



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

# Boletín Epidemiológico

Enero – Marzo 2006

Volumen 2 No. 1

## MIEMBROS

*Dr. Álvaro Archbold*

Gobernador Departamental

*Dra. Shirley Hawkins Britto*

Secretaria Departamental de Salud (E)

*Esp. Elizabeth Mera*

Coordinadora Salud Pública

*M.Sc. Liza Hayes*

Estadística Informática y Demógrafa

*Merari Gómez*

Auxiliar de Enfermería

## GRUPOS FUNCIONALES

*Aseguramiento*

*Unidad de Promoción y Prevención*

*Control de Factores de riesgo del Ambiente y del Consumo*

*Grupo de promotoras de Salud*

Secretaria 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](mailto:sivigila_sanandres@yahoo.com.mx)

Teléfono: (098) 5131115

## CONTENIDO

- 📍 Prologo
- 📍 Boletín Epidemiológico Semanal SIVIGILA
- 📍 Vigilancia en Salud Pública.
  - Situación Epidemiológica en Dengue y Leptospirosis
  - Situación Epidemiológica Enfermedades Diarreicas e Infecciones respiratorias Aguas
- 📍 Cobertura en Vacunación 1998-2005
- 📍 Reconocimiento
- 📍 Bioética y tecnociencia según el principio de responsabilidad de Hans Jonas

## PROLOGO

Para contribuir al conocimiento de la situación de la salud nacional y regional se elabora el Boletín Epidemiológico Departamental. En este informativo además de mostrar la realidad del Departamento busca fortalecer el sistema de información, describir los perfiles y tendencias de la salud, mediante la evaluación de los datos y la adopción de métodos, procedimientos y normas estadísticas para su utilización en los programas de prevención, vigilancia y control de problemas prioritarios de salud.

El análisis de la situación que se presenta en este documento, se puede utilizar como insumo fundamental para sustentar la planeación y evaluación de las acciones que modifiquen los factores de riesgo del Departamento. Es así como en la actualidad la Secretaría de salud ha desarrollado e implementado programas de control y prevención del dengue, la tuberculosis, la leptospirosis, las enfermedades diarreicas e Infecciones respiratorias agudas y otras enfermedades emergentes y reemergentes, así como en la capacitación para implementación y supervisión de la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). La cual sistematiza en un enfoque ordenado y secuencial el conjunto básico de acciones que se deben realizar para la detección precoz, tratamiento oportuno y eficaz de las enfermedades y problemas de salud.

Por otro lado, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) busca: fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacuna, desarrollar la red de laboratorios de salud pública y mantener altas coberturas de vacunación para erradicar el sarampión e impedir la reintroducción del virus de la poliomielitis, y eliminar el tétanos neonatal.

El Boletín servirá para las que las instituciones de salud gubernamentales y no gubernamentales del Departamento conozcan, difundan y analicen los programas de investigación y de capacitación en salud, que necesita el País.

**SHIRLEY HAWKINS BRITTO**

Secretaria de Salud Departamental (E)



## Boletín Epidemiológico Semanal



El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) es un software diseñado por la Dirección de Salud de Antioquia. El cual contiene componentes de Vigilancia de las Enfermedades infecciosas, de mortalidad, de factores de riesgos del ambiente y además incluye información de las actividades de promoción y prevención desarrolladas por las diferentes Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD).

El objetivo del sistema es mejorar la cobertura y la calidad de la información en el nivel local, a través de la identificación, caracterización e integración de las unidades que deben notificar al sistema y la asistencia técnica a las instituciones prestadoras de servicios de salud que se clasifiquen como Unidades notificadotes; en la isla el sistema se haya instalado en la Clínica Villareal, Caja de Compensación Familiar (CAJASAI), queda pendiente por instalarse en la Empresa Social del Estado Hospital Timothy Britton, Hospital Old Providence, Policía Nacional y en la Fuerza Aérea Colombiana (FAC).

**Cuadro1. Total de eventos positivos de notificación obligatoria de eventos Positivos entre la semana 1-13, por grupo de edad y género. 2006**

EVENTOS A CONTROLAR	GRUPOS DE EDAD (año) Y SEXO										TOTAL		Total Evento		
	0 a 1		1 a 4		5 a 14		15 a 44		45 a 64		65 y más			M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F			
Accidente de tránsito	0	0	10	4	19	21	180	130	23	22	3	1	235	178	413
Conjuntivitis	4	7	13	1	2	4	3	8	1	2	0	3	23	25	48
Dengue Clásico	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
Dengue hemorrágico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Diabetes caso nuevo	0	0	0	0	0	0	2	2	1	5	0	0	3	7	10
E.D.A.	25	28	113	105	56	46	107	128	36	44	15	23	360	374	734
Exposición Rábica	0	0	2	1	7	1	5	2	2	0	0	0	16	4	20
Hepatitis A	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2
Hipertension caso nuevo	0	0	0	0	0	0	7	12	4	4	3	2	14	22	36
I.R.A.	150	164	382	377	281	271	226	337	79	126	11	18	1168	1293	2461
Intoxicación por Alimentos y por Agua	0	0	2	4	5	8	15	14	7	10	0	4	29	40	69
Malaria Falsiparum	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Malaria Vivax	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	5	0	5
Mortalidad Perinatal	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Mortalidad por Accicente de Transito	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	2	1	3
Parotiditis viral	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Tuberculosis extra pulmonar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	0	0	0	0	0	1	1	0	5	1	1	0	8	2	10
V.I.H. (SIDA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
Varicela	0	0	3	1	2	1	2	8	0	0	0	0	7	10	17



## VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

### SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN DENGUE Y LEPTOSPIROSIS

#### Dengue 2001-2006

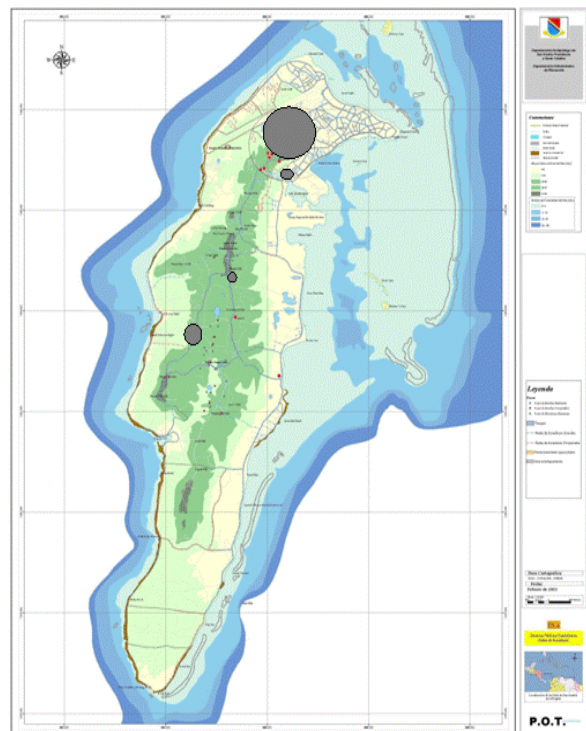
El Dengue es la enfermedad vírica más importante transmitida por artrópodos en todo el mundo. A nivel mundial según la Organización Panamericana de la Salud anualmente se hospitalizan Unos 500.000 pacientes con dengue hemorrágico cada año; de los cuales el 90% de ellos son menores de 15 años de edad.<sup>1</sup>

Asimismo en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina el Dengue Clásico afecta principalmente a la población joven (menores de 15 años). Entre 2001 y el 2006 se reportaron 298 casos de Dengue Clásico. El 91% (270 casos) fueron en menores de 15 años y el 9% (26 casos) en personas cuya edad oscilaba entre los 45 y 64 años de edad.

Hasta la semana epidemiológica número 12 del 2006 se ha notificado un caso de Dengue Clásico el cual se presentó en una persona entre 15 y 44 años de edad.

De los últimos cinco años de estudio, los periodos más críticos corresponden a los años 2001 y 2003 cuando se presentaron 129 y 128 casos de Dengue Clásico respectivamente. Estos casos corresponden a una tasa de 161.1 por 100.000 habitantes.

Los sectores de la Isla de San Andrés en donde se presentan con mayor incidencia los casos es el sector del Cocal el cual cubre las zonas de Back Road, Atlántico, Modelo y el muelle. En menor medida en los sectores rurales (Véase mapa 1)



Mapa 1. Casos de Dengue San Andrés. Entre 2001 - 2006 (marzo)

La Secretaria Departamental de Salud ha venido adelantando actividades las cuales propenden por reducir los vectores y mitigar la incidencia de casos nuevos, tales como:

- Visitas de seguimiento y control casa a casa.
- Abatización por sectores y viviendas
- Eliminación de focos de reproducción
- Proyecto vivienda saludable.

<sup>1</sup> Extracción tomada de "Boletín Epidemiológico". Organización Panamericana de la Salud (2000). Volumen 21 Número 2



## Leptospirosis 1999-2006

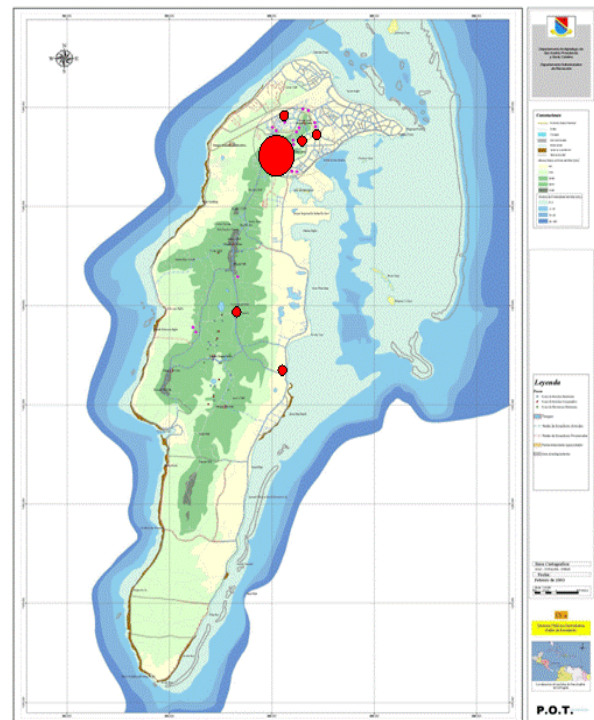
La leptospirosis es considerada una de las enfermedades emergentes de la actualidad. Se presenta con más frecuencia en los países de clima subtropical o tropical húmedo. La enfermedad se transmite a los seres humanos por contacto directo con la orina de los animales infectados o en un ambiente contaminado por orina, principalmente aguas superficiales, suelo y plantas. Cuando el hombre toma contacto con terrenos o aguas contaminadas con orina infectada, ya sea a través de mucosas, conjuntiva o piel erosionada, las leptospiras pasan al torrente sanguíneo produciéndose así la enfermedad. Es muy rara la infección a través de la ingesta de alimentos.

En todo el mundo la incidencia de la enfermedad es mayor en hombres que en mujeres; debido a la actividad laboral y al contacto con el medio ambiente. Este resultado coincide con el comportamiento observado en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. De un total de 21 casos positivos presentados enero 1999 y marzo del 2006, tan solo 2 pertenecían a mujeres.

De las 21 personas cuatro han fallecido productos de esta enfermedad, lo cual representa una tasa de letalidad de 2 defunciones por cada 10 enfermos entre 1999 y marzo del 2006. La enfermedad afecta a la población activa, es decir el 70% de los casos se presentaron en la población adulta (mayor de 40 años). El 18% de las cosas en personas entre 35 y 39 años.

De igual manera entre 1999 y marzo del 2006, el 81% de los casos se presentaron en la isla de San Andrés y 4 en Providencia (19%). De los casos que se presentaron en la isla de San Andrés, el 59% se presentaron en las zonas rurales. El sector con el mayor número de casos (7) fue Perry Hill, seguido por San Luis con dos casos y uno en el sector de Barrack.

En la zona urbana de San Andrés, se presentaron 7 casos, los cuales representan el 41% de los casos de la isla de San Andrés. Siendo el sector de mayor incidencia el denominado Cocal, con tres casos en Back Road, y los demás barrios con un solo caso (Barrio Atlántico, Juan XXIII, Rock Hole John Well, School House) (véase mapa 2). En estos barrios las condiciones sanitarias son deficientes en cuanto al manejo y eliminación de basuras, un deficiente tratamiento de las aguas negras, y deficiente suministro de agua potable, sumado con las características propias de la higiene de las viviendas.



**Mapa 2. Casos entre 1999-2006 (marzo) de leptospirosis en San Andrés.**

La secretaria Departamental de Salud ha comprobado que los sectores en donde se presentan los casos de dengue coinciden con los de Leptospirosis. Considerando este sector como la zona de Mayor riesgo y por ende de prioridad en la atención y en torno a este sector ha realizado las siguientes medidas de prevención son:



a) promoción de un nivel adecuado de alerta, sospecha precoz, diagnóstico y tratamiento oportuno, b) Control de animales y del ambiente. c) Eliminar los basurales y toda condición ambiental de riesgo en concertación con la comunidad, y por último, la sensibilización y educación continua de la población frente a los factores de riesgo producidos en el ambiente reproducidos en los hogares productos de las culturas.

Es de aclarar que no es función de la secretaria Departamental de Salud realizar las actividades de limpieza por ende al final de los procesos de concientización se espera que las condiciones de salubridad en la comunidad haya mejorado lo cual repercute en la incidencia de los casos y por ende en la reducción del número de enfermos.

---

---

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

El resultado de los controles y seguimiento de la población Infantil (menor de 5 años) en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el incremento de las actividades de promoción y prevención y contar con un personal de salud altamente capacitada y un tratamiento adecuado de las casos ha conllevado a que no se presenten casos de defunciones por Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) ni por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

Entre 1998 y el 2006 se han venido mejorando las notificaciones las cuales están a cargo de estas Unidades Primarias. Desde el 2000 la notificación es oportuna eficiente y la realizan todas las

instituciones Unidades Primarias Generadoras de datos habilitadas para San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

### Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A.) en población menor de 5 años

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) es uno de los principales problemas de salud en especial en la población infante (menor de cinco años), en donde los niños padecen en promedio 3 episodios y en los casos más extrema llegan a ser de 9<sup>2</sup>.

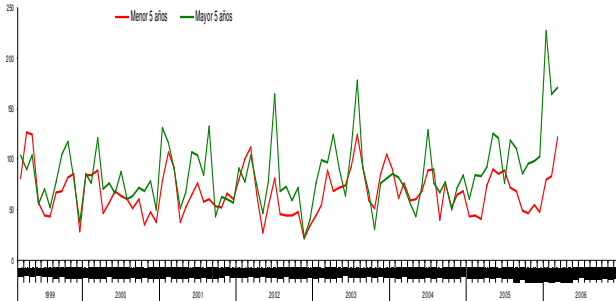
En promedio en el año 1999 se presentaron en 62 casos EDA en la población menor de 5 años y 69 en la población mayor de 5 años. En el 2003 el promedio de casos asciende en 78 casos en la población menor de 5 años.

En el 2003 se presentó una epidemia lo cual hace que el comportamiento de los casos de EDA que se presentaran en el Departamento estuviere por encima de los visto en años anteriores. Es de más resaltar que en lo se lleva del año 2006 (marzo) el número de casos que se presentaron en la población mayor de 5 años muestra un incremento por encima del observado en el 2003 y en el 2002 (véase gráfico 1).

Por lo que la secretaria Departamental de Salud adelante el estudio para determinar las causas de este comportamiento, en primer lugar mediante un estudio centinela conjuntamente con el Instituto Nacional de Salud. En segundo lugar revisión de las metodológicas y operativa de las notificaciones desde la Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)

---

<sup>2</sup> Según el Boletín Informativo de Vigilancia en Salud Publica del Departamento del Cesar de enero del 2005, volumen 1 número 7.



**Gráfico 1. Casos de las Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A) por periodo epidemiológico Según grupo de edad (menor y mayor de 5 años). Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1999 – 2006 (marzo).**

El cuadro No.1 representan las tasas por 1000 niños menores de 5 años y por 1000 personas mayores de 5 años, respectivamente. Según los resultados del cuadro, en la población infantil la mayor tasa de incidencia del EDA se presentó en el 2003, cuando se observaron 127 casos por cada 1000 niños menores de 5 años.

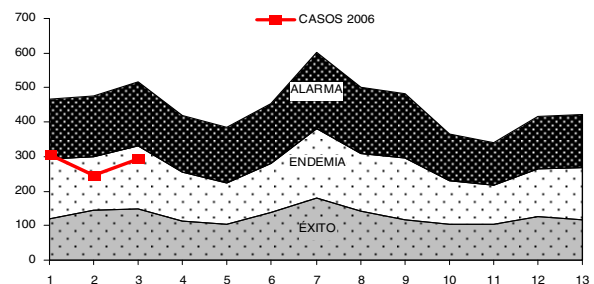
A partir de este año la tasa decrece hasta ser de 100 casos en el 2005, comportamiento similar al que se presentó en el 2002. Hasta el tercer periodo epidemiológico del 2006 se presentaron 33 casos por cada 1000 niños menores de 5 años (asumiendo que la estructura de la población es similar a la observada en el año anterior -2005)

**Cuadro No 1. Tasas de Incidencia (por 1.000 habitantes) y número de casos de las Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A) según año de ocurrencia. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2001 – 2006 (marzo)**

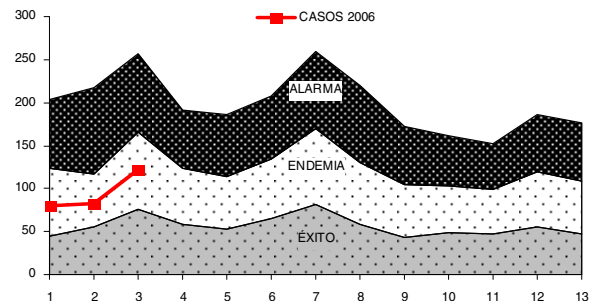
AÑO	Total		Menor 5 años		Mayor 5 años	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2001	2200	29,2	888	120,1	1312	19,3
2002	1729	22,3	758	99,9	971	13,9
2003	2200	27,7	993	127,5	1207	16,8
2004	1882	23,1	914	114,5	968	13,2
2005	2063	24,7	822	100,6	1241	16,5
2006 <sup>1/</sup>	726	8,7	285	33,2	455	6,0
Masculino	352	8,2	138	26,5	214	5,6
Femenino	374	9,3	133	26,0	241	6,9

En cuanto a la población mayor de 5 años la tasa de incidencia mantiene un comportamiento irregular, oscilando entre 13 y 16 casos por cada 1000 personas mayores de 5 años. En el 2001 se presentaron 19 casos, siendo esta tasa la más alta observada. Hasta el tercer periodo epidemiológico del 2006 se han presentado 6 casos. Asumiendo que la estructura de la población del 2006 por grupo de edad y género es similar a la que se presentó en el 2005.

Del mismo modo al analizar la incidencia de la tasa por género y grupo de edad (cuadro No. 1) se advierte como hasta marzo del 2006 se presentaron aproximadamente 27 y 26 casos de EDA por cada 1000 niños y 1000 niñas menores de 5 años respectivamente. En cuanto a la población mayor de 5 años no se observa diferencia en la incidencia de la enfermedad (aproximadamente 6 casos por cada 1000 hombres y 7 casos 1000 mujeres).



**Gráfico 2. Corredor epidemiológico de las Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A) por periodos epidemiológicos para la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2006**



**Gráfico 3. Corredor epidemiológico de las Enfermedades Diarreicas Agudas (E.D.A) por periodo epidemiológico para la población menor de 5 años del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2006**

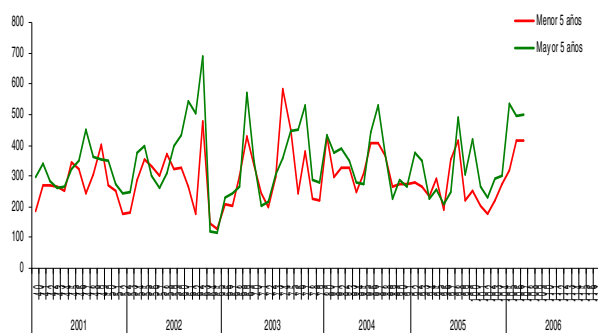


Los corredores epidemiológicos representan gráficamente el riesgo medido como el percentil de los casos ocurridos en años anteriores, y se compara con los ocurridos en el periodo de estudio.

Según los resultados de las gráficas, en términos generales durante el primer periodo epidemiológico los casos de EDA estuvieron en el margen de Alarma, a partir del segundo periodo, esta condición cambio y los casos se presentaron según lo esperado (gráfico 2). En cuanto a la población infantil (menor de 5 años) a lo largo de los tres periodos epidemiológico los casos se presentaron según lo esperado (gráfico 3).

### Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) en Población menor de 5 años

La infección Respiratoria Aguda es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias. Según estimaciones de los últimos años en las Américas se registraron más de 100.000 defunciones anuales por IRA en la población menor de 1 año. En el Departamento no se han presentado defunciones por esta causa.



**Gráfico 4. Casos de las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) por periodo epidemiológico Según grupo de edad (menor y mayor de 5 años). Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2001 – 2006 (marzo).**

En el gráfico 4 se observa un comportamiento homogéneo en el número de los casos reportados por IRA entre el 2001 y el 2002. No obstante a finales del 2002 se presenta un incremento en el número de los casos, en especial en la población mayor de 5 años.

En el primer periodo epidemiológico del 2003 el número de casos desciende. En el noveno periodo epidemiológico del 2003 se presentaron 583 y 356 casos en niños menores de 5 años y en la población mayor de 5 años respectivamente, siendo este el único caso aislado cuando se presentan más casos en la población infantil.

Entre el 2004 hasta marzo del 2006 el número de casos por IRA tanto en la población mayor como en la menor de 5 años mantiene un comportamiento irregular pero muy similar entre los grupos de edad.

En cuanto al comportamiento de las tasas, en la población infantil en el 2001 se presentaron 493 casos por 1000 niños menores de 5 años. A partir de esta fecha se la tasa de incidencia por IRA se incrementa, adquiriendo su máximo valor en el 2003 donde se afectaron 529 por 1000 niños menores de 5 años. La tasa decrece hasta llegar a ser de 462 en el 2005. En lo que se lleva del 2006 se afectaron por estas infecciones 131 niños menores de 5 años (cuadro 2).

**Cuadro 2. Tasas de Incidencia (1.000 habitantes) y número de casos de Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) según año de ocurrencia. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2001 – 2006 (marzo)**

AÑO	Población		Menor 5 años		Mayor 5 años	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2001	8581	113,7	3643	492,7	4938	72,6
2002	8562	110,6	3868	509,6	4694	67,2
2003	8581	108,0	4126	529,9	4455	62,2
2004	8568	105,2	4114	515,4	4454	60,6
2005	7392	88,6	3777	462,1	3615	48,1
2006 <sup>1/</sup>	2422	29,0	1073	131,3	1349	17,9
Masculino	1129	2,6	532	10,2	541	1,4
Femenino	1293	3,2	1349	26,4	752	2,1

<sup>1/</sup> Casos acumulados hasta tercer periodo epidemiológicos



Asimismo en el 2001 se presentaron 73 casos por 1000 personas mayores de 5 años. Entre el 2002 y el 2005 la tasa adopta un comportamiento decreciente pasando de afectar de 67 a 61 personas en el 2004. En el 2005 la tasa de incidencia decrece abruptamente (48 casos). En lo que se lleva del 2006 se han presentado 18 casos por 1000 personas mayores de 5 años del Departamento (cuadro 2).

Al aludir el comportamiento de la incidencia del 2006 por género y grupo de edad del IRA, según lo ilustra el cuadro 2, en los niños menores de 5 años se presentaron 10 casos por 1000 niños y 26 por 1000 niñas menores de 5 años. Igualmente se registró un 1 caso por 1000 hombres y 2 por 1000 mujeres mayores de 5 años.

Al estudiar los casos que se presentaron en el 2006 en relación con los ocurridos en años anteriores como se ilustra en las gráficas 5 y 6 los casos de IRA se presentaron durante el segundo periodo epidemiológico estuvieron en el 2006 en la población menor de 5 años ocurrieron dentro del límite de la endemia; es decir se presentaron los casos esperados (gráfico 5), igual ocurre con los la incidencia en la población total (gráfico 6)

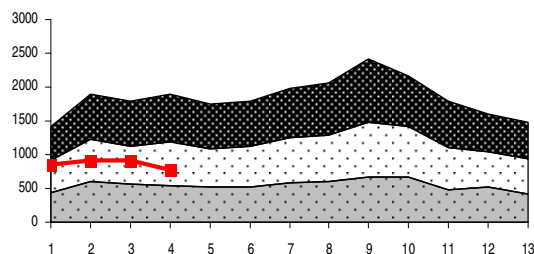


Gráfico 5. Corredor epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A) por periodos epidemiológicos para la población del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2006

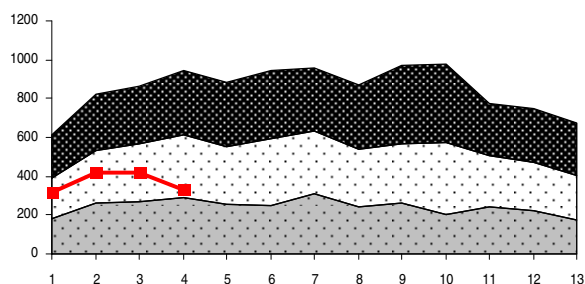


Gráfico 6. Corredor epidemiológico de las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A) por periodo epidemiológico para la población menor de 5 años del Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 2006

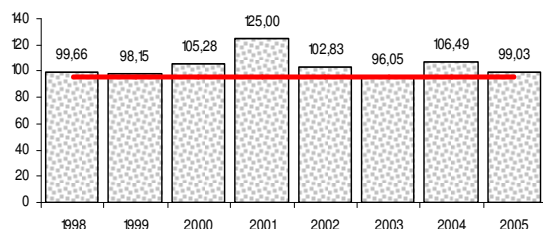
## COBERTURA EN VACUNACIÓN 1998 - 2005

Para lograr el cumplimiento de las metas propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo respecto a la prioridades de salud pública definidas por la Nación en la circula 018 del 2004, las entidades territoriales deberán desarrollar las siguientes actividades e intervenciones en los planes de atención básica durante la vigencia 2004-2007.

Realizar actividades para la reducción de enfermedades Inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil: lograr coberturas del 95% en los menores de 5 años, con todos los biológicos del programa ampliado de inmunizaciones. Con respecto al nivel Nacional, El Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es un ejemplo de cumplimiento de coberturas utilizando la población real de nacidos vivos.



## POLIO

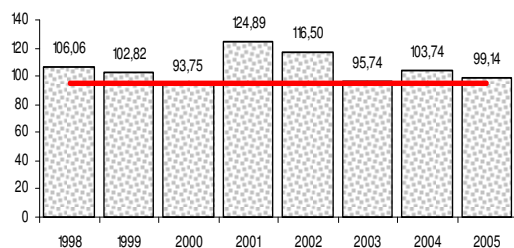


**Gráfico 7. Cobertura de vacunación de POLIO Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1996-2005**

Entre 1998 y el 2005 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina se ha cumplido con la meta de vacunación (95%). En 1998 se vacunaron contra el POLIO al 100% de los recién nacidos y el 98% en 1999.

Entre el 2000 y el 2002 y en el año 2004 se vacunaron más de los recién nacidos esto se debe a que en las jornadas de vacunación esta se hace en rebaño y pueden presentarse casos de niños que se han vacunado más de una vez, al igual se presentaron el caso de niños menores de un año que no nacieron en el Departamento pero que al momento de la jornada se encontraban viviendo en la isla. En el 2005 se vacunaron el 99% de los recién nacidos.

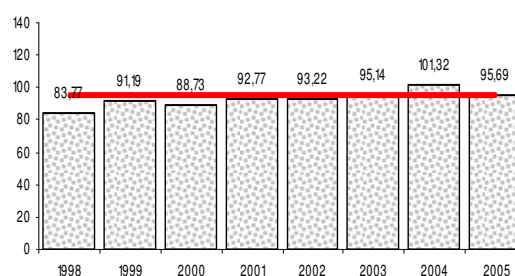
## DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA (DPT)



**Gráfico 8. Cobertura de vacunación de Difteria, Tétanos y Tosferina (DOT) Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1996-2005**

Al igual que el comportamiento de Polio, entre el periodo comprendido entre 1998 y el 2005 el Departamento ha cumplido a satisfacción con el indicador de cobertura y en mucho de los casos ha sobredimensionado los casos, vacunando así a más niños menores de un año que los esperados en el Departamento. En el año 2000 la meta de cumplimiento estuvo por debajo del nacional, se vacunaron el 94% de los menores de un año. Sólo en el año 2003 se logró el 96% de cobertura en todos los niños menores de un año.

## TUBERCULOSIS

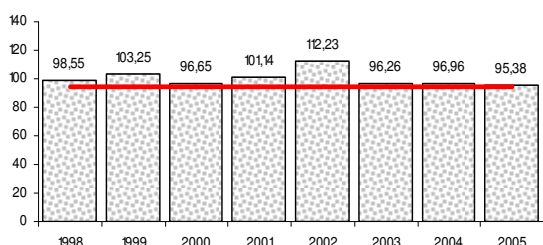


**Gráfico 9. Cobertura de vacunación Contra la Tuberculosis (BCG) Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1996-2005**

La cobertura de vacunación contra la tuberculosis esta por debajo de la meta Nacional. Una de las posibles motivos que explican este comportamiento son: aplicación tardía de la vacuna (ocho días de haber nacido), Escasez de Vacunas (Biológicos) a nivel nacional, falta de seguimiento y captación de los niños no vacunados por las Entidades Promotoras de Salud. Es así como tan sólo en los años 2003 y 2004 se llega a cubrir la meta nacional.



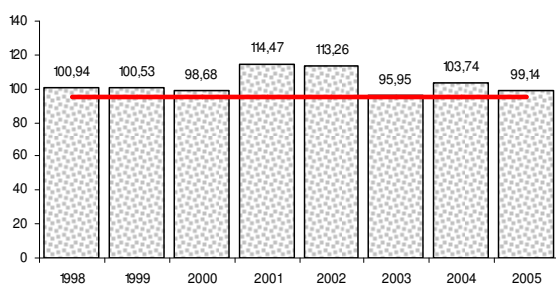
## TRIPLE VIRAL (MMR)



**Gráfico 10. Cobertura de vacunación de triple viral (MMR) Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1996- 2005**

Las coberturas de vacunación de la Triple Viral (MMR) se han mantenido por encima de la meta Nacional (mayor del 95%). En 1998 se vacunaron el 96% de los niños de un año. Entre 1999 y el 2002 la cobertura de vacunación estuvo por encima del 100%; es decir se vacunaron más niños de un año que los proyectados. Entre 2003 y el 2005 la cobertura oscila entre el 95% y el 97%. No obstante se presentaron años en donde la cobertura estuvo por encima del 100%, con Sarampión, los cuales coinciden con las jornadas de vacunación en donde se incluyen otros grupos de población.

## HEPATITS B



**Gráfico 11. Cobertura de vacunación de Hepatitis B Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. 1996- 2005**

El comportamiento de la cobertura de vacunación por Hepatitis B en términos generales esta por encima del nivel nacional esperado; es decir entre 1998 y el 2005 se ha vacunado más del 95% de los menores de un año.

## ALERTA POR SARAMPION

El Gobierno Nacional ha decretado la alerta al Nivel nacional por SARAMPION debido a 22 casos confirmados en el país de Venezuela.

El gobierno local atendiendo elaboró el Plan de contingencia para el sarampión y rubéola, en este plan se contemplan las actividades de fortalecimiento e incremento de cobertura en vacunación. Asimismo se desarrollan actividades tendientes a incrementar la vigilancia en el área Portuaria de las islas. Se implementa a su vez el estudio de caso el cual propende por caracterizar la circulación viral de síndrome febril en el Departamento. La Secretaría Departamental de Salud mediante estas metodologías espera evitar el posible riesgo de brote por Sarampión y rubéola en el Departamento.

## RECONOCIMIENTO

La Secretaria Departamental de Salud, desea aprovechar este espacio para agradecer y darle un homenaje a las Trabajadoras Sociales, Bacteriólogas, Enfermeras y Estadística, quienes con su gran esfuerzo y labor han logrado mantener el estado de Salud de la población del Departamento reduciendo las brechas de acceso a los servicios, gracias a su labor diaria la visita familia-familia y la generación de información de calidad.

Felicidades  
**Felicidades**



---

---

## **BIOÉTICA Y TECNOCENCIA SEGÚN EL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD DE HANS JONAS<sup>3</sup>**

José Eduardo de Siqueira\*

“El desafío de la futura bioética es que, más que nunca, poseemos conocimiento científico y capacidad tecnológica, sin embargo no tenemos la mínima noción de cómo utilizarlos, siendo que la crisis de nuestra era es la de haber adquirido un poder inesperado que debemos usarlo en medio del caos de un mundo postradicional, postcristiano y postmoderno”.

H.T. Engelhardt

---

---

Hans Jonas señala como marco inicial del abuso del dominio del hombre sobre la naturaleza, causando su destrucción, el choque provocado por las bombas de Hiroshima y Nagasaki. En una entrevista publicada en el número 171 de la revista *Esprit*, del mes de mayo de 1991, dice textualmente: “Ello puso en marcha el pensamiento hacia un nuevo tipo de cuestionamiento, que maduró debido al peligro que representa para nosotros mismos nuestro poder, el poder del hombre sobre la naturaleza”<sup>(3)</sup>.

Sin embargo, más que la conciencia de un brusco apocalipsis, él tuvo el sentimiento de un posible apocalipsis gradual, resultante del creciente peligro presentado por los riesgos del progreso técnico global y su utilización inadecuada. Hasta ese entonces, el alcance de las prescripciones éticas estaba restringido al ámbito de la relación con el prójimo en el momento presente. Era una ética antropocéntrica y dirigida a la contemporaneidad.

La moderna intervención tecnológica cambió

drásticamente esa plácida realidad al poner la naturaleza al servicio del hombre y posible de ser alterada radicalmente. De ese modo, el hombre pasó a tener una relación de responsabilidad con la naturaleza, puesto que la misma se encuentra bajo su poder. Además de la intervención en la naturaleza extrahumana, es grave la manipulación del patrimonio genético del ser humano, que podrá introducir alteraciones duraderas de consecuencias futuras imprevisibles.

Concluye diciendo que es preciso una nueva propuesta ética, que contemple no sólo la persona humana, sino la naturaleza también. Ese nuevo poder de la acción humana impone modificaciones en la propia naturaleza de la ética. Todas las éticas tradicionales obedecían premisas que se interrelacionaban mutuamente y que son las siguientes: 1) La condición humana, resultante de la naturaleza del hombre y de las cosas, permanecía fundamentalmente inmutable para siempre. 2) Con base en ese presupuesto, se podía determinar con claridad y sin dificultad el bien humano. 3) El alcance de la acción humana y de su consecuente responsabilidad estaba perfectamente delimitado.

Todo bien o mal que su capacidad inventiva pudiera proporcionar, se encontraba siempre dentro de los límites de la acción del ser humano, sin afectar la naturaleza de las cosas extrahumanas. La naturaleza no era objeto de responsabilidad humana, pues cuidaba de sí misma. La ética tenía que ver con el aquí y ahora. A cambio de los antiguos imperativos éticos, entre los cuales el imperativo kantiano constituye el parámetro ejemplar “Actúa de tal modo que el principio de tu acción se transforme en una ley universal” Jonas propone un nuevo imperativo: “Actúa de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica”, o expresándolo de modo negativo: “No pongas en peligro la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra”.

<sup>3</sup> Artículo tomado de Revista Bioética No. 2 . Asociación Argentina de Bioética [www.aabioetica.org](http://www.aabioetica.org)

\* Doctor en Medicina; Magister en Bioética en la Universidad de Chile, Profesor de Clínica Médica y Bioética en la Universidad Estadual de Londrina. Vice-Presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética.



*La tremenda vulnerabilidad de la naturaleza sometida a la intervención tecnológica del hombre, muestra una situación inusitada, pues nada menos que toda la biósfera del planeta está expuesta a posibles alteraciones, lo cual hace imprescindible considerar que, no sólo debe anhelarse el bien común, como también el de toda la naturaleza extrahumana.*

Otras posibles intervenciones en la naturaleza del ser humano revelan las proporciones del desafío para el pensamiento ético, con respecto a la condición humana propiamente dicha. Jonas plantea una serie de interrogantes críticas. Con respecto a la prolongación de la vida humana se pregunta: ¿Hasta qué punto esto es deseable? Sobre el control de la conducta humana: ¿Debemos inducir sentimientos de felicidad o placer en la vida de las personas a través de estímulos químicos? En relación a la manipulación genética, donde el hombre toma en sus manos su propia evolución: ¿Estaremos capacitados para el papel de creadores? ¿Quiénes serán los escultores de la nueva imagen del hombre? ¿Según qué criterios y en base a qué modelos? ¿El hombre tendrá el derecho de cambiar el patrimonio genético del propio hombre? Y advierte:

“Ante un potencial casi escatológico de nuestra tecnología, la ignorancia sobre las últimas consecuencias será, por sí sola, razón suficiente para una moderación responsable (...) Hay otro aspecto digno de mencionarse, los no nacidos carecen de poder (...) ¿Qué fuerza debe representar el futuro en el presente?”<sup>(4)</sup>

Delante de un poder tan extraordinario de transformaciones estamos desprovistos de reglas que ordenen las acciones humanas. Ese enorme desajuste sólo podrá repararse, de acuerdo con Jonas, mediante la formulación de una nueva Ética.

## EL HOMBRE COMO OBJETO DE LA TECNOCENCIA

Estamos muy cerca de convertirnos en señores del secreto de la vida. El Proyecto Genoma Humano nos entregará, en los próximos años, los misterios más íntimos de toda la naturaleza humana. Nada más será inmutable ya que el hombre dominará la más poderosa herramienta de transformaciones de la especie.

De modo general, las personas se sienten perplejas delante del extraordinario poder de la ciencia y se interrogan sobre sus rumbos. La ciega creencia en una tecnología fría es criticada, pues al imponer un patético progreso desconoce todo límite. Los más temerosos se preguntan: ¿A dónde vamos? ¿Será ése el destino que realmente queremos para la humanidad? Sentimientos de frustración y hasta enojo surgen al despreciarse la identidad y dignidad de los seres humanos, en investigaciones científicas que obedecen el único e imperial mandamiento de que *“lo que puede ser hecho, debe ser hecho”*. Los ejemplos abundan. La tecnología de la biomedicina, que impone criterios técnicos por encima de los valores morales al prolongar la vida de pacientes terminales. Un proyecto de investigación, que en nombre de superiores conocimientos científicos permite que negros enfermos de sífilis permanezcan veinticinco años sin tratamiento específico. Una tecnología industrial que considera solamente el lucro, ignorando las reglas fundamentales de protección a la salud pública.

---

Para acceder al artículo completo: [www.aabioetica.org](http://www.aabioetica.org)

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