

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

MUNICIPIOS FRONTERIZOS DEL DEPARTAMENTO DE CHOCÓ

FRONTERA CON PANAMÁ



2010

REPRESENTANTES INSTITUCIONALES DEL NIVEL CENTRAL Y LOCAL

A continuación se presenta una lista de las personas que participaron durante las diversas actividades de elaboración del Análisis de Situación de Salud (ASIS) de los municipios fronterizos de Chocó - 2010. Esta breve presentación se realiza como muestra de agradecimiento a los valiosos aportes de todas las personas que participaron en su elaboración, cuyo apoyo permitió obtener un documento de gran calidad y utilidad para la planeación estratégica del sector de salud pública de esta zona fronteriza.

GOBERNACIÓN DE CHOCÓ

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DE CHOCÓ

Doctor
LIZ MANUEL CORPUS
Secretaria Departamental de Salud

Doctora
ZULMA BEJARANO MATURANA
Jefe Laboratorio Salud Pública

Doctora
MARÍA UBERTINA CÓRDOBA
Jefe Área de Planeación

Doctora
MILADYS MOSQUERA
Epidemióloga

REPRESENTANTES INSTITUCIONALES DEL NIVEL CENTRAL

Asistencia técnica
EVELYN CALDERÓN GARAY
Gestora de Fronteras
Convenio 485/2010-OPS/MSPS

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	6
PRESENTACIÓN DEL ASIS FRONTERA DE CHOCÓ Y PANAMÁ	7
SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	8
OBJETIVO	9
ANTECEDENTES DE LOS ASIS EN FRONTERAS.....	10
ANTECEDENTES DEL ASIS EN COLOMBIA	11
INTRODUCCIÓN	12
INFORMACIÓN CONTEXTUAL	13
COLOMBIA.....	13
PANAMÁ	14
LA FRONTERA COLOMBO-PANAMEÑA	15
ANÁLISIS POR COMPONENTES	16
ASPECTO TERRITORIAL Y GEOGRÁFICO	16
Localización física del distrito	16
Estructuras físicas fundamentales	17
Accesibilidad geográfica	18
ASPECTO DEMOGRÁFICO	19
Población total	20
Proporción de población según sexo.....	21
Proporción de población según grupos de edad	21
Proporción de población según zona	22
Proporción de población por pertenencia étnica.....	23
Tasa de crecimiento anual de la población.....	23
Tasa general de fecundidad	23
Tasa bruta de natalidad	24
Tasa bruta de mortalidad.....	24
ASPECTO SOCIOECONÓMICO	28
Proporción de población con NBI	28
Tasa de desempleo	28
Proporción de población en hacinamiento.....	29
Población desplazada	29
Educación.....	30
SALUD INFANTIL.....	30
Tasa de mortalidad infantil.....	30
Tasa de mortalidad neonatal	31
Tasa de mortalidad perinatal	31
Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años.....	32
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	32
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).....	33
Tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños	33
Tercera dosis de antipolio en menores de un año.....	33
Tercera dosis de pentavalente en menores de un año.....	33
Cobertura de triple viral en población de un año de edad	33
Cobertura de BCG en recién nacidos.....	34
Cobertura con antiamarilica en población de un año de edad.....	34
Proporción de niños que han sufrido lesiones, accidentes y violencia	34
Número anual de casos registrados de sífilis congénita.....	34
Número de niños menores de 2 años con VIH.....	34

Cobertura de determinación de TSH en el recién nacido	34
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	35
Razón de mortalidad materna	35
Número de muertes maternas	36
Número de adolescentes con hijos nacidos vivos	36
Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.....	36
Número de personas vivas clasificadas como VIH positivas	37
Personas vivas con diagnóstico de SIDA	37
Personas vivas con tratamiento antirretroviral para VIH positivos.....	37
Número de gestantes con VIH-SIDA.....	37
Número de personas con infección con TBC – VIH	37
Número de muertes por VIH-SIDA	37
Tasa de mortalidad por cáncer de seno	37
SALUD ORAL.....	37
Número de personas que consultan al odontólogo en el último año	38
Número de niños que han recibido sellantes en el último año.....	38
Número de niños que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año.....	38
SALUD MENTAL	38
Porcentaje de municipios del departamento que han elaborado e implementado planes de salud mental.....	39
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS	39
Incidencia de tuberculosis estimada.....	40
Tasa de mortalidad por tuberculosis.....	41
Porcentaje de detección de casos de tuberculosis.....	41
Prevalencia de lepra.....	41
Prevalencia de lepra por municipios	41
Incidencia de lepra	42
Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)	42
Casos de rabia humana transmitida por perro.....	42
Casos de rabia en perros	42
Control de focos en rabia silvestre	42
Cobertura de vacunación antirrábica canina	42
Cobertura de vacunación antirrábica felina	43
Número de muertes por fiebre amarilla	43
Número de casos de fiebre amarilla	43
Índice Parasitario Anual (IPA).....	43
Índice por Plasmodium falciparum anual (IFA).....	44
Índice por Plasmodium Vivax anual (IVA).....	44
Letalidad por malaria	44
Proporción de complicaciones por malaria	44
Incidencia de dengue	45
Proporción de casos de dengue grave	45
Proporción de hospitalizaciones por dengue grave	45
Letalidad por dengue grave.....	45
Número de casos reportados de cólera.....	45
Letalidad por cólera	45
Incidencia anual de leishmaniasis según forma clínica	45
Letalidad por leishmaniasis visceral	46
Prevalencia de chagas	46
Incidencia de chagas.....	46

Letalidad por chagas	46
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES	46
Prevalencia de insuficiencia renal crónica	47
Incidencia de Insuficiencia renal crónica	47
Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica	47
Prevalencia de diabetes mellitus	47
Incidencia de diabetes mellitus	47
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus	48
Prevalencia de hipertensión arterial	48
Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva	48
Proporción de población con alguna limitación	48
SALUD NUTRICIONAL	49
Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer (BPN) menor a 2500 gramos	49
Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años	50
Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles	50
Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares	50
Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario	50
SALUD SANITARIA Y DEL AMBIENTE	51
Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA)	51
Índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua para consumo humano (IRABAm)	51
Proporción de viviendas con servicios domiciliarios	51
SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL	51
Cobertura de afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales	52
Tasa de muertes calificadas como profesionales	52
Tasa de muerte por causas calificadas como profesionales	52
Tasa de accidentes calificadas como profesionales	52
Tasa por tipos de accidentes calificadas como profesionales	52
Tasa de enfermedades calificadas como profesionales	52
Tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales	52
RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD	53
Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud	53
Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada	54
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales	54
Razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes	54
Se asocia también los egresos hospitalarios a la baja e insuficiente disponibilidad de camas, encontrando que en la zona fronteriza, durante el año 2010 por cada 1000 habitantes, se presentaron 4 egresos hospitalarios	54
Razón de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes	54
Razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes	54
Porcentaje de ocupación de camas	54
Número de instituciones de salud según nivel de atención	55
Cobertura de IPS con COVES	55
Porcentaje de UPGD que notifican semanalmente	55
Número de Hospitales culturalmente adaptados	55
Razón de odontólogos/habitantes	55
Razón de médicos generales/habitantes	56
Razón de enfermeras/habitantes y razón de auxiliares de enfermería/habitantes	56
DIAGNÓSTICO DE SALUD-ENFERMEDAD	56
PERFIL DE MORTALIDAD	56
Mortalidad general	57

Mortalidad por grupos de causas	57
PERFIL DE MORBILIDAD.....	57
Proporción de morbilidad por servicio hospitalario	58
Proporción de morbilidad por consulta externa	58
Priorización de problemas	60

ÍNDICE DE TABLAS, MAPAS Y ANEXOS

Tabla 1. Aspectos del territorio. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.	17
Tabla 2. Zonas de riesgo. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.	18
Tabla 3. Distancia y tiempo de llegada en minutos. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.....	19
Tabla 4. Población Área frontera Colombia-Panamá. Departamento de Chocó. Año 2010.	20
Gráfico 1. Chocó, Pirámide Poblacional por edad y sexo. Año 2011.....	20
Tabla 5. Distribución de la población por área geográfica. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.	21
Gráfico 2. Proporción de población según grupos de edad. Municipios fronterizos de Chocó. Año 2010.	22
Gráfico 3. Proporción de población según Zona geográfica. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.	22
Tabla 6. Distribución por área. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.	23
Tabla 7. Distribución de la población por pertenencia étnica. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.	23
Tabla 8. Tasa de fecundidad por 1.000 MEF. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó, Año 2010.....	24
Tabla 9. Mortalidad general municipio de Acandí , Chocó. Año 2010.....	24
Tabla 10. Mortalidad general municipio de Juradó. Chocó, 2010	25
Tabla. 11. Mortalidad general municipio de Riosucio. Chocó, 2010	25
Tabla 12. Mortalidad general municipio de Unguía. Chocó, 2010.....	27
Tabla 13. Registros de desplazados por municipios de expulsión en la zona fronteriza. Chocó, 2010.	29
Tabla 14. Mortalidad Neonatal. Municipios fronterizos de Chocó, Año 2010.	31
Tabla 15. Mortalidad perinatal. Municipios fronterizos de Chocó, Año 2010.....	32
Tabla 16. Razón de mortalidad niños de 1–4 años. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.	32
Tabla 17. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	32
Tabla 18. Tasa de mortalidad por IRA. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.....	33
Tabla 19. Cobertura TSH neonatal. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	34
Gráfico 4. Razón Mortalidad Materna. Chocó, 1998 – 2010	35
Tabla 20. Mortalidad Materna. Municipios fronterizos, Chocó 2005-2010.	36
Tabla 21. Aplicación de sellantes Municipios fronterizos 2010	38
Tabla 22. Niños que recibieron sellantes. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.	38
Tabla 23. Municipios de la zona fronteriza con planes de salud mental y estrategia de atención en salud mental. Chocó, 2010.....	39
Tabla 24. Incidencia de TB. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.	40
Tabla 25. Porcentaje de detección de casos de Tuberculosis. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.	41
Tabla 26. Prevalencia de Lepra 2010. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.	41
Tabla 27. Control de focos silvestres. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	42
Tabla 28. Cobertura Antirrábica Felina. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	43
Tabla 29. Índice Parasitario Anual. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	43

Tabla 30. IFA. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	44
Tabla 31. IVA. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	44
Tabla 32. Incidencia de dengue. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.	45
Tabla 33. Tasa de incidencia anual por Leishmaniasis cutánea. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	46
Tasa 34. Incidencia de diabetes mellitus. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	47
Tabla 35. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	48
Tabla 36. Incidencia de hipertensión arterial. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	48
Tabla 37. Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer 2010. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.	50
Tabla 38. Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.	50
Tabla No. 39. Vinculación al S.G.S.S. Departamento de Chocó, 2010.....	53
Tabla 40. Porcentaje de ocupación de camas. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	54
Tabla 41. Número de instituciones de salud según nivel de atención. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	55
Tabla 42. Primeras causas de mortalidad. Departamento de Chocó. 2010.....	57
Tabla 43. Morbilidad por consulta externa y urgencias según grupos de edad. Departamento de Chocó. 2010	58
Tabla 44. Indicadores seleccionados para el ejercicio de priorización con Epidata. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	60
Tabla 45 Indicadores seleccionados para el ejercicio de priorización con Valor Z. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.....	61
Tabla 46. Ejercicio por cada indicador para el cálculo del Índice de Necesidades en Salud. Municipios fronterizos, Chocó. 2010	62

AGRADECIMIENTOS

Sin duda alguna, la disposición, apoyo, cualificación técnica y el gran conocimiento de la dinámica de la salud pública de esta zona fronteriza, por parte de los funcionarios del Departamento Administrativo de Salud de Chocó-DASALUD, se constituyen en el principal insumo dentro del proceso de elaboración del presente documento ASIS. Se hace un especial reconocimiento al apoyo brindado por parte de la División de Salud Pública en cabeza de la Dra. Zulma Bejarano, la epidemióloga la Dra. Miladys Mosquera y la coordinación otorgada por parte del Área de Planeación a cargo de la Dra. María Ubertina Córdoba.

A la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su oficina en terreno ubicada en Chocó la cual es coordinada por la Dra. Rosalba Hernández, y al Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, especialmente, a la Dirección de Epidemiología y Demografía, quienes dispusieron todos los medios y recursos posibles, tanto financieros como técnicos y de conocimiento, con el fin de promover y sensibilizar a las DTS sobre la importancia de la elaboración del documento ASIS. Se extiende el agradecimiento al Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, en su apoyo para reactivar y fortalecer las relaciones exteriores con el vecino país de Panamá, concretamente en las tareas de promoción y concertación binacional del TCC en vigilancia de salud pública.

Se agradece la participación del Equipo de Fronteras del Convenio 485/2010 del MPS y la OPS/OMS, especialmente, a la gestora a cargo, la Dra. Evelyn Calderón quien ha participado a lo largo del proceso de gestión para la elaboración del documento el cual fue iniciado en el segundo semestre de 2011.

PRESENTACIÓN DEL ASIS FRONTERA DE CHOCÓ Y PANAMÁ

El presente documento de Análisis de Situación de Salud (ASIS) del departamento de Chocó, frontera con Panamá, se constituye en la línea de base del departamento para la evaluación de los planes de desarrollo y planes de salud territorial, así como para formular los siguientes planes que sean coherentes con las principales problemáticas y necesidades de salud pública en la zona fronteriza y sus pobladores, con el fin de planificar intervenciones realmente eficaces para mejorar la calidad de la salud pública y bienestar de sus comunidades.

Basados en el interés de reactivar y promover la cooperación internacional en salud pública con Panamá, con quienes actualmente se mantiene un intercambio comercial¹ y de turismo de gran proporción, existe la necesidad de acordar binacionalmente las intervenciones y políticas públicas que sean necesarias aplicar en este ámbito. De igual forma, se requiere aplicar un enfoque diferencial de la salud pública, dado el alto porcentaje de población de comunidades étnicas y afrodescendientes de ambos países, quienes conviven en la zona de frontera.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en cabeza de la Dirección de Epidemiología y Demografía, ha venido desarrollando en el transcurso del último año, talleres de capacitación y visitas de asistencia técnica dirigidas a los equipos profesionales de salud pública de las Direcciones Territoriales que tienen a cargo la elaboración del ASIS, con el fin de desarrollar un grado básico del manejo de los datos disponibles en salud en el uso de la evidencia en salud pública para la toma de decisiones y formular el Plan Decenal de Salud Pública.

¹ Según la Asociación Nacional de Comercio Exterior (ANALDEX), Panamá representa el 1% de las exportaciones totales colombianas. Dentro de los productos exportados a este país, se destacan los medicamentos para el uso humano. De igual forma, representa el 3% del total de importaciones de nuestro país, encontrándose dentro de los principales productos comprados, los medicamentos para tratamientos oncológicos. En: <http://foroscidet.org/cidetdwd/ptp/perfilcomercialdelasrelacionescolombiapanama.pdf>

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud.
CAN: Comunidad Andina.
CIIDF: Comisión Intersectorial de Integración y Desarrollo Fronterizo
CNE: Centro Nacional de Enlace
DASALUD: Departamento Administrativo de Salud del Chocó
DTS: Dirección Territorial de Salud
DEYD: Dirección de Epidemiología y Demografía
DTS: Dirección Territorial de Salud
IDH: Índice de Desarrollo Humano.
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social Colombia.
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.
NUTE: Nomenclatura de las Unidades Territoriales Estadísticas Andinas.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OEA: Organización de Estados Americanos
ODM: Objetivos de desarrollo del Milenio.
PIDS: Plan Integrado de Desarrollo Social.
PNSP: Plan Nacional de Salud Pública
RAVE: Red Andina de Vigilancia Epidemiológica.
REMSAA: Reunión de Ministros de Salud del Área Andina.
SIG: Sistemas de Información Geográfica.
SNU: Sistema de Naciones Unidas
SS: Seguridad Sanitaria
UEDF: Unidades Especiales de Desarrollo Fronterizo
VSP: Vigilancia en Salud Pública
ZIF: Zona de Integración Fronteriza.
ZF: Zona de Frontera
ZIF: Zona de Integración fronteriza

OBJETIVO

El documento ASIS de Chocó, frontera con Panamá, tiene como principal objetivo identificar el panorama de situación de salud pública de la zona fronteriza, suministrando datos de gran importancia para formular planes de desarrollo y de salud que incidan en el mejoramiento de la salud pública y calidad de vida de los habitantes. Se resalta el enfoque diferencial incorporado en este documento, el cual será de gran utilidad para conocer el estado de salud de la población afro descendiente e indígena, y promover políticas integrales de salud pública que mejoren sus condiciones de vida.

A nivel fronterizo, el documento ASIS contribuirá al fortalecimiento de las relaciones de Colombia con Panamá, actuando mediante mecanismos de cooperación internacional en salud pública, como es el caso de los TCC.² De igual forma, se constituye en un insumo de gran importancia para fortalecer la aplicación de la legislación existente en materia de seguridad sanitaria con el vecino país, de cara a los desafíos que se presentan en el ámbito de intercambio comercial y de turismo.

² Cooperación Técnica entre Países (CTP), cuyas siglas en inglés son (TCC) Technical Cooperation among Countries.

ANTECEDENTES DE LOS ASIS EN FRONTERAS

A partir de marzo de 1999, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó el Programa Especial de Análisis de Salud (SHA), con el fin de fortalecer “la capacidad de los países para generar, analizar, difundir y utilizar información que permitiera evaluar la situación de salud y sus tendencias, orientada a la identificación de inequidades en materia de salud y al uso de la epidemiología en la definición de políticas y programas de salud, a vigilar los cambios en la situación de salud y condiciones de vida y evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias”.³

Desde entonces, existe el firme compromiso para todos los países miembros de la OMS de realizar los Análisis de Situación de Salud y formular políticas públicas congruentes con la caracterización de problemáticas y necesidades en salud pública, razón por la cual, Colombia inició desde esta década el trabajo conjunto con los países fronterizos para avanzar en la elaboración de los ASIS y priorizar los problemas de salud pública en las zonas fronterizas. En el año 2006 se realizaron reuniones binacionales con los países fronterizos con el fin de acordar los indicadores a evaluar en el ASIS y, en abril de 2008, fue aprobada en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA) la Guía Andina para el Análisis de Situación de Salud.

³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Epidemiológico. Vol. 20, No. 1. Washington, DC, marzo de 1999. Pág. 15 en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/bsindexs.htm>

ANTECEDENTES DEL ASIS EN COLOMBIA

Desde el año 2000, Colombia incorporó y publicó el primer plegable de indicadores básicos en salud⁴, basados en los lineamientos establecidos en el Decreto 3039 de 2007 a través del cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública y la Resolución 0425 de 2008 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, a través de los cuales se proponen tres enfoques para el estudio de dicha información: el poblacional, de determinantes y el de gestión social del riesgo, los cuales deberán tenerse en cuenta en la recolección y análisis de la información de salud.

En este sentido, el país, en su deber de avanzar en la construcción de un ASIS Nacional, ha consolidado fuentes de información primarias y secundarias que incluyen encuestas y estudios nacionales en diferentes temas de salud, así como los perfiles epidemiológicos elaborados por las entidades territoriales para planear y ejecutar los planes y proyectos de salud. Actualmente para el proceso de Análisis de la Situación de Salud de Colombia se incluye información del censo de población 2005 y estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), encuestas anuales de calidad de vida, Estudio Nacional de Salud Mental 2003, Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 2005 y Encuesta Nacional de Situación Nutricional 2005 entre otros.⁵

De esta manera, se ha resaltado la importancia de realizar un análisis integral de la situación de salud de todo el país, identificar sus problemas en salud y priorizarlos, de manera tal que los recursos asignados a cada sector para resolver las principales problemáticas y necesidades, se utilicen con la mayor eficiencia.

Realizar un análisis integral de la situación de salud del país a partir de la recolección de información de los indicadores propuestos en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, oferta de los servicios y respuesta social, y prioridades nacionales en salud, morbilidad y mortalidad, se logrará realizar una caracterización de la salud, y del nivel de calidad de vida y bienestar de los habitantes, a través de los cuales se coordinarán las acciones intersectoriales, y en salud y se formularán o ajustarán los proyectos que permitirán resolver estos problemas por cada eje programático y áreas subprogramáticas.⁶

⁴ Ibid., Página 15.

⁵ Organismos Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU). Análisis de Situación de Salud de fronteras (ASIS), Corredores Andino y Pacífico Nariño / Tulcán - San Lorenzo, Colombia-Ecuador. Lima, Perú, septiembre de 2010. Página 18.

⁶ Ibid., Página 11.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la primera de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), es el “monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población”.⁷

Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en el marco del Decreto 3039 de 2007, incorporó en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, llevar a cabo el “Diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación del análisis de la situación de salud de la población”, y a nivel local, a las entidades territoriales les corresponde realizar el “Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en su jurisdicción”, como insumo para la “elaboración del proyecto de plan de salud territorial” en la actividad de “Diagnóstico general de la situación de salud territorial y formulación del anteproyecto del plan” descritos en la Resolución 425 de 2008.⁸

De conformidad con este marco normativo, el primer paso para la búsqueda del mejoramiento de la salud pública de los países, debe contemplar el proceso de identificación de los problemas de salud, donde se midan y expliquen aquellos factores que repercuten en la situación de salud de las zonas y sus habitantes. Sólo mediante un correcto análisis y caracterización de la salud del país y la evaluación de las capacidades de las instituciones competentes, es posible adaptar a las necesidades de nuestro entorno los diversos compromisos adquiridos internacionalmente, y orientar las políticas y la planificación para alcanzar la efectividad de las acciones en salud pública nacional. Mediante las estrategias de vigilancia en salud pública, se lograrán definir estrategias en salud con “legitimidad, transparencia y racionalidad”.⁹

⁷ Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>

⁸ Consultado en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>

⁹ Departamento Nacional de Planeación (DNP). Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. “Prosperidad para Todos” Resumen Ejecutivo. Bogotá. 2011. Página 33.

INFORMACIÓN CONTEXTUAL

COLOMBIA



Se encuentra ubicado en la parte norte de Suramérica con una extensión de 1'141.748 Km² continentales y 928.600 insulares. Se ubica en el puesto 26 en área en el mundo. Los límites terrestres suman 6.371 kilómetros, distribuidos de la siguiente manera: con Venezuela, 2.219 Kms; con Brasil, 1645 Kms; con Perú, 1.626; con Ecuador 586 Kms; y con Panamá, 295.5 Kms. Las delimitaciones marítimas se aproximan a la extensión emergida del país, ya que merced a los tratados suscritos, poseemos 540.876 Kms cuadrados en el Océano Atlántico y 339.500 Kms cuadrados, en el Pacífico.¹⁰

Las fronteras de Colombia están conformada por 13 departamentos -12 terrestres y uno insular- y 57 municipios en los siguientes departamentos: Amazonas, Arauca, Boyacá, Chocó, Cesar, Guajira, Guainía, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Vaupés y Vichada; 67 municipios y 11 corregimientos departamentales, con una población estimada en 7.548.893 habitantes según proyecciones del DANE a 2005.

El país está organizado constitucionalmente como una república unitaria descentralizada, organizada en tres poderes administrativos: ejecutivo, legislativo y judicial y que se ejercen en cada una de las divisiones político administrativas acorde al nivel de complejidad de las mismas. Según la división político administrativa, la entidad que en extensión y responsabilidad sigue a la nación, es el departamento denominada NUTE 2 y luego de este, el municipio NUTE 4.

La población de Colombia proyectada al año 2010, fue de 45.509.584 habitantes, con la mayor proporción de población menor de 30 años (55%) seguida por las personas entre 30 y 60 años (35%) y en menor proporción los mayores de 60 años (10%). Al observar datos de años anteriores, se aprecia una reducción en las tasas de natalidad, un incremento en la esperanza de vida, la cual, hoy es de 74 años, un índice de envejecimiento de 20.5 y un incremento de la población de adultos mayores, lo cual indica que Colombia está en un período de transición demográfica y epidemiológica. La densidad poblacional es disímil en las cinco regiones geográficas de Colombia y a nivel nacional es de 28 habitantes por Km².

Teniendo en cuenta la distribución de la población según la región geográfica, la mayor parte de la población está en la zona andina y esta población se compone en un 87% de mestizos, seguida de afrocolombianos con 10,6%, indígenas con 3,43% y gitanos con 0,01%. La constitución de Colombia, ha considerado esta multiétnia en sus fundamentos y principios.

El servicio de electricidad cubre al 93% de la población, el de acueducto a 83,4% y el de alcantarillado a 73%, lo cual indica que a nivel país, existe una buena disposición de estos servicios. Situación similar se observa en el sector educativo, en el cual las tasas de analfabetismo se han logrado reducir al 6% y la cobertura de nivel medio de educación es del 38%.

¹⁰ En: "Las fronteras de Colombia y Centroamérica". Carlos Granados, en ESAP. Pág. 89.

PANAMÁ



Panamá se encuentra ubicada en el sureste de América Central. Posee un territorio de 75.517 Km² de extensión, un total de 555Km de Fronteras Terrestres; 225Km con la República de Colombia y 330Km de frontera con Costa Rica, así como 2.490Km de costas. La situación geográfica en las bajas latitudes intertropicales determina que el clima y la vegetación son típicamente tropicales.

El clima tropical marítimo, con influencia de los dos mares, se caracteriza por temperaturas moderadamente altas y constantes durante todo el año, con débil oscilación diaria y anual, abundante precipitación pluvial y elevada humedad relativa del aire. Existen dos estaciones climáticas anuales bien definidas: la seca y la lluviosa. La estación seca se extiende desde mediados de diciembre hasta abril; y la lluviosa, de mayo a diciembre.

Según indica la Autoridad de Turismo de Panamá,¹¹ el país está constituido por 9 Provincias, 5 Comarcas, 75 Distritos / Municipios y 621 Corregimientos. Cuenta con 3.405.813 habitantes según datos del censo de 2010. La población indígena panameña representa aproximadamente el 10% de la población total y está compuesta por los grupos Kuna, Emberá, Wounaan, Ngöbe-Buglé, Bri Bri, Teribe y Bokota. La densidad de habitantes por km.² es de 45.8 habitantes. Mientras la provincia de Panamá concentra 147.5 habitantes por km.², en las comarcas Kuna Yala, Emberá y Ngöbe Buglé sólo se ubican 15.9, 2.2 y 21.7 habitantes por km.², respectivamente. La alta concentración poblacional en las zonas urbanas del país se debe a que en estas zonas existen las mayores oportunidades laborales y el mejor acceso a servicios, elementos fundamentales para lograr mejores condiciones de vida.

Panamá es un país con ingreso per cápita alto y con el Índice de Desarrollo Humano más alto de Centroamérica. No obstante, presenta una gran inequidad en la distribución de las riquezas. La Encuesta de Niveles de Vida (ENV 2008) realizada por el Ministerio de Economía y Finanzas de este país, revela que a pesar de que el ingreso per cápita es relativamente elevado, la pobreza continúa siendo un problema de desarrollo de gran importancia en el país. "Más de un millón de personas (32.4%) viven bajo la línea de pobreza y de estas, el 14.2% viven en condiciones de pobreza extrema".¹²

En Colombia, los límites terrestres suman 6.371 kilómetros, de los cuales, 295.5 Kms corresponden a la frontera con Panamá.¹³ La frontera entre Colombia y Panamá, conformada por 4 municipios colombianos del departamento del Chocó –Acandí, Riosucio, Juradó y Riosucio-, y del lado de Panamá con la Provincia del Darién y la Comarca Indígena San Blas (Kuna Yala), es una zona donde "el porcentaje de población por debajo de la línea de pobreza, es de aproximadamente el doble del reportado a nivel nacional".¹⁴

¹¹ www.ipat.gob.pa

¹² Gabinete Social de la República de Panamá y Sistema de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Tercer Informe de Panamá, 2009.

¹³ En: "Las fronteras de Colombia y Centroamérica". Carlos Granados, en ESAP. Pág. 89.

¹⁴ En: "Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: un análisis espacial". Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 120. Luis Armando Galvis y Adolfo Meisel Roca. Banco de la República, Bogotá, enero de 2010.

LA FRONTERA COLOMBO-PANAMEÑA

Los Gobiernos de Panamá y Colombia suscribieron el Convenio Básico de Cooperación Técnica el 7 de mayo de 1981, con el fin de promover la cooperación entre los dos países, constituyéndose en el principal marco jurídico de todas las acciones de cooperación binacional desarrolladas hasta ahora.

El 31 de diciembre de 2003 el Ministerio de la Salud de Panamá y el Ministerio de la Protección Social de Colombia firmaron el Acuerdo Complementario con el fin de formular y promover Proyectos binacionales en salud, en las líneas de promoción, prevención y APS; salud ambiental y saneamiento básico; prevención y control de enfermedades transmisibles por vectores y zoonóticas; prevención, mitigación y atención de desastres y emergencias; fortalecimiento de los servicios de salud; e intercambio de información epidemiológica. En el marco del mencionado Acuerdo, surgió el compromiso binacional de conformar los Comités Técnicos Binacionales y Comités Técnicos Locales de salud de cada país.

Con el objetivo de cumplir con los compromisos binacionales suscritos, el 11 de octubre de 2005 se celebró la primera Comisión Técnica Binacional de Salud, la cual tuvo como principales objetivos implementar la red de comunicaciones de las instituciones de salud, formular un plan de contingencia actualizado para la atención de población desplazada en la zona de frontera e integrar los Sistemas de Vigilancia en Salud Pública en las redes Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)-CONHU-OPS.

El 4 de febrero de 2006 en el marco de la XI Comisión de Vecindad entre ambos países, se analizaron los avances del Plan de Trabajo de la primera Comisión Técnica Binacional de Salud, y se plantearon como objetivos, implementar el Reglamento Sanitario Internacional y crear modelos de atención intercultural en la frontera. En el mismo año tuvo lugar otra reunión de Comité Técnico Binacional con el fin de formular el "Plan de Desarrollo del Darién Colombo-Panameño".

Durante los siguientes cinco años no se celebraron reuniones de trabajo binacional, hasta el 23 de marzo de 2011 en el marco de la X Reunión Anual del Proyecto "Iniciativa Amazónica en Malaria (AMI) - de la Red Amazónica de Vigilancia a la Resistencia de los Antimaláricos (RAVREDA)", con el objetivo de realizar acciones conjuntas con énfasis en vigilancia, prevención y control de la malaria. El 16 de junio de 2011 se convocó una reunión técnica con el fin de reactivar las acciones conjuntas prioritarias en salud en la frontera, principalmente en lo que concierne a la implementación y desarrollo del Reglamento Sanitario Internacional, implementar la estrategia de ASIS y fortalecer la Vigilancia en Salud Pública con criterios estandarizados.

Como resultado de esta reunión, ambos países concertaron formular un TCC (Cooperación Técnica entre Países) para el "Fortalecimiento de las acciones de salud pública en la frontera colombo-panameña" con el objetivo principal de realizar acciones conjuntas interfronterizas en salud, con énfasis en Eventos de Interés en Salud Pública Internacional (ESPII), análisis de situación de salud interfronteriza y vigilancia de eventos priorizados.

El TCC fue planteado y reformulado por la Mesa de Trabajo en Salud de la Subcomisión de Integración y Desarrollo Fronterizo en el marco de la XIV Comisión de Vecindad entre ambos países celebrada en Bogotá, Colombia en septiembre de 2011. Los gobiernos concertaron la formulación e implementación de un proyecto de cooperación internacional en el 2012, para armonizar la vigilancia sanitaria interfronteriza, fortalecer las capacidades nacionales y locales para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional. El proyecto estará ubicado en el área de frontera del departamento del Chocó en Colombia, con los municipios de Acandí, Juradó, Riosucio, Unguía y en Panamá en los

corregimientos de Puerto Obaldia, Lajas Blancas, Manuel Ortega, Cirilo Guaynora, Yape, Yaviza, Pinogana, El Real, Púculo, Boca de Cupe, Paya, Tucutí, Jingurudó y Jaqué.

ANÁLISIS POR COMPONENTES

Con el propósito de medir en cada Entidad Territorial el impacto del Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y del Plan de Salud Territorial, así como para formular el Plan Decenal de Salud Pública, se debe realizar el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población a nivel territorial, teniendo en cuenta las características de los entornos territoriales, demográficos, socioeconómicos, las prioridades nacionales en salud definidas en el PNSP, la oferta de recursos, servicios y coberturas de salud, la morbilidad y la mortalidad, con sus respectivos grupos de indicadores los cuales serán explicados y tenidos en cuenta para elaborar una priorización de problemas, y formular intervenciones.

ASPECTO TERRITORIAL Y GEOGRÁFICO

De acuerdo con la definición de la Guía ASIS Nacional, el estudio del entorno territorial consiste, básicamente, en la localización del municipio y el departamento o distrito mediante su representación cartográfica, el análisis de las estructuras físicas fundamentales que son los que definen morfológicamente un área y los aspectos de accesibilidad geográfica.¹⁵

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto territorial y geográfico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado por los siguientes componentes: localización física del distrito, departamento o municipio; estructuras físicas fundamentales; y accesibilidad geográfica.

Localización física del distrito

El Departamento del Chocó tiene una extensión aproximada de 46.530 Kms², equivalente al 1.0,% del total de la extensión del país y está conformado por 30 municipios distribuidos en cinco regiones: Atrato, San Juan, Pacífico Norte, Pacífico Sur y Darién. Limita al norte con la República de Panamá y el Mar Caribe, al oriente con los departamentos de Antioquia, Risaralda y Valle del Cauca, al sur con el Valle del Cauca y al occidente con el Océano Pacífico.

Los Municipios de Accandí, Juradó, y Unguía tiene una altura sobre el nivel del mar de 8m, mientras Riosucio se encuentra a 8 metros de altura sobre el nivel del mar. Esta región tiene una temperatura promedio de 28 grados centígrados. En cuanto a transporte, movilidad y comunicación, predomina el transporte fluvial. Sólo existe conexión via aérea con Acandí.

La frontera de Colombia con Panamá tiene una extensión territorial de 260Kms², que comprende 4 municipios del departamento del Chocó: Acandí, Juradó, Riosucio y Unguía; los municipios están organizados por Barrios, corregimientos y veredas.

¹⁵ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

Tabla 1. Aspectos del territorio. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	LOCALIZACIÓN FÍSICA DISTRITO, DPTO, MPIO	1. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA	2. LÍMITES GEOGRÁFICOS
Acandí		BARRIOS (11) CORREGIMIENTOS (10) VEREDAS (9)	Al norte limita con Panamá, al occidente con Panamá, al oriente con el mar caribe, al sur con Unguía.
Jurado		COMUNAS (19) CORREGIMIENTOS (7) VEREDAS (3)	Al norte con la República de Panamá, por el oeste con el municipio de Río sucio, por el sur con el municipio de Bahía Solano y por el oeste con el océano pacifico
Riosucio		BARRIOS (2): CORREGIMIENTOS (15) VEREDAS (7)	Por el norte: con el Municipio de Unguía. Por el sur: con el Municipio de Carmen del Darién y Bahía Solano Por el Oriente: con el municipio de Belén de Bajira y el Departamento de Antioquia Por el Occidente: con la Republica de Panamá y el Municipio de Juradó.
Unguía		BARRIOS (13): CORREGIMIENTOS (5) VEREDAS (8)	NORTE: Con el Municipio de Acandí ORIENTE: Desde la desembocadura del río San Nicolás por la costa occidental del golfo de Urabá, hasta la desembocadura del río Atrato, SUR: Con el municipio de Riosucio, OCCIDENTE: Con la República de Panamá

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2010.

Estructuras físicas fundamentales

El clima húmedo característico, presenta una alta precipitación pluvial. El régimen de lluvias es permanente, registrándose hasta 12.000 milímetros (mm) de precipitación al año, siendo Juradó y Unguía los municipios fronterizos con mayores niveles de precipitación, el primero con 4.980 mm y el segundo con 3.500mm.

Estas condiciones se constituyen en factores de riesgo para la transmisión de enfermedades tropicales como lo son las enfermedades transmitidas por vectores, potenciándose entre estas la Malaria en diferentes formas parasitarias y el dengue.

La temperatura media oscila entre 26° y 30°C, y la humedad entre el 90% y 95%. Otros factores de riesgo están determinados por el conflicto armado, y riesgos naturales originados por la ubicación costera de 3 de los 4 municipios, así como por problemas por contaminación.

La influencia de los vientos alisios, que soplan del noreste, determina en parte las épocas lluviosas que comienzan en el mes de mayo, y alcanzan su máximo en los meses de octubre y noviembre prolongándose hasta diciembre; durante estos meses se registra el 80% de la lluvia anual, que en promedio es de 1.700 mm. Las altas temperaturas y los vientos se conjugan en un clima cálido semi-húmedo.

La zona fronteriza de Colombia y Panamá en el Departamento de Chocó, cuenta con importantes ríos, los cuales son navegables y entre los cuales se encuentran los ríos de sus mismos nombres, además del río Atrato que baña el municipio de Riosucio, se encuentra el río Salquí, Truandó, Riosucio y Arquí.

Los habitantes de estos municipios al igual que otros del Departamento de Chocó, se encuentran en riesgo, sobre todo por la cercanía al mar, relativamente se encuentran en riesgo de tormentas, e inundaciones.

Tabla 2. Zonas de riesgo. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	7. ZONAS DE RIESGO
Acandí	tormentas, contaminación
Jurado	tormentas, contaminación
Riosucio	inundaciones, contaminación
Unguía	tormentas, contaminación

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2010.

Accesibilidad geográfica

Se trata de territorios sin otra vía de comunicación más que la aérea y fluvial, y donde el control y la presencia del Estado son mínimos¹⁶ La infraestructura vial es prácticamente inexistente para comunicarse, siendo las vías marítima y fluvial las únicas alternativas las cuales implican un costo muy elevado para los usuarios. Esta situación, refleja las difíciles condiciones geográficas y las precarias condiciones de acceso vial al territorio.

El caso más crítico es del Riosucio, ya que un habitante de este municipio debe recorrer una distancia de 380kms, es decir, 2 días aproximadamente, para llegar a la ciudad principal. Para llegar del lugar más alejado a uno que cuente con centro de atención a salud es también bastante complicado. Es el caso de Acandí desde el cual se requiere, según las condiciones del entorno y disponibilidad de transporte, hasta 180 minutos para desplazamiento; para Juradó se requiere de un mínimo de 120 minutos, Riosucio 55 minutos y Unguía 60 minutos aproximadamente.

De igual forma, para llegar desde la comunidad más alejada de Acandí a Quibdó hay una distancia de 366kms, con una duración de 8 horas, desde Juradó hay una distancia de 320kms estimando una duración de 6 horas, y desde Unguía una distancia de 478kms, es decir, 6 horas aproximadamente. En cuanto a dispersión y comunicación entre los centros poblados de desarrollo y la comunidad dispersa más alejada, hasta la capital del departamento, encontramos que en el caso de Riosucio se requieren 1.440 minutos, Acandí aproximadamente 480 minutos, y Juradó y Unguía un promedio de 360 minutos, respectivamente.

¹⁶ Las fronteras de Colombia entre la guerra y el abandono. Álvaro Sierra. En revista: Colombia Internacional No. 56-57. ISSN (versión en línea): 1900-6004. Universidad de Los Andes. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ciencia Política. Septiembre de 2002 - Junio de 2003. Páginas 150-157

Esta situación repercute directamente en la posibilidad de acceso de los habitantes a los servicios de salud. Se estima que tiempo de llegada a las instituciones de salud del nivel superior de mayor complejidad, desde Riosucio, Juradó y Unguía es de 4 horas, mientras desde Acandí es de 2. Dado que el medio de transporte y vías de comunicación en Acandí y Juradó es fluvial, las instituciones de salud remitentes de estos municipios son las más distantes, la primera a 180 Kms y la segunda a 120Kms. Las de Unguía se encuentran a 60 Kms y las de Riosucio a 55 Kms. Los medios de comunicación también son limitados, por ejemplo en Juradó únicamente hay comunicación vía telefónica, y en Acandí, Riosucio y Unguía se hace mediante, internet y fax y teléfono.

Tabla 3. Distancia y tiempo de llegada en minutos. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	9. TIEMPO DE LLEGADA AL MUNICIPIO O A LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO (DESDE LA COMUNIDAD MÁS ALEJADA)	10. DISTANCIA EN KMS. AL MUNICIPIO O A LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO (DESDE LA COMUNIDAD MÁS ALEJADA)	11. TIEMPO DE LLEGADA DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD REMITENTE AL NIVEL SUPERIOR DE COMPLEJIDAD	12. DISTANCIA EN KMS. AL CENTRO DE REFERENCIA DE MAYOR COMPLEJIDAD
Acandí	480	366	180	180
Jurado	360	320	240	120
Riosucio	1440	380	180	55
Unguía	360	478	240	60

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD 2010.

ASPECTO DEMOGRÁFICO

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional, al describir y analizar el contexto demográfico se debe tener como referencia la estructura social global de los actores poblacionales. Variaciones y diferencias en el comportamiento pueden ser explicadas en función de las instituciones sociales, el orden socioeconómico, la cultura y el medio ambiente. El comportamiento demográfico está condicionado por factores de la estructura social global, por ejemplo, la religión, economía, el status socioeconómico: ocupación, educación, ingreso, los valores y normas sociales, y características del medio ambiente físico y biológico. Los cambios en la población tienen a su vez consecuencias en la estructura, roles y funciones del individuo, familia y comunidad. Esta interrelación entre hechos sociales y demográficos es lo que determina el tamaño, composición y distribución de la población y sus niveles de fecundidad, mortalidad y migración que son los responsables del crecimiento poblacional.¹⁷ De ahí que sea una necesidad básica el tener un conocimiento extenso y concreto de la población (Ander-Egg).¹⁸

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto demográfico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado por los siguientes componentes: población total, proporción de población según sexo, proporción de población según grupos de edad, proporción de población según zona, proporción de población por pertenencia étnica, tasa de crecimiento anual de la población, tasa general de fecundidad, tasa bruta de natalidad y tasa bruta de mortalidad.

¹⁷ Rico Velasco, Jesús. Demografía Social y Salud Pública. Universidad del Valle, Cali – Colombia 1990. Pág. 11-13.

¹⁸ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

Población total

En 2010 en el departamento del Chocó se registró una población total de 476.173 habitantes y se estima para el 2011, según proyecciones del Censo de 2005¹⁹, una población de 480.826 habitantes, de la cual el 24% se concentra en Quibdó, capital del departamento y el 76% se distribuye en los otros 29 municipios. De esta población, el 82.7% es afro descendiente, el 11.9% es indígena y el 5.4% restante es mestizo y blanco.

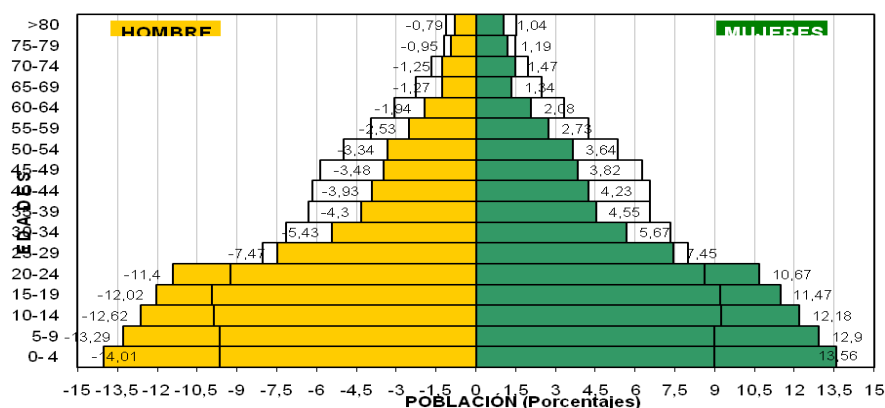
Para el año 2010, la zona fronteriza cuenta con un total de 56.887 habitantes²⁰, es decir, el 12% del total de la población. Riosucio alberga a la mitad de la población de la frontera (28.556), le sigue Unguía con el 26% del total (14.862) y Acandí con 10.014 que representan el 17% del total. Juradó es el municipio que menos habitantes tiene (6%), situación heredada de años anteriores marcados por el desplazamiento forzado de población y el conflicto armado en la zona.

Tabla 4. Población Área fronteriza Colombia-Panamá. Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	1. POBLACION TOTAL 2010	2. PORCENTAJE CON RESPECTO AL TOTAL DE FRONTERA	3. POBLACION MASCULINA	4. POBLACION FEMENINA
Acandí	10.014	17,6	5001	5013
Jurado	3.455	6,1	1728	1727
Riosucio	28.556	50,2	14081	13875
Unguía	14.862	26,1	7487	7375
TOTAL	56.887	100,0	28297	27990

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2010.

Gráfico 1. Chocó, Pirámide Poblacional por edad y sexo. Año 2011



Nota: La pirámide superpuesta es la de Colombia, la pirámide de colores es la del Chocó.

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2011.

¹⁹ Los indicadores demográficos son estimaciones del DANE con base en el Censo de 2005. Los datos sólo están disponibles a nivel departamental. Fuente: DANE, Proyecciones municipales de población por sexo y grupos de edad, 2005-2011. DANE, Colombia, Indicadores demográficos según departamento, 1985-2020. DANE, Colombia, Estimaciones de la Fecundidad 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020. Nacionales y Departamentales.

²⁰ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de datos proyección de población municipales por área 2005-2009. Actualizado a junio 30 de 2011. Departamento del Chocó.

Proporción de población según sexo

Según el género, se estima para el 2010, según proyecciones del Censo de 2005²¹, que en la zona fronteriza hay un total de 28.297 hombres y 27.990 mujeres como lo muestra la tabla 4, siendo Unguía y Riosucio los municipios con mayor concentración de población masculina (50.49%) y Acandí el municipio con mayor concentración de población femenina (50.06%). Con respecto a la ubicación, el 65.7% del total de la población fronteriza habita en la zona rural, frente al 34.3% que reside en zona urbana.

Tabla 5. Distribución de la población por área geográfica. Municipios fronterizos del Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	1. PROPORCIÓN DE POBLACION URBANA	2. PROPORCIÓN DE POBLACION RURAL
Acandí	50,50	49,50
Jurado	47,60	52,40
Riosucio	27,60	72,40
Unguía	30,30	69,70
TOTAL	39,0	61,0

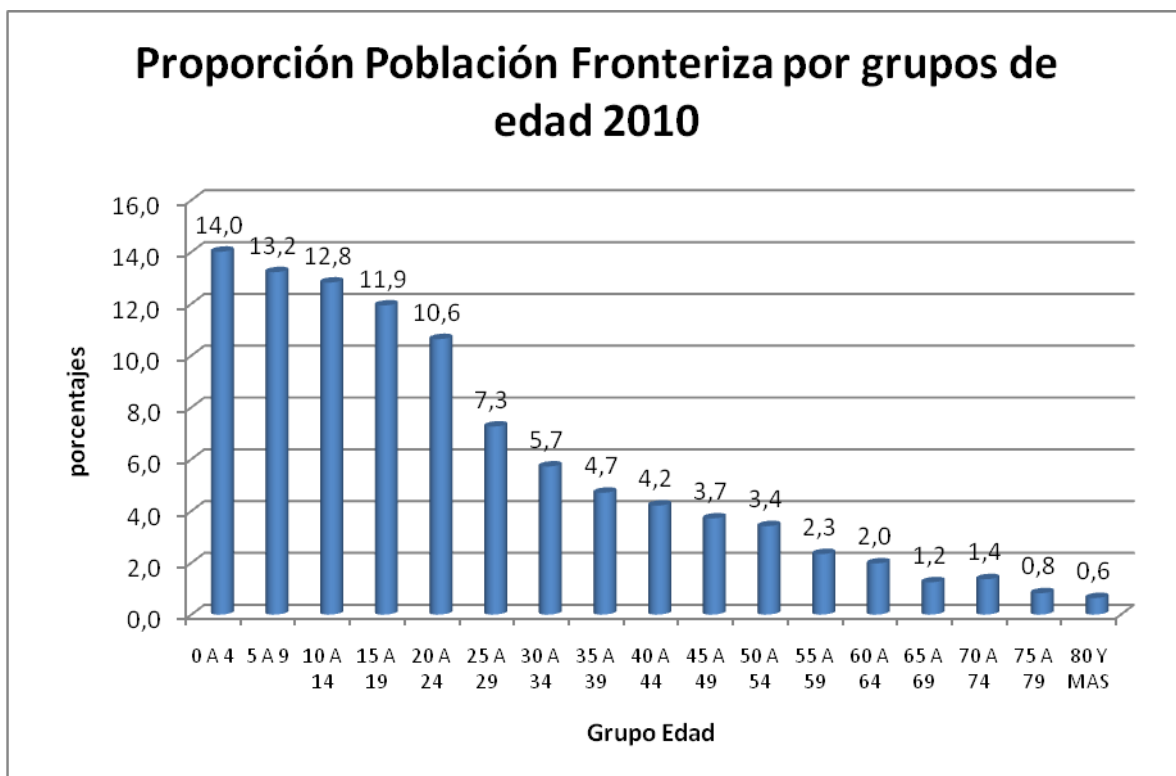
Fuente: DANE Proyecciones municipales de población por sexo y grupos de edad, 2005-2011. Procesado por DASALUD-Chocó. Las series de proyecciones de población aquí presentadas, están sujetas a ajustes de acuerdo con la disponibilidad de nueva información.

Proporción de población según grupos de edad

En cuanto a grupos de edad se refiere, la zona fronteriza, el grupo con mayor población son los de 0–4 años con el 14%, seguido del grupo de 5-9 años con el 13%, el grupo de 10–14 años con el 13% y el de 15–19 años con el 12%. En términos generales, la mayor parte de la población de los municipios fronterizos se ubica entre los de 0 a 19 años, el 35% de la población es adolescente entre los 10 y 19 años, el 56% de la población de esta zona es población económicamente activa entre los 15 y 64 años de edad, y los mayores de 65 años suman el 4.1%. En este sentido, las acciones de salud en cuanto a promoción y prevención, se deben enfocar en la población adolescente, quienes juegan un papel importante en las estrategias de salud pública.

²¹ Los indicadores demográficos son estimaciones del DANE con base en el Censo de 2005. Los datos sólo están disponibles a nivel departamental. Fuente: DANE, Proyecciones municipales de población por sexo y grupos de edad, 2005-2011. DANE, Colombia, Indicadores demográficos según departamento, 1985-2020. DANE, Colombia, Estimaciones de la Fecundidad 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020. Nacionales y Departamentales.

Gráfico 2. Proporción de población según grupos de edad. Municipios fronterizos de Chocó. Año 2010.

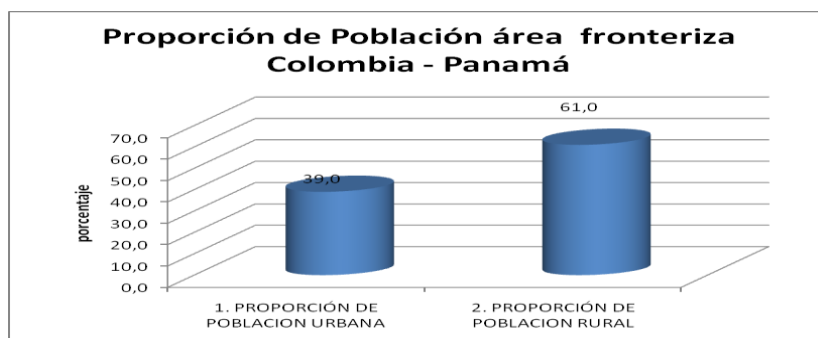


Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2010.

Proporción de población según zona

Dos de los criterios más importantes para planear las estrategias de intervención en salud pública en el ámbito territorial, son las problemáticas más visibles y las condiciones área geográfica existente. En gran parte, el deterioro progresivo que se evidencia en este sentido, obedece a la falta de oportunidad de los habitantes ubicados en zonas dispersas. Municipios como Riosucio y Juradó, por su extensión y difícil acceso, deben diseñar estrategias que eviten el deterioro de salud de sus habitantes. En esta zona, 39% de los habitantes residen en la zona urbana y el 61% en la zona rural, distribuido por municipio como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Proporción de población según Zona geográfica. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.



Fuente: Asis Municipal. DASALUD, 2010.

La distribución por área de los municipios, muestra que el municipio con mayor extensión rural es Riosucio, con un 72% de la población concentrada en el área rural, seguida por Unguía con un 70%, Juradó con 52% y Acandí con población similar en su zona urbana y rural.

Tabla 6. Distribución por área. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	1. PROPORCIÓN DE POBLACION URBANA	2. PROPORCIÓN DE POBLACION RURAL
Acandí	50,50	49,50
Jurado	47,60	52,40
Riosucio	27,60	72,40
Unguía	30,30	69,70
Total	39,0	61,0

Fuente: DANE Proyecciones municipales de población por área

Proporción de población por pertenencia étnica

En relación a los grupos vulnerables, 5.399 indígenas habitan en el cordón fronterizo, 51.488 afro descendientes, y no se registra población blanca ni gitana.

Tabla 7. Distribución de la población por pertenencia étnica. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	1. POBLACION TOTAL 2010	2. POBLACION AFRO	3. PROPORCION POBLACION AFRO	4. POBLACION INDIGENA	5. PROPORCION POBLACION INDIGENA
Acandí	10.014	9.852	98	162	2
Jurado	3.455	1.825	53	1630	47
Riosucio	28.556	25.747	90	2809	10
Unguía	14.862	14.064	95	798	5
Total	56.887	51.488	91	5399	9

Fuente: DANE Proyecciones municipales de población

Tasa de crecimiento anual de la población

La tasa de anual crecimiento proyectada para el año 2010 es de 0.96%, ubicándose por debajo del valor de este indicador a nivel nacional (1.18).

Tasa general de fecundidad

Según proyecciones del DANE, para el Departamento del Chocó la tasa general de fecundidad, que relaciona el número de nacimientos ocurridos y la cantidad de población femenina en edad fértil durante el mismo periodo, es de 122,70 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva²², es decir, casi el doble de la tasa nacional (71,5)²³. Este panorama incrementa el riesgo de mortalidad en la población.

²² DANE. Dirección de Censos y Demografía. Indicadores demográficos según departamento. 1985-2020. Conciliación censal 1985-2020. Proyecciones de población 2005-2020.

²³ Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2010: Situación de Salud de Colombia. Bogotá, 2009. Página 4.

Tabla 8. Tasa de fecundidad por 1.000 MEF. Municipios fronterizos. Departamento de Chocó, Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	15. TASA GENERAL DE FECUNDIDAD
Acandí	69,8
Jurado	47,2
Riosucio	37,7
Unguía	35,6
Total	47,6

Fuente: ASIS Municipal. DASALUD, 2010.

El promedio de tasa de fecundidad para el área fronteriza es de 47 nacidos vivos por cada mil mujeres en edad reproductiva. Aunque este indicador parece bueno con respecto la media nacional, obedece a las limitaciones de información en cuanto a obtención y calidad del dato que se tiene en el departamento del Chocó, principalmente, por los datos relacionados con los nacimientos que no son registrados ya que ocurren en las zonas dispersas.

Tasa bruta de natalidad

Una situación similar se presenta con la Tasa Bruta de Natalidad por mil personas, que para el departamento es de 29.25 nacidos vivos por encima del promedio nacional el cual se ubica en 19.86. Sin embargo, en cuando a los municipios de frontera se refiere, se evidencia disminución con respecto al departamento y a la nación. El único municipio que supera la nación es Acandí con el 21,4 por mil personas, mientras que Juradó, Riosucio y Unguía están por debajo de 15 por mil.

Tasa bruta de mortalidad

La Tasa Bruta de Mortalidad por mil habitantes a nivel nacional está en 5,81, mientras que el departamento registra un valor superior (6.56). En este sentido, juegan un papel muy importante las enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes. Otro fenómeno está relacionado con el conflicto armado, que incluye en la expectativa de vida al nacer de los habitantes del Departamento.

A continuación se presentan las causas de mortalidad registradas para el año 2010 para cada uno de los municipios fronterizos, especificados por sexo:

Tabla 9. Mortalidad general municipio de Acandí, Chocó. Año 2010.

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	5	4	1
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	3	3	0
601 DIABETES MELLITUS	3	1	2
404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	2	1	1
514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	2	1	1
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	2	1	1

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	2	1	1
700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	1	1
108 ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	1	0	1
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1	0	1
206 T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	1	0	1
212 T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	1	0	1
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1	0	1
401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	1	0	1
402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	1	0	1
608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	1	1	0
615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	1	0	1
TOTAL	30	14	16

Fuente: Estadísticas Vitales 2010, DASALUD, Chocó.

La principal causa de muerte en los habitantes de Acandí está relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles, seguido de los homicidios. Lo anterior, en cierto modo explica la disminución de la expectativa de vida en esta zona. El 46% son fallecimientos del sexo masculino y el 54 corresponde al sexo femenino.

Tabla 10. Mortalidad general municipio de Juradó. Chocó, 2010

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	1	1	0
601 DIABETES MELLITUS	1	0	1
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	1	1	0
615 MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	1	1	0
616 RESIDUO	1	0	1
TOTAL	5	3	2

Fuente: Estadísticas Vitales 2010, DASALUD, Chocó.

En el Municipio de Juradó, los reportes de mortalidad son bajos. Durante el año 2010, se reportaron 5 fallecimientos, relacionados con homicidios, enfermedades crónicas y malformaciones; el 60% de los fallecimientos corresponden al sexo masculino y el 40% al sexo femenino.

Tabla. 11. Mortalidad general municipio de Riosucio. Chocó, 2010

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	5	3	2
404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	5	1	4

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	3	2	1
407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	2	2	0
601 DIABETES MELLITUS	2	1	1
602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	2	1	1
605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	2	2	0
608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	2	2	0
700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	2	2	0
101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	1	0
103 CIERTAS ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	1	1	0
204 TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	1	0	1
205 TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS	1	1	0
209 T. MALIGNO DEL UTERO	1	0	1
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	1	0	1
306 INSUFICIENCIA CARDIACA	1	0	1
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1	1	0
402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	1	0	1
501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	0
506 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	1	1	0
510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	1	1	0
511 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS	1	0	1
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	1	1	0
604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1	1	0
611 OTRAS ENF. SISTEMA DISGESTIVO	1	1	0
612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	1	0	1
614 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	0	1
616 RESIDUO	1	0	1
TOTAL	44	26	18

Fuente: Estadísticas Vitales 2010, DASALUD, Chocó.

En cuanto al municipio de Riosucio, al igual que los dos anteriores, la principal causa de muerte está relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles, aunque otras como las deficiencias nutricionales y las enfermedades infecciosas juegan un papel muy importante. El 59% de los fallecimientos ocurren en población de sexo masculino y el 41% en el sexo femenino.

Tabla 12. Mortalidad general municipio de Unguía. Chocó, 2010.

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	Hombres	Mujeres
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	7	4	3
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	6	6	0
206 T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	2	2	0
208 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	2	0	2
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	2	1	1
405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	2	1	1
407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	2	2	0
514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	2	2	0
604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	2	1	1
612 ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO	2	1	1
102 TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS	1	0	1
106 SEPTICEMIA	1	1	0
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	1	1	0
110 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1	0	1
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	1	1	0
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	1	1	0
309 RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1	1	0
506 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	1	1	0
601 DIABETES MELLITUS	1	1	0
602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	1	0	1
616 RESIDUO	1	1	0
700 SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1	0	1
TOTAL	41	28	13

Fuente: Estadísticas Vitales 2010, DASALUD, Chocó.

La principal causa de mortalidad en Unguía es la enfermedad isquémica del corazón, seguida de los homicidios, otras mortalidades como los tumores y la diabetes. En cuando al sexo, el 68% lo aportan los hombres y el 32% las mujeres.

En términos generales, la principal causa de muerte de los habitantes de la zona de frontera del departamento de Chocó, está relacionada con las enfermedades crónicas no transmisibles, los homicidios y las enfermedades infecciosas, situación que hace necesario diseñar estrategias preventivas, sobre todo, en lo referente a enfermedades crónicas no transmisibles.

La Esperanza de Vida al Nacer es de 69,30, es decir, que está más de 5 años por debajo del promedio nacional que es de 74 años.²⁴

²⁴DANE. Estudios Demográficos. Comunicado de Prensa. Recuperado el 2 de noviembre. En: <http://www.dane.gov.co/files/BoletinProyecciones.pdf>

ASPECTO SOCIOECONÓMICO

Según la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), las condiciones socioeconómicas son uno de los determinantes más importantes de las condiciones de vida y del estado de salud de la población. Considerable evidencia empírica ha establecido la relación directa entre desigualdad socioeconómica y mortalidad y ha enriquecido la discusión sobre el tema de la equidad en salud (Boletín OPS, Vol. 20:4). Aquí se presentan indicadores que se pueden considerar trazadores para identificar la exposición diferencial de las personas a factores que perjudican la salud, o la vulnerabilidad diferencial de las personas desfavorecidas ante condiciones perjudiciales para la salud y las consecuencias diferenciales de la mala salud (Comisión sobre determinantes sociales de la salud, OMS, 2005).²⁵

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto socioeconómico, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: proporción de población con necesidades básicas insatisfechas, tasa de empleo, población desplazada (según grupo de edad, sexo, área, municipio receptor, municipio expulsor, número de hogares, número de personas), proporción de población en condición de hacinamiento, tasa de analfabetismo en personas entre 15 y 24 años, años promedio de educación en la población de 15 años y más, deserción escolar, tasa bruta de cobertura por nivel en educación básica (de 0 hasta 9º grado), y tasa bruta de cobertura por nivel en educación media (de 10º y 11º grado).

Proporción de población con NBI

A 2010, el 79,2%²⁶ de población de Chocó presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)²⁷ y a nivel fronterizo, Juradó y Riosucio son los municipios con mayor proporción de población con NBI (86,2%), es decir, casi el doble de la media nacional. El municipio con menor NBI es Acandí con 49,25%. Esta situación de desigualdad en el acceso a los servicios básicos de vivienda, servicios públicos, dependencia económica y asistencia escolar, se ve motivada, entre otras razones, por el difícil acceso a las zonas rurales de estos departamentos y a la situación de desplazamiento forzado por el conflicto armado.

Tasa de desempleo

El desempleo en el departamento del Chocó es uno de los factores que influyen en el nivel socioeconómico de sus habitantes. Es un departamento que no cuenta con fuentes de empleo más que lo que proporciona el sector público, de hecho una de las tasas de desempleos más altas del país está en este departamento. De igual forma, los municipios de frontera no cuentan con fuentes de empleo. Una de las fuentes de empleo posible es el turismo, sobre todo en el municipio de Acandí al contar con playas atractivas al turismo. De manera, que mediante la inversión de la empresa privada en esta zona,

²⁵ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010.

²⁶ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional. Resultados Censo General 2005. Actualizado a junio 30 de 2011.

²⁷ Supone partir de un concepto de pobreza más pluridimensional que la mera definición de pobreza en base al ingreso; concede una mayor atención a los aspectos humanos y sociales; enfatiza la función del Estado y la responsabilidad colectiva en la provisión de determinados servicios, y manifiesta una especial preocupación por un eficiente funcionamiento de las políticas, para lo que concede gran importancia a la focalización de los servicios. En: Universidad del País Vasco. Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.

implicaría una potencial fuente de generación de empleo en el sector turístico para este municipio fronterizo.

Proporción de población en hacinamiento

La proporción de población bajo la línea de pobreza, es decir, que no cuentan con los ingresos suficientes para cubrir los requerimientos mínimos de calidad de vida de sí mismos y/o de su hogar²⁸, es del 64,9%, y bajo pobreza extrema o miseria, es decir, que presenta más de una necesidad básica insatisfecha, es del 33,6%.²⁹

Población desplazada

En relación a la situación de población desplazada por el conflicto armado, en el año 2010 en los 4 municipios fronterizos se registra un total de 185 personas desplazadas desde municipios expulsores, equivalentes a 67 familias.³⁰ Al comparar esta cifra con años anteriores, se evidencia una disminución importante, tendencia motivada en parte por el subregistro de información en el municipio de Juradó.

Tabla 13. Registros de desplazados por municipios de expulsión en la zona fronteriza. Chocó, 2010.

REGISTRO DE DESPLAZADOS POR MUNICIPIOS (EXPULSIÓN)										
MUNICIPIO FRONTERIZO	2007		2008		2009		2010		Total	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas
RIOSUCIO	139	605	107	415	58	200	25	69	329	1.289
UNGUÍA	34	130	40	136	173	569	27	73	274	908
ACANDÍ	32	111	27	114	19	52	15	43	93	320
JURADÓ	5	24	4	17	16	93	0	0	25	134
CHOCO	2.574	10.831	2.512	9.912	1.763	6.547	1.073	3.602	7.922	30.892

Fuente: Acción Social. Procesado por DASALUD-Chocó.

Es de resaltar que Colombia y Panamá comparten el Darién como zona fronteriza, zona caracterizada por la extracción maderera, aurífera, bananera, entre otras riquezas. En ambos países, a la riqueza compartida de la zona, se suma la diversidad étnica de los kuna, embera y waunán, afro descendientes, colonos paisas y costeños (llamados "chilapos" por los chocoanos).³¹ Dada la situación de conflicto armado y desplazamiento forzado que predomina en esta frontera desde años atrás, la población indígena es mucho más vulnerable ante las situaciones de emergencia humanitaria y crisis alimentaria que se derivan de ambos fenómenos. Esta condición socioeconómica ha potencializado el riesgo de la población fronteriza de ver deteriorada su condición socio sanitaria y compartir entre sí un mayor número de enfermedades. Desde el punto de vista del desplazamiento forzado, la situación más problemática se da en los municipios panameños de Jaqué, Puerto Obaldía y Tuira, y en los municipios fronterizos colombianos de Riosucio y Unguía.

²⁸ Universidad del País Vasco. Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.

²⁹ DANE. Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Mediciones de pobreza. 2002-2010.

³⁰ Acción Social. Base de datos total de hogares y personas incluidas en el Registro Único de Población Desplazada según lugar de expulsión, de recepción y de declaración. Acción Social. Año 2010.

³¹ En: "Conflicto, sociedad y política en territorios fronterizos". Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), 2005.

Educación

La tasa de analfabetismo más alta se presenta en Riosucio con 42, seguido por Acandí (34), Unguía (26) y Juradó (23). La cobertura neta con educación primaria es del 62% y con educación secundaria es del 66%. El promedio de años de escolaridad en mujeres mayores de 15 años, es de 6 y en hombres mayores de 15 años, es de 7.

SALUD INFANTIL

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), el principio de universalidad se ha definido como la garantía del derecho a la salud con calidad para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. Para lograr la universalidad es necesario tener en cuenta que entre los niños, niñas y adolescentes hay diferencias que requieren que los servicios puedan adaptarse a sus condiciones particulares. El documento Marco de Políticas Públicas de la infancia³² menciona cuatro diferencias de vital importancia que deben ser tenidas en cuenta por los servicios que garantizan sus derechos. Éstas son por etapa de desarrollo o ciclo de vida, diferencias de género, lugar de residencia y por etnia y cultura, porque a pesar de los avances logrados en la reducción de la mortalidad infantil promedio, persisten grandes discrepancias no solo entre las diversas regiones del país, sino en los diferentes grupos poblacionales.³³

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud infantil, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mismo está integrado principalmente por los siguientes componentes: tasas de mortalidad infantil, neonatal, perinatal, en niños de 1 a 4 años, en menores de 5 años, en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), y tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños. En el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), las terceras dosis de antipolio en menores de un año y de pentavalente en menores de un año, la cobertura de triple viral en población de un año de edad, de BCG en recién nacidos, y con antiamarilica en población de un año de edad. En cuanto a indicadores de morbilidad, tiene en cuenta la proporción de niños que han sufrido lesiones, accidentes y violencia, número anual de casos registrados de sífilis congénita, número de niños menores de 2 años con VIH, cobertura de determinación de TSH en el recién nacido.

Tasa de mortalidad infantil

A 2010 la tasa de mortalidad infantil en Chocó es de 21, muy cerca del valor nacional (20.13). No obstante, a la proximidad de ambos valores, al comparar el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil en el departamento en los últimos 5 años, no se evidencia una disminución importante. A pesar de los múltiples esfuerzos que desde las diferentes instituciones se realizan para fortalecer los programas de control prenatal, el proceso de disminución ha sido muy lento.

Esta situación está asociada al bajo desarrollo del departamento, a las críticas condiciones de bienestar de la población y de la salud pública materna. Al respecto, cabe resaltar que en el marco de

³² Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de la Protección Social. Guía para alcaldes. Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. 2ª Edición.

³³ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Páginas 27-28.

los compromisos adquiridos por Colombia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el departamento se encuentra muy lejos de alcanzar dicho compromiso, en el marco del cual el país debe reducir la mortalidad en menores de 5 años a 18,98 muertes por mil nacidos vivos, reducir la mortalidad en menores de 1 año a 16,68 muertes por mil nacidos vivos, así como, alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en 95% para los menores de 5 años, a través del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en todos los municipios y distritos del país³⁴.

La gravedad de esta situación se manifiesta en mayor grado a nivel de municipios fronterizos, ya que para el mismo período la tasa de mortalidad infantil más elevada se registra en Riosucio con 45,6, seguido por Juradó (31,3), Acandí (29,9) y Unguía (16,3). Mucha de la problemática existente en este sentido obedece a la falta de programas y pertinencia de los mismos que lleguen a todas las comunidades.

Tasa de mortalidad neonatal

Durante el periodo neonatal, existe el riesgo de fallecimientos antes de que se cumplan los 28 días, en este sentido, la tasa de mortalidad neonatal más alta la tiene el municipio de Riosucio, con el 4,1 por mil nacidos vivos, lo que indica que por cada 1.000 nacimientos, 4,1 fallecen durante los 28 días.

Tabla 14. Mortalidad Neonatal. Municipios fronterizos de Chocó, Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	2. TASA DE MORTALIDAD NEONATAL
Acandí	3,3
Jurado	0,0
Riosucio	4,1
Unguía	2,6
Total	2,5

Fuente: ASIS Municipal, DASALUD, 2010.

Tasa de mortalidad perinatal

La tasa de mortalidad perinatal también evidencia las falencias del sistema de salud pública materno e infantil, condicionado también por la concepción cultural de la población característica de la zona fronteriza, lo cual se refleja en el bajo número de personas que acceden a los servicios institucionales.

Al comparar el comportamiento anual de la tasa de mortalidad perinatal, se observa un incremento en el número de casos, el cual obedece en gran parte a la mejora en el reporte y notificación de datos dada el incremento en la articulación de los sistemas de información del nivel local con el equipo de Vigilancia de Salud Pública de DASALUD.

³⁴ DNP. Documento CONPES Social 140 de 2011. Modificación a CONPES social 91 del 14 de junio de 2005: "metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015"

Tabla 15. Mortalidad perinatal. Municipios fronterizos de Chocó, Año 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	3. TASA DE MORTALIDAD PERINATAL
Acandí	17,4
Jurado	0,0
Riosucio	37,0
Unguía	20,8
Total	18,8

Fuente: ASIS Municipal, DASALUD, 2010.

Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años

La razón de mortalidad en niños de 1–4 años es crítico en la zona. Aunque existen subregistros, la mayor razón de mortalidad la tiene el municipio de Juradó con 3,8 NV, seguido de Riosucio con el 1,3 por 1.000 NV, y los municipios de Acandí y Unguía con una razón en 0. Este dato evidencia las falencias en el funcionamiento del sistema de información a nivel de la zona fronteriza donde se garantice el flujo y oportunidad de la información.

Tabla 16. Razón de mortalidad niños de 1–4 años. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	4. RAZON DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
Acandí	0,0
Jurado	3,8
Riosucio	1,4
Unguía	0,0
Total	1,3

Fuente: ASIS Municipal, DASALUD, 2010.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en menores de 5 años al igual que todas las mortalidades, son el reflejo de la inequidad en salud y los resultados de la deficiencia en la ejecución de los programas. Para el año 2010, los municipios de la zona fronteriza presentan un comportamiento irregular. El municipio con la mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años es Juradó con 19,2 por 1000 NV, seguido por Riosucio con 8,8 por mil NV, Acandí con 4,1 por 1000 NV y Unguía con 3,8 por 1000 NV. En promedio, la zona tiene una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 9 por 1000 NV.

Tabla 17. Tasa de mortalidad en menores de 5 años. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO (NUTE 4)	5. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS
Acandí	4,1
Jurado	19,2
Riosucio	8,8
Unguía	3,8
Total	9,0

Fuente: ASIS Municipal, DASALUD, 2010.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

La enfermedad diarreica aguda en esta zona evidencia la falta de saneamiento básico. Muchos de los casos y posterior muerte, están relacionados con el consumo de agua sin tratamiento, sobre todo, en poblaciones indígenas. El Municipio con mayor tasa de mortalidad por EDA es Riosucio, los otros municipios no han reportado casos de muerte por esta causa durante el año 2010.

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Durante el año 2010, la tasa general de mortalidad por IRA en esta zona en menores de 5 años fue de 30 por 1000 menores de 5 años. El municipio con mayor tasa es Acandí con 82 por mil menores de 5 años.

Tabla 18. Tasa de mortalidad por IRA. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	7. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR IRA
Acandí	82,0
Jurado	38,5
Riosucio	0,0
Unguía	0,0
Total	30,1

Fuente: ASIS Municipal, DASALUD, 2010.

Tasa de mortalidad por lesiones, accidentes y violencia en niños

No existen datos que reflejen muertes por lesiones o accidentes y violencia en menores en los municipios fronterizos.

Tercera dosis de antipolio en menores de un año

Durante el año 2010, los municipios fronterizos aplicaron 1.240 dosis de polio. El municipio con más dosis de polio aplicada fue Riosucio, sin embargo, en esta zona fronteriza no se logran coberturas útiles de vacunación en el biológico. Sólo Acandí las alcanza.

Tercera dosis de pentavalente en menores de un año

En cuanto a pentavalente, durante el año 2010, la zona aplicó 1240 dosis, igualmente el único municipio que logra coberturas útiles es Acandí

Cobertura de triple viral en población de un año de edad

Los municipios de Acandí y Riosucio logran coberturas útiles en triple viral para el año 2010, los otros 2 municipios fronterizos obtienen coberturas críticas. Este panorama indica que la población está en riesgo de contraer enfermedades que son prevenibles por vacunación, evidenciando una desigualdad en acceso a la salud muy alta.

Cobertura de BCG en recién nacidos

En cuando a BCG, para el año 2010, ninguno de los municipios fronterizos obtiene coberturas útiles, en este sentido, podemos estar expuestos al riesgo de Tuberculosis meningea en la zona.

Cobertura con antiamarilica en población de un año de edad

Para el año 2010, los municipios de Acandí y Riosucio logran coberturas útiles en este biológico, y los municipios de Juradó y Unguía, según estos datos, tienen riesgos en la población de un año para fiebre amarilla.

Proporción de niños que han sufrido lesiones, accidentes y violencia

No existen datos correspondientes a niños que hayan sufrido lesiones, accidentes y violencia en ninguno de los municipios fronterizos.

Número anual de casos registrados de sífilis congénita

La sífilis es una enfermedad de interés en salud pública que se encuentra en erradicación, sin embargo persisten los casos. Durante el año 2010, los municipios de la zona fronteriza reportaron 2 casos en Acandí y Unguía, pese a los conocimientos que desde el área de salud se tiene con respecto al evento. No hay casos registrados en Riosucio, pero según datos de morbilidad sentida de la población, existen embarazadas con sífilis, quienes fueron diagnosticadas en Antioquia y que dadas las falencias en los sistemas de información del departamento, éstas no se reflejan en las estadísticas del municipio.

Número de niños menores de 2 años con VIH

No existen casos reportados de niños menores de 2 años con VIH en ninguno de los Municipios de frontera.

Cobertura de determinación de TSH en el recién nacido

Tabla 19. Cobertura TSH neonatal. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.

MUNICIPIO (NUTE 4)	23. COBERTURA DE DETERMINACIÓN DE TSH EN EL RECIÉN NACIDO
Acandí	17,4
Jurado	0,0
Riosucio	34,9
Unguía	34,1
Total	21,6

Fuente: Laboratorio de Salud Pública, Chocó 2010.

El TSH factor importante para identificar hipotiroidismo congénito, no es rutinario en ningún área de la frontera. En el año 2010, sólo a un 21% de los nacimientos de la zona se les realizó determinación de TSH, lo que indica que existe el riesgo de contraer hipotiroidismo congénito en la población.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella reflejan de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan un país³⁵, por tanto, los indicadores de SSR están especialmente relacionados con los determinantes sociales biológicos, de estilo de vida, condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud.³⁶

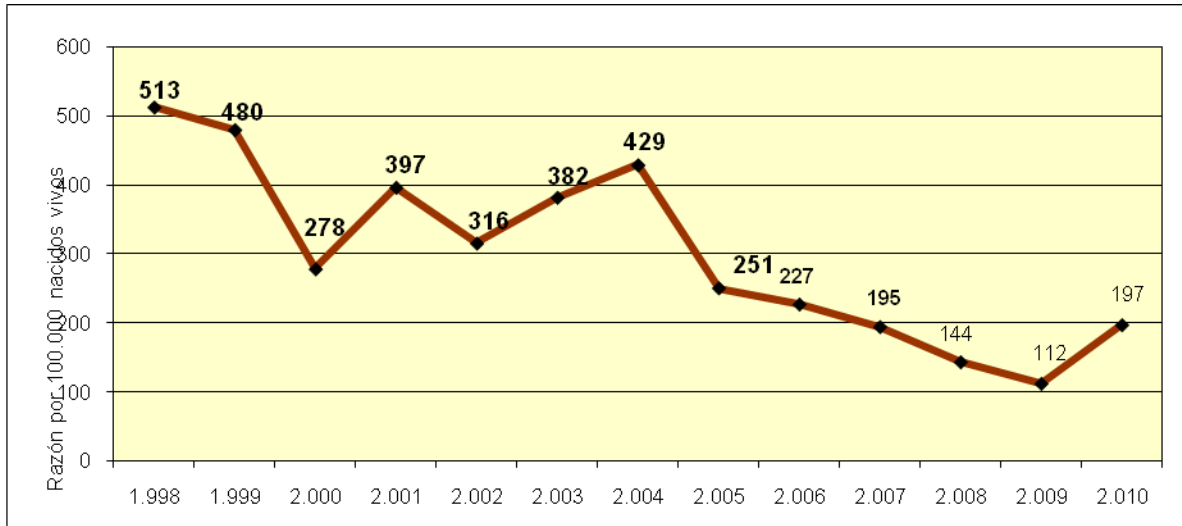
METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de SSR, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: razón de mortalidad materna, número de muertes maternas, número de adolescentes con hijos nacidos vivos, tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, número de personas vivas clasificadas como VIH positivas, personas vivas con diagnóstico de SIDA, con tratamiento antirretroviral para VIH positivos, gestantes con VIH-SIDA, personas con infección con TBC – VIH, muertes por VIH-SIDA, y tasa de mortalidad por cáncer de seno.

Razón de mortalidad materna

La tendencia de mortalidad materna en el departamento es al aumento, como se puede observar en la siguiente gráfica muestra la razón de mortalidad desde el año 1998 hasta 2010.

Gráfico 4. Razón Mortalidad Materna. Chocó, 1998 – 2010



Fuente: DANE procesado por EEVV, DASALUD Chocó 2010.

Con respecto al comportamiento de la mortalidad materna en la zona fronteriza, Riosucio es el único municipio que reporta casos para el año 2010.

³⁵ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá, 2003. en:

<http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15132DocumentNo1893.PDF>

³⁶ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 28.

Número de muertes maternas

El número de casos de mortalidad materna reportada en el departamento del Chocó, según fuente DANE, es de 11 casos, uno de los cuales se registra en el municipio de Riosucio. Cabe señalar, que el no reporte de casos en el resto de municipios puede estar asociado al subregistro, lo que implicaría la necesidad de realizar actividades encaminadas al fortalecimiento institucional y comunitario en la búsqueda de información, con el fin de identificar casos o confirmar la información existente. De otro lado, la no notificación de casos podría también estar asociada al proceso de desarrollo y adecuación de las estrategias del programa Salud Materno infantil en el departamento.

A nivel general, existen múltiples causas que infuyen directamente en el comportamiento de la mortalidad materna, como la baja cobertura de la atención prenatal, la baja accesibilidad y calidad de los servicios de salud pública materna, la baja calidad de la atención y la falta de capacidad resolutive de las emergencias obstétricas, las cuales se relacionan directamente con las falencias en infraestructura y calidad de control prenatal que permita disminuir efectivamente la problemática en el departamento.³⁷

Tabla 20. Mortalidad Materna. Municipios fronterizos, Chocó 2005-2010.

MORTALIDAD MATERNA AÑOS/ MUNICIPIOS						
Municipios fronterizos	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Acandí						
Juradó						
Riosucio				1		1
Unguía						
Total Chocó	13	13	10	8	8	8

Fuente: RIPS - IPS Departamento del Chocó/ Oficina Vigilancia. DASALUD

Número de adolescentes con hijos nacidos vivos

Durante el año 2010, en los cuatro municipios de la zona de frontera se identificaron 215 adolescentes con hijos nacidos vivos. El municipio con mayor número de adolescentes con hijos vivos es Riosucio con 102 adolescentes, seguido por Acandí con 50, Unguía con 46 y Juradó con 17. En este sentido, se requiere fortalecer el aspecto de educación sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes enfocadas hacia la prevención del embarazo a temprana edad.

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

Aunque no existen datos importantes que permitan identificar esta problemática en la zona fronteriza del departamento, en el año 2010 se registra un caso de fallecimiento de una mujer con cáncer de cérvix en Riosucio, lo que representa una tasa de 15.1 por 100000 MEF.

³⁷ Miladys Mosquera Córdoba. Epidemióloga. Oficina de Vigilancia en Salud Pública. DASALUD 2011.

Número de personas vivas clasificadas como VIH positivas

Durante el año 2010, en los municipios de frontera se encontraron 4 personas con VIH. El municipio con más casos de VIH reportado es Acandí con 2 casos, Riosucio y Unguía aportan un caso cada uno, y Juradó no reportó casos.

Personas vivas con diagnóstico de SIDA

En cuanto al número de personas con diagnóstico de SIDA en la zona, el municipio de Acandí reporta 2 casos, Unguía y Riosucio 1 caso, respectivamente, y Juradó no reportó casos.

Personas vivas con tratamiento antirretroviral para VIH positivos

Es importante tener en cuenta que las personas que fueron reportadas con VIH, se encuentran en tratamiento con antirretrovirales, lo que indica que están en fase SIDA.

Número de gestantes con VIH-SIDA

El control prenatal es importante para garantizar la vida del futuro recién nacido, en este sentido, no existe casos de gestantes con VIH en la zona fronteriza.

Número de personas con infección con TBC – VIH

No existen casos de personas con infección TB – VIH en la zona fronteriza del departamento.

Número de muertes por VIH-SIDA

Durante el año 2010, falleció una persona con VIH en el municipio de Acandí. No existen reportes en los otros municipios de la zona de frontera.

Tasa de mortalidad por cáncer de seno

En el 2010, se presentan dos fallecimientos de pacientes con cáncer de seno, procedentes del municipio de Unguía. En este sentido, la tasa de mortalidad por cáncer de seno en la zona fronteriza es de 0,5 por mil mujeres.

SALUD ORAL

De acuerdo con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la Salud oral de la población colombiana, ha presentado una evidente mejoría en el transcurso de los últimos 30 años, según las tendencias observadas en los tres estudios nacionales realizados en 1966, 1977 a 1980 y en 1998, pero aún sigue siendo un riesgo importante para la calidad de vida de las personas, razón por la cual el Ministerio de la Protección Social a adoptado el Plan Nacional de Salud Bucal.³⁸

³⁸ Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Plan Nacional de Salud Bucal.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud oral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: número de personas que consultan al odontólogo en el último año, número de niños que han recibido sellantes en el último año, y número de niños que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año.

Número de personas que consultan al odontólogo en el último año

No se tiene un registro claro al respecto en la zona fronteriza.

Número de niños que han recibido sellantes en el último año

Tabla 21. Aplicación de sellantes Municipios fronterizos 2010

MUNICIPIO	1. NÚMERO DE NIÑOS QUE HAN RECIBIDO SELLANTES EN EL ÚLTIMO AÑO
ACANDI	205
JURADO	0
RIOSUCIO	46
UNGUIA	77
TOTAL	328

Fuente: Salud Oral DASALUD Chocó, 2010

Durante el año 2010, en la zona fronteriza se aplicaron 328 sellantes. El municipio con más aporte fue Acandí con 205 sellantes.

Número de niños que han recibido aplicaciones o enjuagues de flúor en el último año

Durante el año 2010, en los municipios de frontera 784 niños recibieron aplicaciones de flúor. Unguía fluorizó a 784, Acandí a 278 y Riosucio a 145, mientras que Juradó no realizó fluorización durante el año debido a la falta de insumos en la IPS.

Tabla 22. Niños que recibieron sellantes. Municipios fronterizos. Chocó, 2010.

MUNICIPIO	4. NÚMERO DE NIÑOS QUE HAN RECIBIDO DE FLÚOR EN EL ÚLTIMO AÑO
ACANDI	278
JURADO	0
RIOSUCIO	145
UNGUIA	361
TOTAL	784

Fuente: Salud Oral DASALUD, Chocó 2010.

SALUD MENTAL

Según con la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), la salud mental es un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales, que exigen modelos integrales de atención en salud orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención

de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales.³⁹ La guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales contiene una orientación completa relacionada con la elaboración del diagnóstico que incluye las características de la demanda, de la oferta y el análisis de la relación oferta-demanda⁴⁰, En esta guía se proponen algunos indicadores para la implementación de la política de salud mental.⁴¹

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud oral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: porcentaje de municipios del departamento que han elaborado e implementado planes de salud mental y porcentaje de municipios del departamento que han implementado la estrategia de atención primaria en salud mental.

Porcentaje de municipios del departamento que han elaborado e implementado planes de salud mental

Pese a que el Departamento a través del programa de salud mental y lesiones violenta evitables, prestó la asistencia técnica a todos los Municipios para la elaboración de los planes, en esta zona el único municipio que no elaboró e implementó el plan de salud mental e implementó la estrategia de atención primaria fue el municipio de Juradó; Esto obedeció a la falta de interés que desde la entidad territorial municipal le puso al tema; sin un plan de salud mental y sin estrategia de atención primaria, en un municipio con condiciones sociales deterioradas, presentan un gran riesgo para enfrentar una problemática en salud mental en caso de presentarse; además no minimizan riesgos ni identifican riesgos en salud mental de su población.

Tabla 23. Municipios de la zona fronteriza con planes de salud mental y estrategia de atención en salud mental. Chocó, 2010.

MUNICIPIO	1. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS DEL DPTO QUE HAN ELABORADO E IMPLEMENTADO PLANES DE SALUD MENTAL	2. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS DEL DPTO QUE HAN IMPLEMENTADO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL
ACANDI	100	100
JURADO	0	0
RIOSUCIO	100	100
UNGUIA	100	100
TOTAL	75	75

Fuente: Programa Salud Mental. DASALUD Chocó, 2010.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y ZONOSIS

De conformidad con la Guía ASIS Nacional, (MPS 2010), frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual – VIH/SIDA, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta

³⁹ Ministerio de la Protección y Social Fundación FES SOCIAL. Lineamientos de Política de salud mental para Colombia. Cali, 2005. ISBN 958-97751-1-X

⁴⁰ Ministerio de la Protección Social. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes de salud territorial. Bogotá, octubre de 2005. ISBN: 958-97695-4-3. en:

<http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo15133DocumentNo1895.PDF>

⁴¹ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables. Así mismo, por la alta letalidad y pérdida de años de vida saludable que ocasionan algunas de las enfermedades reemergentes es que se han considerado como prioridades nacionales de salud pública incluidas en este plan.⁴²

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: incidencia de tuberculosis estimada, tasa de mortalidad por tuberculosis, porcentaje de detección de casos de tuberculosis, prevalencia de lepra, prevalencia de lepra por municipios, incidencia de lepra, proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0), casos de rabia humana transmitida por perro, casos de rabia en perros, control de focos en rabia silvestre, cobertura de vacunación antirrábica canina, cobertura de vacunación antirrábica felina, número de muertes por fiebre amarilla, número de casos de fiebre amarilla, índice Parasitario Anual (IPA), índice por Plasmodium falciparum anual (IFA), índice por Plasmodium Vivax anual (IVA), letalidad por malaria, proporción de complicaciones por malaria, incidencia de dengue, proporción de casos de dengue grave, proporción de hospitalizaciones por dengue grave, letalidad por dengue grave, número de casos reportados de cólera, letalidad por cólera, incidencia anual de leishmaniasis según forma clínica, letalidad por leishmaniasis visceral, prevalencia de chagas, incidencia de chagas y letalidad por chagas.

Incidencia de tuberculosis estimada

La tuberculosis en el departamento del Chocó es uno de los principales problemas que afectan su salud pública. La población indígena, dada sus condiciones de riesgo, son los más afectados con esta problemática, ya que sus condiciones de abandono y costumbres propias han motivado la presencia de casos de mortalidad por esta causa, esto sumado a dos factores determinante como lo son las dificultades para el diagnóstico y el tratamiento, las cuales dependen del buen funcionamiento de la prestación de servicios de salud. Dada la ubicación de las comunidades en áreas de difícil acceso, son poblaciones altamente vulnerables en las cuales se registran numerosos casos de pacientes que mueren por TB quienes no reciben atención en salud.

La incidencia de tuberculosis estimada para los municipios fronterizos durante el año 2010, fue en promedio de 26.3 por 100000 habitantes. El municipio fronterizo con mayor incidencia fue Juradó con 87 por 100.000. En Acandí y Unguía no se presentaron casos de tuberculosis.

Tabla 24. Incidencia de TB. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO	INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS ESTIMADA 2010
ACANDI	0,0
JURADO	87,0
RIOSUCIO	18,0
UNGUIA	0,0
TOTAL	26,3

Fuente: Programa TB. DASALUD, Chocó 2010.

⁴² María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

Tasa de mortalidad por tuberculosis

En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, en el área fronteriza encontramos que durante el año 2010 no se presentaron casos de mortalidad en ninguno de los municipios.

Porcentaje de detección de casos de tuberculosis

Durante el año 2010, el porcentaje de detección de casos de Tuberculosis fue bajo, lo cual evidencia que no existe en ninguno de los municipios fronterizos una estrategia que permita captar los sintomáticos respiratorios lo que de cierto modo indica la existencia de casos ocultos en la zona. Es importante tener en cuenta que en estos municipios, sobre todo Riosucio, cuentan con un alto porcentaje de población indígena, quienes su ubicación, condiciones de vida y costumbres están en alto riesgo para contraer este tipo de enfermedades.

Tabla 25. Porcentaje de detección de casos de Tuberculosis. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS
ACANDI	0,0
JURADO	7,8
RIOSUCIO	3,8
UNGUIA	0,0
TOTAL	2,9

Fuente: Programa TB. DASALUD, Chocó 2010.

Prevalencia de lepra

La lepra al igual que la tuberculosis, requiere de estrategias de búsquedas permanente. La prevalencia de esta enfermedad durante el año 2010 en los municipios fronterizos, se demuestra en la siguiente tabla:

Tabla 26. Prevalencia de Lepra 2010. Municipios fronterizos, Chocó. Año 2010.

MUNICIPIO	PREVALENCIA DE LEpra
ACANDI	0
JURADO	0
RIOSUCIO	0
UNGUIA	0,6
TOTAL	0,15

Fuente: Programa TB. DASALUD, Chocó 2010.

Prevalencia de lepra por municipios

El único municipio de la zona fronteriza con prevalencia de lepra es el municipio de Unguía, con una prevalencia de 0.6 por 10000 habitantes. En los otros municipios durante el mismo periodo no se reportaron casos.

Incidencia de lepra

En cuanto a la incidencia se refiere, durante el año 2010 el municipio de Acandí presenta una incidencia de 1 por 100000 habitantes. Los demás municipios de la zona fronteriza no tienen casos nuevos para este periodo.

Proporción de casos nuevos detectados sin discapacidad (Grado 0)

Durante el año 2010 no se reportaron casos nuevos sin discapacidad grado 0 en ninguno de los municipios de frontera.

Casos de rabia humana transmitida por perro

Durante el año 2010 no se presentaron casos de rabia transmitida por perro en ninguno de los 4 municipios.

Casos de rabia en perros

Durante el año 2010 no se presentaron casos de rabia en perro en ninguno de los 4 municipios.

Control de focos en rabia silvestre

Tabla 27. Control de focos silvestres. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	CONTROL DE FOCOS EN RABIA SILVESTRE
ACANDI	1
JURADO	0
RIOSUCIO	0
UNGUIA	0
TOTAL	0,25

Fuente: Programa Alimentos y Zoonosis. DASALUD, Chocó. 2010.

Al tratarse de municipios de categoría 6 los ubicados en la zona fronteriza, le corresponde al departamento el desarrollo de actividades relacionadas con la prevención de la rabia. Al respecto, durante el año 2010, sólo se realizó una actividad de control de foco en el municipio de Acandí, mientras en los otros municipios no fueron intervenidos pese al alto riesgo existente en la zona.

Cobertura de vacunación antirrábica canina

Durante el año 2010, la zona fronteriza alcanza cobertura promedio en vacunación antirrábica canina de 54%.

Cobertura de vacunación antirrábica felina

Tabla 28. Cobertura Antirrábica Felina. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA FELINA
ACANDI	75
JURADO	0
RIOSUCIO	0
UNGUIA	0
TOTAL	18,75

Fuente: Programa Alimentos y Zoonosis. DASALUD, Chocó. 2010.

Para el año 2010, el único municipio de la zona fronteriza en el cual se realizan actividades relacionadas con vacunación en gatos es en Acandí, alcanzado una cobertura de 75%. En los otros municipios fronterizos no se realiza esta actividad.

Número de muertes por fiebre amarilla

No se reportaron casos de este evento. No hay presencia del vector en la zona fronteriza.

Número de casos de fiebre amarilla

No se reportaron casos de este evento. No hay presencia del vector en la zona fronteriza.

Índice Parasitario Anual (IPA)

Tabla 29. Índice Parasitario Anual. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	ÍNDICE PARASITARIO ANUAL (IPA)
ACANDI	7,2
JURADO	114,6
RIOSUCIO	1,4
UNGUIA	0,3
TOTAL	30,9

Fuente: Programa ETV – Vigilancia. DASALUD, Chocó. 2010.

- El índice parasitario anual expresa la relación de los casos de malaria y la población que viven en zonas de riesgo; da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población en riesgo. La malaria es el principal problema de salud pública del departamento del Chocó. , y para los municipios fronterizo se presentan una situación que indica la alta relación de los casos con la población en riesgos; en ese sentido el Municipio de Juradó presenta un elevado Índice parasitario anual, que supera el del Departamento, el cual es de 43 aproximadamente; este valor de IPA elevado, en algunos casos indica deterioro de condiciones ambientales, sanitarias y sociales. Presencia de tres vectores primarios de malaria como son:
- Incremento de cultivos ilícitos.

- Orden público
- Desplazamiento
- Deficiente cobertura de la red de dx y tratamiento

Índice por Plasmodium falciparum anual (IFA)

Tabla 30. IFA. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	17. ÍNDICE POR <i>P.FALCIPARUM</i> ANUAL (IFA)
ACANDI	0,3
JURADO	0,1
RIOSUCIO	0,2
UNGUIA	0,0
TOTAL	0,2

Fuente: Programa ETV – Vigilancia. DASALUD, Chocó. 2010.

Como se observa en la tabla 30, en el año 2010, en la zona fronteriza, el índice por Plasmodium falciparum es relativamente similar para los 4 municipios por cada 1000 habitantes.

Índice por Plasmodium Vivax anual (IVA)

Tabla 31. IVA. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	ÍNDICE POR <i>P.VIVAX</i> ANUAL (IVA)
ACANDI	6,9
JURADO	113,2
RIOSUCIO	1,2
UNGUIA	0,3
TOTAL	30,4

Fuente: Programa ETV – Vigilancia. DASALUD, Chocó. 2010.

El índice por Plasmodium vivax en la zona fronteriza del departamento del Chocó indica que el municipio que durante el año 2010 presentó mas casos de esta especie parasitaria por habitantes fue Juradó, donde por cada 1000 habitantes, 113 presentaron malaria por vivax. En los otros municipios se presenta un comportamiento similar al Plasmodium falciparum.

Letalidad por malaria

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos letales por malaria en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Proporción de complicaciones por malaria

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos complicados por malaria en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Incidencia de dengue

Tabla 32. Incidencia de dengue. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.

MUNICIPIO	TASA DE INCIDENCIA DE DENGUE
ACANDI	0,0
JURADO	110,5
RIOSUCIO	0,0
UNGUIA	96,5
TOTAL	51,8

Fuente: Programa ETV – Vigilancia. DASALUD, Chocó. 2010.

Juradó presenta en el año 2010, una incidencia de 110.5 por 100000 habitantes, Unguía una incidencia de 96.5, mientras Acandí y Riosucio con una incidencia de 0 casos.

Proporción de casos de dengue grave

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos complicados por dengue en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Proporción de hospitalizaciones por dengue grave

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos hospitalizados por dengue en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Letalidad por dengue grave

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos de letalidad por dengue en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Número de casos reportados de cólera

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos de cólera en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Letalidad por cólera

Durante este periodo de 2010 no se presentaron casos de letalidad por cólera en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Incidencia anual de leishmaniasis según forma clínica

La única forma clínica de Leishmaniasis presentada durante el año 2010 en la zona fronteriza fue la leishmaniasis cutánea. El municipio de la zona fronteriza con mayor incidencia fue el municipio de Acandí, con una tasa de incidencia de 685 por 100000 habitantes, seguido por Juradó con una tasa de 386.7 por 100000, Unguía con 183.4 por 100000. Por su parte, Riosucio es el municipio con la menor tasa de incidencia con 14.5 por 100000. No se reportaron casos de otras formas de leishmaniasis en la zona durante el año 2010.

La siguiente tabla muestra la tasa de incidencia anual por leishmaniasis cutánea en los municipios fronterizos durante el años 2010.

Tabla 33. Tasa de incidencia anual por Leishmaniasis cutánea. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	TASA DE INCIDENCIA ANUAL POR LEISHMANIASIS CUTÁNEA
ACANDI	685,9
JURADO	386,7
RIOSUCIO	14,5
UNGUIA	183,4
TOTAL	317,6

Fuente: Programa ETV – Vigilancia. DASALUD, Chocó. 2010.

Letalidad por leishmaniasis visceral

Durante este periodo de 2010 no se reportaron casos de letalidad por Leishmaniasis Visceral en ninguno de los municipios de la zona fronteriza.

Prevalencia de chagas

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

Incidencia de chagas

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

Letalidad por chagas

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES

La Guía de ASIS Nacional (MPS 2010) establece que la carga de enfermedades crónicas tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de las personas afectadas, es causa de muertes prematuras y tiene efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general. Las enfermedades crónicas tienen por causa factores de riesgos comunes y modificables. Dichos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades a todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos se destacan una alimentación poco sana, la inactividad física y el consumo de tabaco.⁴³ En este documento se han considerado algunos indicadores relacionados con la actividad física, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y discapacidad.⁴⁴

⁴³ Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.

⁴⁴ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 29.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: prevalencia de insuficiencia renal crónica, incidencia de Insuficiencia renal crónica, tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica, prevalencia de diabetes mellitus, incidencia de diabetes mellitus, tasa de mortalidad por diabetes mellitus, prevalencia de hipertensión arterial, incidencia de hipertensión arterial, tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva y proporción de población con alguna limitación.

Prevalencia de insuficiencia renal crónica

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

Incidencia de Insuficiencia renal crónica

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

Tasa de mortalidad por insuficiencia renal crónica

No se reportaron casos durante el 2010 de este evento.

Prevalencia de diabetes mellitus

La prevalencia de diabetes en la zona fronteriza es de 7 por 100000 habitantes para el año 2010.

Incidencia de diabetes mellitus

Tasa 34. Incidencia de diabetes mellitus. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE DIABETES MELLITUS
ACANDI	1,0
JURADO	0,0
RIOSUCIO	1,0
UNGUÍA	2,0
TOTAL	4,0

Fuente: Crónicas y Rips IPS. DASALUD, Chocó, 2010.

Se registraron en la zona fronteriza cuatro nuevos casos diagnosticados de diabetes en el año 2010. El municipio de Juradó no registró casos del evento.

Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

Tabla 35. Tasa de mortalidad por diabetes mellitus. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS
ACANDI	30,0
JURADO	28,9
RIOSUCIO	7,0
UNGUIA	6,7
TOTAL	12,3

Fuente: Dane procesado por EEVV. DASALUD, Chocó. 2010

Durante el año 2010, los municipios de frontera presentan unas significativas tasas de mortalidad por diabetes, al igual que en el resto del departamento. El municipio de Acandí registra una tasa de 30 por 100000 habitantes, seguido del municipio de Juradó con 229 por 100000, Riosucio con 7 por 100000 y Unguía con 6.7 por 100000 habitantes. Es necesario mencionar, que parte de este alto registro, obedece al problema en el registro de la información característico del departamento.

Prevalencia de hipertensión arterial

La prevalencia de hipertensión arterial de los municipios fronterizos a 2010, es de 529 por 100000. Esta situación evidencia una tendencia general en todo el departamento al presentar problemáticas como el sedentarismo y la alimentación no saludable.

Tabla 36. Incidencia de hipertensión arterial. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ACANDI	54,0
JURADO	43,0
RIOSUCIO	138,0
UNGUIA	76,0
TOTAL	311,0

Fuente: Crónicas y Rips IPS. DASALUD, Chocó, 2010.

Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva

Durante el año 2010, Unguía es el único municipio que reporta casos, presentando una tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva de 6.7 por 100000 habitantes.

Proporción de población con alguna limitación

A marzo de 2010, se registra un total de 2.541 personas con alguna limitación en el departamento del Chocó, 742 con limitación para caminar, 128 con limitación para usar brazos o manos, 951 con limitación visual, 221 con limitación para oír, 182 con limitación para hablar, 648 con limitación para

aprender, 80 con limitación para socializar, 77 con limitación para bañarse por si mismo y 206 personas con otro tipo de limitación.⁴⁵

SALUD NUTRICIONAL

De acuerdo con la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), en la actualidad, se reconoce la importancia que tiene la educación en la adquisición de estilos de vida saludables y en las intervenciones dirigidas a crear y fomentar valores y hábitos alimentarios desde edades tempranas.⁴⁶ En este contexto es de vital importancia describir la situación nutricional de la población general y grupos vulnerables, así mismo, asociarlos con los determinantes socioeconómicos, de tal forma que permita priorizar los principales problemas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional de la población y los factores de riesgo determinantes.⁴⁷ La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) determina en gran medida la calidad de vida de la población de un país e involucra aspectos fundamentales de la macroeconomía, la política, la salud, educación, la cultura, medio ambiente, alimentación y nutrición entre otros, que deben ser intervenidos desde perspectivas intersectoriales e interdisciplinarias en distintos ámbitos: individual, familiar, local, nacional e internacional.⁴⁸

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer menor a 2500 grs, tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años, niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles, número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares y número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario.

Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer (BPN) menor a 2500 gramos

En el departamento de Chocó, para el año 2010, se presentaron 5572 nacimientos de los cuales el 11.6% (650) corresponde a nacimientos de madres residentes en esta área fronteriza y de con un promedio de 15.2 de nacimientos de peso por debajo de los 2500 gramos.

El porcentaje de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento o baja talla, es de 15.7%, por encima del registrado en el total nacional (13.2%). Es aún más crítica la situación de desnutrición global, que duplica el valor registrado a nivel nacional, ya que el 6.3% de los niños menores de 5 años del departamento presentan bajo peso o desnutrición global, frente al 3.4% del país.⁴⁹

En los Municipio fronterizos, para el año 2010 se presenta el siguiente comportamiento:

⁴⁵ DANE. Dirección de Censos y Demografía. Base de datos de Población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad. Actualizado a marzo de 2010.

⁴⁶ Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud. Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia. Caracterización de la población.

⁴⁷ Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil (NUTRIR), Guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años. Caracterización de la población. Bogotá, 1999.

⁴⁸ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

⁴⁹ Ministerio de la Protección Social, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2010 - ENSIN

Tabla 37. Porcentaje de nacidos vivos con peso al nacer 2010. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON PESO AL NACER MENOR A 2500 GRs.
ACANDI	15,3
JURADO	18,3
RIOSUCIO	14,4
UNGUÍA	15,6
TOTAL	15,2

Fuente: Dane procesado por EEVV. DASALUD, Chocó. 2010

En promedio, en la zona fronteriza el 15.25 de los nacimientos presentan peso por debajo de 2500 gramos; esta situación indica la existencia de probabilidad de delgadez en la población de 18-64 años, además de ello, los nacimientos con bajo peso pueden generar el riesgo de salud pública de mortalidad neonatal e infantil, retraso en el crecimiento y en el aprendizaje.

Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años

Tabla 38. Tasa de mortalidad por desnutrición crónica en niños menores de 5 años. Municipios fronterizos, Chocó. 2010.

MUNICIPIO	TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN- CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
ACANDI	0,0
JURADO	0,0
RIOSUCIO	46,6
UNGUÍA	52,0
TOTAL	37,7

Fuente: Dane procesado por EEVV. DASALUD, Chocó. 2010

En el año 2010, según los datos de mortalidad del DANE, el municipio de Unguía presenta una tasa de mortalidad crónica de 52 por 100000 menores de 5 años, seguido por el municipio de Riosucio que presenta una tasa de 46.6 por 100000 menores de 5 años. En gran parte, el comportamiento de estos resultados obedece a la dispersión geográfica, la poca capacidad resolutoria de las instituciones prestadoras de salud, la mala prestación de los servicios de salud por parte de las EPS y un factor altamente determinante, es la situación económica y cultural de sus habitantes.

Niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad beneficiados con el programa de desayunos infantiles

No existen datos disponible en la zona para este segmento

Número de niños beneficiados con el programa de restaurantes escolares

No existen datos disponible en la zona para este segmento

Número de adultos mayores beneficiados con complemento alimentario

No existen datos disponible en la zona para este segmento

SALUD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

De acuerdo con lo establecido en la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), el ambiente son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que debe adaptarse del mejor modo posible para estar sano. Los riesgos ambientales provocan problemas de salud de alto impacto y ameritan un trabajo intersectorial y coordinado.⁵⁰

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el aspecto de salud sanitaria y del ambiente, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano –IRCA mensual, Índice de riesgo municipal por abastecimiento de agua para consumo humano –IRABAm, Proporción de viviendas con servicio domiciliario de acueducto, con servicio domiciliario de alcantarillado, con servicio domiciliario de recolección de basura, con servicio domiciliario de gas natural y proporción de viviendas con lugar exclusivo para la cocina.

Índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA)

No existen datos disponibles .

Índice de Riesgo Municipal por Abastecimiento de Agua para consumo humano (IRABAm)

No existen datos disponibles.

Proporción de viviendas con servicios domiciliarios

La cobertura de servicios públicos básicos como el agua, alcantarillado y aseo, dan cuenta de la deficiente situación de salud ambiental del departamento, principalmente por su relación de causalidad en la mortalidad derivada de infecciones intestinales (Enfermedad Diarreica Aguda-EDA) y enfermedades transmitidas por vectores. Esto demuestra las dificultades de acceso de la población a los servicios sanitarios mínimos requeridos, lo que pone en riesgo a la población a contraer enfermedades transmitidas por vectores, así como enfermedades gastrointestinales.

La cobertura del servicio de acueducto urbano, a nivel nacional asciende al 94,8%, mientras en Chocó al 81,6%. Con respecto al servicio de alcantarillado urbano, este solo llega al 45,6% de sus habitantes, contrastando con el 73,9% de cobertura a nivel nacional. En cuanto al servicio de recolección de basura, la cobertura urbana asciende al 49%, mientras a nivel nacional es del 77.9%. Cabe señalar que tan sólo el 10,4% de la población rural cuenta con este servicio.

SEGURIDAD EN EL TRABAJO Y LAS ENFERMEDADES DE ORIGEN LABORAL

La Guía ASIS Nacional (MPS 2010) establece que el ámbito laboral se define como un territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan relaciones con

⁵⁰ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan.⁵¹ Dadas las condiciones laborales y los tipos de actividades se generan una serie de eventos que afectan la salud y la vida de los trabajadores que necesitan ser monitoreadas para implantar programas y proyectos que promuevan la calidad de vida y prevengan este tipo de daños.⁵²

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: cobertura de afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales, tasa de muertes calificadas como profesionales, tasa de muerte por causas calificadas como profesionales, tasa de accidentes calificadas como profesionales, tasa por tipos de accidentes calificadas como profesionales, tasa de enfermedades calificadas como profesionales y tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales.

Cobertura de afiliados a la Administradora de Riesgos Profesionales

No existen datos disponibles .

Tasa de muertes calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

Tasa de muerte por causas calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

Tasa de accidentes calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

Tasa por tipos de accidentes calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

Tasa de enfermedades calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

Tasa de enfermedades agrupadas por causas calificadas como profesionales

No se han reportado casos de muertes calificadas como profesionales.

⁵¹ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos para la promoción de la calidad de vida en el ámbito escolar.

⁵² María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 30.

RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA EN SALUD

Según la Guía de ASIS Nacional (MPS 2010), el efecto sobre la salud y la calidad de vida, en los servicios de salud depende de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso geográfico, cultural y económico de todos los ciudadanos a los servicios requeridos, de manera oportuna, de su calidad y de la posibilidad de responder a las necesidades de los usuarios.⁵³

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada, cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales, razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes, razón de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes, razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, porcentaje de ocupación de camas, número de instituciones de salud según nivel de atención, cobertura de IPS con COVES, porcentaje de UPGD que notifican semanalmente, número de Hospitales culturalmente adaptados, razón de odontólogos/habitantes, razón de médicos generales/habitantes, razón de enfermeras/habitantes y razón de auxiliares de enfermería/habitantes.

El departamento del Chocó registra porcentajes de vacunación a partir del 78.7%, que aún se encuentran lejanos de la meta del 95% de cobertura en el marco de los ODM. Es de resaltar el caso de Juradó donde la cobertura en BCG en el recién nacidos es del 92.8%, Acandí con 90.8% y Riosucio con 82.9%. No obstante, en Unguía es de apenas el 48.2%. En promedio en los 4 municipios, la cobertura en polio y refuerzos llegan al 81.1%, sin embargo, en Unguía es de apenas el 60.2%.

En relación con la cobertura de atención en los programas de prevención de enfermedades, en la zona fronteriza existen deficiencias en los programas de detección de cáncer cérvico uterino, control prenatal y crecimiento y desarrollo, se registran para los cuatro municipios de frontera 1.208 controles, siendo Juradó el que menor número de controles registra.

Cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Con respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el departamento de Chocó registra un total de 382.124 afiliados al régimen contributivo. La siguiente tabla muestra la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento correspondiente al año 2010:

Tabla No. 39. Vinculación al S.G.S.S. Departamento de Chocó, 2010.

VINCULACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, AÑO 2010	
Población afiliada al régimen contributivo	60.084
Población afiliada al régimen subsidiado	382.194
Población No afiliada	33.895

Fuente: Oficina Aseguramiento DASALUD Chocó, 2010.

⁵³ Blanco Restrepo JH y Maya Mejía JM. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Corporación para Investigaciones Biológicas. 2ª Edición. Colombia, 2005 Pág. 4. ISBN: 958-9400-81-7.

Cobertura de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada

No se tienen datos disponibles de afiliación al SGSSS de la población sisbenizada.

Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales

No se tienen datos disponibles de afiliación al SGSSS de riesgos profesionales.

Razón de egresos hospitalarios por 1.000 habitantes

En la zona fronteriza, es claro que las instituciones de prestación de servicios de salud tienen poca capacidad de atención por múltiples factores como la deficiente infraestructura, reducida capacidad de equipos y tecnología apropiada, y el déficit de recurso humano asistencial para el funcionamiento de la atención de la población.

Se asocia también los egresos hospitalarios a la baja e insuficiente disponibilidad de camas, encontrando que en la zona fronteriza, durante el año 2010 por cada 1000 habitantes, se presentaron 4 egresos hospitalarios.

Razón de consultas ambulatorias por 1.000 habitantes

En cuanto a las consultas externas, se registraron en promedio 29 consultas por habitantes durante el año 2010.

Razón de camas hospitalarias por 1.000 habitantes

La relación de camas hospitalarias por 1.000 habitantes es de tan sólo 10, siendo Acandí y Juradó las que presentan la menor proporción.

Porcentaje de ocupación de camas

Es difícil medir el porcentaje de ocupación de camas de esta región debido a que en las instituciones de salud muy rara vez permanecen paciente hospitalizados dada su baja capacidad en infraestructura atención médica. Sin embargo, los registros que se tienen en cada una de estas instituciones reportan durante el año 2010 el siguiente comportamiento:

Tabla 40. Porcentaje de ocupación de camas. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS
ACANDI	56,99
JURADO	23,01
RIOSUCIO	174,25
UNGUIA	39,18
TOTAL	293,42

Fuente: Oficina Desarrollo de Servicios DASALUD

El municipio de Riosucio presenta el mayor porcentaje de ocupación de camas con el 174.25, debido a que es un municipio con mayor población con respecto a los otros, seguido de Acandí con el 56.99, lo que obedece a su ubicación geográfica. Esta condición, genera dificultad para el desplazamiento a otros lugares Unguía con el 39.1 y Juradó con el 23.1 por 100.

Número de instituciones de salud según nivel de atención

En relación a las instituciones o servicios de salud según nivel de atención existentes, en el departamento existe un sólo hospital público de 2 nivel, no existen instituciones de tercer nivel, así como tampoco servicios de banco de sangre en la región. En los municipios de frontera se cuenta con la siguiente disponibilidad:

Tabla 41. Número de instituciones de salud según nivel de atención. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

Municipio	Institución de Primer Nivel	Cama Disponibles	Laboratorios
Acandí	3	21	1
Juradó	1	9	1
Riosucio	2	12	1
Unguía	2	12	1

Fuente: Oficina de Desarrollo de Servicios DASALUD-2010

Cobertura de IPS con COVES

La vigilancia en salud pública tiene un componente muy importante y son los COVES a nivel institucional, pues este mecanismo permite el diseño de estrategias para mejorar la atención y los indicadores en salud. El 100% de las Municipios de frontera cuentan con COVES; sin embargo el funcionamiento de estos es irregular, debido a la alta rotación de personal en la instituciones lo que no garantiza la continuidad de los proceso; aparte de ello las instituciones no dan la importancia requerida a los COVES.

Porcentaje de UPGD que notifican semanalmente

En cuanto a la notificación, es irregular el comportamiento por parte de la UPGD en la zona fronteriza. No obstante, durante el año 2010 las UPGD de los municipios notificaron el 100% en forma semanal acumulado.

Número de Hospitales culturalmente adaptados

No existe en la zona hospitales adaptados culturalmente.

Razón de odontólogos/habitantes

En la zona fronteriza, al igual que en otras del departamento, es carente en la mayoría de ocasiones el recurso humano asistencial. En cuanto a la razón de odontólogos por habitantes, ningún municipio alcanza a tener 1 odontólogo por 1000 habitantes.

Razón de médicos generales/habitantes

Es crítica la situación en cuanto al número de médicos por mil habitantes, en ninguno de los municipios fronterizos la disponibilidad de recurso humano llega a 1 por 1000 habitantes. No existe cobertura de prueba de Elisa en mujeres gestantes estipulada, igualmente cobertura de antiretrovirales.

El número de madres comunitarias y similares es en promedio de 13.75, siendo Unguía y Juradó las que presentan el menor número. En el departamento, principalmente en las zonas alejadas como los municipios fronterizos, los programas comunitarios aplicados a las parteras han tenido un impacto positivo, aunque lento en la reducción de la razón de mortalidad materna, al pasar de 251 en 2005 a 128 en 2010.

La razón de médicos por habitantes, al igual que el recurso humano odontólogo, ninguno de los municipios fronterizos alcanza a tener un médico por 1000 habitantes.

Razón de enfermeras/habitantes y razón de auxiliares de enfermería/habitantes

Los municipios de Acandí y Juradó tiene una razón de 1 médico por 1000 habitantes, y en Juradó y Unguía no se alcanza a contar con 1 enfermera por 1000 habitantes.

DIAGNÓSTICO DE SALUD-ENFERMEDAD

PERFIL DE MORTALIDAD

Según la Guía ASIS Nacional (MPS 2010), los datos de mortalidad son la base para una amplia gama de indicadores de diversa complejidad. No solo representan las herramientas para evaluar el riesgo de muerte en una población y la repercusión de las enfermedades en la salud, sino también la gravedad de las enfermedades y la sobrevivencia experimentada por la población. Como tales, son insumos esenciales en el análisis de la situación de salud, la vigilancia en salud pública, la programación y la evaluación de programas y políticas de salud (OPS, Vol. 23 No. 4; 2002). Básicamente se hará un análisis de la mortalidad general, utilizando la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con la lista a tres dígitos, por grupos de edad, sexo y por grupos de causas de acuerdo a la clasificación 6/67 propuesta por OPS.⁵⁴

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: mortalidad general y mortalidad por grupos de causas.

⁵⁴ María Belén Jaimes. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud. Bogotá, enero de 2010. Página 31.

Mortalidad general

Mortalidad por grupos de causas

Las 10 primeras causas de mortalidad general del departamento⁵⁵, son el reflejo de la inequidad existente en el acceso a la salud pública, la baja calidad en la atención y las deficiencias en la planeación de acciones que fortalezcan el sistema de salud a nivel local y departamental.

Con respecto a lo registrado en 2010, se evidencian fallas en la implementación de medidas que eviten la mortalidad perinatal, la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), la mortalidad materna y la tuberculosis. Según lo reportado en el SIVIGILA, la mortalidad perinatal es la principal causa de muerte en el departamento con un peso porcentual de 73.65%, equivalentes a 109 muertes. Otras causas importantes de mortalidad son muertes evitables por enfermedades como el Sida, EDA y por Malaria. En el último caso, el riesgo se aumenta dadas las limitaciones del sistema de recolección de residuos sólidos a determinados centros urbanos, lo cual contribuye a la presencia de recipientes inservibles en la mayoría de viviendas de la región, constituyéndose en criaderos potenciales del vector.⁵⁶

Tabla 42. Primeras causas de mortalidad. Departamento de Chocó. 2010

Nro.	PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EVENTOS DE SALUD PUBLICA CHOCO 2010		
	NOMBRE DEL EVENTO	Casos Notificados	% Notific
1	MORTALIDAD PERINATAL	109	73,65
2	MORTALIDAD POR IRA	9	6,08
3	MORTALIDAD MATERNA	6	4,05
4	TUBERCULOSIS PULMONAR	5	3,38
5	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	5	3,38
6	MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS	4	2,70
7	MORTALIDAD POR MALARIA	4	2,70
8	MALNUTRICION	2	1,35
9	DENGUE GRAVE	1	0,68
10	MORTALIDAD POR DENGUE	1	0,68
	Total general	148	

Fuente: Sivigila 2010 (Oficina Vigilancia en Salud Pública. DASALUD)

PERFIL DE MORBILIDAD

El análisis de la morbilidad describe las principales causas por las cuales la población enferma. Para dicho análisis utilizarse la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con la lista a tres dígitos, con el fin de identificar las principales causas, al igual que la clasificación 6/67 propuesta por OPS para identificar las principales casusas por grupos de edad, sexo y grupos de causas.

⁵⁵ DANE. Base de datos de defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento y municipio de residencia y lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de OPS

⁵⁶ Cooperación Técnica entre Países (TCC) entre Colombia y Panamá. Página 14. Ministerio de la Protección Social y Organización Panamericana de la Salud 2011.

Es la disponibilidad de registros de buena calidad lo que hace posible obtener estimaciones epidemiológicamente válidas, que nos acercan al conocimiento de la realidad y nos permiten modificarla positivamente.⁵⁷

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo del ASIS de frontera para el perfil de mortalidad, sigue los lineamientos establecidos en la Guía de ASIS nacional, según el cual, el mencionado aspecto está integrado principalmente por los siguientes componentes: proporción de morbilidad por servicio hospitalario, de consulta externa y urgencias.

Proporción de morbilidad por servicio hospitalario

Proporción de morbilidad por consulta externa

Con respecto a las primeras causas de consulta externa y urgencias, las enfermedades gastrointestinales constituyen la columna vertebral de la morbilidad general en el departamento, pues ocupan el primer lugar con el 11,8%, seguido por enfermedades transmitidas por vectores con el 9,2% cuyo comportamiento depende de las condiciones sanitarias y ambientales, así como de aspectos culturales de la región. Otras enfermedades de gran importancia en la estructura de morbilidad del departamento, son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), la infecciones urinarias e igualmente las infecciones de transmisión sexual, las cuales representan un preocupante problema de salud pública que representa un gran reto para los prestadores de salud en cuanto a la disminución de la problemática.

Tabla 43. Morbilidad por consulta externa y urgencias según grupos de edad. Departamento de Chocó. 2010

Chocó-MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS/ GRUPOS DE EDAD-Año 2010												
Orden	Cod. CIE 10	Morbilidad		Edad en años						Total	%	Tasa / 10000ha b
				<1	1 a 4	5 a 14	15 a 44	45 a 59	>60			
1	A09	Enfermedades gastrointestinales	Diarrea y Gastroenteritis	3246	436	3066	4023	1026	711	12508	5,23	262,68
	R10.4		Dolor abdominal	983	119	1904	1568	787	256	5617	2,35	117,96
	A06.9		Amibiasis	723	164	1718	1664	805	199	5273	2,21	110,74
	B82.9		Parasitismo intestinal	678	341	1637	1647	462	68	4833	2,02	101,50
	Subtotal			5630	1060	8325	8902	3080	1234	28231	11,81	592,87
2	B 54	Enfermedad. Transmitidas por Vectores	Paludismo	148	2653	6222	10101	1909	671	21704	9,08	455,80
	B 55		Leishmaniasis		9	25	150	5	4	193	0,08	4,05
	A 90		Dengue		28	66	203	53		350	0,15	7,35
	A91		Dengue grave		4	6	6	1	2	19	0,01	0,40
	Subtotal			148	2694	6319	10460	1968	677	22266	9,31	467,60
3	J01	Enfermedades de las vías Respiratorias	Resfriado comun	2929	1108	579	2382	756	151	7905	3,31	166,01
	J45.9		Asma bronquial	1929	645	297	956	384	98	4309	1,80	90,49
	J13		Neumonía	984	387	177	923	216	76	2763	1,16	58,03
	J35.0		Faringitis	864	245	159	308	193	42	1811	0,76	38,03
	J53.0		Amigdalitis	412	198	148	438	187	31	1414	0,59	29,70
	H66.9		Otitis media	196	104	121	206	175	19	821	0,34	17,24
Subtotal			7314	2687	1481	5213	1911	417	19023	7,96	399,50	
4	R30.0	Infecciones	Infeccion Vias		839	1735	3582	854	1657	8667	3,63	182,01

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS). Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda Edición. Medición de las condiciones de salud y enfermedad en la población. Unidad 3. Página 29. Washington D.C., 2002.

Chocó-MORBILIDAD POR CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS/ GRUPOS DE EDAD-Año 2010												
		Urinarias	urinarias									
	N39.0		Disuria	612	3026	1004	936			5578	2,33	117,14
			Subtotal	612	3865	2739	4518	854	1657	14245	5,96	299,16
5	B86	Enfermedad. de la piel y tejido. Celular. Subcutáneo	Dermatitis	11	24	418	4606	628	157	5844	2,44	122,73
	B36.9		Absesos y celulitis	6	21	605	2146	433	114	3325	1,39	69,83
	L30.9		Escabiosis		2	275	1824	188	98	2387	1,00	50,13
	L02.9		Micosis		17	169	626	162	29	1003	0,42	21,06
			Subtotal	17	64	1467	9202	1411	398	12559	5,25	263,75
6	B37.0	Enfermedades de Transmisión Sexual	Candidiasis vaginal			3944	5462	1002	318	10726	4,49	225,25
	A56.8		Vaginosis			666	316	614	193	1789	0,75	37,57
	B20.0		VIH/SIDA		1	2	35	3		41	0,02	0,86
			Sífilis Congénita y Gestacional	90		1	143	2		236	0,10	4,96
			Subtotal	90	1	4613	5956	1621	511	511	0,21	10,73
7	D53.0	Enfermedades de la Sangre y organos hematopoyéticos	Anemias							6764	2,83	142,05
				1114	2764	1060	975	543	308			
			Subtotal	1114	2764	1060	975	543	308	6764	2,83	142,05
8	K29.7	Enfer. Del Esófago, Estómago, Duodeno.	Gastritis		111	618	1651	684	154	3218	1,35	67,58
	K25.0		Úlcera gástrica			23	327	219	22	591	0,25	12,41
			Subtotal	0	111	641	1978	903	176	3809	1,59	79,99
9	T14.1	Lesiones de Causa Externa	Hda por arma cortante			185	424	316	616	1541	0,64	32,36
	W03		Tx por otros accidentes			124	428	264	246	1062	0,44	22,30
	T14.2		Hda por arma contundente			118	136	234	87	575	0,24	12,08
	T 21		Quemaduras			68	95	164	68	395	0,17	8,30
			Subtotal	0	0	495	1083	978	1017	3573	1,49	75,04
10	K0.5	Enfer. De los Dientes	Enfermedad Periodontal		96	769	1432	387	167	2851	1,19	59,87
			Subtotal	0	96	769	1432	387	167	2851	1,19	59,87
11	I 10	Enfermedades Cardiovasculares	Hipertensión arterial			7	467	366	164	1004	0,42	21,08
	I 67.9		Enfermedad cerebro vascular				164	254	54	472	0,20	9,91
	I21.9		Infarto Agudo del Miocardio				135	133	29	297	0,12	6,24
	R07.2		Dolor precordial			2	119	111	15	247	0,10	5,19
	I21.9		Migraña				102	102	6	210	0,09	4,41
			Subtotal	0	0	9	987	966	268	2230	0,93	46,83
12	T14.9	Enfer. Del Sistema Osteomuscular	Mialgia				596	117	42	755	0,32	15,86
	M54.5		Lumbalgia			132	574	151	68	925	0,39	19,43
	M19.0		Artrosis				164	17	21	202	0,08	4,24
	M54.9		Dorsalgia		6		119	11	13	149	0,06	3,13
			Subtotal	0	6	132	1453	296	144	2031	0,85	42,65
			Subtotal General	14925	13348	28050	52159	14918	6974	130374	54,54	2737,95
			Otras Causas y las mal definidas	8027	10291	16307	54981	11860	7224	108690	45,46	2282,57
			Total General	22952	23639	44357	107140	26778	14198	239064	100,00	5020,53

Fuente: Rips - IPS Públicas y privadas del departamento. Chocó, 2010.

En los municipios de la zona fronteriza, las primeras causas de morbilidad por consulta externa y urgencias son enfermedades gastrointestinales y del sistema respiratorio, hipertensión, infecciones de las vías urinarias, y en el caso de Unguía y Riosucio, también se presentan enfermedades bucodentales.

Teniendo en cuenta el género, las mujeres representan el 65% de diagnosticados y los hombres el 35%, esto en gran medida se debe a la vulnerabilidad que presenta el género femenino en el departamento, en cuanto a la deficiencia y baja calidad en la atención de salud pública materna y programas de control prenatal. Por grupos de edad, tanto en las mujeres como en los hombres, el grupo de edad entre los 15 y 44 años representan el mayor porcentaje, con el 58% y 40%, respectivamente.

Priorización de problemas

La elaboración de los documentos ASIS tiene sentido en la medida en que la información que surge de estos documentos sea utilizada en la toma de decisiones que se verán reflejadas en propuestas y acciones tendientes a mejorar la situación de salud evidenciada. Por esta razón, se utiliza la herramienta de priorización con el fin de identificar espacios geográficos más vulnerables, donde la situación de salud requiera de una intervención inmediata.

A partir del análisis de la base de datos del ASIS fronterizo 2010, analizar cuáles indicadores podrían seleccionarse para realizar el ejercicio de priorización, y teniendo en cuenta la disponibilidad y calidad de indicadores con los que cuenta DASALUD-Chocó, fueron seleccionados 8 indicadores por cada uno de los 14 perfiles que conforman el ASIS Nacional:

Tabla 44. Indicadores seleccionados para el ejercicio de priorización con Epidata. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

Variable	Descripción
POB	Población total
TGF	Tasa general de fecundidad
TBMP	Tasa Bruta de Mortalidad Perinatal
TBN	Tasa Bruta de Natalidad
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
TID	Tasa Incidencia Dengue
TILEI	Tasa Incidencias Leishmaniasis

Fuente: Base de datos-ASIS fronterizo Chocó 2010. Formato ASIS nacional.

Una vez seleccionados los indicadores, se elaboró la tabla en Excel con las variables y los municipios, y en otra pestaña se organizó un directorio con los significados de las siglas de las variables seleccionadas. Se inició el proceso del cálculo del índice de necesidades de salud utilizando el software Epidata y realizando el paso a paso, se obtuvo el listado de los municipios con su respectivo índice. Los municipios fueron ordenados en orden descendente, es decir, de los municipios con situación de salud más crítica a aquellos con mejor panorama, arrojando los siguientes resultados:

Número de unidades geográficas :4

Número de indicadores :9

Archivo de trabajo: C:\Users\VIGILANCIA\Desktop\ASISTENCIA ASIS\EJERCICIO EPIDAT.xls

Campo que contiene:

Unidades geográficas: MUNI

Indicadores de salud : ORD POB TGF TBMP TBN TMI NBI TID TILEI

Unidades	Puntajes
Jurado	-2,17
Unguía	-0,63
Riosucio	-0,39
Acandí	3,19

Posteriormente, se realizó el cálculo manual del Índice de Necesidades de Salud a través del programa Excel. A partir de la tabla que se elaboró para cálculo en Epidata, se incluyeron las celdas promedio y desviación estándar al final de cada uno de los indicadores seleccionados. De igual forma, se insertaron 7 columnas para calcular la fórmula “Z” y al final, la columna para incluir el cálculo del Índice de Necesidades en Salud. El ejercicio arrojó los siguientes resultados:

Tabla 45 Indicadores seleccionados para el ejercicio de priorización con Valor Z. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

VARIABLE	DESCRIPCION
POB	Población total
TGF	Tasa general de fecundidad
TBMP	Tasa bruta de mortalidad perinatal
TBN	Tasa bruta de natalidad
TMI	Tasa de mortalidad infantil
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
TID	Tasa Incidencia de Dengue
TILEI	Tasa Incidencia Leishmaniasis
PO	Proporción de Población Bajo la línea de pobreza
IND	Proporción de Población Bajo la línea de indigencia
MIS	Proporción de Población Bajo la línea de miseria
POEACU	Población Urbana económicamente activa
POEACR	Población rural económicamente activa
ANALF	Tasa de analfabetismos población de 15 años y mas
D.ESC	Deserción Escolar
DES H	Población Expulsada de hombres
DES M	Población Expulsada de mujeres
RMM	Razón de mortalidad materna
ADOLHNV	Adolescentes con hijos nacidos vivos
CPINS	Cobertura de parto institucional
IPA	Índice parasitario anual
TMDIAB	Tasa de mortalidad diabetes mellitus
IHTA	Incidencia de Hipertensión Arterial
LIMITA	Proporción de población con alguna limitación
M DESN	Tasa de mortalidad por desnutrición crónica

Fuente: Base de datos-ASIS fronterizo Chocó 2010. Formato ASIS nacional.

Tabla 46. Ejercicio por cada indicador para el cálculo del Índice de Necesidades en Salud. Municipios fronterizos, Chocó. 2010

MUNI	Z_TGF	Z_TBMP	Z_TBN	Z_TMI	Z_NBI	Z_TID	Z_TILEI	Z_PO
Acandí	1,640	0,854	1,674	0,465	1,323	0,995	-1,472	0,051
Jurado	-0,028	1,065	-0,148	0,631	-0,999	-1,130	-0,276	-0,614
Riosucio	-0,728	-0,574	-0,692	-1,728	-0,936	0,995	1,212	1,597
Unguía	-0,883	-1,344	-0,834	0,631	0,612	-0,861	0,537	-1,034

Fuente: Base de datos-ASIS fronterizo Chocó 2010. Formato ASIS nacional.

MUNI	Z_IND	Z_MIS	Z_POEACU	Z_POEACR	Z_ANALF	Z_D.ESC	Z_DES H	Z_DES M
Acandí	-1,466	0,933	0,156	0,598	0,459	1,148	0,490	0,497
Jurado	0,152	0,550	-0,984	-0,955	-1,722	-0,711	0,767	0,767
Riosucio	-0,038	-1,671	1,568	1,333	0,746	-1,239	-1,720	-1,720
Unguía	1,352	0,189	-0,741	-0,977	0,517	0,802	0,463	0,455

Fuente: Base de datos-ASIS fronterizo Chocó 2010. Formato ASIS nacional.

MUNI	Z_RMM	Z_ADOLHNV	Z_CPINS	Z_IPA	Z_TMDIAB	Z_IHTA	Z_LIMITA	Z_M DESN	INSALUD
Acandí	0,577	-0,122	-0,154	0,489	-1,044	0,646	-1,386	0,997	8,348
Jurado	0,577	-1,200	-1,512	-1,730	-0,955	0,945	0,548	0,997	-5,962
Riosucio	-1,732	1,575	0,443	0,610	0,987	-1,639	1,264	-0,888	-2,974
Unguía	0,577	-0,253	1,223	0,631	1,012	0,048	-0,426	-1,106	0,588

Fuente: Base de datos-ASIS fronterizo Chocó 2010. Formato ASIS nacional.

Con base en los 278 indicadores seleccionados, Juradó es el municipio con mayor índice de necesidades en salud. Esto podría obedecer a que se trata de un municipio con muy baja población (3.455 habitantes) pero con índices muy críticos, principalmente, en el ámbito socioeconómico y en enfermedades transmisibles. Esta situación se ve condicionado por otros factores determinantes propios del municipio, como su ubicación geográfica en área de difícil acceso, con poblaciones altamente vulnerables a contraer enfermedades. El resultado arrojado por el cálculo de la "Z" en Excel, en comparación con el Epidata, se aproxima más al diagnóstico de salud actual de la zona fronteriza de Chocó.