

IQEN

INFORME QUINCENAL
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Volumen 23 número 10 - Bogotá, D.C. - 31 de mayo de 2018

Percepciones y conocimientos de los actores potenciales de la vigilancia comunitaria sobre la desnutrición aguda, en la población indígena de La Guajira, 2016.....108

Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Directora General Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Franklyn Edwin Prieto Alvarado

Comité Editorial

Franklyn Edwin Prieto

Oscar Eduardo Pacheco

Pilar Zambrano

Cecilia Saad

Luis Fernando Fuertes

Paola Elena León

Diseño y Diagramación

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida:

Rengifo Reina H. A., Sanchez D. Y., Madero Reales J. A., González J. J., Rodríguez Reyes A. J., Sáenz Duran S. Percepciones y conocimientos de los actores potenciales de la vigilancia comunitaria sobre la desnutrición aguda, en la población indígena de La Guajira, 2016; 23 (10):107 - 118 Disponible en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/IQEN/IQEN%20vol%2023%202018%20num%2010.pdf>

Percepciones y conocimientos de los actores potenciales de la vigilancia comunitaria sobre la desnutrición aguda, en la población indígena de La Guajira, 2016

Herney Alonso Rengifo Reina¹
Dora Yurany Sanchez¹
Javier Alberto Madero Reales¹

Jhon Jairo González¹
Andrea Jineth Rodríguez Reyes¹
Shirley Sáenz Duran¹

Resumen

Introducción: La desnutrición aguda afecta principalmente a la población infantil. El riesgo de muerte de los niños que viven en condiciones vulnerables es superior respecto a infantes que viven en condiciones normales. La identificación de este evento debe realizarse de manera oportuna para evitar desenlaces fatales. **Objetivo:** Identificar la percepción y los conocimientos sobre la desnutrición aguda en menores de cinco años de las comunidades indígenas de la Alta Guajira.

Metodología: Se realizó un estudio mixto con herramientas cuali-cuantitativas. Se desarrolló un estudio de corte transversal. La información se recolectó a través de una encuesta de caracterización de actores. Con herramientas cualitativas (grupos focales y entrevistas en profundidad) se buscó identificar factores propios de las comunidades de La Guajira

para orientar la comprensión de las experiencias que se viven en torno al proceso de desnutrición en el contexto de las diferentes realidades de los indígenas Wayuu.

Resultados: Se visitaron 94 comunidades ubicadas en los municipios de Uribía, Maicao, Manaure y Riohacha en las que se identificaron 310 actores. Entre las causas de desnutrición que las comunidades indicaron se identificó la escasez y no disponibilidad de alimentos con 36,5 %, seguido de aspectos como la sequía y el desempleo con 14,1 % y 12,9 %, respectivamente.

Conclusiones. Existen tradiciones culturales que pueden dificultar el manejo y la identificación de la desnutrición aguda en la comunidad indígena de La Guajira que deben ser consideradas al abordar este problema de salud pública en la región. **Palabras clave:** Conocimiento, Desnutrición Infantil, Desnutrición, Población Indígena, La Guajira.

1. Residente del Programa de epidemiología de campo / Field Epidemiology Training Program (FETP)

Introducción

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación / Food and Agriculture Organization (FAO), las necesidades de alimentación en el mundo, están en aumento a pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado (1). Esta situación se presenta a pesar que la nutrición es un derecho infantil fundamental que hace parte de la Convención de los Derechos del Niño, aprobado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1990 (2).

La desnutrición se define como el conjunto de manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y antropométricas causadas por la deficiente ingesta o aprovechamiento biológico de macro y micronutrientes ocasionando la insatisfacción de requerimientos nutricionales; que con base en los parámetros antropométricos se puede clasificar en tres formas: desnutrición aguda, crónica y global (3).

Esta condición afecta personas de todas las edades sin distinción de sexo o raza, pero el mayor peso recae en la población infantil, siendo un fenómeno con alto poder destructivo que ocasiona en la población sobreviviente, una mayor propensión a contraer enfermedades por el resto de sus vidas, con limitaciones cognitivas que a futuro pone en peligro la existencia de sociedades enteras (4). En niños menores de cinco años, la forma de desnutrición que más se expresa es la aguda, alterando todos los procesos vitales del niño. El riesgo de muerte es nueve veces superior respecto a un niño en condiciones normales, de allí la importancia de su identificación oportuna (5).

El escenario de la desnutrición aguda es preocupante, así mismo la desnutrición crónica presenta datos alarmantes. En el mundo aproximadamente 200 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica; los dos continentes que aportan el mayor número de niños en esta situación son Asia con el 40 % y África con el 36 %. Los países con mayor prevalencia de desnutrición infantil son: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, entre otros. En América, Guatemala presenta una prevalencia aproximada del 54 %, situando este

país en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos (6).

Para identificar la desnutrición existen diferentes estrategias inmersas en la vigilancia en salud pública, una de estas es la vigilancia con enfoque comunitario. Esta alternativa ha sido recomendada principalmente para poblaciones en condiciones de difícil acceso e intervención, como las que se pueden evidenciar en las zonas de la Alta-Media Guajira.

La Vigilancia en Salud Pública con base Comunitaria (VSPC) (7) es una estrategia, enmarcada en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) (8), orientada a la identificación, análisis y divulgación de conocimiento asociado a eventos, factores de riesgo y determinantes que pueden afectar la salud y calidad de vida de las personas, a partir de información recaudada, notificada o construida por la población organizada como comunidad (9).

La VSPC consiste en la apropiación de información proveniente de varios tópicos fundamentales para la preservación de la salud a nivel público por parte de entes gubernamentales, junto con el tratamiento rápido y efectivo para situaciones adversas a las que pueda verse expuesta la población. La comunidad es quien identifica los riesgos y las alternativas de solución, convirtiéndose en actores sociales activos de su propia transformación y mantenimiento de la salud.

En el territorio nacional entre 1998 y 2002 se presentaron 39.197 defunciones en las que estuvo presente la desnutrición como causa directa, antecedente o como otro estado patológico importante, a su vez, la tasa total de mortalidad por desnutrición fue de 20,7 (10). Según el Departamento Nacional de Estadística (DANE) (11), para el periodo 2002–2013, las defunciones por desnutrición en Colombia para menores de cinco años fueron 5.790, con una tasa de mortalidad por desnutrición para este grupo de edad, entre 17,3 y 6,8 / 100.000 menores de cinco años (12).

El departamento de La Guajira se ha caracterizado por prevalencias de desnutrición infantil altas en comparación con el nivel nacional (13). Ante esta situación, desde el año 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) comenzó a implementar

un programa de atención integral en salud y nutrición en La Guajira a través del despliegue de acciones de atención extramural y la VSPC en las poblaciones ubicadas en zonas rurales dispersas de los municipios priorizados.

El presente trabajo se articula con el propósito de fortalecer esta estrategia de salud pública a través del pilotaje de la estrategia de vigilancia comunitaria, identificando y caracterizando redes sociales e institucionales de las comunidades que se clasificaron en nodos de información, que permiten la identificación de alertas tempranas en menores de cinco años con signos y síntomas de desnutrición aguda en las comunidades de la alta Guajira ⁽¹⁴⁾.

El presente estudio contempló el siguiente objetivo: Identificar la percepción y los conocimientos en desnutrición aguda en menores de cinco años de las comunidades indígenas de la Alta Guajira a partir de la estrategia de vigilancia comunitaria piloteada por el grupo del Programa de Epidemiología de Campo (Field Epidemiology Training Program -FETP).

Metodología

El presente estudio hizo parte del trabajo de campo de los residentes del Programa de Epidemiología de Campo del Instituto Nacional de Salud (INS) realizado en el departamento de La Guajira con el propósito de identificar y caracterizar las redes sociales e institucionales naturales de las comunidades indígenas de la Alta Guajira responsables de la estrategia de vigilancia comunitaria, clasificándolas en nodos de información que permitieran la identificación de alertas tempranas en menores de cinco años con signos y síntomas de desnutrición aguda.

Se realizó un estudio mixto con herramientas cuantitativas, observacional descriptivo de corte transversal. Se obtuvo la información a través de una encuesta de caracterización de actores (que abarcó variables sociodemográficas de la población y las instituciones de atención, las cuales corresponden a variables de tipo cualitativo y medición nominal) aplicada a las personas de la comunidad indígena.

En el componente cualitativo se realizaron grupos focales y entrevistas a profundidad a líderes de la comunidad, principalmente a la autoridad tradicional indígena, con esto se identificaron factores propios de las comunidades de La Guajira. Se buscó orientar la comprensión de las experiencias que se viven en torno al proceso de desnutrición en el contexto de las diferentes realidades de los indígenas Wayuu, esta información corresponde a variables de percepción y conocimientos, de tipo cualitativas y de corte nominal.

La población objetivo la constituyeron los adultos indígenas residentes permanentes de los resguardos de los municipios de Uribía, Manaure, Riohacha y Maicao de La Guajira. Se excluyeron las personas que presentaban alguna limitación cognitiva.

El diseño muestral se enmarcó en el sentido de representatividad desde una mirada no numérica, buscando una aproximación a la representatividad cultural (y no estadística) de sus relaciones, en consecuencia, la selección de los participantes se orientó por los criterios de adecuación y suficiencia, utilizando aspectos de inclusión para asegurar la capacidad cognitiva y funcional de las personas que permitiera el desarrollo de las sesiones con el equipo investigador.

Como parte del plan de recolección de datos, se tomaron todos los participantes a las convocatorias realizadas y los identificados en las visitas a las rancherías, asimismo, se incluyeron personas de diferentes instituciones que participaron (entidades locales, Entidades Administradora de Planes de beneficios, etc.) y se les efectuó la encuesta con preguntas estructuradas.

Para dar a conocer el sistema de vigilancia, se propuso establecer una metodología por pasos y por niveles con participación activa de la comunidad, con orientación de los residentes del Programa de epidemiología de campo del INS. Se identificó la estructura del sistema de vigilancia comunitario. Se contemplaron los siguientes pasos para la implementación del sistema de vigilancia comunitario: i. Contextualización del problema de desnutrición en la Guajira, ii. Reconocimiento de las estrategias nacionales y locales frente al problema de la desnutrición en la región, iii. Contextualización

de la situación de las comunidades indígenas de la Alta Guajira a partir de reuniones con actores de la comunidad conocedores de la región. iv. Exploración de las realidades de la región y del problema de desnutrición a partir de la mirada de los miembros de diferentes instituciones locales, tanto gubernamentales como privadas, e incluso indígenas. v. Identificación de líderes comunitarios e indígenas, conocedores del contexto cultural de la comunidad y la región, asimismo, el accionar y las relaciones interpersonales al interior de su comunidad. vi. Diligenciamiento de la matriz de actores en terreno, con la experiencia de los indígenas ya sea a través de reuniones grupales, diligenciamiento de encuestas, grupos focales y entrevistas en profundidad, vii. Bosquejo de sistema de vigilancia comunitario, con posibles redes naturales de trabajo, flujograma de reporte de análisis y rutas de difusión.

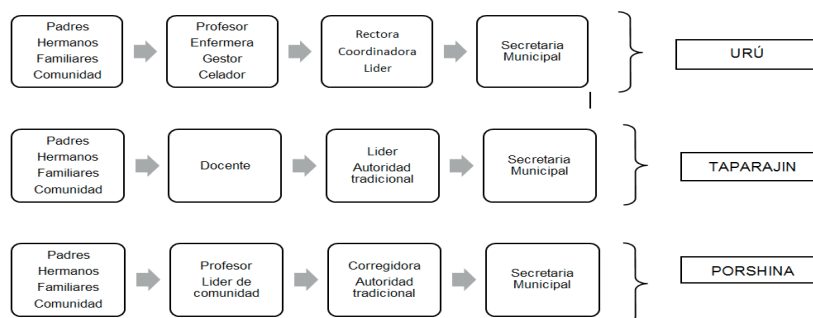
Plan de análisis: se realizó análisis exploratorio utilizando técnicas de estadística descriptiva para determinar la distribución de las variables, se realizó análisis bivariado utilizando tablas de contingencia, pruebas chi cuadrado de independencia y test exacto de Fisher, según el caso y su distribución en número y normalidad. Los datos obtenidos en las entrevistas y en los multigrupos fueron registrados en diarios de campo y fueron tabulados en una base de datos. La información se consolidó en una hoja de cálculo Excel, posteriormente se exportó a Stata versión 13.0 para su procesamiento y análisis. El desarrollo de este estudio tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki, con la clasificación de la Resolución No.008430 ⁽¹⁵⁾ del Ministerio de Salud de Colombia, se consideró que esta es una investigación sin riesgo.

Resultados

Se visitaron 94 comunidades ubicadas en los municipios de Uribía, Maicao, Manaure y Riohacha en las que se identificaron 310 actores distribuidos en 272 nodos naturales de vigilancia, siendo el municipio de Uribía el que presentó mayor participación con un 49,6 %. Se identificaron cuatro tipos de actores al interior de la comunidad, donde los integrantes de la comunidad fueron los que participaron en mayor proporción, con un 59,6 % (n=162) de representatividad, seguido de los miembros de las comunidades educativas con un 34,2 % (n=93). También participaron 11 miembros del área de salud, correspondientes a un 4% y seis personas (2,2%) pertenecientes a otras instituciones como el ICBF.

En el ejercicio de identificación e implementación realizado con las comunidades se logró que cada comunidad identificara las personas clave y los roles de cada una en cada eslabón de la ruta y dentro del flujograma para establecer su propia ruta de vigilancia. En la Figura 1, se observan ejemplos de tres comunidades. Se puede observar que el eslabón inicial de la ruta es similar, donde son los padres, hermanos y familiares cercanos los que identificarían al niño en situación de desnutrición. En el segundo eslabón de la ruta existen diferencias entre cada comunidad y cada comunidad se adapta a los recursos con los que cuentan, por ejemplo, en Urú se identificaron cuatro roles (profesor, enfermera, gestor, celador) que podrían continuar con la ruta una vez los padres del niño indiquen el rumor o el evento, mientras que en Taparajin, sólo una persona (docente) cumplió con este rol.

Figura 1. Rutas creadas con participación de la comunidad



De las comunidades visitadas en los municipios de Uribia, Maicao, Manaure y Riohacha, se logró consolidar la información a partir de diarios de campo en entrevistas individuales o grupales de 85 comunidades en las que se encontraban los líderes, autoridades tradicionales, docentes e integrantes de la comunidad; de esta manera se obtuvo la percepción de las personas de estas comunidades, frente a la situación de desnutrición, conocimientos culturales del evento y la implementación de la estrategia de vigilancia comunitaria, entre otros.

Entre las causas de desnutrición que las comunidades indicaron, se encontró como mayor frecuencia la escasez y no disponibilidad de alimentos con 36,5 %. Esta fue la principal razón, seguido de aspectos como la sequía y el desempleo con 14,1 % y 12,9 % respectivamente. (Tabla 1). En otras causas de desnutrición (17,6 %), se contemplaron por parte de las comunidades, ítems como el descuido de padres y el paternalismo estatal con 80 %, subestimación de la enfermedad por los médicos y corrupción, cada una con 6,7 %.

Tabla 1. Causas de desnutrición según actores empoderados en la estrategia de vigilancia comunitaria del Alta Guajira, 2016

Causas de desnutrición	Frecuencia	Proporción
Escasez y no disponibilidad de Alimentos	31	36,5
Otras causas mencionadas por comunidad	15	17,6
Sequia	12	14,1
Desempleo	11	12,9
Creencias culturales	9	10,6
Cambio Climático	5	5,9
No disponibilidad Agua Potable	2	2,4
Total	85	100

Al indagar los conocimientos propios de la comunidad acerca de signos asociados a desnutrición en las charlas con las comunidades se pudo generalizar signos como: la delgadez, la inapetencia, caída de cabello entre otros (Tabla 2). Dentro de las múltiples respuestas dadas por las comunidades, en la categoría de otros, se pudieron identificar signos propios de la cultura como “barrigón”, “ojos hundidos”, “mal de ojo”, “mirada decaída”, entre otros.

Tabla 2. Signos asociados a desnutrición reconocidos por los actores empoderados de la estrategia de vigilancia comunitaria del Alta Guajira

Signos de desnutrición	Si		No	
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción
Flaco (delgado)	75	88,2	10	11,8
No come (Inapetencia)	43	50,6	42	49,4
Hinchado (Edema)	11	12,9	74	87,1
Cambios en cabello o Piel	51	60,0	34	40,0
Palidez	26	30,6	59	69,4
Decaimiento	47	55,3	38	44,7
Llora por todo (Irritable)	12	14,1	73	85,9
Otra	27	31,7	58	68,2

En el desarrollo de las charlas con comunidades se buscó identificar si se tenía conocimiento de algún caso de desnutrición al interior de la comunidad y cuáles habían sido las acciones implementadas para esa situación, destacándose que en 38 comunidades se habían presentado este tipo de casos y en 15,3 % (13) de los casos la primera acción realizada fue remitir de inmediato a la Institución Prestadora de Servicios de Salud y en segunda instancia acudir al promotor de salud si la comunidad tiene. (Tabla 3).

Tabla 3. Casos de desnutrición identificados y primer manejo empleado comúnmente por las comunidades visitadas en la Alta Guajira

Primer manejo que realiza la comunidad	Identifica actualmente niños con signos de desnutrición					
	Si		No		Total	
	n	%	n	%	N	%
Remitir de inmediato a IPS	13	15,3	16	18,8	29	34,1
Acudir a promotor de salud de la comunidad	10	11,8	12	14,1	22	25,9
Medico tradicional	6	7,1	10	11,8	16	18,8
Comunidad-Líder	5	5,9	0	0	5	5,9
No ve los signos de desnutrición prioritario	2	2,4	1	1,2	3	3,5
Otras	2	2,4	8	9,4	10	11,8
Total	38	44,7	47	55,3	85	100

Otro aspecto que se logró identificar en las charlas con la comunidad fueron las posibles dificultades que tendrían al implementar un sistema de vigilancia comunitaria, donde el 84,7 % (72) indicó no encontrar problemas para su implementación y el 15,3 % (13) encontraba inconvenientes, principalmente aspectos culturales y falta de recursos tecnológicos como celular (Tabla 4). Al indagar sobre la disponibilidad de medios de comunicación al interior de las comunidades más del 90 % cuentan con teléfono celular, 7,1 % con telefonía fija y el porcentaje restante, sin ningún medio de comunicación.

Tabla 4. Otras dificultades para implementar la estrategia de vigilancia comunitaria en las comunidades visitadas del Alta Guajira, 2016

Otras dificultades	Frecuencia	Proporción
Aspectos sociales y culturales (mandar la palabra)	4	30,8
Falta de recursos para llamar por el celular	4	30,8
Algunas comunidades no hablan español	1	7,7
Temor a informar porque ICBF le retiran custodia a los padres	1	7,7
Persuadir a padres para acudir a IPS	1	7,7
No creen en la medicina de los blancos (Arijunas)	1	7,7
Conflictos entre líderes o clanes	1	7,7
Total	13	100,0

Discusión

La baja presencia de actores del sector salud en estas zonas dispersas confirma la gran debilidad de los servicios de salud para atender estas poblaciones y fortalecer así el sistema de vigilancia comunitaria. No hay continuidad en la presencia de gestores de salud o promotores que actúen como nodos secundarios para activar la cadena de llamadas y el flujo de información de los rumores que salen de la comunidad. Lo anterior concuerda con lo concluido por la Defensoría del Pueblo en su informe por la crisis humanitaria en La Guajira en el que encontraron una gran “desarticulación y descoordinación interinstitucional e intersectorial, nacional y regional, en el cumplimiento de sus funciones y obligación para el abordaje incluyente y diferencial en salud y seguridad social, de las problemáticas de la población indígena”⁽¹⁶⁾.

Se encontró gran presencia de docentes en estas comunidades lo que muestra un importante vínculo de las comunidades dispersas con el sector educativo. Los docentes son actores comunitarios bilingües que todos los días ven los niños escolarizados de la comunidad. Estos actores además tienen un fuerte vínculo con la institucionalidad a través de estrategias gubernamentales como “Cero a siempre”⁽¹⁷⁾, Centros de Desarrollo Integral (ICBF), entre otros. Todos estos aspectos hacen indispensable la articulación entre el sector salud y el sector educación desde cada una de sus competencias para los fines del empoderamiento

de la comunidad y sus actores en la vigilancia comunitaria.

Al sumergirse en las percepciones y en los conocimientos se encontró que una de las primeras causas de la desnutrición que percibe la comunidad son la escasez y no disponibilidad de alimentos y sobre todo lo cultural en el contexto de estatus tradicional, similar a lo reportado por Pérez en comunidad Maya⁽¹⁸⁾. Algo que llama la atención frente a estas causas fue lo mencionado por los líderes comunitarios, autoridades tradicionales y docentes, quienes incluyeron el “descuido de los padres de los menores” como una causa importante.

Algunos integrantes de las comunidades visitadas reconocieron que desde su cosmovisión los niños con signos de desnutrición padecen una enfermedad espiritual, denominada “mal de ojo”, similar a lo reportado por Palacios, quien afirma que en otros pueblos africanos y latinoamericanos sucede algo similar⁽¹⁹⁾. Se considera que la enfermedad requiere tratamiento con medicina tradicional, por lo que posiblemente esta percepción disminuye la oportunidad para acudir a los servicios de salud e iniciar el tratamiento y recuperación nutricional en estos casos.

La comunidad indígena, en muchas ocasiones no considera importante los signos de desnutrición e incluso pueden ser tomados como malestares menores

que pasan con remedios caseros como sucede en la cultura Mapuche en Chile y solo cuando persisten y se intensifican acudirían a los servicios de salud (20).

El abordaje dado por los padres de los menores y la comunidad a los menores con “enfermedad espiritual”, disminuye la oportunidad en el tratamiento de recuperación nutricional de los mismos. Todo lo anterior se evidenció cuando se indagó sobre las actuaciones al momento de identificar un menor de cinco años con desnutrición. Generalmente primero es referido al médico tradicional de la comunidad para ser tratado con remedios tradicionales y cuando no se observa mejoría con la medicina tradicional, se acude a la medicina occidental, de esta manera también lo precisa Ochoa en Chile, donde prevalece la medicina tradicional y la confianza por las plantas antes que hacia los fármacos (17). Si estas acciones no dan mejoría a los infantes se traslada a un servicio de salud, pero a pesar que al interior de la comunidad se articula para el traslado a los servicios de salud a un niño enfermo, este generalmente ya se encuentra con síntomas y signos de desnutrición severa.

En esta última situación se da un contexto recurrente pero poco visible por el sector salud, al llevar a un menor con signos de desnutrición a los servicios de salud, existen muchos factores que afectan esta decisión como, por ejemplo: “¿Quién cuidará los hermanos del menor enfermo o quien estará pendiente de sus necesidades de alimentación?”. Estas situaciones y muchas otras, hacen que las familias sean renuentes a llevar los niños enfermos de manera temprana a los servicios de salud. Todo lo anterior se ve afectado por la situación de la multi-afiliación de los integrantes de la comunidad a distintas Entidades Administradoras de Planes de beneficios (EAPB), que hacen que la atención extramural sea casi inexistente.

Existen inconvenientes que podrían ser mayores para la atención de niños con desnutrición o de la oportunidad de esta atención, factores como la geografía de la región, disponibilidad de energía, transporte e incluso medios de comunicaciones permanentes como la telefonía celular, y no sólo de conectividad, sino de recursos económicos como tener saldo disponible en

el celular. Estas barreras se reflejan del mismo modo en Argentina con indígenas para el primer nivel de atención médica (21, 22).

Por último, frente a la percepción de existencia de desnutrición lo evidenciado por la comunidad, está por encima de lo referenciado en Bogotá en comunidades indígenas por Gómez, (23) donde 20 % de la población encuestada consideró que sus niños y niñas si han presentado algún tipo de desnutrición, mientras que el 80 % considera que no.

Entre las limitaciones del estudio se encuentran aspectos como la representatividad sólo para las rancherías participantes, también respecto a la estrategia de grupos focales, donde una autoridad tradicional en la reunión puede influir con respecto a las respuestas de otros participantes o se puede sobreestimar el problema en el momento de recolección de la información ya que los medios de comunicación resaltaron esta problemática en el país y en la región.

Conclusiones

Los docentes fueron los actores de la comunidad que se identificaron en mayor proporción como potenciales participantes para un sistema de vigilancia comunitaria.

Si se presenta un caso de desnutrición en la comunidad, las autoridades tradicionales son quienes reemplazan a los padres en su accionar de comunicar a los servicios de salud. Estas personas son considerados actores de relevancia en la comunidad. Existen tradiciones culturales que pueden dificultar el manejo y la identificación de la desnutrición aguda en la comunidad indígena de La Guajira.

Recomendaciones

Es importante consolidar las estrategias de vigilancia en el evento de desnutrición, para alcanzar la atención oportuna en los casos de desnutrición infantil. Del mismo modo las autoridades de salud del municipio

pueden apoyarse en la “estructura de poder” que se presenta en las comunidades indígenas para hacer operativas y viables las intervenciones de vigilancia en la comunidad, incluyendo este tipo de vigilancia dentro de la estructura cotidiana de la comunidad y del departamento.

Agradecimientos

Se dan sinceros agradecimientos a las autoridades de salud de los municipios donde se realizó el estudio, a las autoridades tradicionales que voluntariamente participaron y a toda la comunidad de los resguardos

de los Municipios, Uribía, Manaure, Riohacha y Maicao por su acogida y desinterés. Al INS por apoyar financiera y logísticamente la salida de trabajo de campo a través del Programa de epidemiología de campo y a los tutores del programa que compartieron esta enriquecedora experiencia.

Declaración de Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO/PMA. El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo: La inseguridad alimentaria en crisis prolongadas. Octubre, 2010 [Internet] 2010 [Acceso 22 de abril de 2018] Disponible en: www.fao.org/news/story/es/item/1037465/icode/
2. Organización de Naciones Unidas Desnutrición Infantil en el mundo: Causas, Principios de atención y soluciones. [Internet] [Acceso 20 de abril de 2018]. Disponible en: http://recursos.eacnur.org/hubfs/Content/ACN_Desnutricion_infantil.pdf?utm_campa
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Desnutrición. Guatemala, p.14. [Internet] 2009 [Acceso 20 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=167-manual-para-vigilancia-epidemiologica-de-la-desnutricion&category_slug=desnutricion-aguda&Itemid=518
4. Barreto, P. y Quino, A. (2014). Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor. Revista Criterios, 21(1), 225-244.
5. Wisbaum W. La Desnutrición Infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Unicef España, 2011.
6. UNICEF. La desnutrición infantil. [Internet] 2011 [Acceso 24 abril 2018]. Disponible en: <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas%2C%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Centro de Conocimiento OPS Colombia – Catalogación en la fuente Organización Panamericana de la Salud Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad. Una acción clave en la respuesta a las situaciones de emergencias y desastres. Bogotá, OPS 2012.
8. **Colombia.** Ministerio de Salud y Protección Social Sivigila - Instituto Nacional de Salud [Internet] 2018 [Acceso 10 de febrero de 2018]. Disponible: en www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/.../sivigila.aspx
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Propuesta de operación de la estrategia de vigilancia en salud pública con base comunitaria para Colombia. 2014.
10. Ruiz M, Ruiz N. La mortalidad por desnutrición en Colombia 1998-2002. Universidad Externado de Colombia, 2007.
11. Colombia. Departamento nacional de Estadística, DANE. Boletín técnico de nacimientos y defunciones. [Internet] 2018 [Acceso 15 de febrero de 2018] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>

12. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Profamilia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.
13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. [Internet] 2018 [Acceso 10 de febrero de 2018] Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional Para La Prevención Y Control De Las Deficiencias De Micronutrientes En Colombia 2014 – 2021
15. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.
16. Defensoría del pueblo. Crisis Humanitaria en la Guajira 2014. Acción integral de la Defensoría del Pueblo en el departamento. [Internet] 2014 [Acceso 10 de febrero de 2018] Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/informedefensorialguajira11.pdf>
17. República de Colombia, Presidencia de la Republica. Estrategia de Cero a siempre. [Internet] 2017 [Acceso 10 de febrero de 2018] Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/noticia/160525-El-programa-De-Cero-a-Siempre-para-la-primera-infancia-se-convirtio-en-politica-de-Estado-permanente>.
18. Odette Pérez Izquierdo, et al. Percepciones alimentarias en indígenas mayas. Rev Esp Nutr Comunitaria; 2012;18(2):103-114
19. Palacios E, Hernández L, Solano R. Percepción de la epilepsia por grupos indígenas: conceptualizaciones clínicas. Repert.med.cir.2014;23(1): 18-27
20. Ochoa G, Inalef R, Valenzuela A. Percepción de salud enfermedad de usuarios indígenas urbanos adscritos al sistema público de salud La florida, La Granja, La pintada y Puente Alto. Ministerio de salud de chile 2012
21. Montero Mendoza Elda Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. salud colectiva, Buenos Aires, 7(1):73-86, enero - abril, 2011
22. Ojeda E, Cándelo J. Silva J Perspectivas de Comunidades Indígenas de La Guajira Frente al Desarrollo Sostenible y el Abastecimiento Energético. Revista espacios Vol. 38 (Nº 11) Año 2017. Pág. 25
23. Gómez R. Jácome N, Pito C. Percepción de las Familias Indígenas Residentes en la Ciudad de Bogotá D.C. sobre la Garantía de los Derechos de su Niñez Universidad Pedagógica Nacional, Bogotá D.C. Maestría en Desarrollo Educativo y Social junio de 2015