



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Riohacha, febrero 24 de 2014

Señores

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN

UNIDAD DE ASIGNACIONES DE RIOHACHA, LA GUAJIRA (REPARTO)

E S D

CESAR ARISMENDY MORALES, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 17.805.785 de Riohacha, en mi calidad de Director del Departamento Administrativo de Planeación del Departamento de La Guajira y en calidad de Secretario Técnico del Consejo de Política Social me permito dirigirme a ustedes con el fin de impetrar **DENUNCIA PENAL** bajo la gravedad del juramento en contra de las personas que relaciono más adelante, por la presunta violación sistemática de la vida , la integridad física , la alimentación equilibrada , la salud y la seguridad social de los niños y niñas del Departamento de La Guajira.

Lo anterior denuncia se realiza basada en los siguientes:

HECHOS

Mediante el presente documento, y en uso de la responsabilidad asignada por el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, el artículo 11 y el parágrafo 2° del art 52 de la Ley 1098 de 2006 o Código de Infancia y Adolescencia¹, pongo en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación formal denuncia para que dentro de sus competencias² inicie las investigaciones pertinentes y establezca los responsables que haya lugar, por la violación constante e indiscriminada contra los derechos de los niños y niñas del Departamento de la Guajira a través de los cuales se ha

¹ Artículo 11. Exigibilidad de los derechos. Salvo las normas procesales sobre legitimidad en la causa para incoar las acciones judiciales o procedimientos administrativos a favor de los menores de edad, cualquier persona puede exigir de la autoridad competente el cumplimiento y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

El Estado en cabeza de todos y cada uno de sus agentes tiene la responsabilidad inexcusable de actuar oportunamente para garantizar la realización, protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes

Artículo 52. Verificación de la garantía de derechos. En todos los casos, la autoridad competente deberá, de manera inmediata, verificar el estado de cumplimiento de cada uno de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes

Parágrafo 2°. Si la autoridad competente advierte la ocurrencia de un posible delito, deberá denunciarlo ante la autoridad penal.

² Constitución Política de Colombia, Art. 250. La Fiscalía General de la Nación está obligada a adelantar el ejercicio de la acción penal y realizar la investigación de los hechos que revistan las características de un delito que lleguen a su conocimiento por medio de denuncia, petición especial, querrela o de oficio, siempre y cuando medien suficientes motivos y circunstancias fácticas que indiquen la posible existencia del mismo. No podrá, en consecuencia, suspender, interrumpir, ni renunciar a la persecución penal, salvo en los casos que establezca la ley para la aplicación del principio de oportunidad regulado dentro del marco de la política criminal del Estado, el cual estará sometido al control de legalidad por parte del juez que ejerza las funciones de control de garantías. Se exceptúan los delitos cometidos por Miembros de la Fuerza Pública en servicio activo y en relación con el mismo servicio.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



venido vulnerando los derechos a la vida³, la integridad física⁴, la alimentación equilibrada⁵, la salud⁶ y la seguridad social⁷ consagrados, en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia, la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Ley 12 de 1991) y en especial los derechos consagrados en el Código de la Infancia y la Adolescencia - CIA – (Ley 1098 de 2006),.

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

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

De acuerdo con un estudio diagnóstico realizado por el Departamento Administrativo de Planeación de La Guajira, apoyado por la Secretaria de Salud Departamental, denominado “**EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO MORBI – MORTALIDAD Y BAJO PESO AL NACER POR DESNUTRICIÓN DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**”, se pudo evidenciar múltiples casos de vulneración de los derechos de los niños, tanto a la vida, la integridad física, la alimentación equilibrada, la salud y la seguridad social, al identificarse numerosos casos de mortalidad y morbilidad por desnutrición de la población infantil, especialmente indígena en el Departamento de La Guajira, denotándose ante ello una clara negligencia de parte de los que tienen asignada una responsabilidad⁸ tanto directa como indirecta de diferentes actores que tenían la responsabilidad de velar y salvaguardar sus derechos, tales como las Familias, la Sociedad y en especial el Estado

³ Art 17 Ley 1098 de 2006

⁴ Art 18 Ley 1098 de 2006

⁵ Art 24 Ley 1098 de 2006

⁶ Art 27 Ley 1098 de 2006

⁷ Art 46 Ley 1098 de 2006

⁸ Artículo 10 ley 1098 de 2006. Corresponsabilidad. Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.

La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado.

No obstante lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



representado por instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, las Empresas Prestadoras de Salud EPS tanto del nivel contributivo como Subsidiada⁹ y su red de prestadores de servicios (Clínicas y Hospitales privadas, Empresas Sociales del Estado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas IPSI, etc.), el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Salud, las Alcaldías Municipales y los operadores públicos y privados que administran los Programas de Seguridad Alimentaria, cuyas responsabilidades se detallan más adelante.

Resaltamos que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad infantil aquí identificados corresponde a niños y niñas de la etnia indígena wayuu que habitan en la Media y Alta Guajira quienes aparte de los derechos que les consagra la constitución y la ley por su carácter de niños, tienen protección especial por ser indígenas, tal como lo señalado el artículo 13 del Código de Infancia y Adolescencia el cual dice: Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes de los pueblos indígenas y demás grupos étnicos. Los niños, las niñas y los adolescentes de los pueblos indígenas y demás grupos étnicos, gozarán de los derechos consagrados en la Constitución Política, los instrumentos internacionales de Derechos Humanos y el presente Código, sin perjuicio de los principios que rigen sus culturas y organización social.

Igualmente, resaltamos que se pudo inferir que en el Departamento de La Guajira la mortalidad infantil puede ser alarmantemente mucho mayor pero que estos casos no se identifican porque las muertes ocurren en comunidades alejadas de los centros urbanos donde el Estado no hace presencia regular¹⁰.

La finalidad de la presente denuncia, no solo es que se establezcan responsables, sino que las muertes infantiles acaecidas no queden como simples datos estadísticos, que no queden en el olvido como ha ocurrido hasta el momento, sino que se haga justicia sobre los mismos, porque eran personas sujetos de derechos a las cuales se les vulnera el derecho a la vida, al bienestar y al desarrollo, y lo más importante, para que se tomen las acciones pertinentes para que estos casos no se repitan dentro del Departamento e la Guajira.

Para reforzar la denuncia y que haya una mejor comprensión de la problemática, en un CD anexo se presentan varios videos sobre la problemática indígena y en especial de los niños indígenas, donde recomendamos ver especialmente el que titulamos titulado “**LOS NIÑOS WAYUU, SU PROBLEMÁTICA Y SALUD**”, elaborado por la Fundación FUCAI¹¹

⁹ Algunas EPS son de carácter público y otras de carácter privado, pero siendo la salud un servicio público, al prestar el servicio de salud, ejercen funciones públicas y por lo tanto deben asumir responsabilidades.

¹⁰ El procedimiento regular para registrar las muertes ocurre porque estas ocurren en las instituciones de salud a donde son llevados los niños y los médicos expiden la respectiva acta de defunción, sin embargo cuando la muerte del menor ocurre en las comunidades indígenas rurales (rancherías), el niño suele ser enterrado sin que se reporte el fallecimiento respetivo.

En este sentido, se tiene la percepción de que existen muchos subregistros de morbimortalidad sin identificar en las zonas rurales y en los resguardos del Departamento de La Guajira.

¹¹ Fundación FUCAI <http://fucaicolombia.org/index.php> y <http://www.youtube.com/watch?v=o4YU3BnvDB8>



A. NIÑOS MUERTOS POR MALNUTRICIÓN PERIODO 2008 – 2013

Con el fin de precisar los casos de mortalidad y morbilidad infantil identificada desde Planeación Departamental, y que la Fiscalía pueda adelantar las investigaciones pertinentes, relacionamos los datos específicos de 196 niños que **fallecieron por causa de malnutrición** en el periodo 2008 - 2013 aclarando que no se pudo conseguir información confiable del año 2012, razón por la cual no relacionamos datos de este año pese a que el DANE reporta 34 casos.

Este video se presentan situación críticas como la no afiliación de números niños a las EPS, la no presencia del Estado, falta de atención, la mortalidad infantil, el uso de la medicina tradicional, etc.

La Fiscalía General de la Nación debe establecer las responsabilidades del Estado, la Sociedad y la Familia dado que al morir por desnutrición, fallaron y violaron sus derechos.

NIÑOS MENORES 5 AÑOS FALLECIDOS POR MALNUTRICIÓN AÑO 2013								
AÑO	PRI NOM FALLECIDO	SEG NOM FALLECIDO	PRIM APEL FALLECIDO	SEG APEL FALLECIDO	NÚM DOC FALLECIDO	EDAD	PERTENENCIA ÉTNICA	MUNICIPIO RESIDENCIA
2013	SAMEKA		LOZANO		16122012	4 Meses	INDIGENA	DIBULLA
2013	LILIANA	ANDREA	JUSAYU	EPIAYU	1118836987	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2013	JHONATAN		URIANA	ARPUHANA	1118847558	1	INDIGENA	RIOHACHA
2013	EMILI	SARAHÍ	JIMENEZ	DUQUE	1118854971	4 Meses	SIN PER ETNICA	RIOHACHA
2013	LINEY	DE JESUS	GOMEZ	APUSHANA	1118856537	1	RIOHACHA	CALLE 13 # 22 - 53
2013	FAVIANIS	INES	APUSHAINA	EPIEYU	1118856782	2 Meses	INDIGENA	RIOHACHA
2013	MARCO	LUIS	EPIAYU	PUSHAINA	1119396360	3	RIOHACHA	KILOMETRO 10 VIA SANTA MARTA
2013	GISEL	JOHANA	PINTO	URIANA	1119399729	1	INDIGENA	RIOHACHA
2013	YEIFER	ANTONIO	LUBO	SIERRA	1119400085	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2013	OMARYS	LINETH	DELUQUE	MENDOZA	1119400599	7	RIOHACHA	CALLE 32 # 4A - 34
2013	NODELIS	PATRICIA	EPINAYU	EPINAYU	1119710379	1	RIOHACHA	SALIDA A VALLEDUPAR
2013	RONI	JOSE	CORONADO	SAUNA	1122408459	2	SIN PER ETNICA	SAN JUAN DEL CESAR
2013	LICETH	DAYANA	SIMANACAS	POVEA	1123411454	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2013	NOREINYS	DAILETH	ARPUHANA	PUSHAINA	1124049568	2	INDIGENA	RIOHACHA
2013	JOSE	MARCIANO	EPIANYU		1124405662	1	INDIGENA	MANAURE
2013	KATHERINE	ESTHER	JUSAYU	URIANA	1124409524	8 Meses	INDIGENA	MANAURE
2013	LITZY	NAYIBE	JUSAYU	EPINAYU	1124513513	1	INDIGENA	URIBIA
2013	YOLIBETH		PUSHAINA	ARPUHANA	1131073273	6 Meses	INDIGENA	ALBANIA
2013	YANIA	PAOLA	GOMEZ	URIANA	1151189150	2	INDIGENA	MANAURE
2013	JOSE	ENRIQUEZ	EPIAYU	EPIAYU	1151190644	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2013	WENDY	VANESA	CARDOZO	PUSHAINA	1176215351	2	RIOHACHA	CALLE 36 # 17 - 37
2013	DEICER		IPUANA	EPINAYU	1176215575	1	INDIGENA	RIOHACHA



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



2013	ORIANA	CAMILA	ACOSTA	ESCORCIA	1176215618	1	RIOHACHA	POR LA TIENDA LA MAJAYURA
2013	YASNEIDIS	TATIANA	GONZALEZ	IPUANA	1176713627	1	URIBIA	BARRIO LAS MERCEDES
2013	HIJA YURLEY		MENESES	FUENTES	1206504212	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2013	HIJO DE	TERESA	URIANA	LOPEZ	11243796441	7 Meses	INDIGENA	RIOHACHA
2013	HIJO DE BETY	MARIA	EPIAYU		1,1213E+11	2 Meses	INDIGENA	MANAURE
2013	HIJA DE	MALVINA	PUSHAINA		112436976-1	4 Meses	INDIGENA	MANAURE
2013	HIJA LEIDYS	DALIANA	PEÑALOZA	VILORIA	1151185199-	8	RIOHACHA	CALLE 74 # 11 - 78
2013	HIJA DE	YONISIRA	EPINAYU	IPUANA	40951025-1	2 Meses	INDIGENA	MANAURE

Dentro de los 30 niños que se relacionaron anteriormente, en 22 casos se pudo identificar que recibían atención en salud y se encontraban registrados por empresas administradoras de planes de beneficios (prestadoras de servicios de salud), de ellos cinco (5) pertenecían a la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar (DUSAKAWI), tres (3) a COMFAGUAJIRA, tres (3) a SALUD VIDA, dos(2) a ANBUQ ARS, dos (2) a Caja de Compensación Familiar CAJACOPI Atlántico, dos (2) a CAPRECON EPS, Uno (1) a ANAS WAYUU EPS Indígena, Uno (1) a la Cooperativa de salud comunitaria "COMPARTA ARS", Uno (1) a DUSAKAWI, Uno (1) a SELVASALUD S.A. EPS., Uno (1) a SOLSALUD E.P.S. S.A. y ocho (8) de ellos no reportan afiliación de salud pero recibieron atención desde las IPS.

La relación según afiliación es la siguiente:

FECHA DEFUNCIÓN	PRI NOM FALLECIDO	SEG NOM FALLECIDO	PRIM APEL FALLECIDO	SEG APEL FALLECIDO	RURAL DISPERSO	ADMINISTRADORA DE PLANEAS DE BENEFICIOS	DIAGNOSTICO
09/01/2013	HIJO DE BETY	MARIA	EPIAYU		SUBSIDIADO	DUSAKAWI	DESNUTRICION SEVERA
12/01/2013	LITZY	NAYIBE	JUSAYU	EPINAYU	SUBSIDIADO	COMFAGUAJIRA	DESNUTRICION SEVERA
22/01/2013	HIJO DE	TERESA	URIANA	LOPEZ	NO ASEGURADO	NO ASEGURADO	DESNUTRICION SEVERA
30/01/2013	YOLIBETH		PUSHAINA	ARPUSHANA	SUBSIDIADO	ANAS WAYUU EPS	DESNUTRICION SEVERA
14/02/2013	GISEL	JOHANA	PINTO	URIANA	NO ASEGURADO	NO ASEGURADO	DESNUTRICION SEVERA
16/02/2013	NOREINYS	DAILETH	ARPUSHANA	PUSHAINA	SUBSIDIADO	DUSAKAWI	DESNUTRICION SEVERA
04/04/2013	SAMEKA		LOZANO		NO ASEGURADO	NO ASEGURADO	DESNUTRICION SEVERA
07/04/2013	DEICER		IPUANA	EPINAYU	SUBSIDIADO	SELVASALUD LIQUIDADA	DESNUTRICION SEVERA
12/04/2013	JOSE	MARCIANO	EPIANYU		NO ASEGURADO	NO ASEGURADO	DESNUTRICION SEVERA
16/04/2013	HIJA DE	YONISIRA	EPINAYU	IPUANA	SUBSIDIADO	COMPARTA ESS	DESNUTRICION SEVERA
26/04/2013	JHONATAN		URIANA	ARPUSHANA	SUBSIDIADO	DUSAKAWI	DESNUTRICION SEVERA
01/07/2013	OMAYRIS	LINETH	DELUQUE	MENDOZA	SUBSIDIADO	CAPRECOM	DESNUTRICION SEVERA
06/07/2013	EMILI	SARAH	JIMENEZ	DUQUE	SUBSIDIADO	CAPRECOM	DESNUTRICION SEVERA
13/09/2013	RONI	JOSE	CORONADO	SAUNA	SUBSIDIADO	DUSAKAWI	DESNUTRICION SEVERA
04/10/2013	YANIA	PAOLA	GOMEZ	URIANA	NO	NO ASEGURADO	DESNUTRICION SEVERA



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



					ASEGURADO		
16/11/2013	HUJA DE	MALVINA	PUSHAINA		SUBSIDIADO	COMFAGUAJIRA	DESNUTRICION SEVERA
17/11/2013	KATHERINE	ESTHER	JUSAYU	URIANA	SUBSIDIADO	DUSAKAWI	DESNUTRICION SEVERA
20/11/2013	FAVIANIS	INES	APUSHAINA	EPIEYU	SUBSIDIADO	COMFAGUAJIRA	DESNUTRICION SEVERA

Adicionalmente relacionamos un listado de 166 niños que murieron en el periodo 2008-2011 por malnutrición (no hay datos disponibles para el año 2012)

NIÑOS MENORES 5 AÑOS FALLECIDOS POR MALNUTRICIÓN AÑO 2008-2012								
AÑOS	pri_nom	seg_nom	pri_ape	seg_ape	num_ide_	edad	nmun_proce	dir_res
2011	ASTRD	DAYANA	DELUQUEZ	IPUANA	1119396163	1	RIOHACHA	CALLE 12 CARRERA 14
2011	MATEO	ANDRES	TORRES	VANEGAS	1176213968	1	RIOHACHA	CALLE 74BIS # 7H - 54
2011	LEISY	DALIANA	CAMARGO	MENDOZA	117623974	1	RIOHACHA	CALLE 70 CARRERA 7A
2011	ESNEIDER	DAVID	ALFARO	CARO	1067721476	1	RIOHACHA	CALLE 46B
2011	JUAN	CARLOS	URIANA	EPINAYU	1118841962	1	RIOHACHA	CALLE 45 # 7 - 28
2011	DARIANNIS	PATRICIA	VELASQUEZ		11676214154	1	RIOHACHA	CALLE 42 CARRERA 2
2011	JUAN	PABLO	MAZA	JIMENEZ	1176214549	1	RIOHACHA	CALLE 25 # 25 - 87
2011	ADRIANA	MICHEL	NAVARRO	ARTEAGA	1119396127	1	RIOHACHA	CARRERA 14 # 34 - 248
2011	YEFERSON	DE JESUS	TORO	MEDINA	1119397061	1	RIOHACHA	CASA HOGAR PADRE FRANCISCO CALLE 14A # 12B - 61
2011	YISETH	AURA	GUERRERO	LOPEZ	1176214536	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	DORA	LUZ	EPIAYU		1124399729-2	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	DANIEL		PLATA	VEGA	1120243722	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 10 NUMERO 2A-32
2011	SNEIDER	JOSE	FONSECA	GAMARRA	1124035606	1	MAICAO	CLL 7 N 6A 57
2011	DALIANA	SIDRAY	AMARIS		1124032208	1	MAICAO	CR 15 N 5 -35
2011	LUIS	ANGEL	SUAREZ	MONTIEL	1175713907	1	MAICAO	CLL 23N-3-20
2011	ROBY	DANIELA	RIZO	BORRE	1122406826	1	SAN JUAN DEL CESAR	BETEL
2011	YEFERSON	DAVID	LONDOÑO	MEJIA	1119701764	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 17 NUMERO 7-44 LA ESPERANZA
2011	ANYELIS	SOFIA	ARMENTA		1122405564	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 6 CARRERA 7 LOMA FRESCA
2011	VALESKA		JIMENEZ	ARTEAGA	1118836150	2	RIOHACHA	CARRERA 11A # 11 - 50
2011	JOSE	DANIEL	ESTRADA		1065631355	2	RIOHACHA	CALLE 15B
2011	MOISES	FELIPE	MEZA	BOURIYU	1119702381	2	RIOHACHA	CALLE 70 # 7H - 37
2011	ZHARICK	ANDREA	CANOVA	SANABRIA	1118835855	2	RIOHACHA	CALLE 36 CARRERA 15
2011	LUZ	ELENA	CANTILLO	URARIYU	1118838433	2	RIOHACHA	CARRERA 4 # 62 - 13
2011	CRISTIAN	DAVID	PUSHAINA		1118845088	2	RIOHACHA	CALLE 26A # 15 - 22
2011	LUZ	ANGELA	PERTUZ	ROMERO	1176213013	2	RIOHACHA	CALLE 36 CARRERA 15
2011	KEYNER	DAVID	JIMENEZ	SANCHEZ	1176213410	2	RIOHACHA	CALLE 33 # 11A - 09



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



2011	JOSE	LUIS	CAMPO	TAMAYO	1124029073	2	MAICAO	CLL8A # 40 - 112
2011	YERSON	DAVID	MEZA	ALVAREZ	1175713177	2	MAICAO	CLL15 # 38- 42
2011	SHADIA	CAROLINA	BETANCOURT	DAVILA	1121538697	2	MAICAO	SIN INFORMACION
2011	JUAN	DAVID	MARTINEZ	JIMENEZ	1122407791	3	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO FORERO SAN JUAN DEL CESAR
2011	DARMIS	JOSE	VANEGAS	MARTINEZ	1118826440	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	SHADIA	MARCELA	MACHADO	GUTIERREZ	1118844924	3	RIOHACHA	CALLE 37 # 13A - 75
2011	VANESA		MARTINEZ	DE ARMAS	4400100101	3	RIOHACHA	CALLE 44 # 19F - 21
2011	REINALDO	RAMIRO	URARIYU	BELTRAN	1118828646	3	RIOHACHA	CARRERA 4 # 32 - 13
2011	LEIDIS	MARIA	EPIAYU		1124399728	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	ANDREA	YULIETH	HOLGUIN	EPIAYU	1118840901	4	RIOHACHA	CARRERA 2 # 27C - 100
2011	GEOVANY	DAVID	IPUANA		1118825202	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	HAIDER	YESITH	EPINAYU	PUSHAINA	1124370840	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	JOSE	LUIS	DELUQUE		1134175488	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	ANGIE	DANIELA	ALVAREZ	FUENTES	1176463643	6	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 5 SUR NUMERO 7-40
2011	MARCO	ANTONIO	VEGA	GONZALEZ	1176463550	7	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LA VICTORIA
2011	MAURIS	LIZETH	SIJONA	SIJONA	1119702304	8	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2011	ALICIA	GISELL	COLINA	LINERO	1121541118	10	MAICAO	CR 6-9-20
2010	DIOGO	ANDRES	GONZALEZ	GUERRA	1029862149	5	SAN JUAN DEL CESAR	CARRERA 8 NO 17-15
2010	MIGUEL	ANDRES	BELEÑO	CASTRO	1120745656	5	FONSECA	FONSECA
2010	YINA	GABRIELA	CONTRERAS	PASSO	1176463005	8	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LAS TUNAS
2010	BRINI	VANESA	RADILLO	GOMEZ	1189324199	9	RIOHACHA	CALLE 14B # 12B - 11
2010	BLEIDYS	JOHANA	CONTRERAS	TORRES	51653942-4	7	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LAS TUNAS
2010	MAITE	VAMESSA	GIL	DAZA	1120243305	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 3 SUR NO 1-78
2010	MARIA	DANIELA	CABANA	DAZA	1121042005	1	SAN JUAN DEL CESAR	SAN JUAN LA ESPERANZA
2010	JOSE	FERNANDO	LUNA	LOPERENA	112239000	4	SAN JUAN DEL CESAR	SAN JUAN LA ESPERANZA
2010	BRAYAN	DAVID	FRAGOZO	URRUTIA	1122403373	2	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LA ESPERANZA
2010	VERONICA	ISABELA	PLATA	BENJUMEA	1122403882	1	SAN JUAN DEL CESAR	CARRERA 5 NO 10-40
2010	ARGEN	JOSEPH	DAZA	MONTERO	1122404651	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 10 NO 17-34
2010	CARLOS	JAVIER	DAZA	CUELLO	1067599271	3	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 2 NO 17-54
2010	DAMARIS		LOPEZ	PRENTS	1124018953	3	MAICAO	BANIA MOGUASIMA
2010	YENIS	PATRICIA	DAVILA	CARBAJAL	1141517814	1	MAICAO	SIN INFORMACION
2010	YIRLEN	ZAIRETH	GRANADOS	VEGA	1122404203	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 9 NO 2-71
2010	ERIKA		SUAREZ	URIANA	16052008	2	RIOHACHA	DESCONOCIDA
2010	LISVELLYS		LARIOS	AVILET	XYB0312751	4	RIOHACHA	CALLE 19 # 12C - 74
2010	MARIA	PAOLA	ALTAMIRANDA	MEJIA	000-000	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2010	DANIELA		ARMENTA	MONTERO	1122404970	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 1 KRA 13



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



2010	MARIETH		JUSAYU		11012008	2	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2010	LAURA	DANIELA	MILLAN	GUERRA	1120243357	2	SAN JUAN DEL CESAR	KRA 4 SUR N° 10-85
2010	SHAROL	JULIANA	ALVAREZ	BOLAÑO	1122403112	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 11 NO 13-89
2010	MILADIS	ELIZABETH	MEJIA	PUSHAINA	123456	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 9 NUMERO 4-63
2010	ANGELO	JULIAN	RODRIGUEZ	LEON	1120243480	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 6 SUR NUMERO 12-41
2010	DEIMER	YESITH	ACOSTA	AVILA	1122401951	3	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO NUEVA COLOMBIA
2010	JOSE	MANUEL	CONRRADO	YEPES	1122402953	4	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LAS TUNAS
2010	VERONICA	ISABELLA	PLATA	BENJUMEA	11224088	1	SAN JUAN DEL CESAR	SIN INFORMACION
2010	YATOS	TOMAS	MARTINEZ	SERPA	1120243058	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 9 CARRERA 2
2010	JENNIFER	YULIETH	ORTEGA	MEJIA	1122398642	4	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO NUEVA COLOMBIA
2009	YEILIS	ANDREA	MEDINA	LAMBRAÑO	11232405782	2	DIBULLA	SIN INFORMACION
2009	JOSE	ARMANDO	PUSHAINA		4032009	2	DIBULLA	SIN INFORMACION
2009	ARIANI	PATRICIA	ARPHUSAINA		1123403860	3	DIBULLA	SIN INFORMACION
2009	KEIVER		ROMERO	RAMOS	1124020809	1	MAICAO	CALLE 11 # 41 - 13
2009	ELIECER	EDMUNDO	ARRIETA	SARMIENTO	1134169716	1	MAICAO	CALLE 4 # 29 - 30
2009	YAMILETH	PATRICIA	IPUANA	VELASQUEZ	1134169916	1	MAICAO	CALLE 22 CARRERA 34
2009	DIEGO	ANDRES	ORTIZ	VILORIA	1121535182	1	MAICAO	CARRERA 6 # 28 - 35
2009	EZEQUIEL	JOSE	JIMENEZ	MAGDANIEL	1044618907	2	MAICAO	CALLE 14 # 34 - 30
2009	EZELKIS	TATIANA	OLIVARES	TARIFA	1121534076	2	MAICAO	CALLE 21 # 2E - 64
2009	ORLANDO	ENRIQUE	EPIEYU	EPIEYU	1121534139	2	MAICAO	CALLE 4 # 7 -07
2009	JOSE	DAVID	FRANCO	LOBO	1121532781	2	MAICAO	CALLE 30 # 5 - 60
2009	STEFANY		MARTINEZ	PUSHAINA	1121533542	2	MAICAO	CALLE 4 CARRERA 26
2009	YESIKA	PAOLA	PAZ	IPUANA	1124021854	2	MAICAO	RANCHERIA CERCA AL BARRIO VILLA AMELIA
2009	EDGAR		PADILLA	MORON	1085046468	2	MAICAO	CARRERA 10 # 2 0 - 41
2009	JESUS	ALBERTO	VILLARREAL	BOHORQUEZ	40676018	2	MAICAO	CALLE 9 # 1A - 40
2009	JHOSELIN	ANDREINA	PALMAR	GONZALEZ	1124021888	2	MAICAO	RANCHERIA SAN LUIS
2009	SAMUEL	ENRIQUE	ALMANZA	JIMENEZ	1042425121	3	MAICAO	CALLE 13 # 8 - 48
2009	RICARDO	ENRIQUE	ALMANZA	JIMENEZ	1047220593	3	MAICAO	CALLE 13 # 8 - 45
2009	LIDNY	SIMAY	GODIN	VERGARA	1121530674	3	MAICAO	CALLE 24 # 24 - 22
2009	MAILYS	MISHELL	CARDENAS	BELLO	1124004943	3	MAICAO	CALLE 11 # 22 - 43
2009	ANTONY	JOSE	VERGARA	RODRIGUEZ	1121527930	4	MAICAO	CALLE 9 # 1B - 10
2009	EMERSON	DAVID	VERGARA	PASTRANA	1044604610	4	MAICAO	CARRERA 18 # 5 - 31
2009	JORGE		ROMERO	BLANCHAR	1121534033	4	MAICAO	CARRERA 1A # 22 - 100
2009	LINDA	DEL CARMEN	ORTIZ	ANGULO	1124006786	4	MAICAO	CALLE 11 # 5 - 35
2009	JUAN	DAVID	JIMENEZ	NEGRETE	1124001526	4	MAICAO	CALLE 14 # 16 - 05
2009	ANDRES	FELIPE	SIANNA	ZABALETA	1072101170	4	MAICAO	CALLE 32 # 33 - 20



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



2009	SHERI	JOHANA	CARRILLO	GALINDO	1124026237	6	MAICAO	CALLE 16
2009	ISAAC	DAVID	GARCIA	ZABALETA	1124024760	10	MAICAO	CALLE 30 CARRERA 4
2009	JOSE	DAVID	IGUARAN	GONZALEZ	1124023089	11	MAICAO	CALLE 14 # 4 - 95
2009	DARIO	ALBERTO	BARRIOS	EPIEYU	1134170432	11	MAICAO	RANCHERIA YUTA KM 54
2009	REISON		URIANA	EPIAYU	1134174000	1	MANAURE	KM 9
2009	YISSELL		EPIAYU	EPIEYU	1124021400	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	ANDRES	CAMILO	DE LA HOZ	MARTINEZ	290907	1	RIOHACHA	CALLE 26
2009	MARIA	ELENA	ORTIZ	BELTRAN	1119701107	1	RIOHACHA	CALLE 17B NO 4 - 30
2009	CELINDA	PATRICIA	EPIAYU		1118827795	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	KAROL	MICHEL	CARBONO	SOLANO	171020081	1	RIOHACHA	CALLE 48 # 10 - 16
2009	ROLAN		URIANA	IPUANA	1119343640	1	RIOHACHA	NO SABE
2009	DABIANIS		ALEAN	MARTINEZ	1118835123	1	RIOHACHA	CALLE 46
2009	ANGELICA	JOHANA	MELENDEZ	MELENDREZ	42166314	1	RIOHACHA	S 2DA ETAPA CALLE 70
2009	YOLIBA		LOPEZ	EPINAYU	0-000	2	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	KANER		CARBONO	SOLANO	34492528	2	RIOHACHA	OS CALLE 48 # 10 - 16
2009	ANNYI	PAOLA	BALLESTEROS	URIANA	1119395230	2	RIOHACHA	CALLE 14 # 26 - 34
2009	ALEXANDER	MANUEL	URARIYU	DIAZ	1119699447	2	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	EINER		SININ	GOMEZ	1006569909	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	KEINER	RAFAEL	GUTIERREZ	EPINAYU	1119391888	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	MARIANA		DURANGO	BELTRAN	1029142589	3	RIOHACHA	CALLE 17B NO 4 - 30
2009	WILLIAM	JOSE	EPIAYU	EPIAYU	1118814455	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	JOSE	ARMANDO	ARPHUSAINA		1123407341	3	RIOHACHA	CALLE 38 # 20 - 13
2009	JOHANA	PAOLA	PUSHAINA	EPIAYU	1118836933	3	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	JUAN	DAVID	PEREZ	NIEVES	1118834351	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	YIRLENIS		DE LA HOZ	MARTINEZ	25032004	4	RIOHACHA	CALLE 26
2009	JOSE	ARMANDO	ARPHUSAINA		11234038601	4	RIOHACHA	GALAN CALLE 11B # 16 - 114
2009	ARIANNIS	PATRICIA	ARPHUSAINA		11234038602	4	RIOHACHA	GALAN CALLE 11B # 16 - 114
2009	LUIS	MANUEL	SOCARRAS	BERMUDEZ	1176213380	4	RIOHACHA	CALLE 27 KRA 14
2009	KEVIN	YESITH	SARABIA	BOLAÑO	1067606249	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	JAIDER	MANUEL	DIAZ		516546970	4	RIOHACHA	CALLE 22 # 22 - 82
2009	JENIS	SOFIA	PERTUZ	MEJIA	42403610	4	RIOHACHA	S CALLE 66 KRA 11
2009	KATHERIN	YULIETH	USTATE	SININ	910922	5	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	CAROLAIN		MEZA		1128199807	8	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	JEAN	CARLOS	RADAS	CUADRADO	45377355	8	RIOHACHA	ENTRADA POR NUEVO FARO
2009	JUAN	CARLOS	RADAS	CUADRADO	53773551	8	RIOHACHA	ENTRADA POR NUEVO FARO
2009	ANGELA	VICTORIA	URARIYU	WILCHES	1118810046	8	RIOHACHA	CALLE 14 # 24B - 27
2009	SERGIO	LUIS	BAQUERO	ROJAS	1119394429	10	RIOHACHA	CALLE 71 NO 12C - 95



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



2009	JANER	DAVID	CANTILLO	NIEVES	1118832417	10	RIOHACHA	CALLE 40
2009	MARIA	ELENA	ORTIZ	BELTRAN	42016112	11	RIOHACHA	CALLE 17B NO 4 - 30
2009	MICHEL	KELVIS	PUELLO	REDONDO	42406124	11	RIOHACHA	SIN INFORMACION
2009	CARLOS	JOSE	EPIAYU		1118831696	11	RIOHACHA	CALLE 32
2009	NAIDES	CAROLINA	NIEVES	MORALES	1122403961	1	SAN JUAN DEL CESAR	SIN INFORMACION
2009	SHAROL	JULIANA	ALVAREZ	BOLAÑO	36216491	1	SAN JUAN DEL CESAR	CLL 11 # 13-89
2009	JAVIER	RICARDO	SUAREZ	JIMENEZ	1118838499	1	SAN JUAN DEL CESAR	BARRO FORERO
2009	ANDRES	DAVID	PALACIOS	VEGA	1122403312	1	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 15 CARRERA 13 SUR NO 3-20
2009	JESUS	DAVID	FONTALVO	ROJANO	1134169891	1	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO FORERO
2009	ANDREA	CAROLINA	GUERRERO	MARTINEZ	40127679	1	SAN JUAN DEL CESAR	CARRERA 2 Y 4 SUR NO 44
2009	DUBAN	ANDRES	JIMENEZ	ORTEGA	38877923	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 14 NO 3-37
2009	CRISTIAN	CAMILO	MENDOZA	JARABA	36637620	2	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO NUEVA COLOMBIA
2009	ALVARO	JOSE	ALVAREZ	ARAUJO	1122402309	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 15 CARRERA 1
2009	SUJEIDIS	SAINETH	AVILA	CAMPUZANO	3126182282	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 11# 13
2009	IVAN	DAVID	MENDOZA	RUIDIAZ	1122403290	2	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 5 SUR CARRERA 13-55
2009	LUIS	ALBERTO	DAZA	COTES	36637032	3	SAN JUAN DEL CESAR	CALLE 3 CARRERA 4 SUR
2009	RN DE ELIZABETH		ALFARO	HIGUITA	1122401380	5	SAN JUAN DEL CESAR	CARRERA 11 NO 12-46
2009	CARLOS	MANUEL	SIERRA	LOPEZ	43007267	6	SAN JUAN DEL CESAR	SAN JUAN DEL CESAR
2009	LEIDIS	IBETH	NIEVES	NIEVES	1122404369	8	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO BETHEL
2009	ZANDY	CAROLINA	ZUBIRIA	NUÑEZ	36216830	10	SAN JUAN DEL CESAR	SIN INFORMACION
2009	LUZ	MILAGRO	OÑATE	ALONZO	11224033324	10	SAN JUAN DEL CESAR	CASA DEL ABUELO
2009	LUIS	JOSE	LOPERENA	GAMEZ	1122404158	11	SAN JUAN DEL CESAR	BARRIO LA ESPERANZA
2008	ANA	SOFIA	ULLOA	RODRIGUEZ	1066282075	1	ALBANIA	BARRIO 7 DE AGOSTO
2008	SILVIA	JULIETH	RAMIREZ	CAMARGO	1134170101	1	MAICAO	CALLE 26 # 26 - 59
2008	NINIBETH		VIZCAINO	YEPES	1124005376	2	MAICAO	CARRERA 10 CALLE 2 SUR NUMERO 10-03
2008	VICTOR	ALFONSO	CASTRO	QUIROGA	1124008736	2	MAICAO	CARRERA 24 NUMERO 33-13
2008	FLOR	JOHANDRIS	GRANADILLO	EPIAYU	11321532661	2	MAICAO	CLLE 8 CRA 32
2008	YESICA		CANTILLO	OSPINO	36586124	2	VILLANUEVA	CRA 20 # 14-58
2008	YIRETH	PAOLA	MARTINEZ	PAEZ	1121529010	3	MAICAO	CALLE 18 N 7-30 SAN JOSE
2008	YOLDRIS	DAVID	MARTINEZ	ARTIAGA	42399231	6	MAICAO	CALLE 11 N 1 A -38
2008	RAUL	SANTIAGO	ORTEGA	HERNANDEZ	1005681173	9	ALBANIA	BARRIO EL CARMEN

Relacionamos los datos de 80 niños que durante el año 2013 presentan situación de desnutrición en el Departamento de La Guajira, aclarándose que la base de datos es incompleta.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Sobre estos niños la Fiscalía General de la Nación debe establecer las responsabilidades del Estado, la Sociedad y la Familia dado que al permitirse que el niño caiga en estado de desnutrición se está vulnerando sus derechos a la vida, la vida digna, poniéndolo en peligro de muerte y afectando su desarrollo.

MORBILIDAD 2013 MENORES 5 AÑOS MALNUTRICIÓN							
pri_nom_	seg_nom_	pri_ape_	seg_ape_	num_ide_	edad_	nmun_resi	dir_res_
ANDREINA	PAOLA	IGUARAN	EPIEYU	448470422674	2	URIBIA	LANAPAZ
HIJO DE PALMERA		URIANA	URIANA	26969845-	3	MANAURE	KILOMETRO 16 VIA MAICAO
HJA YURLEY		MENESES	FUENTES	1206504212	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
ZAIRITH	SARAY	ZAMBRANO	JAYARIYU	1195714572	4	URIBIA	PARAGUAIPOA
ADELINA		URIANA	URIANA	1118855985	4	RIOHACHA	KILOMETRO 14 VIA VALLEDUPAR
YONNY		EPIAYU	EPIAYU	N2205201300	6	MANAURE	KILOMETRO 29 VIA MAICAO
JULIO	MARIO	PUSHAINA		44012572013	6	RIOHACHA	KILOMETRO 6 VIA SANTA MARTA
HJA DE MESILIA	MARIA	EPINAYU	EPINAYU	11188358397	6	MANAURE	SIN INFORMACION
LUISA	ELENA	IPUANA	BONIVENTO	1118856067	6	RIOHACHA	KILOMETRO 10 VIA SANTA MARTA
SHIRLEIDYS		GONZALEZ	EPIEYU	1118857133	6	MANAURE	KILOMETRO 11 VIA MAICAO
YASMINET	PAOLA	PUSHAINA	EPIAYU	1118852858	7	RIOHACHA	KILOMETRO 6 VIA SANTA MARTA
ALEXANDER		EPIEYU		1122845119	7	URIBIA	RANCHERIA WITCHON
OMARYS	LINETH	DELUQUE	MENDOZA	1119400599	7	RIOHACHA	CALLE 32 # 4A - 34
HJA DE LORENZA		MOJICA	JANDIGUA	0404201300-	7	DIBULLA	SIERRA NEVADA
WENDER	MARIO	MEDINA	URIANA	1124051060	8	URIBIA	CAPARRAR
HJA LEIDYS	DALIANA	PEÑALOZA	VILORIA	1151185199-	8	RIOHACHA	CALLE 74 # 11 - 78
ADAN	DAVID	PACHECO	URIANA	1119710452	8	RIOHACHA	KILOMETRO 2 VIA MAICAO
ANDREINA	PATRICIA	EPINAYU	URIANA	1119400994	9	MANAURE	VIA EL PAJARO
SANDRA	PAOLA	URIANA	URIANA	1118857924	10	RIOHACHA	KILOMETRO 18 VIA VALLEDUPAR
HIJO DE NOHEMI		ARPUSHANA		56100398-1	10	MANAURE	KILOMETRO 52 VIA MIACAO
CINDI	PAOLA	RAMIREZ	PUSHAINA	1119400216	11	RIOHACHA	SIN INFORMACION
JUAN	SEBASTIAN	QUIROZ	DE LAS SALAS	1045237897	11	DIBULLA	MINGUEO
YADIRA		IPUANA	IPUANA	1122843929	1	URIBIA	RANCHERIA ISHIPANA
YASNEIDIS	TATIANA	GONZALEZ	IPUANA	1176713627	1	URIBIA	BARRIO LAS MERCEDES
LUIS	MIGUEL	EPIEYU	IPUANA	1151192672	1	URIBIA	RANCHERIA SUTTARU
YESICA	PATRICIA	PUSHAINA	IPUANA	1124512121	1	URIBIA	RANCHERIA CASA AZUL
MICHELL	CAROLINA	EPIEYU	BOURIYU	1118849393	1	RIOHACHA	KILOMETRO 16 VIA VALLEDUPAR
GREIS	DAYANA	RODRIGUEZ	JAYARIYU	1118850479	1	RIOHACHA	KILOMETRO 2 VIA VALLEDUPAR
ANA	MILENA	OBRIAN	MENGUAL	1176215882	1	RIOHACHA	ENTRADA POR VILLA YULI
NARELYS		EPIEYU		1216463643	1	MANAURE	KILOMETRO 27 VIA MAICAO



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



FRANCELIS	KATHERINE	URARIYU		1151194870	1	URIBIA	JIPI
YASMELI		JARARIYU	IPUANA	1124512196	1	URIBIA	R WALULAPU
JOSE	ALVARO	SAPUANA	IPUANA	1124514395	1	URIBIA	RANCHERIA PERROUTALIWOU
ORIANA	CAMILA	ACOSTA	ESCORCIA	1176215618	1	RIOHACHA	POR LA TIENDA LA MAJAYURA
LICETH	DAYANA	SIMANACAS	POVEA	1123411454	1	DIBULLA	SIN INFORMACION
EDAIVER	DE JESUS	EPINAYU	EPINAYU	1119399633	1	MANAURE	KILOMETRO 8 VIA MAICAO
BRADI	DUBIAN	EPIEYU	PUSHAINA	1124512645	1	URIBIA	RANCHERIA CADENACHON
ROSEIDY		URIANA	URIANA	1124049374	1	MANAURE	SIN INFORMACION
JOSE	ENRIQUEZ	EPIAYU	EPIAYU	1151190644	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
YEIFER	ANTONIO	LUBO	SIERRA	1119400085	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
JANER	JESUS	EPINAYU	APUSHAINA	1119709779	1	MANAURE	KILOMETRO 18 VIA MAICAO
JOSE	RAMON	PUSHAINA	PUSHAINA	1131074089	1	RIOHACHA	SIN INFORMACION
LINEY	DE JESUS	GOMEZ	APUSHANA	1118856537	1	RIOHACHA	CALLE 13 # 22 - 53
NORELVIS		EPIEYU	URIANA	1124409232	1	MANAURE	KILOMETRO 22 VIA MAICAO
JOSE	GABRIEL	GONZALEZ	GONZALEZ	1195714185	1	URIBIA	NAZARETH
EIBER	ALBERTO	GONZALEZ	GONZALEZ	1195714189	1	URIBIA	BELLA VISTA
JOSE	PABLO	FERNANDEZ		1151189933	1	URIBIA	SIAPANA
DANIEL	JOSE	URIYU	OCHOA	1151190026	1	URIBIA	PALASIWOU
YARITZA		PALACIO	BONIVENTO	1118853641	1	RIOHACHA	VIA TRONCAL DE L CARIBE
JOSUE		URIANA		1118856428	1	MANAURE	KILOMETRO 30 VIA MAICAO
LORINA	PAOLA	EPINAYU	EPIEYU	1119399231	1	MANAURE	SIN INFORMACION
ALEXANDER		URIANA	EPINAYU	2012060400	1	MANAURE	KILOMETRO 18 VIA MAICAO
MISHELL	ANDREA	URARIYU		44847001508	1	URIBIA	NAZARETH
NODELIS	PATRICIA	EPINAYU	EPINAYU	1119710379	1	RIOHACHA	SALIDA A VALLEDUPAR
MADELEIVIS		PUSHAINA		1149447478	1	MANAURE	SIN INFORMACION
JANER		IPUANA	PUSHAINA	1176215836	1	RIOHACHA	KILOMETRO 17 VIA SANTA MARTA
EDWIN	JOSE	MARTINEZ	EPIAYU	1118852823	1	MANAURE	KILOMETRO 12 VIA MAICAO
DIANIS		PUSHAINA		1151192644	1	URIBIA	RANCHERIA IPATCHI
MILCA	PATRICIA	EPIEYU	EPIEYU	1122843591	2	URIBIA	RANCHERIA SIMOLON
EDWIN		JIRNU		1124516309	2	URIBIA	RANCHERIA KAPCHERRA
DAYANA		EPINAYU	GOURIYU	22072013	2	MANAURE	SIN INFORMACION
DANIELA	PAOLA	BONIVENTO	BONIVENTO	1118849766	2	MANAURE	SIN INFORMACION
WENDY	VANESA	CARDOZO	PUSHAINA	1176215351	2	RIOHACHA	CALLE 36 # 17 - 37
YEIDWIN	REINEL	BONIVENTO	EPIEYU	1139325196	2	MANAURE	KILOMETRO 5 VIA EL PAJARO
CAMILO	SEBASTIAN	URIANA		1151189284	2	MANAURE	KILOMETRO 29 VIA MAICAO
YOLANDA	PATRICIA	VALBUENA	GONZALEZ	1151190063	2	URIBIA	GUAJARIMA
ANGELA	MARIA	BONIVENTO	EPINAYU	1610201100	2	MANAURE	KILOMETRO 11 VIA EL PAJARO



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



MARIA	ALEJANDRA	BONIVENTO	EPINAYU	1176215487	2	MANAURE	KILOMETRO 10 VIA MAICAO
MARIA	JOSEFINA	URIANA	URIANA	1134176080	3	MANAURE	RANCHERIA VIA MAYAPO
FRANYELIS	ANDREA	URARIYU		1151194867	3	URIBIA	JIPI
JUAN	JOSE	PUSHAINA		1151195725	3	URIBIA	PARAISO - CASUSO
ANGELO	JOSE	JARARIYU		1176713246	3	URIBIA	RANCHERIA MASHERERA
LILI	JOHANA	OVIEDO	LAGUNA	1118842342	3	DIBULLA	SIN INFORMACION
MARCO	LUIS	EPIAYU	PUSHAINA	1119396360	3	RIOHACHA	KILOMETRO 10 VIA SANTA MARTA
FARIANNY	COROMOTO	IPUANA	IPUANA	1151194824	4	URIBIA	SILLAMANA
LILIANA	ANDREA	JUSAYU	EPIAYU	1118836987	4	RIOHACHA	SIN INFORMACION
JACKELIN		EPIAYU	EPIAYU	20130522NN	4	MANAURE	KILOMETRO 29 VIA MAICAO
JHON	JAIRO	VALBUENA	GONZALEZ	1147936366	4	URIBIA	GUAJARIMA
ARMANDO		EPIAYU	IPUANA	1124402708	4	MANAURE	KILOMETRO 17 VIA MAICAO
ANDREA	CAROLINA	URIANA		1151194993	4	URIBIA	SIAPANA



B. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN EL DEPARTAMENTO E LA GUAJIRA ¹²

Históricamente el Departamento de La Guajira ha venido ocupando los deshonrosos primeros lugares en el país con las tasas más altas de morbilidad y mortalidad infantil, cifras que se repiten año a año sin que las acciones desarrolladas por todos los actores que participan en el proceso logren generar una tendencia clara a su reducción.

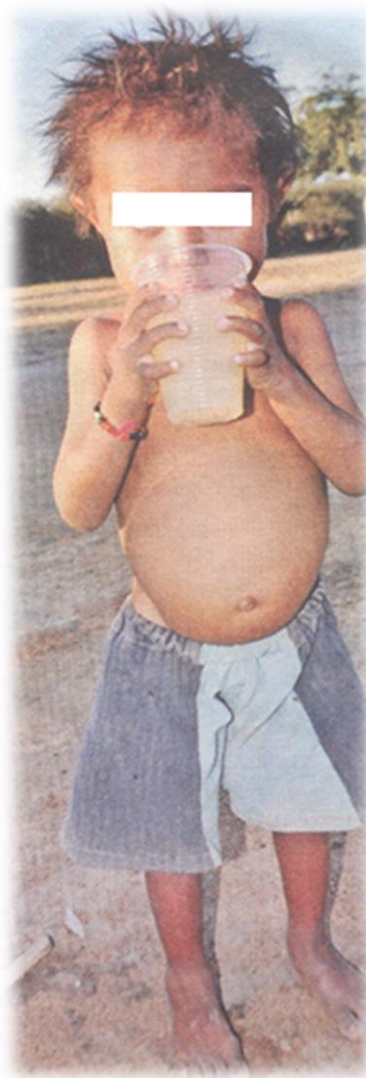
El mayor problema de la mortalidad y la morbilidad infantil, hasta hoy, amén de muchas otras patologías, era que las muertes y la morbilidad quedaban como simples datos estadísticos, es decir, eran cifras frías, etéreas, deshumanizadas, sin nombres concretos, sin rostros, sin historias humanas de dolor y sufrimiento sobre las cuales era difícil hacer un seguimiento y control.

Estos niños que han muertos históricamente, quedaron en el olvido, no hubo responsables, no hubo correctivo, solo quedaron en la memoria de sus padres y hermanos.

Es a esto que le apuntamos con esta denuncia, poner el dedo en la llaga, obligarnos a reconocer la existencia de esas muertes, ponerles nombres y rostros, reconocerles por lo menos el derecho póstumo de que existieron y que por lo menos sirvan de ejemplo de lo que se debe y lo que no se debe hacer por parte de todos los que tenemos responsabilidad frente a ellos como Familia, Sociedad y Estado, y lo más importante, que otros niños no caigan en la misma situación por la misma negligencia e indolencia social y estatal existente.

Con el estudio desarrollado, no solo se logró poner nombre a cada uno de los casos de morbimortalidad detectados en los últimos años, sino que se logró georeferenciar su ubicación geográfica, comenzando así a dar un primer paso al reconocimiento de los derechos de los niños a gozar de una buena, salud, de una vida digna y sobre todo, a poder vivir con dignidad.

Sin embargo, también se pudo evidenciar que en el Departamento existe un total desconocimiento de la población infantil, no se conoce plenamente dónde viven todos nuestros niños, sus características, estados de salud y nivel de vulnerabilidad, los perfiles epidemiológicos son precarios, las coberturas de información son



¹² Foto Tomada del Diario de la Guajira, fecha Enero 25 de 2014, Edición 35



parcializadas, y las acciones que debe prestar el Estado Colombiano en todos sus niveles nacionales, regional y local se observan insuficientes.

También se pudo evidenciar la posible existencia de subregistros, es decir, casos de morbimortalidad que no es detectado por el Estado ni por la Sociedad, y cuyas familias incumple el deber de informar, especialmente en las zonas rurales de la Sierra Nevada de Santa Marta y la Media y Alta Guajira (clasificadas como zonas de difícil acceso).

B.1. LAS METAS DEL MILENIO

Como resultado de la cumbre mundial sobre la alimentación de 1996, ratificada en la Cumbre del milenio del año 2000, el sistema de Naciones Unidas se comprometió a la reducción del 50% del número de personas desnutridas para el año 2015 en el Mundo de cara a poder erradicar el hambre como también garantizar la seguridad alimentaria para todas las poblaciones. Colombia refuerza los compromisos adquiridos en la “Cumbre Mundial sobre la Alimentación cinco años después (Junio de 2002)”, y ratifica desde las acciones los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial de Alimentación, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Para cumplir con dichos objetivos y en especial en el Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil, cuya meta es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años, en muchos países se estableció un sistema de información que permitiera identificar de forma temprana cualquier evento problemático en torno a tres situaciones puntuales como son:

- Aumentar la eficiencia del mercado.
- Vigilar el estado de salud y nutrición.
- Preparar la evolución sobre la situación de seguridad alimentaria.

El Departamento de La Guajira no ha sido ajeno a estos compromisos y adopto las base conceptuales y las herramientas nacionales de análisis y evaluación para identificar los modelos y los estados de vulnerabilidad e inseguridad alimentaria para la toma de decisiones y el diseño de programas y proyectos orientados a la intervención de las zonas más vulnerables para asegurar una intervención más efectiva frente a la meta de erradicar el hambre, focalizar y vigilar el estado de salud y nutrición de poblaciones y comunidades expuestas a altos grados de inseguridad alimentaria (entre otros eventos).

Con esta herramienta se buscaba evaluar las necesidades inmediatas de las poblaciones, focalizar las acciones destinadas al mejoramiento de las condiciones de vida y dar respuesta frente a temas estructurales y eventos de emergencia a corto, mediano y largo plazo como también crear herramientas para mantener los sistemas de información que permite tomar decisiones oportunas.

Sin embargo, estando aporatas de cumplirse el plazo límite señalado por las Naciones Unidas para lograr la cuarta meta del milenio (año 2015), y con el desarrollo de nuevas técnicas de captura de información, y sobre todo con la nuevas capacidad de georeferenciación de los casos de morbimortalidad, se ha podido inferir que la Nación, el Departamento y los municipios no está cumpliendo los compromisos y están aún muy lejos de lograr las metas trazadas.

Para determinar esto podemos partir de algunas premisas:



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN

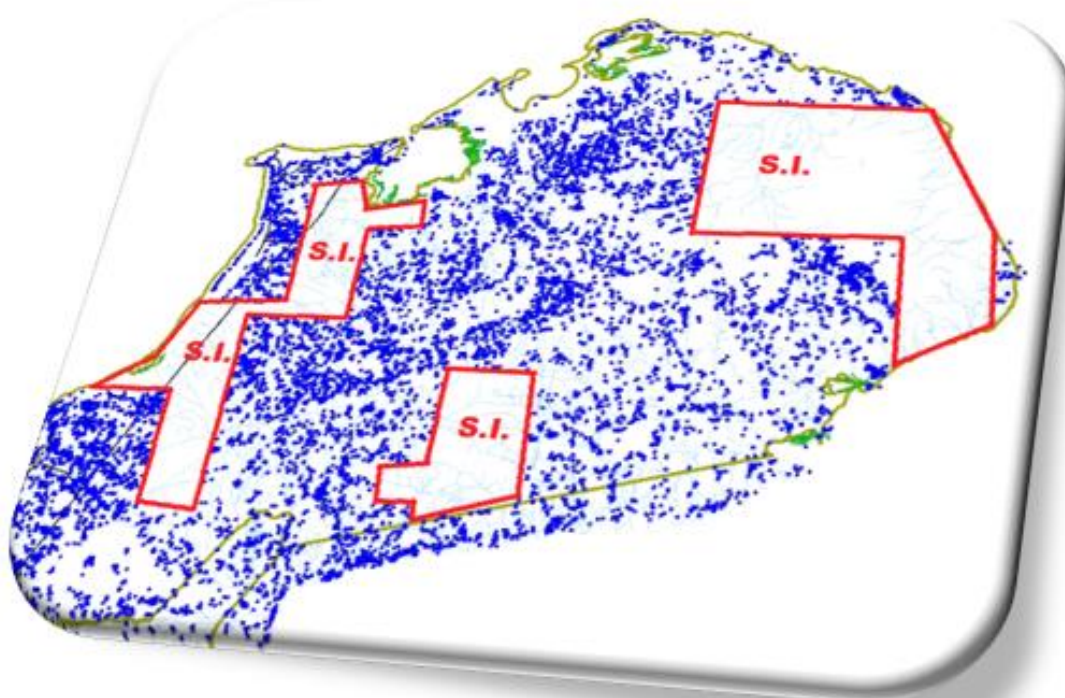


1. Desconocemos la geolocalización real de las comunidades indígenas y rurales del Departamento, y por lo tanto, resulta imposible planificar la actuación sobre las mismas.
2. No existe un censo georeferenciado de comunidades indígenas y rurales en el Departamento, adicionalmente, se pudo determinar que la diferencia idiomática entre las comunidades indígenas y la población no indígena genera dificultades al momento de registrar el lugar de procedencia (nombre de la ranchería) donde reside los niños que son llevados a los centros de salud.
3. Por desconocimiento, se registran mal los nombres (ejemplo: la comunidad se llama wimpirarem y la registran como Guipirarain), otras presentan duplicidad (ejemplo: existen varias rancherías llamadas Kaurat, pero no se identifica en cual se presentó el caso de morbilidad), a otras le alteran el nombre, por ejemplo, la comunidad de Capacheramahana, la registran como Capacheramana, situaciones que impide hacer seguimiento a la población infantil, dado que solo se logra identificar cuando son llevados al centro hospitalario en situación de extrema gravedad, lo que impide el desarrollo de acciones efectivas desde la prevención.
4. Las comunidades indígenas presentan una alta dispersión territorial y muchas tienen dificultades para trasladarse a los centros hospitalarios, ya sea por inexistencia o mal estado de las vías, o transporte público adicionado a las grandes distancias a sortear, en especial en época de invierno.
5. Muchos de estas comunidades no están siendo impactadas por los programas estatales y tienen dificultades para acceder a los centros de salud, lo que permite inferir que muchos de los casos de morbilidad y mortalidad infantil en estas zonas pasan desapercibidos, ya sea porque usan métodos de medicina tradicional o sencillamente porque no pueden acceder a los centros de salud y por lo tanto el Estado no los puede detectar.
6. El problema de mortalidad infantil no se circunscribe solo a la desnutrición, sino que se multiplica muchas veces por otras causas, muchas de ellas prevenibles. Para el año 2013 el DANE (con cifras parciales) reportó 220 muertes infantiles de las cuales solo 31 son por desnutrición.
7. El fenómeno de desnutrición no se da solo en los niños menores de 5 años sino en todo el núcleo familiar, incluido la tercera edad.

A manera de ejemplo, el siguiente mapa del Municipio de Uribá muestra la localización satelital de viviendas wayuu, lo que nos indica que la población está totalmente dispersa y distribuida en todo el territorio y que es muy significativa.



Mapa # 1. Identificación Satelital de Viviendas Wayúu. Municipio de Uribia.

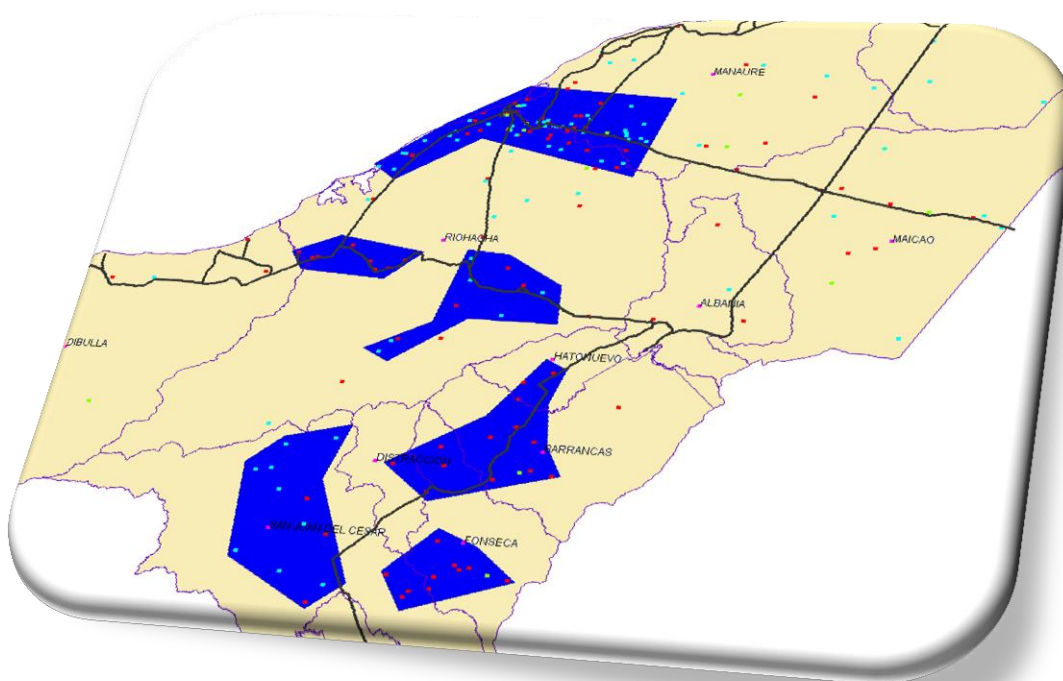


Identificación satelital de viviendas Wayuu Municipio de Uribia, Construcción DAP –Fuente Google Earth

El mapeo de los diferentes casos de morbilidad reportados por las instituciones de salud y que se presentan en el documento **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO MORBI – MORTALIDAD Y BAJO PESO AL NACER POR DESNUTRICIÓN DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA**¹³ señalan un comportamiento anormal de la distribución de los casos en el territorio del Departamento, donde la mayor parte de los casos se reportan desde comunidades cercanas a las principales vías de comunicación del Departamento y cercanos a los centros urbanos y de salud (troncal del Caribe, y la Vía Riohacha- Valledupar), zonas en las cuales las comunidades indígenas y rurales tiene relativa facilidad para acercarse a los centros asistenciales y a las cuales el Estado a través del ICBF, las Alcaldías y las EPS también tiene facilidad para acceder con sus programas de atención en salud, prevención y atención alimentaria.

Mapa # 2 Morbilidad por Desnutrición Departamento de La Guajira
Construcción DAP, fuente Secretaria de Salud Departamento de La Guajira

¹³Se anexa copia del informe elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación de La Guajira



Esta situación hace preguntarse porque las demás regiones, que presentan alta densidad poblacional y dificultad para movilizarse de y hacia los centros urbanos y centros asistenciales no reportan tantos casos, y la respuesta aparente es que posiblemente que no lo hacen y por lo tanto los casos de morbilidad quedan sin identificar y registrar.

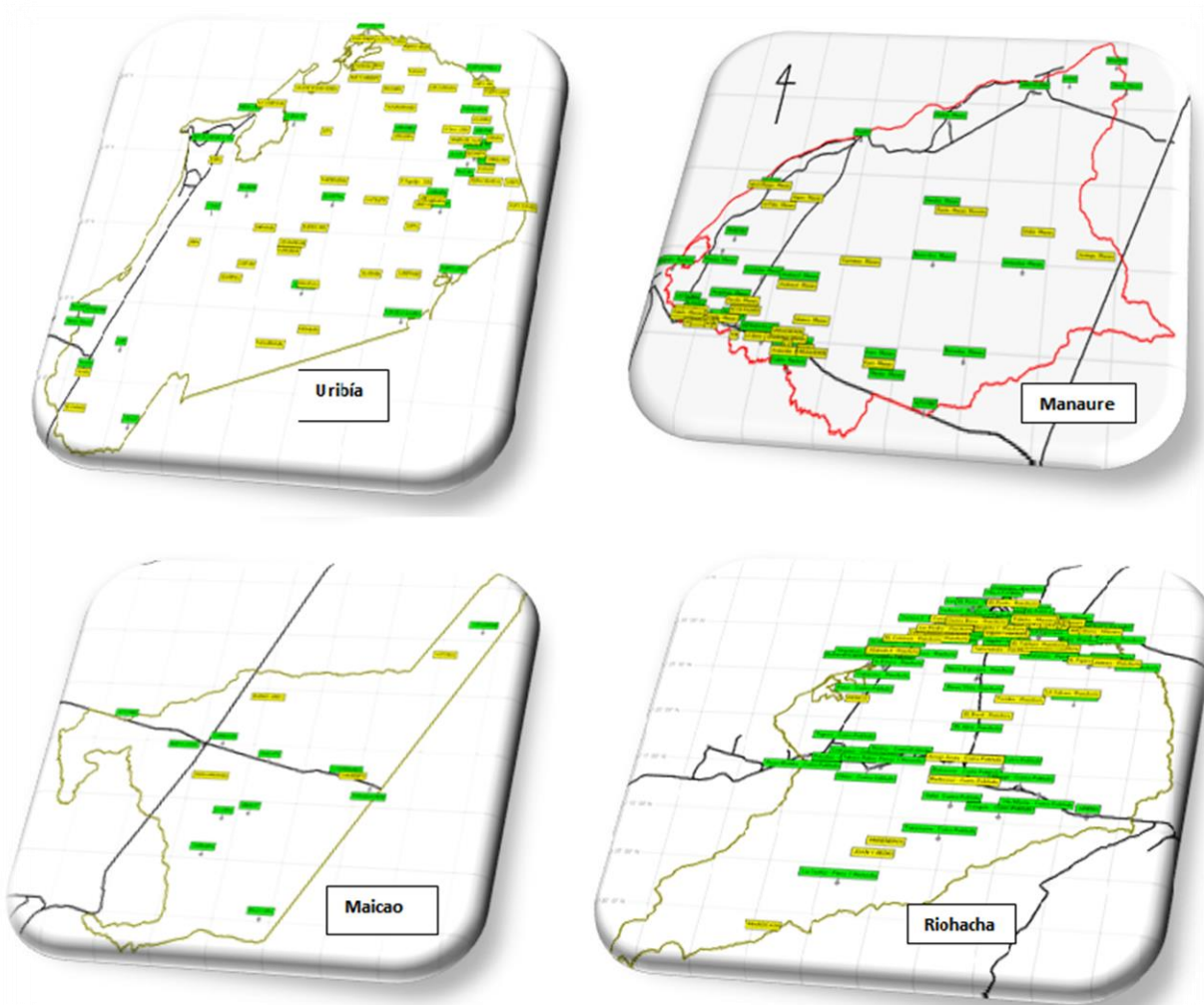
La situación anterior nos permite hacernos entonces una pregunta: ¿las herramientas, técnicas y modelos de identificación, seguimiento y control, y los modelos de intervención que venimos aplicando están teniendo efectos reales y positivos en el Departamento y sus comunidades?, o de pronto, por las características tan especiales de la geografía y de la población del Departamento de La Guajira, requerimientos desarrollar un modelo diferente que nos permita garantizar el impacto real y efectivo sobre estas comunidades?

Los casos identificados en su gran mayoría pertenecientes a la Comunidad Indígena Wayuu¹⁴ que habitan las zonas de la alta y media Guajira.

¹⁴ El Departamento de La Guajira alberga la población indígena más grande del país.



Mapa # 3. Localización de comunidades con morbilidad municipal de Uribí, Manaure, Maicao (Alta Guajira), Riohacha (media guajira).



Construcción. Dirección de planeación Departamento de La Guajira con base en datos suministrados por secretaria de salud departamental

Debemos recordar que la zona de la media y alta guajira no disponen de áreas aptas para la agricultura por su carácter desértico y semidesértico¹⁵, donde la práctica de la ganadería es itinerante y limitada a ganado menor, que proporciona mínimamente el recurso proteico que requiere una población altamente vulnerable desde el punto de vista de la disponibilidad de

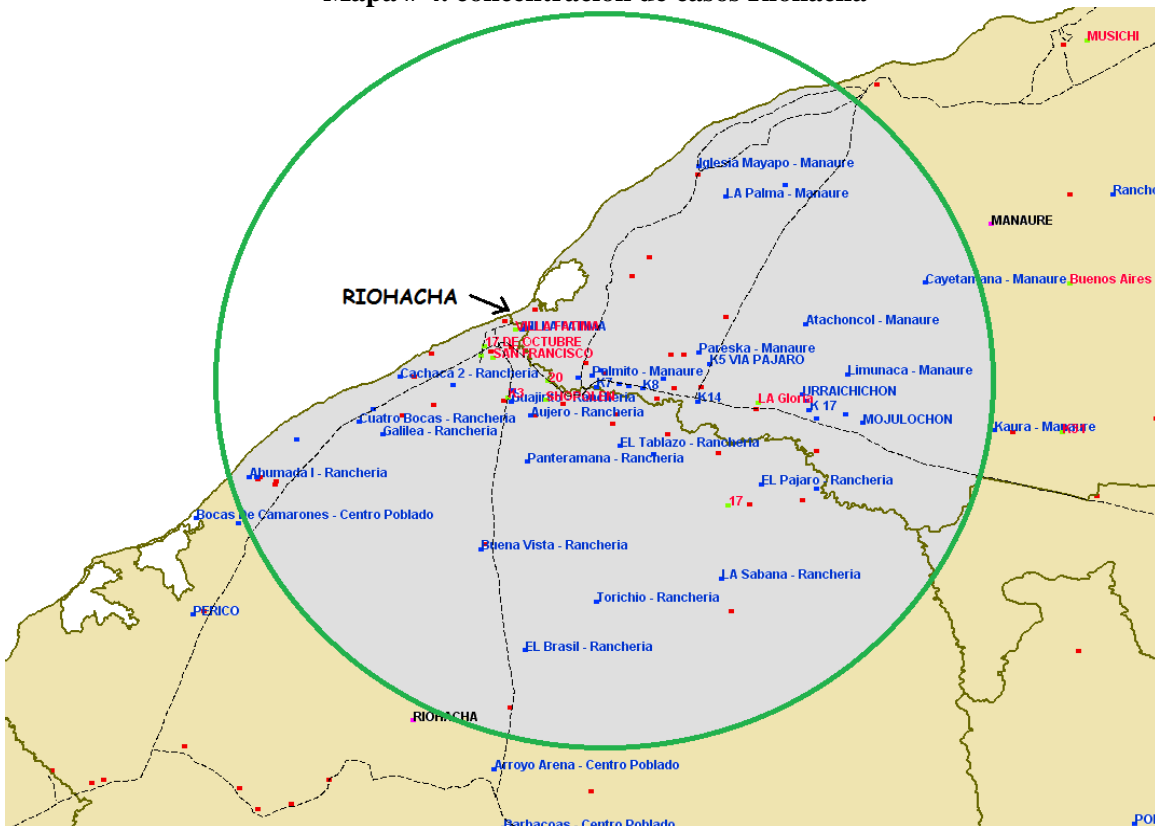
¹⁵Esta práctica entre los wayuu es utilizada solo en época de invierno, un día después de la primera lluvia se prepara la semilla, se entierra en la tarde cuando aparecen los retoños se riegan dos veces al día.



alimento aunado al escaso recurso hídrico¹⁶ y la poca calidad del mismo; al no contar con servicios públicos como la energía eléctrica les impide refrigerar sus alimentos y por lo tanto no pueden preservar las verduras, frutas y otros alimentos perecederos, aspecto importante en el componente de salud y nutrición¹⁷ por lo tanto deben limitarse a alimentos secos (granos, arroz, pastas) lo que les da bajo niveles proteicos e incrementan el riesgo de morbilidad por desnutrición..

El siguiente mapa reflejan una de las zonas con mayor concentración de casos de morbilidad infantil por desnutrición localizadas en un radio de menos de 20 kilómetros alrededor de Riohacha, donde la mayoría de las comunidades está cerca de las principales vías de comunicación que en teoría debería permitir que las instituciones públicas responsables (ICBF, ESPs, Alcaldías) pudieran acercarse a las comunidades o que estas se pudieran desplazar hasta los centros urbano para recibir atención.

Mapa # 4. concentración de casos Riohacha



¹⁶ Representado en pozos, jagüeyes y molinos

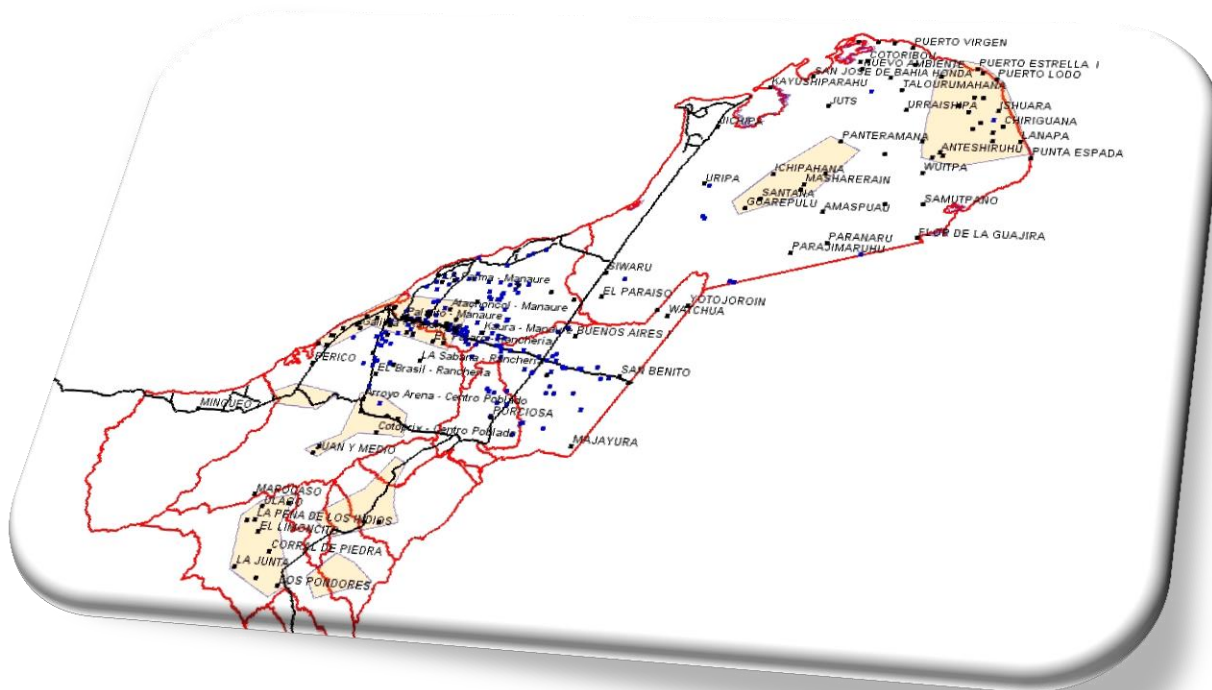
¹⁷ La Constitución Política de Colombia establece como uno de los fines principales de la actividad del Estado, la solución de las necesidades básicas insatisfechas, entre las que está el acceso al servicio de agua potable, que es fundamental para la vida humana. El abastecimiento adecuado de agua de calidad para el consumo humano es necesario para evitar casos de morbilidad y mortalidad evitables



Igualmente resulta paradójico desde el componente disponibilidad de fuentes de agua construidos en las zonas indígenas (pozos profundos), que sean estas zonas las que presentan el mayor número de casos de morbi – mortalidad, aclarándose que no se obtuvo reportes sobre la calidad de la misma y reportes de mantenimiento de molinos o de pozos.

Es importante aclarar que la localización de la mayoría de los pozos reportados está cerca de las vías de comunicación y de la ciudad de Riohacha.

Mapa # 5. Morbilidad por Mal Nutrición y Fuentes de Agua.



Construcción DAP, fuentes, secretaria de salud Departamento de La Guajira,
Corporación Autónoma Regional de La Guajira (COORPOGUAJIRA)

Se une a esto que desde el año 2012 el Instituto Nacional de Salud desde el SIVIGILA modificó las variables de seguimiento al evento de mal nutrición¹⁸ para darle paso al seguimiento del evento bajo peso al nacer (vigilancia epidemiológica) y cuyos resultados se evidencia en las cifras planteadas,

¹⁸ Instituto nacional de Salud dejó de hacerle seguimiento a los casos de desnutrición

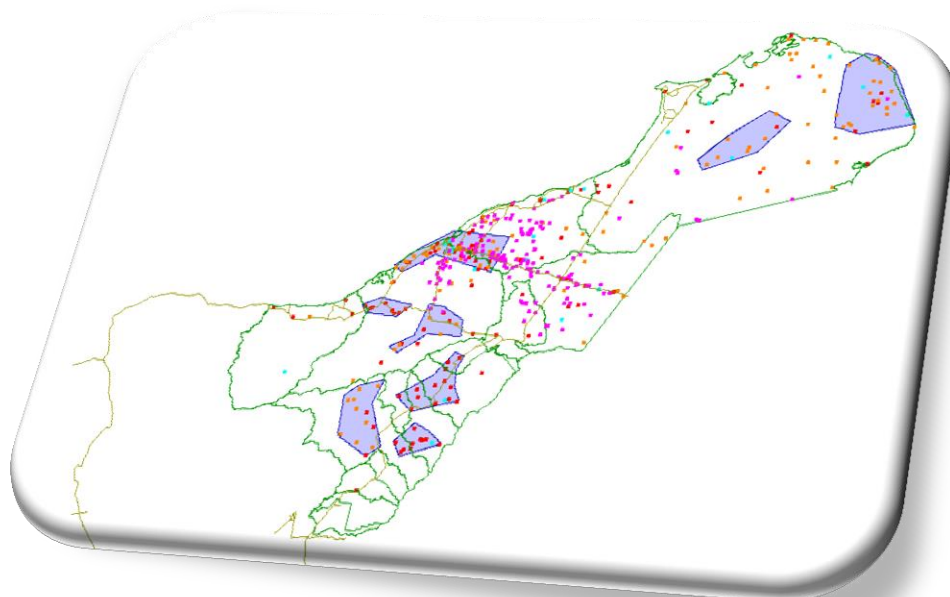


además de ello se presenta como un piloto la vigilancia a la mortalidad por bajo peso al nacer, lo que ha comenzado a dificultar la visibilización las muertes presentadas en el 2012 y 2013 por desnutrición en el Departamento de La Guajira.

Ahora bien, si analizamos en el anterior mapa que la mayoría de eventos de morbimortalidad se pudieron identificar por estar cerca de las cabeceras municipales o de corredores viales, pero en la media y Alta Guajira rural y la zona de la Sierra Nevada en donde el acceso a los servicios de salud, agua, saneamiento básico y vías de comunicación son precarios el número de casos es muy inferior, pudiendo indicar que o los casos en esta zonas son menores o sencillamente, que la tendencia es la misma pero que sencillamente por falta de presencia institucional no se identifican y que por lo tanto estas comunidades están sueltas a su propia suerte.

Con base en la información que se pudo georeferenciar, se pudo identificar las zonas de mayor concentración de casos de morbilidad por desnutrición¹⁹ y se han señalado como zonas de alto riesgo y en este sentido se ha informado a los Alcaldes y a ICBF para que se presten especial atención, dado que de no tratarse, serán las fuentes de posibles muertes infantiles en el corto plazo.

Mapa # 6. Zonas de Alta Vulnerabilidad de Intervención Inmediata



¹⁹ Casos niños y niñas con estados de desnutrición



Construcción. Dirección de Planeación Departamento de La Guajira, con base en datos suministrados por la Secretaría de Salud Departamental, Sivigila – Ruaf 2013

B.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS MORTALIDAD INFANTIL

El DANE reporta que el número de muertes No Fetales asociado a desnutrición asciende 31 casos en el año 2013 (información Preliminar) y Fetales por la misma causa a 4 casos para un total de 35, dejando claro que la información es aun preliminar, amén de que se generan algunas dudas sobre la veracidad de las causas de muerte²⁰.



Foto Tomada del Diario de La Guajira, fecha Enero 25 de 2014, Edición 35

²⁰Ejemplo, un niño de seis meses con alto grado de desnutrición al momento de morir puede presentar fallas cardíacas, renales o respiratorias, el personal puede clasificar la causa de muerte por estas razones y no por el estado de Desnutrición del niño, en algunos casos requiere exámenes para determinar la causa de la muerte, pero por no contar con los medios, o por problemas de trámites, no se hacen y colocan una causa al azar. Adicionalmente, colocar como causa de muerte la desnutrición puede generar responsabilidad medica de la EPS o IPS dado que la atención de esta patología está dentro del POS, y por lo tanto pudieron incurrir en negligencia médica, razón que lleva a colocar otras razones y no la desnutrición como causa de muerte.



B.3. MUERTES FETALES

Analizando los casos de mortalidad Fetal, el DANE reporta los siguientes resultados para el periodo 2008 -2013

MUERTES FETALES GUAJIRA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Promedio
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	21	16	21	17	22	17	19
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	78	100	90	139	83	48	90
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	5	5	4	1	4	4
Otras causas	45	27	188	124	101	40	88
TOTAL	150	148	304	284	207	109	200

Nota: Información 2013 es preliminar.

Se resalta que la patología de muerte por desnutrición en la etapa fetal reportada es muy baja dado que el promedio se ha mantenido en 4,2 casos en el periodo 2008-2013, pero resulta interesante observar que otras patologías presentan cifras muy superiores como es el caso de “Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas” que presenta un promedio anual de 19 casos, “Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento” con un promedio de 90 casos año y Otras patologías de 88 casos año, para un total de muertes fetales promedio año de 200 casos año, muchos de estos que podrían haberse prevenido con un buen seguimiento y control de embarazo²¹.

El control prenatal se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.

Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el posparto.

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud.

²¹Se concluye que si las EPS no hace seguimiento y control del embarazo como lo ordena la Ley, las tasas se incrementan y muchos de los casos que reportas el DANE eran prevenibles



Los objetivos básicos del control prenatal, que busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbilidad materna y perinatal, son:

- Facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención
- Promover el inicio temprano del control prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto.
- Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales, y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna.
- Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga.
- Educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar.

La atención integral de la mujer gestante de bajo riesgo durante el control prenatal debe ser realizada en conjunto por el médico general y la enfermera; y en caso de detectarse alguna anomalía, la paciente deberá ser remitida al obstetra para valoración. No se ha demostrado que mejore la calidad de atención en este grupo de pacientes si el cuidado primario es realizado directamente por el obstetra.

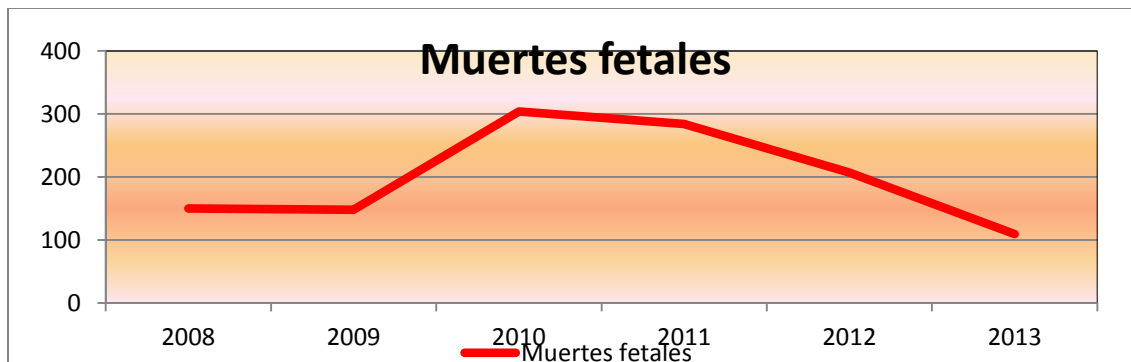
De acuerdo a la normatividad nacional, la primera valoración ha de hacerse lo más tempranamente posible, idealmente en las primeras 8 semanas de gestación; y sus controles cada mes hasta la semana 36 y luego, quincenalmente hasta la semana 40. Se recomienda que el primer control prenatal y los quincenales, a partir de la semana 36, sean realizados por el médico.

La frecuencia del control prenatal tiene en cuenta las características particulares de la atención en salud en el país, sin desconocer otros modelos de atención propuestos con un menor número de consultas, hasta de 5 controles prenatales, sin diferencias significativas con relación al resultado materno y perinatal, aunque con un posible menor grado de satisfacción de las gestantes respecto de la atención prestada.

Un promedio de 200 muertos fetales cada año en el Departamento de La Guajira en el periodo 2008-2013 es señal de que algo está pasando, que algo estamos haciendo mal, aclarando que estas cifras se conocen porque estas muertes se produjeron en las instituciones de salud, y debemos reconocer que no todos llegan a las instituciones de salud a ser tratado.

B.4. MUERTES FETALES EN LA GUAJIRA²²²³

²² Fuente DANE <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2878-defunciones-fetales>



Las cifras estadísticas específicas son las siguientes²⁴:

MUERTES FETALES GUAJIRA	2013							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	17	15,6%	3	3	10	0	0	1
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	48	44,0%	14	9	14	10	0	1
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	4	3,7%	0	2	2	0	0	0
Otras causas	40	36,7%	4	6	13	16	0	1
TOTAL	109	100,0%	21	20	39	26	0	3

MUERTES FETALES GUAJIRA	2012							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	22	10,6%	6	1	9	4	0	2
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	83	40,1%	24	7	27	22	0	3

²³ Se habla de muerte fetal cuando un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas; es decir, cuando ha alcanzado un desarrollo tal que, en condiciones óptimas, la vida fuera del útero pudiera haber sido posible. La mayoría de muertes fetales ocurren en el tercer trimestre de embarazo, y se habla de muerte fetal precoz cuando ocurre en el segundo trimestre o, de forma más precisa, cuando el peso es menor de 1000 gramos y/o el desarrollo es menor de 28 semanas. Se habla de aborto cuando el peso del embrión o feto es menor de 500 gramos y/o el desarrollo de la gestación es menor de 22 semanas. La mayoría de los abortos ocurren en el primer trimestre, y se habla de aborto tardío cuando ocurre en el segundo trimestre

²⁴ Fuente DANE <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2878-defunciones-fetales>



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	1	0,5%	0	0	1	0	0	0
Otras causas	101	48,8%	22	13	16	24	0	26
TOTAL	207	100,0%	52	21	53	50	0	31

MUERTES FETALES GUAJIRA	2011							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	17	6,0%	3	2	5	5	0	2
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	139	48,9%	52	15	21	28	0	23
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	4	1,4%	0	2	1	1	0	0
Otras causas	124	43,7%	43	13	25	25	0	18
TOTAL	284	100,0%	98	32	52	59	0	43

MUERTES FETALES GUAJIRA	2010							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	21	6,9%	7	5	4	5	0	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	90	29,6%	37	14	20	14	2	3
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	5	1,6%	1	1	1	0	0	2
Otras causas	188	61,8%	49	42	37	49	6	5
TOTAL	304	100,0%	94	62	62	68	8	10

MUERTES FETALES GUAJIRA	2009							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	16	10,8%	1	5	7	3	0	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	100	67,6%	11	22	29	29	3	6
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	5	3,4%	2	1	2	0	0	0
Otras causas	27	18,2%	6	5	6	9	0	1
TOTAL	148	100,0%	20	33	44	41	3	7

MUERTES FETALES GUAJIRA	2008							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					S. I.



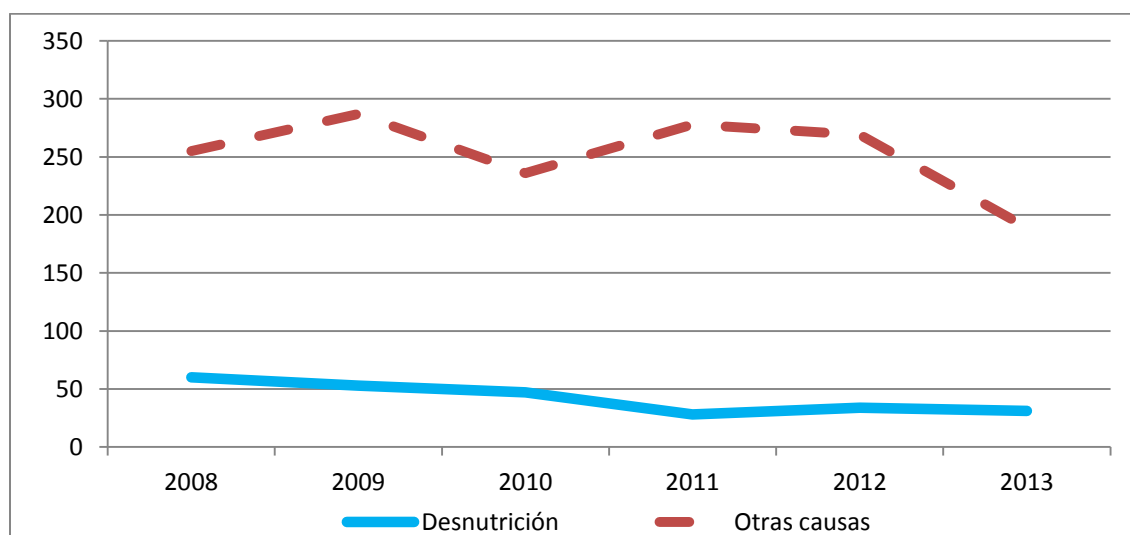
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	S. I.
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	21	14,0%	0	4	8	8	1	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	78	52,0%	7	18	22	28	1	2
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	4,0%	2	3	1	0	0	0
Otras causas	45	30,0%	0	5	20	16	2	2
TOTAL	150	100,0%	9	30	51	52	4	4

B.5. MUERTES NO FETALES²⁵

Para el caso de las Muertes No fetales, es decir, de niños nacidos vivos pero que murieron antes de cumplir los cinco años, las cifras que reporta el DANE son alarmantes.

El promedio anual de muertes de niños menores de 5 años por diferentes causas es de 294.5 casos año, donde los casos de mortalidad por desnutrición es de 42,2 casos año²⁶. Por otras patologías el promedio anual es de 252.3 casos, muchos de estos prevenibles con un buen seguimiento médico.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	PROMEDIO
Desnutrición	60	53	47	28	34	31	42,2
Otras causas	255	287	236	278	269	189	252,3
TOTAL	315	340	283	306	303	220	294,5



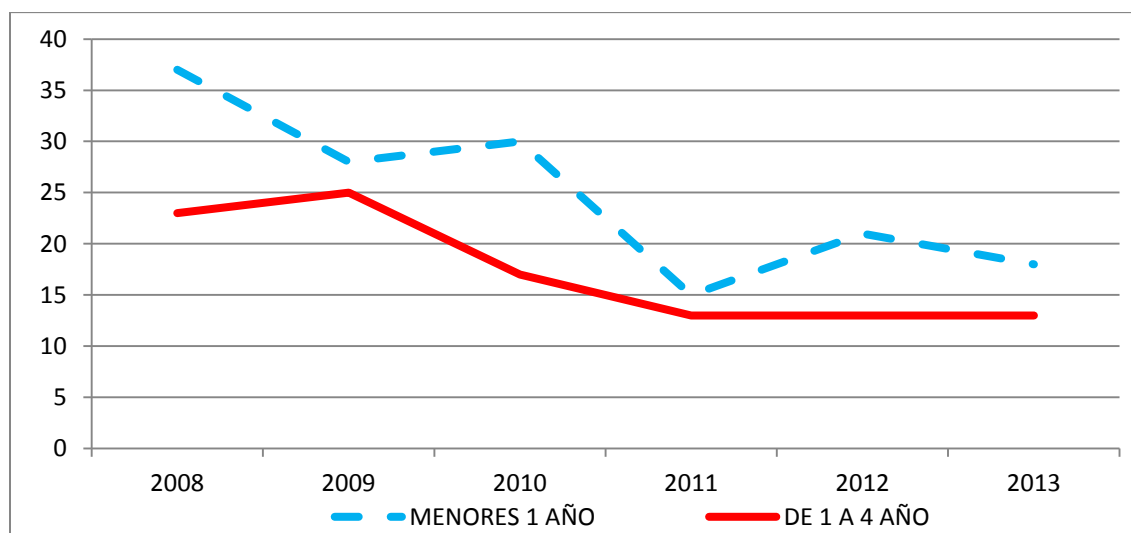
²⁵ DANE

²⁶ Se aclara que los datos de 2013 son a diciembre 2013 pero es preliminar



Discriminado por rangos de edad, se observa que la mortalidad es más alta en menores de un año frente al rango de 1 a 4 años de edad hecho que puede indicar que la desnutrición viene asociada incluso al embarazo y que por lo tanto es una patología que afectaba a la madre y por ende a todo su núcleo familiar.

AÑO	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO
2008	37	23
2009	28	25
2010	30	17
2011	15	13
2012	21	13
2013	18	13



Las siguientes estadísticas muestran el comportamiento de las muertes No Fetales en el periodo 2008 – 2013 por rangos de edades en La Guajira²⁷

CAUSAS MUERTE	2008						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	37	23	2	6	11	1	80
Otras causas	205	50	37	480	771	20	1563
TOTAL	242	73	39	486	782	21	1643

²⁷ Fuente DANE <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-estadisticas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetalesDatos año 2013 provisionales>



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



CAUSAS MUERTE	2009						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	28	25	2	5	8	0	68
Otras causas	237	50	44	572	769	18	1690
TOTAL	265	75	46	577	777	18	1758

CAUSAS MUERTE	2010						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	30	17	0	6	18	0	71
Otras causas	198	38	47	568	796	27	1674
TOTAL	228	55	47	574	814	27	1745

CAUSAS MUERTE	2011						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	15	13	2	4	15	0	49
Otras causas	236	42	43	583	745	5	1654
TOTAL	251	55	45	587	760	5	1703

CAUSAS MUERTE	2012						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	21	13	3	11	10	0	58
Otras causas	225	44	28	506	730	5	1538
TOTAL	246	57	31	517	740	5	1596

CAUSAS MUERTE	2013						TOTAL
	MENORES 1 AÑO	DE 1 A 4 AÑO	DE 5 A 14 AÑOS	DE 15 A 55 AÑOS	DE 56 O MAS	INDETERMINADO	
Desnutrición	18	13	1	9	5	0	46
Otras causas	164	25	25	389	546	1	1150
TOTAL	182	38	26	398	551	1	1196

Se resalta un aspecto importante, en el periodo 2008 - 2013 las muertes por desnutrición de la tercera edad (más de 55 años) en promedio fueron de 10 casos año mientras que la de menores de 5 años fue de 42 casos año, es decir, están en una relación de 1 a 4 y sobre este grupo poblacional no se está haciendo casi nada.

Al analizar las muertes de menores de 5 años entre el 100% de muerte por esta patología (todos los rangos de edad), se observa que en el año 2008 la muerte de menores de 5 años represento el 75%,



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



en el 2009 el 77,9%, en el 2010 el 66,2%, en el 2011 el 57,1%, en el 2012 el 58,6% y en el 2013 (con datos parciales), el 67,4%

CAUSAS MUERTE	2008		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	60	80	75,0%
Otras causas	255	1563	16,3%
TOTAL	315	1643	19,2%

CAUSAS MUERTE	2009		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	53	68	77,9%
Otras causas	287	1690	17,0%
TOTAL	340	1758	19,3%

CAUSAS MUERTE	2010		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	47	71	66,2%
Otras causas	236	1674	14,1%
TOTAL	283	1745	16,2%

CAUSAS MUERTE	2011		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	28	49	57,1%
Otras causas	278	1654	16,8%
TOTAL	306	1703	18,0%

CAUSAS MUERTE	2012		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	34	58	58,6%
Otras causas	269	1538	17,5%
TOTAL	303	1596	19,0%

CAUSAS MUERTE	2013		
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES	% MENORES 5 AÑOS
Desnutrición	31	46	67,4%
Otras causas	189	1150	16,4%
TOTAL	220	1196	18,4%

Si se analiza las muertes no fatales por desnutrición frente a la totalidad de muertes no fatales en el mismo rango de edad (cero a 4 años de edad) se observa que en el 2008 esta represento el 19%, en



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



el 2009 el 15.6%, en el 2010 el 16.6%, en el 2011 el 9.2%, en el 2012 el 11,2% y en el 2013 el 14,1%

CAUSAS MUERTE	2008	
	MENORES 5 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	60	80
Total muertes año	315	1643
TOTAL	19,0%	4,9%

CAUSAS MUERTE	2009	
	DE 5 A 14 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	53	68
Otras causas	340	1758
TOTAL	15,6%	3,9%

CAUSAS MUERTE	2010	
	DE 5 A 14 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	47	71
Otras causas	283	1745
TOTAL	16,6%	4,1%

CAUSAS MUERTE	2011	
	DE 5 A 14 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	28	49
Otras causas	306	1703
TOTAL	9,2%	2,9%

CAUSAS MUERTE	2012	
	DE 5 A 14 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	34	58
Otras causas	303	1596
TOTAL	11,2%	3,6%

CAUSAS MUERTE	2013	
	DE 5 A 14 AÑOS	TODAS LAS EDADES
Desnutrición	31	46
Otras causas	220	1196
TOTAL	14,1%	3,8%

Si bien se observa una tendencia descendente en la mortalidad por desnutrición, pero teniendo en cuenta que las muertes anuales de niños menores de cinco años por todas las causas se ha



mantenido casi igual, esto implica necesariamente un incremento entre las otras causas de mortalidad, muchas que igualmente podían haberse prevenido con una intervención oportuna por parte del Estado.



El DANE²⁸ usa una clasificación de muertes infantiles que se resumen en 105 patologías o grupos de patologías²⁹.

Consultado algunos médicos pediatras sobre la materia, informaron que a veces se presenta confusión del cuerpo médico y del personal al momento de diligenciar el Certificado de Defunción³⁰, y colocar como causa de muerte una razón diferente a la desnutrición³¹.

²⁸La información de defunciones corresponde a la consolidación, codificación de causas de muerte, validación y procesamiento realizado por el DANE, a partir de los certificados de defunción físicos o digitales diligenciados por médicos. A continuación se presenta información del país por área y sexo, según departamento de ocurrencia y residencia, sitio de defunción, edad del fallecido, nivel educativo y causas de muerte; estos datos son básicos para construir perfiles epidemiológicos, calcular indicadores como tasa bruta de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasas específicas de mortalidad, con el fin de determinar las características y la estructura de la mortalidad

²⁹ Clasificación de mortalidad Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10°. Revisión OPS/OMS CIE-10 Lista 667- OPS - CIE-10 Agrupación Causas de Defunción. Lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad

³⁰ Puede ser diligenciado por un Médico, Enfermero(a), Auxiliar de enfermería o Promotor(a) de salud

³¹ Ejemplo, un niño de seis meses con alto grado de desnutrición al momento de morir puede presentar fallas cardíacas, renales o respiratorias, el personal puede clasificar la causa de muerte por estas razones y no por el estado de Desnutrición del niño, en algunos casos requiere exámenes para determinar la causa de la muerte, pero por no contar con los medios, o por problemas de trámites, no se hacen y colocan una causa al azar. Adicionalmente, explicaron que colocar como causa de muerte la desnutrición puede generar responsabilidad medica dado que la atención de esta patología está dentro del POS, y por lo tanto puede incurrirse en una negligencia médica, razón que lleva a colocar otras razones y no la desnutrición como causa de muerte.



B.6. LISTA COLOMBIA 105 PARA LA TABULACIÓN DE MORTALIDAD GUAJIRA AÑO 2013³²

CAUSA	CASOS 2013
001 Enfermedades infecciosas intestinales	442
002 Tuberculosis y secuelas	811
003 Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	362
004 Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	45
005 Septicemia, excepto neonatal	1.215
006 Todas las demás enfermedades bacterianas	145
007 Sífilis y otras enfermedades venéreas	30
008 Hepatitis viral	117
009 Enfermedad por el VIH (SIDA)	1.927
010 Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	248
011 Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	441
012 Tumor maligno del esófago	547
013 Tumor maligno del estómago	3.920
014 Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	2.474
015 Tumor maligno del hígado	1.485
016 Tumor maligno de la vesícula biliar y de las vías biliares	709
017 Tumor maligno del páncreas	1.188
018 Todos los demás tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo	349
019 Tumor maligno de la laringe	342
020 Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	3.405
021 Todos los demás tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	138
022 Tumor maligno de los huesos y de los cartílagos articulares	239
023 Melanoma y otros tumores malignos de la piel	564
024 Tumor maligno de la mama de la mujer	2.117
025 Tumor maligno del cuello del útero	1.201
026 Tumor maligno de otras partes del útero	371
027 Tumor maligno del ovario	716
028 Tumor maligno de la próstata	2.180
029 Tumor maligno de la vejiga urinaria	377
030 Todos los demás tumores malignos de los órganos urinarios	387
031 Tumor maligno del encéfalo, del ojo y de otras partes del sistema nervioso central	846
032 Tumor maligno del tiroides y de otras glándulas endocrinas	288
033 Tumores malignos de sitios mal definidos y secundarios	594
034 Tumor maligno de sitios no especificados	1.053
035 Leucemia	1.394
036 Todos los demás tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	1.513

³²Clasificación de mortalidad Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10°. Revisión OPS/OMS CIE-10 Lista 667- OPS - CIE-10 Agrupación Causas de Defunción. Lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



037 Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados	2.560
038 Todos los demás tumores malignos de otras localizaciones	808
039 Anemias: nutricionales, hemolíticas, aplásticas y otras	370
040 Defectos de coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas y de la sangre y los trastornos que afectan la inmu	389
041 Diabetes mellitus	5.646
042 Deficiencias nutricionales	1.234
043 Todas las demás enfermedades endocrinas y nutricionales	595
044 Trastornos mentales y del comportamiento	180
045 Meningitis y otras enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	434
046 Epilepsia y otros trastornos episódicos y paroxísticos	417
047 Todas las demás enfermedades del sistema nervioso	1.568
048 Enfermedades del ojo y sus anexos, del oído y de la apófisis mastoides	12
049 Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	168
050 Enfermedades hipertensivas	5.326
051 Enfermedades isquémicas del corazón	25.021
052 Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	909
053 Todas las demás formas de enfermedad del corazón	2.670
054 Insuficiencia cardíaca	2.123
055 Enfermedades cerebrovasculares	11.326
056 Aterosclerosis	47
057 Aneurisma aórtico	615
058 Enfermedades de los vasos sanguíneos y otras enfermedades del sistema circulatorio	943
059 Neumonía	5.823
060 Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	9.277
061 Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos	507
062 Todas las demás enfermedades del sistema respiratorio	2.732
063 Úlcera	440
064 Enfermedades del esófago y otras enfermedades del estómago y del duodeno	255
065 Enfermedades del apéndice, hernia y obstrucción intestinal	1.091
066 Enfermedades del hígado	2.094
067 Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	1.164
068 Enteritis, colitis no infecciosa y otras enfermedades de los intestinos	1.097
069 Enfermedades del peritoneo y todas las demás enfermedades del sistema digestivo	792
070 Hemorragia gastrointestinal	1.235
071 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	959
072 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1.823
073 Enfermedades glomerulares y tubulointersticiales	711
074 Insuficiencia renal	2.476
075 Todas las demás enfermedades del sistema urinario	1.513
076 Hiperplasia de la próstata	179
077 Trastornos de los órganos genitales	77
078 Embarazo, parto y puerperio	286
079 Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	98
080 Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	223
081 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	212



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



082 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1.144
083 Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido	167
084 Infecciones específicas del periodo perinatal	696
085 Enterocolitis necrotizante del feto y del recién nacido	164
086 Todas las demás afecciones originadas en el periodo perinatal	349
087 Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	1.002
088 Las demás malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas	949
089 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	3.617
090 Accidentes de transporte de motor y sus secuelas	3.257
091 Otros accidentes de transporte terrestre	46
092 Los demás accidentes de transporte y los no especificados y secuelas	22
093 Caídas	584
094 Accidentes por disparo de arma de fuego	17
095 Ahogamiento y sumersión accidentales	439
096 Otros accidentes que obstruyen la respiración	354
097 Exposición a la corriente eléctrica, radiación y temperatura y presión del aire ambientales extremas	120
098 Exposición al humo, fuego y llamas	51
099 Envenenamiento accidental por, y Exposición a sustancias nocivas	45
100 Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas	1.100
101 Agresiones (homicidios) y sus secuelas	7.818
102 Eventos de intención no determinada y secuelas	1.341
103 Intervención legal y operaciones de guerra y secuelas	97
104 Contratiempos durante la atención médica, reacciones anormales y complicaciones ulteriores, y drogas y medicamentos	57
105 Otros accidentes, incluso los efectos tardíos y secuelas	468

Finalmente, Planeación Departamental ha identificado la existencia de subregistros de muertes infantiles en el Departamento, especialmente en la zona rural y en las comunidades indígenas, donde se presentan nacimientos a través de sus usos y costumbres (a través de parteras), niños que llegan a edad avanzada sin registrar, y muertes que no son reportadas a las autoridades.

Debemos recordar que las comunidades indígenas tiene valores culturales diferentes frente a la muerte a las que manejamos los occidentales o no wayuu, ellos proceden a enterrar a sus muertos rápidamente sin realizar trámites antes instituciones de salud o medicina legal, de tal forma que muchas muertes nunca se reportan oficialmente.

Esta situación se da sobre todos en la población más alejada de los centros urbanos, especialmente en la Sierra Nevada de Santa Marta y la Media y Alta Guajira (Riohacha, Manaure, Maicao y Uribá) a donde difícilmente llega el Estado Colombiano.



B.7. BAJO PESO AL NACER

De acuerdo con los resultados publicados por el DANE³³ en el periodo 2008-2013 el 8.5% de los nacimientos han presentado bajo peso al nacer, solo el 67,% presento un peso ideal y el 23% presento sobre peso.

AÑO	Peso en gramos			
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	
	Menos de 0 a 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	Sin información
2008	8,8%	63,3%	22,8%	5,1%
2009	7,9%	66,0%	24,7%	1,4%
2010	8,2%	67,0%	23,8%	1,0%
2011	8,1%	67,4%	24,4%	0,2%
2012	8,4%	69,5%	22,0%	0,2%
2013	9,7%	69,7%	20,5%	0,2%
PROMEDIO	8,5%	67,1%	23,0%	1,3%

Si sumamos el bajo peso al nacer y el sobre peso, causantes de riesgo para la vida del recién nacido³⁴, las estadísticas señalan que en promedio durante los seis últimos años el 31.5% de los nacimientos se puede clasificar como de alto riesgo por problemas nutricionales.

Esto indica que en la etapa de embarazo, la madre gestante no asumió un cuidado especial, ya sea por falta de atención médica o por negligencia de la misma y/o que las EPS a las cuales estaban afiliadas no les presto la atención debida, y lo más probable, aun, por pretender a grupos de extrema pobreza.

Los nacimientos por municipio son los siguientes:

³³ Fuente DANE <http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2879-nacimientos>

³⁴El peso del bebé al nacer es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Un bebé pequeño se considera al que pesa menos de 2.5 kg (5.0 libras) y un bebé grande al de más de 3,5 kg (7 libras). Un bebé de bajo peso puede indicar que es demasiado pequeño, que nació antes de tiempo (prematuro) o ambas cosas. Esto puede deberse a muchas causas; por ejemplo, problemas de salud de la mamá, mala alimentación durante el embarazo, factores genéticos, problemas con la placenta o que la madre haya abusado de sustancias durante el embarazo. Algunos bebés de bajo peso pueden estar a riesgo de algunos problemas de salud. Unos pueden enfermarse o desarrollar infecciones en los primeros días de vida. Otros pueden sufrir problemas a largo plazo como retraso en el desarrollo motriz o social o problemas de aprendizaje. A su vez, los bebés que nacieron con demasiado peso son grandes quizás porque sus padres lo son o porque la madre tuvo diabetes durante el embarazo. Estos bebés están a un mayor riesgo de lesiones al nacer y problemas con el azúcar en la sangre.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2013

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	
Riohacha	3.205	333	2.280	592	0
Albania	193	27	130	36	0
Barrancas	471	35	326	110	0
Dibulla	280	19	199	60	2
Distracción	166	16	100	50	0
El Molino	78	10	55	13	0
Fonseca	548	56	372	120	0
Hatonuevo	243	13	184	46	0
La Jagua del Pilar	29	0	24	5	0
Maicao	2.410	198	1.611	601	0
Manaure	445	77	326	30	12
San Juan del Cesar	669	66	475	128	0
Uribe	811	75	588	147	1
Urumita	116	7	78	31	0
Villanueva	330	35	215	80	0
TOTAL	9.994	967	6.963	2.049	15

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	
Riohacha	32,1%	34,4%	32,7%	28,9%	0,0%
Albania	1,9%	2,8%	1,9%	1,8%	0,0%
Barrancas	4,7%	3,6%	4,7%	5,4%	0,0%
Dibulla	2,8%	2,0%	2,9%	2,9%	13,3%
Distracción	1,7%	1,7%	1,4%	2,4%	0,0%
El Molino	0,8%	1,0%	0,8%	0,6%	0,0%
Fonseca	5,5%	5,8%	5,3%	5,9%	0,0%
Hatonuevo	2,4%	1,3%	2,6%	2,2%	0,0%
La Jagua del Pilar	0,3%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%
Maicao	24,1%	20,5%	23,1%	29,3%	0,0%
Manaure	4,5%	8,0%	4,7%	1,5%	80,0%
San Juan del Cesar	6,7%	6,8%	6,8%	6,2%	0,0%
Uribe	8,1%	7,8%	8,4%	7,2%	6,7%
Urumita	1,2%	0,7%	1,1%	1,5%	0,0%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Villanueva	3,3%	3,6%	3,1%	3,9%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2012

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	Sin información
Riohacha	4.533	386	3.250	895	2
Albania	354	29	252	73	0
Barrancas	526	39	380	106	1
Dibulla	454	28	339	84	3
Distracción	209	16	137	56	0
El Molino	104	2	67	35	0
Fonseca	689	63	433	193	0
Hatonuevo	327	23	226	78	0
La Jagua del Pilar	38	5	26	7	0
Maicao	3.045	245	2.024	776	0
Manaure	471	47	346	63	15
San Juan del Cesar	892	100	577	215	0
Uribia	1.015	78	759	177	1
Urumita	123	9	70	44	0
Villanueva	408	34	276	98	0
TOTAL	13.188	1.104	9.162	2.900	22

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	Sin información
Riohacha	34,4%	35,0%	35,5%	30,9%	9,1%
Albania	2,7%	2,6%	2,8%	2,5%	0,0%
Barrancas	4,0%	3,5%	4,1%	3,7%	4,5%
Dibulla	3,4%	2,5%	3,7%	2,9%	13,6%
Distracción	1,6%	1,4%	1,5%	1,9%	0,0%
El Molino	0,8%	0,2%	0,7%	1,2%	0,0%
Fonseca	5,2%	5,7%	4,7%	6,7%	0,0%
Hatonuevo	2,5%	2,1%	2,5%	2,7%	0,0%
La Jagua del Pilar	0,3%	0,5%	0,3%	0,2%	0,0%
Maicao	23,1%	22,2%	22,1%	26,8%	0,0%
Manaure	3,6%	4,3%	3,8%	2,2%	68,2%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



San Juan del Cesar	6,8%	9,1%	6,3%	7,4%	0,0%
Uribia	7,7%	7,1%	8,3%	6,1%	4,5%
Urumita	0,9%	0,8%	0,8%	1,5%	0,0%
Villanueva	3,1%	3,1%	3,0%	3,4%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2011

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	4.254	395	2.864	989	6
Albania	358	29	247	82	0
Barrancas	376	26	256	92	2
Dibulla	439	40	298	101	0
Distracción	169	11	102	56	0
El Molino	104	10	63	31	0
Fonseca	680	43	414	220	3
Hatonuevo	256	8	171	76	1
La Jagua del Pilar	36	6	19	11	0
Maicao	3.231	236	2.189	806	0
Manaure	614	74	455	81	4
San Juan del Cesar	784	52	499	233	0
Uribia	919	64	676	174	5
Urumita	106	7	69	30	0
Villanueva	350	25	219	105	1
TOTAL	12.676	1.026	8.541	3.087	22

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	33,6%	38,5%	33,5%	32,0%	27,3%
Albania	2,8%	2,8%	2,9%	2,7%	0,0%
Barrancas	3,0%	2,5%	3,0%	3,0%	9,1%
Dibulla	3,5%	3,9%	3,5%	3,3%	0,0%
Distracción	1,3%	1,1%	1,2%	1,8%	0,0%
El Molino	0,8%	1,0%	0,7%	1,0%	0,0%
Fonseca	5,4%	4,2%	4,8%	7,1%	13,6%
Hatonuevo	2,0%	0,8%	2,0%	2,5%	4,5%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



La Jagua del Pilar	0,3%	0,6%	0,2%	0,4%	0,0%
Maicao	25,5%	23,0%	25,6%	26,1%	0,0%
Manaure	4,8%	7,2%	5,3%	2,6%	18,2%
San Juan del Cesar	6,2%	5,1%	5,8%	7,5%	0,0%
Uribia	7,2%	6,2%	7,9%	5,6%	22,7%
Urumita	0,8%	0,7%	0,8%	1,0%	0,0%
Villanueva	2,8%	2,4%	2,6%	3,4%	4,5%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2010

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	3.950	347	2.623	956	24
Albania	438	39	314	84	1
Barrancas	373	34	248	90	1
Dibulla	353	22	238	92	1
Distracción	194	21	121	52	0
El Molino	112	9	83	20	0
Fonseca	664	46	448	169	1
Hatonuevo	229	22	153	53	1
La Jagua del Pilar	20	1	11	8	0
Maicao	2.776	226	1.795	749	6
Manaure	612	69	429	65	49
San Juan del Cesar	766	77	489	199	1
Uribia	1.179	45	877	217	40
Urumita	162	14	108	39	1
Villanueva	339	29	212	98	0
TOTAL	12.167	1.001	8.149	2.891	126

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	32,5%	34,7%	32,2%	33,1%	19,0%
Albania	3,6%	3,9%	3,9%	2,9%	0,8%
Barrancas	3,1%	3,4%	3,0%	3,1%	0,8%
Dibulla	2,9%	2,2%	2,9%	3,2%	0,8%
Distracción	1,6%	2,1%	1,5%	1,8%	0,0%
El Molino	0,9%	0,9%	1,0%	0,7%	0,0%
Fonseca	5,5%	4,6%	5,5%	5,8%	0,8%
Hatonuevo	1,9%	2,2%	1,9%	1,8%	0,8%
La Jagua del Pilar	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Maicao	22,8%	22,6%	22,0%	25,9%	4,8%
Manaure	5,0%	6,9%	5,3%	2,2%	38,9%
San Juan del Cesar	6,3%	7,7%	6,0%	6,9%	0,8%
Uribia	9,7%	4,5%	10,8%	7,5%	31,7%
Urumita	1,3%	1,4%	1,3%	1,3%	0,8%
Villanueva	2,8%	2,9%	2,6%	3,4%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2009

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	372	39	253	79	1
Albania	480	36	313	127	4
Barrancas	413	39	275	99	0
Dibulla	178	16	96	66	0
Distracción	97	7	62	28	0
El Molino	658	64	424	169	1
Fonseca	250	26	157	66	1
Hatonuevo	30	3	18	9	0
La Jagua del Pilar	3.023	190	1.979	847	7
Maicao	646	75	440	88	43
Manaure	738	61	490	186	1
San Juan del Cesar	1.123	81	775	204	63
Uribia	123	11	83	29	0
Urumita	390	25	261	104	0
Villanueva	93	8	58	27	0
TOTAL	8.614	681	5.684	2.128	121

MUNICIPIO	Peso en gramos				
	BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	Sin información	
	Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más		
Riohacha	4,3%	5,7%	4,5%	3,7%	0,8%
Albania	5,6%	5,3%	5,5%	6,0%	3,3%
Barrancas	4,8%	5,7%	4,8%	4,7%	0,0%
Dibulla	2,1%	2,3%	1,7%	3,1%	0,0%
Distracción	1,1%	1,0%	1,1%	1,3%	0,0%
El Molino	7,6%	9,4%	7,5%	7,9%	0,8%
Fonseca	2,9%	3,8%	2,8%	3,1%	0,8%
Hatonuevo	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,0%
La Jagua del Pilar	35,1%	27,9%	34,8%	39,8%	5,8%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Maicao	7,5%	11,0%	7,7%	4,1%	35,5%
Manaure	8,6%	9,0%	8,6%	8,7%	0,8%
San Juan del Cesar	13,0%	11,9%	13,6%	9,6%	52,1%
Uribia	1,4%	1,6%	1,5%	1,4%	0,0%
Urumita	4,5%	3,7%	4,6%	4,9%	0,0%
Villanueva	1,1%	1,2%	1,0%	1,3%	0,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NACIMIENTOS POR PESO AL NACER AÑO 2008

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	Sin información
Riohacha	4.373	413	2.632	931	397
Albania	338	29	219	87	3
Barrancas	541	43	345	152	1
Dibulla	401	39	270	89	3
Distracción	185	12	85	86	2
El Molino	105	6	71	28	0
Fonseca	612	56	412	143	1
Hatonuevo	267	27	168	71	1
La Jagua del Pilar	26	3	16	7	0
Maicao	2.918	216	1.938	752	12
Manaure	778	77	483	100	118
San Juan del Cesar	687	77	422	187	1
Uribia	905	80	641	143	41
Urumita	140	11	78	30	21
Villanueva	449	29	274	93	53
TOTAL	12.725	1.118	8.054	2.899	654

MUNICIPIO		Peso en gramos			
		BAJO PESO AL NACER	RANGO OPTIMO	SOBREPESO	
		Menos de 2.499	2.500 - 3.499	3.500 o más	Sin información
Riohacha	34,4%	36,9%	32,7%	32,1%	60,7%
Albania	2,7%	2,6%	2,7%	3,0%	0,5%
Barrancas	4,3%	3,8%	4,3%	5,2%	0,2%
Dibulla	3,2%	3,5%	3,4%	3,1%	0,5%



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Distracción	1,5%	1,1%	1,1%	3,0%	0,3%
El Molino	0,8%	0,5%	0,9%	1,0%	0,0%
Fonseca	4,8%	5,0%	5,1%	4,9%	0,2%
Hatonuevo	2,1%	2,4%	2,1%	2,4%	0,2%
La Jagua del Pilar	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%
Maicao	22,9%	19,3%	24,1%	25,9%	1,8%
Manaure	6,1%	6,9%	6,0%	3,4%	18,0%
San Juan del Cesar	5,4%	6,9%	5,2%	6,5%	0,2%
Uribia	7,1%	7,2%	8,0%	4,9%	6,3%
Urumita	1,1%	1,0%	1,0%	1,0%	3,2%
Villanueva	3,5%	2,6%	3,4%	3,2%	8,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De la anterior tabla vale la pena resaltar que los mayores casos de bajo peso al nacer se presentan en todos los años en Riohacha, Maicao, estos dos primero por tener centros hospitalarios de segundo nivel de atención, seguido de Manaure, Dibulla, Uribía y San Juan del Cesar.

Igualmente que los municipios que más presentan casos “Sin Información” son Riohacha, Manaure, Dibulla y Uribía que son los que más población rural tienen.

Las consecuencias de desnutrición, durante la infancia y la edad preescolar se asocian con retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, mayor riesgo de morbilidad con efectos adversos a largo plazo, incluyendo disminución en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual en la edad escolar, la adolescencia y la edad adulta, lo que repercute en la capacidad del individuo para generar ingresos.

Incluso incrementa la propensión a enfermedades como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias e incapacidades.

Más aún, la desnutrición durante los primeros años de vida, a través de sus efectos adversos en el crecimiento durante la infancia de las mujeres, tiene efectos negativos en el peso al nacer de la siguiente generación.

Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles.

El cerebro es el órgano que más rápidamente crece: en los primeros meses lo hace a un ritmo de 2 mg por minuto. Pesa 350 g cuando nace el ser humano y llega a los 900 g en 14



meses. Este peso equivale al 80% del peso del cerebro del adulto. Cuando hay desnutrición infantil no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que, además, hay una atrofia del cerebro y el espacio es ocupado por líquido cefalorraquídeo.

Asimismo, la suerte del sistema nervioso central está determinada en los primeros años de edad, más exactamente en los primeros 18 meses. Si durante este tiempo no recibe una adecuada ingesta de nutrientes, el niño se transformará en un débil mental y en el futuro poco podrá hacerse para revertir esta situación.

La desnutrición genera entonces daño cerebral permanente en este lapso y con ello producir retardo del crecimiento antropométrico, cognitivo, emocional y en las funciones intelectuales por reducción del número y función de las células gliales, retardo en el crecimiento de dendritas, alteración en la sinaptogénesis y defectos en la mielinización.

Además, de la desnutrición infantil, están presentes las deficiencias por micronutrientes en niños menores de 5 años, la anemia por deficiencia de hierro, junto con la desnutrición crónica, son los problemas nutricionales de mayor prevalencia en el país.

La deficiencia de hierro inhibe la habilidad de regular la temperatura cuando hace frío y altera la producción hormonal y el metabolismo, afectando a los neurotransmisores y las hormonas tiroideas asociadas con las funciones musculares y neurológicas, reguladoras de la temperatura.

La anemia afecta principalmente a mujeres embarazadas y a los niños menores de 2 años, en estos últimos, los daños ocasionados por anemia son irreversibles, aún después de tratamiento. Los niños que presentan anemia en los primeros años de vida sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando lleguen a la edad escolar su habilidad vocal y su coordinación motora habrá disminuido significativamente

C. MARCO LEGAL VULNERADO

C.1. El artículo 44 de la constitución política de Colombia: señala que son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.”



La ONU adoptó el 20 de noviembre de 1989 la Convención sobre los Derechos del Niño la cual fue ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991.

La Convención sobre los Derechos del Niño establece los derechos que es preciso convertir en realidad para que los niños y niñas desarrollen su pleno potencial y no sufran a causa del hambre, la necesidad, el abandono y los malos tratos. Refleja una nueva visión sobre la infancia. Los niños y niñas no son la propiedad de sus familias ni tampoco son objetos indefensos de la caridad. Son seres humanos y son también los titulares de sus propios derechos que el Estado, la Sociedad y la familia deben proteger..

La Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia CIA estableció que los niños y niñas son sujetos de derechos que merecen especial protección, asignando esta responsabilidad entre de la familia, la sociedad y el Estado, los cuales deben velar por garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, prevaleciendo el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna.

Dentro de los derechos que consagra la Ley 1098 de 2006 se resalta:

C.2. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano (Art 17).

Para garantizar este derecho, la norma señala que los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente.

La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.

C.3. Derecho a la integridad personal (Art 18).

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario.

C.4. Derechos de protección (Art 20).

Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra:

1. El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención.



C.5. Custodia y cuidado personal (Art 23).

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a que sus padres en forma permanente y solidaria asuman directa y oportunamente su custodia para su desarrollo integral. La obligación de cuidado personal se extiende además a quienes convivan con ellos en los ámbitos familiar, social o institucional, o a sus representantes legales.

C.6. Derecho a los alimentos (Art 24).

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a los alimentos y demás medios para su desarrollo físico, psicológico, espiritual, moral, cultural y social, de acuerdo con la capacidad económica del alimentante. Se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, educación o instrucción y, en general, todo lo que es necesario para el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. Los alimentos comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto.

C.7. Derecho a la identidad (Art 25).

Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a tener una identidad y a conservar los elementos que la constituyen como el nombre, la nacionalidad y filiación conformes a la ley. Para estos efectos deberán ser inscritos inmediatamente después de su nacimiento, en el registro del estado civil. Tienen derecho a preservar su lengua de origen, su cultura e idiosincrasia.

C.8. Derecho a la salud (Art 27).

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Parágrafo 1°. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2°. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud.



El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.

C.9. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia (Art 29).

La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

Como se observa, los derechos de los niños y niñas no son solo normativos sino que deben ser reales³⁵, y el derecho a la nutrición es uno de ellos, dado que gozar de buena nutrición es para los niños y niñas un requisito esencial para que puedan disfrutar de sus derechos a la vida, al desarrollo y a la protección. Sin embargo, el bajo peso al nacer y la desnutrición real siguen afectando a un número importante de niños y niñas guajiros.

También es claro, que las acciones de nutrición deben ser permanentes y que esto es responsabilidad en primera instancia del grupo familiar, en segundo de la sociedad y finalmente del Estado Colombiano tal como lo señala el artículo 2 de la ley 1098 de 2006 así como la obligación de corresponsabilidad que ordena a estos tres actores en los términos del artículo 10 de la misma norma.

D. PRESUNTOS RESPONSABLES DE LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

D.1. RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA

El artículo 39 del Código de Infancia y Adolescencia - CIA - señala como obligaciones de la familia, entre otras:

La familia tendrá la obligación de promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Son obligaciones de la familia para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes:

³⁵Los recién nacidos con bajo peso tienen un riesgo significativamente mayor de enfrentar, desde los primeros momentos de su vida, serios problemas de salud y desarrollo. Por su parte, la desnutrición aumenta la probabilidad de enfermedad y de muerte de los niños y reduce su capacidad de aprendizaje y bienestar.



1. Protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal.
2. Participar en los espacios democráticos de discusión, diseño, formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos de interés para la infancia, la adolescencia y la familia.
3. Formarles, orientarles y estimularles en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades y en el desarrollo de su autonomía.
4. Inscribirles desde que nacen en el registro civil de nacimiento.
5. **Proporcionarles las condiciones necesarias para que alcancen una nutrición y una salud adecuadas, que les permita un óptimo desarrollo físico, psicomotor, mental, intelectual, emocional y afectivo y educarles en la salud preventiva y en la higiene.**
7. **Incluirlos en el sistema de salud y de seguridad social desde el momento de su nacimiento y llevarlos en forma oportuna a los controles periódicos de salud, a la vacunación y demás servicios médicos.**
9. Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando sea requerida.

Un elemento que se identificó es que la mayor parte de las muertes infantiles por desnutrición y los niños y niñas identificados con desnutrición crónica y severa provienen de hogares en estado de pobreza extrema, como es el caso de las comunidades indígenas y campesinas, razón por la cual la responsabilidad de los mismos es relativa, dado que no se puede exigir nada al que nada tiene, y más cuando su lugar de habitación se encuentra alejado de cual opción de ayuda que pueda existir.

D.2. RESPONSABILIDAD DE LA SOCIEDAD

La responsabilidad de la sociedad es más de tipo cultural y solidario y sus responsabilidades son más abstractas de tal forma que es difícil señalar responsabilidades concretas.

El artículo 40 del CIA señala como obligaciones de la sociedad así:

En cumplimiento de los principios de corresponsabilidad y solidaridad, las organizaciones de la sociedad civil, las asociaciones, las empresas, el comercio organizado, los gremios económicos y demás personas jurídicas, así como las personas naturales, tienen la obligación y la responsabilidad de tomar parte activa en el logro de la vigencia efectiva de los derechos y garantías de los niños, las niñas y los adolescentes. En este sentido, deberán:

1. Conocer, respetar y promover estos derechos y su carácter prevalente.



2. Responder con acciones que procuren la protección inmediata ante situaciones que amenacen o menoscaben estos derechos.
3. Participar activamente en la formulación, gestión, evaluación, seguimiento y control de las políticas públicas relacionadas con la infancia y la adolescencia.
4. Dar aviso o denunciar por cualquier medio, los delitos o las acciones que los vulneren o amenacen.
5. Colaborar con las autoridades en la aplicación de las disposiciones de la presente ley.
6. Las demás acciones que sean necesarias para asegurar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

D.3. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

Abordar este tema es supremamente complejo para establecer una presunta responsabilidad, que en este caso se daría por omisión, al no darse la protección real y efectiva de los derechos de los niños, dado que intervienen demasiados actores en un ejercicio que resulta a veces caótico.

El artículo 41 del Código de Infancia y Adolescencia - CIA - señala las obligaciones del Estado así:

El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes en sus niveles nacional, departamental y municipal deberán, entre otras:

1. **Garantizar el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes**
2. Asegurar las condiciones para el ejercicio de los derechos y prevenir su amenaza o afectación a través del diseño y la ejecución de políticas públicas sobre infancia y adolescencia.
3. **Garantizar la asignación de los recursos necesarios para el cumplimiento de las políticas públicas de niñez y adolescencia, en los niveles nacional, departamental y municipal para asegurar la prevalencia de sus derechos.**
4. Asegurar la protección y el efectivo restablecimiento de los derechos que han sido vulnerados.
5. Promover la convivencia pacífica en el orden familiar y social.
6. Investigar y sancionar severamente los delitos en los cuales los niños, las niñas y los adolescentes son víctimas, y garantizar la reparación del daño y el restablecimiento de sus derechos vulnerados.
7. Resolver con carácter prevalente los recursos, peticiones o acciones judiciales que presenten los niños, las niñas y los adolescentes, su familia o la sociedad para la protección de sus derechos.



8. Promover en todos los estamentos de la sociedad, el respeto a la integridad física, psíquica e intelectual y el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes y la forma de hacerlos efectivos.

9. Formar a los niños, las niñas y los adolescentes y a las familias en la cultura del respeto a la dignidad, el reconocimiento de los derechos de los demás, la convivencia democrática y los valores humanos y en la solución pacífica de los conflictos.

10. Apoyar a las familias para que estas puedan asegurarle a sus hijos e hijas desde su gestación, los alimentos necesarios para su desarrollo físico, psicológico e intelectual, por lo menos hasta que cumplan los 18 años de edad.

11. Garantizar y proteger la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto; de manera integral durante los primeros cinco (5) años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, incluida la vacunación obligatoria contra toda enfermedad prevenible, con agencia de responsabilidad familiar.

12. Garantizar la inscripción y el trámite del registro civil de nacimiento mediante un procedimiento eficaz y gratuito. Para el efecto, la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Ministerio de la Protección Social conjuntamente reglamentarán el trámite administrativo que garantice que el niño o niña salga del centro médico donde nació, con su registro civil de nacimiento y certificado de nacido vivo.

13. Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna. Este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley.

14. Reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años, y adelantar los programas de vacunación y prevención de las enfermedades que afectan a la infancia y a la adolescencia y de los factores de riesgo de la discapacidad.

15. Asegurar los servicios de salud y subsidio alimentario definidos en la legislación del sistema de seguridad social en salud para mujeres gestantes y lactantes, familias en situación de debilidad manifiesta y niños, niñas y adolescentes.

26. Prevenir y atender la violencia sexual, las violencias dentro de la familia y el maltrato infantil, y promover la difusión de los derechos sexuales y reproductivos.

27. Prestar especial atención a los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentren en situación de riesgo, vulneración o emergencia.

34. Asegurar la presencia del niño, niña o adolescente en todas las actuaciones que sean de su interés o que los involucren cualquiera sea su naturaleza, adoptar las medidas necesarias para salvaguardar su integridad física y psicológica y garantizar el cumplimiento de los términos



señalados en la ley o en los reglamentos frente al debido proceso. Procurar la presencia en dichas actuaciones de sus padres, de las personas responsables o de su representante legal.

36. Garantizar la asistencia de un traductor o un especialista en comunicación cuando las condiciones de edad, discapacidad o cultura de los niños, las niñas o los adolescentes lo exijan.

Parágrafo. Esta enumeración no es taxativa y en todo caso el Estado deberá garantizar de manera prevalente, el ejercicio de todos los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes consagrados en la Constitución Política, los tratados y convenios internacionales de Derechos Humanos y en este código.

D.3.1. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF -

El Código de la Infancia y la Adolescencia– CIA - en su artículo 11 señala que el Estado en cabeza de todos y cada uno de sus agentes tiene la responsabilidad inexcusable de actuar oportunamente para garantizar la realización, protección y el restablecimiento de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes.

Su parágrafo único establece igualmente que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es el ente coordinador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, mantendrá todas las funciones que hoy tiene (Ley 75/68 y Ley 7ª/79) y definirá los lineamientos técnicos que las entidades deben cumplir para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, y para asegurar su restablecimiento. Así mismo coadyuvará a los entes nacionales, departamentales, distritales y municipales en la ejecución de sus políticas públicas, sin perjuicio de las competencias y funciones constitucionales y legales propias de cada una de ellas

Defensorías de Familia. Reglamentado por el Decreto Nacional 4840 de 2007. Son dependencias del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de naturaleza multidisciplinaria, encargadas de prevenir, garantizar y restablecer los derechos de los niños, niñas y adolescentes (Artículo 79 CIA)

A su vez el Decreto 1137 de 1999, "Por el cual se organiza el Sistema Administrativo de Bienestar Familiar, se reestructura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones" señalo lo siguiente:

Artículo 15. Objeto. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar tiene por objeto propender y fortalecer la integración y el desarrollo armónico de la familia, **proteger al menor de edad** y garantizarle sus derechos.

Artículo 16. Fundamentación en el cumplimiento del objeto. Los programas que adelante el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se fundamentarán en:

1. Responsabilidad de los padres en la formación y cuidado de sus hijos. Las acciones del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar no sustituirán la responsabilidad de la familia. Sólo cuando los padres o demás personas legalmente obligadas al cuidado del menor, no estén en capacidad probada



de hacerlo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar asumirá la responsabilidad dentro de su competencia, con criterio de subsidiariedad.

2. Participación de la comunidad. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar asesorará y promoverá la forma organizativa requerida para lograr la participación mediante el trabajo solidario y contribución voluntaria de la comunidad. Dicha participación en ningún caso implica relación laboral con los organismos o entidades responsables por la ejecución de los programas;

3. **Determinación de la población prioritaria.** Los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar estarán dirigidos prioritariamente a la población que se encuentre en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica, nutricional, psicoafectiva, moral y en las situaciones irregulares previstas en el Código del Menor.

En este sentido, la norma señala especiales competencias y responsabilidades al ICBF en tema de protección de derechos, entre ellos la prevención de la morbilidad por desnutrición.

Como se observa, el ICBF como parte constitutiva del Estado Colombiano y quien tiene asignadas precisas funciones de protección la niñez está fallando toda vez que las tasa de morbilidad en el Departamento son muy altas. Corresponde a la Fiscalía General de la Nación establecer y calificar el nivel de responsabilidad de acuerdo a su nivel de competencias.

D.3.2. EMPRESAS PRESTADORAS DE SALUD - EPS -

El artículo 46 del CIA establece las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Son obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes:

1. **Diseñar y desarrollar programas de prevención en salud, en especial de vacunación, complementación alimentaria, suplementación nutricional, vigilancia del estado nutricional y mejoramiento de hábitos alimentarios.**

2. **Diseñar y desarrollar programas de prevención de las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y otras enfermedades prevalentes de la infancia.**

3. Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

4. Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido.



5. Garantizar atención oportuna y de calidad a todos los niños, las niñas y los adolescentes, en especial en los casos de urgencias.

6. Garantizar la actuación inmediata del personal médico y administrativo cuando un niño, niña o adolescente se encuentre hospitalizado o requiera tratamiento o intervención quirúrgica y exista peligro inminente para su vida; carezca de representante legal o este se encuentre en situación que le impida dar su consentimiento de manera oportuna o no autorice por razones personales, culturales, de credo o sea negligente; en atención al interés superior del niño, niña o adolescente o a la prevalencia de sus derechos. Declarado EXEQUIBLE mediante Sentencia de la Corte Constitucional C-900 de 2011

7. Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva.

8. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes. Ver el Decreto Nacional 3705 de 2007

9. Diseñar y desarrollar programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales en el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes; para lo cual capacitará al personal de salud en el manejo y aplicación de técnicas específicas para su prevención, detección y manejo, y establecerá mecanismos de seguimiento, control y vigilancia de los casos.

10. Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niña y adolescente, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquellas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima.

11. Diseñar y ofrecer programas encaminados a educar a los niños, las niñas y los adolescentes, a los miembros de la familia y a la comunidad en general en prácticas de higiene y sanidad; en el manejo de residuos sólidos, el reciclaje de basuras y la protección del ambiente.

12. Disponer lo necesario para que todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tengan derecho a recibir por parte del Estado, atención, diagnóstico, tratamiento especializado y rehabilitación, cuidados especiales de salud, orientación y apoyo a los miembros de la familia o las personas responsables de su cuidado y atención

El modelo de salud vigente asigna a las EPS la responsabilidad del aseguramiento tanto contributivo como subsidiado de la población guajira.

Dentro de las actividades que las Empresas Prestadoras de Salud - EPS – deben prestar están las acciones de promoción y prevención de la salud y el tratamiento de la enfermedad, la cual se realiza a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (Clínicas y Hospitales) que conforman su red prestadora.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Sobre la materia, la Resolución 412 del 2000, “Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, señalo los siguientes elementos:

Artículo 1. OBJETO. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Artículo 2. CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Artículo 3. NORMA TÉCNICA. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

Artículo 4. GUÍA DE ATENCIÓN. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

Artículo 5. DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 6. **PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Artículo 7. **DETECCIÓN TEMPRANA.** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Artículo 8. **PROTECCIÓN ESPECÍFICA.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Artículo 9. **DETECCIÓN TEMPRANA.** Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- f. Detección temprana del cáncer de seno
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Artículo 10. GUÍAS DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-200 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en Salud Pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:

- a. Bajo peso al nacer
- b. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- c. Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- d. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- e. Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- f. Meningitis Meningocócica
- g. Asma Bronquial
- h. Síndrome convulsivo
- i. Fiebre reumática
- j. Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- k. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH/SIDA)
- l. Hipertensión arterial
- m. Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo n. Menor y Mujer Maltratados
- n. Diabetes Juvenil y del Adulto
- o. Lesiones preneoplasicas de cuello uterino
- p. Lepra
- q. Malaria
- r. Dengue
- s. Leishmaniasis cutánea y visceral u. Fiebre Amarilla

Parágrafo. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Artículo 11. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Parágrafo. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Como se puede observar, la norma ordena a las EPS debe obligatoriamente realizar acciones de **“DEMANDA INDUCIDA”** a través de la cual se informa y educa a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de **“DETECCIÓN TEMPRANA”** que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado por la enfermedad, evitando secuelas, incapacidad y muerte y así poder realizar la **“PROTECCIÓN ESPECÍFICA”** que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

También se resalta de la citada Resolución que se obliga a realizar acciones de **“DETECCIÓN TEMPRANA”** en dos casos que nos interesan en esta denuncia: **1.** Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años) y **2.** Detección temprana de las alteraciones del embarazo

Igualmente, la norma señala como **“ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA”** prioritarias las siguientes

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo

Como se observa, todas estas acciones están encaminadas a la prevención y atención oportuna de patologías que pueden incidir en la desnutrición infantil y por lo tanto, producir la muerte de niños y niñas por esta causa.

La presencia de tantos casos de muertes y desnutrición crónica, reiterativos año a año nos indica que estas acciones y protocolos no se están cumpliendo, lo que puede generar, una presunta responsabilidad por negligencia por parte de las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado en el Departamento de la Guajira.

Un segundo elemento a analizar está en lo señalado por el Artículo 11 de la citada Resolución que hace referencia a la RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS.



D.3.2.1. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La norma señala que las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Según el siguiente link que pertenece al Ministerio de la Protección Social, <http://201.234.78.38/directorio/consultaIPS.aspx> en el Departamento de La Guajira operan 192 IPS públicas y 292 IPS privadas³⁶.

En la Guajira se ha presentado un fenómeno especial, y es la proliferación de IPS Indígenas, las cuales pueden contratar en igualdad de condiciones que las ESE (Empresas Sociales del Estado), observándose que se contratan preferentemente con estas IPS Indígenas las acciones de promoción y prevención, inducción a la demanda e incluso servicios medico asistenciales.

Si bien es un derecho que les confiere la Ley a los pueblos indígenas, no es menos cierto que algunas de estas IPS no tienen la capacidad real para prestar estos servicios, acciones que se deben hacer básicamente en campo, sin que haya controles a los mismos, generando graves riesgos para la salud de la población indígena.

Adicionado a esto, si se observa la mayoría de dichas IPS indígenas tiene sus sedes en los cascos urbanos y no en los resguardos indígenas, implicando que deben ser los indígenas los que deben desplazarse hasta las ciudades para buscar atención y no al contrario.

Se logró identificar las siguientes 21 IPS Indígenas que operan en el Departamento de la Guajira³⁷:

No.	MUNICIPIO	IPS	NIT	DIRECCION	TELEFONO
1	DIBULLA	IPSI ANASU AINWAA	900203322	CALLE 2 No. 5 106	7200433
2	MAICAO	IPSI ASOCIACION DE CABILDOS Y/O AUTORIDADES TRADICIONALES DE LA GUAJIRA	839000145	Calle 20 Cra. 15 No.15-20	7263939
3	MAICAO	IPSI AYUULEEPALA WAYUU	900210003	CALLE 11 N° 6-49	3163826782
4	MAICAO	IPSI CASA INDIGENA MARCELO RAMIREZ	839000214	CRA 36 3926	NULL
5	MAICAO	IPSI ERREJERIA WAYUU	839000936	CALLE 17 N0. 16 - 55	NULL
6	MAICAO	IPSI KARAQUITA	900141404	KRA 18 No 21-13	7261772
7	MAICAO	IPSI SOL WAYUU	900270453	KRA 11A N° 11-26	7269838

³⁶ Se anexa listados

³⁷ Pueden haber más, <http://www.supersalud.gov.co/mapaGuajira.html>



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



8	MAICAO	IPSI SUMUYWAJAT	839000794	CALLE 16 No. 20- 47	NULL
9	MAICAO	IPSI WAYUU ANASHII	900144397	calle 13 # 18-31	7250237
10	MAICAO	IPSI WAYUU ANASHII LTDA	839000916	CALLE 13 #1831	7268915
11	MANAURE	IPSI UNIDAD MEDICA WAYUU ANOUTA WAKUAIPA	900016853	CALLE 2 # 5-17	7178157
12	RIOHACHA	IPSI ANALIRAPULE Suc Baranoa	900107708	CARRERA 19 No 20- 37	8788959
13	RIOHACHA	IPSI ANASHIWAYA	900177624	CLL 18 # 11A-19	7274476
14	RIOHACHA	IPSI CIDSALUD	900170300	CALLE 12 N° 11-122	3008438437
15	RIOHACHA	IPSI EIYAJAA WANULU	900271091	KRA 15 No 7-14	3013939773
16	RIOHACHA	IPSI EZEQ-SALUD	900144134	CRA 15 No. 11B 108	7274886
17	RIOHACHA	IPSI SAINN WAYUKANA SALUD Y VIDA PARA LOS WAYUU	900259074	CRA 15 N° 14-93	7273401
18	RIOHACHA	IPSI SUPULA WAYUU	825003149	CARRERA 12 N° 17-60	7265030
19	RIOHACHA	IPSIANASHANTA SUPUSHUAYA	900209093	KRA 30 N° 14G-30	3145614801
20	URIBIA	IPSI OUTTAJIAPULEE IPSI	900191322	CRA 7F N° 13-69	7177644
21	URIBIA	IPSI PALAIMA	900185729	KRA 13A No 10b-45	7268244

En un informe presentado por el Instituto Nacional de Salud sobre el estado de reporte de información de las IPS indígenas al SIVIGILA denominado “SITUACIÓN NOTIFICACIÓN AL SIVIGILA

UPGD INDÍGENAS, 2011-2012”³⁸ señala de que las 53 IPS indígenas (IPSI) que existen en el país, 21 están en la Guajira (40%).

El informe reporta que del 100% de IPSI que hay en el país el cumplimiento del reporte de información al SIVIGILA se dio así:

- 100% UPGD no cumplió indicador (90%) en 2011
- 42% UPGD cumplió indicador (90%) en 2012

- 19% UPGD notificación negativa 2011
- 2% UPGD notificación negativa 2012

- 23% UPGD silencio epidemiológico 2011
- 23% UPGD silencio epidemiológico 2012

Al final, el informe da las siguientes conclusiones:

³⁸ Se anexa informe y se puede descargar del siguiente link
<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=11&cad=rja&ved=0CCUQFjAAOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.revistaquira.com%2Fapp%2Fdownload%2F7039559065%2FSITUACI%25C3%2593N%2BNOTIFICACI%25C3%2593N%2BAL%2BSIVIGILA%2BUPGD%2BINDIGENAS.pdf%3Ft%3D1388876635&ei=6Wb9UqiTHY7KkAe89IDwBw&usg=AFQjCNH1nkw2AVVGXyxNjiTC7cA72wzwdg&bvm=bv.61190604.d.eW0>



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



- No se cuenta con un censo real de la población indígena de Colombia
- Existe población indígena en el 94,4% de los ET de Colombia
- Solo el 84,2% de la población indígena está afiliada a EPSI
- Las EPSI tienen afiliados indígenas en 31 ET de Colombia (86%)
- En los ET con IPSI, EPSI contratan baja complejidad
- Preocupante el silencio epidemiológico en IPSI.

La mayor conclusión que se desprende del informe está en que si las IPSI no reportan la información al SIVIGILA, el Estado no puede hacer control y seguimiento de las principales enfermedades de interés público, entre las cuales está la desnutrición y el bajo peso al nacer.

También se desprende que si la información contenida en el SIVIGIAL no es completa, esta no es confiable y por lo tanto el Estado está impedido para poder realizar la vigilancia que le corresponde.

Dado que las tasas de morbimortalidad más altas son en la zona indígena, es imprescindible realizar una valoración de esta conducta, el papel de las IPSI y las repercusiones que puedan estar teniendo en las altas tasas de morbimortalidad.

Se resalta que la atención que se presta en el Departamento es esencialmente médica asistencial, y solo a los pacientes que se acercan a las IPSI (clínicas y Hospitales), cuando la enfermedad ya tiene muchas veces estados avanzados.

Las comunidades indígenas y rurales que se encuentran alejadas de los centros urbanos (Sierra Nevada de Santa Marta y Media y Alta Guajira, tiene pocas posibilidades de llegar a un centro asistencial y estos no llegan hasta donde están ellos.

Si se analiza en el documento **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO MORBI – MORTALIDAD Y BAJO PESO AL NACER POR DESNUTRICIÓN DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA** elaborado por Planeación Departamental, en la georeferenciación de casos de morbilidad y mortalidad, podrán observar que los casos se concentran cerca de las cabeceras municipales de Riohacha, Maicao y San Juan, y en forma extraña no se reflejan muchos casos en zonas alejadas, lo cual se explica por una sola razón: los casos en zonas alejadas no son registrados por el Estado, de tal forma que las muertes y los casos de desnutrición infantil quedan en el olvido, y en esto las IPSI pueden tener alguno nivel de responsabilidad, sin quitar la responsabilidad primordial que le corresponde las EPS que son las que las contratan para prestar servicios de salud a su población afiliada.

Finalmente se resalta un último, hecho, cuando una IPS detecta casos de morbilidad por desnutrición, no reporta los casos al ICBF o a las Alcaldías, sencillamente diagnostica el caso, asigna un tratamiento y el paciente es devuelto a su hogar, y al mismo no se le hace seguimiento y control.

Mismo examen se debe hacer al resto de la Red prestadora de servicios de salud de las EPS tanto pública como privada..



D.3.3. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

D.3.3.1. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social dirige, orienta, coordina y evalúa el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo de su competencia, adicionalmente formulará establecerá y definirá los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social.

Funciones

El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumple las siguientes:

1. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
2. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección Social.
3. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades.
4. Formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
6. Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales.
7. Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida y prevención de las enfermedades.
8. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

13. Definir los requisitos que deben cumplir las entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud para obtener la habilitación y acreditación.

14. Regular la oferta pública y privada de servicios de salud, la organización de redes de prestación de servicios y establecer las normas para la prestación de servicios y de la garantía de la calidad de los mismos, de conformidad con la ley,

18. Formular y evaluar la política para la definición de los sistemas de afiliación, garantía de la prestación de los servicios de salud.

19. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de promoción social a cargo del Ministerio.

20. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social a cargo del Ministerio.

21. Administrar los recursos que destine el Gobierno Nacional para promover la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando quiera que no exista norma especial que los regule o reglamente, ni la administración se encuentre asignada a otra entidad.

24. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.

26. Promover la articulación de las acciones del Estado, la sociedad, la familia, el individuo y los demás responsables de la ejecución de las actividades de salud, riesgos profesionales y promoción social a cargo del Ministerio.

28. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud y promoción social a cargo del Ministerio.

29. Asistir técnicamente en materia de salud, y promoción social a cargo del Ministerio, a las entidades u organismos descentralizados territorialmente o por servicios.

30. Preparar las normas, regulaciones y reglamentos de salud y promoción social en salud, aseguramiento en salud y riesgos profesionales, en el marco de sus competencias.

Como se puede analizar, el ministerio es el máximo órgano rector de la Salud Pública, tiene a su cargo dirigir las políticas y diseñar las estrategias para garantizar el derecho a la salud de los colombianos.



Sin embargo, y pese a que el Ministerio es plenamente consciente³⁹ de las tasas de morbilidad infantil de La Guajira, no se observa acciones especiales direccionadas a conjurar esta grave problemática.

D.3.3.2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Ley 1122 de 2007 aprobada con el fin de realizar algunos ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, incluye entre sus reformas o modificaciones algunas relacionadas con las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

El capítulo VII, en su artículo 35, define las funciones de inspección, vigilancia y control de la siguiente forma:

La inspección es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

La vigilancia consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de éste.

El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

Hasta el momento no se ha conocido ninguna actuación específica por parte de la Superintendencia relacionada con las altas tasas de morbilidad infantil en el Departamento de La Guajira.

D.3.3.3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

³⁹ En números documentos e informes que ha generado el Ministerio desde hace años este reporta las altas tasas de morbilidad infantil en La Guajira.



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



De conformidad con lo señalado en el Decreto Ley 4109 de 2011 en su carácter de autoridad científica técnica el Instituto Nacional de Salud tendrá como objeto: (i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia. Tecnología e Innovación

Entre sus funciones e destaca:

1. Actuar como entidad de referencia nacional en salud pública y coordinador técnico de las redes de: vigilancia epidemiológica, laboratorios, donación y trasplantes de órganos y tejidos, bancos de sangre y servicios de transfusión, en el marco del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.
2. Operar y desarrollar el sistema de vigilancia y control en salud pública en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Promover, orientar, coordinar y ejecutar investigaciones en salud pública en el marco del Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación.
4. Analizar información sobre la situación de salud de la población colombiana a fin de hacer propuestas de política para la toma de decisiones, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación.
5. Crear y articular una red de centros de investigación científico-técnicos en materia de salud pública, en la cual participen todas las entidades que desarrollen actividades de investigación, validación y transferencia de tecnología en ciencias de la salud pública, con el fin de contribuir al aprovechamiento racional de toda la capacidad científica de que disponga el país en este campo.
6. Ejercer las funciones del Observatorio Nacional de Salud conforme a los artículos 8° y 9° de la Ley 1438 de 2011.
7. Diseñar e implementar, en lo de su competencia, el modelo operativo del Sistema de vigilancia y seguridad sanitaria en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Participar en la planeación, desarrollo y coordinación de los sistemas de información en salud pública, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades territoriales y demás entidades del sistema de salud.
9. Formular, proponer y controlar, en el marco de sus competencias, la ejecución de programas de prevención, promoción y protección de la salud pública.



10. Elaborar los diagnósticos que determinen eventuales riesgos en salud pública, que estén asociados a desastres de cualquier tipo u origen.
11. Coordinar y articular, en el ámbito de sus competencias, las acciones de evaluación, superación y mitigación de los riesgos que afecten la salud pública, con las entidades nacionales y territoriales.
12. Participar en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social en el diseño y ejecución de programas y actividades destinados a prevenir, reducir o atender los efectos sobre la salud producidos por desastres, calamidades o emergencias, en articulación con las autoridades del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres, SINPAD.

Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud tiene a su cargo el SIVIGILA el cual es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, que se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población Colombiana, con el fin de:

- Orientar las políticas y la planificación en salud pública
- Tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud
- Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones
- Racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

Como se observa, con todas funciones y competencias asignadas, no se observa un pronunciamiento ni acciones concretas sobre los temas de morbilidad en La Guajira, más si como ellos mismos informan, la información que se reportan los prestadores de servicios de salud al SIVIGILA es incompleta e inoportuna.

Corresponde a la Fiscalía General de la Nación indagar y establecer las responsabilidades específicas sobre las entidades que conforman el Sistema General de Salud tanto por su acción como por su omisión frente a sus responsabilidades en la protección de los derechos de la población infantil de la Guajira.

D.3.4. PLANES DE INTERVENCIONES OBLIGATORIAS EN SALUD ALCALDÍAS MUNICIPALES

A través del Sistema General de Participaciones - SGP - la nación asigna recursos específicos a los municipios para desarrollar acciones de Promoción y Prevención en salud.

Los Planes de Salud Pública y Planes de Intervenciones Colectivas – PIC - son el conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y el control de los riesgos y los daños en salud, hace parte del Plan de



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



Salud Territorial y son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los Planes Obligatorios de Salud.

Articulación (Ley 1438 2011 art. 11)

Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contrataran y ejecutaran de forma articulada prioritariamente con las IPS Públicas.

Las prioridades o ejes del PIC SON:

- Salud Infantil
- Salud Sexual Reproductiva
- Salud Oral
- Salud Mental y Lesiones Violentas Evitables
- Enfermedades Transmisibles y Zoonosis
- Enfermedades Crónicas No Transmisibles
- Nutrición
- Seguridad Sanitaria y Ambiental
- Seguridad del trabajo y enfermedad de origen laboral
- Gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan

Como se observa, en este componente se ordena atender la Salud infantil y la Nutrición tanto infantil como materna.

Sin embargo, y pese a que año a año se asignan recursos por la nación, los índices de morbilidad infantil no descienden, en parte porque también se presenta el mismo fenómeno de que algunos municipios contratan estos servicios no con las ESEs (Hospitales) sino con IPS Indígenas.

La lista de entidades que de una forma u otra intervienen en el proceso de garantizar los derechos de los niños y niñas es muy larga, está la Defensoría del Pueblo que poco se pronuncia sobre el tema, el Ministerio de la Protección Social que no se apersona sobre la problemática guajira, el Instituto Nacional de Salud, que no interviene con efectividad sobre las EPS e IPS, la Contraloría que no evalúa la efectividad del gasto en cuanto a impacto y resultados, el Ministerio de Agricultura que no desarrolla acciones concretas para garantizar la seguridad alimentaria a mediano y largo plazo, el mismo Departamento de La Guajira que desarrolla acciones de corto plazo con actividades asistencialistas (subsidios) que no generan efectos a mediano y largo plazo, etc., amén de muchos programas presidenciales que actúan en el departamento en descoordinación con el ICBF, el Departamento y sus Municipios.

Como se observa, el las Empresas Prestadoras de Salud tanto del Régimen Contributivo como Subsidiado como las IPS y las Alcaldía Municipal como parte constitutiva del Estado Colombiano y quien tiene asignadas precisas funciones de protección la niñez está fallando toda vez que las tasa



de morbimortalidad en el Departamento son muy altas. Corresponde a la Fiscalía General de la Nación establecer y calificar el nivel de responsabilidad de acuerdo a sus niveles de competencias.

D.3.5. PROGRAMAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

Tanto la Nación, el ICBF, el Departamento y los Municipio y algunos actores privados han venido adelantado programas de seguridad alimentaria consistente en algunos casos, en la entrega de alimentos preparados en zonas urbanas y en otros casos, mediante la modalidad de entrega de mercados a grupos finitos de beneficiarios con el fin de promover la seguridad alimentaria de los niños menores de 5 años.

El resultado de estos programas son incierto, dado que los resultados de morbimortalidad no han descendido pese a las acciones del Estado, o de pronto, también es posible, que con estas acciones se haya impedido que las tasas se hayan disparado aún más, sin embargo es difícil de establecer porque no existen mecanismos de control que permitan evaluar los resultados, e incluso, muchas veces no se controla si las ayudas llegan realmente a los beneficiarios.

Se ha podido determinar que hay multiplicidad de acciones, muchos actores trabajando al tiempo y a veces sobre los mismos grupos poblacionales dejando a muchos otros al margen de los programas.

Ante el hecho de desconocer la población objetivo, su ubicación, su estado, y sus necesidades reales, resulta imposible cuantificar a cuánto asciende la necesidad de ayudas que se requieren dar, y por lo tanto, también se desconoce en qué medida se está impactando a la población con las acciones realizadas.

Una particularidad de la modalidad de entrega de mercados, es que pese a que está dirigida a niños, en la realidad la consume todo el grupo familiar, desde niños hasta los ancianos, dado que debemos recordar que las condiciones de pobreza y hambre es la misma para un niño que para un adulto, e incluso, se sabe que se destina parte para animales domésticos.

También se ha podido inferir que ante la magnitud de la situación de pobreza extrema, las altas tasas de desnutrición del Departamento y en especial de la población indígena rural, las acciones realizadas por todos los actores son insuficientes porque los recursos disponibles sencillamente no alcanzan para atender la magnitud de la demanda existente.

Otro tema que se debe tener en cuenta es que las ayudas a través de la entrega de mercados son simples paliativos, subsidios que solo contribuyen a amainar la problemáticas pero no a dar solución de fondo porque no es una política de seguridad alimentaria a mediano y largo plazo.



En este campo, el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Comercio no han adelantado ninguna acción para establecer esquemas que garantice la autosuficiencia alimentaria, que es una de las metas del milenio, y así poder disminuir los subsidios que se supone, deben ser transitorios.

E. FUNDAMENTOS DE DERECHO QUE SOPORTAN LA DENUNCIA

- Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia.
- Convención sobre los Derechos del Niño (Ley 12 de 1991)
- Ley 1098 de 2006, Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia por parte de diferentes actores que tiene como responsabilidad velar por la protección de los derechos de los mismos.
- Ley 75 de 1968 "Por la cual se dictan normas sobre filiación y se crea el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar".
- Ley 7 de 1979 Reglamentada por el Decreto Nacional 2388 de 1979 "Por la cual se dictan normas para la protección de la Niñez, se establece el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se reorganiza el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones"
- Decreto 1137 de 1999 "Por el cual se organiza el Sistema Administrativo de Bienestar Familiar, se reestructura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 412 del 2000, "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública"

F. ELEMENTOS MATERIALES PROBATORIOS

1. Estudio diagnóstico realizado por el Departamento Administrativo de Planeación de La Guajira, apoyado por la Secretaria de Salud Departamental denominado "EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO MORBI – MORTALIDAD Y BAJO PESO AL NACER POR DESNUTRICIÓN"
2. Estadísticas DANE Resultados nacimientos y defunciones fetales y no fetales 2008 – 2013 (la pueden descargar de la siguiente dirección Web <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones>)
3. Listado de casos específicos de morbilidad georeferenciados DAP Guajira
4. Anexo situación notificación al SIVIGILA IPS Indígenas.
5. Noticias sobre Morbilidad guajira diferentes medios de comunicación
6. Listado de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - La Guajira por Municipios



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



7. Copia oficios donde se informa a los Alcaldes sobre la situación de morbilidad infantil pro desnutrición georeferenciada.

G. NOTIFICACIONES

Al denunciante en la ciudad de Riohacha, La Guajira (Dirección Calle 1 Número 6- 05 Centro Administrativo Departamental – Departamento Administrativo de Planeación)

CESAR ARISMEDY MORALES

Director del Departamento Administrativo de Planeación del Departamento de La Guajira

Secretario Técnico del Consejo de Política Social

C.C. 17.805.785 de Riohacha



ANEXOS

ANEXO 1	INFORME MORBI MORTALIDAD INFANTIL DPTO DE LA GUAJIRA
ANEXO 2	INFORME MORBI MORTALIDAD INFANTIL DPTO DE LA GUAJIRA - ACTUALIZACIÓN
ANEXO 3	LISTADO DETALLADO NIÑOS MUERTOS POR MALNUTRICIÓN
ANEXO 4	SITUACIÓN NOTIFICACIÓN AL SIVIGILA IPS INDÍGENAS
ANEXO 5	NOTICIAS MORBIMORTALIDAD INFANTIL
ANEXO 6	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD
ANEXO 7	LISTADO DE IPS PÚBLICAS Y PRIVADAS GUAJIRA
ANEXO 8	TABLA DE CÓDIGOS DE ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS
ANEXO 9	PROYECCIÓN POBLACIÓN DANE GUAJIRA
ANEXO 10	DIRECTIVA 001 DE 2012 PROCURADURÍA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA
ANEXO 11	GUAJIRA POBREZA
ANEXO 12	CÓDIGO INFANCIA Y ADOLESCENCIA
ANEXO 13	CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO
ANEXO 14	RESOLUCIÓN 0412_00
ANEXO 15	AVANCE OBJETIVOS DE MILENO 2012 GUAJIRA
ANEXO 16	VISIÓN MUNDIAL CÓDIGO DE INFANCIA 2011
ANEXO 17	PLAN DEPARTAMENTAL GESTIÓN DA RIESGO LA GUAJIRA
ANEXO 18	OFICIO NOTIFICACIÓN CASOS MORBIMORTALIDAD ALCALDÍAS
ANEXO 19	BASE DE DATOS SIG MORBIMORTALIDAD GUAJIRA
ANEXO 20	MAPAS
ANEXO 21	TABLAS DANE
ANEXO 22	VIDEOS



TABLA DE CONTENIDO

A. NIÑOS MUERTOS POR MALNUTRICIÓN PERIODO 2008 – 2013

TABLA: LISTADO NIÑOS MENORES 5 AÑOS FALLECIDOS POR MALNUTRICIÓN AÑO 2013

TABLA: LISTADO NIÑOS MENORES 5 AÑOS FALLECIDOS POR MALNUTRICIÓN AÑO 2008-2012

TABLA: LISTADO MORBILIDAD 2013 MENORES 5 AÑOS MALNUTRICIÓN

B. ANTECEDENTES DE LA SITUACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN EL DEPARTAMENTO E LA GUAJIRA

B.1. LAS METAS DEL MILENIO

B.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS MORTALIDAD INFANTIL

B.3. MUERTES FETALES

B.4. MUERTES FETALES EN LA GUAJIRA

B.5. MUERTES NO FETALES

B.6. TABLA LISTA COLOMBIA 105 PARA LA TABULACIÓN DE MORTALIDAD GUAJIRA AÑO 2013

B.7. BAJO PESO AL NACER

C. MACO LEGAL VULNERADO

C.1. Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia:

C.2. Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano (Art 17).

C.3. Derecho a la integridad personal (Art 18).

C.4. Derechos de protección (Art 20).

C.5. Custodia y cuidado personal (Art 23).

C.6. Derecho a los alimentos (Art 24).

C.7. Derecho a la identidad (Art 25).

C.8. Derecho a la salud (Art 27).

C.9. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia (Art 29).

D. PRESUNTOS RESPONSABLES DE LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DEL DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

D.1. RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA

D.2. RESPONSABILIDAD DE LA SOCIEDAD

D.3. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO

D.3.1. INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF -



GOBERNACIÓN DE LA GUAJIRA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN



- D.3.2. EMPRESAS PRESTADORAS DE SALUD - EPS -
 - D.3.2.1. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS
 - D.3.3. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL E INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 - D.3.3.1. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
 - D.3.3.2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
 - D.3.3.3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
 - D.3.4. PLANES DE INTERVENCIONES OBLIGATORIAS EN SALUD ALCALDÍAS MUNICIPALES
 - D.3.5. PROGRAMAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA
-
- E. FUNDAMENTOS DE DERECHO QUE SOPORTAN LA DENUNCIA
 - F. ELEMENTOS MATERIALES PROBATORIOS
 - G. NOTIFICACIONES

MAPAS

- Mapa # 1 Concentración vivienda Wayuu Municipio de Uribía
- Mapa # 2 Morbilidad por Desnutrición Departamento de La Guajira
- Mapa # 3. Localización de comunidades con morbimortalidad municipio de Uribía, Manaure, Maicao (Alta Guajira), Riohacha (media guajira).
- Mapa # 4. concentración de casos Riohacha
- Mapa # 5. Morbilidad por Mal Nutrición y Fuentes de Agua.
- Mapa # 6. Zonas de Alta Vulnerabilidad de Intervención Inmediata