

Boletín Epidemiológico

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

MIEMBROS

Dr. Álvaro Archbold Nuñez
Gobernador Departamental

Dr. Asher Robinson Gallardo
Secretario Departamental de Salud

Dra. Elizabeth Mera García
Coordinadora Salud Pública

M.Sc. Liza Hayes
Estadística Informática y Demografía

Milena Magallanes Miranda
Nutricionista Dietista

Dr. José A. Rodríguez Robles
Médico Legista

GRUPOS FUNCIONALES

Aseguramiento
Unidad de Promoción y Prevención
Control de Factores de riesgo del Ambiente y del Consumo
Grupo de promotoras de Salud

Secretaría Departamental de Salud
Calle 6 N° 1-22 Bloque 1 - Piso 1 – Av. Newball contiguo
Coral Palace – San Andrés, Isla
E-Mail: sivigila_sanandres@yahoo.com.mx
Teléfono: (098) 5131115 / 6784 / 3946

CONTENIDO

②	notificación semanal.....	2
②	reconocimientos legales: lesiones personales atendidos por medicina legal del departamento archipiélago	4
②	muertes violentas por causa externa 2004-2006.....	4
②	accidentes de tránsito	6
②	índices de accidentalidad departamento archipiélago	7
②	casos de accidentes de tránsito por medicina legal.....	8
②	esperanza de vida	11
②	<i>aborto como un problema de salud pública.....</i>	11
②	interrupción voluntaria del embarazo (ive)	13
②	<i>caracterización epidemiológica del VIH/sida</i>	16

PROLOGO

La violencia es una de las principales causas de muerte y de traumatismos no mortales en el mundo. Por cada joven que pierde la vida, al menos entre 20 y 40 más reciben tratamiento hospitalario como resultado de traumatismos.

La cantidad y el tipo de actos violentos varían de una región a otra y están estrechamente relacionados con los factores sociales y económicos. El reciente incremento de las muertes por causa violenta en el Departamento no es más que el reflejo de los cambios en las estructuras sociales, no es demás que las instituciones de seguridad y control empiecen a prestar especial atención a estos fenómenos.

El presente Boletín es un reflejo del comportamiento de algunos de los eventos por causa externa o violenta que ocurren dentro del Departamento. Es el producto del quehacer de cada uno de los subsistemas de vigilancia en salud pública. La información se presenta acumulada de enero a junio de 2006, comparada para la mayoría de procesos con el mismo periodo del año anterior.

Invito muy especialmente a todos los usuarios de la información epidemiológica del Departamento a utilizar este boletín como material de consulta, el cual con seguridad les será de gran ayuda en su labor cotidiana.

ASHER ROBINSON GALLARDO
Secretario de Salud Departamental



NOTIFICACION SEMANAL

Tabla 1. Total de eventos de notificación obligatoria de eventos Positivos entre la semana 1-37, por grupo de edad y género. 2006

EVENTOS A CONTROLAR	< 1 año		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 64		65 y más		TOTAL		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Accidente de tránsito	2	3	18	12	66	63	558	369	79	66	17	9	740	522	1262
Cisticercosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Conjuntivitis	18	16	31	19	13	16	28	20	3	5	4	7	97	83	180
Dengue Clásico	1	0	0	0	2	2	9	11	2	1	0	0	14	14	28
Dengue hemorrágico	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Diabetes caso nuevo	0	0	0	0	0	0	5	3	3	7	1	1	9	11	20
Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E.D.A.	137	101	401	334	213	204	434	461	141	151	52	49	1377	1300	2677
Encefalitis del Nilo Occ. en animales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis del Nilo Occ. en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina del oeste en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Encefalitis equina venezolana en humanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Exposición Rábica	0	0	4	5	17	2	3	6	6	4	0	0	30	17	47
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	0	0	3	0	5	3	1	0	0	0	0	0	9	3	12
Hepatitis B	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hipertension caso nuevo	0	1	1	0	0	2	32	37	38	28	19	15	89	87	176
I.R.A.	545	499	1070	939	708	701	743	894	219	296	78	84	3363	3413	6776
Intoxicación por Alimentos y por Agua (brotes)	0	0	4	4	10	16	38	36	14	13	1	4	67	73	140
Intoxicación por Plagidas, gases y vapores	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Tabla 1. Total de eventos de notificación obligatoria de eventos Positivos entre la semana 1-37, por grupo de edad y género. 2006 .. Continuación

EVENTOS A CONTROLAR	< 1 año		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 64		65 y más		TOTAL		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Malaria Asociada (formas mixtas)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria Falciparum	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Malaria Malarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malaria Vivax *	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	5	0	5
Meningitis Meningocócica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis por Haemophilus Influenzae	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis por Neumococo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis Tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mordedura por Roedores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Malaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Materna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	8
Mortalidad por Accidente de Transito	0	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	3	2	5
Mortalidad por Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad por EDA en 0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad por IRA en 0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Parálisis flácida(en < 15 años)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Parotiditis viral	0	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	2	6
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rubéola Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis Congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis Gestacional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tetanos Accidental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus Epidémico transmitido por Piojos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tifus Epidémico transmitido por Pulgas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis extra pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	0	3	1	2	2	8	1	1	0	14	4	18
Toxoplasmosis activa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V.I.H. (SIDA)	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0	4	0	4
Varicela	0	0	2	1	4	2	6	4	0	0	0	0	12	7	19

* casos Importados



RECONOCIMIENTOS LEGALES: LESIONES PERSONALES ATENDIDOS POR MEDICINA LEGAL DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO¹

Las lesiones personales ocurren por negligencia o bien por la intencionalidad de otros. Estas pueden ser físicas o emocionales, y puede derivarse de una variedad de motivos o tipos de conducta.

Tabla 2. Total de Casos por tipo agresión. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

	2005		2006 1/		Variación Porcentual
	casos	%	casos	%	
violencia común	238	44,9	295	47,4	23,9
Accidentes transito	122	23,0	144	23,2	18,0
Violencia Conyugal	104	19,6	116	18,6	11,5
Delitos sexuales	31	5,8	21	3,4	-32,3
Maltrato Infantil	18	3,4	28	4,5	55,6
Maltrato Intrafamiliar	17	3,2	18	2,9	5,9
Total	530	100,0	622	100,0	17,4

Fuente: Medicina legal

1/ Datos preliminares a Junio del 2006

La meta general de una acción por lesiones personales está determinada por el agresor y el agredido. En el primer semestre del 2005 se realizaron 530 reconocimientos médicos legales de distinto índole, en el 2006 la cifra ascendió a 622 casos lo cual muestra un incremento del 17% con relación al mismo periodo del año inmediatamente anterior (tabla 2)

¹ Documento elaborado por Jose A. Rodriguez Robles. Director Unidad Básica del Instituto Nacional de Medicina Legal seccional Bolívar.

En cuanto al maltrato infantil, hasta Junio del 2006 los casos se han incrementaron aproximadamente en un 56%; es decir de cada 100 menores aproximadamente 6 han sufrido algún tipo de maltrato. En el 2005 se presentaron 18 menores y 28 en el 2006.

Pese al alto costo económico y social que significa la violencia intrafamiliar, este sigue siendo una problemática social difícil de dimensionar. En ello incide, por una parte, que la mayoría de las personas que sufren este tipo de maltrato no acuden a ninguna instancia. Y segundo lugar, el desconocimiento del evento.

En el 2006 (hasta junio), la violencia intrafamiliar se **incremento en un 6%** en relación con el periodo anterior. No obstante de ser este incremento relativamente pequeño, este suceso no deja de ser preocupante y es considerado un problema de salud pública y como tal debe ser afrontada por todos los sectores e instituciones responsables de la atención y crear conciencia a fin de lograr una modificación en la conducta y minimizar los factores que determinan su ocurrencia.

MUERTES VIOLENTAS POR CAUSA EXTERNA 2004-2006

En el Departamento la primera causa de muerte violenta es la ocasionada por la accidentalidad de Transito (motociclistas y peatones), seguido por las heridas de arma de fuego y la tercera corresponde a los casos de sumersión. En el 2005 la segunda causa de muerte fue producto del accidente aéreo, lo cual fue un evento esporádico (tabla2).

En términos generales las tres principales causas de muerte por violentas durante este dos años han sido los mismos: accidentes de transito, herida por arma de fuego y casos de sumersión.



Los casos de suicidio aunque son relativamente pocos estos determinan la conducta y el sentir de la sociedad de este Departamento, pues este

hecho afecta tanto a la familia como a la sociedad, y no es un comportamiento propio de la cultura en donde prima el respeto y el temor hacia Dios.

Tabla 3. Muertes violentas por causa externa. Departamento archipiélago 2004 – 2006

causa muerte	2004		2005		2006	
	casos	%	casos	%	casos	%
Transito	12	37,5	18	40	14	53,8
Herida arma fuego	7	21,9	8	17,8	6	23,1
Ahogamiento y sumergimiento	6	18,8	2	4,4	5	19,2
Suicidio	3	9,4	2	4,4	1	3,8
Herida arma cortopunzante	2	6,3	2	4,4	-	-
Exposición corrientes eléctricas	1	3,1	1	2,2	-	-
Intoxicación por cocaína	1	3,1	-	-	-	-
Aéreo	-	-	8	17,8	-	-
Transporte por agua	-	-	2	4,4	-	-
Otras causas externas	-	-	2	4,4	-	-
Total	32	100,0	45	100,0	26	100,0

Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud.

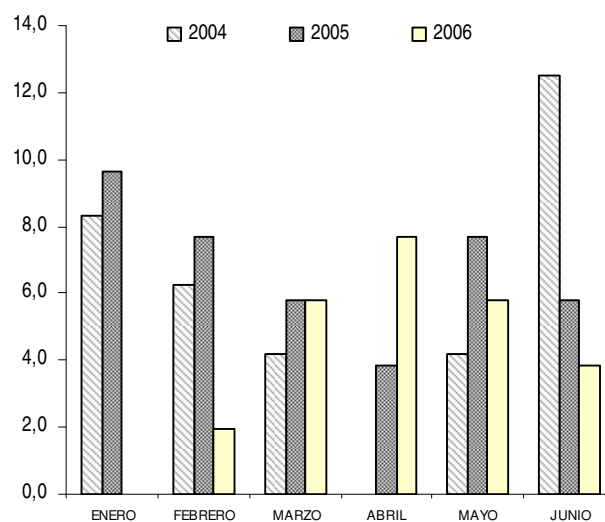
Durante el primer bimestre (enero-febrero) del 2006 la proporción de muertes por causa violentas en el Departamento estuvo muy por debajo de lo presentado en los dos años anteriores.

A lo largo del segundo bimestre (marzo-abril) la proporción de muertes violentas observa un comportamiento creciente, pasado de ser del 5.8% en marzo a ser del 8% en Junio del 2006. La proporción de muertes durante este último mes presenta el doble de lo presentado en el mismo periodo del 2005.

Durante el tercer bimestre (mayo y junio), la proporción de defunciones por causa violentas en el 2006 se reduce en relación con los años anteriores.

Obsérvese como durante el mes de Junio la incidencia de la mortalidad por causa violenta, decrece, esto se explica por la implementación de las políticas y controles de transito impuestas durante las épocas de vacaciones.

Gráfica 1. Proporción de muertes violentas. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Enero a Junio 2004-2006



Fuente: Secretaria Departamental de Salud. Estadísticas Vitales.



ACCIDENTES DE TRANSITO

En las grandes ciudades del mundo, los accidentes de tránsito constituye la principal causa de muerte.

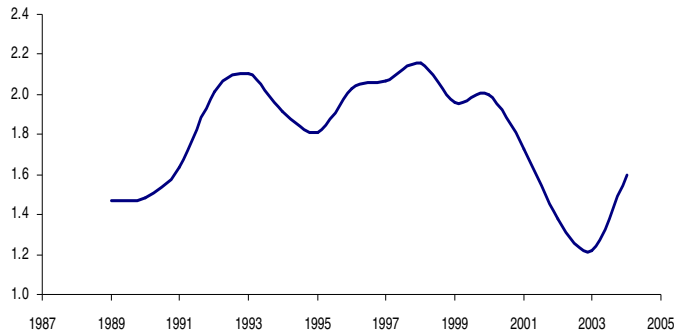
En 1990, se calculó que los accidentes de tránsito constituyeron la novena causa de muerte en el mundo, matando por lo menos a 500.000 personas por año, aunque algunos calculan que el número de muertes llega al millón y a cerca de 15 millones de heridos (Fundación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 1998).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los accidentes de tránsito cobran cada año la vida de 1,2 millones de personas en el mundo La mayoría de ellas entre los 15 y los 44 años de edad. El Banco Mundial indica que 50 millones de personas resultan heridas o discapacitadas por este tipo de accidentes cada año. Se calcula que para el 2020 el número de defunciones aumentará en un 80% en los países de ingresos bajos y medios.

Si bien es cierto que las campañas de seguridad vial, la capacitación de los conductores, el mejor diseño de los vehículos, la legislación para el uso del cinturón de seguridad, el uso de los cascos y chalecos reflectivos así como las medidas de la dirección del tránsito y transportes, han hecho que durante los últimos 30 años disminuyan las muertes ocasionadas por accidentes de tránsito. Estos no han incidido en la letalidad de manera directa. En Colombia mueren anualmente en promedio seis mil personas. La gran mayoría de estos accidentes afectan en primer lugar a los peatones, en segundo lugar a los motociclistas, en tercer lugar a usuarios del transporte público y en cuarto lugar a los ciclistas.

Los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte entre los hombres adultos (15-44 años) y la quinta en importancia para las mujeres.

Gráfica 2. Tasa Bruta de Mortalidad (por 10.000 habitantes) por promedio tri-anual 1988-2005. Departamento Archipiélago.



Fuente: 1/ Secretaria Departamental de Salud. Estadísticas Vitales.

Según la Gráfica 2 la tasa bruta de Mortalidad por promedio tri-anual del Departamento ha observado un comportamiento irregular con tendencia a decrecer es así como pasa de ser 1.7 defunciones por cada diez mil habitantes en 1988 a ser de 1.0 defunciones por cada diez mil habitantes en el 2003. En los dos años siguientes se presentó un incremento en la mortalidad, en el 2004 se presentaron aproximadamente 16 defunciones por accidente de tránsito y 22 en el 2005 por cada diez mil habitantes del Departamento. En el 2006 la tasa decrece en aproximadamente 5 puntos porcentuales.

La tasa bruta de mortalidad por promedio tri-anula del Departamento en los dos primeros años (1988 y 1989) mantiene un comportamiento homogénea (1.5 defunciones por cada diez mil habitantes). Al analizar el comportamiento de la tasa se observa como a lo largo de la década de los noventa esta fue muy irregular, lo cual ocurrió de manera muy particular durante los cinco primeros años. A partir de la primera mitad de la década y por tres años siguientes (1995-1998) la tasa bruta de mortalidad se incrementó en 0.4 puntos porcentuales, pasando de ser de 1.8 a 2.2 defunciones por cada diez mil habitantes en 1998.

Durante el primer periodo del nuevo milenio (2000-2003) la tasa bruta de mortalidad por promedio tri-anual decrece, a diferencia de lo ocurrido en el 2005. En el año 2000 la tasa fue de 2 defunciones por cada



diez mil habitantes y en el 2003 la tasa fue la mitad de lo ocurrido al inicio del periodo. Entre 2004 y el 2005 la tasa observa un leve comportamiento creciente (pasa de ser de 1.6 en el 2004 a ser de 2.2 defunciones por cada 10.000 habitantes en el 2005)

Índices de accidentalidad Departamento Archipiélago

El análisis de los datos de los accidentes de tránsito utiliza una variada gamma de índices relacionados con la mortalidad, la morbilidad, el número de vehículos y el volumen del tránsito.

Los índices de letalidad usualmente se expresan como heridos en accidentes por año por millón.

La tasa de letalidad es la proporción de personas que contraen una enfermedad y mueren a causa de la misma durante un período determinado, o bien es la probabilidad de morir de una enfermedad. Se expresa como la relación entre el número de personas muertas por accidente laboral entre el número de personas que han sufrido accidente.

Tabla 4. Índice de accidentalidad y letalidad (x 1.000 hab) 1988-2005. Departamento Archipiélago Departamento archipiélago 1998 – 2006 (datos preliminares a Junio)

AÑO	TASA ACCIDENTALIDAD x 1000 hab	LETALIDAD x 1000 casos	TBM x 10000 hab	CASOS	MORTALIDAD	POBLACION
1988	94.7	1.81	17.09	4431	8	46803
1989	64.6	2.59	16.75	3086	8	47753
1990	77.5	1.37	10.60	3658	5	47174
1991	52.1	3.01	15.71	2655	8	50921
1992	31.9	7.10	22.67	1689	12	52930
1993	5.8	35.29	20.46	340	12	58657
1994	4.5	44.98	20.22	289	13	64283
1995	5.5	34.09	18.63	352	12	64410
1996	7.8	19.53	15.21	512	10	65750
1997	12.4	21.48	26.62	838	18	67612
1998	12.2	16.51	20.14	848	14	69525
1999	15.6	11.63	18.19	1118	13	71485
2000	11.8	17.24	20.42	870	15	73465
2001	11.7	18.18	21.21	880	16	75445
2002	11.3	9.16	10.33	873	8	77446
2003	13.4	7.49	10.07	1068	8	79459
2004	15.0	10.65	15.96	1221	13	81453
2005	20.3	14.95	21.58	1204	18	59455
2006 1/	20.8	2.42	16.79	1239	14	59455

1/ Total Población según censo en el 2005 (59.455 personas en el Departamento)
Fuente: 1/ Secretaria Departamental de Salud. Estadísticas Vitales.



El gráfico 3 ilustra el índice de accidentalidad y letalidad (por cada 1.000 habitantes) entre 1988 y el 2006 del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

La tasa de accidentalidad a finales de la década de los ochenta y mediados de los noventa, presentó un comportamiento decreciente. A partir de esta fecha la tasa se homogeniza, al igual que la tasa de letalidad (tabla 3).

En 1988 la tasa de accidentalidad tuvo una relación de 1:10; es decir por cada 10 habitantes del Departamento se presentaba en promedio un accidente de tránsito. A inicio de la década de los noventa (1990) la tasa decrece regular hasta 1992, según se ilustra en la tabla 3. Asimismo, en 1993 en relación con el año anterior la tasa decrece en un 82%.

Entre 1995 y 1997 se imponen medidas preventivas y se intensifican los controles y normas restrictivas de circulación de vehículos, en horario nocturno y durante periodos vacacionales (semana santa, vacaciones de junio y final de año), estas políticas conllevaron a la reducción en el número de accidentes de tránsito, más no incidieron en la letalidad.

Entre el periodo comprendido entre 1997 y 1999 la tasa de accidentalidad presenta un leve incremento, producto del incremento de los accidentes de tránsito. A inicio de este nuevo milenio, la tasa mantiene un comportamiento homogéneo en aproximadamente 11 accidentes por cada 1000 habitantes. Entre el 2003 la tasa de accidentalidad se incrementa 2 puntos

No obstante de haberse reducido los casos de accidentes de tránsito la letalidad se mantiene constante en promedio 12 defunciones. En 1988 la relación en la tasa de letalidad fue de 2:1000, dos de mil personas accidentadas mueren. En 1994 la tasa

de letalidad tuvo su máximo valor siendo de 44 defunciones por cada 1000 accidentados.

Entre 1997 y 1999 la tasa de letalidad se reduce, no obstante las defunciones se incrementan. Para el año 2000 la tasa de letalidad se incrementa un punto porcentual pasando de 17 a 18 personas muertas por cada 1000 personas accidentadas, sin embargo es de resaltar como el número absoluto de defunciones se mantiene constante en 15 defunciones.

Para el 2003 la tasa se reduce dos puntos porcentuales, pero el número de personas muertas siguen siendo las mismas en promedio (8 defunciones).

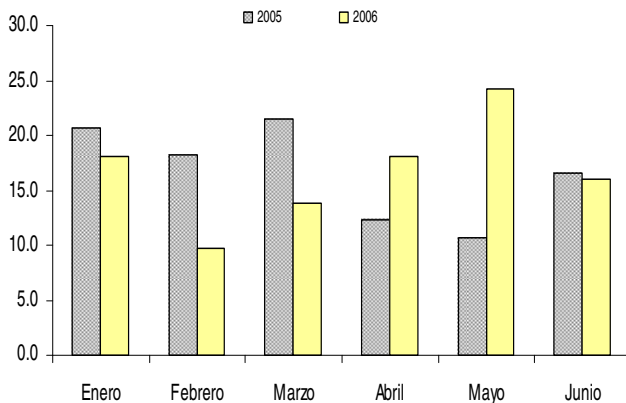
Casos de Accidentes de tránsito por Medicina Legal

Durante el primer semestre del 2006 el número de personas lesionadas por Accidentes de tránsito valoradas por la oficina de medicina legal se incrementó en un 19% en relación con el año anterior.

Es decir en el 2006 se realizaron 144 reconocimientos por el médico legal, 98 (68%) fueron en hombres y 46 (32%) a mujeres. El 79% (114) de los casos fueron productos de la colisión en motocicleta (Rodríguez).



Gráfica 3. Porcentaje de casos atendidos por accidentes de tránsito por Medicina Legal. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Enero a Junio 2005-2006



Fuente: Medicina legal. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Según la Gráfica 3, hasta junio del 2006 el mes de mayor con el mayor porcentaje de casos recocidos por el médico legal fue el de Mayo, y el de marzo en el 2005. El incrementaron de los casos en el 2006 fue casi dos veces el observado en el año anterior. En Mayo del 2005 se hicieron el reconocimiento a 13 casos y en el 2006 a 35.

El número de lesiones por accidentes de transito atendidos por el medico legal del Departamento en el mes de enero del 2006 fue 4% superior al observado en el periodo inmediatamente anterior. Entre los meses de Febrero y marzo del 2006 los casos se redujeron en promedio en 30%. En febrero del 2005 se presentaron 22 casos y 14 en el 2006. En el mes de marzo del 2006 estos fueron de 26 y 20 en el 2005 se atendieron el 21%

Al igual como ocurre a nivel mundial la mayoría de las muertes violentas por accidente de transito ocurren en personas entre los 15 y 44 años. En el 2004 y en el 2005 el 75 y 72% de las defunciones por accidentes de transito se presentaron en personas entre los 15 y 44 años, para el 2005 esta

tasa desciende 3 puntos porcentuales, pero se incrementa en las personas mayores de 45 años (tabla 4).

Tabla 5. Grupo edad (años) de las Muertes por accidentes de tráfico. Departamento archipiélago 2004 – 2006 (datos preliminares a Junio)

EDAD	2004		2005		2006	
	casos	%	casos	%	casos	%
5 a 14 años	1	8,3	1	5,6	-	0,0
15 a 44 años	9	75,0	13	72,2	2	66,7
Mayor 44 años	2	16,7	4	22,2	1	33,3
Total	12	100,0	18	100,0	3	100,0

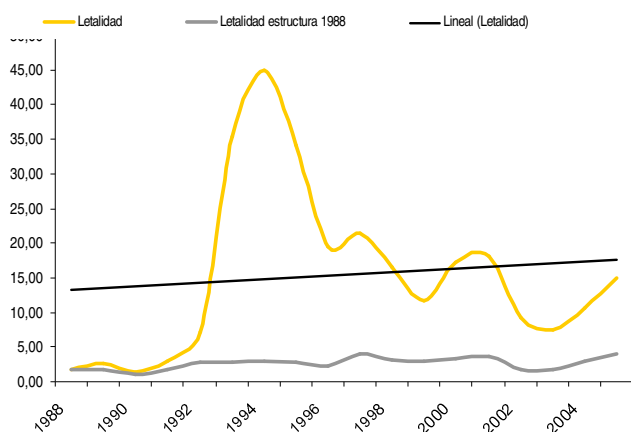
Fuente. Estadísticas vitales. Secretaría Departamental de Salud.

Lo que se observa en la tasa de letalidad no es más que un efecto del denominador, al incrementar número de accidentes de transito la tasa de letalidad se reduce, pero este efecto no refleja la severidad de la problemática. En términos generales el número de muertes por accidentes presenta una tendencia creciente, a aumentarse.

Si mantuvieras constantes el total de accidentes de transito que se presentaron en el año 1988. Durante este año se presentaron (4431 casos) el mayor número de accidentes registrados en los últimos 18 años en el departamento. Y manteniendo constantes las defunciones del 2003, vemos como la tasa de letalidad presente un suave y casi imperceptible tendencia a incrementarse (gráfica 4)



Gráfica 4. Tasas de Letalidad y letalidad estandarizada tomando como base defunciones de 1988 (x 1.000 hab) 1988-2005. Departamento Archipiélago

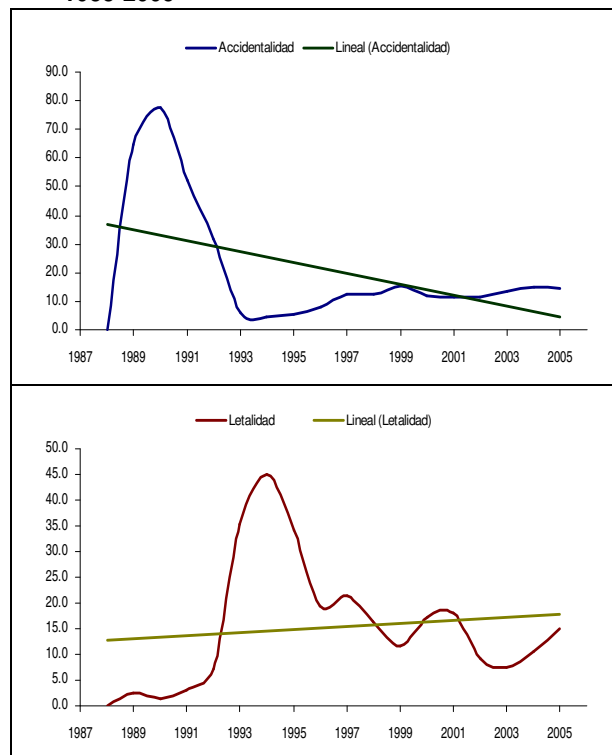


Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud.

Los accidentes son más catastróficos, y las políticas ya acciones deben conllevar a crear consciencias de los riesgos de muerte, a utilizar medidas de protección así a reducir la velocidad y evitar conducir en estado de embriaguez. Es decir las acciones deben provocar si bien una reducción en el número total de accidentes estos a su vez deben incidir en la letalidad.

Al observar el gráfico 5 en el cual se ilustra la tendencia lineal de las tasa de mortalidad y letalidad, vemos como la letalidad tiende a incrementarse, mientras que la accidentalidad a disminuir.

Gráfica 5. Líneas de tendencia Índice de accidentalidad y letalidad (por 1.000 habitantes). Departamento Archipiélago. 1988-2005



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud.

Es alarmante en la letalidad es inverso a lo esperado, y no es consecuente con el observado en la accidentalidad. Es de esperarse que si se reduce la accidentalidad este de alguna manera incida directamente en la letalidad. Pero esto no ocurre, las campañas de control y de seguridad vial, la capacitación de los conductores, y la implementación de políticas han hecho que durante estos últimos 23 años se haya disminuido los casos de accidentes de tránsito, pero no han logrado transgredir en la conciencia de la población y por ende afectar el riesgo de muerte por tanto el número de defunciones ocasionadas por accidentes de tránsito ha aumentado.



ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida es un indicador del nivel de las condiciones sociales y de salud de un lugar.

Tabla 6 Esperanza de Vida al Nacer Departamento archipiélago 2005 y Nacional 2000-2005

	Departamento 2005 ^{1/}	Nacional 2000-2005 ^{2/}
Total	73,7 años	72,2 años
Hombres	72,6 años	69,2 años
Mujeres	74,9 años	75,3 años

Fuente: 1/ Secretaría Departamental de Salud. Estadísticas Vitales.
2/ Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín Sivigila14, 2002.

Según de la Secretaría Departamental de Salud, la esperanza de vida al nacer para el 2005 fue de 73,7 años, el cual estuvo por encima de la Nacional (72,23) en especial en la población masculina.

El incremento en la mortalidad femenina hace que la esperanza de vida de las mujeres en el Departamento este por debajo de la Nacional, estos casos se ven afectadas primordialmente por las enfermedades cardiovasculares en la población femenina mayor de 60 años (Boletín epidemiológico Departamental No. 1 Vol. 1).

A fin de lograr un mayor impacto en la esperanza de vida de las personas mayores de 60 años es necesario aumentar las actividades de prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares

Según la OPS evitar la muerte prematura y envejecer es un logro de la salud pública. Asimismo, el envejecimiento amenaza con poner en crisis el sistema sanitario, las formas tradicionales de educación, trabajo y la estructura de las sociedades. ¿Esta la sociedad y el sistema de salud del Departamento preparada para atender y afrontar las consecuencias de la prolongación de la vida?

ABORTO COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA²

Según la Organización Panamericana de la Salud existen tres tipos de aborto, inducido, no seguro y el espontáneo. El Aborto inducido, es el embarazo terminado deliberadamente con una intervención. El Aborto inseguro se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas. Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones antihigiénicas. Entre el 10% y el 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten. Y por último el Aborto espontánea resulta de la interrupción de un embarazo sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10% y 15% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo. Este tipo de aborto requiere por lo general tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos fatal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la madre.

Debido a que la mayoría de los abortos se hacen en la clandestinidad, resulta muy difícil estimar el número real de abortos inducidos y obtener datos confiables. Los abortos inducidos son más numerosos que los espontáneos en los países de América Latina.

Debido a la dificultad para distinguir si el aborto es espontáneo o inducido con base en pruebas clínicas, muchas veces el estigma que rodea el aborto también influye negativamente en la prestación de servicios apropiados para las mujeres

² Documento tomado de "Center For Reproductive Right".
http://www.crlp.org/esp_pub_fac_saludpub.html (septiembre 28/2006)

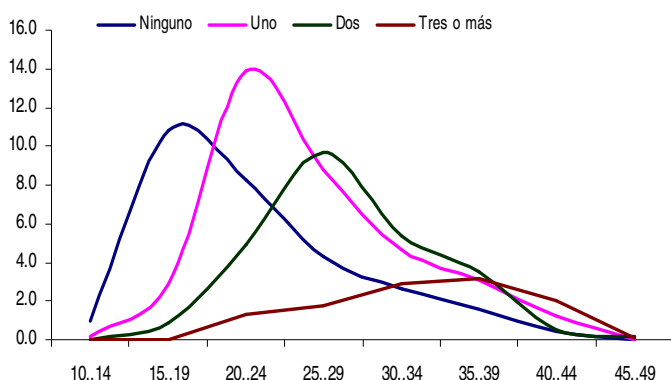


que requieren atención por un aborto espontáneo o que solicitan la interrupción legal del embarazo en aquellos países que lo permiten en situaciones de riesgo para la mujer.

Aunque la mayoría de las mujeres que solicitan abortos están casadas o viven en uniones estables y ya tienen hijos, en el mundo han aumentado considerablemente los casos de abortos entre las adolescentes, particularmente en los lugares donde el aborto es ilegal.

Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años, muchos de los cuales terminan en muerte o daños irreparables que incluyen infertilidad. Más de un tercio de las muertes maternas entre las adolescentes de Chile y Argentina, se produce como resultado de un aborto inseguro. En Perú, un tercio de las mujeres que son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tiene entre 15 y 24 años.

Gráfica 6. Porcentaje de abortos según el grupo de edad de la mujer y el número de hijos nacidos vivos. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Enero a Junio 2005-2006



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaría Departamental de Salud.

Al igual de lo que ocurre en el Perú, pero aun en mayor magnitud en el Departamento más del 40%

de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con aborto tienen entre 15 y 24 años. Asimismo el 11% de los abortos ocurren en mujeres de 14 a 15 años que no han tenido hijos, y el 14 % en mujeres de 20 a 24 hijos madres de un hijo (tabla 6).

En las mujeres con tres o más hijos, los casos de abortos que se presentan han de ser en cierto grado por producto de traumatismos o bien abortos espontáneos de la mujer (tabla 8).

El hecho de que las adolescentes por desconocimiento no acceden a los servicios de salud e información de calidad y de carácter confidencial, incluyendo anticonceptivos, las coloca en la categoría de riesgo de un embarazo no deseado y, por consiguiente, de un aborto inseguro. Especialmente las adolescentes de bajos recursos quienes no tienen los medios para acceder a abortos seguros.

Cada año, millones de mujeres que viven en países con legislaciones restrictivas solicitan abortos a pesar de las prohibiciones legales. Como consecuencia, la mayor parte de los abortos inducidos en América Latina se produce en clínicas clandestinas, sin condiciones higiénicas suficientes y sin un personal preparado para proveer un servicio de aborto seguro que proteja la vida de la mujer.

En 1996, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indicó que el aborto es la causa primordial de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú. El aborto es la segunda causa de muerte en Costa Rica y tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua. No obstante, en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina desde hace más de tres años no se han presentado casos de mortalidad materna.

De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre el 10% y el 50%



necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intrabdominales, al igual que complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico.

La decisión de obtener un aborto pone a la mujer en conflicto con los valores sociales, culturales y religiosos relacionados con la maternidad y es, por lo tanto, una decisión que ninguna mujer toma a la ligera. A pesar de ello, cabe señalar que muchas mujeres prefieren asumir los posibles efectos psicológicos negativos que pudieran surgir como producto de un aborto inducido, antes que verse obligadas a enfrentar un embarazo no deseado.

Las consecuencias devastadoras que tiene para la salud de la mujer una legislación que penaliza el aborto, y que resulta en la práctica prevalente del aborto inseguro, nos demuestra la necesidad de promover una legislación más flexible que facilite el acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas, erradicando de esta manera la práctica clandestina del aborto inseguro que cuesta la vida a millones de mujeres en Latinoamérica.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE)

Ley 599 del 2000 en el capítulo cuarta hace referencia acerca de las penas por incurrir en aborto. En el artículo 122 penaliza a las mujeres que por alguna razón recurrieran al aborto, así como a las instituciones, y el artículo 124 rebaja la penalización en ciertas circunstancias atenuantes, como: cuando el embarazo sea producto del acceso carnal sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo inseminado no consentida.

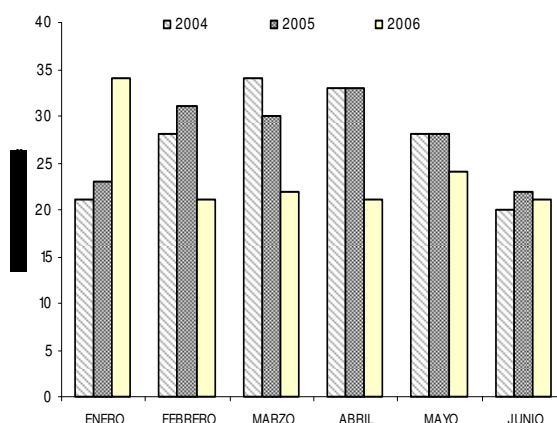
Mediante comunicado de prensa el 10 de Mayo del 2006 la Corte Constitucional declara exequible el artículo 122 en el entendido que no incurre en delito

del Aborto cuando se interrumpe el embarazo bajo las siguientes condiciones:

- Cuando el embarazo constituye un peligro para la vida o salud de la mujer
- Malformaciones del feto que afectan la vida del mismo
- Cuando el embarazo es el resultado de una conducta violenta o de agresión (mencionadas con anterioridad)

La problemática familiar y la negación social y cultural de considerar a los adolescentes como seres sexualmente activo contribuyen a elevar los niveles de aborto. El temor afrontar la responsabilidad conllevan a contemplar el aborto como una solución. Según la OPS el 90% de los jóvenes consideran el aborto como un hecho punible ya sea por el estado o bien por la religión (Salud Sexual y reproductiva. La Juventud Colombiana en el Naciente Milenio, www.col.ops-oms.org sept 13/2006)

Gráfica 7. Total de abortos distribuidos por mes y año. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2004-2006



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaría Departamental de Salud.

Durante el año 2004 se practicaron un total de 306 IVE en mujeres residentes en Departamento archipiélago. La distribución por grupos de edad se



presenta en la tabla 7, donde se aprecia que el porcentaje mayor corresponde a mujeres entre 20 y 24 años de edad (29,1%). El 52% de las IVE realizadas corresponden a mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Tabla 7. Distribución de las interrupciones voluntarias del embarazo, según grupo quinquenal de edad (años). Departamento archipiélago 2004 – 2006 (datos preliminares a Junio)

GRUPO DE EDAD	2004		2005		2006	
	casos	%	casos	%	casos	%
10 a 14 años	3	1,0	3	1,1	2	1,5
15 a 19 años	42	13,7	43	15,8	19	14,0
20 a 24 años	89	29,1	73	26,8	40	29,4
25 a 29 años	77	25,2	67	24,6	32	23,5
30 a 34 años	50	16,3	45	16,5	16	11,8
35 a 39 años	32	10,5	31	11,4	18	13,2
40 a 44 años	13	4,2	10	3,7	7	5,1
45 a 49 años		0,0		0,0	2	1,5
Total	306	100,0	272	100,0	136	100,0

Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud.

En el 2005 se practicaron 272 IVE. El mayor porcentaje corresponde a mujeres entre 20 y 24 años de edad (26,8%) y 29,4% en especial aquellas en unión libre. El 53% de las IVE realizadas en este ultimo o corresponden a mujeres con edades entre 20 y 29 años.

Tabla 8. Distribución de las interrupciones voluntarias del embarazo, según número de hijos vivos Departamento archipiélago 2004 – 2006 (datos preliminares)

N.º hijos vivos actualmente	2004		2005		2006	
	casos	%	casos	%	casos	%
Ninguno	93	30,4	76	27,9	38	27,9
Uno	97	31,7	103	37,9	48	35,3
Dos	84	27,5	65	23,9	29	21,3
Tres	19	6,2	19	7,0	13	9,6
Cuatro o más	13	4,3	9	3,3	8	5,9
Total	306	100,0	272	100,0	136	100,0

Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud.

En el 2004 el 48,3% de las mujeres (93 casos) a las que se les practicó una IVE no tenían hijos y 97

(31,7%) tenían un hijo. En el 2005 el 27,9% de las mujeres (76 casos) que se les practicó una IVE no tenían hijos igual ocurre en e 2006 (junio), mientras que el 37,9% y el 35,3% tenían un hijo en e 2005 y 2006 respectivamente (Tabla 8). Obsérvese como en mueres con tres hijos se ha incrementado el número de IVE.

Evolución de las tasas de IVE y la razón de abortos

Las tasas de IVE por cada 1.000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años) ha disminución desde el 2003. La cual pasó de ser 7,8 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil a ser de 7,1 en el 2005.

Hasta Junio del 2006 se han presentado 3,6 abortos por cada mil mujeres en edad fértil en el Departamento.

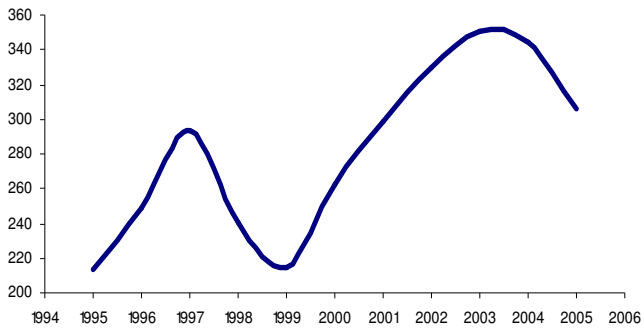
La razón de abortos entre 1995 y 1997 observó un comportamiento creciente, pasó de ser de 214 a 293 abortos por cada 1000 nacidos vivos. En 1999 decreció levemente hasta llegar a ser de 215.

La razón de aborto aumentó drásticamente en un periodo de cuatro años. Es así como en 1999 uno de cada cuatro embarazos terminaba en aborto, en el 2003 uno de cada tres embarazos (Gráfica 8).

Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. Igual comportamiento se presentó en el Departamento en el 2005 en donde ocurrieron 3 abortos por cada diez nacidos vivos Al observar el comportamiento por mes entre el 2004 y el 2005 (Gráfica 8). El 2005 presenta un comportamiento decreciente suavizado a medida que transcurre el año a excepción del mes de Diciembre donde se incrementa.



**Gráfica 8. Evolución de la razón de abortos por año.
Departamento Archipiélago de San Andrés,
Providencia y Santa Catalina. 1995-2005**



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaria Departamental de Salud

El máximo valor de la razón de abortos se presenta en los meses de Febrero y Marzo (después de las festividades de fin de año).



CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA DEL VIH/SIDA

Alrededor de la mitad de los 1,6 millones de casos de SIDA notificados en el mundo desde el comienzo de la epidemia le corresponde a las Américas.

Desde 1986, 472.562 personas han muerto por complicaciones del SIDA. A partir de diciembre de 1997 se habían notificado 808.540 casos de SIDA en la Región de las Américas, lo que representa 47,5% del total de casos en todo el mundo. La OPS estima que la cifra real bien podría duplicar el número de casos notificados. Un factor común de la epidemia del VIH en las Américas ha sido el pasaje del predominio de la transmisión entre varones homosexuales al predominio de la transmisión por contacto heterosexual, sobre todo en el Caribe y en el Istmo Centroamericano (Boletín Epidemiológico. OPS Vol. 19, No. 3 Septiembre 1998, documento Pdf)

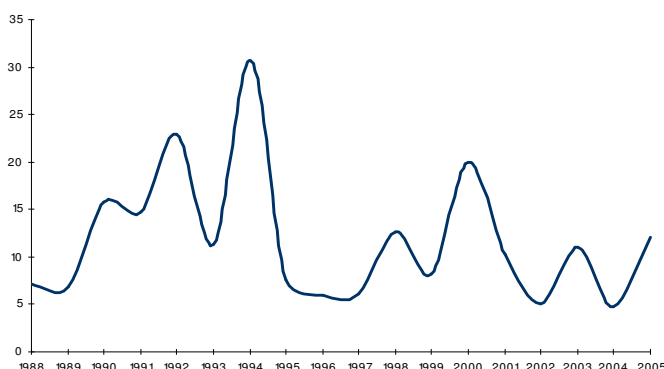
De acuerdo con las estadísticas, el mayor número de casos de SIDA notificados se observa en el grupo de hombres de 30 a 34 años de edad, seguido por el de 25 a 29 años. Entre las mujeres, el grupo con mayor cantidad de casos es el de 25 a 29 años de edad, seguido por el de 30 a 34 años.

Las estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA), muestran que hasta fines del 2003, había en el mundo un total de 40 millones de personas viviendo con VIH/SIDA de los 2.5 millones eran menores de 15 años. En América Latina y El Caribe se estiman que hay más de 2.0 millones las personas viviendo con VIH/SIDA (Boletín Epidemiológico VIH" Comisión Nacional del Sida en Chile número 15 Diciembre 2003, documento Pdf).

Nuestro departamento realiza la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA por mecanismo pasivo, por notificación obligatoria de los casos de SIDA y

personas VIH+ sintomáticas (portadoras) diagnosticadas.

Gráfica 9. Prevalencia de VIH/SIDA. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1988-2005



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaría Departamental de Salud.

La tasa de prevalencia del Sida presentó un comportamiento creciente en el periodo comprendido entre 1988 y 1994 pasando de ser 6,9 y 30,7 casos por cada 1000 habitantes en el Departamento. Se cree que el aumento que hubo. Después de 1997 la tasa presenta un comportamiento oscilatorio irregular.

A nivel nacional según la UNICEF Para el año 2004, la prevalencia nacional en población de 15 a 49 años se estimó en 0.7% (siete por cada mil).

La feminización de la epidemia está ocurriendo gradualmente a nivel nacional y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa a nivel nacional un progresivo cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nor-oriental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la región Caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres



de la misma edad desde comienzos de los noventa (según la UNICEF)³.

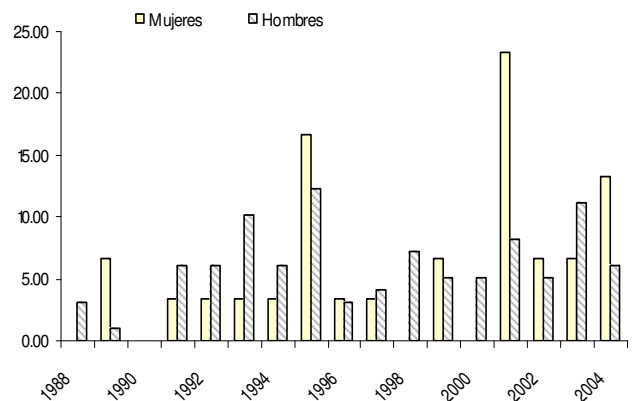
La alta vulnerabilidad de la mujer ante la epidemia del VIH/Sida esta determinada por el contexto cultural machista, por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables.

Las mujeres se infectan a edad más temprana que los hombres, simplemente porque se relacionan con frecuencia con hombres mayores, esto hace que el hombre haya tenido mayor posibilidad de haber adquirido el VIH con anticipación en razón a la edad. La razón de casos hombre y mujer ha descendido de 20:1 al inicio de la epidemia a 8:1 en 1993, a 6:1 en 1998 y a 3:1 entre 1999 y 2003. En los departamentos de la Costa Caribe este indicador es cercano a 1:1.

La relación entre hombres y mujeres viviendo con VIH se ha estrechado en el tiempo llegando a ser 3 hombres por cada mujer en América Latina y 2 hombres por cada mujer en el Caribe, confirmando que existe una tendencia a la feminización de la epidemia.

La tendencia del VIH/Sida como una enfermedad masculina se presenta igualmente en el Departamento, en donde la relación es de 3:1. Este fenómeno se presentó de manera muy especial en el año 2002. En cuanto al fenómeno de la feminización del VIH/Sida, en el año 2001 se presentaron la cuarta parte de todos los casos de sida en mujeres entre 1998 y el 2004, mientras que en el 1995 se presentaron el 17% y el 13% en el 2004 (gráfico 10).

Gráfica 10. Distribución de casos de VIH. / Sida por sexo en el Departamento de San Andrés y Providencia 1988 – 2004



Fuente. Estadísticas vitales. Secretaría Departamental de Salud.

Según la publicación de la UNICEF, entre 1998 y el 2002 el Proyecto Nacional para la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH, a nivel nacional ha logrado que cerca de 120.000 mujeres embarazadas de los estratos mas vulnerables se hayan practicado la prueba para VIH, en donde se ha diagnosticado 213 mujeres y se han atendido 174 partos a gestantes infectadas. Con la terapia antiretroviral que ofrece el proyecto a estas mujeres desde que son diagnosticadas hasta el final de su gestación, se ha evitado la transmisión del VIH a 172 recién nacidos -solo dos han nacido con la infección- los cuales se presentaron en el Departamento Archipiélago.

³ Tomado de <http://www.unicef.org.co/ONUSIDA/situacion.htm>.
15/ctubre/2006



SALUD INTEGRAL EN EL ENTORNO AMBITO-SOCIAL ⁴

NUTRICION

*La alimentación de la familia debe
Incluir alimentos reguladores
Constructores y energéticos*

La alimentación para una persona o familia debe ser equilibrada, es decir, debe contener alimentos variados y en cantidades suficientes para cubrir las necesidades de quienes la consumen.

Pocas cosas proporcionan más salud que la alimentación bien combinada y moderada, Hay unas recomendaciones sencillas y fáciles de aplicar que pueden influir mucho en la buena nutrición y salud de su familia:

Reglas de Oro de la Nutrición

1. Sea moderado con el consumo de carbohidratos (arroz, papa, yuca, dulces, chocolate, harinas en general, panes y galletas). Elija un producto de estos en cada comida.
2. Consuma aceites vegetales, prefiera los de girasol, maíz y soya. Evite el consumo de margarinas y manteca de cerdo. Cuando frite alimentos use poco aceite y en lo posible deseche el sobrante, pues éste se comporta como una margarina al refrotarse.
3. Consuma carne de cerdo no más de tres veces al mes. Escoja la carne sin gordura visible.
4. La carne magra de res, la carne de pollo sin piel y los lácteos, deben constituir el alimento principal de cada comida.
5. Recuerde que el organismo necesita agua, por lo tanto consuma diariamente de seis a ocho

vasos de líquido, incluyendo dentro de éstos sopas o jugos.

6. Las mujeres en embarazo requieren mejor alimentación puesto que de su buena nutrición depende la buena formación del bebé.
7. Las mujeres que están amamantando necesitan una alimentación bien combinada y suficiente.
8. Los niños requieren mejor alimentación porque su crecimiento y desarrollo, así como su resistencia a las enfermedades dependen de la buena nutrición.
9. Los enfermos deben alimentarse muy bien porque necesitan recuperarse rápidamente.
10. Toda la familia debe evitar el exceso de sal, de grasas animales y de dulces.
11. Lactancia permanente y exclusivo durante los seis (6) primeros meses del bebe.

CUIDADOS GENERALES DEL ENFERMO:

*El estado de ánimo del enfermo puede
Variar cuando recibe cuidados que
Requiere con afecto y consideración*

En ocasiones se presentan enfermedades que incapacitan a las personas y requieren ciertos cuidados especiales que usted puede aplicar en casa de forma sencilla, sin muchas complicaciones. Algunos de ellos son:

Comodidad: El enfermo debe de estar en una habitación donde haya luz, ojalá que entren el sol y el aire.

Limpie y ordene el cuarto y la cama. El aseo de las sábanas las cobijas y las fundas de almohada es muy importante para la salud de las personas.

Aseo Personal: Es indispensable el aseo diario de cara, manos, brazos, boca, y genitales con agua tibia y jabón. Si la persona no puede levantarse de la cama enjabone un paño y frótele la cara, brazos y manos. Enjuague el paño y vuelva a frotar. Séquelo

⁴ Documento elaborado por Milena Esther Magallanes Miranda. Nutricionista-Dietista, Contratista de la secretaría de salud departamental



con una toalla limpia, Siga con la espalda, pecho, piernas y pies.

Cambie la ropa del enfermo por una limpia diariamente si es posible. Si la persona tiene una enfermedad infecciosa como hepatitis, diarrea, tuberculosis, heridas infectadas, sarampión, usted debe aumentar los cuidados higiénicos y de aseo.

Alimentación: La mayoría de los enfermos no necesita comida especial; puede alimentarse con la comida diaria de la familia. Es muy importante que el enfermo ingiera suficientes líquidos para que la eliminación de orina se mantenga en forma regular y que se alimente para que se recupere. El enfermo debe consumir frutas y verduras, ricas en fibra que ayuden a una buena digestión.

Si el médico recomienda una dieta especial preste atención a sus instrucciones.

Afecto: No olvide brindar cariño y afecto a la persona enferma para evitar que se deprima. Bríndele oportunidades para que se distraiga (lecturas, juegos, actividades manuales). Si la condición de la persona lo permite, no lo aisle.

Ejercicios y Masajes: Las personas de edad avanzada y quienes deben permanecer en cama varios días se benefician mucho de un masaje suave con talco luego del aseo diario. Igualmente, es muy saludable que muevan los brazos y piernas varias veces al día para activar la circulación.

Si el enfermo se levanta, se le puede animar a que camine un poco sin que llegue a fatigarse. Los ejercicios respiratorios son fáciles de hacer, basta que la persona respire profundamente haciendo que se ventilen bien sus pulmones, puede ejercitarse soplando en una botella de agua a través de un pitillo o inflando una bomba de caucho.

MEJORAMIENTO DEL AMBIENTE

*Un ambiente agradable es importante
Para la salud física y mental de quienes
Habitan en él.*

La Salud y El Ambiente: Desde que un ser humano es concebido hasta que muere siempre está en un ambiente. Se puede decir que todo lo que hay más allá de la piel constituye el medio en que una persona vive, y eso incluye todos los animales, las plantas, los otros seres humanos y todas sus cosas.

Todos los seres humanos debemos luchar por la protección de nuestro medio ambiente. Lugar donde pasamos la mayor parte de nuestra vida -nuestra vivienda- de la familia depende que ese ambiente sea saludable.

FACTORES DE RIESGO EN LA VIVIENDA

La Cocina: Es el lugar que debe tener mayor higiene en la vivienda pues la mayoría de infecciones del aparato digestivo y algunas del aparato respiratorio se adquiere allí.

Lo más importante es mantener un buen aseo con agua y jabón en todos los elementos de la cocina, tapar los alimentos, no dejar entrar animales domésticos a la cocina y tener una buena circulación de aire. Con buen aseo, buena iluminación y ventilación se pueden prevenir muchísimas enfermedades del sistema digestivo y respiratorio.

Las Habitaciones: Una buena ventilación favorece la limpieza y el recambio de aire y disminuye la transmisión de enfermedades; las grietas en las paredes, el piso y los techos además de ser un riesgo de accidentes en el hogar, pueden ser nido de insectos y roedores.

Por ningún motivo debe dormir con animales dentro de la habitación, éstos transmiten enfermedades que pueden ser muy peligrosas para las personas.



El Sanitario: Toda vivienda debe tener algún sistema sanitario donde se depositen los excrementos. En el sanitario no debe faltar papel, preferiblemente higiénico para evitar infecciones de la piel y facilitar la limpieza adecuada. Si hay un recipiente para depositar el papel sucio, debe tener tapa para evitar malos olores y atracción de insectos o roedores.

TOLERANCIA, CONFLICTO Y CONVIVENCIA PACÍFICA

*La familia es base de la sociedad
Y debe ser modelo de convivencia
Pacífica.*

Tolerancia: Es la virtud más útil en la vida social; consiste en aceptar que otras personas pueden tener opiniones diferentes a la nuestra con respecto a una idea, situación o problema. Se es tolerante cuando se escucha con atención, pero ante todo, si no hay muestras de enojo por una opinión distinta. Tolerancia no es aguantar, ni soportar humillaciones o atropellos, tolerancia es admitir que frente a una misma circunstancia o costumbre hay distintas opiniones.

Conflicto: Es el enfrentamiento donde cada uno de los comprometidos trata de ganar e intenta imponer valores, actitudes, estilos de vida, costumbres o creencias. Cada persona es un ser único y tiene diferencias entre la forma de pensar y de actuar, por ejemplo, cuando se toma una decisión frente a una propuesta, pregunta o un problema determinado. Todos los días las personas enfrentan conflictos a nivel personal, familiar o laboral, lo importante es reconocer las diferencias individuales y escuchar con tolerancia los puntos de vista de los demás y evitar la violencia.

Convivencia Pacífica: Como su nombre lo indica, es vivir en armonía no sólo con las demás personas sino con lo que hay a nuestro alrededor. Una auténtica convivencia comienza con la autoestima y

el auto respeto de cada persona, porque alguien que no se valore y no se respete así mismo, vivirá en conflicto con los demás.

Clases De Violencia: La violencia es toda agresión física, verbal o psicológica que se le hace a una persona o grupo de personas. Se conocen distintas clases de violencia:

1. **Familiar:** es muy difícil pretender que la violencia del país se acabe, cuando en la mayoría de los hogares persiste la intolerancia y la ley del más fuerte. Se ha olvidado el diálogo, la comprensión, la tolerancia y se pretende imponer verdades absolutas a todas las personas.
2. **La violencia familiar:** es aquella que se da en el seno familiar y se manifiesta algunas veces con maltrato físico y agresiones verbales.
3. **El maltrato infantil:** es una forma de violencia familiar que como su nombre lo indica es el trato inadecuado que se brinda al niño con el ánimo de “enseñar” o disciplinar.
4. **La violencia Escolar:** Se da en el ambiente estudiantil y puede provenir tanto del docente cuando castiga física o verbalmente a un alumno; aquí es oportuno recalcar que poner en ridículo a un alumno también constituye un tipo de violencia escolar. Al igual ocurre cuando los docentes se enfrentan entre sí por diferencias de costumbres u opiniones.
5. **La violencia Política:** Cuando asesina o se atropella física o verbalmente a otro por diferencias de opinión.
6. **La violencia Religiosa:** Cuando no es tolerante con el credo de otra persona y se le insulta y golpea por no compartir ciertos ideales.

Para acceder a la información más detallada de los artículos publicados: www.sanandres.gov.co, al correo sivigila_sanandres@yahoo.com.mx O bien la Oficina de Vigilancia de Salud Pública de la secretaría Departamental de Salud: Estadística.



**DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**
Reserva de Biosfera Seaflower