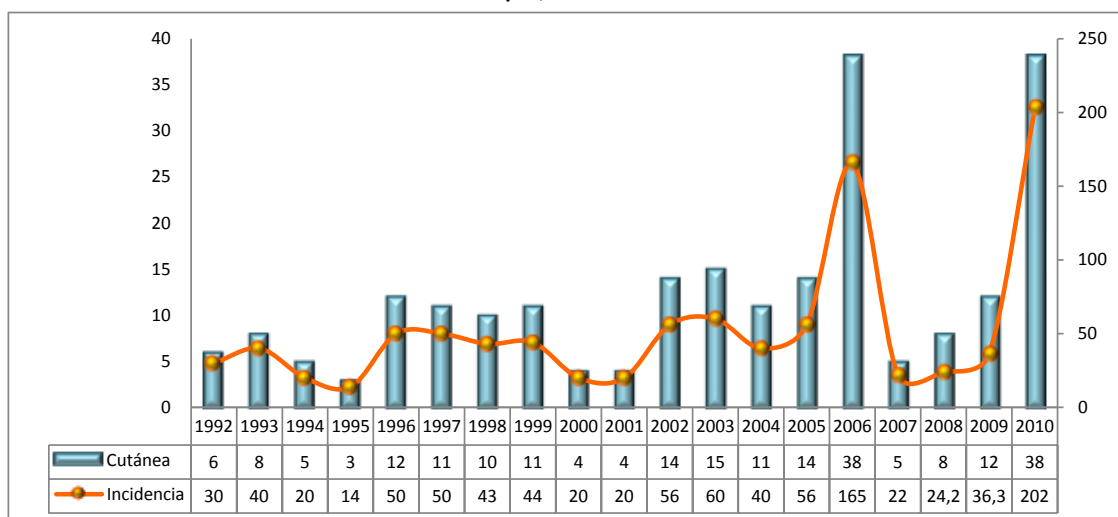
Las leishmaniasis son zoonosis que afectan la piel, las mucosas o las vísceras, resultantes del parasitismo de los macrófagos por un protozoo flagelado del género *Leishmania*, que se introduce en el organismo por la picadura de un insecto flebotomíneo, que en el nuevo continente pertenece al género *Lutzomyia* (22).

11-1-2-1. Incidencia del evento Leishmaniasis en el departamento del Vaupés: Para el departamento se observa un incremento en la morbilidad general por Leishmaniasis, aunque se evidencia igualmente una disminución de la forma crónica (mucocutánea) en la población, reflejando debilidad en la búsqueda activa de la enfermedad.

Para el año 2010 se captaron un total de 24 casos de Leishmaniasis cutánea, la mayoría notificado por el municipio de Carurú -75% (18/24)-, sin embargo, por búsqueda institucional en la ESE Hospital san Antonio, se identificaron 14 casos sin notificar al sistema de información, de los cuales el 72% (10/14) pertenecen a las fuerzas militares, explicando la no canalización de la información al sistema.

La tasa de incidencia para la forma cutánea, revela una tendencia al aumento del evento con un incremento del 2007 al 2010 del 89% con respecto a su incidencia en la población del área rural, a pesar del sub-registro de la patología como consecuencia de la desatención en esta zona del departamento y el incremento de la movilidad de militares en focos enzoóticos. Se prevé, acorde a la tendencia de los últimos 4 años, un incremento en la incidencia de la enfermedad, probablemente con focos selváticos, aislados de las comunidades indígenas (Ver gráfica 106).

Gráfica 106. Frecuencia e incidencia por 100.000 Habitantes de casos de Leishmaniasis Cutánea, departamento de Vaupés, 1992 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

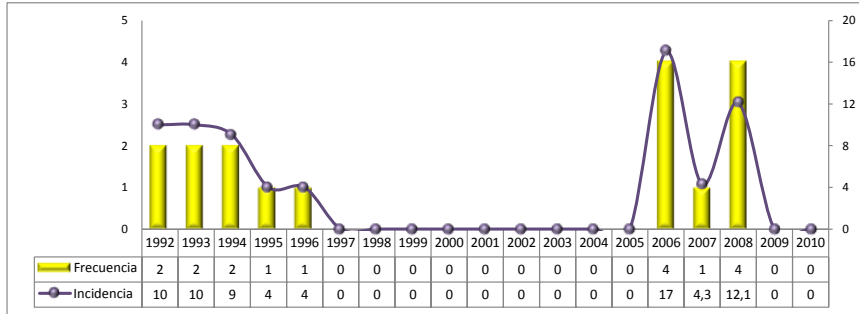
La forma muco-cutánea de la enfermedad presentó un comportamiento tendiente a la disminución de su incidencia e identificación de casos, con la no aparición de cuadros crónicos en los dos últimos años (Ver gráfica 107).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



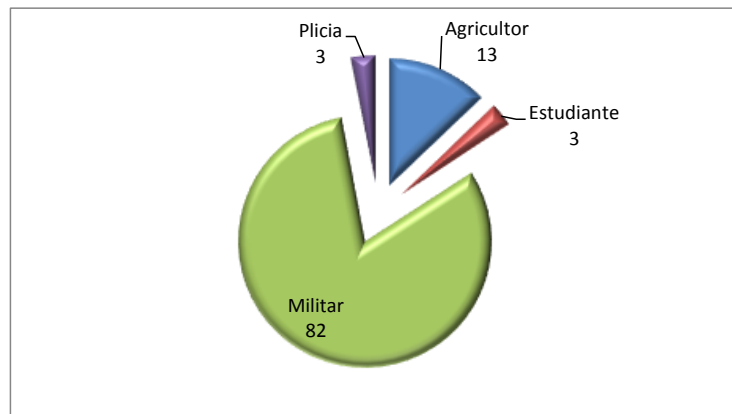
Gráfica 107. Frecuencia e incidencia por 100.000 Habitantes de casos de Leishmaniasis Muco-Cutánea, departamento de Vaupés 1992 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

11-1-2-2. Ocupación y edad de los paciente con diagnostico de Leishmaniasis: El 81% (31/38) de los casos diagnosticados para el 2010 fueron militares, lo cual hace de dicha profesión la de mayor riesgo para adquirir Leishmaniasis en el Vaupés, cuyas actividades se caracterizan por movimientos erráticos constantes intradepartamentales como interdepartamentales, estos últimos principalmente hacía el departamento de Guaviare (Ver gráfica 108).

Gráfica 108. Distribución porcentual de la ocupación del paciente con diagnostico de Leishmaniasis, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Es importante resaltar que al ser los militares la principal población más afectada y dada las características de este grupo, no se estableció estudios de foco para el vector, pues no se reveló transmisión intra o peridomiciliar al no verse afectada población indígena civil, mujeres ó niños.

EL 100% de los casos se desarrollaron en adultos jóvenes del sexo masculino, oscilando entre 17 a los 47 años de edad, comportamiento que sugiere que la actividad de la Lutzomyia es peri y extradomiciliaria y que estos insectos no están alimentando en el interior de las viviendas.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

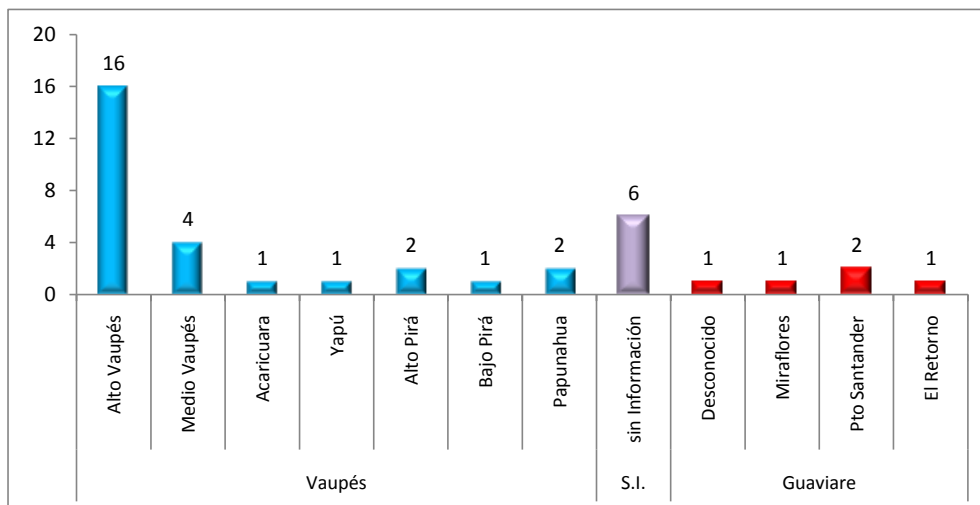


11-1-2-2. Procedencia y Georeferenciación de los casos de Leishmaniasis diagnosticados en el departamento de Vaupés: Para el año 2010 se identificaron ocho zonas con casos reportados para esta patología, sobresaliendo el municipio de Carurú –Zona del Alto Vaupés- con el 42% (16/38) de los casos identificados como autóctonos, el 93% (13/14) de los casos de este municipio se presentaron en soldados que montaban guardia a la intemperie, en la periferia de los cantones o que ingresaron en focos enzoóticos durante faenas de patrullaje, es por ello que las lesiones se ubicaron anatómicamente en áreas expuestas como pierna, mano y cuello.

Retrospectivamente las zonas del Bajo Apaporis y de Yapú han generado para años anteriores estudios de focos en las comunidades de San Antonio y Nueva reforma, comportamiento que para el 2010 no se identifica y que es probablemente asociado a la disminución y baja notificación de casos probables para el evento.

Los casos identificados como importados (11% -4/38-) procedían de municipios del departamento del Guaviare, asociados a la constante movilidad de los grupos militares entre estas zonas (ver gráfica 109).

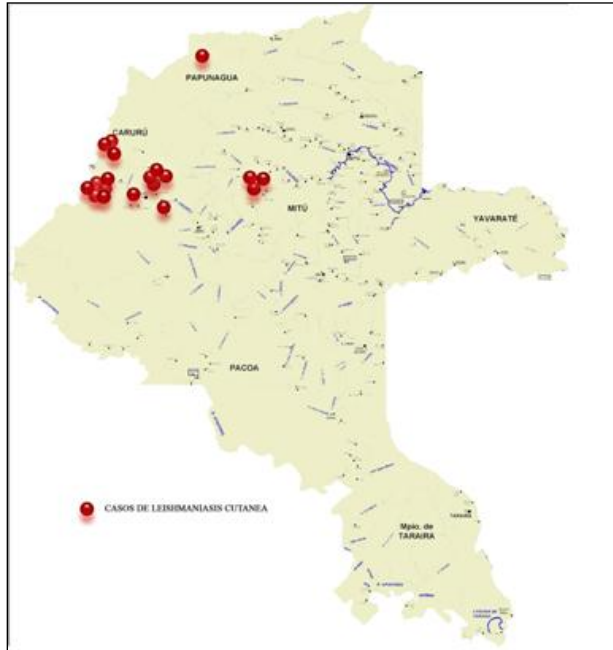
Gráfica 109. Procedencia de los casos de Lesihmaniasis cutánea, departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

La procedencia de los casos refleja que en el límite con Guaviare y en la sección media del medio río Vaupés, la transmisión de la enfermedad fue intensa; en términos generales se puede inferir que el comportamiento ascendente de la Leishmaniasis durante los últimos 4 años ha sido fuertemente influenciada por la acción de las fuerzas militares, los cuales ingresan por largos periodos de tiempo a los focos naturales donde amplifican "in situ" la transmisión concentrándola en forma de foco (Ver mapa 9).

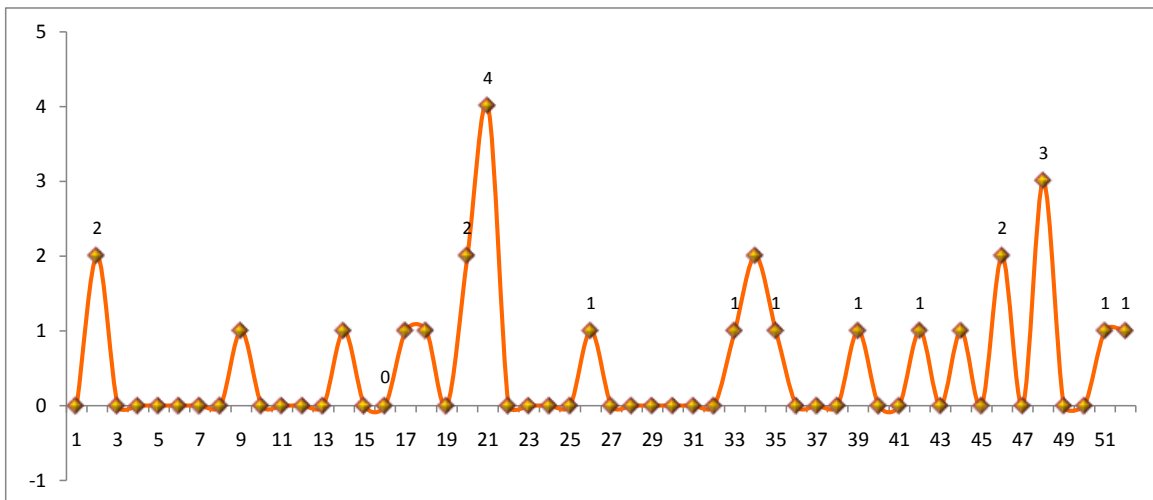
Mapa 9. Georeferenciación de los casos autóctonos de Leishmaniasis, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

11-1-2-3. Comportamiento de la Leishmaniasis por semana epidemiológica de ocurrencia: Se presentaron 2 picos de actividad de la Lutzomyia o de actividad humana hacia los focos naturales de la enfermedad, la agrupación se dio en los meses de mayo a junio y agosto a noviembre, meses que coinciden con las mayores densidades registradas de Lutzomya gomezi en todo el departamento (Ver gráfica 110).

Gráfica 110. Comportamiento de los casos de Leishmaniasis por semana epidemiológica de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.





**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

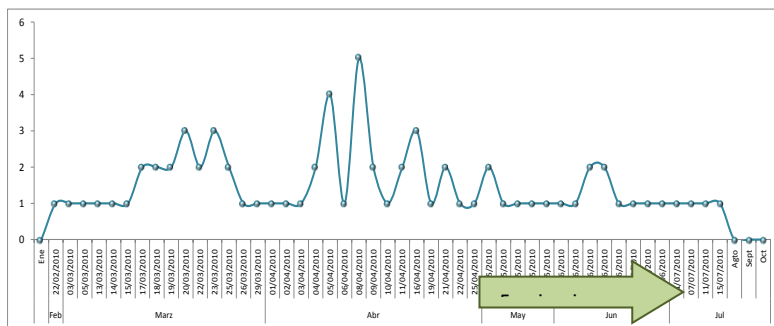
11-1-3- Dengue:

EL departamento de Vaupés antes del año 2010 no había reportado o identificado casos probables o confirmados para el evento Dengue, la introducción del vector –A. aegypti- se detecto para el mes de diciembre del 2008, en los barrios centro A, centro B y la esperanza del casco urbano del municipio de Mitú, hasta la fecha la única zona con identificación del vector en el departamento es el casco urbano de Mitú, es decir, el resto de las zonas departamentales se encuentra libre del vector.

11-1-3-1- Comportamiento epidemiológico del evento Dengue: Durante la semana epidemiológica número 11 del 2010 se comienza a detectar casos probables de dengue en el municipio de Mitú, con un brote que se extendió por 4 meses.

Puede concluirse que a partir del mes de junio, se corto para el departamento de Vaupés la transmisión del virus del dengue, sin embargo, esta situación puede cambiar a un nuevo brote epidémico, si se disminuye la vigilancia del vector, pues su persistencia continúa y frente a las variaciones climáticas y constante flujo de personas provenientes de áreas endémicas como Villavicencio y San José del Guaviare, es muy probable que se vuelvan a presentar situaciones de alertas futuras (Ver gráfica 111).

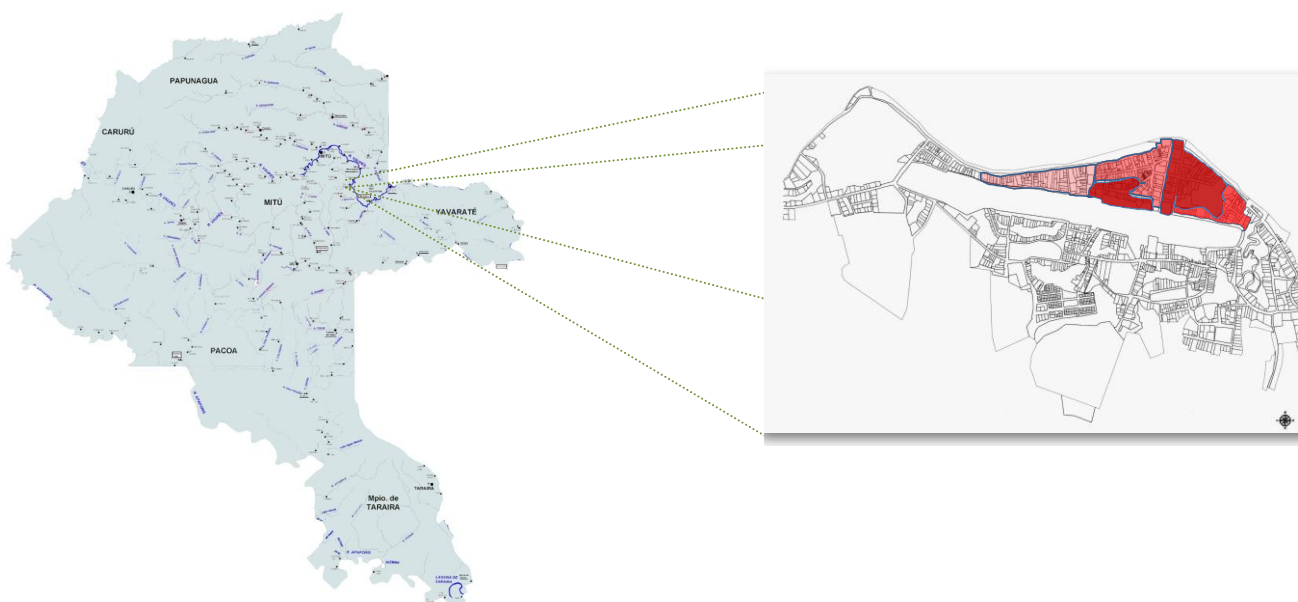
Gráfica 111. Curva Epidémica de casos probables, confirmados por laboratorio y por nexos epidemiológico para el evento Dengue, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-





habitante de los cinco barrios afectados, sin embargo, se resalta que los barrios Centro A y B, son de alta circulación vial y peatonal, aumentando la probabilidad de exposición de los habitantes, sin importar su sitio de residencia (Ver mapa 10).

Mapa 10. Mapa de riesgo para el evento Dengue, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

11-1-3-2. Índices de infestación larvaria: La aparición del brote se dio por la colonización del mosquito *A. aegypti*, el 21% (5/24) de los barrios de la cabecera municipal presentaron focos larvarios.

Dada la alta fluctuación de las poblaciones del vector, la difícil participación de la población humana en el control y la escasez de recursos, la situación presentada en los primeros meses de 2010 es altamente susceptible de repetirse en el casco urbano del municipio.

La tendencia de los índices durante la fase epidémica de la enfermedad fue hacia la disminución como efecto de la intensa actividad de control vectorial desarrollada por el grupo de E.T.V.

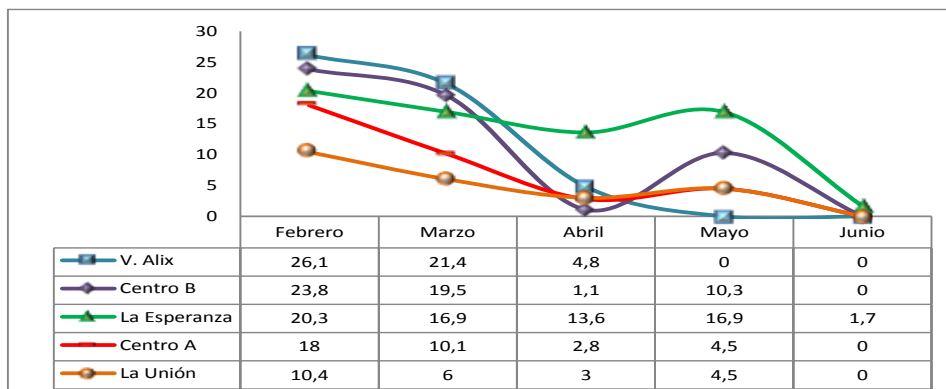
Durante el segundo semestre del año se presentaron índices de infestación menores al 5% lo cual explica la ausencia de casos en este periodo de tiempo (Ver gráfica 112).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 112. Comportamiento de los índices aédicos, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.

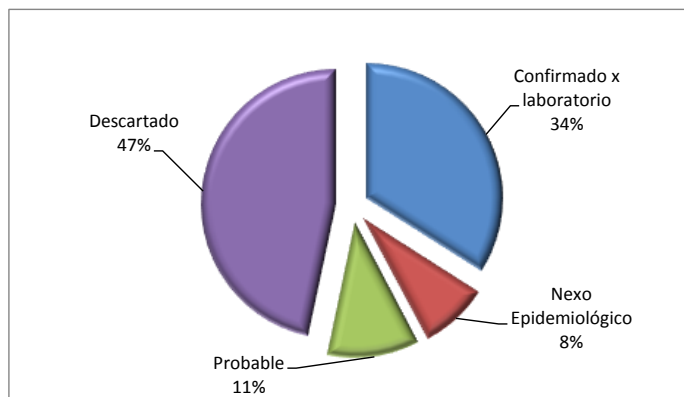


Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

11-1-3-3. *Clasificación final de los casos probables de Dengue: Para el año 2010 se detectaron y canalizaron un total de 135 casos probables para el evento, de los cuales se confirmaron por laboratorio (IgM ó aislamiento viral) y nexa epidemiológico el 42% (57/135) de los casos; los resultados del aislamiento evidenciaron la circulación viral del tipo I y II.*

Para el departamento se tuvo como indicador positivo la no presentación de casos de Dengue grave, traduciéndose en ausencia de muerte y gravedad de los pacientes identificados (ver gráfica 113).

Gráfica 113. Distribución porcentual de los casos probables de dengue, según su clasificación final, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

11-1-3-4. *Tasa de incidencia por grupo de edad y sexo: Se presentaron un total de 39 casos en la población femenina y 33 casos en la población masculina, expresando que por cada 8 hombres que adquirieron la enfermedad se presentaron 10 casos en mujeres.*

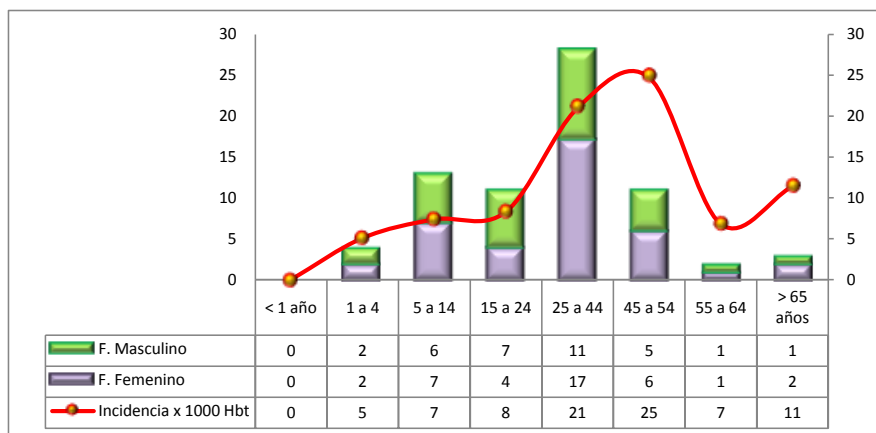


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Las personas por encima de los 24 años fueron los más afectadas por este evento, datos que se relaciona con la población con actividad laboral, como se expresó anteriormente los barrios Centro A y B son los más afluentes en el municipio (Ver gráfica 114).

Gráfica 114. Número de casos confirmados y probables de Dengue por grupo de edad y sexo más tasa de incidencia por 1000 Habitantes, municipio de Mitú, departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

11.1.3.4. Acciones para el control del brote: Las acciones que se llevaron a cabo para el control del evento se encontraron enfocadas según la estrategia de gestión integrada de la Organización Mundial de la Salud:

- 1) Acciones de control del vector mediante las actividades de fumigación en los barrios priorizados con Malatión.
- 2) Acciones de vigilancia en salud pública: captación y búsqueda activa de casos, seguimiento a la notificación de casos por parte de las I.P.S.
- 3) Atención de casos: Canalización, identificación y atención de casos.
- 4) Saneamiento básico: Se organizó una jornada por parte de la Secretaría de salud departamental (10 de abril "NUESTRO PATIO LIMPIO") de recolección de inservibles, manejo de abastos de agua y recolección de recipientes que puedan servir de criaderos de mosquito en los barrios priorizados.
- 5) Información, educación y comunicación: mediante campañas masivas de radio se sensibilizó a la comunidad en: conocimiento del dengue, reconocimiento de signos de la enfermedad, signos de alarma y demanda oportuna de los servicios de salud.

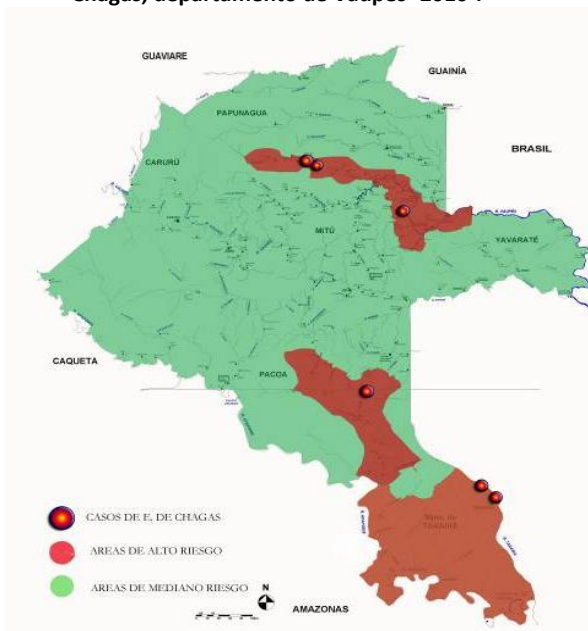
11.1.3. Enfermedad de Chagas:

Durante el año 2010 no se registraron casos nuevos de enfermedad de Chagas, a pesar de la búsqueda realizada por el programa de E.T.V en el área rural del departamento, igualmente durante este período de tiempo no se registraron nuevos hallazgos de transmisión.



Es importante resaltar que se ha continuado con las labores de vigilancia de infección del vector, con resultados positivos para la zona del Cuduyarí y Bajo Apaporis, sin que dichos hallazgos signifiquen transmisión activa hacia los humanos (Ver mapa 11 y gráfica 115).

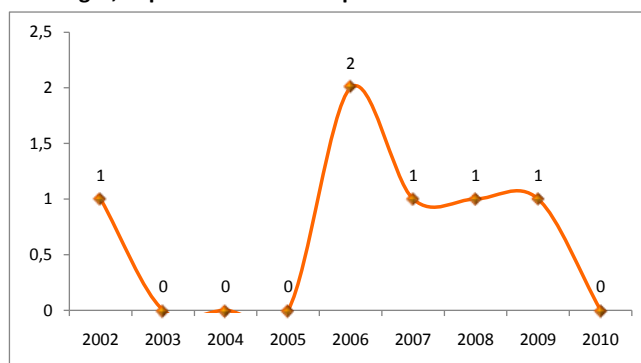
Mapa 11. Mapa de riesgo para la Enfermedad de Chagas, departamento de Vaupés -2010-



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por

Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Gráfica 115. Identificación de casos de enfermedad de Chagas, departamento de Vaupés 2002 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Para el año 2008 el instituto nacional de salud desarrollo un estudio de prevalencia para Cisticercosis, el cual requirió toma de muestra de sangre, para el 2010 a estas muestras se les corrió tamizaje para enfermedad de Chagas, arrojando resultado reactivo para *Tripanosoma cruzi* ocho muestras (7 en adultos y 1 en menor de edad). Estos resultados están próximos a confirmarse por el INS.

11-2. Accidente Ofídico

Retrospectivamente el comportamiento del accidente ofídico exhibe fluctuaciones sin patrón conocido, con un máximo de actividad para los años 2002, 2004, 2005 y 2006, períodos que agrupan el 37% (342/929) de los casos registrados en los últimos 17 años.

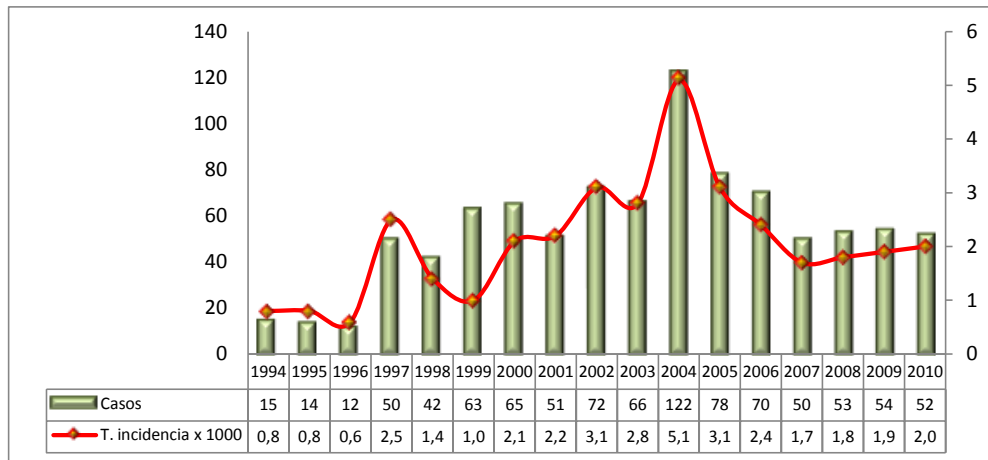
La tendencia de la incidencia de este evento es al incremento con tasas cada vez más elevadas, estimándose que durante el año 2010 por cada 1.000 habitantes 2 personas fueron atacadas por serpientes venenosas; esta tasa de incidencia es de las más altas del país, configurando al departamento como uno de los lugares de Colombia donde mayor cantidad de personas son atacadas, lisiadas y muertas por ofidios venenosos, razón por la cual el programa de E.T.V se ha responsabilizado de su vigilancia y prevención (Ver gráfica 116).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 116. Comportamiento de la incidencia del accidente ofídico, departamento de Vaupés 1994 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

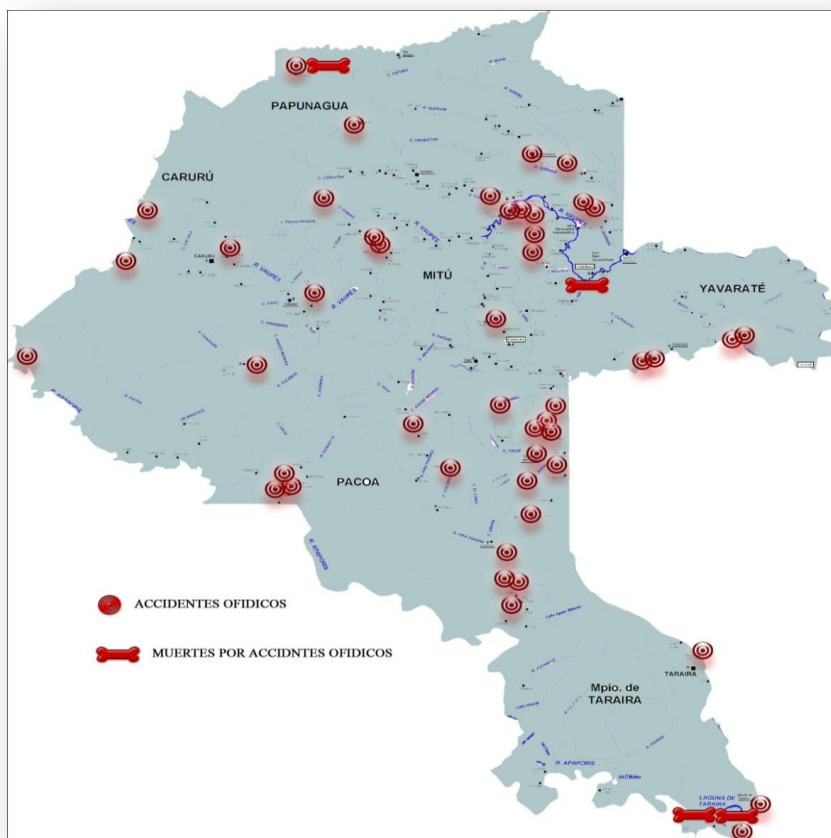
Por su alta letalidad y persistente incidencia, este evento es catalogado como prioritario para la salud pública departamental, y considerado un indicador trazador de la calidad, oportunidad y cobertura de la prestación de servicios de salud, dados a sus atributos de gravedad.

11.2.1. Procedencia y Georeferenciación de los casos de accidente ofídico diagnosticados en el departamento de Vaupés:

Se registra para el año 2010 un total de 52 casos de mordeduras de serpiente, con una importante agrupación de casos en el municipio de Mitú -46% (24/52) de los casos presentados-, de igual forma el municipio de Mitú tiene la mayor extensión del departamento y la mayor concentración de habitantes.

La distribución de los casos evidencia que este evento se presentó en casi todas las zonales del departamento, para el 2010 se observa dos áreas con agregados de casos: la zona del río Tiquié y el área suburbana de Mitú, áreas donde la población tiene mayor contacto con la selva, derivado de la búsqueda de alimentos y materiales de construcción (Ver mapa 12).

Mapa 12. Georeferenciación de la ocurrencia de los casos de accidente ofídico, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

Por incidencia acumulada de 17 años de observación del evento, se definen como zonas de más alta presentación para la accidentalidad por ofidios: El Pirá Paraná, Acaricuara, Querarí y Tiquié, en las cuales las condiciones ecológicas y de hábitos de las personas se intersectan para hacer más probable el desencadenamiento de mordeduras.

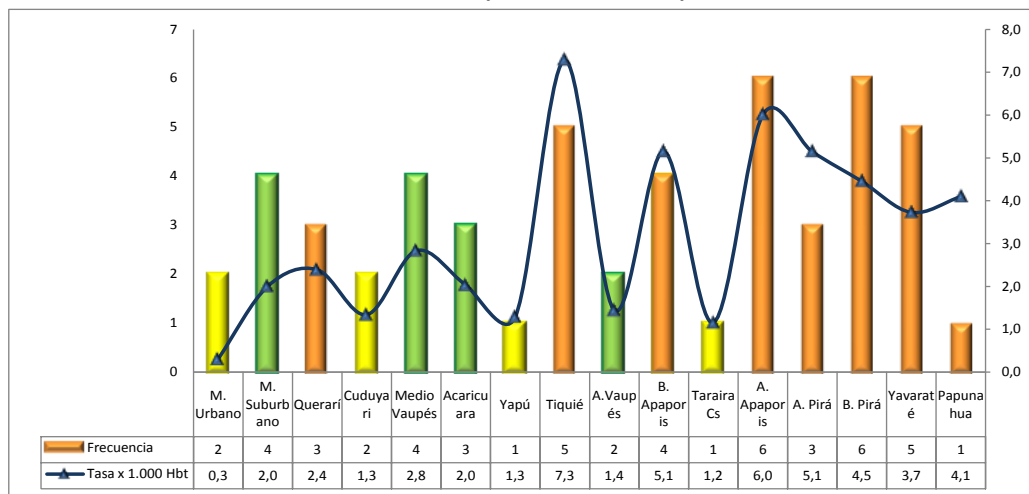
Para el 2010 las zonas con mayor incidencia de casos -con una presentación de hasta 7 personas mordidas por ofidios por cada mil individuos-, fueron las localidades de: Tiquié, Pirá Paraná, Papunahua y Alto Apaporis, situación esperada para Pira y Tiquié, pero atípica para la zona del Alto Apaporis (Ver gráfica 117).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 117. Distribución de casos y tasa de incidencia por 1000 Habitantes del accidente ofídico, discriminada por zona de ocurrencia, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

11.2.2. Comportamiento del Accidente Ofídico.

Se observa que este evento tuvo un comportamiento constante en el año 2010, con un promedio de aparición de un caso por semana epidemiológica.

La incidencia acumulada de casos en los últimos 15 años permite ver que durante los periodos epidemiológicos 3, 9 y 12 es más probable la ocurrencia de mordeduras. Esto como efecto del comportamiento de las serpientes, determinadas en su movilidad por los ciclos hídricos imperantes en la microrregión del Vaupés, para el 2010 se mantiene este comportamiento esperado del evento, con una pequeña variación en el último trimestre del año, asociado a la expansión del invierno.

El periodo epidemiológico 3 corresponde a los meses de Marzo y Abril que coinciden con la primera creciente de los ríos, caños y lagunas, inundando bastas áreas de bosque que fueron ocupadas durante el verano por las serpientes y que provoca con su inundación el desplazamiento de estas hacia tierras secas, las cuales a su vez son seleccionadas por los indígenas para cultivar, hacer caminos o cazar.

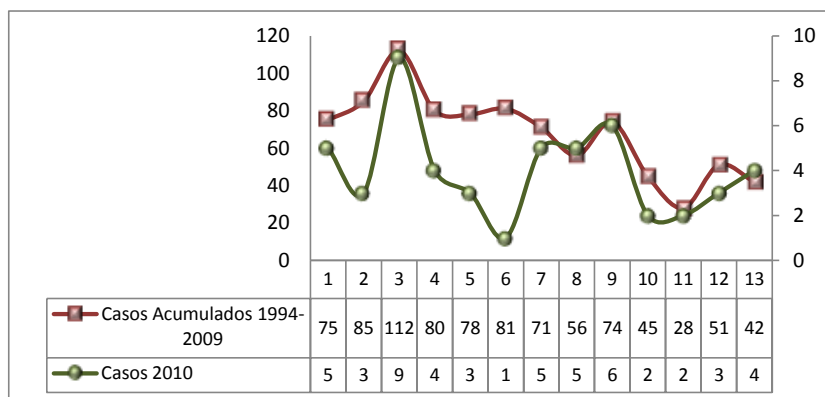
El periodo epidemiológico 9 marca el inicio del descenso del nivel de los ríos y el movimiento de retorno de las serpientes a las tierras de la rivera del rio, situación que imprime una nueva exposición del humano a su mordedura. El periodo epidemiológico 12 corresponde al inicio del verano, donde la población realiza movimientos de labranza y preparación de tierras para cultivo y visitas a familiares con desplazamientos a los centros poblados de Mitú, Carurú, Taraira y Brasil u otros destinos que implican movilizarse por caminos y ríos (Ver gráfica 118).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Gráfica 118. Comportamiento del accidente ofídico por período epidemiológico, departamento de Vaupés 1994 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

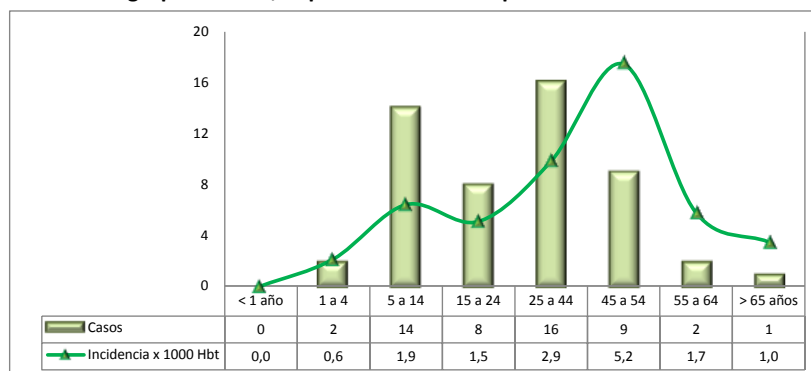
11·2·3· Incidencia del accidente ofídico por grupo de edad·

Un indicador del alto riesgo para el accidente ofídico en la población, es el porcentaje e incidencia de niños y niñas menores de 15 años mordidos por ofidios.

El porcentaje de mordeduras en menores de 15 años en el 2010 fue del 31% (16/52), dentro de estos casos se encuentra que el 81% (13/16) ocurrió cerca al domicilio o dentro del mismo, concluyendo que incluso en el peridomicilio la amenaza está presente y que en el contexto de las comunidades indígenas no se requiere desplazamientos o contacto con el bosque para que los accidentes ocurran.

En términos generales la accidentalidad se concentró en los adultos sin diferencias estadísticas significativas entre el sexo (mujeres 52% -27/52- y hombres 48% -25/52-), quienes tienen mayor probabilidad de contacto con las serpientes dado su condición de cazadores, dentro de la dinámica de los pueblos indígenas las mujeres realizan tareas agrícolas diariamente como la búsqueda y recolección de la leña para la hoguera (Ver gráfica 119).

Gráfica 119. Distribución de casos y tasa de incidencia por 1000 Habitantes del accidente ofídico, discriminada por grupo de edad, departamento de Vaupés -2010-.





Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

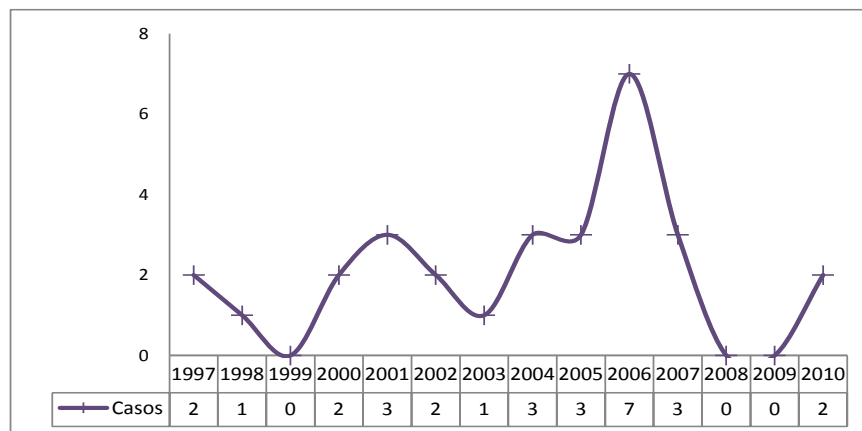
11.2.4. Mortalidad asociada a casos de accidente ofídico.

Las zonas que han tenido un comportamiento Hiperendémico para el accidente ofídico, han mostrado una importante reducción en la mortalidad, hecho atribuido a los esfuerzos para integrar las dos medicinas –tradicional y occidental- en el manejo de la accidentalidad.

Para el año 2010 se recibió la notificación de tres casos de mortalidad asociada a accidentalidad por ofidios, sin embargo, estos casos no fueron verificados ni notificados al sistema de vigilancia.

Las muertes ocurrieron en las comunidades de: Santa Cruz –Papunahua- y Puerto Jaco -Bajo Vaupés-; adicionalmente se conoce la ocurrencia de una muerte en una gestante en la comunidad de la Playa - Amazonas-, está última residente de la comunidad de Currupira -Bajo Apaporis- (Ver gráfica 120).

Gráfica 120. Frecuencia de casos de mortalidad asociada al accidente ofídico por año de ocurrencia, departamento de Vaupés 1997 - 2010.



Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés.

La mortalidad ocasionada por este evento refleja las siguientes problemáticas:

1. Deficiente accesibilidad a los servicios de salud.
2. Poca disponibilidad de sueros antiofídicos en el área rural, solo el 5% (3/57) de los centros y puestos de salud del departamento ubicados en el área rural cuentan con los implementos necesarios para la aplicación del suero.
3. Grandes barreras geográficas y dispersión poblacional.
4. Priorización de la medicina tradicional por encima de la occidental.

Estas problemáticas aumentan el tiempo entre la mordedura y la aplicación con calidad, de la primera dosis de suero antiofídico.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Para el 2010 se resalta que el 90% (47/52) de los casos de accidentalidad notificados, fueron hospitalizados con administración de suero antiofídico, situación que se liga al reconocimiento de este evento como una prioridad en salud pública (Ver tabla 73).

Tabla 73. Distribución de los casos de accidente ofídico por su gravedad y atención en salud, departamento de Vaupés -2010-.

Severidad del Accidente		Hospitalizado			
		Si		No	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Leve	19	83	4	17
	Moderado	18	95	1	53
	Grave	10	100	0	0,0
	Total	47	90	5	10

Fuente: Oficina de Enfermedades Transmitidas por Vectores y SIVIGILA, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés.

11.3. Zoonosis

Las zoonosis han sido definidas por la OMS, "Como aquellas infecciones que se transmiten naturalmente de los animales vertebrados al hombre".

11.3.1. Exposiciones Rábicas

Durante los últimos 18 años el departamento de Vaupés no ha detectado casos de rabia en humanos y/o animales.

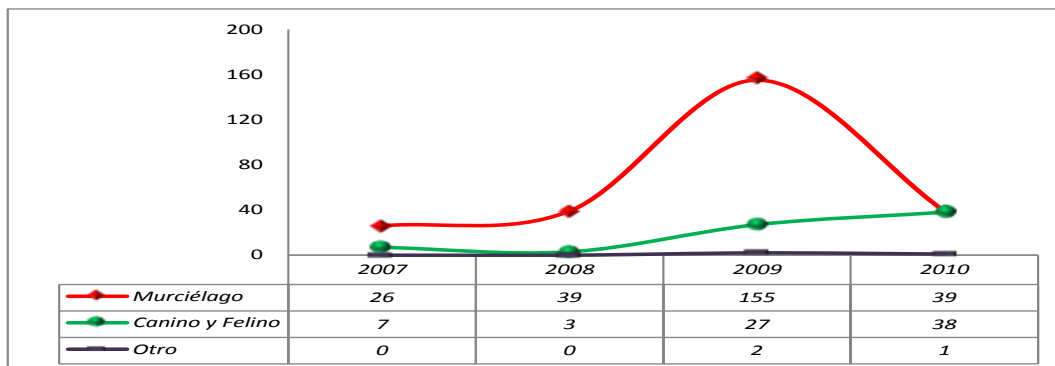
Por sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) se han detectado desde el año 2007 al 2010 un total de 337 exposiciones rábicas; de las cuales el 77% (259/337) corresponden a agresiones por murciélagos -dos de las cuales fueron procedentes del país Brasil por la zona del Bajo Apaporis.

Para el año 2009, se observó un aumento significativo en la notificación de la ocurrencia de casos de exposición rábica para quiróptero hematófago (murciélago), el año 2010 concentra el 55% (184/337) del total de agresiones para la serie observada de 4 años; Este aumento se encuentra directamente relacionado a las acciones de información, educación y comunicación a nivel rural y a la conformación de equipos de vigilancia comunitaria, los cuales se capacitaron en los procesos de captura de hematófagos y notificación de casos. (Ver gráfica 121).

Gráfica 121. Comportamiento de la notificación de la exposición rábica según especie de animal agresor, departamento de Vaupés, 2007-2010



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: SIVIGILA, Área de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

11-3-1-1. Exposición rábica por caninos y felinos: Se identificaron un total de 75 casos de exposición rábica (acumulados desde el año 2007 al 2010), los caninos sobresalen dentro de estas dos especies, causando el 87% (65/75) de las agresiones, las lesiones por mordedura se presentaron en el 96%(72/75) de los casos reportados para estas especies animales.

La clasificación de estas exposiciones se basó principalmente si el animal agresor podía ser o no observado, los resultados arrojaron que el 72% (54/75) de estas agresiones se consideraron no exposición del individuo al virus rábico, sin embargo, se identifico que sólo el 9,5% (2/21) de los individuos con clasificación de exposición leve o grave recibieron como medida de acción vacunación antirrábica (Ver tabla 74).

Tabla 74. Clasificación de las exposiciones rábicas según animal agresor, departamento de Vaupés -2007 a 2010-.

	No Exposición	Expo. Leve	Expo. Grave	Total
Canino	45	12	8	65
Felino	9	0	1	10
Total	54	12	9	75

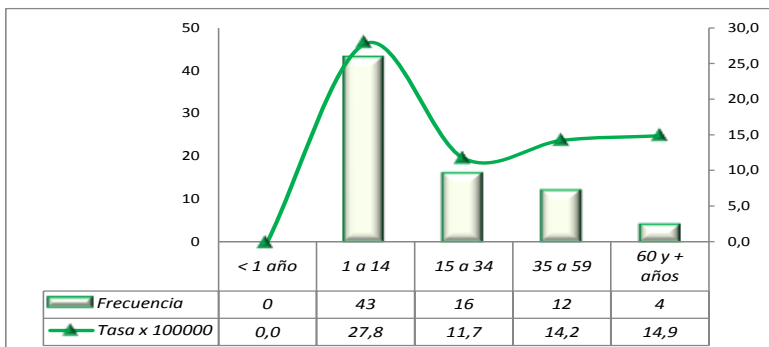
Fuente: SIVIGILA, Área de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

Los individuos mayormente afectados por este evento son los menores de 15 años, se resalta, que dentro de este grupo de edad el 65% (28/43) de las mordeduras fueron provocadas, dato que nos evidencia que las acciones de control de este evento deben tener un componente de educación comunitaria (Ver gráfica 122)

Gráfica 422. Frecuencia de casos y tasa de incidencia de las exposiciones rábicas por caninos o felinos, discriminado por grupo de edad, departamento de Vaupés, 2007-2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA

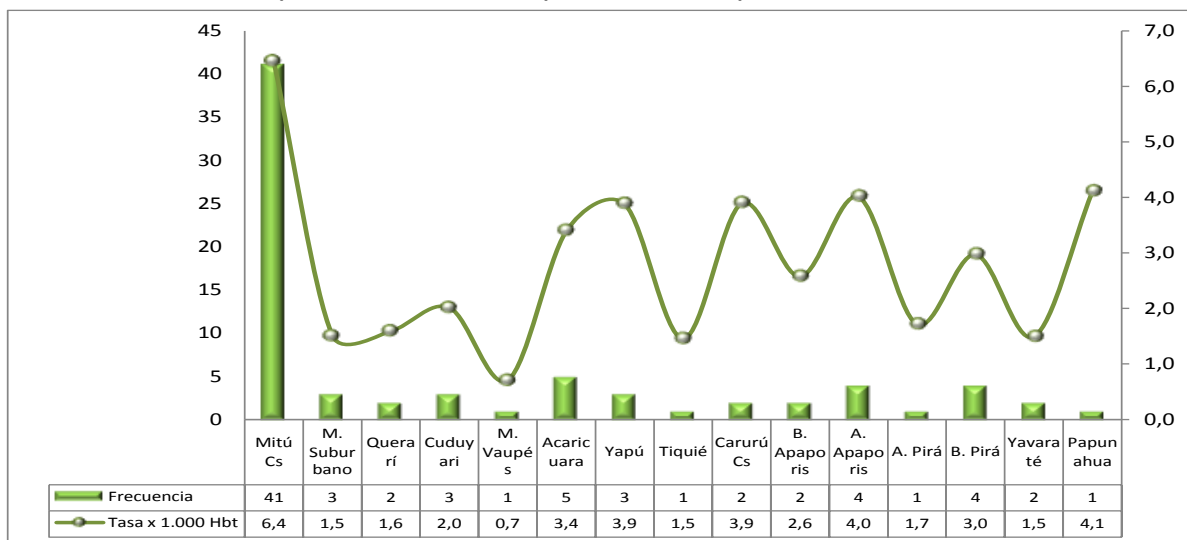


Fuente: SIVIGILA, Área de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental. Censo DANE 2005. Proyecciones 2007-2010.

El 54% (41/75) de las exposiciones se desarrollaron en el casco urbano del municipio de Mitú, siendo esta área con la mayor tasa de incidencia para el evento por caninos o felinos en el departamento, esta situación se puede posiblemente relacionar a la facilidad de los pacientes de asistir a la ESE hospital San Antonio y a la notificación permanente de esta entidad para el evento.

Con relación a las agresiones notificadas por el área rural, el 76% (13/17) de las zonales han reportado casos de agresiones ya sea por caninos o felinos (Ver gráfica 123).

Gráfica 523. Frecuencia de casos y tasa de incidencia de las exposiciones rábicas por caninos o felinos, discriminado por zona de ocurrencia, departamento de Vaupés, 2007-2010.



Fuente: SIVIGILA, Área de Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

11-3-1-2. Cobertura de vacunación en caninos y felinos: Es importante resaltar que para la población indígena los perros no son mascotas domésticas, estos representan un papel fundamental en las labores de caza y cuidado de sus predios.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Se proyecta en el departamento que por familia se tiene como mínimo la tenencia de 2 perros y esto puede variar hasta un número de 6 animales; según los usos y costumbres de esta población, el prestar un cuidado a los animales no está validado. La población indígena no es en su esencia "domesticadora" sino cazadora y recolectora; dentro de esta perspectiva los animales considerados "domésticos", deben considerarse como otros animales salvajes, independientes, quienes consiguen su alimento de manera propia y no requieren de cuidados adicionales.

Al ser los perros una población importante en las comunidades indígenas, se ha tenido reporte de agresiones a estos animales por murciélagos hematófagos. En la naturaleza se han detectado 7 genotipos del virus, de los cuales el genotipo 1 es el único patógeno a la fecha. En Colombia se han identificado las siguientes variantes del genotipo 1: variante 1 (perro mangosta), variante 3 (vampiro o murciélago hematófago), variante 4 (murciélago insectívoro), variante 5 (vampiro) y variante 8 (zorrillo).

Como fue mencionado, los caninos tienen una amplia distribución en las diferentes zonas del departamento, lo cual debería verse reflejado en altas tasas de vacunación canina y en el censo poblacional de la misma; sin embargo, se observa una situación contraria relacionada con factores de tipo logístico y cultural esencialmente.

Las metas de cobertura de vacunación ideales para estas especies es del 80%, a nivel departamental sólo se logró estas metas para los municipios de Carurú y Taraira para las dos especies animales, sin embargo, se resalta que aunque para el 2010 no se lograron los objetivos de cobertura antirrábica en el municipio de Mitú, retrospectivamente las cifras de cobertura en esta zona en los últimos 4 años se habían mantenido por encima o igual al 80%, otro punto de relevancia es que en los corregimientos de Papunahua y Yavaraté no se ejecutó vacunación canina ni felina (Ver tabla 75).

Tabla 75. Porcentaje de Cobertura de Vacunación antirrábica por especie animal, departamento de Vaupés -2010-.

	CANINOS			FELINOS		
	Población	Vacunados	Cobertura de vacunación	Población	Vacunados	Cobertura de vacunación
M. Mitú	1361	727	53,4	138	93	67,4
M. Taraira	50	43	86	8	7	87,5
M. Carurú	81	67	82,7	15	14	93,3
CD. Pacoa	205	52	25,4	8	1	12,5
CD. Papunahua	39	0	0	0	0	0
CD. Yavaraté	52	0	0	2	0	0
Total Departamental	1788	889	49,7	171	115	67,3

Fuente: Censo de vacunación canina, Seguridad Sanitaria y del Ambiente, Área de Zoonosis. Secretaria de Salud Departamental 2010.

Entre los factores relacionados con el porcentaje de bajas coberturas de vacunación antirrábica en el área rural del departamento están:

- **Ausencia de red de frío específica para el área de zoonosis.** Por consideraciones técnicas y lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (Ministerio de la Protección Social), los biológicos de uso animal no pueden ser conservados en conjunto con los de uso humano.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



De igual manera, no se cuenta con la logística necesaria para el transporte de biológicos y garantizar la cadena de frío dentro de las acciones rutinarias del programa de zoonosis en el área rural del departamento.

- **Resistencia por parte de los propietarios de los caninos y felinos a la vacunación.** Esta negación se relaciona directamente con el concepto "imaginario" de que la administración de la vacuna "antirrábica" vuelve al animal "perezoso" y no apto para las actividades de caza - como se mencionó previamente esta es la principal función del animal en la sociedad indígena-.
- **Presupuesto.** El programa de Seguridad Sanitaria y del Ambiente tiene destinado para el área de zoonosis un presupuesto anual de \$71.00.000, para lograr el objetivo de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA); este presupuesto es insuficiente para la ejecución de actividades, cumplimientos de metas y objetivos. Lo anterior en relación con los altos costos para desplazamiento de funcionarios para el desarrollo de actividades.

11.3.1.3. Exposición rábica por Murciélagos: Todas las agresiones ocasionadas por quirópteros hematófagos se clasifican como exposiciones graves. Las particularidades geográficas y ecológicas de las comunidades indígenas del departamento de Vaupés, son factores determinantes para el desarrollo de exposiciones rábicas y de igual manera constituyen una limitante para las acciones de atención, prevención y control de casos. "la mayor cantidad de refugios de los vampiros se encuentran, en grandes árboles huecos en las orillas de los ríos. (Fugita, 1991; Trajano, 1996)".

A diferencia del comportamiento de las exposiciones rábicas por caninos y felinos, las agresiones por murciélagos reportaron que el 96% (248/257) de los casos tuvieron ocurrencia en las áreas rurales de cada uno de los municipios y corregimientos; los casos se encuentran distribuidos en el 65% de las zonales indígenas (11/17), históricamente estas agresiones se han registrado en 28 comunidades, lo que representa el 11% (28/255) del total de comunidades registradas para el departamento, durante el año 2010 se identificaron dos casos de mordeduras por murciélagos hematófagos procedentes de Brasil, en el área que limita con la zona del Bajo Apaporis –Municipio de Taraira-, estos casos demuestran la facilidad que tienen estos animales de migración fronteriza (Ver tabla 76).

Tabla 76. Tasa de incidencia de exposición rábica por murciélago, por 1000 habitantes (Comunidades que reportan casos) Departamento de Vaupés 2007-2010.



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Municipio	Zona	Comunidad	Población PAI Censo 2010	Tasa de Incidencia x 1000 Hbt 2007	Tasa de Incidencia x 1000 Hbt 2008	Tasa de Incidencia x 1000 Hbt 2009	Tasa de Incidencia x 1000 Hbt 2010	Tasa de Incidencia Acumulada x 1000 Hbt 2007-2010
CD. Pacoa	Alto Apaporis	San José Cananari	81	24,7	74,1	0,0	0,0	98,8
		Mutanacua	182	0,0	0,0	0,0	22,0	22,0
		Villa Gladis	77	0,0	0,0	0,0	13,0	13,0
		Buenos Aires	283	3,5	0,0	0,0	0,0	3,5
	Alto Pirá	Caño Tatú	77	0	0	259,7	0	259,7
		Sonaña	151	0,0	0,0	39,7	39,7	79,5
		Jená	65	0,0	0,0	15,4	0,0	15,4
	Bajo Pirá	San Luis de Comeña	81	61,7	308,6	753,1	74,1	1197,5
		Piedra Ñi	139	14,4	0,0	79,1	129,5	223,0
		Caño Umuña	66	0,0	0,0	90,9	0,0	90,9
		Puerto Esperanza	92	54,3	0,0	0,0	0,0	54,3
		Puerto Antonio	94	0,0	0,0	42,6	0,0	42,6
		Santa Isabel	151	6,6	6,6	0,0	13,2	26,5
San Miguel	201	0,0	0,0	10,0	0,0	10,0		
M. Mitú	Medio Vaupés	Virabazú	138	7,2	0,0	14,5	0,0	21,7
		Yurupari	170	5,9	0,0	0,0	0,0	5,9
	Querarí	Yaburú	119	58,8	0,0	0,0	0,0	58,8
		Pto Pacú	67	0,0	29,9	0,0	0,0	29,9
	Cuduyarí	Caño Colorado	38	0,0	0,0	52,6	0,0	52,6
		Querarmiri	37	27,0	0,0	0,0	0,0	27,0
	Bajo Vaupés	Puerto Colon	58	0,0	0,0	17,2	0,0	17,2
CD. Papunahua	Papunahua	Sardinas	41	0,0	48,8	0,0	0,0	48,8
CD. Yavaraté	Yavaraté	Piracuara	465	0,0	0,0	43,0	2,2	45,2
		Monforth	164	0,0	0,0	6,1	0,0	6,1
M. Carurú	Alto Vaupés	Palmar	183	0,0	5,5	38,3	0,0	43,7
M. Taraira	Taraira Urbana	Urbana	864	0,0	0,0	10,4	0,0	10,4
	Bajo Apaporis	Puerto Currupira	109	0,0	9,2	0,0	9,2	27,5
		Vista Hermosa	97	0,0	10,3	0,0	0,0	10,3
Total Departamental		Población DANE incidencia x 100.000		64,7	95,9	372,3	98,7	
BRASIL				0	0	0	2	2

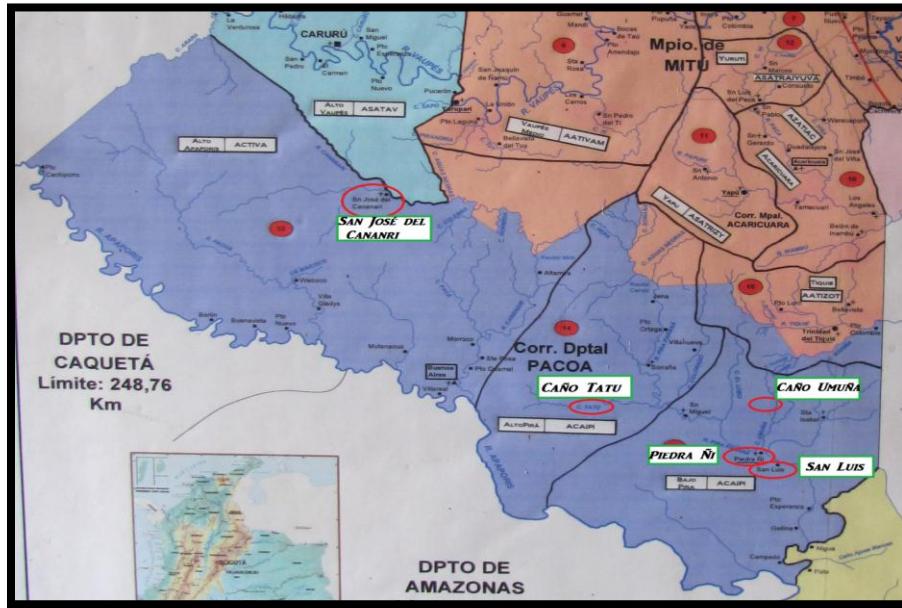
Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

Al realizar el análisis de tasas acumuladas para el evento, se observa que el corregimiento departamental de Pacoa agrupa el mayor número de casos, con una tasa de 387 agresiones de murciélagos a humanos por cada 10.000 habitantes. El corregimiento de Pacoa se subdivide a su vez en tres zonas; la zona del Bajo Pira agrupa el mayor número de casos, siendo las comunidades de San Luis, Piedra Ñi y Caño Umuña, retrospectivamente las más afectadas (Ver mapa 13)

Mapa 13. Ubicación geográfica de las comunidades con mayor tasa de exposición rábica por murciélagos. Vaupés 2010.

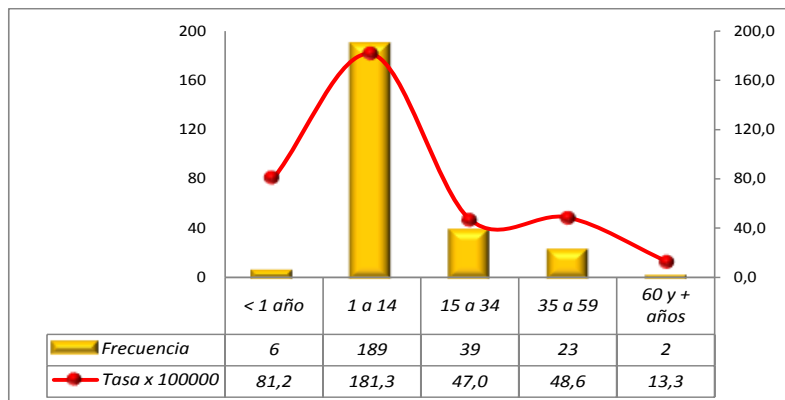


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Se resalta que durante los años de observación los casos de agresiones se concentran en la población menor de 15 años, con la mayor tasa de incidencia 175 por 10.000 individuos menores de 15 años, la cual cuadruplica las que se registran para la población mayor de 15 años, tasa de 44 agresiones por 10.000 individuos mayores o iguales a 15 años. Una de las principales asociaciones a este comportamiento es el alojamiento de los estudiantes en los internados estudiantiles. La población estudiantil es “alojada” en edificaciones (algunas de ellas muy antiguas) en las cuales pernoctan de manera colectiva; estas estructuras en general no cuentan con la estructura suficiente para “proteger” a los menores del contacto con el exterior; es así como, se han reportado, múltiples agresiones en población localizada en dichos internados (Ver gráfica 124).

Gráfica 124. Tasa de incidencia de exposición rábica por murciélago por 10.000 habitantes. Por grupo de edad (quinquenos). Departamento de Vaupés 2007-2010.



Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental. Censo DANE 2005. Proyecciones 2007-2010.

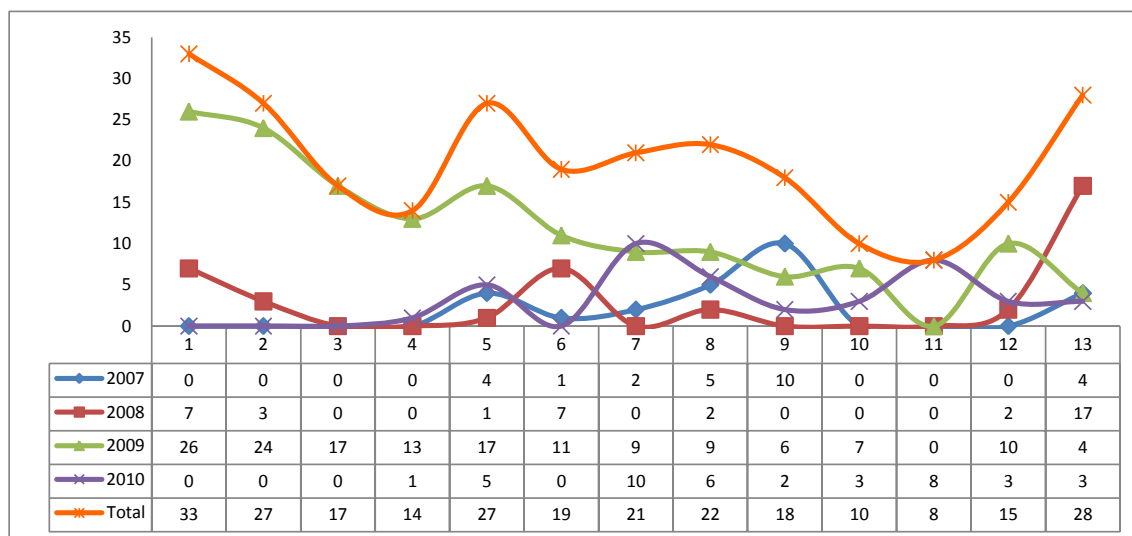


GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Por acumulo de datos del 2007 al 2010, encontramos que la ocurrencia de los casos de exposición rábica grave por murciélagos es sostenido en el tiempo, para cada año el comportamiento epidemiológico del evento es variante, directamente asociado a la notificación recibida, hablándose de un alto sub-registro, sin embargo, se resalta que el acumulado de los años muestra un aumento para comienzo y finales de año, pudiéndose relacionar con la instauración del verano que les permite a estos animales una mejor migración en búsqueda de alimentación y mejores refugios (Ver gráfica 125).

Gráfica 125. Distribución de casos de Exposición rábica por Murciélago hematófago, por período epidemiológico de ocurrencia de los casos, departamento de Vaupés -2007-2010-.



Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental. Censo DANE 2005. Proyecciones 2007-2010.

11-3-1-4. Exposición rábica por otra especie animal: Aunque se registra una menor incidencia de agresiones por otros animales, es importante subrayar que el departamento goza con una biodiversidad de fauna, aumentando las probabilidades de encuentro de animales silvestres con el hombre y el desarrollo de accidentalidades, para el 2010 ocurrieron dos accidentalidades graves causadas por Leopardo, los eventos ocurrieron en la zona de Tiquié –Municipio de Mitú-.

11-3-1-5. Problemáticas encontradas para la aplicación del tratamiento post-exposición grave. El departamento de Vaupés cuenta con las condiciones eco-epidemiológicas necesarias y suficientes para la ocurrencia de casos de exposición rábica por murciélago y otros animales silvestres de sangre caliente. Adicional a lo anterior, existen condiciones particulares que limitan los procesos de atención, prevención y control de casos.

- a. Accesibilidad Geográfica: Las comunidades indígenas se encuentran principalmente ubicadas en el área rural del departamento. El acceso a las diferentes comunidades se realiza por vía aérea o vía fluvial. No existe acceso vía terrestre, exceptuando las comunidades que se encuentran localizadas cerca del perímetro urbano de Mitú. Dentro de este ítem se observa que:



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



- Aproximadamente, el 15% de las comunidades cuentan con pistas de aterrizaje (dichas pistas no cuentan con las especificaciones técnicas dadas por la aeronáutica civil.
 - En época de verano los caudales de los ríos bajan dificultando su navegabilidad, en algunos el acceso es casi nulo. Se resalta que, inclusive algunos se tornan peligrosos. En general, el sistema de ríos del departamento no es navegable.
- b. Presupuesto: El traslado de pacientes para la atención según los lineamientos de la guía de atención, es insostenible, debido a los altos costos que representa los traslados, –el vuelo más económico tiene un valor de ida y regreso de \$ 1.600.000-, a este valor debe agregarse, en algunos casos, otros gastos de desplazamiento como combustible y consecución de medios de transporte –deslizadora, motor, que en algunas comunidades no se encuentra disponible-. Hay que mencionar que la población del departamento en su mayoría se encuentra ubicada en el área rural, es por ello que existe una demanda diaria, sostenida, de servicios de transporte aéreo y fluvial, lo cual incide de manera negativa en la disponibilidad de vuelos.
- c. Disponibilidad de biológicos y sueros en los centros o puestos de salud ubicados en el área rural: En este aspecto, es importante aclarar que la administración del suero debe hacerse bajo supervisión médica, los puestos de salud ubicados en el área rural, cuentan con personal auxiliar ó promotor de salud. Aspecto este, que limita la administración de suero en el área rural, ya que teniendo en cuenta la disponibilidad de medicamentos básicos, aunado al perfil del recurso humano, impide el manejo de riesgos y complicaciones ante la administración de suero. La guía de atención al paciente agredido por animales potencialmente transmisores de la rabia, deja expreso que la administración de suero debe ser realizada únicamente por personal médico.
- Con respecto a la administración de vacunas se limita teniendo en cuenta que sólo algunos puntos cuentan con red de frío. El sistema de vacunación en el departamento de Vaupés, es esencialmente por campañas de vacunación. Se realiza desplazamiento al 100% de comunidades 4 veces al año y la conservación de biológicos se realiza con el uso de hielo seco. Es necesario mencionar que el departamento de Vaupés en conjunto con el Ministerio de la Protección Social, viene adelantado el plan de fortalecimiento del sistema permanente de vacunación, con la ubicación y ampliación de nuevos puntos de red de frío y sistema permanente de vacunación.
- d. Factores Culturales: Teniendo en cuenta la connotación de este evento en la cosmovisión indígena, la población no identifica las agresiones por murciélago como un evento grave. La notificación del evento en algunos casos, es realizada por la red de vigilancia comunitaria, en otros casos los casos son captados a través de las acciones de búsqueda activa comunitaria en el marco de las actividades rutinarias del grupo de zoonosis de la Secretaría de Salud Departamental. De igual manera, se han encontrado reticencia por parte de la población en la administración de la vacuna, adicional a lo anterior, si no se hace búsqueda del paciente no hay adherencia al esquema.
- e. Otros aspectos: Para el manejo de casos de exposición rábica se requiere el traslado del paciente a la ciudad de Mitú, Taraira o Carurú (donde se cuenta con personal médico). Esta



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



situación eleva aún más el costo de la atención de pacientes agredidos que requieren esquema postexposición, teniendo en cuenta, que el paciente residirá en el albergue por el tiempo que dura el esquema –un mes aproximadamente-; sin contar, con el alto impacto social que significa tener a una madre o padre, fuera de su núcleo familiar por tiempo prolongado. Se aclara que dentro de la estructura familiar y social de la población indígena se tienen definidas unas funciones y roles sociales establecidas tanto para el hombre como la mujer en lo relacionado a la consecución y preparación de alimentos, mantenimiento de la chagra (forma de cultivo tradicional que sustenta la disponibilidad de alimentos en la población indígena), actividades de caza y pesca, cuidado de menores y ancianos entre otros.

11-3-1-6· Vigilancia Activa de Rabia Silvestre y Urbana· En las acciones de vigilancia de la circulación del virus rábico no se ha detectado el virus en muestras animales.

- a. Virus Rábico Silvestres: Para la vigilancia de la circulación viral del virus rábico, se realiza captura en zonas donde se han reportado casos de agresiones a humanos (en el marco de las acciones de captura y control de hematófagos del grupo de zoonosis) y envío de ejemplares capturados al Instituto Colombiano Agropecuario (ICA); esta actividad se ve limitada en el área rural, donde el acceso geográfico es más difícil. Teniendo en cuenta todas las consideraciones antes descritas, no es posible garantizar la viabilidad de las muestra para aislamiento viral. El análisis de las muestras sólo es posible (según las condiciones) para la búsqueda de hallazgos anatomopatológicos exclusivamente. Durante el año 2010 se realizó 2 envíos de quirópteros hematófagos capturados por funcionarios del ICA en la zona de la carretera, los resultados obtenidos fueron negativos para la presencia del virus rábico.
- b. Notificación Comunitaria: La estrategia de sistemas de vigilancia comunitaria se ha implementado en el departamento en respuesta a las necesidades generadas por el debilitamiento progresivo de la red de prestación de servicios de salud y por la ausencia de personal de salud en puntos geográficos distantes, que si bien hacen parte de la zona de influencia de algún punto de prestación (UBA), por la lejanía no cuenta con prestación continua de servicios de salud. La estrategia incluye las actividades de capacitación y sensibilización a líderes comunitarios en la búsqueda activa y notificación de casos y en acciones básicas de captura y control.
- c. Control de la Población de Quirópteros Hematófagos: Esta es la principal estrategia que se realiza en el departamento para el control de focos de murciélagos hematófagos en las comunidades afectadas por esta problemática, consistente en la captura de los quirópteros y liberación del mismo impregnado con Vampirex –Anticoagulante-.
- d. Capacitaciones: Las capacitaciones se hacen a dos niveles diferentes.
 - a. Comunitario: A nivel de comunidad esta actividad se enfoca en las medidas de protección para disminuir la probabilidad de agresión por murciélagos, atención primaria a las personas agredidas, consulta inmediata al servicio de salud y cuidados iniciales que deben realizarse a la persona agredida. De igual manera, en vigilancia comunitaria, captura y control de hematófagos.



- b. *Personal Asistencial: A nivel de las instituciones prestadoras del servicio se realiza capacitación con periodicidad semestral (o cuando se detectan fallas en el abordaje de casos), en las Guía de manejo y en el protocolo de vigilancia de la exposición rábica (INS/MPS).*
- e. *Actividades de Vacunación Canina y Felina: En el marco de las acciones del grupo de zoonosis, se realizan jornadas de vacunación canina y felina. Por situaciones antes descritas, la cobertura en el área rural es muy baja; sin embargo, en los cascos urbanos la vacunación es amplia, cubre los tres municipios y la zona suburbana de cada uno.*

11.4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos -ETA-

La enfermedad transmitida por alimentos (ETA) es el síndrome originado por la ingestión de alimentos, incluida el agua, que contienen agentes etiológicos en cantidades tales que afectan la salud del consumidor a nivel individual o en grupos de población; las alergias por hipersensibilidad individual no se consideran ETA (23).

Es importante hacer un preámbulo de las características de los alimentos tradicionales de la región del Vaupés, en donde los principales productos son derivados de la yuca brava, alimento que tiene un alto contenido de cianuro, pero que dentro de los procesos de manipulación y cocción se vuelve inocuo para el consumo humano; otro elemento a resaltar es que los cárnicos y peces son ahumados –muquiado- para la conservación de los mismos, por observacionalidad estos productos son de larga conservación sin que se alteren sus características organolépticas, sin embargo, los determinantes de tipo socioeconómico y geográfico de la población indígena, identifican a esta población con mayor riesgo de exposición al consumo de aguas no potables, contaminación de los alimentos por el medio ambiente –plagas-, manipulación y conservación inadecuada de alimentos y condiciones higiénico sanitarias deficientes.

11.4.1. Análisis Epidemiológico de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos - ETAS-

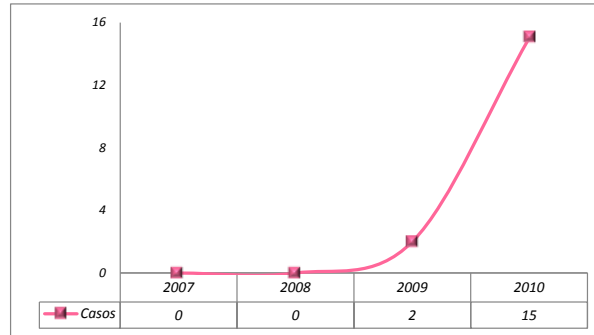
El departamento de Vaupés durante los años 2007 y 2008 no recibió notificación de enfermedades transmitidas por alimentos al sistema de vigilancia epidemiológica, sin embargo, se observa que del 2009 al 2010 hay un incremento significativo en el número de casos, este comportamiento en la notificación expresa la activación del sistema en la captación y notificación de casos compatibles con el evento.

El 76% (13/17) de los casos de ETA se relacionaron con brotes, con la principal características de ser brotes familiares, sin involucrar centros que dispensan alimentos, siendo esta características en términos generales positiva por la facilidad del control y erradicación del factor de riesgo –alimento-. El resto de los casos, es decir, el 29,5% (5/17) clasificaron como casos aislados sin tener asociaciones con más casos compatibles en tiempo y lugar (Ver gráfica 126).

Gráfica 126. Número de casos de enfermedades transmitidas por alimentos, departamento de Vaupés 2007-2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

Los registros de las ETAS notificadas arrojan que el 59% (10/17) de los casos ocurrieron en el área rural del departamento y el resto en la zona urbana del municipio de Mitú 41%(7/17), según población, la comunidad de Arara registró la mayor incidencia de casos, como se mencionó anteriormente asociado a un brote familiar, en coherencia con este dato se identifica que el 88% de la población afectada es o poblacional indígena (Ver mapa 14 y tabla 77)

Mapa 14. Ubicación geográfica de las comunidades con registro de enfermedades de transmitidas por alimentos. Vaupés 2009 - 2010.

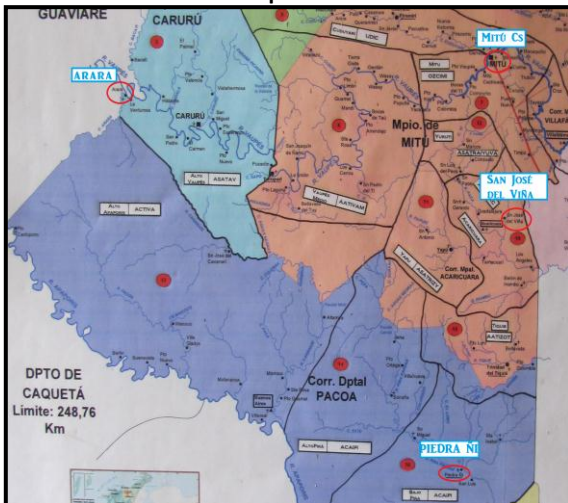


Tabla 77. Distribución y tasa de incidencia de las enfermedades de transmitidas por alimentos según procedencia de los casos, departamento de Vaupés 2009 - 2010.

Comunidad	Población	Frecuencia	Tasa x 1.000 Hbt
Mitú Cs	6384	3	0,5
El Palmar	183	6	32,8
Piedra Ñi	139	3	21,6
San José del Viña	74	1	13,5

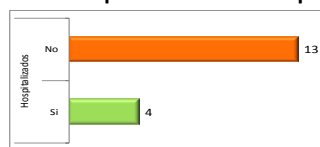
Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

Los alimentos relacionados con estas intoxicaciones se relacionaron a alimentos tradicionales en especial a la manicuera y sancocho, los dos alimentos tuvieron como principal producto la yuca brava, y por su no adecuada manipulación y elaboración quedaron con residuos de cianuro, provocando los signos y síntomas clínicos característicos para este compuesto.

De los casos reconocidos como ETAs, se identifica que el 76,5% (13/17) requirieron hospitalización para su manejo y control, los principales síntomas que registraron los pacientes afectados fueron: Vómito (96% -16/17-), diarrea(59% -10/17-), Calambres (47% -8/17-), cefalea (41% -7/17-), náuseas (35% -6/17-) y deshidratación (29% -5/17-) (Ver gráfica 127).



Gráfica 127. Casos de enfermedades transmitidas por alimentos, disgregados por abordaje de los casos, departamento de Vaupés 2009-2010.



Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

11.4.2. Mortalidad Asociada a Enfermedades Transmitidas por Alimentos:

Para el 2009 un caso desencadenado en mortalidad, este caso se presentó por consumo de manicuera mal cocida y afecto al núcleo familiar, los demás individuos sólo presentaron molestias, dentro de las variables que pudo incidir para el desarrollo de esta mortalidad fue la edad (mujer de 73 años). Se resalta que este caso no tuvo manejo hospitalario, esto debido a la residencia en la zona rural, la comunidad de San José del Viña no cuenta con radiofonía, adicional la muerte fue casi instantánea.

11.5. Leptospirosis

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa bacteriana de distribución mundial que en los últimos años ha re-emergido como un problema de salud pública importante. Por ser una zoonosis afecta tanto a animales como a personas. El agente etiológico es un grupo de bacterias, espiroquetas, de la familia Leptospiraceae género Leptospira. Como principal reservorio están los roedores, los cuales la transmiten a través de su orina (24).

11.5.1. Descripción epidemiológica del evento Leptospirosis:

La Leptospirosis en el departamento es una enfermedad que no ha tenido un reporte constante, aun conociendo que las condiciones en que vive la población, son factores de riesgo para su desarrollo, por registros del sistema de vigilancia epidemiológica –SIVIGILA–, sólo se tiene reporte de este evento en el 2008, con la ocurrencia de nueve casos en la comunidad de Puerto Arenal –Zona de Isana–, se aclara que la identificación se dio por búsqueda activa, debido a la intervención por un caso de mortalidad en la misma comunidad.

La tasa de incidencia para esta población fue de 18 casos por cada cien habitantes, con una mayor magnitud en las personas entre los 35 a 59 años, aunque esta infección no es condicionada por la edad o el género, se identifica que el 32% (7/22) de las mujeres de la comunidad contrajeron esta enfermedad, por encima de los hombres que registraron sólo el 7% (2/29) del total de la población masculina (Ver tabla 78).

Tabla 78. Distribución y tasa de incidencia de Leptospirosis por grupo de edad, departamento de Vaupés 2008.

Grupo de Edad	Censo Puerto Arenal	Frecuencia	Tasa x 100 habt
< 1 año	1	0	0
1 a 14	21	2	10
15 a 34	19	4	21



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



35 a 59	9	3	33
60 y + años	1	0	0
Total	51	9	18

Fuente: SIVIGILA. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría de Salud Departamental.

11.5.2. Mortalidad Asociada al evento Leptospirosis.

El caso de mortalidad asociado al evento de *Leptospira* –año 2008-, se identificó en una mujer de 17 años con un cuadro clínico de un síndrome icterico hemorrágico, la paciente fue identificada en la institución de salud.

11.6 Tuberculosis -Tb-

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite por vía aérea, al igual que el resfriado común. Sólo transmiten la infección las personas que padecen tuberculosis pulmonar (forma más común). Al toser, estornudar, hablar o escupir, expulsan al aire los gérmenes de la enfermedad. Una persona con tuberculosis activa no tratada infecta una media de 10 a 15 personas al año (25).

Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina Tuberculosis extra-pulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida de la ganglionar. La vacuna BCG (bacilo de Calmette Guerin) confiere protección antes de la exposición a la infección y previene, sobre todo en el lactante y en niños menores, hasta en un 80% el desarrollo de formas graves de la enfermedad como la tuberculosis meníngea y la miliar.

La expansión del VIH, los movimientos migratorios y la aparición de cepas extremadamente resistentes han hecho que la tuberculosis, una enfermedad que parecía olvidada en los países occidentales, haya vuelto a cobrar fuerza.

Teniendo en cuenta que la Tb se ha considerado como una situación de emergencia sanitaria global, entre los objetivos del milenio se han planteado las siguientes metas.

- Disminuir la incidencia de casos de Tb en el 2015.
- Reducir la prevalencia y mortalidad por Tb a la mitad en el 2015 en comparación con las existentes en 1990.
- Detectar y tratar en programas DOTS-TAS –Tratamiento Acortado Supervisado- al menos al 70% de los casos bacilíferos incidentes.
- Tratar con éxito al 85%, como mínimo, de los casos bacilíferos incidentes (26).

11.6.1. Epidemiología de la Tuberculosis en el Departamento de Vaupés.

El departamento del Vaupés registra desde el año 2004-2010 un total de 106 pacientes con diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas, aclarando que dos casos se identificaron en San José del Guaviare, para esta serie de siete años se observa un comportamiento ligeramente ascendente en la incidencia del evento, sin embargo, es importante mencionar que en la evaluación de la tendencia de los últimos cuatro años, el comportamiento es notoriamente decreciente, asociándose



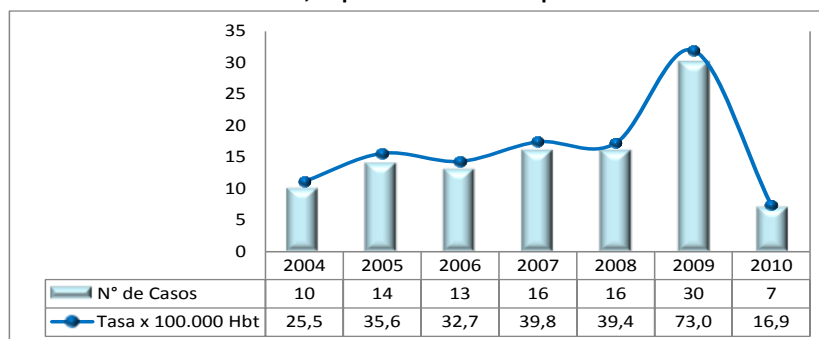
GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



directamente a la disminución de la búsqueda activa de los sintomáticos respiratorios, en especial en las comunidades indígenas del departamento.

Para el año 2009 se observa un aumento tanto en el número de casos (30) como en su incidencia (73,0 x 100.000 Habitantes), concentrando el 28% (30/106) del total de casos diagnosticados desde el 2004 al 2010, el aumento de casos en el 2009 se debió a la búsqueda activa de casos en la zona del Tiquié, actividad que se desarrollo por la ocurrencia de una muerte asociada a este evento (Ver gráfica 128).

Gráfica 128. Comportamiento de la Tuberculosis todas las formas, según número de casos y tasa de Incidencia, de todas las formas, departamento del Vaupés- 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública –Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

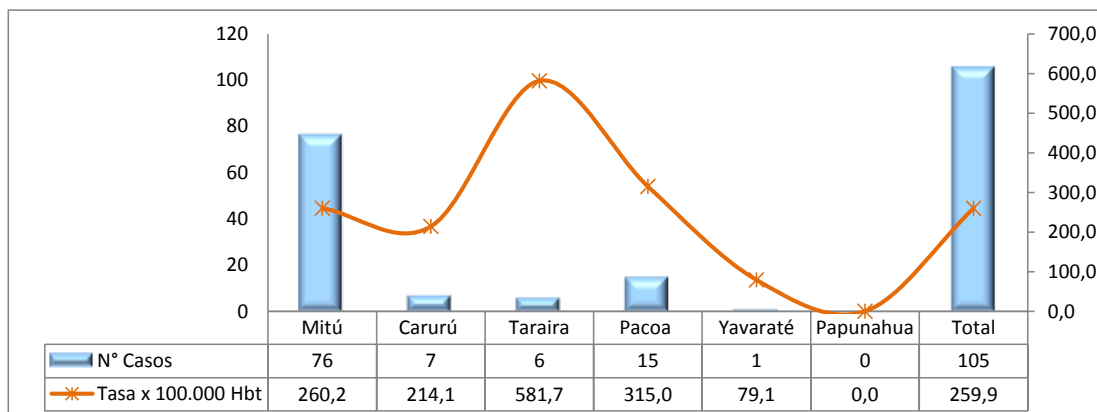
11.6.2. Procedencia de los Casos con Diagnostico de Tuberculosis en Todas sus Formas:

El municipio de Mitú aporó durante este período de evaluación -2004-2010- el 72% (76/106) de los casos positivos para Tb, seguido del corregimiento de Pacoa con el 14% (15/106), lo esperado siendo estas dos zonas la que concentran el mayor número de población del departamento, sin embargo, el municipio de Taraira con una incidencia de 582 por 100.000 Habitantes, se configura como el ente territorial con mayor magnitud de este evento, para este período de análisis no se identificaron casos procedentes del corregimiento de Papunahua (Ver gráfica 129).

Gráfica 129. Tasa de incidencia acumulada de la Tuberculosis todas las formas, por municipio y corregimiento de procedencia, departamento del Vaupés- 2004-2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

El 74% (78/106) de los casos positivos reportaron ser procedentes del área rural, arrojando una tasa de incidencia acumulada de 301 por 100.000 Habitantes en el área rural y de 177 por 100.000 Habitantes en el área urbana. La razón de casos que entran al programa por procedencia de área, muestra que por cada 10 individuos procedentes del área urbana, entran 17 individuos procedentes del área rural, definiendo este dato la prioridad de instaurar actividades que garanticen la captación y vigilancia del sintomático respiratorio en la zona rural de nuestro departamento, aunque existe una mayor incidencia en la zona rural es importante resaltar que la incidencia en el área urbana es de gran significancia, para el 2008 la incidencia de Tb en Colombia es de 17 por 100.000 Habitantes, según datos del Sivigila.

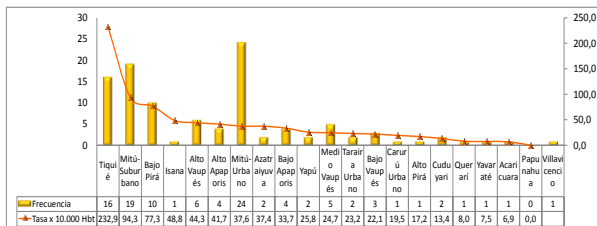
Dentro de las zonales indígenas que maneja el departamento de Vaupés, se identifica por incidencia acumulada (2004-2010), como área de más alto riesgo para infectarse con Tb la zona del Tiquié con una tasa de 233 casos por 10.000 habitantes, representando la tasa de incidencia acumulada más alta de nuestro departamento, esta zona es considerada una de las más vulnerables por su situación sociocultural, en dónde la pobreza y la poca disponibilidad de alimentación han sido los determinantes mas prevalentes.

Igualmente se observa que la zona sub-urbana del municipio de Mitú presenta la segunda más alta incidencia acumulada -94 casos por 10.000 habitantes-, esta zona se caracteriza por ser cercana a la zona urbana del mismo municipio, condición que en gran medida facilita la identificación y captación de casos (Ver gráfica 130).

Gráfica 130. Distribución de los casos de Tuberculosis todas las formas, en número e incidencia, por área de procedencia, departamento de Vaupés 2004-2010.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

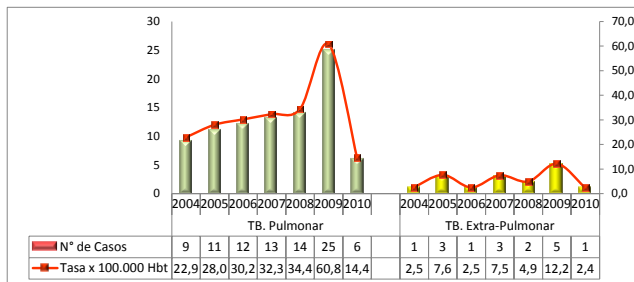
11.6.3. Tipo de Tuberculosis Diagnosticada Criterio de Ingreso.

A nivel nacional se tiene que de los 9.361 casos reportados al Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila) en el 2008, 80,8% (7566) de los casos fue tipo pulmonar, 0,7% (73), tuberculosis meníngea y el 18,3%(1727) restante correspondió a otras formas extra-pulmonares (26).

La tuberculosis extra-pulmonar se asocia directamente a exposiciones larga con el bacilo, siendo un trazador de las dificultades en la atención y canalización de estos pacientes.

Para el departamento de Vaupés, el 15% (16/106) de los casos identificados en el período 2004-2010 presentaron tuberculosis extra-pulmonar, al igual que la Tb pulmonar se observa un aumento para el año 2009, como se menciona anteriormente relacionado a la intervención realizada en la zona del Tiquié (Ver gráfica 131).

Gráfica 131. Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Como es de esperarse el principal órgano afectado es el pulmón, la tuberculosis pulmonar es la única transmisible, exceptuando la Tb extra-pulmonar localizada en laringe. La tuberculosis de tipo ganglionar fue la presentación más común de los pacientes que presentaron una localización por fuera del pulmón, seguida de la pleural (Ver tabla 79)

Tabla 79. Tuberculosis extra-pulmonar por órgano afectado, departamento de Vaupés 2005-2010.

Tipo de Extra-pulmonar	Casos	%
Ganglionar	7	43,8
Meníngea	3	18,8
Pleural	6	37,5
Total	16	100,0

Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

Dentro de los indicadores positivos para el departamento, es que hasta la fecha no se ha identificado casos de coinfección tuberculosis VIH/Sida. Colombia reporta para el 2008 635 casos de tuberculosis pulmonar y 321 casos de tuberculosis extra-pulmonar que presentaron coinfección tuberculosis VIH/sida.

11.6.4. Criterio de Ingreso

El principal diagnostico de inclusión de los pacientes captados durante el período 2004 al 2010, fue el bacteriológico (a través de la baciloscopia), dato concordante al tipo de Tb diagnosticada en donde predomina la de tipo pulmonar, sin embargo, para la Tb de tipo extra-pulmonar la histopatología 31,3% (5/16) fue un pilar importante para un correcto diagnostico, resultado aceptable en la medida que los órganos diferentes al pulmón presenta una baja cantidad de bacilos dificultando su determinación por microscopia.

Se resalta que en el departamento el criterio clínico y epidemiológico durante esto siete años de evaluación, fue el segundo criterio utilizado para la inscripción de estos pacientes al programa de Tb, teniendo un mayor peso en las Tb de tipo extramural (Ver tabla 80).

Tabla 80. Criterio de inclusión de los pacientes con diagnostico de Tuberculosis, en casos y porcentaje, departamento de Vaupés 2004-2010.

Tipo de Tb Criterio de Inclusión	Extra-pulmonar		Pulmonar		Todas las formas	
	No. Casos	%	No. Casos	%	No. Casos	%
Bacteriológico	2	12,5	65	73,9	67	64,4
Nexo y Clínica	6	37,5	12	13,6	18	17,3
Cultivo	1	6,3	10	11,4	11	10,6
Histopatología	5	31,3	0	0,0	5	4,8
Sin Dato	2	12,5	1	1,1	3	2,9
Total	16	100	88	100	104	100

Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-



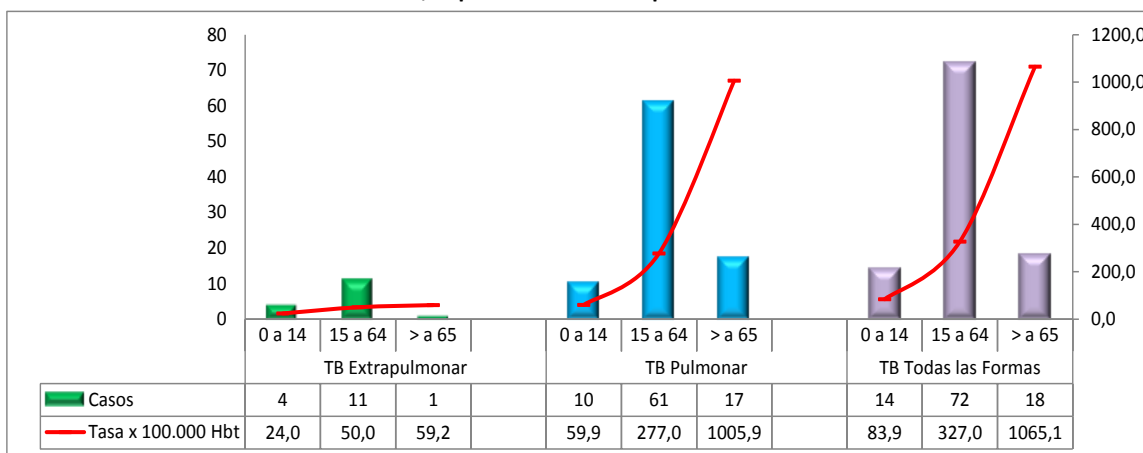
11.6.5. Incidencia Acumulada de Tuberculosis por Grupo de Edad.

Para los casos diagnosticados que ingresaron al programa de Tb durante los años 2005 a 2010, se tiene que la edad mínima registrada fue de 1 año, con una edad máxima de 83 años, el 68% (71/104) de los casos se encontraron entre las edades productivas (15-64 años).

A nivel nacional la tasa de incidencia de los menores de 15 años para el año 2008 fue de 3,9 casos x 100.000 habitantes, equivalente a 7,2% del total de casos notificados, para ese mismo año el departamento de Vaupés reporta una incidencia en menores de 15 años del 11,5 x 100.000 habitantes, representando el 12,5% (2/16) del total de casos identificados para el 2008. Durante el período 2005 al 2010 no se reportaron y/o canalizaron menores de un año, resaltando que los que se encontraron en el grupo de edad de 1-4 años tuvieron una mayor incidencia acumulada (134 x 100.000 habitantes) por encima del grupo de 5 a 14 años (56 x 100.000 habitantes).

Por análisis de incidencia los adultos mayores sin importar la forma de Tb arrojaron las tasas de incidencia acumulada más alta – Incidencia acumulada 2005-2010 de 1006 x 100.000 habitantes-, este dato refleja la susceptibilidad de los adultos mayores a desarrollar este evento (ver gráfica 132).

Gráfica 132. Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, por grupo de edad, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

11.6.6. Incidencia Acumulada de Tuberculosis por Sexo.

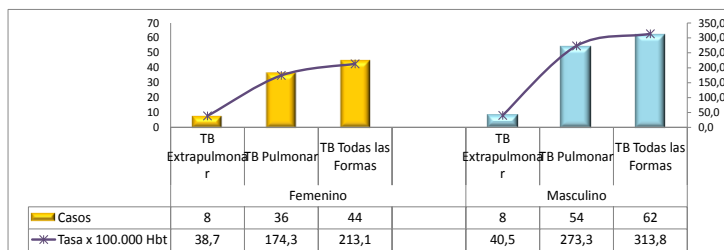
En términos generales se identifica que el sexo masculino presento una mayor incidencia acumulada (314 x 100.000 habitantes) frente al sexo femenino (213 x 100.000 habitantes), arrojando una relación hombre/mujer de: 15 casos en hombres por cada 10 en mujeres, esta situación no varió significativamente por tipo de tuberculosis, prevaleciendo el sexo masculino para cada tipo de tuberculosis (Ver gráfica 133).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 133. Comportamiento de la tuberculosis pulmonar y extra-pulmonar, en casos e incidencia, por sexo, departamento de Vaupés 2004-2010.



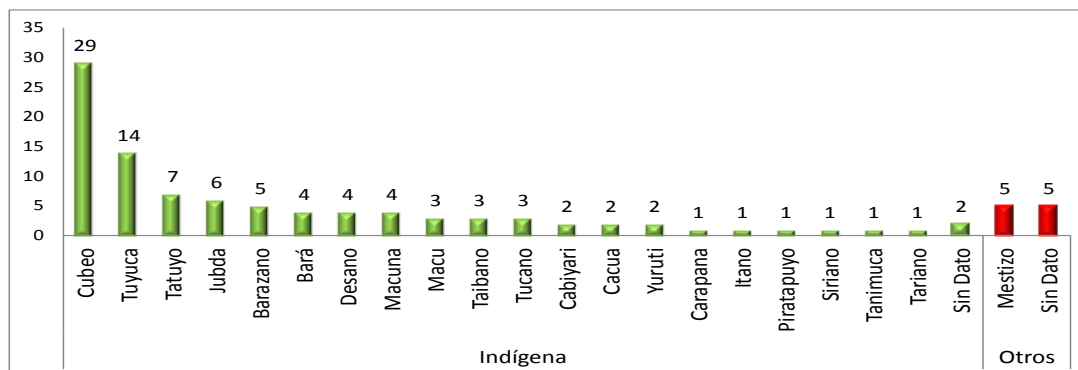
Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

11-6-7. Incidencia Acumulada de Tuberculosis en Todas sus Formas por Grupo Poblacional:

Obtenemos que el 91% (96/106) del total de casos desde el 2004 al 2010, son población indígena, identificándose 20 etnias diferentes, entre las que mayor número de casos aporta es la perteneciente al pueblo Cubeo (31% 29/94), si bien, este es la principal etnia identificada, no se podría afirmar que este grupo en específico tenga la mayor incidencia de casos, debido a que no se cuenta hasta la fecha con un censo poblacional por etnias en el departamento; dentro de las etnias en el departamento se identifica que el grupo Cubeo es una de las etnias con mayor participación poblacional, incidiendo en gran medida en encontrar más casos perteneciente a este grupo, otro factor importante a mención es la composición de las comunidades indígenas, en donde, no existe homogeneidad de etnias si no variabilidad, pudiéndose no asociar directamente el desarrollo de la infección a los diferentes grupos poblacionales, si no a los factores que desencadenante que rodea su aparición.

Así mismo, la Tb se relaciona con factores de riesgo como el hacinamiento y la desnutrición, factores que dentro de las comunidades indígenas son perennes (Ver gráfica 134).

Gráfica 134. Distribución de los casos de tuberculosis en todas sus formas, por grupo poblacional, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

11.6.8. Captación del Sintomático Respiratorio:

Sintomático respiratorio se define como cualquier persona cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso (26).

La información para el establecimiento del porcentaje de captación del sintomático respiratorio, se obtuvo a través de los Municipios y la IPS Hospital San Antonio, según la guía de atención se debe tener como meta alcanzar el 80% de los sintomáticos respiratorios programados:

- La programación se hace considerando que el 10% de las personas mayores de 15 años que utilizaron el servicio de consulta médica general por primera vez durante el año en curso son sintomáticos respiratorios, es decir que presentan tos y expectoración de más de 15 días de evolución.

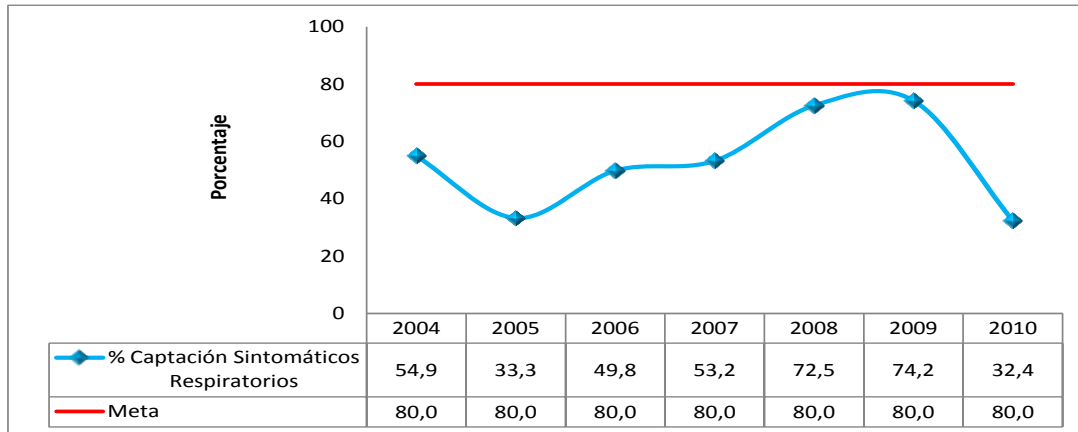
De acuerdo a la información reportada al Ministerio de la Protección Social (MPS) a través de los informes del Programa Nacional de Control de Tb (PNCT) en el 2008, se presentaron 11.430 casos de tuberculosis de todas las formas; los casos con baciloscopia positiva fueron 7.234 y el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue de 54,4% con respecto a lo programado (26).

En el análisis para el departamento de Vaupés, se identifica que durante el período 2004 al 2010 el promedio de captación de los sintomáticos respiratorios fue del 53%, siendo para el 2010 el porcentaje más bajo en el alcance de la meta, mientras que para los años 2008 y 2009 se identificaron los mejores resultados en la captación (Ver gráfica 135).

Gráfica 135. Porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.



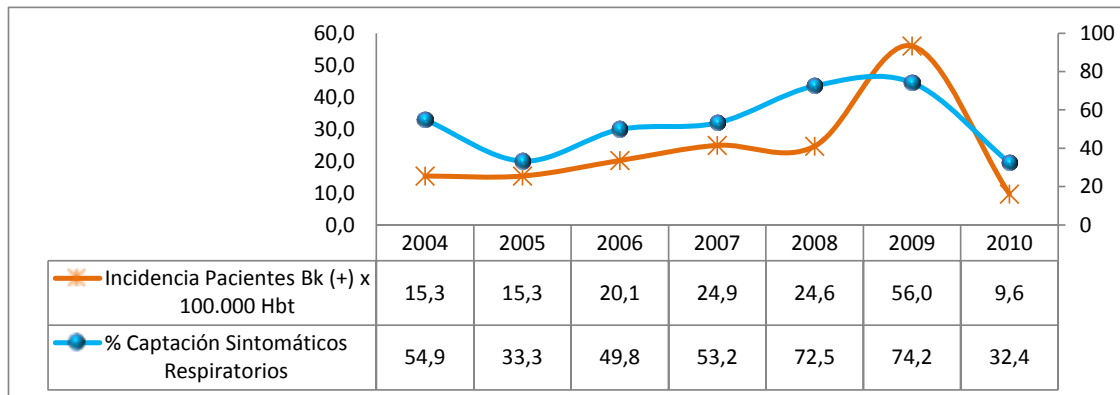
GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

La gráfica 136 nos muestra que la incidencia de los pacientes Baciloscopia positivo, es directamente variante a la captación del sintomático respiratorio, encontrándose similitud en el comportamiento y la tendencia de estas dos variables, es decir, que a menor búsqueda de sintomático respiratorio, menor es la captación del paciente con tuberculosis.

Gráfica 136. Incidencia Tuberculosis BK positivo vs porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

11.6.9. Positividad de la Baciloscopia:

Este indicador mide la probabilidad de que un sintomático respiratorio sea positivo al examinarse.

La baciloscopia debe ser el primer método a emplear dado su sencillez, rapidez y bajo costo para detectar una micobacteria y, además, al ofrecer una estimación cuantitativa del grado de contagiosidad del paciente (27).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



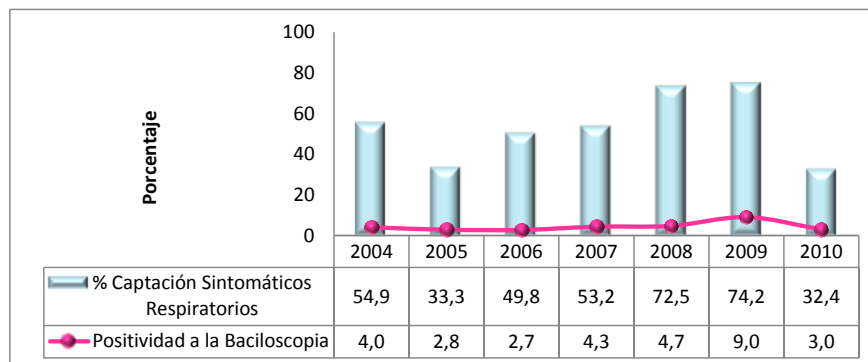
La positividad de la baciloscopia en Colombia es del 4-5%, el departamento de Vaupés durante la vigencia 2004-2010 tiene un promedio de positividad del 4,4%, es decir, que de cada 100 sintomáticos respiratorios examinados, es probable que 4 de ellos sean enfermos de tuberculosis (positivos a la baciloscopia), para el 2009 se obtiene un porcentaje de positividad alto en comparación con los esperados a nivel nacional, para este mismo año se observa el más alto índice de búsqueda del sintomático respiratorio, incidiendo directamente en el aumento de su positividad.

Dentro de los factores que inciden en la positividad de la baciloscopia, están:

- Captación de personas que no cumplen con la definición de caso para el sintomático respiratorio
- Calidad y recolección inadecuada de las muestras de esputo, para su respectivo procesamiento y diagnóstico.
- Disponibilidad de recurso humano adecuadamente capacitado para la lecturas de las baciloscopias, a nivel nacional y mundial la sensibilidad de esta prueba, en términos estrictos es baja, variando entre el 50% y 60%.
- Presencia de pacientes paucibacilares (baja cantidad de bacilos Tuberculosos), los que requieren ser diagnosticados por cultivo.

Ver gráfica 137.

Gráfica 137. Porcentaje de positividad de la baciloscopia en los sintomáticos respiratorios vs porcentaje de captación del sintomático respiratorio, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

11-6-10- Concentración de la Baciloscopia:

Según la guía de atención para el tuberculosis, se precisa que el promedio mínimo de baciloscopia por sintomático diagnosticada es de 2,5, este dato basado en la positividad de este examen que es entre el 4 -5% (27).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



El departamento de Vaupés, muestra que la concentración de baciloscopia se ha mantenido en 2,5, en los sintomáticos respiratorios captados por el hospital y el Laboratorio de Salud Pública –área urbana-, es decir, que a los sintomáticos respiratorios se les realiza entre 2 y 3 baciloscopia para su diagnóstico o descarte, en el área rural se ha presentado dificultades para garantizar la secuencia de las baciloscopias en los pacientes residentes de esa misma zona, lográndose garantizar sólo el 100% de la primera muestra, dejando entre el 15% y 30% de los pacientes si segunda muestra y entre el 5% y 10% de la tercera muestra.

Se señala que para el período 2004 – 2010 el 52% (32762) de los casos positivos a la baciloscopia entraron con una cruz de diagnóstico, clasificación más baja para el recuento de bacilos en lamina.

11.6.11. Tratamiento para Tuberculosis:

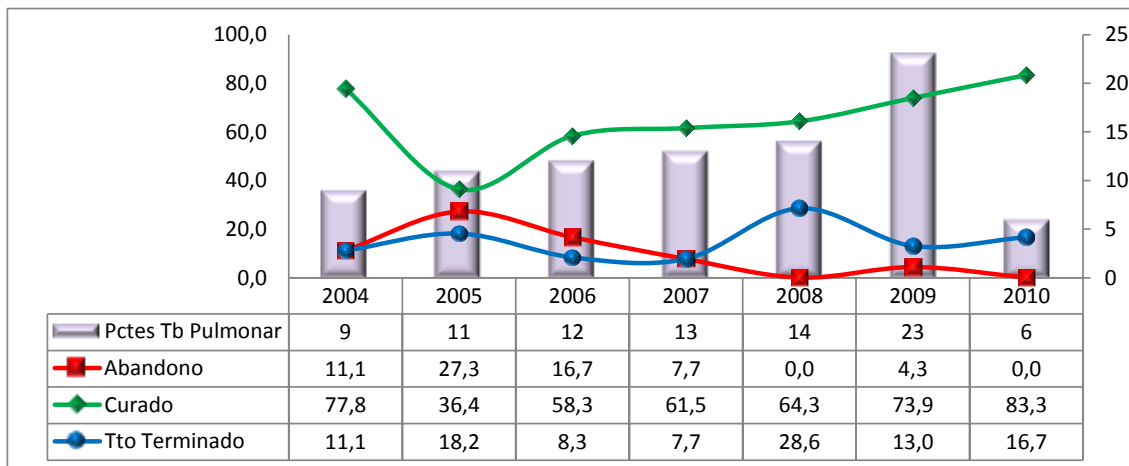
Dentro de los indicadores positivos que se debe resaltar para el departamento es la no presencia o identificación de casos con multidrogoresistencia al tratamiento anti-tuberculoso.

Los lineamientos a nivel nacional tienen como meta que el porcentaje de curación debe estar por encima del 85%, esto se debe lograr a través de la aplicación de la estrategia TAES - tratamiento acortado estrictamente supervisado-. El término curado aplica para aquellos pacientes que ya han finalizado el tratamiento antituberculoso y tienen baciloscopia negativa a los seis meses iniciado tratamiento, condición que para los casos de Tb extrapulmonar no aplica, teniendo como única clasificación tratamiento finalizado.

Durante el período 2004 al 2010 el 100% de los casos de Tb de tipo extrapulmonar terminaron tratamiento antituberculoso, no presentándose abandono de los pacientes. En cuanto a los casos de Tb de tipo pulmonar, se identifica que de los 88 pacientes con este diagnóstico manejados en el departamento de Vaupés en el período 2004 – 2010, el 9,1% (8/88) abandonaron el tratamiento, uno de los abandonos es por negativa del paciente de recibir el tratamiento.

En el análisis por año de diagnóstico de los pacientes con Tb pulmonar, se observa como se ha aumentado el porcentaje de curación, y paralelamente disminuye el abandono y la clasificación de tratamiento terminado, resultados ligados directamente a garantizar el TAES y la baciloscopia de control final del paciente, se resalta que durante los años 2009 y 2010 todos los pacientes diagnosticados con Tb pulmonar se trasladaron a la ciudad de Mitú para recibir el tratamiento correspondiente (Ver gráfica 138).

Gráfica 138. Indicadores de seguimiento al tratamiento para los casos con diagnóstico de Tb de tipo pulmonar, departamento de Vaupés 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

Durante el período 2004-2010, se registraron 5 casos clasificados como recaídas, y el 0% en ese mismo período no presentaron fracaso en el tratamiento.

11-6-12. Tasa de Mortalidad Asociada a Tuberculosis.

Las muertes por Tuberculosis corresponden al 25% de la mortalidad evitable en países en desarrollo. El 95% de los casos y el 98% de las muertes por Tuberculosis ocurren en países en desarrollo. El 75% de los casos en países en desarrollo ocurren en la población económicamente productiva (15-50 años).

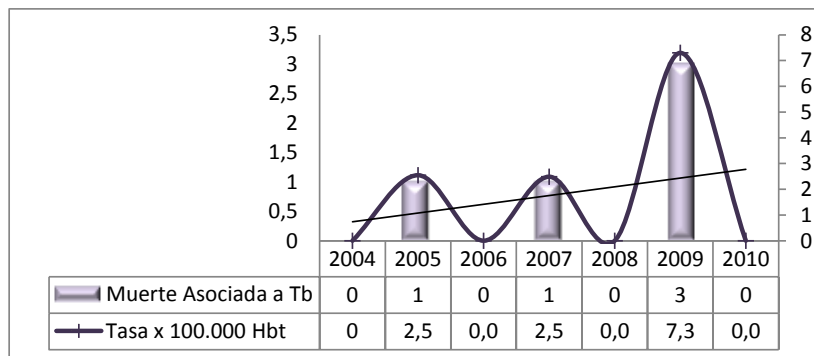
Durante el período 2004 al 2010 en el departamento de Vaupés se registraron cinco casos de mortalidad asociada a tuberculosis, todos los casos de tipo pulmonar; se resalta que dos casos de mortalidad se desarrollaron en el municipio de San José del Guaviare, estos dos casos no recibieron atención y tratamiento para la Tb y al ser procedentes del municipio de Carurú la remisión se realizó por cercanía a dicho departamento.

La tendencia de la mortalidad asociada a Tb es en aumento, aún no habiéndose presentado casos para los años 2004, 2006, 2008 y 2010, un factor determinante en el desencadenamiento del evento a mortalidad, es la falta de accesibilidad que se tuvo para la zona rural, lo que implicó un diagnóstico tardío de los pacientes afectados (Ver gráfica 139).

Gráfica 139. Comportamiento de la tasa de mortalidad asociada al evento tuberculosis, departamento de Vaupés, período 2004-2010.



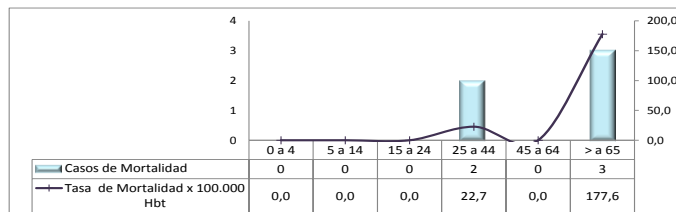
GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

En lo referente a la edad de los pacientes los casos de mortalidad se concentraron en los adultos mayores, la tasa de mortalidad permite evidenciar la magnitud que tuvo en este grupo poblacional, mencionando que los casos se concentraron en edades productivas (25 a 44 años), igualmente los adultos mayores presentan una mayor vulnerabilidad, en cuanto a la parte social en donde se esta evidenciando el descuido y/o abandono (Ver gráfica 140).

Gráfica 140. Tasa de mortalidad asociada al evento tuberculosis, por grupo de edad, departamento de Vaupés, período 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

11-6-12-1. Porcentaje de Fallecidos: Para este indicador es importante aclarar que se incluyen las muertes de pacientes con diagnostico de tuberculosis sin importar la causa del deceso, basados en este lineamiento, el departamento de Vaupés registra un total de 8 casos, todos con diagnósticos de Tb de tipo pulmonar.

Dos de los casos registrados que no se asociaron a mortalidades por tuberculosis, la causa de muerte se debió a Cáncer (se desconoce el tipo de cáncer).

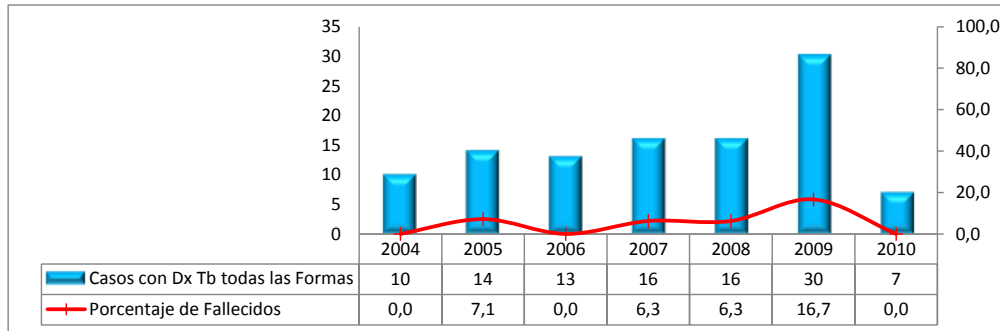
Por año de ocurrencia se obtiene un caso de mortalidad, los años 2004, 2006 y 2010 no registraron muertes de los pacientes diagnosticados para este evento, el acumulado de 2004-2010 arroja un porcentaje de fallecimiento del 7,5%, siendo para el año 2009 el más alto (Ver gráfica 141)



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



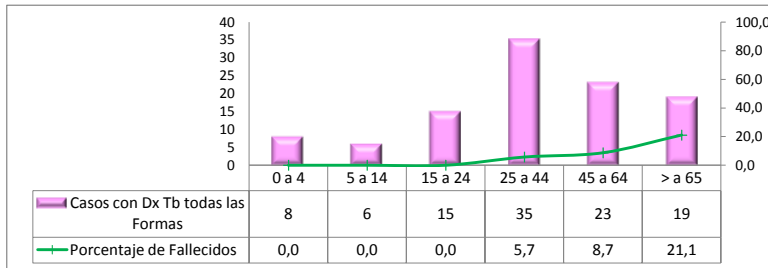
Gráfica 141. Comportamiento del porcentaje de fallecimientos, departamento de Vaupés, período 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

Nuevamente se alcanza a apreciar la susceptibilidad del adulto mayor a desarrollar mortalidad, el cual arroja que de cada 100 pacientes probablemente fallezcan 21 (ver gráfica 142)

Gráfica 142. Porcentaje de fallecimiento por grupo de edad, departamento de Vaupés, período 2004-2010.



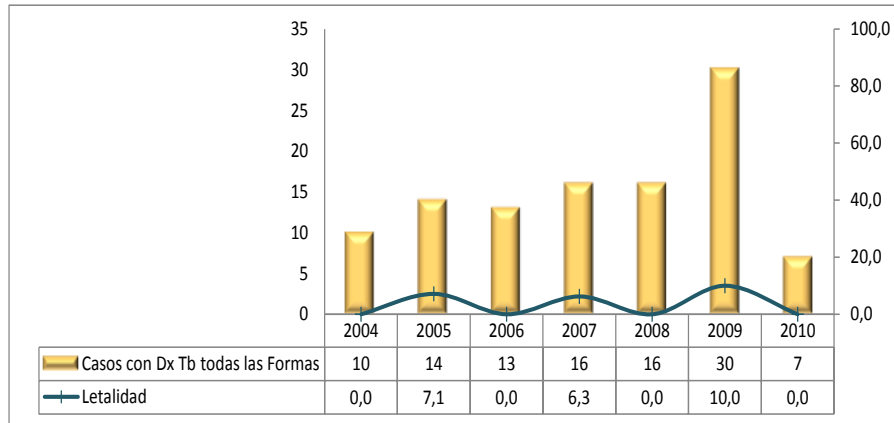
Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaria de Salud Departamental de Vaupés-

11-6-13. Letalidad:

Este indicador nos mide la probabilidad que un paciente con diagnostico de Tb desarrolle mortalidad por el mismo evento, el departamento de Vaupés registra una letalidad para el período 2004 al 2010 del 5% (5/106), sobresaliendo el 2009 en donde registro la letalidad más alta del 10% (3/30), la meta propuesta para este indicador es del 0% (Ver gráfica 143).



Gráfica 143. Comportamiento de la Letalidad por tuberculosis, departamento de Vaupés, período 2004-2010.



Fuente: Base de Datos pacientes diagnosticados con de Tb en todas sus formas, Laboratorio de Salud Pública – Secretaría de Salud Departamental de Vaupés-

11-6-14. Acciones que se Destacan en el Programa de Tuberculosis.

- *Implementación y seguimiento trimestral en la aplicación del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis*
- *Realización de Investigaciones Epidemiológicas de Campo que se presenten en la Jurisdicción departamental.*
- *Fortalecimiento de la red de Laboratorios Departamental en el diagnostico de TB (Pulmonar y Extrapulmonar) a través de Baciloscopia y cultivo*
- *Capacitación y dotación a la RDL en la introducción del Metodo del Escobillón de Kudoh para el transporte de muestras en lugares con difícil acceso al cultivo.*
- *Desarrollo del control de calidad al diagnostico de TB y Lepra mediante la Evaluación Externa de desempeño y Evaluación externa indirecta de desempeño en todos los Laboratorios y Red de Microscopia.*
- *Desarrollo de capacitaciones y asistencias técnicas a las IPS y RDL en Gestión, diagnostico, sistemas de información, análisis, seguimiento de indicadores y manejo interprogramatico.*
- *Seguimiento a aseguradoras y a la Red prestadora de Servicios de Salud, para garantizar el cumplimiento de las actividades de prevención y control de la Tuberculosis.*
- *Promoción de alianzas estratégicas entre IPS, DIRECCIONES TERRITORIALES e instituciones del orden Departamental para garantizar la atención integral a los pacientes con TB y garantizar la implementación de la estrategia Alto a la TB con acciones sostenibles a largo plazo*
- *Implementación de acciones de prevención, abogacía, comunicación y movilización social en el control de la TB en comunidades indígenas y grupos vulnerables.*
- *Promover la conformación de asociaciones de pacientes y ex pacientes en albergues y sitios de delegación de tratamientos "Tique" a fin de fortalecer la estrategia alto a la TB.*



11-6 Lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, granulomatosa, producida por un bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) conocido como bacilo de Hansen, que afecta principalmente los nervios periféricos y la piel. Entre los signos y síntomas de la enfermedad se presentan decoloraciones o manchas en la piel, con pérdida de la sensibilidad; es una enfermedad de evolución lenta que de acuerdo a su progresión puede generar alteraciones en el tracto respiratorio superior, los párpados, las manos, los pies, el polo anterior del globo ocular, los testículos y el riñón; incluso puede llegar a producir graves deformidades e incapacidades si no se recibe tratamiento (28).

El departamento de Vaupés desde el año 2007 no ha vuelto a recibir notificación de casos compatibles con el evento, para ese mismo año se detectó una señora residente de la comunidad de Ñumi –Zona del Bajo Apaporis-. Sin embargo, dentro de las acciones establecidas para su vigilancia y control implementadas por el departamento están:

- Desarrollo de estrategia de IEC para la prevención de Lepra en las comunidades del Bajo Apaporis, Carurú y Mitú con los actores sociales en fase de diseño.*
- Gestión para la inclusión de búsqueda activa de Sintomáticos de Piel en el PIC y en la red de microscopia.*
- Contratación de 50 auxiliares PIC para el apoyo en la búsqueda de sintomáticos de piel y sistema nervioso periférico.*
- Capacitación a IPS y Municipios con el Sistema de información y vigilancia de Lepra*
- Socialización del "Plan estratégico para aliviar la carga de la enfermedad y sostener la actividades de control de Lepra.*
- Capacitación a la RDL y su dotación para el diagnóstico oportuno de Lepra.*
- Desarrollo de acciones de Inspección, Vigilancia y Control a la IPS en la implementación del programa de Lepra.*



12. SALUD MENTAL

12.1. Suicidios

Los psiquiatras y psicoterapeutas consideran el suicidio como una de las más graves psicopatologías. Ha quedado claro que en casi todos los casos en que el suicida alcanza su propósito, existía una grave psicopatología psicótica asociada con estados depresivos profundos y muchas veces con alcoholismo avanzado.

Dentro de los factores de riesgo identificados a nivel mundial que intervienen en la conducta suicida están:

- Medios masivos de comunicación (televisión)
- Factores culturales y religiosos (aunque también actúan como factores protectores).
- Falta de habilidad para enfrentarse y resolver los problemas personales
- Los proyectos de vida de los jóvenes indígenas son confusos o no planeados, tienen pérdida del sentido de la vida (Desde el quinto grado de educación los niños empiezan un proceso de transculturación).
- Enfermedades psiquiátricas como trastornos de conducta antisocial, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad.
- Antecedentes de suicidio en la familia.
- Estructura familiar frágil, violenta, sin valores e irrespetuosas.
- Ambientes de descontento.
- Y otros como: muerte precoz de los padres (jóvenes huérfanos), cambios frecuentes de domicilio, familias inestables.

12.1.1. Suicidio Evento de Interés en Salud Pública en el Vaupés

El departamento del Vaupés ha identificado el suicidio como un problema agudo de salud pública, siendo la población indígena la que se ha configurado como la más susceptible al desarrollo del evento; el suicidio, es un fenómeno complejo que tiene sus expresiones locales y regionales. El concepto del acto suicida es relativo a las creencias y cultura de la población, catalogado desde un acto cobarde a un acto de valentía, dentro de la idiosincrasia de los pueblos indígenas no se ha identificado una razón a este comportamiento, quienes tratan de darle un significado a través de mitos creados como mecanismo de defensa, los payés dan explicaciones mágicas frente a este comportamiento considerándolo como un mal (maleficio).

12.1.2. Tasa de Incidencia de los Casos de Suicidio e Intentos de Suicidio en el Departamento

Durante el período 2005-2010, se notificaron al departamento un total de 43 casos de mortalidad asociada a suicidio, y 62 casos de intentos suicidas; estos dos eventos antes del 2005 no se registraban para el departamento, durante este período de tiempo -2005-2010- se observa una tendencia marcada al aumento, observándose un incremento en la incidencia del suicidio del 91%,

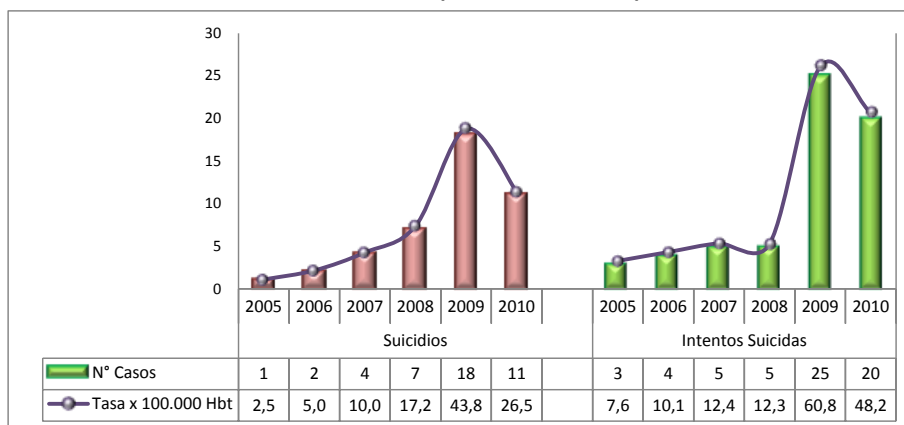


comparativamente a nivel nacional el suicidio desde el año 1999 al 2009 ha tenido una ligera tendencia a la disminución de la incidencia -4,1 por 100.000 individuos en el 2009, datos medicina legal y ciencias forenses-, a groso modo el departamento está muy por encima de los datos a nivel nacional, en dónde la tasa para suicidio se reporta para el 2010 de 28,9 pro 100.000 individuos.

El año 2009 se identificó como el más crítico para los dos eventos, concentrando el 41% (18/43) de los suicidios y el 40% (25/62) para intentos de suicidio en los 6 años de observación, comportándose de una manera epidémica, igualmente este año el suicidio se configuró como la principal causa de muerte en el departamento.

Aunque se desconocen las razones a la cual se le puede asociar este incremento, se ha podido observar que en los casos identificados, la soledad, la perdida, la fragilidad para enfrentar problemas y la depresión son aspectos predominante en estas personas, también podemos afirmar que aspectos como los cambios rápidos de la sociedad y el sometimientos a estos también afecta a los indígenas, se puede hablar de una correlación entre este desarrollo de las sociedades y otros atributos de la sociedad moderna, con la frecuencia de alteraciones del estado del ánimo (Ver gráfica 144).

Gráfica 144. Frecuencia y tasa de incidencia de los casos de suicidio, reportados al sistema, durante el período 2008-2010, departamento de Vaupés.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés, población censo DANE 2005

Como se menciona anteriormente la población indígena es la más vulnerable frente a este evento, teniendo en cuenta su efecto subjetivo sobre las personas y el impacto que genera sobre los pares y la sociedad. Su mayor contundencia está, en la huella de dolor, miedo y asombro que imprime en la mente y el ánimo de los sobrevivientes.

12.1.3. Georeferenciación de los Casos de Suicidio:

Para los años 2008 y 2009 se observa que el 57% (4/7) y el 50% (9/18) de los casos respectivamente, se desarrollaron en la zona urbana del municipio de Mitú, para el 2010 se observa un cambio en este comportamiento, obteniendo que el 91% (10/11) de los casos tuvieron ocurrencia en las zonas rurales del departamento, en donde el 100% de la población es indígena; arrojando que por cada 12 casos de suicidio ocurridos en la zona rural se presenta un caso en la zona urbana; esta transición en el



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



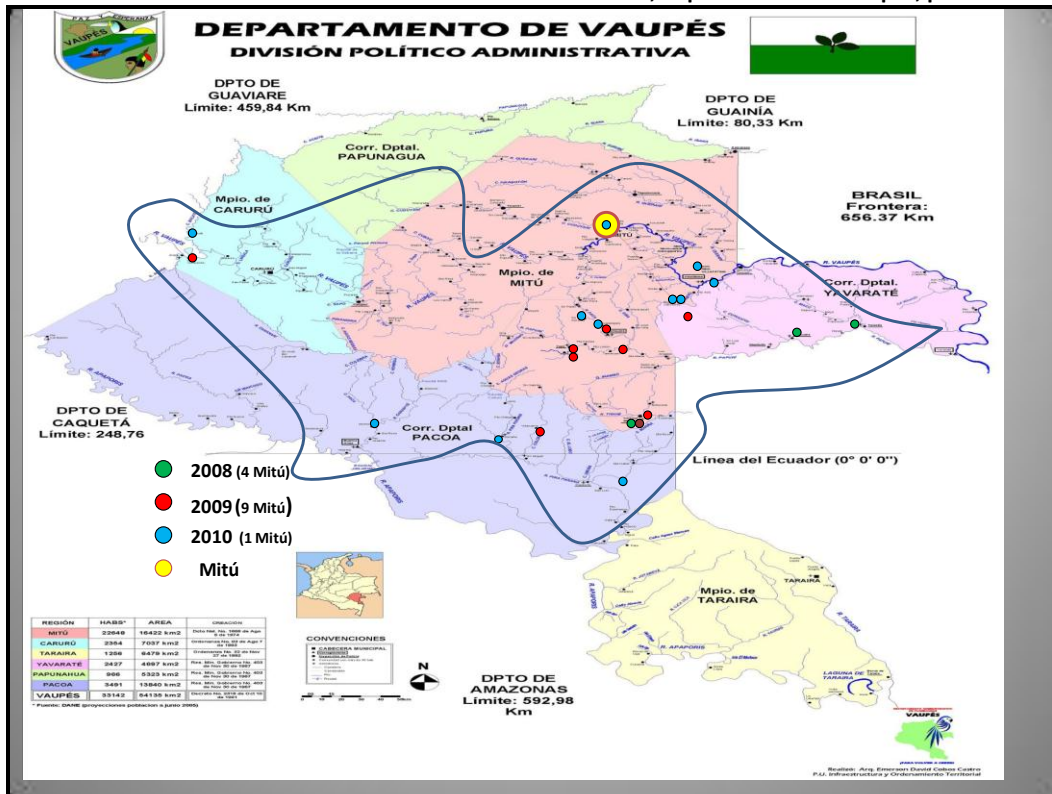
comportamiento del suicidio según el área de ocurrencia, refleja los retos constantes a los que se enfrenta la población indígena, incluyendo la transculturación.

Se resalta tres puntos en la ocurrencia de los casos de suicidio:

1. No se registran casos de suicidios en los cascos urbanos de los municipios de Carurú y Taraira.
2. El corregimiento departamental de Papunahua y el municipio de Taraira no reportaron en sus áreas de influencia durante el período 2008 - 2010 casos de mortalidad asociados al evento suicidio.
3. El municipio de Mitú concentra el 72% de la ocurrencia de los casos acumulados durante los años 2008 al 2010.

(Ver mapa 15).

Mapa 65. Distribución de los casos de mortalidad asociados a suicidios, departamento de Vaupés, período 2008-2010.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

12.7.4. Incidencia de Casos de Suicidio por Grupo de Edad.

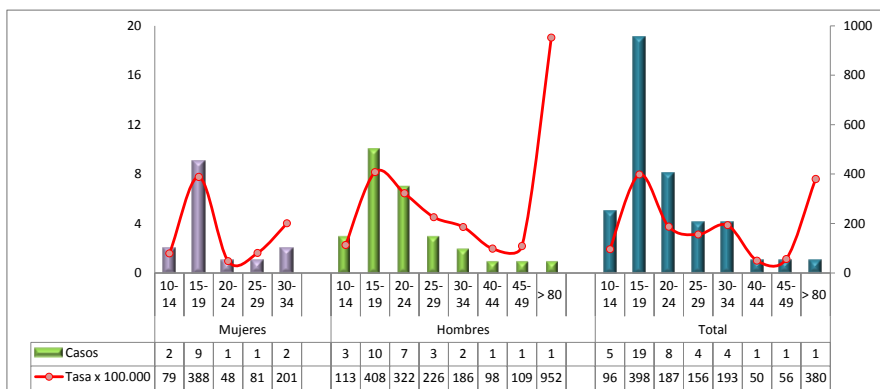
En el análisis de los datos por sexo y grupo de edad, se identificó que el 44% (19/43) de los casos se desarrollaron en jóvenes entre los 15 a 19 años, seguido del grupo entre los 20 a los 24 años (19% - 8/43-), sin embargo, por tasa de incidencia encontramos que los grupos de mayor riesgo para el evento son: los jóvenes de 15 a 19 años (Tasa de 398 por 1000.00 habitantes entre 15 a 19 años) y los



adultos mayores de 80 años (Tasa de 380 por 1000.00 habitantes mayores de 80 años), hay que tener en cuenta que los casos presentados en la adolescencia y pre-adolescencia, son de gran importancia para la atención y prevención del evento, estos grupos de edad se encuentran en pleno ciclo de desarrollo psicoemocional, no pretendiendo darle menor importancia a los casos ocurridos en los otros grupos de edad, por literatura se conoce que "con la edad disminuyen los intentos suicidas y aumentan los suicidios consumados, es más elaborado y racional que emocional e impulsivo".²⁹

Por la variable sexo se aprecia que el género masculino aporta el mayor número de casos (65% - 28/43-), igualmente la tasa de incidencia es más alta en el sexo masculino (Tasa de 132 casos por 1000.00 hombres) frente al femenino (Tasa de 74 por cada 1000.00 mujeres), obteniéndose que por cada mujer que suicida en el departamento ocurren 2 casos de suicidios en hombres (Ver gráfica 145).

Gráfica 145. Distribución e incidencia de los casos de suicidio por grupo de edad y género. Departamento de Vaupés 2005- 2010.



Fuente: Programa de Salud Mental. Vigilancia en Salud Pública – Estadísticas Vitales. Secretaría de Salud Departamental, población censo DANE 2005 proyecciones 2010.

12.1.5. Sitio de Ocurrencia:

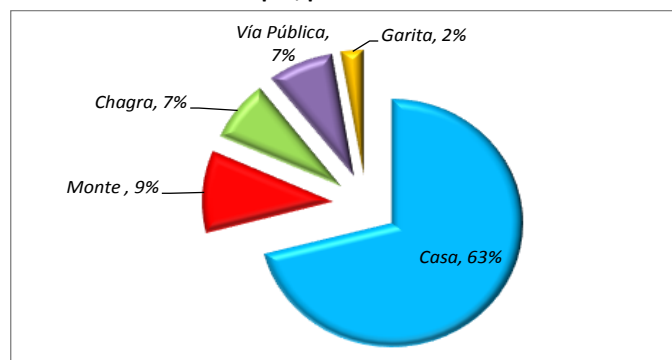
El suicidio al ser un evento de comportamiento silencioso, requiere en su gran mayoría un sitio que le brinde privacidad al suicida, es por ello que la ocurrencia de los casos se dio primordialmente en la casa (71%), siendo esta un lugar privado que permite realizar el acto sin que otros observen o intervengan, se identificó que en el 27% de los casos ocurridos en la casa habían familiares presentes,

Dentro de las particularidades del departamento, se encontraron casos que se desarrollaron en la selva, un escenario que implica mayor premeditación en la medida que es necesario recorrer un buen tramo para encontrar un lugar preciso que facilite el acto suicida. La Chagra ocupó el tercer puesto dentro de los escenarios de ocurrencia, este sitio es utilizado primordialmente por las mujeres para dar a luz.



Se presentaron dos casos en la vía pública, escenario que permite la visualización del acto a la comunidad, dentro de las características que encerraron estos casos esta, el desarrollo del acto se dio en las horas de la noche o la madrugada, permitiendo la soledad del individuo (ver gráfica 146).

Gráfica 146. Distribución porcentual de los escenarios utilizados para la realización del acto suicida, departamento de Vaupés, período 2008-2010.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

12.1.6. Mecanismo Utilizado.

Para el análisis de esta variable, es importante tener en cuenta que las modalidades para el suicidio varían de región a región, por ejemplo: en la zona cafetera es común los suicidios por envenenamientos con herbicidas, en las grandes ciudades son utilizados los accidentes de tránsito y las intoxicaciones con medicamentos.

Para el departamento de Vaupés se identifica el ahorcamiento como la modalidad que se utiliza por excelencia (84% de los casos), asociado a la asequibilidad de la población indígena al instrumento, esta población en especial la ubicada en la zona rural, se ve limitada a la adquisición de insumos que no sean propios de la región.

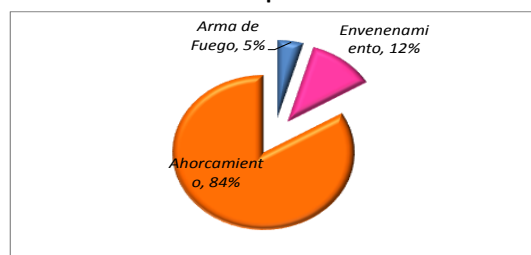
Los casos de envenenamiento, se asociaron al consumo de productos tradicionales derivados de la yuca brava (tubérculo con gran proporción de cianuro) que es la principal fuente alimenticia, entre los que sobresalen la manicuera y la chicha de yuca mal cocida, la zona del municipio de Carurú difiere de las demás zonas en un aspecto, al ser un área con presencia de cultivos ilícitos, ha habido



utilización de pesticidas insumo que se encuentra al alcance de la población, la modalidad de envenenamiento se comenzó a observar a partir del año 2008.

Sólo se presentó un caso con arma de fuego, identificado en población policiaca (ver gráfica 147).

Gráfica 147. Distribución porcentual de las modalidades utilizadas en el acto suicida, departamento de Vaupés, período 2008-2010.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

12.1.7. Motivos Desencadenantes del Acto Suicida.

Para la determinación de esta variable, se utilizó como fuente de información primaria las personas que estuvieron previamente cerca al suicida, quienes describieron las manifestaciones y las condiciones a las cuales el individuo estuvo expuesto, sin embargo, al haberse desarrollado la mayoría de los casos en la zona rural, está actuó como limitante en la recopilación de la información viéndose reflejado en las estadísticas, en el 16% de los casos se desconoce el motivo que llevo a la persona a tomar esa decisión.

Es complejo entender las verdaderas razones por la cual la población indígena y mas los jóvenes terminan cometiendo el acto del suicidio, pues a lo largo de la historia los pueblos indígenas han incorporado conductas complejas, las cuales varían entre las diferentes zonas del departamento, teniendo como factor determinante la influencia de la cultura occidental.

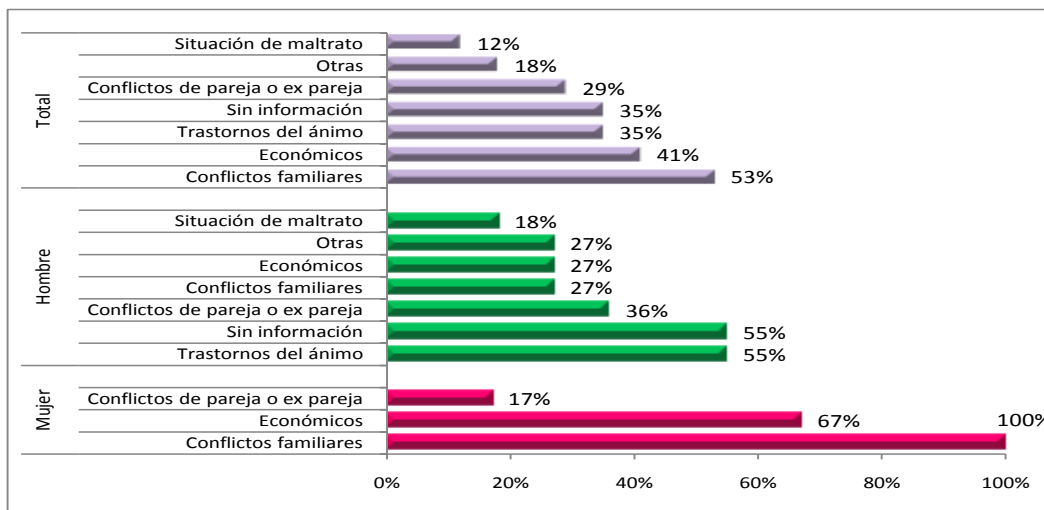
Durante los seis años que se ha venido presentando el evento del suicidio, se realizó estudio de caso al 40% (17/43) de los casos registrados, resaltando que todos los estudios se realizaron en el casco urbano del municipio de Mitú, arrojándonos que de los casos identificados en esta zona se realizó estudio al 81% (19/21), los resultados de estos estudios no se podrían generalizar al resto de los casos registrados en el área rural, teniendo como primera medida que las condiciones sociales y culturales de los habitantes de las zonas rurales difieren del contexto urbano de los municipios.

El análisis de los estudios determinaron que el principal motivo que actuó como desencadenante para los suicidios en el municipio de Mitú, fueron los conflictos familiares -53% (9/17)-, al realizar el análisis disgregado por sexo se puede evidenciar que en las mujeres se encontraron 3 motivos asociados, siendo los conflictos familiares el principal motivo desencadenante; Los motivos económicos jugaron un papel importante configurándose como la segunda causa asociada, sin embargo, en las mujeres -67% (4/6) tuvo un mayor peso sobre los hombres -27% (7/11)-. Sin embargo, el trastorno del ánimo (posible depresión, ansiedad, distimia, trastorno de ansiedad generalizado) se identificó como



motivo sólo en el sexo masculino, colocando sobre la mesa si los cambios y la adaptabilidad del individuo en los hombres es un proceso más complejo que en las mujeres, partiendo que la población más afectada fueron los indígenas (Ver gráfica 148).

Gráfica 148. Distribución porcentual de los motivos que condujeron al acto suicida, disgregado por la variable sexo, departamento de Vaupés, período 2008-2010.



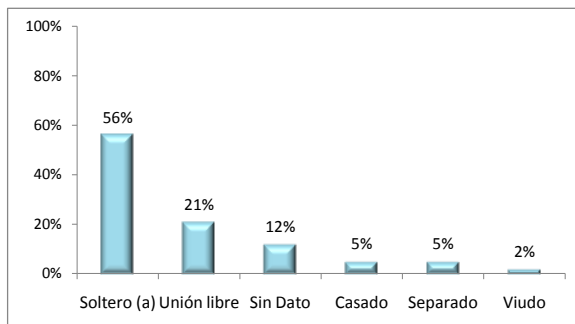
Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

A nivel general las personas que terminan en suicidio dejan mensajes a sus familiares o amigos; este comportamiento en las personas que cometieron el acto suicida no se observó, sólo un caso registra una nota (2% -1/43-), esta conducta se puede ligar al hecho de que la población indígena es considerada inexpresiva, no son personas que dan a conocer sus sentimientos fácilmente y menos a través de la escritura, en donde la expresión oral es la forma más utilizada para la transmisión de conocimientos y tradiciones.

12.1.8. Estado Civil de la Persona.

La literatura refiere que dentro de los factores de riesgo de conducta suicida, las personas solteras están en los grupos de mayor riesgo, para el departamento el mayor porcentaje 56% de personas que se suicidaron eran solteras, sin embargo, hay que tener en cuenta que el mayor porcentaje de casos se dio en población adolescente y pre-adolescente, la cual se esperaría estar en ese estado civil, por lo cual no se podría asociar el estado de soltería como el principal factor de riesgo, así mismo los conflictos de pareja ocuparon la quinta razón de suicidio de los casos estudiados (Ver gráfica 149).

Gráfica 149. Distribución porcentual del estado civil de las personas que realizaron el acto suicida, departamento de Vaupés, período 2005-2010.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

Hay que destacar que en si mismo las relaciones de pareja no son un factor protector, en la medida en que dichas relaciones no sean armónicas y que alimenten al individuo de una manera positiva.

12.1.9. Abuso de Alcohol y Drogas en el Suicidio.

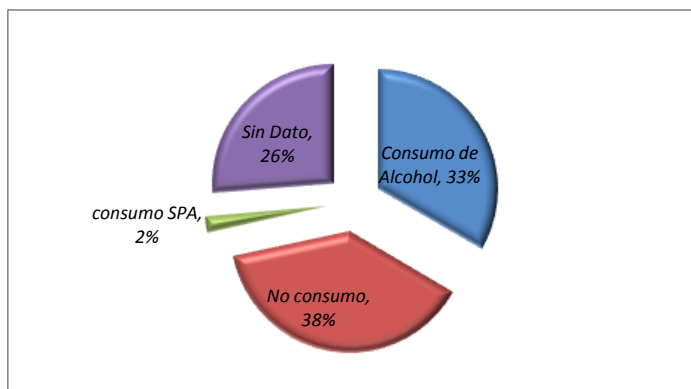
Un factor de riesgo asociado que merece especial mención y análisis, es lo referente al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. El alcohol es un depresor del sistema nervioso central y sus efectos dependen de factores como la edad, el peso, el sexo o la cantidad y velocidad con que se consume. Cada persona tiene una susceptibilidad individual a los efectos del alcohol, de manera que una misma dosis puede producir efectos de diferente intensidad.

Según los hallazgos de los estudios de caso, se encontró que el consumo excesivo de drogas y alcohol es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometieron suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto.

Para el periodo 2005-2010, se identificaron que en el 33% de los casos estuvieron asociados al consumo de alcohol, bien sea un día previo al evento o en el momento del acto la persona estaba bajo sus efectos; en un importante porcentaje de los casos (26%) no se obtuvo datos frente a esta variable.

Con respecto al consumo de Sustancias Psicoactivas (SPAs) se observa que el 2,3% habían consumido alguna SPA, no resulta fácil identificar el consumo de este tipo de sustancias en los suicidas, lo cual puede obedecer al hecho de que el consumo es un acto privado, lo cual impide a simple observación determinar si la persona consumió o no alguna sustancia psicoactiva, por lo que se puede considerar que en este aspecto, existe un importante sub registro (Ver gráfica 150).

Grafica 150. Relación suicidio consumado y consumo de Alcohol y/o SPAs. Vaupés 2005- 2010.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

12.1.9. Acciones a Destacar en el Período 2008-2010.

- ξ *Formulación de proyectos productivos viables para jóvenes vulnerables al riesgo del consumo de drogas "Espacios libres de Droga" y "manejo del Tiempo Libre", en este apartado se menciona el de cultivo de Orellana, con jóvenes escolarizados en el casco urbano del municipio de Mitú.*
- ξ *Articulación de acciones con la política de Seguridad Alimentaria para el departamento de Vaupés, con la inclusión de proyectos productivos viables para jóvenes vulnerables al riesgo de consumo.*
- ξ *Fortalecimiento de la estrategia de "Habilidades para la vida" en las instituciones educativas ubicadas en los cascos urbanos de los municipios del departamento.*
- ξ *Avance en la formulación de la política para la reducción del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas para el departamento de Vaupés.*
- ξ *Implementación del modelo de intervención psicosocial (años 2009 y 2010), en el marco de la estrategia de Salud a su casa.*
- ξ *Intervención psicosocial en las instituciones educativas del casco urbano del municipio de Mitú, con la participación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).*
- ξ *Movilización social en diferentes sectores (Iglesias, alcaldías, educación, entre otros) en torno al tema de la prevención del suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas.*
- ξ *Implementación de estrategias de tipo intersectorial en el marco de la estrategia de "Habilidades para la Vida"; en este aspecto se pueden mencionar El Museo de las alas rotas y Por que vivir es mejor"*
- ξ *Inclusión en las actividades del Plan de Intervenciones Colectiva (PIC), año 2010 del tamizaje en salud mental.*



ξ *Encuentro de sabedores tradicionales año, 2009 con el objeto de realizar una sanación tradicional en el casco urbano del municipio de Mitú, en el marco de las acciones de prevención del suicidio.*

12.2. Apgar Familiar.

El apgar familiar es una herramienta útil para detectar disfunción familiar. Se ha utilizado en diversos estudios, tanto en screening como para la valoración familiar en casos de alcoholismo, infección VIH, depresión y embarazos en adolescentes. El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas.

Este aplicativo se realizó a un total de 492 personas residentes en las zonas rurales de los corregimientos departamentales de Vaupés, teniendo la siguiente distribución muestral:

- C.D. Pacoa: 326 encuestas que corresponden al 66% del total general de la muestra.*
- C.D. Yavaraté: 134 encuestas, que corresponden al 27% del total general de la muestra.*
- C.D. Papunahua: 32 encuestas, que corresponden al 7% del total general de la muestra.*

Los pueblos indígenas del departamento, históricamente han pasado por diferentes procesos de gran magnitud según la zona de residencia, los procesos de colonización, explotación y violencia han influido en el desarrollo y comportamientos de su misma sociedad.

12.2.1. Riesgos y Factores Protectores de la Familia.

Las comunidades indígenas que se encuentran cerca de los centros urbanos han sufrido un proceso de aculturación irreversible. Antiguamente las familias giraban alrededor de la maloca; centro sobre el que se tejen todas las relaciones y los procesos de aprendizaje; pues allí se forman las personas; los niños aprendían de sus padres aquellos rituales necesarios para la protección de la familia (todo se curaba a través de los rituales a fin de evitar las enfermedades y los maleficios). Las niñas aprendían de las mujeres los oficios elementales de la mujer (desde la siembra y recolección hasta la preparación de los alimentos, la atención a los invitados, el comportamiento general frente al grupo que la rodea, etc).

Los resultados del apgar familiar, arrojaron que el soporte de amigos es el principal soporte básico en relación al funcionamiento familiar (53% -261/492- en el total general de encuestados), dato que se evidenció para todos los corregimientos departamentales, este resultado puede indicar la buena armonía que aún se da en las comunidades, lo cual se explica en que la sociedad indígena en sí son una extensión de la familia y la convivencia es un aspecto base para la vida.

Se observa un porcentaje bajo para el nivel de Buen funcionamiento familiar (19% 94/492), hecho que se puede correlacionar con lo explicado en el párrafo anterior en donde la familia no sólo es considerada la que conforma el núcleo familiar; sin embargo, si se evidencia un porcentaje considerable para cualquier tipo de disfuncionalidad familiar (28% -138/492-), en este aspecto

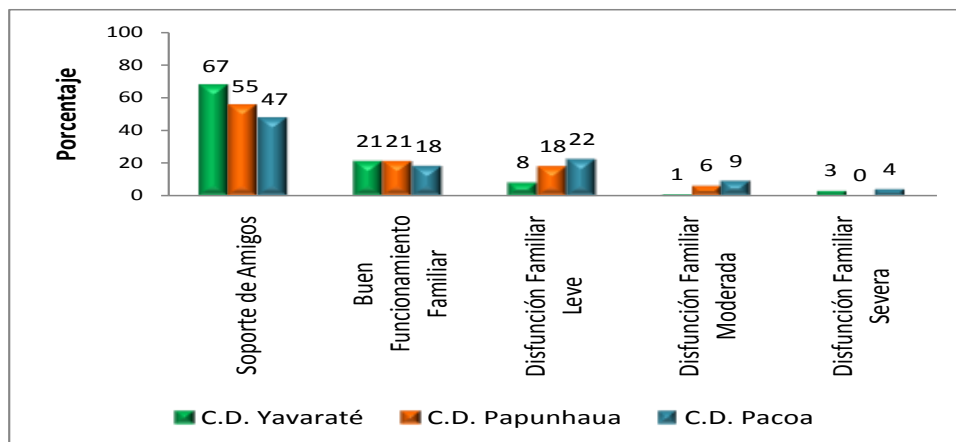


**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



sobresale la problemática creciente del consumo de alcohol, cuyo problema está causando violencia intrafamiliar, interfiriendo con la armonía y la habilidad para resolver problemas (Ver gráfica 151).

Gráfica 151. Distribución porcentual de los niveles de funcionalidad familiar, por corregimientos departamentales, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

A continuación se muestra los resultados por pregunta encuestada. Se aclara que esta prueba de tamizaje no es una prueba diagnóstica, pero sí nos da una visión general de las respuestas frente a determinadas situaciones de la cotidianidad de los indígenas.

12.2.1.1. Pregunta N° 1 ¿Le gusta la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?: En el análisis de esta pregunta se observa una adecuada respuesta frente al apoyo por parte de la familia para enfrentar los problemas y/o necesidades, variando el mayor porcentaje entre la respuesta siempre y casi siempre, es decir, más de la mitad de la población encuestada se ubicó entre estas dos respuestas.

Para el corregimiento departamental de Papunahua se observó que el 40% de la población encuestada no se siente satisfecha con el soporte familiar con que cuenta, este corregimiento durante el transcurso de su historia ha pasado por tres tipos de conflicto:

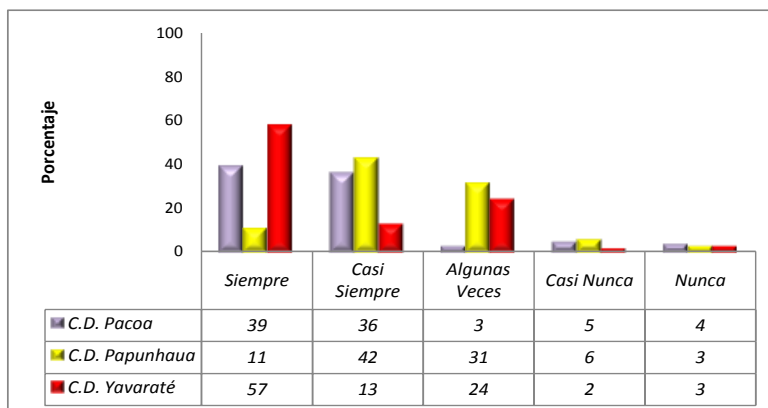
- a. Bonanza coquera.
- b. Bonanza minera
- c. Situación de violencia relacionada con grupos al margen de la ley.

Así mismo se identifica un alto consumo de alcohol y en algunos casos consumo de sustancias psicoactivas, estas situaciones influyen de una manera directa o indirecta en el comportamiento de sus habitantes (Ver gráfica 152).

Gráfica 152. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad?, departamento de Vaupés -2010-.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**

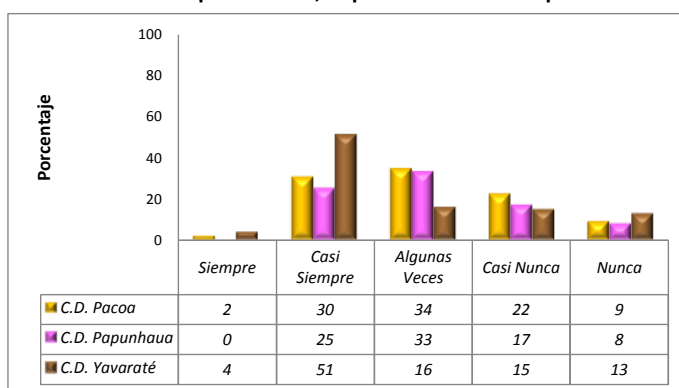


Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

12.2.1.2. Pregunta N° 2 ¿Le gusta como en su familia le hablan y comparten sus problemas?: Para la población indígena el dialogo no es de igual forma como se da entre los pueblos occidentales, para esta población, las expresiones orales se reflejan a través de hechos como el ofrecimiento de cosas (alimentos y otros) o para expresar algo muy concreto sobre un hecho o evento excepcional, por lo que es normal que sus respuestas sean relativamente bajas respecto a la conducta hablada.

El corregimiento de Yavaraté muestra el porcentaje más positivo en esta pregunta, mientras que los corregimientos de Papunahua y Pacoa, los resultados más negativos (Ver gráfica 153)

Gráfica 153. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta como en su familia le hablan y comparten sus problemas?, departamento de Vaupés -2010-.



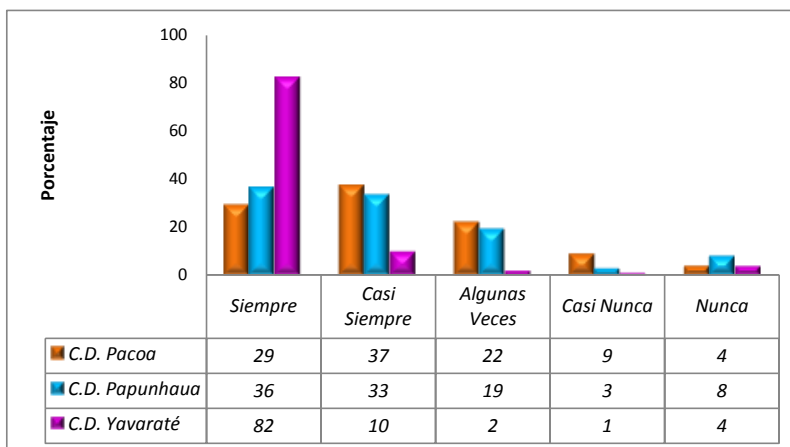
Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

12.2.1.3. Pregunta N° 3 ¿Le gusta cómo su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?: Los resultados obtenidos en este inciso se correlaciona con la identificación de los amigos como el principal soporte básico, dentro de las comunidades indígenas



cuando alguna persona inicia un proyecto, ya sea una chagra, una casa, los miembros de la comunidad generalmente aportan trabajo y hasta elementos necesarios para el desarrollo de dicho proyecto, es así como este indicador se configura como positivo para los tres corregimientos (Ver gráfica 154).

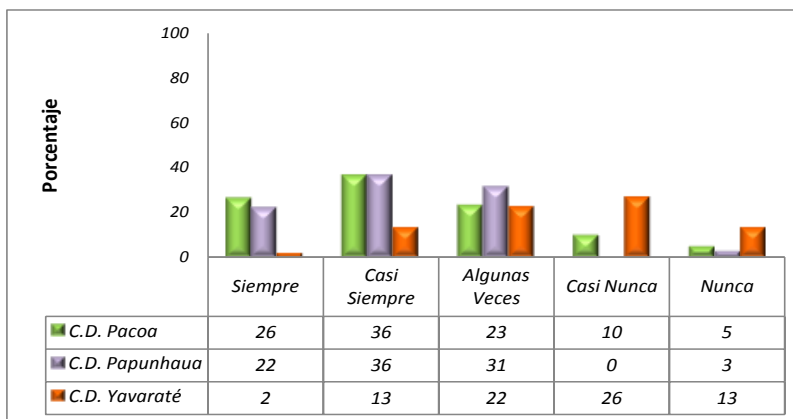
Gráfica 154. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta cómo su familia acepta y apoya sus deseos de hacer nuevas actividades?., departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

12.2.1.4. Pregunta N° 4 ¿Le gusta cómo su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos tales como rabia, tristeza, amor?: Para este inciso observamos que la respuesta no es tan homogénea como en las anteriores, el total de personas satisfechas con las expresiones de afectos es de 53% en contra de un 47% no satisfecha del total de encuestados, cruzando esta respuesta con las obtenidas en las preguntas 1 y 3, la ayuda y el apoyo recibido por parte de la familia son considerados expresiones de afecto de mayor peso que las expresiones de tipo oral-afectiva, sumado a que la población indígena de por si tiene la particularidad de ser introvertida, es por ello que es difícil encasillar esta respuesta como un aspecto negativo (Ver gráfica 155).

Gráfica 155. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta cómo su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos tales como rabia, tristeza, amor?, departamento de Vaupés -2010-.





**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

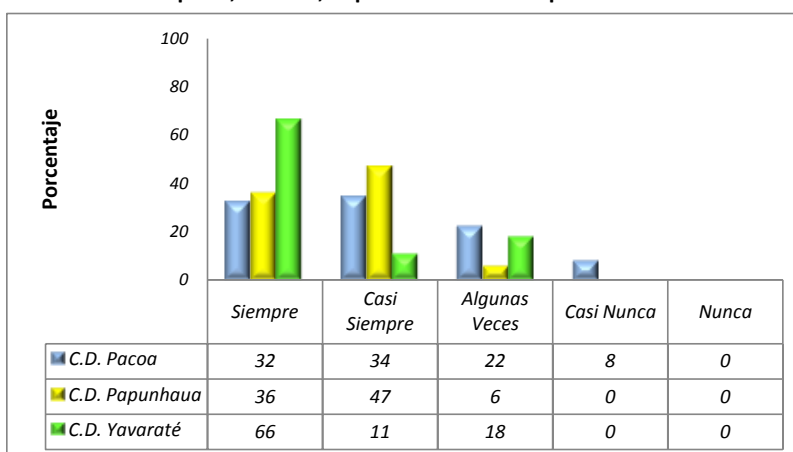
Normalmente en la primera infancia (0 - 5 años) es donde se recibe la mayor expresión de amor, a través del amamantamiento, los abrazos, levantamiento en brazos y algunos cuidados especiales, este lazo se ve interrumpido a los dos o tres años, dado que la madre nuevamente queda en estado de embarazo y los cuidados se direccionan al nuevo integrante, otro aspecto relevante observado, es que los niños y niñas mayores cuidan y son responsables del que les antecede.

12.2.1.4. Pregunta N° 5 ¿Le gusta como en su familia comparten: tiempo, espacio, dinero?: Normalmente el tiempo y el espacio son dimensión que los indígenas manejan de una manera diferente, es decir, no están sujetos ni funcionan alrededor de estas dos variables, cada hecho tiene su propio momento y cada cosa, su espacio. Esta pregunta se entiende en un sentido taxativo, pues parte de la cotidianidad de las comunidades, se basa en el compartir estas dimensiones, en el trabajo, en las reuniones, y por tanto en sus casas, pues en muchas familias el espacio es uno solo (la maloca) donde se comparte todo, alimentos, conversaciones, trabajo y descanso, es por ello que se evidencia la comodidad en el compartir estos espacios.

Con los procesos de modernización y de cambios al interior de las culturas, los jóvenes ya no comparten los mismos intereses de sus mayores, por lo que el compartir ya no es tan aceptado por muchos indígenas.

Actualmente en comunidad la economía es relativamente compartida, al igual que los espacios, pero si analizáramos por separado estas variables, posiblemente encontraríamos personas inconformes con este aspecto, especialmente aquellas personas que han tenido la oportunidad de vivir fuera de la comunidad, lo cual es común si tenemos en cuenta que muchos niños y jóvenes tienen que despegarse de su familia desde muy temprana edad (Ver gráfica 156).

Gráfica 156. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta, ¿Le gusta como en su familia comparten: tiempo, espacio, dinero?, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

12.3. Niños y Niñas con Algún Signo o Síntoma en Salud Mental.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Se aclara que este tamizaje no es una prueba diagnóstica, pero si es un indicador de posibles signos o síntomas que se debe tener en cuenta para determinar realmente la situación en materia de salud mental para los menores.

Para el levantamiento de este diagnóstico se aplicó el cuestionario RQC, el cual está relacionado con el lenguaje, estado de sueño, convulsiones, caídas sin motivo, dolores de cabeza, huidas de la casa, ponerse nervioso sin razón, retardo en el aprendizaje, casi nunca juega con los niños, se orina o defeca en la ropa. En los casos de los menores quien responde el cuestionario son los padres.

La muestra evaluada fue de un total de 365 individuos, que comprendieron las edades entre los 5 a los 17 años, se resalta que el 72% (262/365) de las fichas se aplicaron en los niños y niñas entre los 5 a los 10 años, manteniéndose esta superioridad por cada corregimiento departamental (Ver tabla 81).

Tabla 81. Distribución de la muestra en niños, niñas y adolescentes, por ente territorial, departamento de Vaupés - 2010-.

	CD. Papunahua		CD. Pacoa		CD. Yavaraté		Total	
	Nº Fichas	%	Nº Fichas	%	Nº Fichas	%	Nº Fichas	%
Segunda infancia 5 a 10 años	25	96	158	69	79	71	262	72
Adolescentes de 11 a 17 años	1	4	70	31	32	29	103	28
Total	26	7	228	62	111	30	365	100

Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaría de Salud Departamental de Vaupés

Las actitudes, valores y conducta de los padres influyen en el desarrollo de los hijos, al igual que las características específicas de éstos influyen en el comportamiento y actitud de los padres, por tanto hay que tener en cuenta que posiblemente la madurez de muchos de los niños, niñas y adolescentes residentes en los corregimientos no van al mismo ritmo de los que residen en otros ambientes.

12.3.1. Niños, Niñas y Adolescentes con Algún Signo o Síntoma Psiquiátrico, Según el RQC.

Nuevamente se hace hincapié que este tamizaje no es una prueba diagnóstica, sin embargo, los casos que dan resultados positivos deben ser evaluados para determinar la problemática que los puede estar afectando, o el descarte del mismo.

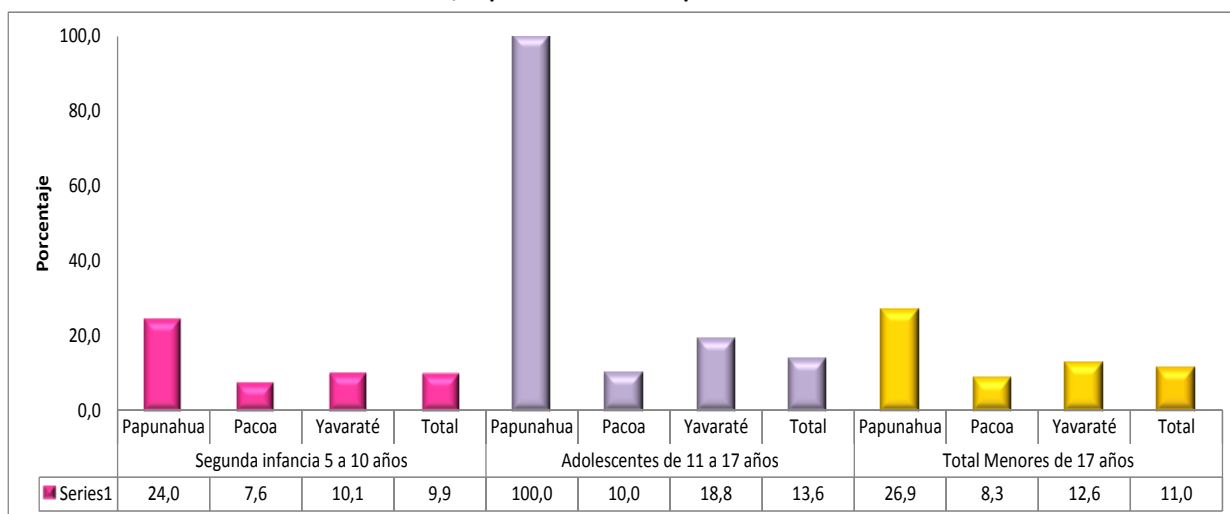
Los resultados del cuestionario RQC arrojaron que el 11% de los menores de 18 años entrevistados presentaron un criterio positivo. En la disgregación por zona el corregimiento departamental de Papunahua es el que mayor porcentaje arroja con respecto a las tres áreas evaluadas, así mismo los resultados más altos por grupo de edad, la casuística para este corregimiento fue la más baja, sobre todo en el grupo de edad de 11 a 17 años, en donde sólo se captó un menor, el resultado de este dato en particular (100% de adolescentes entre los 11-17 años tuvieron algún signo o síntoma positivo para RQC) estaría sobreestimando la situación del corregimiento.

Como se menciono anteriormente el corregimiento departamental de Papunahua ha sufrido diferentes tipos de violencia, que de alguna forma puede verse reflejada en los datos de la muestra analizada, la evaluación individual sería el eje principal para la determinación de alteraciones en el estado



En la comparación entre los dos grupos de edad, se identifica que en el grupo de los adolescentes hubo mayores signos y síntomas positivos, probablemente asociados a inmadurez biológica, en este punto es importante resaltar que un porcentaje alto de los jóvenes en el departamento, en especial los residentes de las áreas rurales, se trasladan a vivir a internados educativos, enfrentándose no solo a la transición propia de su edad, si no a un medio en dónde la ausencia de la familia prima (Ver gráfica 157).

Gráfica 157. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, con algún signo y síntoma según criterio para el RQC, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

12.4. Aplicativo del Cuestionario de Auto Reportaje de Síntomas Psiquiátricos SRQ.

Los estudios señalan que 25% de las personas desarrollarán uno o más desórdenes mentales o conductuales durante su vida, siendo los diagnósticos más comunes en el nivel de atención primaria, la depresión, ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas. El SRQ, básicamente evalúa síntomas ansiosos y depresivos. Este aplicativo se direcciona a la población mayor de 18 años.

Los factores que han mostrado efectos negativos sobre la salud mental son: la pobreza, las condiciones de vida difícil y el género, condiciones que en los corregimientos departamentales se evidencian claramente, sumado a que la población objeto de evaluación en el 100% son indígenas, que internamente cuentan con sus propios códigos culturales.

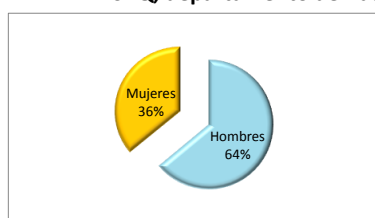
12.4.1. Síntomas Psiquiátricos Según el Sexo, Aplicativo SRQ.

Se identificó a través del formato SRQ que el 64% de los casos con síntomas psiquiátricos pertenecían al género masculino, relacionando que por cada 10 mujeres con auto identificación de síntomas psiquiátricos, se identifican 17 hombres. Estos resultados no son los esperados, teniendo en cuenta que las mujeres en las comunidades indígenas se ven expuestas a factores de riesgo como: Violencia de



tipo familiar y sexual, desventajas socioeconómicas, discriminación y la responsabilidad permanente por el cuidado de otros (Ver gráfica 158)

Gráfica 158. Distribución porcentual por sexo, de los individuos con algún signo y síntoma psiquiátrico según criterio SRQ, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

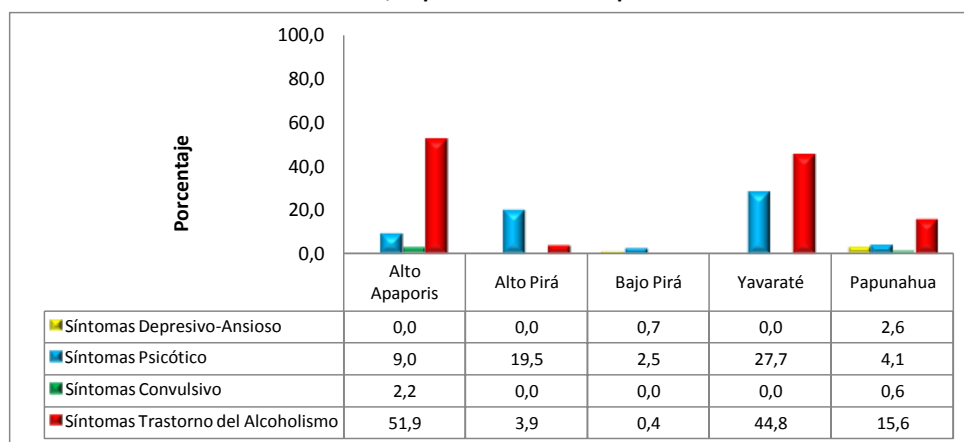
12.4.1. Posibles Síntomas de Trastornos de Salud Mental.

En el análisis de los posibles síntomas de trastornos en salud mental, se evidencia claramente como el consumo de alcohol se ha posicionado como un problema de salud pública en las diferentes áreas de los corregimientos, la principal bebida alcohólica utilizada es la chicha cuyo proceso de fabricación es de manera tradicional. El aplicativo de la encuesta identificó que la zona del Alto Apaporis y el corregimiento de Yavaraté, concentraron los mayores porcentajes de posibles trastornos de alcoholismo, problemática que debe diferenciarse o no asociarse a costumbres de tipo cultural, igualmente, si se cotejan estos dos áreas con la correspondiente al Pirá-Paraná (Bajo y Alto Pirá), áreas que se han caracterizado por conservar los usos y costumbres de las etnias indígenas los más exactos posibles, los posibles síntomas de trastornos de alcoholismo estuvieron por debajo del 4% en la población mayor de 18 años residente en esta zona.

Los posibles síntomas psicóticos se configuraron como la segunda causa de los posibles trastornos en salud mental, estos síntomas pueden estar levemente relacionados con el consumo de alcohol, en la medida, que el estado de embriaguez en la mayoría de las ocasiones está asociado a la violencia, y el cuestionario incluía para esta evaluación preguntas relacionadas con sentimientos de persecución, no descartando verdaderos síntomas psicótico, por lo que es importante la valoración de estos casos (Ver gráfica 159).



Gráfica 159. Distribución porcentual por área de residencia, de los individuos con algún síntoma de trastornos en salud mental, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

12.4.2. Número de Respuestas Positivas en el SRQ.

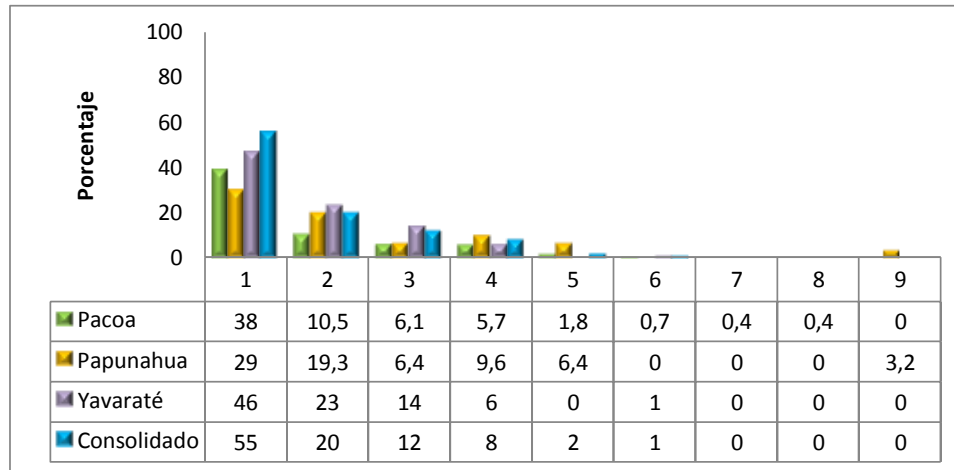
Es importante evaluar el número de respuestas positivas que tuvieron los entrevistados en el aplicativo, una sola respuesta se consideraría como un caso que requeriría evaluación en salud mental para la determinación real de su situación, es decir, que esta encuesta estima los posibles casos. Se debe tener en cuenta que entre más puntos positivos tenga el entrevistado, mayor es la probabilidad de presentar alguna alteración en salud mental.

Los resultados de la encuesta arrojaron que las personas que se identificaron con posibles signos y síntomas en salud mental, clasificaron con una sola respuesta positiva el 55% del total general, dato que se puede considerar como indicador positivo, como el encontrar en menor porcentaje individuos con 6 o más respuestas positivas, estas características no tuvieron cambios significativos por área de evaluación (Ver gráfica 160).

Gráfica 160. Distribución porcentual por área de residencia, de los individuos con respuestas positivas para el aplicativo SRQ, departamento de Vaupés -2010-.



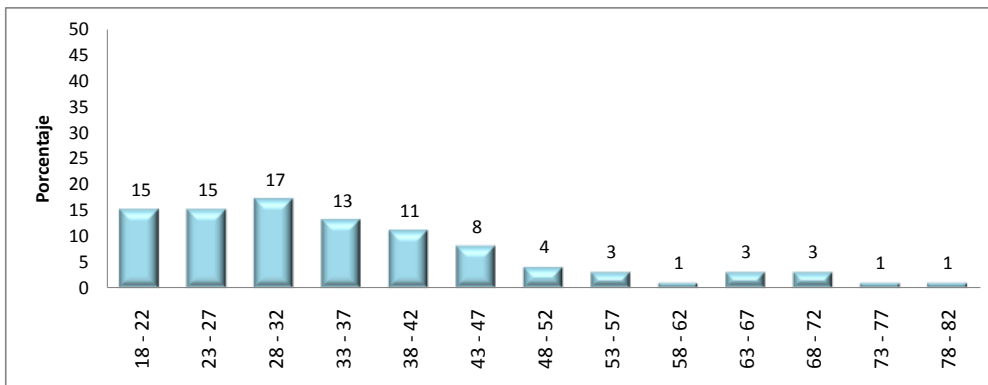
**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés

Discriminando los resultados obtenidos por grupo de edad, se puede diferenciar como los posibles casos se concentran en edades más tempranas, para los adultos mayores los porcentajes no sobrepasa el 5%, observándose una escala descendente a medida que avanza la edad (Ver gráfica 161).

Gráfica 161. Distribución porcentual por grupo de edad área de residencia, de los individuos con respuestas positivas para el aplicativo SRQ, departamento de Vaupés -2010-.



Fuente: Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud Departamental de Vaupés



13. SALUD ORAL

Las infecciones bucales pueden contribuir como factores de riesgo para muchas enfermedades sistémicas como cardiopatías, respiratorias, diabetes e inclusive ocasionar complicaciones en el embarazo; las caries son comunes en los niños menores de 5 años, pero gracias a la intervención temprana pueden evitarse o tratarse a un costo reducido. La mayoría de las enfermedades bucales se asocian con determinados factores de riesgo, como la falta de higiene buco-dental, alimentación inadecuada y educación.

En Colombia los problemas de salud bucal continúan siendo una de las primeras causas de consulta en todos los grupos de edad, a pesar de los grandes esfuerzos que ha desarrollado el estado desde el año 1996 al formular el primer Plan Nacional de Salud Bucal y el segundo en el año 2006.

Al finalizar el periodo 2004-2007 se identificó a través de los diferentes perfiles de morbilidad, que las enfermedades de los tejidos duros (especialmente la caries dental) y de los tejidos blandos (La gingivitis) están dentro de las primeras diez causas de consulta. Esto movilizó para que en el periodo 2008 - 2011 la Salud Oral sea 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.

13.1. Problemática de Salud Oral

No se debe separar la salud bucal de la salud general, ni considerar que los tratamientos odontológicos son "estéticos", sin tener en cuenta que el dolor dental y la pérdida dentaria disminuyen de un modo significativo la calidad de vida de las personas.

Para el departamento de Vaupés se identifican ciertos determinantes de carácter social y cultural que coadyuvan a incrementar en los pueblos indígenas patologías orales, entre ellos están:

- ~ Acceso difícil e inoportuno a los servicios de odontología.
- ~ Difícil adquisición y nula disponibilidad de artículos básicos para la higiene bucal.
- ~ Condición nutricional de la población.
- ~ Inadecuada o insuficiente educación en el cuidado bucal.
- ~ Pérdida de prácticas culturales de prevención.
- ~ Consumo de Mambé –producto a base de hoja de coca, su alto y permanente consumo disminuye el esmalte del diente, volviéndolo más sensible a enfermedades periodontales-.
- ~ Escasos recursos asignados en programas de salud pública para la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales.

La calidad de la salud oral en el departamento es un trazador de las inequidades en salud, viéndose reflejado en inadecuadas e insuficientes acciones de promoción y prevención en el cuidado de la salud bucal.



13.2. Morbilidad de las Enfermedades Bucales en el Departamento.

Para el análisis de estos datos no se contó con los datos de las jornadas de odontología que se realizaron en el área rural, los datos obtenidos fueron de las consultas de odontología realizadas en la ESE hospital San Antonio -HSA- y la IPS Vaupés sano, las cuales diagnosticaron un total de 4403 (HSA 3154 -72%- y Vaupés sano 1249 -28%-) patologías orales.

La principal patología por la cual consultan los pacientes al área de odontología es la pulpitis, - inflamación del nervio del diente que puede deberse a infecciones-, dentro de la principal característica de esta patología es la producción de dolor intenso que sufren los pacientes, como segunda patología se configura la caries, esta es netamente una patología de origen infeccioso.

Se resalta que disgregando las patologías por grupos de edad, son constantes los mismos diagnósticos, con diferencias en su orden, estas patologías al ser principalmente ocasionadas por gérmenes, su origen se asocian directamente a una mala higiene bucal -técnicas inadecuadas de cepillado o ausencia del cepillado-, como se ha mencionado reiterativamente las características socioculturales de la población son determinantes para el desarrollo de estas patologías, como también evidencia las debilidades en las acciones de promoción y prevención de estos eventos (Ver tabla 82).



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Tabla 82. Distribución de los principales diagnósticos en salud oral, por grupo de edad, departamento de Vaupés-2010.

No.	Diagnóstico/Grupo de Edad	Total	%
< de 1 año		4	0,1
1	Gingivitis	2	50
2	Caries	2	50
1 a 4		123	2,8
1	Caries	70	56,9
2	Gingivitis	20	16,3
3	Alteraciones hereditarias de la estructura dentaria	16	13,0
4	Pulpitis	12	9,8
5	Periodontitis	2	1,6
5 a 14		850	19,3
1	Pulpitis	276	32,5
2	Caries	247	29,1
3	Periodontitis	90	10,6
4	Absceso	72	8,5
5	Gingivitis	64	7,5
15 a 44		2358	53,6
1	Pulpitis	823	34,9
2	Caries	697	29,6
3	Periodontitis	290	12,3
4	Absceso	212	9,0
5	Gingivitis	151	6,4
45 a 59		709	16,1
1	Pulpitis	240	33,9
2	Caries	190	26,8
3	Periodontitis	93	13,1
4	Gingivitis	70	9,9
5	Absceso	63	8,9
> de 60 años		359	8,2
1	Pulpitis	167	46,5
2	Caries	62	17,3
3	Periodontitis	55	15,3
4	Absceso	45	12,5
5	Raíz dental retenida	14	3,9
Todas las Edades		4403	100
1	Pulpitis	1518	34,5
2	Caries	1268	28,8
3	Periodontitis	530	12,0
4	Absceso	394	8,9



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



5	Gingivitis	309	7,0
---	------------	-----	-----

Fuente: registro diario de consulta odontológica ESE HSA y base de datos de la IPS Vaupés Sano, 2010.

13.3. Levantamiento de la Línea de Base para el COP (Cariados, obturados, perdidos)-M.

El índice COP, es el índice de uso internacional que ha sido tradicionalmente empleado para referencia y comparabilidad, si bien es poco sensible para la identificación de caries no cavitacional y no permite el seguimiento de las primeras fases de desarrollo de la enfermedad y de su severidad.

Para establecer este indicador en el departamento, se tomaron las especificaciones dadas por el ministerio de protección social y las metas establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública para salud oral las cuales son:

- Meta 1. Lograr un índice COP-D promedio a los 12 años de edad menor de 2.3.
- Meta 2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.

Se ha elaborado el índice a partir de la escala de gravedad en la medida que el índice aumenta del valor 0 (cero), se hace evidente la presencia de caries, la escala queda así:

Tabla 83. Categorización de la caries según índice de COP

Escala de Gravedad	Valor COP	Interpretación
Muy Bajo	0,0 - 1,9	Indica que no se ha tenido experiencia de caries y que por tanto se tiene un bajo riesgo; orienta sin embargo, a reforzar las medidas de higiene bucal y de prevención específica para mantener esa condición de forma permanente en el transcurso de la vida.
Bajo	2,0 - 2,8	Si el índice esta dado principalmente por el componente de Caries No Cavitacional, indica que se tiene ya presencia de caries, aunque se ha logrado un diagnóstico más oportuno y por tanto la necesidad de realizar un tratamiento, que lleva a reforzar por tanto la demanda inducida de acciones de Promoción y Prevención.
Intermedio	2,9 - 5,2	Si el índice esta dado principalmente por el componente de Caries Cavitacional, implica que las lesiones no están siendo identificadas en las primeras fases del proceso carioso y/o no están siendo tratadas y por tanto debe programarse la atención de forma inmediata. Ello implica reforzar no solo los programas de promoción y prevención específica, sino la canalización para la atención lo más oportuna posible de esta condición.
Alto	5,3 - 7,3	Si el componente que más aporta al índice es el de obturados, indica que se ha tenido acceso a servicios aún cuando no se ha tenido diagnóstico temprano. Orienta a reforzar las acciones y estrategias para mantener adecuados hábitos de higiene y controles para prevenir nueva presencia de caries dental.
Muy Alto	> 7,3	Si el componente que más aporta es por el contrario el de Dientes Perdidos por Caries, significa que la atención ha sido de forma tardía teniendo como resultando la intervención mediante atenciones quirúrgicas de exodoncia. Orienta a dar prioridad al mejoramiento de hábitos, al control de los problemas presentes y a estimular la asistencia y atención oportuna para evitar más pérdidas dentales y para el cuidado en general de la condición bucal.



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Fuente. Plan nacional de salud pública

13.3.1. Instituciones Centinelas

Las instituciones que participaron para el levantamiento de la línea de base fueron:

- a) La ESE hospital san Antonio sede principal -municipio de Mitú-.
- b) Sede satélite del HSA de municipio de Carurú.
- c) Sede satélite del HSA de municipio de Taraira.
- d) IPS privada VAUPES SANO.

13.3.2. Población Objeto

Para tener una mejor caracterización de la población no se estableció exclusión de personas por vinculación al sistema general de seguridad social en salud, sin embargo, la edad se consideró un criterio de inclusión para satisfacer las metas establecidas en el "plan nacional de salud pública":

- Niños y niñas de 12 años para monitoreo de la meta 1
- Adultos de ambos sexos de 25, 35, 45, 55 y 65 años para monitoreo de la meta 2 de forma que se logre evidenciar las diferencias existentes entre estas edades, y a futuro el avance logrado progresivamente a través del tiempo.

13.3.3. Metodología Implementada

Para la recolección de la información se utilizó un formato elaborado por el ministerio de la protección social, los cuales se socializaron con los referentes de salud bucal y odontólogos de las instituciones centinelas, para la adecuada valoración de la población objeto.

13.4. Resultados del Levantamiento de la Línea de Base para el COP-D -Cariados, obturados y perdidos, modificados-

13.4.1. Distribución de la Población

La población para el levantamiento de la línea de base, se conformo con un total de 227 individuos, el 91% (207/227) correspondieron al grupo poblacional indígena, el resto se identificaron como población "blanca", dentro de este universo poblacional no se tuvo población afro colombiana, desplazada o en situación de discapacidad.

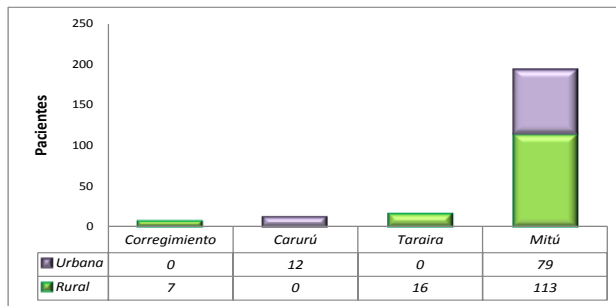
La muestra estudiada arroja que el 85% (192/227) de los participantes son residentes del municipio de Mitú; igualmente se obtuvo que el 60% (136/227) son procedentes del área rural del departamento, al ubicarse las instituciones centinelas en los cascos urbanos de los municipios la casuística de los corregimientos departamentales fue muy baja (Ver gráfica 162).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



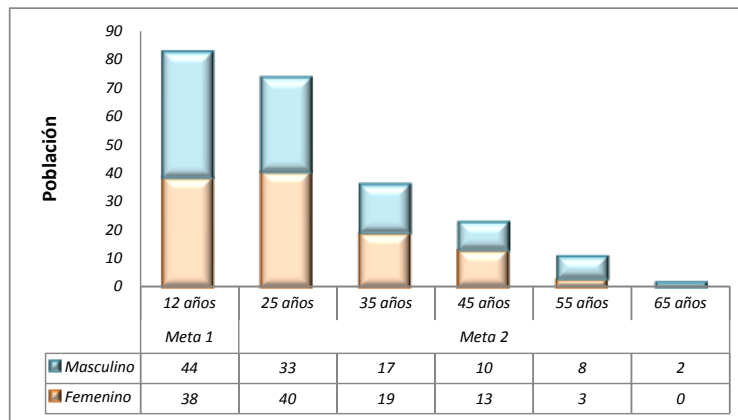
Gráfica 762. Distribución de la población de estudio por sitio y área de residencia, departamento de Vaupés 2010.o



Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. Vaupés 2010.

No se hallaron diferencias estadísticas en la composición de la muestra en estudio por sexo, representado cada uno el 50% de la población, sin embargo, se denota que la composición de los grupos disminuye a medida que avanza la edad, dato probablemente asociado a la composición de la pirámide poblacional del departamento en donde la población en su mayoría es joven, así mismo los adultos mayores consultan menos que los jóvenes, se resalta que el grupo correspondiente al municipio de Caruru esto compuesto solo por hombres. (Ver gráfica 163).

Grafica 163. Distribución de la población en estudio por grupo de edad y sexo, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. Vaupés 2010.

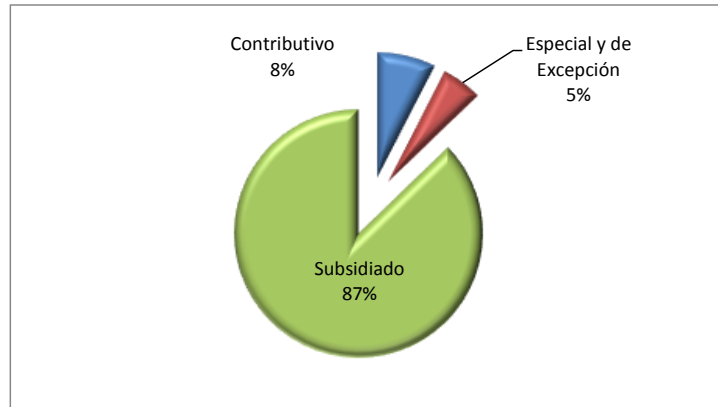
Se encontró que en esta muestra todos los participantes estaban dentro del sistema general de seguridad social en salud, principalmente afiliados al régimen subsidiado, dato que va de la mano con las condiciones sociales de la población (Ver gráfica 164).



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Grafica164. Distribución porcentual de la población en estudio por afiliación al sistema general de seguridad social en salud, departamento de Vaupés 2010.



Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. Vaupés 2010.

13.4.2. Evaluación del índice COP en niños y niñas de 12 años.

En el Estudio Nacional de Salud Bucal realizado en 1998, el índice COP promedio nacional fue de 2.3 para la edad de 12 años.

EL análisis del COP tradicional promedio y medio modificado, coloca al departamento en grado de gravedad intermedio para cada indicador, con resultado promedio total de 4,3 y 5,0 respectivamente; estos datos nos colocan por encima del promedio nacional y lejos del alcance de la meta 1 - Lograr un índice COP-D promedio a los 12 años de edad menor de 2.3-, en general estos datos nos muestran la inoportunidad de un tratamiento y deficiencias en las acciones de promoción y prevención.

Para el sexo femenino se observa una ligera diferencia estadística sobre el sexo masculino, igualmente para aquellos niños y niñas residentes del área rural, se esperaría que los datos de los niños y niñas residentes del área rural estuvieran muy por encima de los residentes del área urbana, debido a la poca accesibilidad a los servicios odontológicos (Ver tabla 84).

Tabla 84. Dientes cariados obturados y perdidos –COP- Tradicional promedio y promedio modificado para la edad de 12 años, departamento de Vaupés 2010

Indicador	COP Promedio			COP Modificado promedio		
	Total C2+O+P	Población	Promedio	Total C1+C2+O+P	Población	Promedio
COP total	355	82	4,3	409	82	5,0
COP total Femenino	178	38	4,7	200	38	5,3
COP total masculino	177	44	4,0	209	44	4,8
COP urbano	85	24	3,5	120	24	5,0
COP rural	270	58	4,7	289	58	5,0

Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. Vaupés 2010.

C1: Caries no Cavitacional
C2: Caries Cavitacional

O: Obturados
P: Perdidos



13.5. Porcentaje de dientes permanentes

Las personas mayores de 18 años deben tener un total de 28 dientes permanentes, para el departamento del Vaupés se encontró que el promedio de dientes en boca es de 22 para este grupo de población, es decir, tenemos que este grupo poblacional tienen una pérdida de 6 dientes por persona, no se encontraron diferencias entre el sexo y la residencia de la población evaluada que hiciese variar este dato.

Para la muestra estudiada -145 personas mayores de 18 años- se encuentra que sólo el 13,8% (20/145) cuentan con la dentadura completa -28 dientes-, mientras que la proporción de personas con menos de 20 dientes presentes en boca es de 22,8% (33/145), dato que nos expresa que existen mayor pérdida de dientes que la tenencia completa de los mismos (Ver tabla 85).

Tabla 85. Promedio de dientes presentes en cavidad oral en la población mayor de 18 años, departamento de Vaupés 2010.

Indicador	Total Dientes Sanos + C1 + C2 + Obturado sin caries	Población	Promedio
Dientes Permanentes Total	3193	145	22
Dientes Permanentes femenino	1635	75	22
Dientes Permanentes masculino	1558	70	22
Dientes Permanentes urbano	1532	68	23
Dientes Permanentes rural	1661	77	22

Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. Vaupés 2010.

C1: Caries no Cavitacional

C2: Caries Cavitacional

13.6. Personas que consultan al área de odontología

El departamento cuenta con los siguientes puntos de atención en odontología:

- ♣ Consultorios odontológicos en las zonas urbanas de los municipios de Mitú –HSA, IPS Vaupés sano y 2 consultorios privados uno de los cuales presta el servicio de ortodoncia-, Carurú – centro de salud- y Taraira –centro de salud-.
- ♣ Consultorios odontológicos móviles para los Corregimientos y demás zonas rurales del departamento.
- ♣ Auxiliar Higiene Oral para actividades de Promoción y Prevención en todo el departamento.

El departamento de Vaupés registró que al servicio de odontología consultaron un total de 6.441 personas, de las cuales el 55% (3533/6.441) refieren ser residentes del área urbana y el 45% (2908/6.441) restante del área rural, dato no coincidente con la distribución poblacional del departamento, el cuál registra que el 63% de la población reside en el área rural; evidenciando que el servicio de odontología tiene mayor accesibilidad en la zona urbana y que como se menciona en el capítulo 6 las jornadas móviles no cubrieron la totalidad del área rural, otro dato que corrobora la discontinuidad del servicio de odontología en el área rural es la variable de sesión repetida, que arroja que sólo el 1% (32/3656) de las personas residentes de esta área accedieron a una segunda consulta.

Se evidenció que sólo el 20.8% (1.341/6.441) de los consultantes terminaron el tratamiento instaurado



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



por el odontólogo, la diferenciación por zona de residencia arroja, que por cada 13 pacientes con tratamiento terminado en la zona urbana, hay 10 pacientes con tratamiento terminado en la zona rural.

El servicio con mayor demanda fue el operatoria, el 56% (3595/6441) de las personas que consultaron requirieron una obturación, resultado concordante con la morbilidad del departamento, en donde la caries es la segunda patología registrada, en la diferenciación por área encontramos que el promedio de dientes obturados en el área rural es de 2 dientes por persona, mientras que en la zona urbana es de 3 dientes por persona, dato que se pensaría debería ser al contrario por ser las personas del área rural con mayores determinantes sociales en salud, sin embargo, si se analiza el porcentaje de personas que accedieron a una segunda cita para operatoria, el área rural registra que sólo el 2% (27/1532) obtuvieron más cita y el área urbana registra que el 109% (2246/2063) de las personas accedieron a una o más citas, otro dato que explica este resultado, es el porcentaje de pacientes con tratamientos terminados, el área rural registra que el 29% terminaron tratamiento (447/1532) y el área urbana del 41% (836/2063) de tratamientos terminados.

Aunque estos datos evidencian que hay un problema de salud oral más agudo en el área rural, las cifras encontradas en el área urbana demuestran que las acciones de promoción y prevención de las enfermedades bucales no tienen una instauración adecuada y con una direccionalidad adaptada al contexto etno-cultural del departamento (Ver tabla 86).

Tabla 86. Comparación de las actividades odontológicas por zona urbana y rural, departamento de Vaupés 2010.

Total de actividades		Rural	Urbana	Total
Sesión por 1 vez		2.908	3.533	6.441
Sesión repetida		32	3.624	3.656
Atenciones por 1 vez		4.348	4.443	8.791
Paciente controlado		521	820	1.341
Operatoria	Atención 1 vez	1.532	2.063	3.595
	Atención repetida	27	2.246	2.273
	Diente obturado con material definitivo resina	1.026	2.435	3.461
	Diente obturado con material definitivo amalgama	2.300	4.222	6.522
	Tratamiento terminado	447	836	1.283
Endodoncia	Atención 1 vez	6	120	126
	Atención repetida	0	88	88
	Dientes terminados	0	94	94
	Tratamiento terminado	4	144	148
Periodoncia	Atención 1 vez	1.123	1.248	2.371
	Atención repetida	2	215	217
	Tratamiento terminado	534	903	1.437



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



Cirugía oral	Atención 1 vez		970	944	1.914
	Atención repetida		411	241	652
	Exodoncia	Temporales	504	476	980
		Permanentes	873	881	1.754
	Tratamiento terminado		493	488	981
Medicina oral	Atención 1 vez		300	813	1.113
	Atención repetida		77	160	237
	Tratamiento terminado		588	794	1.382

Fuente: Registros de línea base COP-D modificado. ESE Hospital San Antonio, Vaupés 2010.

13-7. Número de sellantes y aplicación de flúor en niños y niñas.

Las actividades de promoción y prevención que se presentan a continuación es el consolidado de los servicios prestados tanto por comisiones rurales, como las ejecutadas en la zona urbana –consultorio de odontología-, la población rural representó el 50% de la población atendida.

Los sellantes es una barrera mecánica que se utiliza para evitar la retención de placa bacteriana, los datos analizados muestran que se colocaron por diente un total de 3.479 sellantes, es decir, que en total se colocó un sellante por individuo, sin embargo, se resalta que para población escolar el promedio de sellantes fue entre 2 y 3 dientes por individuo, considerándose esta población la de mayor objeto, por estar en plena formación dentaria.

El flúor se utiliza para el fortalecimiento de toda la estructura del diente; la aplicación del flúor se dio en el 67% de la población consultante al servicio de odontológica, para este ítem sobresalen los menores de cinco años con una cobertura del 158% (645/407), es decir, la mitad de este grupo poblacional recibió una doble aplicación, estos datos se pueden justificar basados en la norma 412 del 2000 que emite: si los niños de este grupo de edad tienen un diagnóstico de caries activa se debe aplicar topicación de flúor cada dos meses, asociándose los datos a que este grupo poblacional no gozan de una buena salud bucal (Ver tabla 87).

Tabla 87. Total de actividades de promoción y prevención realizadas en el consultorio de salud oral, departamento de Vaupés 2010.

Grupos	Población Consultante Primera vez	Sellantes N° Dientes	Promedio	Flúor	Porcentaje
Menores 5 años	407	500	1,2	645	158
Escolares	953	2.623	2,8	912	96
Obstétricas	233	17	0,1	43	18
Otros	2.001	339	0,2	809	40
Total	3.594	3.479	1,0	2.409	67

Fuente: Registros de promoción y prevención de salud oral, ESE Hospital San Antonio, Vaupes 2010



14. PROMOCIÓN SOCIAL

El programa de promoción social se encarga de vigilar, controlar y atender a toda la población en condición de vulnerabilidad, los principales temas que desarrolla esta área son:

1. Personas en situación de discapacidad.
2. Personas desplazadas por la violencia.
3. Personas mayores.

Se resalta que desde esta área se trabaja el tema de género y población indígena, esta última apoyado con el tema de la participación comunitaria (capítulo 4 de este documento).

Los factores socio-demográficos del departamento de Vaupés han incidido de una manera directa, para él no establecimiento de una caracterización de la población en situación de vulnerabilidad, es por ello que los datos presentados en este capítulo se basaron en los registros de Focalización y Caracterización DANE 2008.

6.4. Personas en Situación de Discapacidad

La concepción de la discapacidad se ha desarrollado desde una perspectiva biomédica hacia una visión más amplia y de carácter social (integración social) que involucra el entorno, la sociedad y la cultura. Uno de los aportes en esta nueva concepción de la discapacidad, ha sido el poder entenderla como "un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y aquellas barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás".

La discapacidad no solo afecta a la persona que la sufre, si no a aquellos que la rodean principalmente a la familia; es por eso que la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce a la familia como unidad colectiva natural y fundamental de la sociedad, y por ende deben recibir protección integral y la asistencia del Estado.

Se precisa que para el trabajo con discapacidad se requiere de un enfoque integral, basado en los derechos; que permita integrar el ambiente social, cultural y familiar a la reducción y superación de la problemática, exigiendo con ello acciones colectivas y cambios sociales.

El desarrollo de programas y planes enfocados a atender las necesidades de la población con discapacidad en un país, está relacionado con el conocimiento que éste tiene acerca del origen de la discapacidad y los factores relacionados e implicados en ella (30).

Se consideran que las principales causas de discapacidad en el país son:

- a. El aumento de la esperanza de vida
- b. El incremento de las enfermedades no transmisibles
- c. Las enfermedades emergentes y re-emergentes
- d. La creciente violencia



- e. *Los conflictos armados*
- f. *El uso y abuso de alcohol, tabaco y sustancias prohibidas*
- g. *Los accidentes de todo tipo*

Es preciso mencionar que las condiciones eco-epidemiológicas y la poca accesibilidad a los servicios de salud en el departamento de Vaupés, han actuado como una limitante para la identificación, canalización y seguimiento de las personas con algún tipo de discapacidad. De igual forma estas condiciones aumentan la probabilidad de las personas a desarrollar eventos como las mordeduras por ofidios, o infecciones como el tracoma ocular, eventos que por su desarrollo y no tratamiento oportuno evolucionan en discapacidades de tipo físico.

Como la mayor parte de la población en el departamento es indígena, por ende, es el principal grupo poblacional con mayor porcentaje de personas en situación de discapacidad, es por ello que es importante dimensionar y analizar dentro de la perspectiva cultural la asimilación de la discapacidad en el interior de los pueblos.

14.1.1 Prevalencia Departamental de Personas en Situación de Discapacidad.

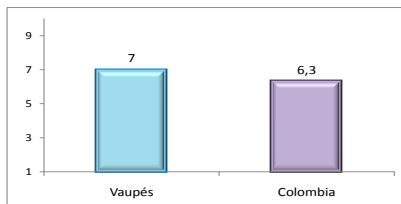
Actualmente la oficina de promoción social tiene inscrita 310 personas con algún tipo de limitación, base de datos que ha permitido priorizar la atención en salud de estos pacientes.

Los registros DANE muestran que para el departamento de Vaupés, existe una prevalencia de limitaciones físicas, cognitiva, sensorial, mental y múltiple permanentes del 7.0%, no se encontraron diferencias significativas desglosando el análisis por género, arrojándonos una prevalencia del 6,9% para el sexo masculino y del 7,0% para el sexo femenino.

A través de estos datos se observa que el departamento se sitúa por encima de los datos nacionales, aunque no se observa un distanciamiento entre estas dos cifras, es de considerar que la composición poblacional del departamento pueblos indígenas ubicados en lugares de difícil acceso, con condiciones de necesidades básicas insatisfechas, agudizando y generando doble impacto en esta población: "Los pueblos indígenas son por naturaleza nómadas, cambiando su comportamiento en respuesta a los cambios externos a población sedentaria, el comportamiento nómada influyó en la estructura poblacional que responden a la supervivencia en el medio en donde se desenvuelven, dentro de las principales características de su idiosincrasia está: el individuo es responsable de su bienestar, todos los miembros deben aportar para la supervivencia de la familia, cada miembro ejecuta una labor, perspectivas que influyen de una manera directa en como asume esta población a las personas en situación de discapacidad, aunado a que las condiciones y características del departamento no ofrece facilidades para la detección y rehabilitación de estos individuos y sus familias" (Ver gráfica 165).



Gráfica 165. Prevalencia de la situación de discapacidad en el departamento de Vaupés vs Colombia, año 2008.

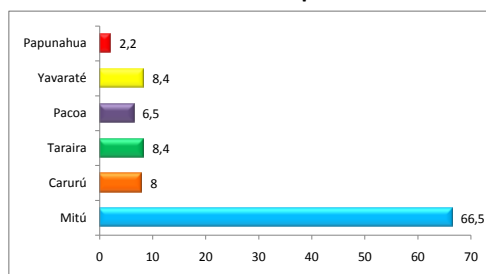


Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.2 Residencia de las Personas en Situación de Discapacidad

El municipio de Mitú concentra el mayor porcentaje de personas con algún tipo de discapacidad, dato congruente con la distribución poblacional del departamento, en donde este municipio representa el 72,3% (30036/41534) del total poblacional de Vaupés (Ver gráfica 166).

Gráfica 166. Distribución porcentual de la residencia de los pacientes con algún tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.



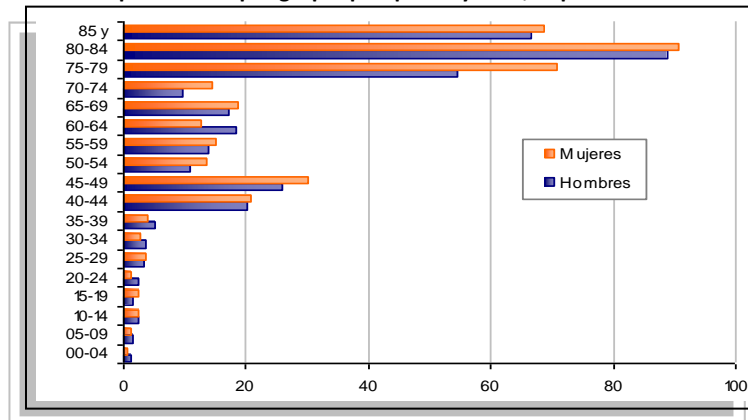
Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.3 Tasa de Prevalencia por Grupo Quinquenal de Edad

Las personas que se encuentran por encima o igual a los 75 años de edad, presentan las tasas de prevalencias más altas, identificándose esta población como la más susceptible a desarrollar discapacidades, sobresaliendo las de tipo auditivo y visual, estas últimas asociadas a los procesos inherentes del envejecimiento, pero que en la medida que estas personas recibieran asistencia y seguimiento se inferiría notablemente en su calidad de vida y desarrollo en la sociedad, recordando que la población indígena se encuentra inmersa en condiciones de precariedad y desigualdad social (Ver gráfica 167).



Gráfica 167. Tasas de prevalencia por grupo quinquenal y sexo, departamento de Vaupés - 2008.



Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.4 Tipo de Discapacidades Identificadas en el Departamento de Vaupés.

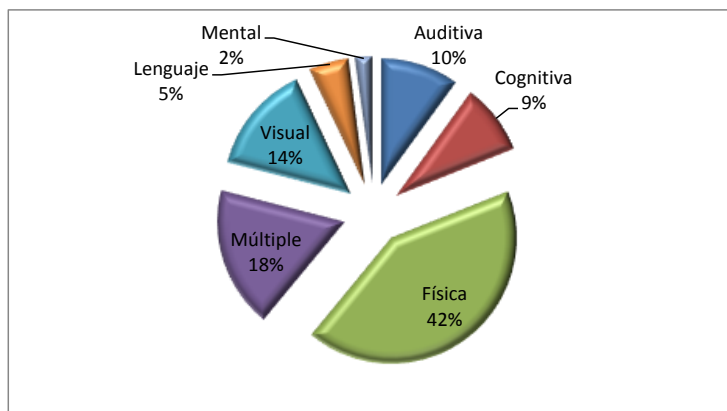
Los registros muestran que la principal causa de discapacidad es la de tipo físico con un 42% de los casos, seguido de las alteraciones sensoriales entre las cuales encontramos deficiencias en la voz, el habla, los ojos y los oídos, las debilidad más relevante del departamento es la carencia de un centro de atención integral basada en rehabilitación física, situación que agrava la problemática de los pacientes con este tipo de discapacidad, de igual manera la falta de oportunidades en salud, incrementa la susceptibilidad de esta población.

Como se explico anteriormente cada persona aporta una parte importante dentro de la condición de la familia y sociedad, es por ello que el tipo de discapacidad repercutirá directamente en el desarrollo del individuo, destacando que las principales actividades para el sostenimiento son: la caza, pesca y la agricultura, no queriendo afirmar que una persona con discapacidad no pueda adaptarse a su condición ni pertenecer a una comunidad indígena.

Se resalta que el trabajo de la mujer se duplica al tener a cargo la alimentación de la familia, el trabajo de la chagra y el cuidado de los menores, es por ello que el cuidado de un niño con discapacidad se complica ante las condiciones del medio en donde se desenvuelven, y ante la falta de accesibilidad a los servicios (Ver gráfica 168).



Gráfica 168. Distribución porcentual tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.



Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.5 Causas de la Discapacidad.

Es de gran consideración tener preciso las causas por las cuales se presenta la discapacidad, desde este punto de vista se dice que la discapacidad se presenta en múltiples formas de expresión clínica y factores causales. El nivel de desarrollo socioeconómico, de forma general, y del sistema de salud, en particular, determinan que unas causas sean más o menos frecuentes.

El 36.8% de la población en situación de discapacidad desconoce el origen de la misma, este dato es probablemente asociado a las concepciones culturales, en donde las enfermedades tienen una concepción mágico-religioso.

Los registros del DANE arrojan que los accidentes y las enfermedades en general se ubicaron dentro de las principales causas que originaron algún tipo de discapacidad, dato que si se asocia a las condiciones de inequidad en salud en la que se encuentra la población indígena, es fácil entender que un evento de fácil manejo trascienda en consecuencias graves en la persona, al carecer de un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado.

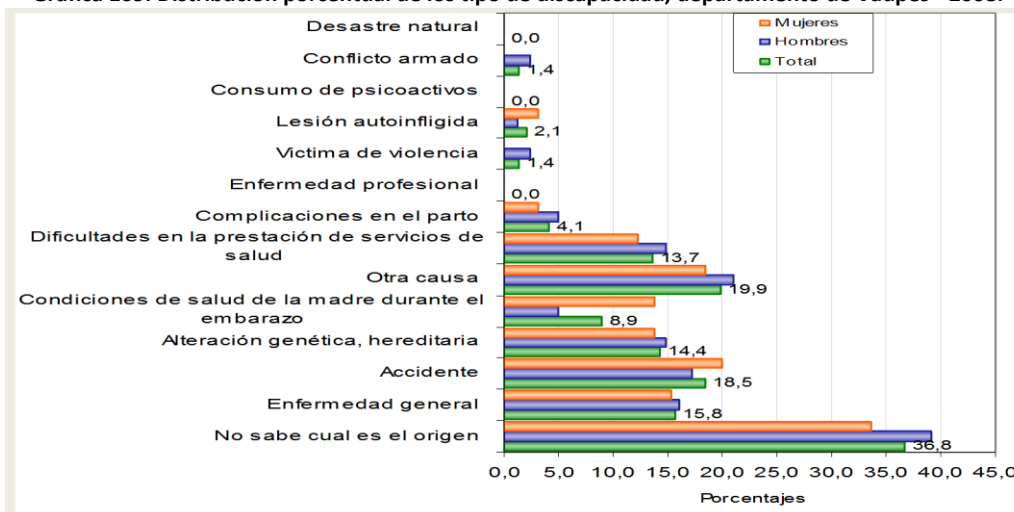
Se observa un importante porcentaje (23,3%) atribuible a alteraciones genéticas o hereditarias, y a condiciones de salud de la madre durante el embarazo, evento que dependiendo del tipo de discapacidad son evitables en la medida de una oferta al control prenatal adecuada (Ver gráfica 169)



**GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA**



Gráfica 169. Distribución porcentual de los tipo de discapacidad, departamento de Vaupés - 2008.

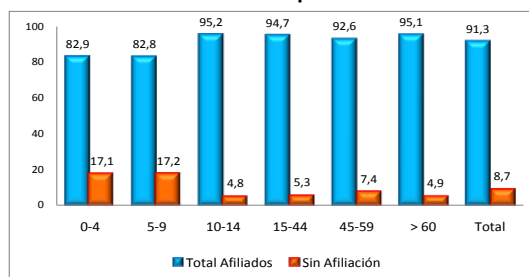


Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.6 Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-

El 91,3% de las personas que se encuentran en situación de discapacidad cuentan con afiliación al SGSSS, traduciéndose esta variable en un indicador positivo, debido que el paciente cuenta con una red que le garantice su respectivo tratamiento y rehabilitación; las personas afiliadas registran que el 87% son subsidiados y el 13% restante contributivos, datos que van de la mano con la principal afiliación con que cuenta el departamento (Ver gráfica 170).

Gráfica 170. Distribución porcentual de cobertura al Sistema General de Seguridad Social en Salud, departamento de Vaupés - 2008.



Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.7 Servicio de Rehabilitación en el Departamento de Vaupés.

El servicio de rehabilitación para las personas con algún tipo de discapacidad, es un problema tácito del departamento, el territorio no cuenta con las herramientas suficientes para satisfacer la demanda del servicio, entre ellos están: La falta de profesional, centros y ayudas técnicas especializadas garantes



de asegurar la prestación y vinculación de los pacientes; convirtiéndose en una barrera para el ingreso oportuno de las personas con situación de discapacidad a los programas acordes a su recuperación parcial o total.

La rehabilitación de las personas con algún tipo de discapacidad es la principal estrategia para asegurar que esta población supere y se adapte a su discapacidad, y esta no se convierta en una limitante para el acceso a los roles en la sociedad.

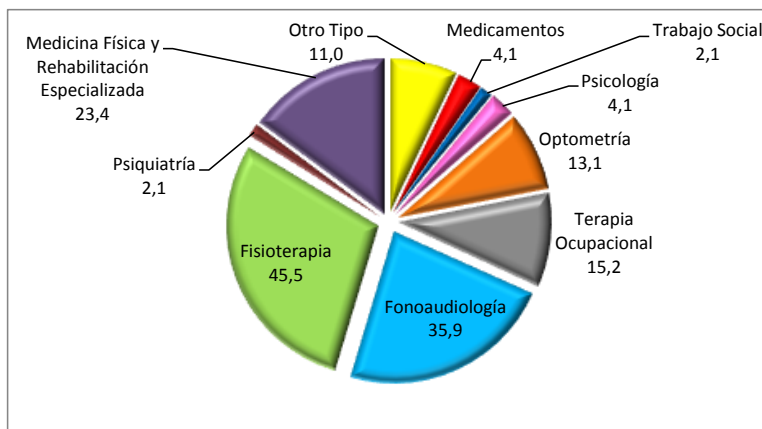
Como se ha mencionado anteriormente, los altos costos de traslado de pacientes, el difícil acceso geográfico, el desprendimiento del individuo de su sociedad, actúan como determinantes sociales para acceder a los servicios de rehabilitación.

La ESE HSA cuenta con un consultorio de fisioterapia y con elementos técnicos de rehabilitación, no considerándose suficientes en términos de servicio y tecnología para las terapias de habilitación y rehabilitación, teniendo como consecuencia el traslado por largos períodos de tiempo de los/las pacientes y sus acompañantes a ciudades como Villavicencio y Bogotá, para recibir la atención necesaria, generando desestabilización en las familias y en la misma persona, se recuerda que el mayor porcentaje de personas en situación de discapacidad son población indígena.

Se resalta que a través del banco de ayudas técnicas departamental, el cual es manejado por la ESE HSA y financiado por el ministerio de protección social y la Secretaría de salud departamental, se está contribuyendo con ayudas técnicas y suministros los procesos de habilitación y rehabilitación, queriendo impactar en la calidad de vida de esta población en situación de vulnerabilidad.

Los servicios de rehabilitación que mas demanda tienen, son los concernientes a fisioterapia (45,5%) y medicina física y de rehabilitación especializada (23,4%), los cuales son concordantes con los tipos de discapacidades que más se presentan en el departamento (Ver gráfica 171).

Gráfica 171. Tipo de servicio de rehabilitación ordenado, departamento de Vaupés - 2008.



Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

14.1.7.1 Adherencia a los servicios de rehabilitación en el Departamento de Vaupés: Para este inciso se evidencia que solo el 6,4% de la población reporta haber terminado su rehabilitación, es decir, que el 93,6% restante por diferentes razones no tuvieron adherencia al



tratamiento, entre las que sobresale la lejanía de los centros de atención (32,6%), se vuelve hacer hincapié en lo difícil que resulta para una familia el traslado de un miembro a sitios lejanos, se debe reconocer el papel fundamental de la madre o el padre para la supervivencia del resto de la familia, y hasta el momento esta situación no ha tenido un abordaje integral (ver tabla 88).

Tabla 88. Causas de inasistencia a los servicios de rehabilitación, departamento de Vaupés - 2008.

Causa	Porcentaje
Ya terminó la rehabilitación	6,4
Cree que ya no la necesita	4,7
No le gusta	4,7
Falta de dinero	8,1
Lejanía del centro de atención	32,6
No hay quien lo lleve	2,9
No sabe	40,7

Fuente: Registro de Focalización y Caracterización. DANE 2008

El manejo de la discapacidad requiere de un impacto social y de una responsabilidad colectiva, es imprescindible tener en cuenta la corresponsabilidad existente entre las instituciones

14.2 Personas en Situación de Desplazamiento

La ley 387 de 1997 define en su artículo 1: Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

El desplazamiento Profundiza la vulnerabilidad, y determina mayor exposición a riesgos sociales y peores condiciones de calidad de vida y por ende de salud. Como consecuencia de ello se presenta un incremento en la demanda de servicios sociales y públicos entre ellos los de salud. La población desplazada tiene peores condiciones de salud y calidad de vida que la población receptora y menor acceso a bienes y servicios (31).

A nivel nacional se encuentran las siguientes problemáticas relacionadas con el desplazamiento forzado:

- Bajos niveles de educación; el promedio Nacional de años escolarizados es de 4.1.
- Embarazos en adolescentes desplazadas, una prevalencia del 34%.

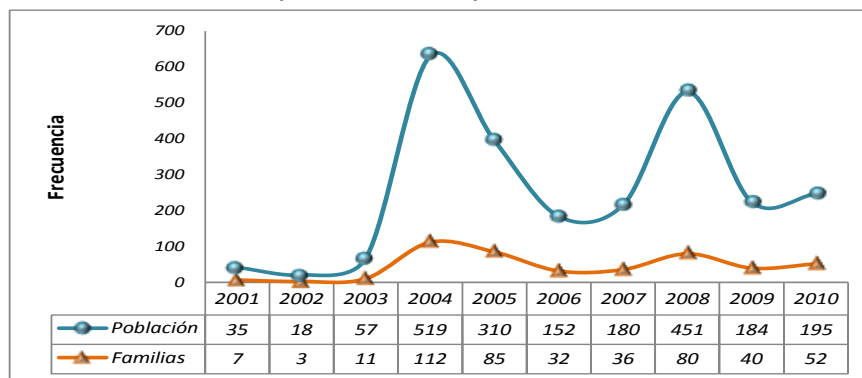


- c) El número de hijos por mujer desplazada es de 3,9.
- d) El 27% de la población desplazada a nivel nacional presenta depresión.
- e) El 26.6% de los niños desplazados menores de 1 año han sido diagnosticados con desnutrición.
- f) El 17,2% de hogares desplazados tienen algún miembro con discapacidad (32).

14.2.1 Personas en Condición de Desplazamiento:

El departamento de Vaupés desde el año 2001 al año 2010 registra un total de 2.102 personas en condición de desplazamiento, evidenciándose dos picos considerablemente altos en los años 2004 y 2008, estos picos no se presentaron por conflictos armados en el mismo año, se relacionan al aumento en el número de declaraciones (Ver gráfica 172).

Gráfica 172. Comportamiento en la recepción de declaraciones de personas y familias en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés, 2001-2010.



Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

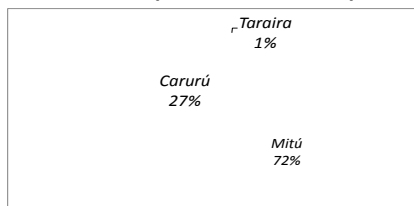
La población en condición de desplazamiento representaría el 5% del total de la población del departamento del Vaupés.

14.2.2 Lugar de Recepción de las Personas en Condición de Desplazamiento:

Al ser el municipio de Mitú la capital del departamento y el que centra todas las instituciones de carácter nacional, se identifica como el principal lugar de ayuda, es por ello que la mayor concentración de personas en situación de desplazamiento (1513 individuos) residen en este municipio, representando el 5% de la población, sin embargo, para el municipio de Carurú las personas en situación de desplazamiento representan el 17% de la población, datos asociados a la situación de orden público más perenne en este municipio (Ver gráfica 173).



Gráfica 173. Distribución porcentual de los municipios receptores de población en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés, 2001-2010.

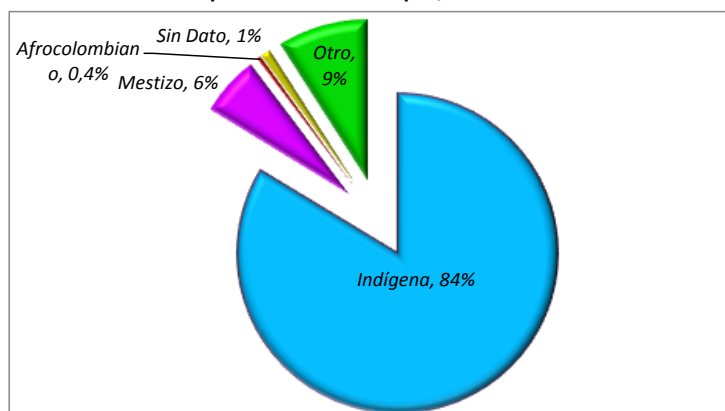


Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.3 Tipo de Población en Condición de Desplazamiento.

De acuerdo con las declaraciones reportadas en el SIPOD el 84% de la población en situación de desplazamiento se identifica como indígena, dato que va de la mano con la distribución poblacional del departamento, los que se encasillaron en otra población son personas provenientes de otros departamentos (Ver gráfica 174).

Gráfica 174. Distribución porcentual de las personas en situación de desplazamiento, según su pertenencia étnica, departamento de Vaupés, 2001-2010.



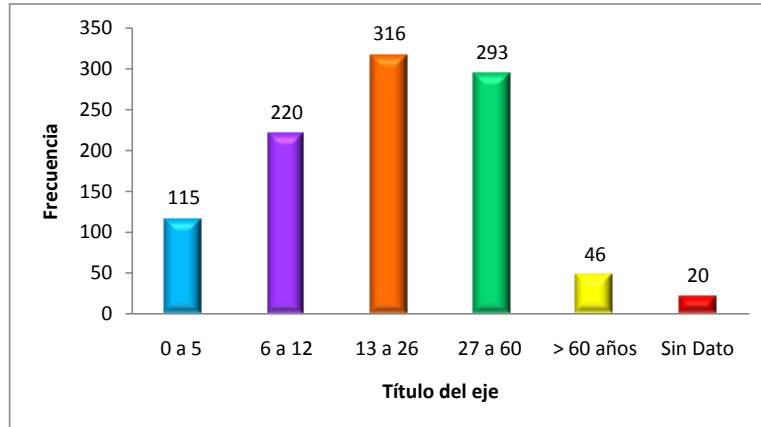
Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.4. Población en Condición de Desplazamiento por Grupo de Edad.

Para este análisis se utilizó los datos de los años 2007 al 2010, en este grupo se identificó que los niños menores de 13 años representaron 33% (335/1010) de la población en situación de desplazamiento, indicándonos este dato que este grupo de edad es el más afectado por el conflicto armado (Ver gráfica 175).



Gráfica 175. Distribución de las personas en situación de desplazamiento, por grupo de edad, departamento de Vaupés, 2007-2010.

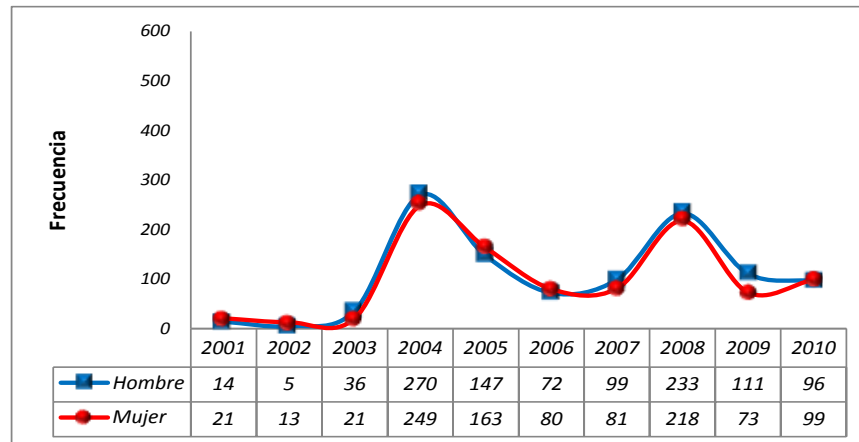


Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.5. Población en Condición de Desplazamiento por Sexo:

En el análisis de esta variable, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la relación hombre mujer, los hombres representaron el 52% (1083/2102) y las mujeres el 48% (1019/2102), sin embargo para los años 2001 y 2002 se observa que por cada 10 hombres en situación de desplazamiento se presentaron 18 mujeres (Ver gráfica 176).

Gráfica 176. Comportamiento en la recepción de declaraciones de personas, según el sexo de los individuos, departamento de Vaupés, 2001-2010.



Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.6. Procedencia de la población desplazada:

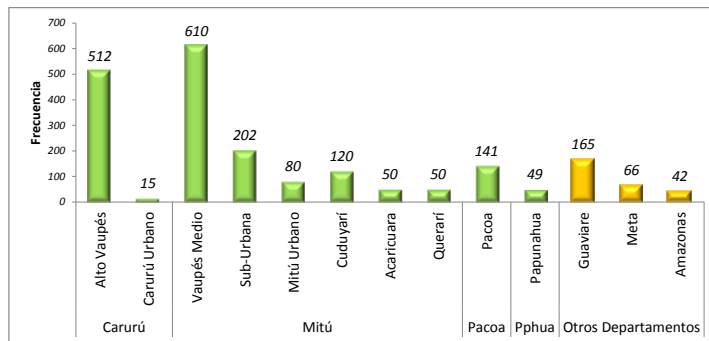


Se registró que el 72% (1505/2102) de las personas en situación de desplazamiento, eran residentes de la zona rural, resultado esperado debido a que la mayor parte de los conflictos al margen de la ley se desarrollan en esta zona.

En este ítem se evidencia que además de identificarse el municipio de Mitú como el mayor receptor de personas en situación de desplazamiento, es el municipio que más genera esta población, con un total de 1150 individuos que corresponderían al 55% (1150/2102) del total de personas en esta situación. Se resalta que el municipio de Taraira no reporta personas en situación de desplazamiento que sean procedentes del mismo municipio, pero si es receptora en una mínima proporción 1%.

De igual forma se resalta que el 16% de la población desplazada residente del Vaupés es procedentes de otros departamentos, entre los que figura el Guaviare (Ver gráfica176).

Gráfica 176. Distribución de la procedencia de los casos de la población en situación de desplazamiento, departamento de Vaupés 2001-2010



Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.7. Personas en Situación de Desplazamiento con Algún Tipo de Discapacidad.

Se identificaron un total de 18 personas con discapacidad, de las cuales el 83% (15/18) clasifican en discapacidades permanentes y el resto 17% (3/18) en discapacidades temporales; en el total general este grupo representa el 1% (18/2102), nueve de estas personas son cabeza de hogar, 5 niños son menores y 4 adultos, se resalta que la persona herida de bala fue asociada con el conflicto armado (Ver tabla 89).

Tabla 89. Tipo de discapacidad en la población en situación de discapacidad, departamento de Vaupés 2001-2010

Discapacidad	Frecuencia	%
Ceguera	5	28
Sordera	5	28
Retraso Mental	2	11
Hernia	1	6
Herido de Bala	1	6



GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
ÁREA DE SALUD PÚBLICA



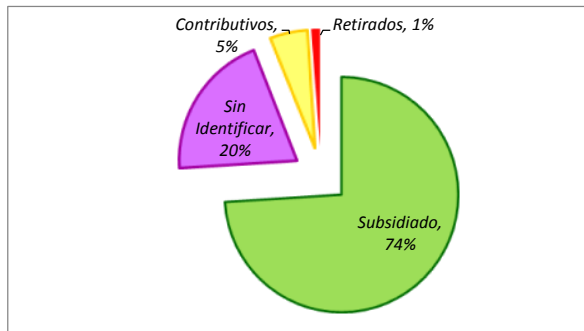
Parálisis Inferior	1	6
Perdida de la Visión	1	6
Retardo Psicomotor	1	6
Vasculitis	1	6
Total	18	100

Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés

14.2.8. Afiliación de las Personas en Situación de Desplazamiento:

Con relación a la afiliación al sistema de seguridad social en salud, se identifica que el 79% se encuentran inscritas al sistema, sobresaliendo la afiliación al régimen subsidiado, datos concordantes con la afiliación en el departamento; la oficina de Aseguramiento de la Secretaria de Salud reporta que el 1% de la población desplazada solicita el retiro voluntario, con el fin de afiliarse en otros municipios del país (Ver gráfica 177).

Gráfica 177. Distribución porcentual de la población en situación de desplazamiento, según afiliación al sistema general de seguridad social en salud, departamento de Vaupés 2001-2010



Fuente: SIPOD Acción Social Vaupés