



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



**GOBERNACION DE SANTANDER
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL**

PROPUESTA DE ACTUALIZACION DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

***Richard Alfonso Aguilar Villa
Gobernador de Santander***

MAYO DE 2013



Tabla de contenido

PRESENTACION	5
1. INTRODUCCION	6
2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER	9
Reseña histórica del departamento de Santander	9
División Político - administrativa	11
Figura 1. Departamento de Santander por Núcleos de Desarrollo Provincial	11
Núcleo de Desarrollo Provincial Guanentá:.....	11
Núcleo de Desarrollo Provincial García Rovira:	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Comunero:.....	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Mares:	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Metropolitano:	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Vélez:	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Carare - Opón:	12
Núcleo de Desarrollo Provincial Soto Norte:	12
Gastronomía	13
Localización, extensión y geografía.....	13
Clima y suelos.....	13
Infraestructura básica.....	14
Transporte.....	14
Carreteras.....	14
Aeropuertos	15
Puertos fluviales	15
Oleoductos y gasoductos	15
3. DETERMINANTES EN SALUD	16
Determinantes Contextuales.....	16
Aspectos sociodemográficos.....	16
Dinámica de la población	18
Grupos Étnicos.....	19
Población en situación de desplazamiento.....	19
Población discapacitada	22
Aspectos socioeconómicos.....	23
Aspectos ambientales.....	29
Calidad del agua	31
Determinantes estructurales	35
Educación	35
Laborales	39
Determinantes intermedios	40
Vivienda	40
Psicosociales	40
Biológicos y comportamentales	45
Factores de riesgo del comportamiento.....	46
4. MORBILIDAD ATENDIDA	51
Distribución de los registros.....	52



Variables sociodemográficas	53
Causas de atención	56
Morbilidad atendida según la edad y el servicio de atención	56
Análisis de procedimientos realizados a la población santandereana	77
5. MORBILIDAD POR EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.....	79
Eventos transmisibles	79
Enfermedades inmunoprevenibles	79
Eventos de Transmisión Sexual (ETS).....	81
Zoonosis	86
Enfermedades Transmitidas por Vectores –ETV-	87
Micobacterias.....	89
Otros eventos transmisibles	92
Eventos no transmisibles.....	92
Factores de riesgo ambiental	93
6. MORTALIDAD	94
Metodología	94
Resultados	94
Mortalidad general	94
Resultados complementarios del análisis de la mortalidad	121
Mortalidad materna	123
7. PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DE LA RED	133
Criterios Generales para la Conformación de la Red de Santander	137
OFERTA DE SERVICIOS	¡Error! Marcador no definido.
Baja Complejidad.....	¡Error! Marcador no definido.
INSTITUCIONES DE COMPLEJIDAD MEDIA.....	¡Error! Marcador no definido.
INSTITUCIONES DE COMPLEJIDAD ALTA	¡Error! Marcador no definido.
8. DESARROLLO FASE V DE REORGANIZACION ADMINISTRATIVA DE LA RED DEPARTAMENTAL.....	133
DISEÑO DE RED.....	¡Error! Marcador no definido.
PROPUESTA DE CONFORMACION Y FUNCIONAMIENTO DE REDES PARA SERVICIOS	¡Error! Marcador no definido.
COMPLEMENTARIOS ESPECIFICOS.	¡Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DEL MODELO

JUAN JOSE REY SERRANO Secretario de Salud Departamental	AYMER FITZGERALD ALVARADO GUTIERREZ Subdirector Científico
JAIME ALIRIO MELO Profesional Especializado	GILMA YANETH ALBA GUIO Profesional Universitario
HENRY PAREDES ARIZA Profesional Universitario	ALIDE HERRERA Profesional Universitario



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



PRESENTACION

El Departamento de Santander periódicamente ha venido actualizando el documento red de tal forma que siempre este acorde con las modificaciones planteadas en cada una de las fases desarrolladas a través del programa de Reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud, teniendo presente que cada modificación ha sido para mejorarlos, con las características de calidad: accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, satisfacción, eficiencia y eficacia.

En este documento, que actualiza aspectos de la red de prestación de servicios, se presentan cada una de las modificaciones y circunstancias que han generado los cambios en la misma y los posibles ajustes que se requieren para estar alineados con las políticas planteadas en la Ley 1438 de 2011, **TÍTULO VI DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**, Capítulo II Redes Integradas de Servicios de Salud (Ver anexo 1) y contenida en el Plan de Desarrollo Departamental, para Garantizar Un nuevo modelo de atención en salud para la vida y la competitividad,

El Departamento de Santander, fundamentado en las anteriores premisas, reorganiza administrativamente sus IPS públicas y Empresas Sociales del Estado, optimizando los recursos y permitiéndoles actuar en condiciones competitivas como lo establece la reglamentación vigente en la conformación de Redes Integradas, en procura de lograr uno de los fines primordiales que dispone dicha normatividad: *“Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios”*(Inciso segundo, Art. 61, Ley 1438 de 2011).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



1. INTRODUCCION

El Departamento de Santander en el marco de las competencias de Ley 715/2001, Ley 1438 de 2011 y demás normas reglamentarias vigentes, pretende generar las estrategias y procesos dentro de los cuales debe operar la Red Integrada Prestadora de Servicios de Salud en el área de su influencia; con este propósito viene impulsando el proceso de reorganización del sistema de referencia y contrarreferencia, tal acción hace parte de la generación de múltiples medidas tales como: Implementación de planes de mejoramiento en las IPS Públicas del departamento originadas en los comités departamentales de referencia y contrarreferencia y cumplimiento de los compromisos pactados, Actualización al personal científico y administrativo, con las que se pretende aplicar los correctivos estructurales a las dificultades existentes, de tal manera que asegure la viabilidad y sostenibilidad de los hospitales públicos en el presente y el futuro, mejoramiento de la estructura física de acuerdo con los estándares de habilitación y dotación de equipos biomédicos, técnico, y científicos como lo establecen los requisitos .

La Organización Panamericana de la Salud en su publicación; **La renovación de la atención Primaria de Salud en las Américas, No. 4, describe:**

Las Redes Integradas de Servicios de Salud pueden definirse como “una red De organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de Salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de Salud de la población a la que sirve”.

En este orden de ideas La Ley 1438 de 2011 establece en su Capítulo II – Redes Integradas de Servicios de Salud como competencia Departamental en el sector salud, dispuso según el ARTÍCULO 61°. **DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.** La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado. De igual manera en su ARTÍCULO 63°. **CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.** La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes *criterios:*

63.1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

63.2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

63.3. Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

63.4. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

63.5. Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

63.6. Mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

63.7. Red de transporte y comunicaciones

63.8. Acción intersectorial efectiva.

63.9. Esquemas de participación social amplia.

63.10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

63.11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



63.12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

La red de servicios de salud se organiza por niveles de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provee las normas técnicas y administrativas, con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, y de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expide el Ministerio de Salud.

El objetivo general del reordenamiento operativo de la red es, lograr el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud en el Departamento de Santander, la implementación de la política Nacional de prestación de servicios de salud, redefiniendo la organización institucional de cada una de las entidades que conforman la red, con el propósito de mejorar la accesibilidad, aumentar la efectividad de la oferta instalada, evitar la duplicidad de acciones, financiamiento, actualización de los portafolios, revisión e implementación de los diferentes manuales de procedimientos y guías de atención, y generar las condiciones propicias para la Implementación de la Política de Atención Primaria en Salud, de tal forma que la prestación de servicios de salud en el Departamento sea cada vez más acorde con las necesidades de los usuarios y genere como resultado una mejor calidad de vida.

En términos generales se han superado las dificultades en el funcionamiento de la red con la Reorganización de nueve (9) Empresas Sociales del Estado, que representan el 100% en la atención a la población del Departamento, para los servicios de mediana y alta complejidad, pero aun así persiste el riesgo por la escasa capacidad resolutoria en las acciones de la baja complejidad, lo cual se evidencia principalmente en los siguientes aspectos:

- Limitada articulación de los hospitales de baja complejidad con los de mediana y alta complejidad de atención en el Departamento.
- Situación de iliquidez de algunas IPS del Departamento especialmente de baja complejidad y en menor grado algunos de mediana complejidad, con deficiencias funcionales ocasionados por deudas de vigencias anteriores representadas en salarios vencidos, aportes sin cancelar, deudas con proveedores, servicios públicos, sentencias judiciales, etc.

Alta rotación del talento humano adicionando problemas de idoneidad y competencias.

- No existencia de políticas institucionales para la implementación y sostenibilidad de las prioridades nacionales en salud pública.
- Ineficiente gestión administrativa de algunas ESE's públicas con predominio en la baja complejidad en procesos administrativos como (contratación, facturación, cartera y costos).
- Sistemas de información en red aún incipientes.
- Debilidad en la implementación del Sistema de Garantía de Calidad.
- Concentración de talento humano especializado para la atención en la mediana y alta complejidad.
- Deterioro y cumplimiento de la vida útil de equipos biomédicos.
- ESE's sin estudios de sismo resistencia y vulnerabilidad sísmica sin contar con los recursos requeridos para llevarlos a cabo.
- Infraestructura no acorde con los requerimientos actuales del Sistema General de Garantía de la Calidad.

Además de las anteriores consideraciones, las dificultades de conectividad en las comunicaciones y la accesibilidad vial con las capitales de provincia y con la capital del Departamento, conllevan



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



necesariamente a seguir modernizando y ajustando la Red de servicios, situación que se plantea en el Plan de Desarrollo y el Plan Plurianual de inversiones 2012 – 2015, en el cual se encuentran reflejadas las inversiones que se realizarán en el periodo de gobierno, con lo que se pretende garantizar el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, enmarcados dentro de los principios básicos definidos en el Sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Permitiendo dar cumplimiento al **ARTÍCULO 64º. ARTICULACIÓN DE LA REDES INTEGRADAS.**

La articulación de la red estará a cargo del Departamento, en coordinación con las entidades territoriales, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito administrativo y asistencial, ofreciendo los servicios a través de un nuevo modelo administrativo que garantice prestación de servicios con calidad, eficiencia y oportunidad, además se presentan cambios en la red de prestación de servicios que benefician a los usuarios por la accesibilidad, les brinda seguridad, les genera menores gastos, como también tranquilidad y confianza a las familias.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



2. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Reseña histórica del departamento de Santander

El territorio que hoy comprende el departamento de Santander debe su nombre al General Francisco de Paula Santander nacido en Villa del Rosario, Norte de Santander, y miembro activo en la consecución de la independencia de España¹.

La región estuvo poblada por varios grupos indígenas: Opones, Carares y Yarigües en el Valle del Magdalena, cuyo carácter belicoso les hizo enfrentarse a los españoles hasta casi desaparecer. Los Guanes, que se encontraban en el centro del territorio, fueron agricultores y tejedores, y mantenían trueque comercial con otras tribus por sal y algunos minerales como el oro. Por su parte, los Chitareros se ubicaban en el nororiente y se trataba de un grupo aún más aguerrido y belicoso que los Yarigües².

Durante la conquista, Santander fue habitado por españoles, especialmente Navarros, Aragoneses, Castellanos y Catalanes que venían al mando de Gonzalo Jiménez de Quesada¹. En algunas zonas hubo presencia de alemanes como Ambrosio Alfingeral, al mando de Nicolás de Federmán².

Durante la época colonial, la población estuvo sometida a la legislación emanada del Imperio Ultramarino de la Monarquía Española, cuyas normas incluían impuestos que lesionaban las actividades económicas locales, lo que llevó a organizar uno de los movimientos más fuertes en la época anterior a la Independencia: La Revolución Comunera.

Tal insurrección se gestó como respuesta a los gravámenes que la corona española puso al algodón y a los productos tejidos, entre otras medidas, que el pueblo consideró arbitrarias. De igual manera, a la rivalidad que existía entre los criollos y los españoles por la posesión de los altos cargos administrativos³.

Manuela Beltrán, mujer valiente y letrada, cuya familia descendía de españoles, recogió la indignación del pueblo, y al grito de «arriba el Rey y muera el mal gobierno» el 16 de marzo de 1781 en el municipio de Socorro rompió el edicto que contenía la lista de impuestos⁴. La multitud se reveló y los llamados Comuneros emprendieron la marcha hacia la capital de la República para exponer sus demandas, pero fueron detenidos en Zipaquirá y engañados aceptaron las famosas capitulaciones, con las cuales el movimiento se detuvo y muchos volvieron hacia los lugares de origen⁵. Sin embargo, uno de los sublevados, el joven José Antonio Galán, continuó la lucha por el occidente donde regó la semilla de la revolución, pero fue perseguido, apresado y degollado y su cuerpo despedazado y repartido por las diferentes poblaciones que habían alimentado la revuelta³. Aunque este movimiento fue mitigado, fue quizá el que motivó la independencia en el país y la reivindicación de los colombianos frente a la corona española.

Una vez lograda la independencia de España y disuelta la Gran Colombia, la región fue organizada en provincias, y Santander fue una de ellas. En 1857, fue creado el Estado Federal de Santander que comprendía las provincias de Socorro, Pamplona y Vélez, y cuya capital era Bucaramanga. En 1886 este territorio se convirtió en departamento; categoría que se confirmó en 1910, cuando le fueron segregados los territorios de Cúcuta, Ocaña y Pamplona que fueron cedidos al departamento de Norte de Santander¹.

Concluido el período de la conquista, llegó a Santander una copiosa población de familias colonizadoras que se dedicaron a la agricultura y a actividades que se derivaban de las mismas labranzas. No hubo plantaciones con trabajadores esclavos, pero algunos de ellos, eran ocupados en el trabajo doméstico¹.

Los pobladores indígenas eran sedentarios, con visibles cualidades para el trabajo manual, de ahí su dedicación a las artesanías tanto de cerámica como de tejido. Con el avance español, los pueblos indios fueron quedando reducidos, retirados por la inmigración y por un acelerado mestizaje que mostró la premura de la mezcla racial¹.

Pronto la raza santandereana que se iba formando dejó entrever su empuje y capacidad mercantil que complementó con la construcción de caminos reales tan necesarios para la movilización de



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



sus productos. La mezcla de razas permitió un desarrollo cultural significativo que se refleja en el talento de los hombres y que los ha llevado a sobresalir en las diferentes disciplinas y en distintos lugares del país y del mundo¹.

En la zona montañosa se ubicó la mayor parte de la población, considerada como altiva, independiente, laboriosa, hospitalaria y amante de la libertad. En las tierras planas del Valle del Magdalena Medio se encontraban gentes ansiosas de progreso, que conformaron el polo de colonización de la región; raza luchadora que dio origen a uno de los mayores procesos de expansión y que tenía comunicación permanente con otros pueblos de la región, gracias a la presencia del «Gran Río de la Patria» como se le conoce al río Magdalena¹.

Desde la conformación del departamento a la fecha, la población santandereana ha sido protagonista, así como su territorio—escenario de varias confrontaciones que con distintas motivaciones se libraron en el país— de la revuelta comunera, las batallas de la gesta libertadora, las guerras civiles del siglo XIX, la guerra de los Mil Días y la violencia bipartidista⁵.

Si bien, los habitantes de Santander han sido acusados de individualistas, ellos han demostrado habilidades para la organización; un claro ejemplo son las innumerables cooperativas y asociaciones de toda índole, las cuales se constituyen como pilares del desarrollo y el progreso. El deseo de preparación intelectual ha permitido la fundación de centros culturales, colegios y prestigiosas universidades de donde han salido grandes hombres para la patria y el mundo⁵.

En la actualidad, los habitantes de este departamento dan muestras permanentes de tenacidad, de organización y deseos de progreso; esto los ha llevado a utilizar el enorme potencial de recursos de toda índole y a participar de forma activa en el desarrollo del país⁵.

La raza pujante de Santander se conformó principalmente por Alemanes, Españoles y los grupos indígenas de la región, de los cuales heredó la recia personalidad del santandereano, trabajador, emprendedor e independiente².

Los aborígenes producían bienes de consumo, y con el paso del tiempo lograron tener algunos excedentes que les permitieron realizar el trueque para obtener otros productos para satisfacer sus necesidades. Cultivaban la tierra, practicaban la caza, trabajaban la cerámica, tejían mantas, y utilizaban la piedra especialmente para las labores domésticas.

Con la llegada de los españoles, la actividad económica se relacionó con la organización social; surgieron formas como la Encomienda y la Mita, vinieron los impuestos y comenzó el proceso de apropiación de tierras por parte de los españoles. Con el paso del tiempo se fue impulsando una actividad mercantil en las distintas provincias, especialmente con la consolidación de la minería.

Al finalizar la época colonial, la economía pasaba por buenos momentos pero los pobladores estaban agobiados, sobrecargados con impuestos por las sucesivas reformas fiscales que imponían los españoles. Esto generó inconformidad y dio origen a la Revolución Comunera, que representó un primer grito de libertad.

La economía de Santander tuvo grandes cambios en el siglo XIX, como en casi todo el país, pues se habían extendido por el mundo las ideas de los Enciclopedistas, de la Ilustración y de la Revolución Industrial. Los países desarrollados demandaban una buena cantidad de materias primas y a su vez buscaban mercados para sus productos. Las provincias de Santander se mostraron abiertas a estos vaivenes de la economía, pero encontraron obstáculos dado que sus productos eran artesanales y sus vías de comunicación muy deficientes.

La Comisión Corográfica —proyecto científico llevado a cabo en el siglo XIX con el objetivo de obtener una descripción detallada de cada una de las regiones del territorio nacional—en su paso por Santander reconoció las riquezas del territorio e impulsó algunas exportaciones de productos naturales como quina, madera, algodón y azúcar.

A finales del siglo XIX, la entrada del café en la economía del departamento permitió una nueva mirada a la actividad agrícola y un paso más en el desarrollo de la región. Se conformó así un movimiento de la población y se propició un afán por demostrar capacidad de trabajo y de búsqueda de soluciones a la problemática social existente.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBIERNO DE SANTANDER



A principios del siglo XX, la explotación del petróleo en este territorio estimuló un movimiento migratorio de distintos lugares y abrió nuevas fuentes de trabajo, pero a su vez provocó permanentes confrontaciones entre los distintos grupos sociales y económicos.

Poco a poco se fueron conformando empresas que transitaban por el siglo XX y que permitieron que Santander se diera a conocer en toda la geografía nacional e internacional. Algunas de éstas fueron fundadas por extranjeros que habían llegado a este territorio, aunque en ocasiones se vieron afectadas por revueltas del pueblo que buscaba fortalecer sus propias organizaciones.

En los últimos tiempos ha tomado fuerza en este territorio la actividad turística, llamada «la industria sin chimeneas». Para su fortalecimiento se ha resaltado la importancia de cuidar la naturaleza, proteger el legado cultural y crear organizaciones que permitan el impulso de dicha actividad con miras a complacer la ansiedad y expectativa de los turistas que visitan este territorio.

División Político - administrativa

Santander, como todo el territorio colonizado por los españoles, heredó de éstos la división en provincias. La constitución política de 1853 confirmó a la provincia como unidad básica del orden territorial del país y le dio autonomía en su organización, régimen y administración⁶. Aun cuando en la actualidad no existen funcionarios provinciales, la constitución de 1991 abrió la posibilidad de restaurar las provincias como entes de planeación regional y concertación de los municipios.

El departamento de Santander en la actualidad está organizado en ocho núcleos de desarrollo provincial creados por el decreto Departamental nº 00304 del año 2005⁷ que constituyen un punto de unión entre la planeación departamental y la iniciativa de carácter local y subregional:

Políticamente el departamento de Santander está conformado por 87 municipios, los cuales se agrupan en seis provincias reorganizadas según el decreto 0304 de 2005 en ocho núcleos de desarrollo provincial denominados así: Área Metropolitana con su capital en Bucaramanga, Comunero con su capital en El Socorro, García Rovira con su capital en Málaga, Guanentá con su capital en San Gil, Mares con su capital en Barrancabermeja, Soto Norte con su capital en Matanza y Vélez con su capital en Vélez. En la figura 1 se presenta el mapa de Santander y su división político administrativa.

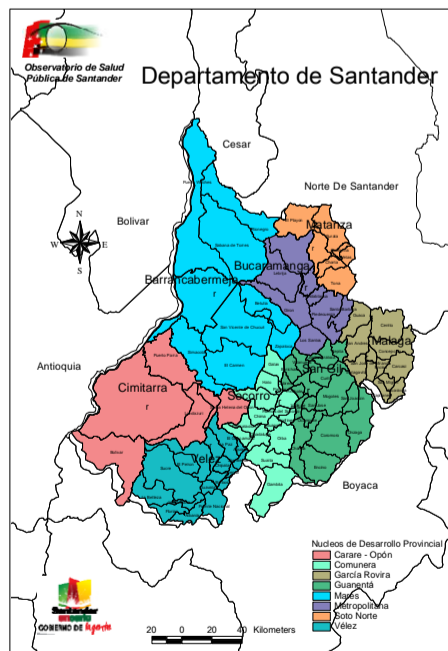


Figura 1. Departamento de Santander por Núcleos de Desarrollo Provincial

Núcleo de Desarrollo Provincial Guanentá: conformado por los municipios de Aratoca, Barichara, Cabrera, Cepitá, Coromoro, Curití, Charalá, Encino, Jordán, Mogotes, Ocamonte,



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Onzaga, Páramo, Pinchote, San Gil, San Joaquín, Valle de San José y Villanueva. La capital de este núcleo es el municipio de San Gil, denominado capital turística de Santander desde el 2004, y punto de encuentro para practicar los llamados deportes extremos que se realizan en las aguas del río Fonce, en cuevas y en cascadas del municipio, como también en zonas aledañas. En esta provincia también es posible disfrutar de espacios naturales como el parque natural El Gallineral, cuevas como la del Indio y la cueva del Yeso, y balnearios como Pescaderito, sitio idóneo para descansar y pasar momentos en compañía de familia y amigos. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 141.990 habitantes⁸ y un área de 3.842 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial García Rovira: conformado por los municipios de Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Concepción, Enciso, Guaca, Macaravita, Málaga, Molagavita, San Andrés, San José de Miranda y San Miguel. Su capital es el municipio de Málaga, importante centro agrícola y pecuario, en especial por la cría de bovinos y la producción de leche, famoso por sus dulces tradicionales como las panuchas y colaciones, y por la fabricación de artesanías. Entre sus sitios turísticos se encuentran Las cuevas y pozo borbollón de la vereda Calichal. También es reconocido el cementerio Indígena en la vereda El Alizal. En la actualidad se presentan graves problemas de comunicación terrestre⁹. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 74.409 habitantes³ y un área de 2.256 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Comunero: conformado por los municipios de Chima, Confines, Contratación, El Guacamayo, Galán, Gámbita, Guadalupe, Guapotá, Hato, Oiba, Palmar, Palmas del Socorro, Simacota, Socorro y Suaita. Su capital es el municipio del Socorro, inmerso en la gesta libertadora desde la Revolución de Los Comuneros. Entre sus actividades económicas se encuentra el cultivo de café, maíz, caña, tabaco, plátano, yuca, entre otros. Es de resaltar que el centro histórico del Socorro es considerado bien cultural de interés nacional¹⁰. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 94.366 habitantes³ y un área de 3.338 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Mares: conformado por los municipios de Barrancabermeja, Betulia, El Carmen de Chucurí, Puerto Wilches, Sabana de Torres, San Vicente de Chucurí y Zapatoca. Su capital, Barrancabermeja, se ubica a la orilla del río Magdalena; cuenta con numerosos recursos naturales y con una gran riqueza petrolera. El Puerto está rodeado de un buen número de ciénagas, entre las que se destaca la de San Silvestre, considerada reserva natural y lugar propicio para paseos o simplemente para disfrutar del paisaje y la fauna del lugar. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 310.298 habitantes³ y un área de 6.947 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Metropolitano: conformado por los municipios de Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Bucaramanga, Lebrija, Los Santos, Santa Bárbara y Rionegro con núcleo provincial sede Bucaramanga, conocida como la «Ciudad Bonita y Ciudad de los Parques» la cual fue fundada el 22 de diciembre de 1622 por Miguel Trujillo y Andrés Páez de Sotomayor; se encuentra ubicada sobre una meseta en la cordillera oriental, y basa su economía en la prestación de servicios tales como salud y educación. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 1'172.399 habitantes³ y un área de 3.545 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Vélez: conformado por los municipios de Aguada, Albania, Barbosa, Bolívar, Chipatá, El Peñón, Florián, Guavatá, Guepsa, Jesús María, La Belleza, La Paz, Puente Nacional, Vélez, San Benito y Sucre. La capital de este núcleo es Vélez, municipio que se destaca a nivel nacional por sus ferias y fiestas, y las coplas a ritmo de guabina y torbellino, acompañadas de tiple y requinto. Su folclor es exquisito, da cuenta de la férrea idiosincrasia de sus pobladores. El núcleo de Vélez también es reconocido en el ámbito nacional e internacional por sus dulces, especialmente los bocadillos de guayaba, que si bien antes se fabricaban de forma artesanal, hoy en día son el principal renglón industrial de esta zona. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 134.026 habitantes³ y un área de 4.026 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Carare - Opón: conformado por los municipios de Cimitarra, Landázuri, Santa Helena del Opón y Puerto Parra. Su sede de núcleo es Cimitarra. Este territorio posee las últimas zonas de selva húmeda tropical en del departamento. Su economía es de predominio rural y gira en torno a la producción y comercialización agropecuaria, agroforestal, forestal y ganadera. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 68.251 habitantes³ y un área de 4.918 km².

Núcleo de Desarrollo Provincial Soto Norte: conformado por los municipios de Tona, California,



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Charta, El Playón, Matanza, Suratá, y Vetas, con núcleo provincial sede Matanza. Cuenta con una población proyectada para 2012 de 35.118 habitantes³ y un área de 1.665 km².

Dentro del proceso de descentralización administrativa en salud, que en Colombia se inició con el decreto 77 de 1987, cuando se entregó a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales; y que posteriormente ha sido fortalecido por la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001¹¹, el departamento cuenta en la actualidad con 52 municipios que han terminado el proceso completo de descentralización administrativa y financiera en salud y obtuvieron la certificación de la Secretaría de Salud del departamento para el manejo autónomo de sus recursos en salud.

Gastronomía

Los sabores de Santander provienen de platos tradicionales campesinos que han sido transmitidos de generación en generación y que ahora se constituyen en manjares para quienes visitan por vez primera la región, como también para quienes residen en los municipios que conforman el departamento.

Sobresalen dentro de la amplia gastronomía, la carne oreada —seca al sol— cuyo sabor tiene un toque agridulce, el cabrito al horno y la pepitoria, el mute y el sancocho, la sopa de arroz con gallina, el masato y la chicha de maíz y de corozo, el guarapo de panela, entre otros.

Localización, extensión y geografía

El departamento de Santander se encuentra localizado en la parte septentrional de la cordillera Oriental de los Andes al noroeste del país, entre la latitud Norte 05° 42' y 08° con longitud entre 72° 26' y 74° 32' al oeste de Greenwich; limita al norte con los departamentos de Cesar y Norte de Santander, al oriente con Norte de Santander y Boyacá, al sur con Boyacá y al occidente con Antioquia y Bolívar. El departamento cuenta con una extensión de 30.537 km² según las cifras reportadas por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi - IGAC, equivalentes al 2,7% del territorio nacional y el 40% de la región nororiental, siendo características de su territorio la variedad, diversidad y complejidad, las cuales confieren al departamento de diversidad de pisos térmicos que van desde el cálido con alturas desde los 100 metros sobre el nivel del mar y temperaturas promedio superiores a 28° C, hasta el páramo alto con temperaturas inferiores a 4°C.¹²

En el relieve del territorio del departamento de Santander se distinguen dos grandes unidades fisiográficas denominadas valle medio del Magdalena y la cordillera Oriental. El valle del Magdalena, al occidente del departamento, se caracteriza por un modelado plano y suavemente ondulado; en las márgenes del río Magdalena predomina la vegetación selvática y al oriente de éstas, se encuentra una faja de bosque ecuatorial.

Por su parte, la cordillera Oriental ocupa la mayor parte del departamento con un relieve quebrado y de pendientes fuertes con alturas que oscilan entre los 2.600 y 2.800 metros sobre el nivel del mar. Sobresalen en su geografía la cordillera de los Yariquíes ubicada entre los ríos Suárez al oriente y Magdalena al occidente; y los páramos de Carcasí, Almorzadero y Santurbán, que le sirven de límite por el norte, con el departamento de Norte de Santander. En el flanco occidental de la cordillera se encuentra una serie de terrazas, de ambiente muy seco, la más extensa e importante es la Mesa de Los Santos; todas estas mesetas se presentan en forma escalonada, muy erosionadas y cortadas abruptamente ante el cañón del Chicamocha. Éste último constituye uno de los rasgos morfológicos más notables del relieve santandereano que se encuentra en sentido oriente-occidente, por ser el cauce más profundo del país, a lo largo de abruptos desfiladeros carentes de capa vegetal y en continuo proceso de erosión que configuran un espectacular paisaje.¹³

Clima y suelos

El clima del departamento de Santander varía de acuerdo a la altitud de sus diferentes regiones, la



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



cual es variada como se mencionó en la sección de geografía, este hecho genera que en el departamento se presenten pisos térmicos y paisajes diferentes. En el valle del bajo Magdalena, las temperaturas promedio son del orden de 29°C y se presentan lluvias abundantes, registrándose hasta 3.800 mm anuales; en el flanco de la cordillera disminuye la temperatura, las lluvias son de 1.500 a 2.000 mm en promedio anual; con excepción del sur y especialmente del cañón del Chicamocha, donde la precipitación es menor de 500 mm, y las temperaturas alcanzan valores hasta de 32°C. El área de los páramos registra temperaturas inferiores a 7°C y escasa precipitación. En general, sus tierras se distribuyen en los pisos térmicos, cálidos, templados y bioclimático páramo¹.

El suelo del departamento está conformado por rocas ígneas, sedimentarias, metamórficas y sedimentos no consolidados, que generan alta diversidad agroecológica de los suelos y de cobertura del suelo. La geomorfología muestra una variedad en el paisaje donde un 55% es montaña y loma, muy susceptible a erosión, remoción en masa, avenidas torrenciales e inundaciones lentas en las partes bajas. Además, en Santander está el segundo nido sísmico más activo del mundo. Estos factores, unidos a la falta de planificación, control territorial, concientización y nivel cultural han causado pérdidas de vidas, daños en la infraestructura, deterioros ambiental y económico.

Desde el punto de vista agrológico, los suelos de Santander se pueden dividir en dos grupos. Los primeros, al no tener peligro de erosión, son propicios para el cultivo de gran variedad de productos y el uso para la ganadería. La otra clase de suelos tiene una alta potencialidad erosiva; por esta razón, presenta baja fertilidad y una capa de fertilidad superficial, en algunas situaciones casi nulas.¹⁴

Infraestructura básica

A continuación se detallan algunos temas importantes en materia de infraestructura básica en el departamento de Santander:

Agua potable: según fuentes del Departamento Nacional de Planeación, en el año 2008 la cobertura de agua potable en zonas urbanas del departamento de Santander era del 97,5%. El 80% de las fuentes abastecedoras tienen los caudales requeridos. De acuerdo a las estadísticas dadas por el Laboratorio Departamental de la Secretaría de Salud, en el último cuatrienio solo 35 municipios de los 87 cumplen con los Decretos 475 de 1998 y 1575 de 2007, correspondientes a las normas técnicas de calidad del agua potable.¹⁵

Alcantarillado: desde el año 2008, gradualmente se ha ido incrementando la cobertura en alcantarillado, en la actualidad la cobertura de alcantarillado en los cascos urbanos es de 93,2%. Aún existen algunos municipios que no cuentan con este servicio.

Se debe avanzar en el saneamiento básico, que cubre el 72,1% de los hogares santandereanos, observándose que más de la mitad de la población de 64 municipios no cuenta con este servicio, dentro de los cuales los que tienen menor cobertura son: Jordán, Albania, Chima, San Benito y Macaravita.

Teóricamente en el departamento existen 26 plantas de tratamiento de aguas residuales, pero en la realidad solamente una se encuentra en adecuadas condiciones de funcionamiento, la PTAR de Río Frío, en el Área Metropolitana, la cual trata las aguas servidas de Floridablanca y el sur de Bucaramanga.¹⁶

Transporte

Carreteras

La red de carreteras de Santander está conformada por 1.200 kilómetros de Red Primaria, a lo largo de la Nación y de los cuales 800 están pavimentados; por 3.469 kilómetros de carreteras secundarias, a cargo del departamento, de las cuales 436 pavimentadas; y por 6.181 kilómetros de



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



red terciaria, a cargo de los municipios. En total hay disponibilidad de 10.850 kilómetros de carreteras.

Durante el primer semestre de 2012 se presentan dificultades en las siguientes vías del departamento, debido a la ola invernal 2011-2012¹⁷.

- El corredor Bucaramanga - Cúcuta
- Vía Galán, Güepsa y Guacamayo
- Vía Curos – Málaga debido a numerosos derrumbes
- La vía La Palmera - Presidente
- La vía Bucaramanga - San Alberto
- La Transversal del Carare en el sector de Landázuri a Vélez
- En la vía Mogotes - San Joaquín - Onzaga (derrumbes y hundimientos)
- Santa Rosita - Onzaga, por avalancha
- Bucaramanga - Barrancabermeja

Aeropuertos¹⁸

El mayor y más importante aeropuerto está en el municipio de Lebrija y se denomina «Palonegro», beneficia al Área Metropolitana de Bucaramanga, es de carácter Internacional, categoría B, es decir, moviliza entre 50 y 300 mil pasajeros.

Se destaca también el Aeropuerto Yarigües, categoría C en Barrancabermeja, es internacional y de gran actividad en materia de carga y pasajeros.

Puertos fluviales

El río Magdalena en una extensión de 240 kilómetros se constituye en red fluvial primaria para el transporte de carga. Los puertos generadores del servicio vial fluvial son Barrancabermeja, Puerto Wilches y Puerto Olaya.

Oleoductos y gasoductos¹⁹

Su conexión se hace para más del 60% de la producción petrolera y sus derivados en Barrancabermeja: Poliducto del Oriente: Sebastapol – Bogotá con 275 kilómetros entre Santander, Boyacá y Cundinamarca y considerado de utilidad pública. En Santander va por Cimitarra, Landázuri, Bolívar, Vélez, Guavatá y Puente Nacional. Gasoducto Centro Oriente, con 770 kilómetros con capacidad para transportar 200 millones de pies cúbicos de gas natural y va por los municipios de Barrancabermeja, Puerto Parra, Cimitarra, La Belleza, Florián y Albania. Además de los anteriores existen otros de menor capacidad como Barrancabermeja – Chimitá.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



3. DETERMINANTES EN SALUD

Con la definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como «el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad» se comenzaron a plantear nuevas perspectivas epidemiológicas sobre la salud poblacional, que contribuyeron a una transición de paradigmas epidemiológicos, los cuales llevaron a cambios en la definición de políticas de salud, prioridades de investigación en salud, necesidades de capacitación de recursos humanos, organización de los sistemas de salud y operación de los servicios de salud, entre otros aspectos²⁰.

En los últimos años, se ha fortalecido el desarrollo en la investigación sobre el impacto de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia y otros factores culturales en la salud de las poblaciones, estimulando el progreso de la epidemiología social en la identificación de los sistemas causales que generan patrones de enfermedad en la población. La OMS define los determinantes en salud como el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones; éstos repercuten directamente en la salud, permiten predecir inequidades sanitarias y estructuran los comportamientos relacionados con la salud poblacional.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, creada en 2005, planteó una estructura jerárquica de determinantes sociales para tratar de explicar las relaciones entre aspectos de las sociedades y los resultados en salud, y guiar las intervenciones con el fin de cerrar las brechas sociales. Dicha estructura hace énfasis en cómo los contextos sociales generan estratificación social y asignan a los individuos a diferentes posiciones sociales. La estratificación social a su vez genera exposiciones diferenciales a las condiciones que dañan la salud, y en ese sentido una vulnerabilidad diferencial que a su vez determina consecuencias diferenciales de enfermedad (y económicas y sociales) para los grupos en mayor o menor desventaja social.

La estructura de la CDSS está conformada por determinantes sociales contextuales (sociopolíticos y económicos) y estructurales que operan a través de otros denominados intermediarios. El contexto sociopolítico y económico cubre aspectos del sistema social que ejercen una poderosa influencia formativa de patrones de estratificación social; incluye los mecanismos sociales, económicos, culturales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, tales como la fuerza laboral, políticas públicas y sociales, aspectos culturales y epidemiológicos. En los determinantes estructurales se ubican todos los aspectos relacionados con ocupación, educación, ingresos, etnia y género. Para la Comisión, los factores decisores contextuales y los estructurales constituyen los determinantes sociales de las inequidades en salud, pues plantean que los mecanismos más relevantes que moldean las jerarquías sociales son responsables de las causas profundas. Los determinantes intermedios fluyen a partir de la estratificación social subyacente y a su vez determinan diferencias en exposición y vulnerabilidad a las condiciones que afectan la salud. En este último grupo se incluyen circunstancias materiales, psicosociales o del medio ambiente social, factores biológicos y del comportamiento, y el sistema sanitario²¹.

A continuación se presenta la situación del departamento en relación con algunos determinantes sociales de salud.

Determinantes Contextuales

Aspectos sociodemográficos

Población

Según los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población proyectada con base en el censo de 2005 para Santander en el año 2012 fue de 2'030.857 personas²², cifra que representa el 4% del total de los colombianos. La distribución por sexo sigue la tendencia nacional, así el 49,4% son hombres y el 50,6% mujeres.



Estructura de la población

La mayor proporción de la población santandereana, equivalente al 46,8%, se encuentra entre los 15 y 44 años de edad, es decir población económicamente activa. Las mujeres entre los 0 a 4 años y los hombres mayores de 65 años representan las menores fracciones en cada género. En la población menor de 45 años predominan los hombres con una razón hombre/mujer de 1,03 (103 hombres por cada 100 mujeres), comportamiento que cambia sustancialmente en las edades maduras, donde las mujeres pasan a ser mayoría con una razón de 115 mujeres por cada 100 hombres (ver figura 2).

El índice global de dependencia en Santander para el año 2012 es de 50,2%, lo que indica que aproximadamente por cada dos personas en edad de trabajar existe una dependiente económicamente.

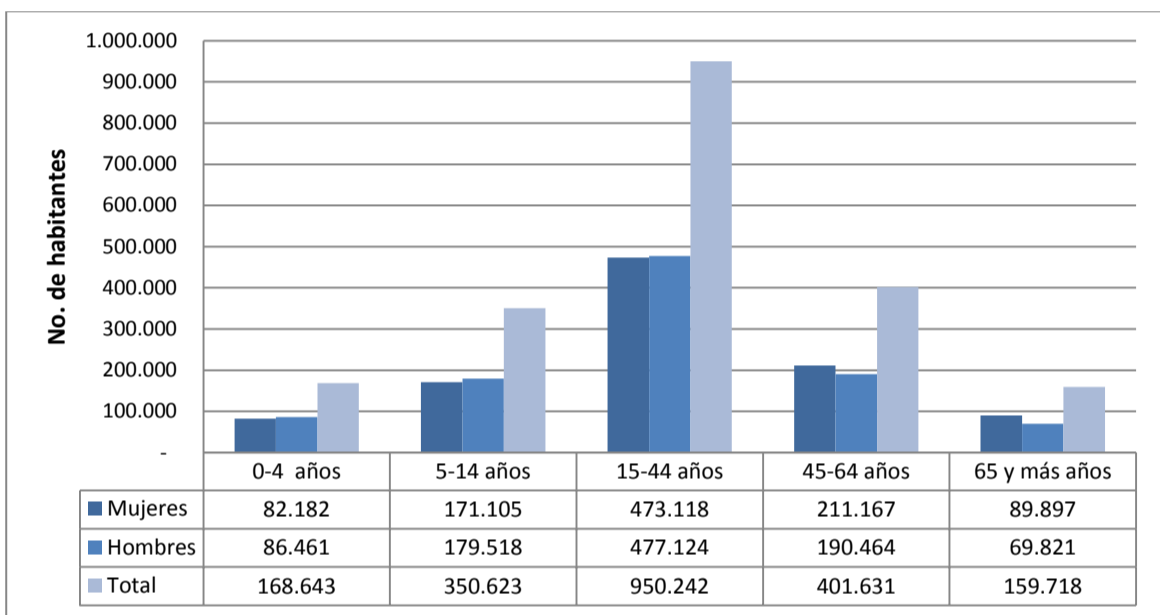


Figura 2. Población proyectada por sexo y grupos de edad. Santander, 2012

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=72

Los núcleos de desarrollo provincial con mayor población urbana en el departamento son en su orden, el Metropolitano y Mares con el 90,3% y 73,4%, respectivamente. Soto Norte, Carare y Vélez, cuyo indicador en orden descendente es de 69,1%, 64,9% y 62,6% son los de mayor población rural (ver tabla 1). Santander concentra el 74,8% de los habitantes en centros urbanos y el 23,2% restante en las áreas rurales, tendencia que se acentuará en el mediano plazo, previéndose que en el año 2020 la distribución será de 76% urbanos y 24% rurales; comportamiento que sigue la tendencia mundial.

Tabla 1. Población por zona, según Núcleo de Desarrollo Provincial. Santander, 2012

Núcleo de Desarrollo Provincial	Población urbana		Población rural		Población total		Concentración	
	Población	%	Población	%	Población Total	%	Urbana	Rural
Guanentá	71.186	4,7	70.804	13,8	141.990	7,0	3,5	3,5
García Rovira	32.050	2,1	42.359	8,3	74.409	3,7	1,6	2,1
Comunero	44.208	2,9	50.158	9,8	94.366	4,7	2,2	2,5
Mares	227.723	15,0	82.575	16,1	310.298	15,3	11,2	4,1
Vélez	50.069	3,3	83.957	16,4	134.026	6,6	2,5	4,1
Carare Opón	23.901	1,6	4.435	8,7	68.251	3,4	1,2	0,2
Soto Norte	10.819	0,7	24.299	4,8	35.118	1,7	0,5	1,2
Metropolitano	1.059.397	69,7	113.002	22,1	1.172.399	57,7	52,2	5,6
Total	1.519.353	100,0	511.504	100,0	2.030.857	100,0	74,8	23,2

Fuente: DANE. Información procesada por el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS)



Dinámica de la población

En la última década, el crecimiento poblacional total fue del 5,3% (comparando población total 2002 vs 2012). El país y el departamento de Santander han experimentado grandes cambios en el crecimiento y estructura poblacional durante las últimas décadas, caracterizados por disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad, aumento de la esperanza de vida, menor proporción de población infantil y mayor proporción de población de 65 y más años, este comportamiento se refleja gráficamente en la pirámide poblacional que para el departamento de Santander se describe en la figura 3.

Los indicadores poblacionales del DANE 2011, señalan que la esperanza de vida del santandereano promedio es de 75 años, un año más que la media nacional. La población de Santander al igual que la del resto del país, está inmersa en el período de bono demográfico, lo cual quiere decir que cuenta con una mayor proporción de la población en edad productiva, entre los 15 y los 59 años. Esta franja pasó de 877.821 personas en 1992, a 1.351.873 en 2012, lo que representa un aumento de 54%.

Según el DANE, en el departamento de Santander la población entre 0 y 14 años se redujo 15,7% entre 1992 y 2012, al pasar de 616.492 a 519.300, respectivamente. Su peso frente a la población total bajó de 35,0% a 25,6% en este mismo período. La caída más importante en materia poblacional está en el segmento de niños entre 0 y 4 años, que en 2012 llegó a 168.591, cuando 20 años atrás fue de 214.501. Su peso frente a la población total pasó de representar 12,2% en 1992 a 8,3% en 2012. En los últimos 20 años, la población mayor de 60 años se ha duplicado al pasar de 142.686 en 1992 a 230.349 en 2012. Lo cual implica que antes tenía una participación en la población total de 8,1% y ahora de 11,3%. Los efectos de este comportamiento demográfico se concentran en aspectos pensionales y en el compromiso de recursos públicos para atender a una población que ya no será productiva, pero exigirá cada vez mayor atención en cuidados de salud.

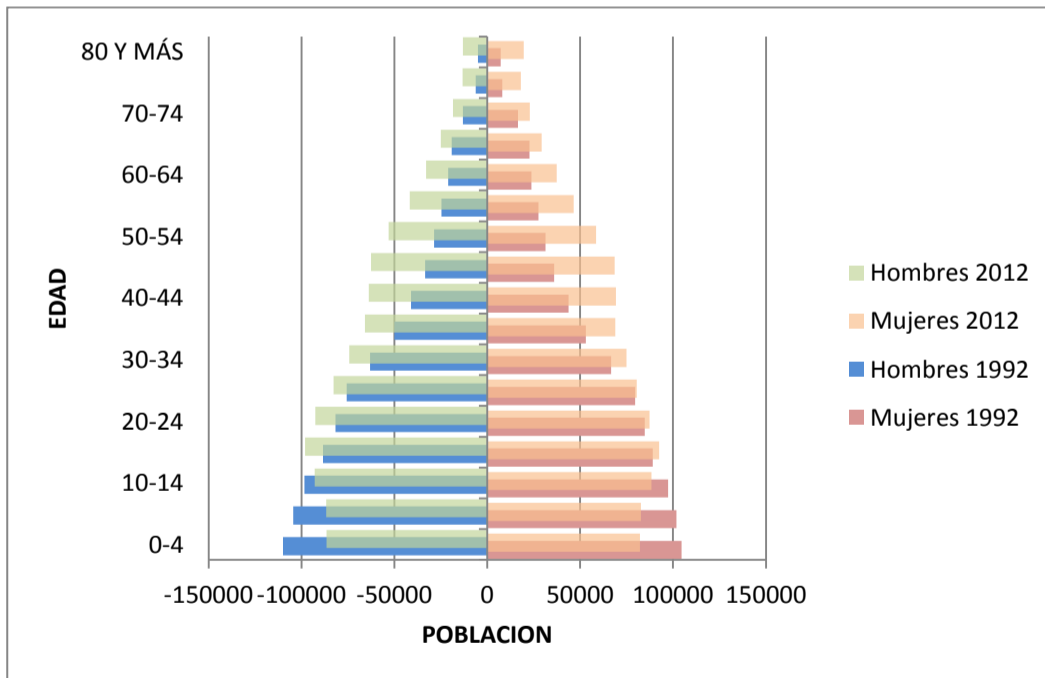


Figura 3. Pirámide poblacional. Santander, 1992-2012

Fuente: DANE. Información procesada por el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS)

La pirámide poblacional registra en el año 2012 un estrechamiento marcado de la base, comparado con la pirámide de hace 20 años, esta situación está dada por una disminución en el número de personas menores de 15 años debido al descenso marcado de la tasa global de fecundidad, que en Santander en el periodo 2000-2012 pasó de 2,7 a 2,1 hijos por mujer. De igual forma este hecho se refleja en la tasa departamental general de fecundidad la cual en el periodo 2000-2012 pasó de 77 a 56,2 nacidos vivos por 1.000 mujeres entre 15-49 años. En este punto sin embargo, es



importante anotar el crecimiento progresivo de la tasa general de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años, que pasó de 57 por mil en el departamento para el año 2005 a 66,8 por mil para el año 2012, teniendo la población de adolescentes tasas superiores a la de la población considerada en edad fértil (15-49 años) (ver tabla 2).

Tabla 2. Tasas de fecundidad, según Núcleo de Desarrollo Provincial (NDP). Santander, 2009

Provincia	Tasa general de fecundidad	Tasa general específica de fecundidad(15 a 19 años)
Carare Opón	51,6	71,8
Comunero	13,7	11,8
García Rovira	50,9	41,2
Guanentá	58,3	55,6
Mares	78,2	101,6
Metropolitano	55,0	65,6
Soto Norte	50,4	59,1
Vélez	42,4	52,2
Santander	56,2	66,8

Fuente: DANE. Información procesada por el Observatorio de Salud Pública de Santander - OSPS

Por otra parte, la mortalidad general también ha tenido un descenso en los últimos 20 años pero ha permanecido relativamente estable en los últimos años. Según las estadísticas vitales del DANE, en el año 2009 en Santander el número de muertes se redujo a 9.639 defunciones con una tasa bruta de mortalidad de 4,7 muertes por 1.000 habitantes en el 2009.

Si bien esta tendencia no se revertirá, se presume que a partir de la relocalización de la base productiva santandereana en el valle del Magdalena Medio y la consolidación del turismo como renglón económico regional, la minería y la generación de energía, los municipios que registrarán mayor crecimiento en el 2020 serán Cimitarra (2,68%), Girón (2,83%), Albania (1,34%); Barbosa (0,96%), Cabrera, Pinchote, Páramo, Palmar, Puerto Parra y Carmen de Chucurí²³.

Grupos Étnicos

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de acuerdo al censo de 2005, la población Raizal, ROM y las etnias indígenas asentadas, suman en el departamento alrededor de 2.400 personas, lo cual equivale solo al 0,124%, del total de la población. En relación a los grupos indígenas asentados en Santander, pertenecen a la familia U'wa. Según proyecciones del Instituto Colombiano para el Desarrollo Rural (INCODER), 919 personas se contaban en estas comunidades para el año 2011, ubicados en dos resguardos en los municipios de Concepción y Cerrito pertenecientes a la provincia de García Rovira; sin embargo, en el Área Metropolitana se asientan indígenas de distinta etnia no reconocidos por el sistema legal.²⁴

Los afrocolombianos (población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera) suman 60.080 personas, localizadas principalmente en Barrancabermeja, Puerto Wilches y Landázuri, municipios del Magdalena Medio Santandereano.²⁵ La comunidad ROM ubicada principalmente en el casco urbano del Municipio de Girón, Bucaramanga y Floridablanca asciende a 200 personas.²⁶ En el año 2010 se emitió la ordenanza 065 por medio de la cual se formula la Política Pública de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras del departamento; con esta decisión política se pretende avanzar en el reconocimiento de los derechos políticos, económicos y socioculturales de estas comunidades.²⁷

Población en situación de desplazamiento

El fenómeno del desplazamiento forzado en Colombia ha obligado a millones de personas a abandonar de manera intempestiva su lugar de residencia o de trabajo, ocasionándoles pérdidas en el ámbito personal, familiar, comunitario, social y económico, que las ubica en una situación de desventaja evidente frente a los demás habitantes de un territorio, dificultándose su acceso a activos, a redes sociales, a mercados formales y capital humano, lo cual les obstaculiza el disfrute de unas condiciones mínimas de vida digna a las que tienen derecho.



Santander no ha sido ajeno a esta problemática, dado que según los registros del Departamento para la Prosperidad Social, se estima que han sido expulsadas 87.626 personas y recibidas 140.776 en el período 1998- 2011.

Los adultos representaron la mayor proporción de personas en situación de desplazamiento en el departamento, seguidos por primera infancia, niños y adolescentes. Esta situación concuerda con el comportamiento presentado en los últimos 13 años (1998-2011), en el que la población más vulnerable frente al desplazamiento está constituida por adultos (52%), seguidos de niños y adolescentes.

La figura 4 muestra que los Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP) que más expulsan población son Mares, Metropolitano y Vélez; tres de cada cuatro personas que se desplazan, salen de alguno de estos NDP.

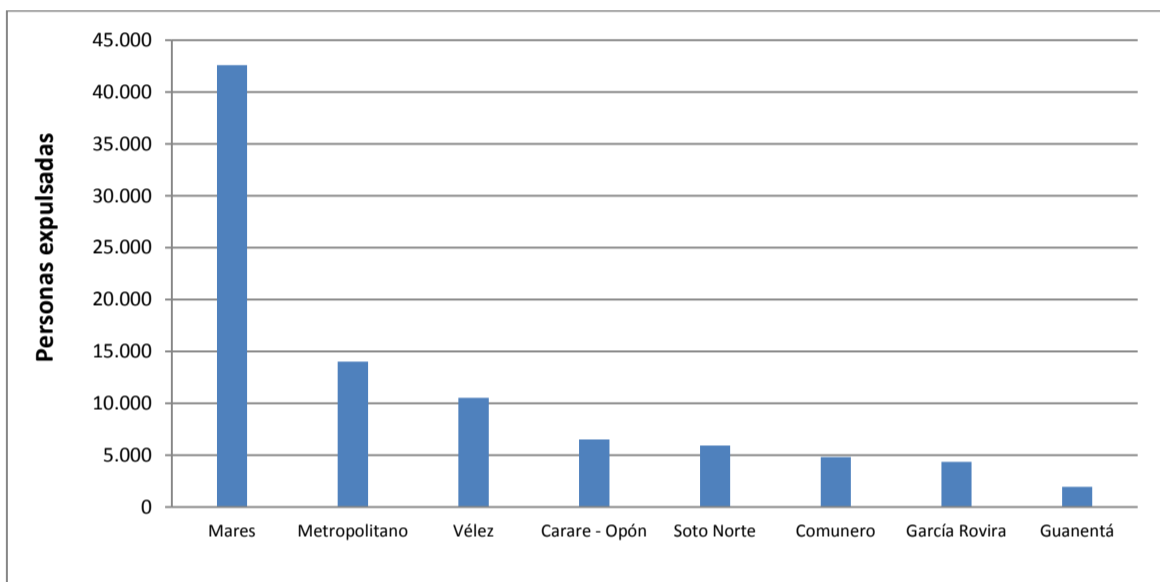


Figura 4. Población desplazada acumulada (expulsada) por Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP). Santander, 1998-2011

Fuente de datos: Presidencia de la República, Acción Social. Registro único de población desplazada (SIPOD), acumulado a marzo de 2011. Disponible en: <http://www.red.gov.co>. Fecha de acceso: Abril de 2012.
Fuente de cálculos: OSPS

Las personas en situación de desplazamiento recibidas en Santander en el período 1998-2011, han sido alojadas principalmente en los Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP) Metropolitano y Mares, como lo muestra la figura 5.

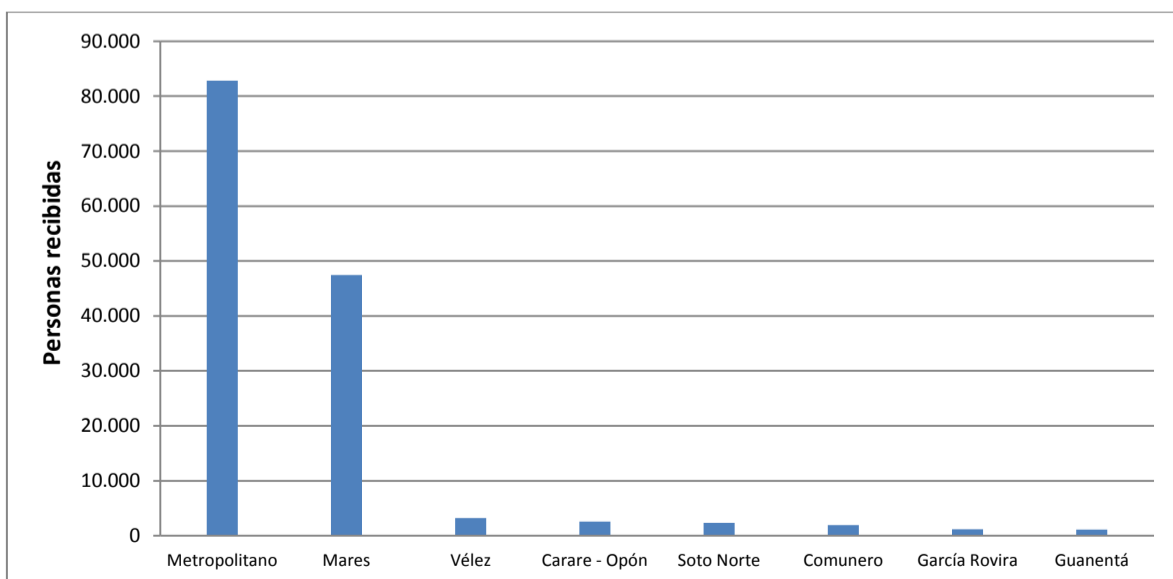


Figura 5. Población desplazada acumulada (recibida) por Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP). Santander, 1998-2011

Fuente de datos: Presidencia de la República, Acción Social. Registro único de población desplazada (SIPOD), acumulado a marzo de 2011. Disponible en: <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=383&conID=556>. Fecha de acceso: Abril de 2012
Fuente de cálculos: OSPS



En el ámbito regional y específicamente en el área metropolitana de Bucaramanga (AMB), el desplazamiento forzado puede agudizar la situación de pobreza. Desde 1998 el AMB es uno de los principales centros receptores de familias desplazadas en el país; esta población vulnerable, en su mayoría en edad de producción económica, puede impactar en las condiciones laborales y productivas de la región.

Con respecto al comportamiento del desplazamiento durante los últimos años en general y por núcleos de desarrollo provincial, se observan los picos de desplazamiento forzoso en el departamento, ocurridos especialmente en los años 2001 y 2007, y que reflejan que la recepción se ha dado principalmente en los NDP Mares y Metropolitano, y la expulsión en el NDP de Mares, así como también que la población recibida es mayor que la expulsada, debido a población proveniente de otros departamentos (ver figuras 6–8).

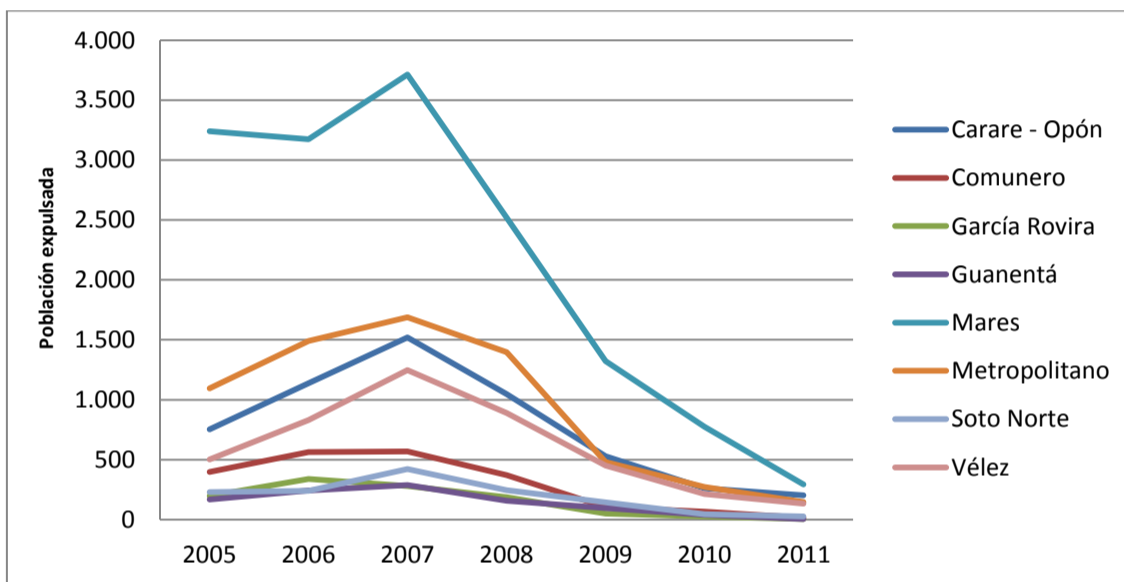


Figura 6. Población desplazada anual (expulsada) por Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP). Santander, 1998-2011

Fuente de datos: Presidencia de la República, Acción Social. Registro único de población desplazada (SIPOD), acumulado a junio 30 de 2011. Disponible en: <http://www.red.gov.co>. Fecha de acceso: Abril de 2012.

Fuente de cálculos: OSPS.

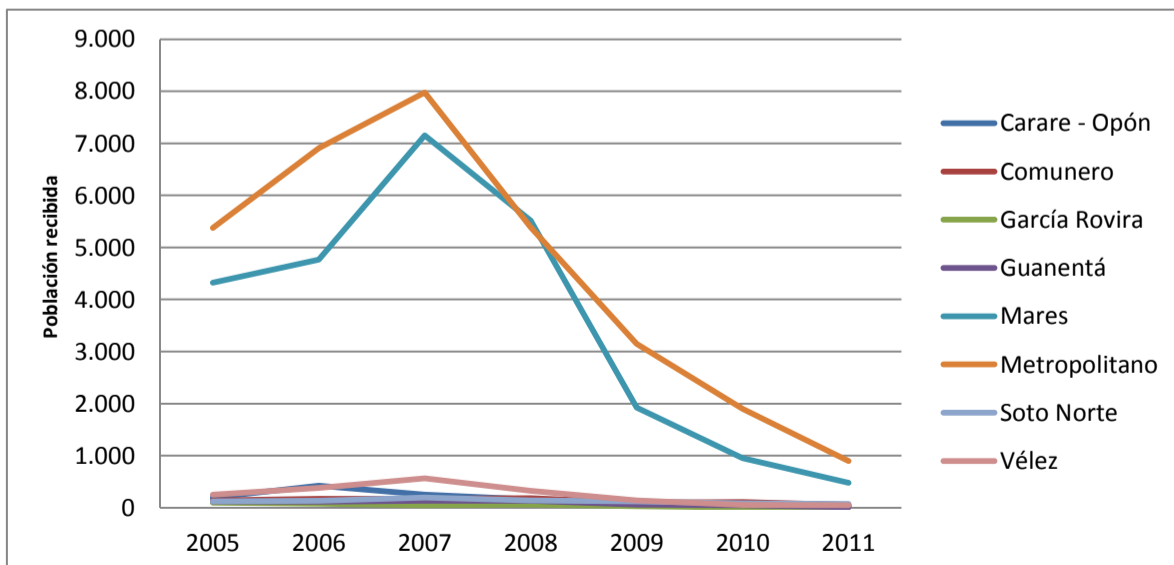


Figura 7. Población desplazada anual (recibida) por Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP). Santander, 1998-2011

Fuente de datos: Presidencia de la República, Acción Social. Registro único de población desplazada (SIPOD), acumulado a junio 30 de 2011. Disponible en: <http://www.red.gov.co>. Fecha de acceso: Abril de 2012. Fuente de cálculos: OSPS

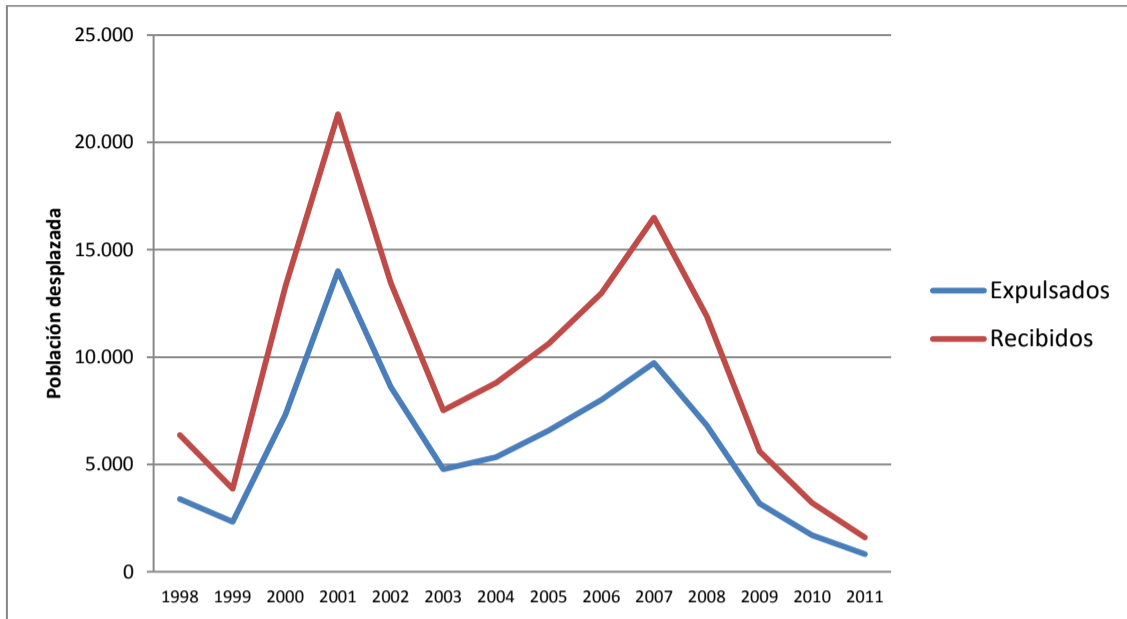


Figura 8. Población desplazada anual (expulsada y recibida). Santander, 1998-2011

Fuente de datos: Presidencia de la República, Acción Social. Registro único de población desplazada (SIPOD), acumulado a junio 30 de 2011. Disponible en: <http://www.red.gov.co>. Fecha de acceso: Abril de 2012. Fuente de cálculos: OSPS

Población discapacitada²⁸

Según el DANE, a marzo de 2010, las cabeceras municipales del departamento concentran la mayor cantidad de personas en situación de discapacidad, que en total se calculan en 44.842, correspondiendo el 50,83% a mujeres. El grupo etario más vulnerable frente a la discapacidad está constituido por los hombres y mujeres entre los 65 y 74 años, lo cual se hace evidente en la tabla 3.

Tabla 3. Población con registro de discapacidad. Santander, 2010

Grupo etario	Hombres	Prevalencia*	Mujeres	Prevalencia*	Total	Prevalencia*	Cabecera municipal	Centro poblado	Rural disperso
0-4 años	453	5,2	377	4,6	835	4,9	479	54	297
5-14 años	1.844	9,9	1.429	8,0	3.283	9,0	1.895	231	1.147
15-44 años	6.358	13,4	5.596	11,8	11.967	12,6	6.899	784	4.271
45-64 años	6.101	34,0	6.560	33,0	12.695	33,6	7.004	790	4.867
65 y más años	7.278	108,8	8.824	103,6	16.211	106,6	9.555	977	5.570
Total	22.034	22,2	22.786	22,4	44.842	22,3	25.832	2.836	16.152

(*) Prevalencia por 1.000 habitantes. Fuente: DANE

Los tipos de discapacidad más frecuentes afectan el sistema nervioso, la visión y la audición, representando en su conjunto el 56% del total de las discapacidades (ver figura 9).

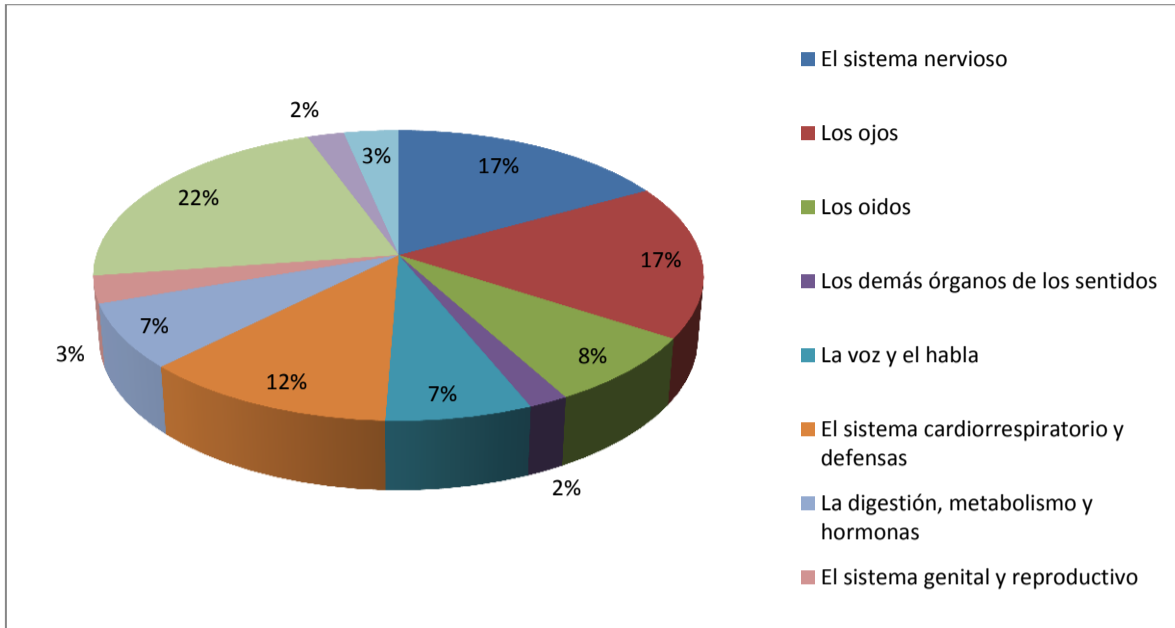


Figura 9. Discapacidad por tipo de alteración funcional o estructura corporal. Santander, 2010

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Discapacidad. Marzo 2010 - Dirección de Censos y Demografía. Disponible en Internet en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=120

Uno de los principales tipos de discapacidad es la ceguera, problema que merece una especial mención dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha formulado un plan internacional de prevención de la ceguera evitable en el cual se muestra que el 80% de las causas de ésta son prevenibles o tratables. De acuerdo a un estudio reciente, en Santander la ceguera es un problema de salud pública de la región con una prevalencia de 17,900 ciegos por millón de habitantes mayores de 50 años; la distribución de esta problemática se presenta en forma inequitativa, afectando mayormente a la población pobre y ubicada en provincias de predominio rural. Las principales causas de déficit visual en la población mayor de 50 años son la catarata (11,35%) y los errores refractivos (10,71%). La catarata a su vez, causará más de las dos terceras partes de la ceguera, eventos totalmente corregibles de manera sencilla y económica. El 75% de las personas con catarata no se han operado por causas como: desconocimiento de la enfermedad, dificultades económicas, listas de espera en su régimen de afiliación; causas que comprometen el desempeño de los aseguradores y prestadores de servicios de salud del departamento²⁹.

Aspectos socioeconómicos

Producción

De acuerdo a las estadísticas de la Cámara de Comercio de Bucaramanga y el DANE, en Santander, en el año 2010, la economía santandereana no fue considerada la más alta, pero recuperó el decrecimiento de la economía, que obtuvo un 0,1% durante los años 2008-2009, ubicando a Santander como el departamento con el tercer producto interno bruto (PIB) per cápita más alto del país con un crecimiento de 5,9% en la economía, posicionándose como la cuarta economía del país, según el tamaño de su PIB. Ello se explica principalmente por dos hechos; por un lado, la presencia del sector petrolero y por otro, la evidencia que revela que la economía santandereana está sesgada hacia el sector terciario o de servicios. En la tabla 4 se observa la participación de los principales sectores de servicios y su comportamiento entre el año 2008 y 2009.³⁰



Tabla 4. Principales subsectores del sector servicios

Nombre del subsector	% de participación en el PIB del sector servicios	% Variación 2008 - 2009
Salud	5,8	+6,7
Hoteles y restaurantes	6,8	+2,1
Enseñanza	7,3	-5,6
Financieros	8,1	+1,0
Administración pública	11,8	+4,9
Empresas	16,0	+1,6
Inmobiliarios	25,3	+7,7
Otros	18,8	+1,7

Fuente: Cámara de Comercio de Bucaramanga

En Santander, el gobierno nacional identificó como potencialidades regionales la producción de carne y derivados; y en productos y servicios no agropecuarios se prevé que pueden llegar a tener alto impacto en la economía del departamento de Santander, la fabricación de bebidas, sustancias químicas básicas, prendas de vestir y la refinación de petróleo. Los cultivos más importantes de Santander son: café, plátano, caña panelera, tabaco (negro y rubio) y maíz.³¹

A la subregión del Magdalena Medio se le considera eje de la industria petrolera colombiana, cuyos excedentes han sido base fundamental para la economía nacional y regional. El modelo de organización de la industria petrolera en esta zona ha determinado procesos de desarrollo tecnológico concentrados en la planta de producción y en el mercado de trabajo, absorbiendo parte de la mano de obra agrícola. La localización de la industria petroquímica ha contribuido a la urbanización del municipio de Barrancabermeja, la cual se constituye en el mayor centro prestador de servicios del Magdalena Medio, ya que en ésta se ubica la infraestructura donde se refina más del 60% del petróleo del país.

La industria y la construcción ganaron un tercer puesto en el escalafón nacional por sectores, y el sector agropecuario se fortaleció alcanzando un quinto lugar en la región y un cuarto a nivel nacional, debido al número de animales vivos y alcanzando a considerarse como uno de los principales centros de producción de alimentos del país. Por otra parte, el sistema financiero y la industria alcanzaron positivos crecimientos en Santander. Se mantuvieron los niveles de empleo al igual que la tasa de desocupación.

La venta de vehículos en la región nororiente presenta un comportamiento muy positivo (73,9%), superando mes a mes records de comercialización, motivados según los comercializadores en la baja tasa de cambio, las bajas tasas de interés y las mayores ofertas ofrecidas por los concesionarios de automotores.³²

El sistema económico del Departamento no se puede separar del contexto nacional, caracterizado por la incidencia de la globalización, la modernización, la crisis con Venezuela, el cambio climático y las tecnologías de punta. Las dificultades que enfrenta hoy el departamento están relacionadas con la existencia de una base productiva débil para enfrentar la competencia, el aumento del sector informal, una infraestructura en transporte y red vial deficientes, altos grados de informalidad empresarial y ausencia de proyectos regionales.

La industria santandereana mantiene tasas de crecimiento en producción y ventas superiores a los promedios nacionales y aunque no fueron las mayores en el país, denotan un crecimiento importante y sostenido en el corto plazo que se proyecta en el tiempo. La incertidumbre empieza a bajar pese a las dificultades evidenciadas por la ola invernal, la tasa de cambio, entre otras.

Exportaciones

Las exportaciones santandereanas entre el año 2000 y 2009 tuvieron una línea sostenida de crecimiento, que fue interrumpido en 2010 cuando cayeron en un 34%. En este período se pasó de U\$ 678 millones a U\$ 448 millones según la Cámara de Comercio de Bucaramanga. En el 2011, las exportaciones volvieron a crecer en un 28% y se llegó a U\$ 568 millones, cifra que representó el 1,1% del total nacional. Este comportamiento ubicó a Santander en el puesto 13 entre 31 regiones exportadoras y se ha fortalecido la búsqueda de valor agregado en los productos y de nuevas oportunidades en los mercados internacionales que han sido claves para el fortalecimiento de las exportaciones del departamento de Santander.³³



Según un informe del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, basado en cifras del DANE, las exportaciones de Santander ascendieron a US\$75 millones en 2010. Según ese reporte, los santandereanos lograron encontrar nuevos destinos para sus exportaciones: China fue el país destino con el mayor crecimiento al registrar una variación de 1.420 por ciento entre 2009 y 2010. En total fueron 87 los países que recibieron productos del departamento. Estados Unidos fue el principal de ellos en el 2010, seguido por España, Ecuador, Suiza y México. Bucaramanga fue la sede de la Macrorrueda de Negocios Latinoamericana y del Caribe, organizada por Proexport Colombia y en la que participaron 145 compradores internacionales de 17 países (ver figura 10).³⁴

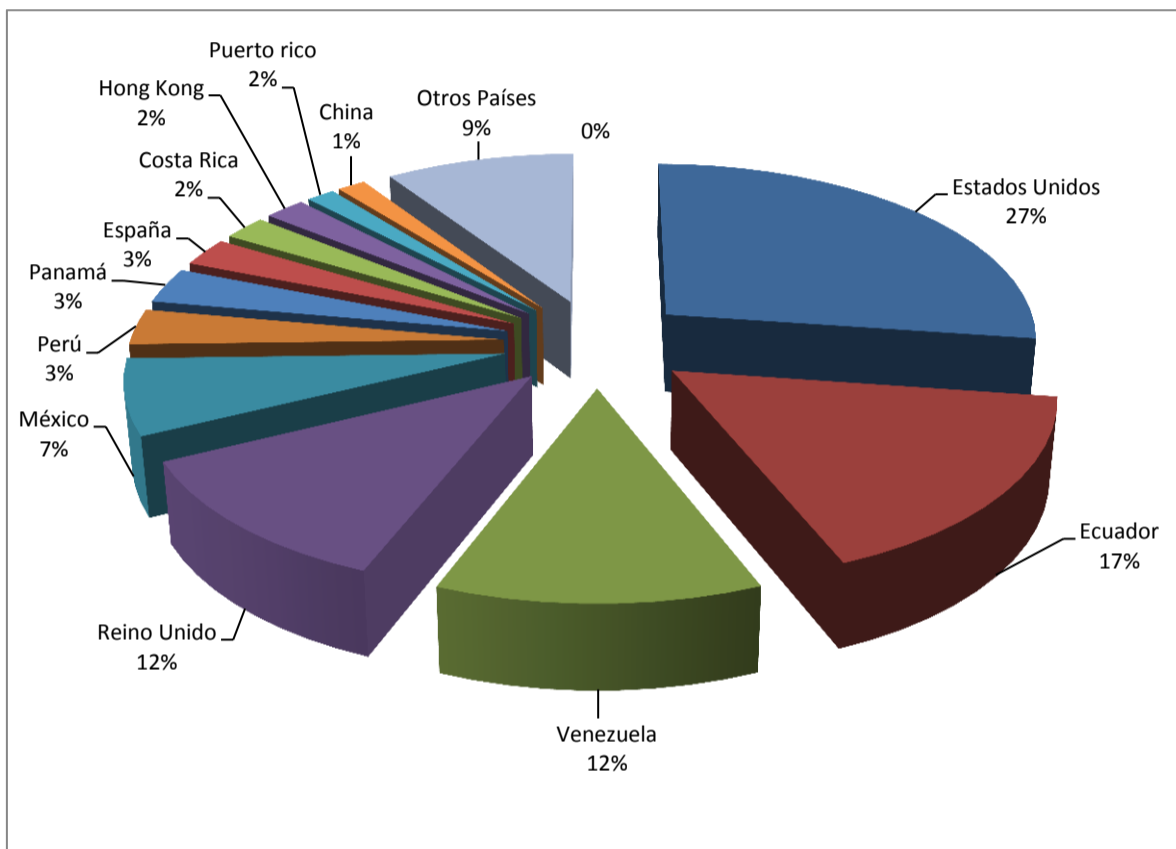


Figura 10. Distribución de exportaciones según país destino. Santander, 2010

Fuente: Informe de Coyuntura Económica Regional (ICER), Departamento de Santander 2010, Banco de la República-DANE

La oferta exportable de Santander sigue siendo liderada por el macro sector de manufacturas, seguido por el de agroindustria, prendas de vestir y servicios. Aceites y grasas, así como el cacao, fueron los productos que tuvieron el mayor crecimiento durante el último año, con una variación de 127,8 y 105,7 por ciento respectivamente, de acuerdo con el informe del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Entre los principales productos también se encuentran los químicos orgánicos, partes, repuestos y piezas para automotores, maquinaria agrícola, confecciones y calzado. Proexport Colombia ha logrado identificar oportunidades en la venta de cacao, carnes y despojos comestibles en el sector agroindustrial, así como cosméticos, materiales de construcción y autopartes en manufacturas; cuero, marroquinería, ropa casual, jeans, ropa interior y de control en prendas de vestir y confecciones; y BPO y servicios de salud en el sector de servicios.

Índice de precios al consumidor

En el año 2010, en Bucaramanga, según información del DANE, se registró una variación del IPC (Índice de Precios al Consumidor) de 3,9%, es decir, mostró un aumento con respecto al año anterior en 0,8 pp. En este indicador, Bucaramanga obtuvo el segundo mayor registro después de Valledupar (4,2%), superiores al promedio nacional, que fue de 3,2%. De igual forma, la ciudad con



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



mayor diferencia fue Riohacha, con 2,8 pp, mientras la menor fue Cúcuta, con -2,1 pp.

Con respecto a las variaciones del IPC, por grupos de gasto, en Bucaramanga para el 2010, los que representaron mayor aumento fueron transporte, educación y alimentos con 5,9%, 4,6% y 4,4%, respectivamente. Por su parte, los grupos que mostraron menor variación fueron diversión, cultura y esparcimiento (-3,8%) y vestuario (0,8%).³⁵

Mercado Laboral

Los empresarios de Santander tienen oportunidades y condiciones favorables para los negocios: el tamaño del mercado está entre los 524.000 habitantes, con mercados de trabajo que tienen buena disponibilidad (73% en promedio) de población para realizar actividades productivas. Hay un mercado con edad productiva, entre 13 y 65 años, principalmente en Bucaramanga (72%), y en promedio la mitad de la población es femenina. Gran parte de esta población se encuentra vinculada a la actividad económica de la ciudad y, por tanto, representa un alto porcentaje de personas con capacidad de compra.

Bucaramanga, la capital del departamento de Santander, se encuentra catalogada con el mayor porcentaje de personas con educación superior (37,1%) y se muestra como una de las ciudades con mayor oferta laboral (72,1%). La población de Bucaramanga para el año 2010, fue de 1.014 miles de personas, de las cuales el 81,2%, corresponde a población en edad de trabajar (823.000 personas) y 57,8% (586.000 personas) a población económicamente activa.³⁶

En el país, las diez ciudades que tienen alta importancia en la generación de empleo: en la industria generan el 40% del empleo nacional, en el sector financiero el 37% y en las actividades inmobiliarias el 35%. En los demás sectores generan entre el 30% y el 35% del empleo. En las actividades de la minería (3%) y la agricultura (2%) la participación es menor.

Durante el 2010 hubo un total de 57.000 desocupados cesantes en Bucaramanga. Las actividades que desarrollaban los desocupados antes de quedar cesantes eran: comercio, restaurantes y hoteles; servicios comunales sociales y personales, e industria manufacturera, con 30,9%, 23,7% y 19,0%, respectivamente, equivalentes a 43 mil personas. Como hecho negativo en el período está el aumento en los niveles de desempleo, aunque la ciudad se mantiene entre las que muestran menores niveles de desocupación en el país.

Zonas Francas en Salud

El desarrollo y consolidación de las zonas francas especializadas, con infraestructura de talla mundial, perfiladas con plataformas competitivas, ágiles y flexibles, generarán 5.700 empleos directos especializados y de alta calidad, con inversiones cercanas a un billón de pesos, en 40 hectáreas al sur del Área Metropolitana de Bucaramanga.

En el departamento de Santander se inició la construcción de dos zonas francas permanentes y especiales en salud, de la mano del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y su Gerencia de Turismo en Salud, a través de los proyectos ejecutados por la Fundación Oftalmológica de Santander y de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (FOSUNAB) en Floridablanca y la Fundación Cardiovascular de Colombia (Hospital Internacional de Colombia - FCV) en Piedecuesta. Con estas dos iniciativas se genera una gran oportunidad para el desarrollo del turismo de salud en el departamento.

Turismo

Se considera un instrumento de desarrollo por su contribución al crecimiento económico regional, al fortalecimiento de la identidad y al mejoramiento de la calidad de vida de la población receptora. Santander es líder en turismo de aventura: el perfil turístico de la región está influenciado por deportes como el canotaje, parapentismo, espeleología, torrentismo, ecoturismo, kayak, que atraen cada vez a más extranjeros; los ríos Fonce, con un nivel de dificultad III; Suárez, de V; y el río Chicamocha, con tramos de IV y V, son las principales ofertas del departamento para estos deportes extremos. Estas actividades se desarrollan gracias a la geografía agreste de Santander,



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



que crea los escenarios más apetecidos por deportistas arriesgados. Cascadas de más de 70 metros de caída, cuevas con diferentes niveles de dificultad, muros de roca que retan a los escaladores, ríos veloces e impredecibles y terrenos escarpados para caminatas se ofrecen a todos los viajeros.

El departamento tiene escenarios como los de la Tumba del Alemán, en el cañón del Chicamocha; la Mesa de Ruitoque, Curití o la Mesa de los Santos. Esta última zona ofrece lugares de gran nivel de complejidad para la escalada en roca. Para la espeleología, las cuevas ya exploradas y que mayor interés despiertan, tanto en aficionados como en avezados, son la Caverna del Yeso y la de la Vaca, en Curití; las cuevas del Indio, en Páramo; La Antigua, en San Gil, y el Hoyo de los Pájaros, en Mogotes. Además, en los cañones del Chicamocha y Suárez; y en las cascadas de Páramo, Pinchote y Charalá hay condiciones ideales para el torrentismo y el rappel.³⁷

Otro de los mayores atractivos de Santander, es el Parque Nacional Del Chicamocha (también conocido como *PANACHI*), que es uno de los pocos parques naturales de Colombia dedicados al ecoturismo, siendo por tanto, uno de los sitios turísticos más importantes del país. Fue abierto al público en el año 2006 y es atravesado por un teleférico de 6,3 kilómetros, el más largo de Suramérica.³⁸

Necesidades Básicas insatisfechas y Pobreza

El indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es calculado por el DANE, y mide la cobertura de las necesidades básicas de la población mediante el empleo de cinco indicadores simples: viviendas inadecuadas (características físicas consideradas impropias para el alojamiento humano), con hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto), con servicios inadecuados (no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas), con alta dependencia económica (más de tres personas por miembro ocupado), con niños en edad escolar que no asisten a la escuela (por lo menos un niño mayor de 6 años y menor de 12, pariente del jefe y que no asista a un centro de educación formal). Con este índice se clasifica como pobre o con NBI a los hogares que tengan carencia en al menos uno de los indicadores mencionados, y en miseria a los hogares que tengan carencia en dos o más de los mismos. Para estimar la magnitud de la pobreza en la población, se considera que todas las personas que habitan en viviendas con NBI o en miseria se encuentran en las mismas condiciones de su respectiva vivienda, de esta manera se obtiene el porcentaje de población en pobreza o en miseria³⁹.

De acuerdo con los datos del DANE actualizados a junio de 2011, 21,9% de la población santandereana se encuentra en situación de pobreza y 6,7% en la miseria. Si bien, la magnitud de los indicadores departamentales de pobreza y miseria son inferiores a los del país (27,8% en pobreza y 10,6% en miseria) –y ubican al departamento en el séptimo lugar en orden ascendente, luego de Bogotá y los departamentos de Valle del Cauca, Quindío, Risaralda, Caldas y Cundinamarca, existen marcadas diferencias al interior del departamento, entre la zona urbana y rural, entre los municipios y los NDP.

En la población urbana del departamento, los porcentajes en pobreza y miseria son 13,5% y 3%, respectivamente; mientras que en la zona rural estos porcentajes ascienden a 45,4% y 17%. El municipio con menos población en pobreza y miseria es Floridablanca (9,4% y 1,5%, respectivamente), cuya situación contrasta con la de Jordán, San Miguel, Carcasí, El Peñón y Macaravita, municipios con predominio rural que poseen los indicadores de pobreza más altos en el departamento (entre 60% y 69%). En la figura 11 presenta la distribución de NBI en las zonas rural y urbana de los municipios del departamento.



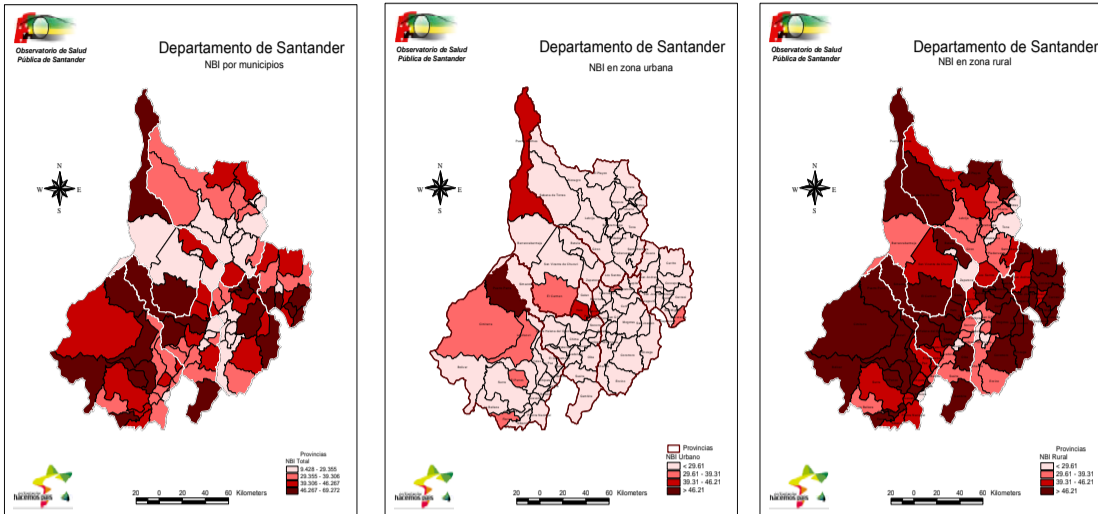
Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER



NBI Santand

NBI Santander zona urbana: 13,5%

NBI Santander zona rural: 45,4%

Figura 11. Distribución de NBI en los municipios del departamento de Santander.

Fuente de datos: DANE. Datos actualizados a junio de 2011.
Fuente de cálculos: OSPS

La población total del departamento, y específicamente la urbana, se concentra en los municipios con menor pobreza (16 municipios con NBI menor del 25%), mientras que los habitantes de la zona rural se distribuyen especialmente en municipios cuya población pobre oscila entre el 25% y 55% del total, tal como se aprecia en la tabla 5. En esta tabla también se presenta la distribución de municipios según rangos de NBI al interior de los NDP del departamento y se advierte la concentración de municipios con mayor pobreza en los núcleos diferentes al Metropolitano y Mares, los cuales cuentan con porcentajes más bajos de población en pobreza, así como menor proporción de población rural (ver figura 12).

Tabla 5. Distribución de municipios y población de Santander según el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas

% NBI	Número de municipios en los NDP									% Población		
	Carare - Opón	Comunero	García Rovira	Guanentá	Mares	Metrop.	Soto Norte	Vélez	Santander	Total	Urbana	Rural
< 25	0	2	1	4	2	4	2	1	16	71,3	87,2	24,4
>= 25 y < 40	0	7	2	5	2	3	3	7	29	13,0	6,7	31,7
>= 40 y < 55	3	6	5	8	3	1	2	6	34	13,8	5,8	37,5
>= 55 y < 70	1	0	4	1	0	0	0	2	8	1,9	0,3	6,4
Total	4	15	12	18	7	8	7	16	87	100	100	100

Fuente de datos de NBI y población: DANE. Datos de NBI actualizados a junio de 2011. Fuente de cálculos: OSPS

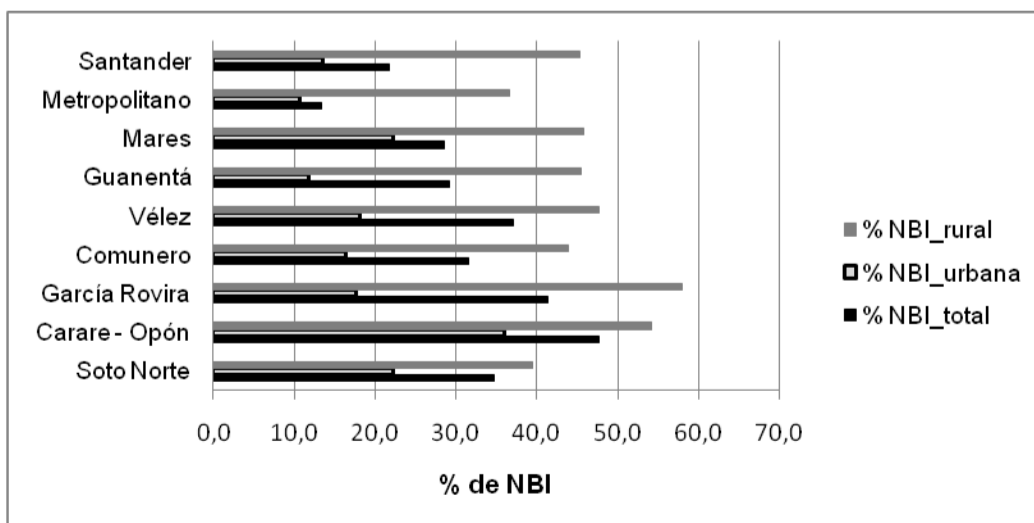


Figura 12. Necesidades Básicas Insatisfechas en los NDP de Santander

Fuente de datos de NBI y población: DANE. Datos de NBI actualizados a junio de 2011.
Fuente de Cálculos: OSPS. NDP ordenados según tamaño poblacional y según proyecciones de población a 2012.



De los componentes evaluados por el indicador NBI, la dependencia económica, el hacinamiento y la vivienda inadecuada son los que afectan a porcentajes más altos de la población santandereana (9,8%, 7,6% y 6,7%, respectivamente), especialmente a la población rural (ver figura 13).

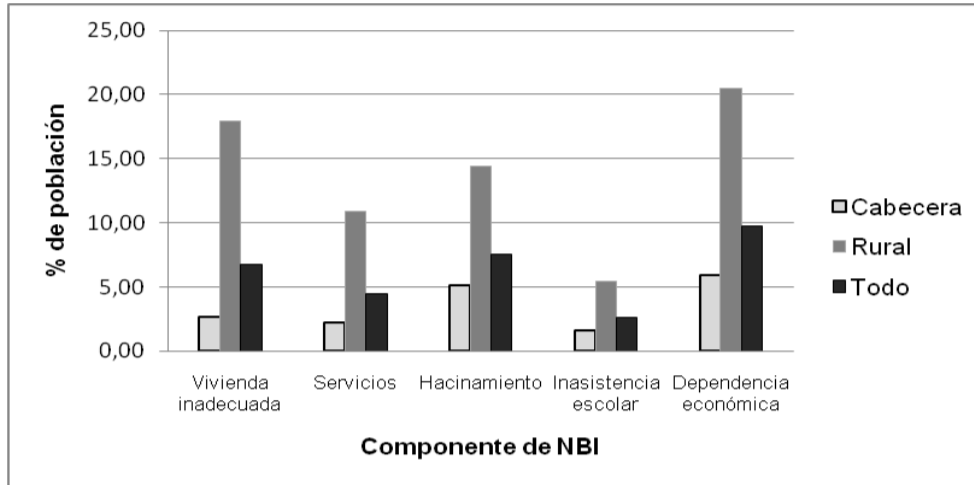


Figura 13. Componentes de Necesidades Básicas Insatisfechas en Santander

Fuente de datos de NBI: DANE, datos de NBI actualizados a junio de 2011. Fuente de cálculos: OSPS.

Es necesario destacar que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de menor calidad⁴⁰. Los lazos que vinculan a la salud con la reducción de la pobreza y con el crecimiento económico a largo plazo son muy sólidos. La carga de morbilidad puede representar un freno radical al crecimiento económico, por lo que debe ser objetivo prioritario de toda estrategia integral de desarrollo. Las mejoras en materia de salud se traducen en mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menor crecimiento de la población⁴¹.

Aspectos ambientales

Calidad del aire

La calidad del aire se ha medido tradicionalmente por el grado de contaminación atmosférica presente en un lugar determinado. La contaminación atmosférica se define como la presencia en el aire de materias o formas de energía que impliquen riesgo, daño o molestia grave para las personas y bienes de cualquier naturaleza⁴².

Desde el año 2001, el Área Metropolitana de Bucaramanga, cuenta con un Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire, de la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB), que reúne características de calidad, operatividad, garantía y expansión que la ubica a la altura de las mejores a nivel nacional e internacional. Actualmente, la Red cuenta con 2 estaciones de meteorología y ocho (8) estaciones de monitoreo instaladas en diferentes puntos del AMB que monitorean de manera continua la presencia en el aire de los que se denominan contaminantes de acuerdo al siguiente criterio: material particulado (PM10), Monóxido de carbono, Óxidos de nitrógeno, Dióxido de azufre y Ozono troposférico (ver figura 14).

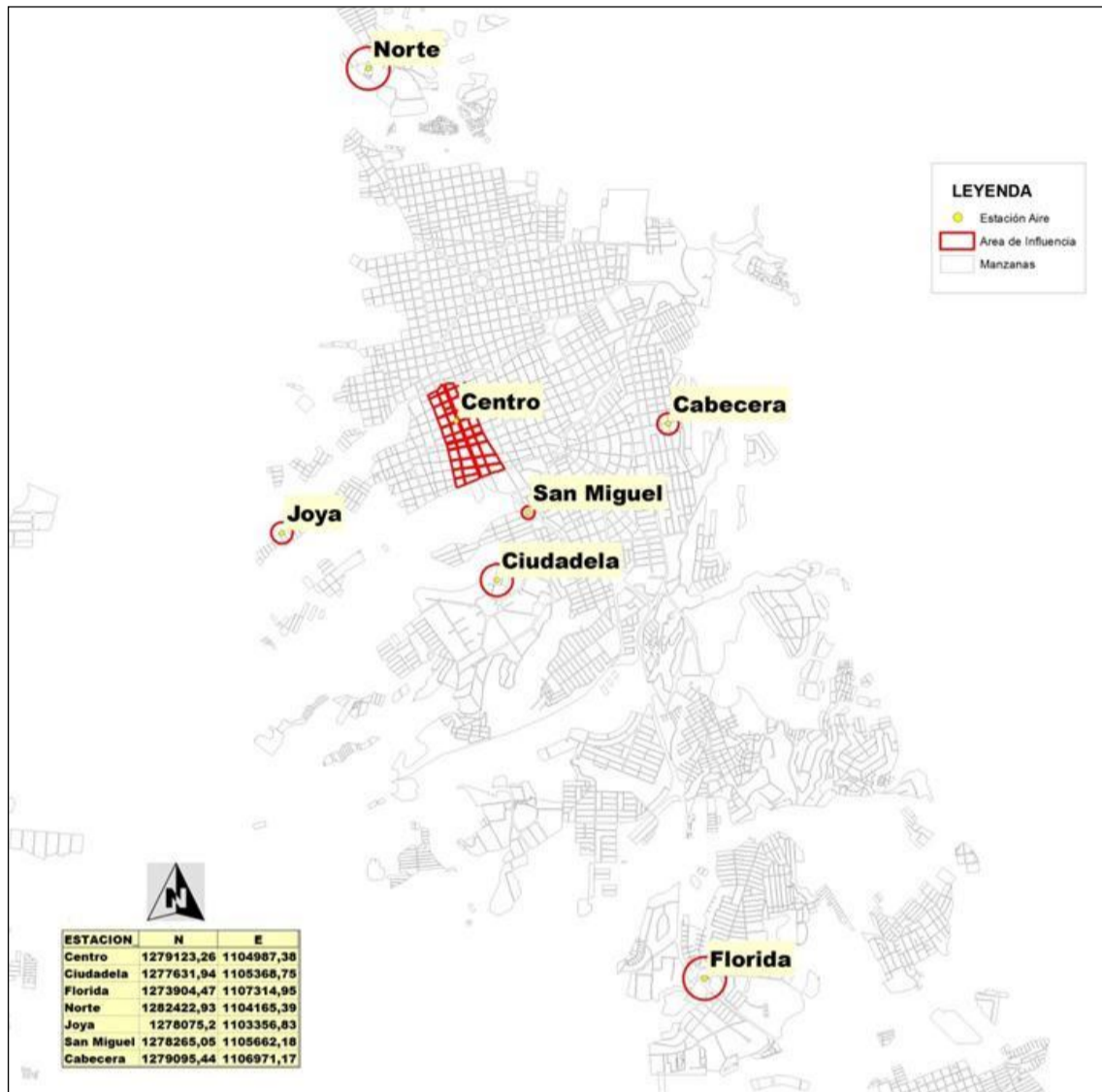


Figura 14. Ubicación de los sitios de monitoreo de la calidad del aire. Área Metropolitana de Bucaramanga, 2011

Fuente: CDMB. Sistema de Vigilancia de Calidad del Aire.

En el ámbito nacional, el estudio de la calidad del aire en relación con la salud se ha generado en las ciudades de Bogotá y Cali, principalmente. Sin embargo al observar que la morbilidad respiratoria en Bucaramanga es una de las más altas en Colombia⁴³, recientemente se ha desarrollado investigación aplicada en esta área. Desde 2006 el grupo de trabajo conformado por Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga (CDMB), el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) y la Escuela de Medicina de la Universidad Industrial de Santander (UIS), apoyados por las secretarías de salud departamental de Santander (SSS) y municipal de Bucaramanga (SSAB), Colciencias y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT) han desarrollado una serie de investigaciones, cuyo propósito ha sido caracterizar la contaminación atmosférica en la ciudad de Bucaramanga y estudiar los efectos, principalmente de tipo respiratorio, en poblaciones con diferentes características.

Los resultados más importantes de estos estudios han mostrado que:

- De los vehículos que utilizan combustibles fósiles, como los buses, vehículos y motos, se derivan los principales componentes del material particulado PM10 y por tanto son los principales generadores de contaminación atmosférica en el municipio de Bucaramanga y Floridablanca⁴⁴.
- La medición extradomiciliaria de PM10 (monitores de la red) no es siempre un buen indicador de la exposición intradomiciliaria, es decir de la concentración de PM10 a la que una persona está expuesta al interior de su vivienda o sitio de trabajo, pues existen otras condiciones internas que pueden afectar dicha concentración.



- En preescolares sanos al parecer no existe un efecto contundente de la contaminación atmosférica externa sobre la incidencia de síntomas respiratorios⁴⁵. Sin embargo, en poblaciones pediátricas y adultas susceptibles (con enfermedad cardiovascular o respiratoria crónica) la contaminación externa es un factor de riesgo importante de la ocurrencia de síntomas respiratorios, y este efecto negativo se presenta en sitios con concentraciones promedio diario de PM10 que superan los 60 µg/m³⁴⁶.
- La exposición a contaminantes biológicos intramurales, como hongos y ácaros, junto con los antecedentes de prematuridad y familiares de asma, se relacionan con síntomas indicativos de asma bronquial en la población pediátrica de Bucaramanga⁴⁷.

Calidad del agua

En Colombia el Sistema de Vigilancia de la Calidad del Agua Potable (SIVICAP) es el registro oficial del Instituto Nacional de Salud en términos de calidad del agua. Este sistema utiliza el Índice de Riesgo Para el Consumo de Agua Potable (IRCA), para medir el nivel de riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de agua potable. El IRCA utiliza para su medición los diferentes indicadores físico-químicos y microbiológicos que se realizan a las muestras de agua tomadas en los municipios y realiza una ponderación según su resultado que finalmente lleva a un índice entre 0 y 100% de riesgo que cualitativamente se agrupa en cuatro niveles para facilitar su interpretación: Sin Riesgo entre 0% - 5% (agua apta para consumo humano); Riesgo Bajo entre 5,1% - 14%; Riesgo Medio entre 14,1% - 35% y Riesgo Alto con IRCA entre 35,1% - 70%.

La figura 15 muestra la proporción de municipios por cada categoría del índice IRCA desde el año 2008 al 2011. Se puede observar durante los tres primeros años una tendencia a la disminución porcentual de los municipios en riesgo alto (de 32% en el 2008 hasta 15% en el 2010) e incremento de los de riesgo medio (de 38% en el 2008 hasta 55% en el 2010); sin embargo, este comportamiento se revierte en el año 2011 con el agravante que se reduce el porcentaje de municipios con riesgo bajo y sin riesgo (29%), y aparece un municipio con calidad de agua inviable. Es de aclarar que en este análisis no se incluyen los municipios del área metropolitana de Bucaramanga ni Barrancabermeja.

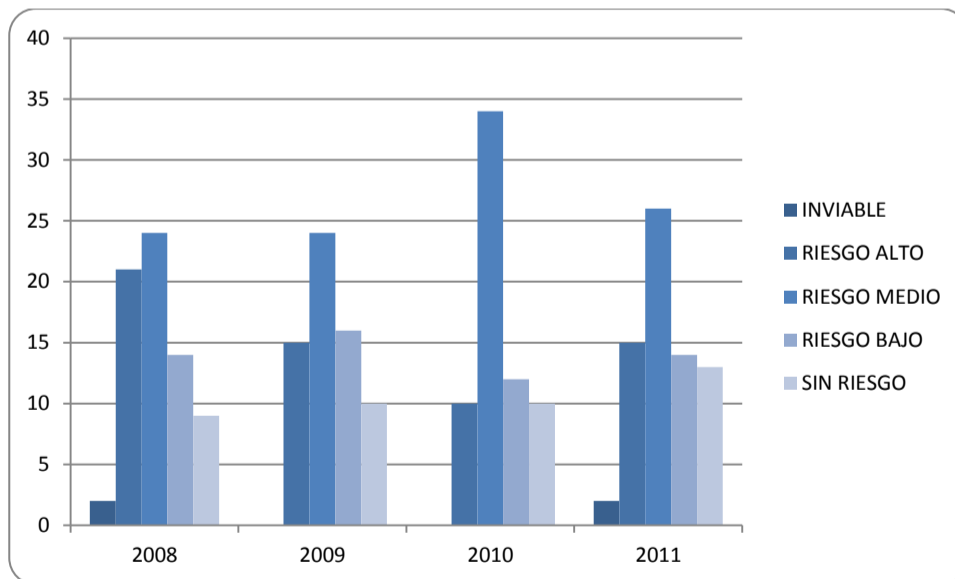


Figura 15. Porcentaje de municipios por categorías de acuerdo al índice de riesgo para el consumo de agua potable (IRCA). Santander, 2008–2011

Fuente: Oficina de Salud Ambiental - Secretaría de Salud Departamental, 2011

En el siguiente mapa se presentan los índices de riesgos para el consumo de agua (IRCA) correspondientes al año 2011 (corte agosto de 2011) de los municipios del departamento de Santander, indicando con color más oscuro los municipios que tienen IRCA más elevados, y por tanto mayor riesgo de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de agua. De acuerdo



con esta información, se puede observar que en términos de Núcleo de Desarrollo Provincial, los de Vélez y Carare Opón, son los que tienen una mayor proporción de municipios con IRCA en Riesgo Alto. Los municipios de Florián, Jordán, Jesús María y Palmar fueron los que se destacaron por tener IRCA mayores a 50%, mientras que los municipios de Bolívar, Curití, Güepsa, Barrancabermeja, Girón, Los Santos, Tona, Puente Nacional, San Gil y Socorro se destacaron por tener IRCA menores al 5% (ver figura 16).

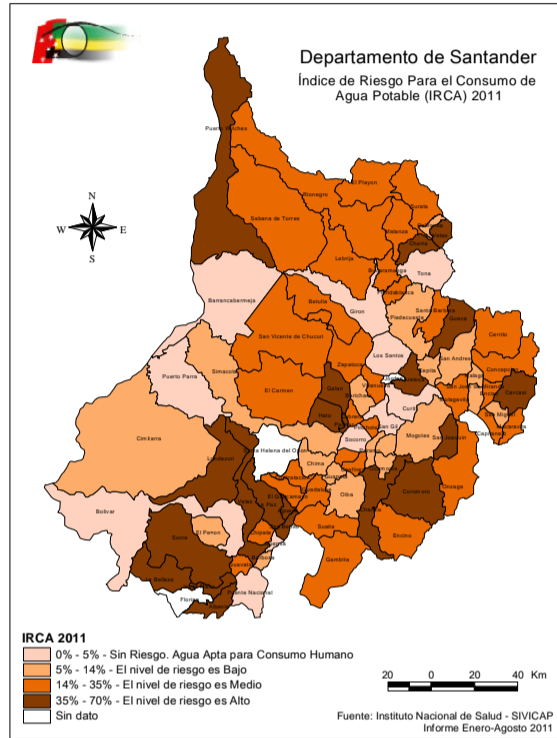


Figura 16. Índice de riesgo para el consumo de agua potable (IRCA) por municipios. Santander, 2011
Fuente: Oficina de Salud Ambiental, Secretaría de Salud Departamental, 2011

Disposición de residuos sólidos⁴⁸

El departamento de Santander produjo en 2009 1.012 toneladas diarias (ton/día) de residuos sólidos, representando esta cifra un incremento del 35,5%, comparada con la producción de residuos en el año 2006. De acuerdo con los registros de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios en 2010, el 96,5% de los residuos sólidos del Departamento están dispuestos en sistemas adecuados de disposición: 7 sistemas de relleno sanitario (953 ton/día) y 5 plantas integrales de aprovechamiento (23,1 ton/día). En estos sistemas se disponen residuos sólidos de 53 municipios (61% del total de Santander), mientras que los 34 municipios restantes disponen inadecuadamente mediante quema, entierro o botadero a cielo abierto 36,4 ton/día de residuos sólidos que representan el 3,6% de la producción del departamento, incumpliendo con la normatividad vigente (ver figura 17).

El relleno sanitario El Carrasco, es el más grande del departamento y recibe cerca de 734,3 ton/día de residuos (72,6% de la producción del departamento) provenientes de 11 municipios (Bucaramanga, Piedecuesta, Floridablanca, Girón, Matanza, Suratá, Lebrija, Rionegro, California, Charta y Playa Blanca) y la localidad de Ruitoque. La producción de Bucaramanga, genera aproximadamente 562 Ton/día, es decir, el 76,5% de los residuos recibidos en el sitio. Teniendo en cuenta que la vida útil de El Carrasco culminó en el mes de febrero de 2007, actualmente se encuentra operando en una celda transitoria ubicada en los mismos predios ya la vez adelanta las gestiones ante la autoridad ambiental (CDMB) para el otorgamiento de la licencia y posterior entrada en operación de un nuevo sitio de disposición. Por su parte, el Relleno Sanitario El Cucharó, el segundo más grande en Santander, recibe 37,2 ton/día de 26 municipios, es decir, que opera el 3,7% de la producción total del departamento y cuenta con una vida útil de terminación hasta el 29 de junio del 2015. Estos dos rellenos sanitarios reciben la disposición final del 42,5% (37 municipios) de los municipios y el 59,2% del total de residuos diarios generados en Santander.

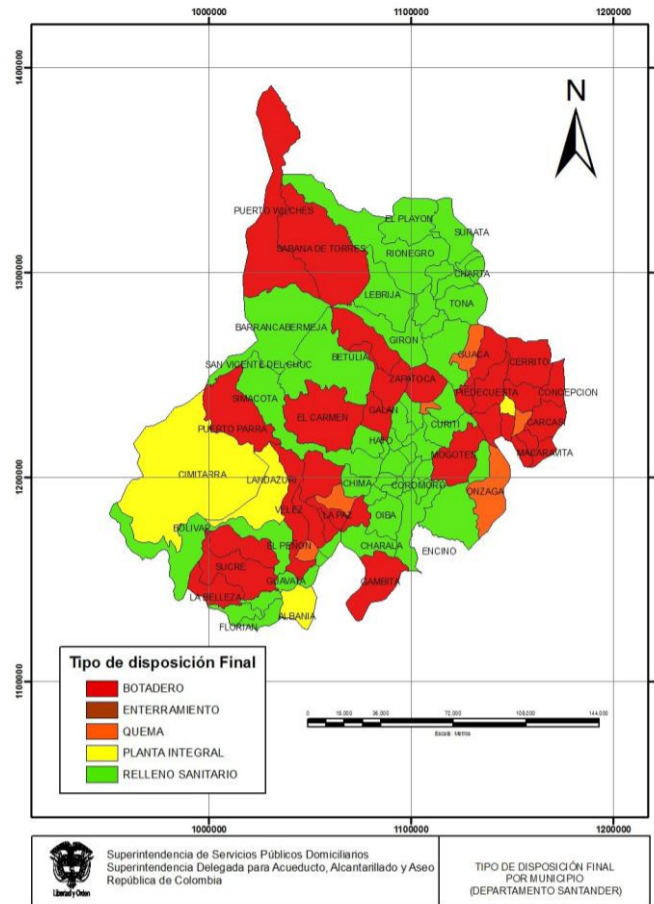


Figura 17. Sistemas de disposición final. Santander, 2010

Fuente: SUI – SSPD

Teniendo en cuenta que la vida útil de este sitio culminó en el mes de febrero de 2007, actualmente la empresa operadora del Carrasco se encuentra maniobrando en una celda transitoria ubicada en los mismos predios y a la vez adelanta las gestiones ante la autoridad ambiental (CDBM) para el otorgamiento de la licencia y posterior entrada en operación de una nueva celda de disposición. Así mismo, el Relleno Sanitario El Cucharó operado por ACUASAN el cual recibe 37,2 ton/día de 26 municipios, es decir, que opera el 3,7% de la producción total del departamento, cuenta con una vida útil de terminación hasta el 29 de junio del 2015.

Todavía es preocupante la situación en el departamento, ya que 34 municipios disponen inadecuadamente 36,4 ton/día que representan el 3,6% de la producción del departamento, evidenciando la importancia que las autoridades departamentales y municipales ofrezcan especial atención al cumplimiento de la normatividad vigente.

Sostenibilidad Ambiental

En el presente, el departamento de Santander afronta importantes retos en materia de sostenibilidad ambiental, la explotación incontrolada de sus recursos naturales, el estudio de zonificación forestal de Santander elaborado por la Corporación Nacional de Investigación y Fomento Forestal – CONIF en el año 2007, reveló que el 42,85% del suelo presenta conflicto en su uso, el cual se discrimina así: el 27,5% como inadecuado, el 10,03% como muy inadecuado, el 0,82% muy subutilizado y el 4,5% subutilizado. En la segunda etapa este estudio demostró que los ecosistemas en el departamento han perdido o son susceptibles de perder su capacidad de regulación y de auto sustentabilidad debido a que presentan una acelerada tasa de deforestación de 15 hectáreas por día.⁴⁹



Presencia de vectores

Según el informe del programa de control de las enfermedades de transmisión vectorial de la Secretaría de Salud de Santander, el Departamento en general continua registrando cifras elevadas en los índices de infestación larvaria de *Aedes Aegypti*, vector trasmisor del dengue. La tabla 6 muestra los resultados obtenidos en el año 2011 de la encuesta entomológica anual realizada en 30 municipios del departamento, donde se aprecia que solo 3 municipios (10% del total), Cabrera, Curití y Vélez registraron índices de infestación larvarios menores de 5% (cifra que se considera adecuada según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud – OPS). Llama la atención municipios como Capitanejo, Chipatá, los Santos, Puerto Wilches y Sabana de Torres con encuestas que registran más de 20 casas infestadas con criaderos de *Aedes Aegypti* por cada 100 inspeccionadas.

Tabla 6. Índice de Infestación Larvaria de *Aedes Aegypti* por Municipios - Santander 2011

Municipio	Índice de infestación larvaria		
	Casas		
	Inspeccionadas	Positivas	%
Barbosa	665	88	13,2
Barichara	331	51	15,4
Barrancabermeja	8.007	1.106	13,8
Bucaramanga	6.566	614	9,35
Cabrera	48	1	2,1
Capitanejo	482	122	25,3
Charalá	401	71	17,7
Chipatá	71	29	40,8
Confines	77	5	6,5
Curití	247	12	4,9
Floridablanca	1.424	224	15,7
Galán	120	6	5,0
Girón	738	78	10,6
Guapotá	78	7	9,0
Guavatá	104	11	10,6
Los Santos	291	80	27,5
Ocamonte	106	7	6,6
Oiba	271	24	8,9
Palmar	105	14	13,3
Paramo	138	9	6,5
Pinchote	142	18	12,7
Puente Nacional	314	31	9,9
Puerto Wilches	373	95	25,5
Sabana de Torres	237	102	43,0
San Gil	1.935	211	10,9
Santa Helena del Opón	30	8	26,7
Simacota	199	20	10,1
Valle de San José	113	15	13,3
Vélez	92	2	2,2
Villanueva	271	31	11,4
Zapatoca	178	24	13,5

Fuentes: Secretaría de Salud de Santander, Programa Control de Vectores y Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, Programa Control Dengue

La presencia de vectores transmisores del *Trypanosomacruzi* causante de la enfermedad de Chagas, ha sido detectada en 47 municipios del departamento durante los años 2006 a 2010 por el programa de Enfermedades de Transmisión Vectorial de la Secretaría de Salud de Santander (ver figura 18).

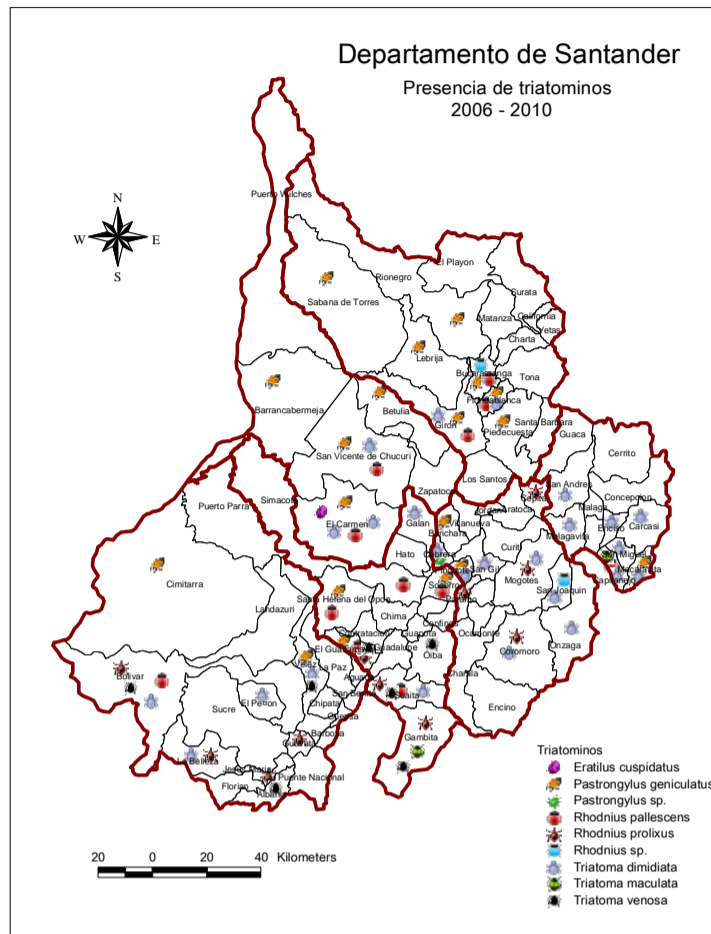


Figura 18. Ubicación de especies de Triatominos por municipios. Santander, 2011

Fuente: Oficina de Enfermedades de Transmisión Vectorial (ETV). Secretaría de Salud Departamental, 2011

Determinantes estructurales

Educación

Distribución de población por nivel educativo: En Santander a 2005, el 41,1% de la población había alcanzado la básica primaria como máximo nivel educativo, seguido por secundaria con un 28,6%. Tan solo un 11,6% de la población había logrado estudios superiores y de postgrado, y un 9,8% no contaba con ningún tipo de nivel educativo. Los niveles de media técnica, normalista y preescolar representan el 8,7% restante⁵⁰.

Índice de analfabetismo: en 2005, el 8% de la población de 5 años y más, no sabía leer ni escribir, tal como sucedía con el 7,7% de las personas de 15 años y más. Se observa una marcada diferencia entre las tasas de analfabetismo en las cabeceras municipales y el resto, pues en la población de 5 años y más, la tasa correspondiente a las cabeceras se estimó en 5,7%, siendo la del resto 14,7%. Para los de 15 años o más, la tasa presentada en las cabeceras fue de 5,2%, mientras que la del resto equivale a 15,5%³², indicando que el analfabetismo a nivel rural es alto.

Coberturas de educación: en el departamento y en el país, de acuerdo con los indicadores reportados por el Ministerio de Educación nacional (MEN)⁵¹, las coberturas educativas brutas[†] y netas[‡] de educación básica y media han presentado un aumento progresivo durante los últimos

[†]Cobertura bruta: De acuerdo con el MEN, corresponde a la relación porcentual entre los alumnos matriculados en un nivel de enseñanza específico (independiente de la edad que tengan) y la población escolar que tiene la edad apropiada para cursar dicho nivel. Se calcula de la siguiente manera:

TCB preescolar = (Matriculados en transición/Población de 5 años) x 100
TCB primaria = (Matriculados en primaria / Población con edades entre 6 y 10 años) x 100
TCB secundaria = (Matriculados en secundaria / Población con edades entre 11 y 14 años) x 100
TCB media = (Matriculados en educación media/ Población con edades entre 15 y 16 años) x 100

[‡]Cobertura neta: De acuerdo con el MEN, es la relación entre estudiantes matriculados en un nivel educativo que tienen la edad adecuada para cursarlo y el total de la población en el rango de edad apropiado para dicho nivel. Por nivel educativo este indicador se calcula de la siguiente manera:

TCN transición = (Matriculados en transición con 5 años / Población de 5 años) x 100
TCN primaria = (Matriculados en primaria con edades entre 6 y 10 años / Población con edades entre 6 y 10 años) x 100



años, especialmente relacionado con aumentos de cobertura en los niveles de transición, educación básica secundaria y media. En Santander se pasó de una cobertura bruta en educación básica y media de 88,0% en 2002 a una de 102,1% en 2010, y de una cobertura neta de 83,5% en 2002 a 90,7% en 2010.

No obstante, se mantienen grandes diferencias entre las coberturas bruta y neta; comportamiento que se observa en el país, en el departamento y en sus municipios. En la figura 19 se presentan las coberturas bruta y neta departamentales por nivel educativo en los años 2009 y 2010, y en las figuras 20 y 21 se presentan las medianas municipales de las coberturas brutas y netas de educación básica y media en el quinquenio 2006-2010.

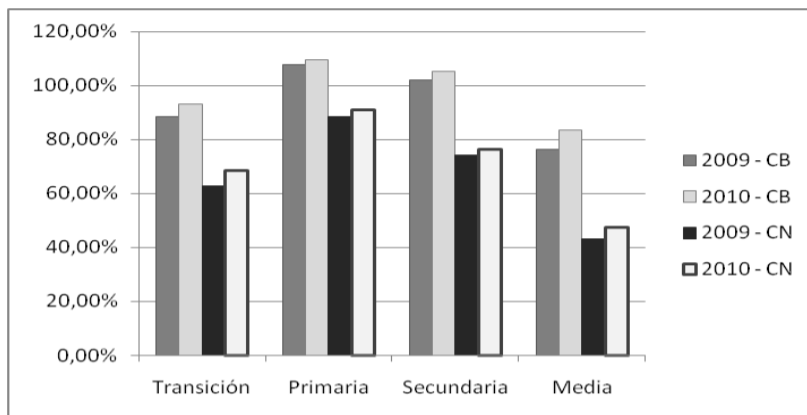


Figura 19. Coberturas bruta y neta por nivel educativo. Santander, 2009 y 2010

Fuente datos: Ministerio de Educación Nacional (MEN) - Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2010].

Fuente de cálculos: OSPS

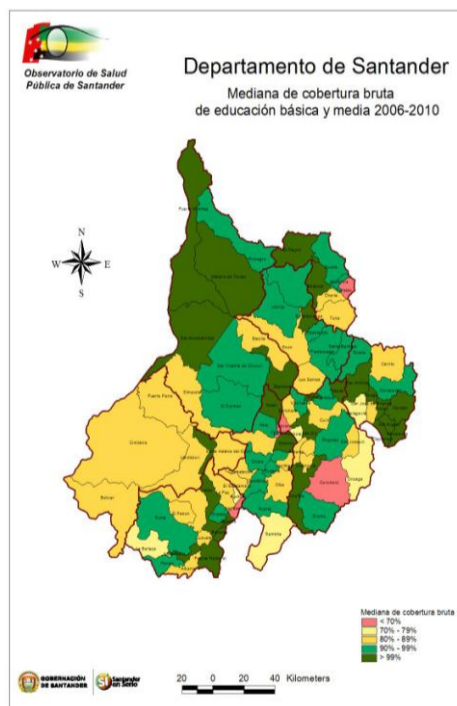


Figura 20. Cobertura educativa bruta en los municipios de Santander.

Fuente datos: MEN - Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2010].
Fuente de cálculos: OSPS

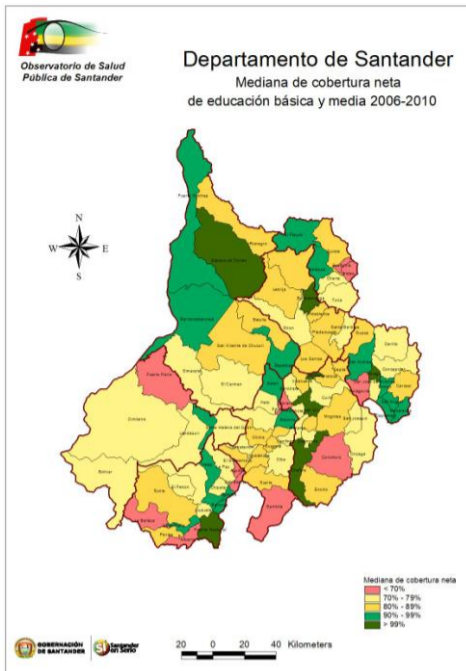


Figura 21. Cobertura educativa neta en los municipios de Santander.

Fuente datos: MEN - Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2010]
Fuente de cálculos: OSPS

En cuanto a la educación superior, según el Sistema de Información para la Educación Superior SNIES⁵² en Santander para el año 2011, existen 16 instituciones de este tipo, discriminadas como se presenta en la tabla 7, de las cuales, la Universidad Industrial de Santander (UIS) se destaca por contar con la mayor oferta de programas académicos (143) y ser la única institución acreditada.

Tabla 7. Instituciones de Educación Superior en Santander

Nivel de Formación	Número de Instituciones	Instituciones
Institución Técnica Profesional	1	Corporación Interamericana de Educación Superior CORPOCIDES
Institución Tecnológica	3	Unidades Tecnológicas de Santander Corporación Educativa ITAE Tecnológica FITEC
Instituciones Universitarias	4	Corporación Escuela Tecnológica del Oriente Fundación Universitaria de San Gil Instituto Universitario de la Paz Corporación Universitaria de Investigación y Desarrollo UDI
Universitaria	8	Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) Universidad de Santander (UDES) Universidad Cooperativa de Colombia (UCC) Universidad Libre Universidad Industrial de Santander (UIS) Universidad Santo Tomás (USTA) Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) Universidad Manuela Beltrán (UMB)

Fuente: MEN - Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Disponible en: <http://snies.mineducacion.gov.co/ConsultaSnies/ConsultaSnies/consultandoinstitucionessnies.jsp>

Componente de investigación

Los grupos de investigación científica o tecnológica son definidos por Colciencias como conjuntos de individuos «que se reúnen para realizar investigación en una temática dada, formulan uno o varios problemas de su interés, trazan un plan estratégico de largo o mediano plazo para trabajar en él y producen unos resultados de conocimiento sobre el tema en cuestión»⁵³.

En Santander, los grupos de investigación en salud iniciaron su aparición el año 1983 con el grupo de Neurociencias y Comportamiento UIS-UPB, seguido por la creación del CINTROP en 1991. Actualmente, cuenta con 57 de los 81 grupos vinculados al Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud PNCYTS⁵⁴ que existen en la Región Centro Oriente, ubicándose como el cuarto departamento en cantidad de grupos en salud a nivel nacional.



Del total de grupos, el 84% presenta vinculación principal con el programa de salud y el 16% restante vinculación secundaria con el mismo y se encuentran concentrados en 5 municipios haciendo mayor presencia en la ciudad de Bucaramanga, como se evidencia en la tabla 8.

Tabla 8. Distribución municipal de los grupos de investigación en salud en Santander

Municipio vinculado	Principal con PNCYTS*vin.	Secundaria con PNCYTS*
Bucaramanga	39	7
Floridablanca	7	1
Piedecuesta	1	0
San Gil	1	0
Barrancabermeja	0	1
Total	48	9

Fuente: Información de la Plataforma ScienTI de Colciencias. Fecha de corte 30 de sept/ 2010.
PNCYTS: Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud

En general, la mayoría de los grupos de investigación en salud en Santander se encuentran clasificados por Colciencias en la categoría D; sin embargo, en los grupos con vinculación principal con el programa de salud, existe una proporción importante en la categoría B.

Por su parte, los investigadores que trabajan al interior de los grupos cuentan en su mayoría con formación en maestría en el caso de los grupos que tienen vinculación principal con el PNCYTS y de especialización en los que tienen vinculación secundaria con dicho programa. Los investigadores con formación doctoral y postdoctoral representan el 19% y 16% respectivamente. La tabla 9 muestra el nivel de formación de los investigadores de Santander según los grupos de investigación.

Tabla 9. Nivel de formación de los investigadores en Santander

Nivel de Formación	Vinc. Principal con PNCYTS	Vin. Secundaria con PNCYTS
Posdoctorado	7%	3%
Doctorado	12%	13%
Maestría	37%	26%
Especialización - Residencia Médica	14%	10%
Especialización	17%	44%
Profesional	13%	5%

Fuente: Información de la Plataforma ScienTI de Colciencias. Fecha de corte 30 de sept 2010.

Por otro lado, se encontraron 16 instituciones, mostradas en la tabla 7, dando respaldo a los grupos de investigación en Santander, algunas de ellas internacionales, explicado por las alianzas declaradas por los grupos. Es de destacar que la Universidad Industrial de Santander presenta la mayor cantidad de grupos en salud en el departamento, así como la presencia de instituciones de carácter no educativo en el apoyo a grupos de investigación, como es el caso de la Asociación de estudiantes y profesionales de Ingeniería Biomédica, la Corporación Polo de Empresarios de Software, la Fundación Info Vida, la Fundación para el Avance de la Anatomía Patológica, Citología y Clínica Molecular, la Fundación Cardiovascular de Colombia y la Fundación Oftalmológica de Santander- Clínica Carlos Ardila Lulle.



Laborales

La productividad laboral[§] de Santander, la cual a pesar de continuar por encima de la media nacional, presenta una tendencia a la baja desde el 2009, año en el cual pasó del sexto al noveno lugar, lo cual significó una variación de -11,21% (ver figura 22).

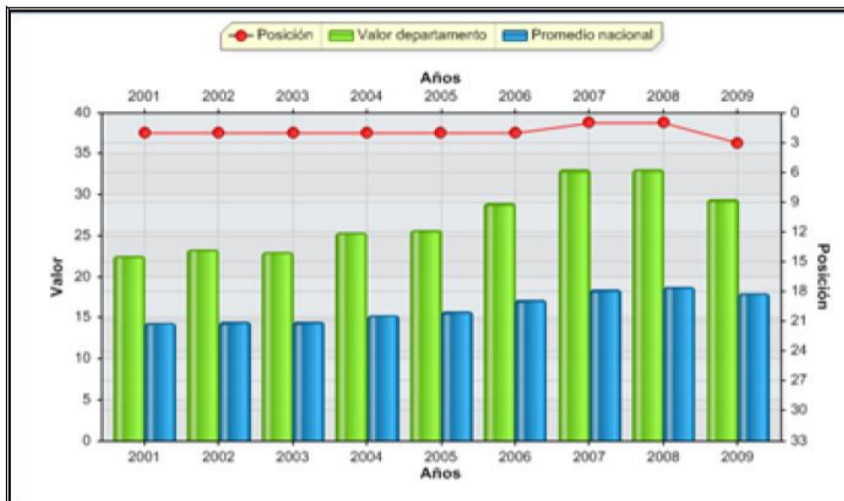


Figura 22. Productividad Laboral. Santander, 2001-2009

Fuente: DNP-DDTS, Tomado del Plan de Desarrollo Departamento de Santander 2012-2015 el Gobierno de la Gente

Los resultados frente al empleo en el año 2011 muestran cifras esperanzadoras, pues los desempleados en el 2011 llegaron sólo al 7,6%, la tasa de subempleo llegó al 28,9%, cifra que mejora la tendencia de los últimos años, y el empleo inadecuado por competencia e ingreso disminuyó significativamente comparado con el año anterior (ver tabla 10)⁵⁵.

Tabla 10. Indicadores de empleo de Santander 2001-2011

Año completo	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tasa Global de Participación TGP	66,7	67,4	67,4	65,7	66,8	62,0	56,8	58,4	64,3	66,6	67,5
Tasa de Ocupación TO	57,1	56,5	57,6	56,3	58,6	55,0	51,1	53,2	59,2	60,7	62,4
Tasa de desempleo TD	14,4	16,2	14,5	14,4	12,2	11,4	10,1	8,8	7,8	8,4	7,6
Tasa de desempleo Abierto	13,4	15,5	3,8	13,0	11,2	10,2	9,0	8,0	7,3	8,4	7,2
Tasa de desempleo Oculto	1,0	0,7	0,7	1,4	1,0	1,2	1,0	0,8	0,5	0,4	0,4
Tasa de subempleo	32,8	32,4	34,0	35,2	37,6	36,4	30,5	24,6	30,6	32,2	28,9
Insuficiencia de horas	13,7	11,7	10,3	11,2	11,6	11,7	6,2	4,9	7,0	7,2	8,9
Empleo inadecuado por competencias	2,9	3,9	3,6	4,0	5,3	9,4	15,7	18,2	19,6	20,8	17,2
Empleo inadecuado por ingresos	27,0	28,2	29,0	29,9	32,6	32,2	27,7	22,7	28,0	29,7	25,4

Fuente: DANE, 2011

[§] El sistema de gestión para la productividad laboral-SIGPROL define la Productividad Laboral como el resultado de un sistema inteligente que permite a las personas en un centro de trabajo, optimizar la portación de todos los recursos naturales, financieros y tecnológicos que concurren en la empresa, para producir bienes y/o servicios con el fin de promover la competitividad de la economía nacional, mejorar la sustentabilidad de la empresa, así como de mantener y ampliar la planta productiva nacional e incrementar los ingresos de los trabajadores.



Determinantes intermedios

Vivienda

Santander presenta según las cifras del censo DANE 2005- un número de asentamientos precarios equivalente al 9% del total de las viviendas existentes, es decir, aquellas que se encuentran en zonas de riesgo y/o no cuentan con servicios básicos domiciliarios o están construidas sin ninguna técnica y con materiales precarios.

El número de hogares identificados como asentamientos precarios es de 45.336, distribuidos en los diferentes núcleos provinciales. El 53% se encuentran en la zona urbana y el 47% en la rural. La mayor cantidad de estos hogares se localiza en el Área Metropolitana de Bucaramanga y representa el 40% del total departamental, de ésta, el 31% son urbanos y 9% rurales. El déficit cuantificado en el departamento es de 60.049 viviendas, de las cuales el 70% se localizan en el Área Metropolitana de Bucaramanga, el 22,4% en Barrancabermeja y el 7,51 en las demás provincias.⁵⁶

El déficit cualitativo que ronda en 102.793 hogares, los cuales tienen condiciones inadecuadas de habitabilidad (26.4% zona urbana y 73.6% en la zona rural) tanto por materiales de la vivienda como por hacinamiento. Las cifras de damnificados por la ola invernal 2010-2011 son de 1.541 viviendas destruidas, ubicadas el 60% en las zonas rurales y el 40% en las zonas urbanas de los municipios⁵⁷.

Psicosociales

Consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011, realizada a 95.303 estudiantes (4.187 santandereanos), las prevalencias de uso de todas las sustancias evaluadas fueron más baja en el departamento que en el ámbito nacional.⁵⁸

Con respecto al consumo de tabaco y alcohol en el mes inmediatamente anterior al momento de realizar la encuesta, nuestro departamento mostró una prevalencia de 8,6% (Colombia 9,8%) y 34,3% (Colombia 39,8%) respectivamente; se destaca en el informe final la edad temprana de inicio en el consumo de tabaco y la alta frecuencia en el consumo de alcohol a nivel general (ver figura23).

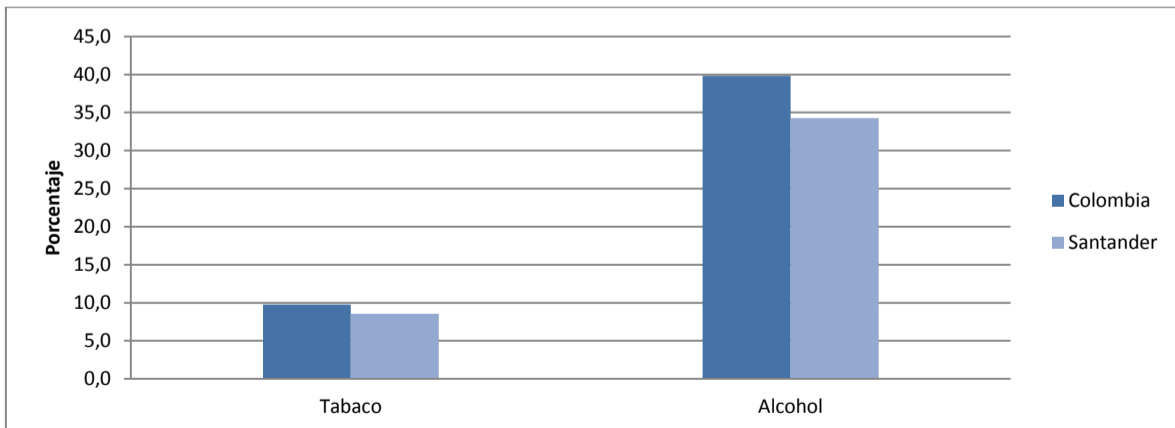


Figura 23. Prevalencia último mes de consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes de secundaria Colombia y Santander 2011

Fuente de datos: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011

Con respecto a medicamentos tranquilizantes tomados sin prescripción médica, la prevalencia de uso a nivel de Santander fue de 0,6% contra la del país que fue de 0,8%; es importante en este



tema, insistir en el fortalecimiento de las medidas de vigilancia frente a las entidades que despachan medicamentos de control especial sin el cumplimiento de los requisitos exigidos. Frente al consumo de sustancias ilícitas, la prevalencia más alta se da en el consumo de marihuana (3,8% en Santander contra 5,2% a nivel país) y la más baja, es para bazuco (0,28% frente a 0,47% en Colombia) (ver figura 24). Es importante mencionar el incremento en el consumo de sustancias sintéticas sobre las naturales tradicionales.

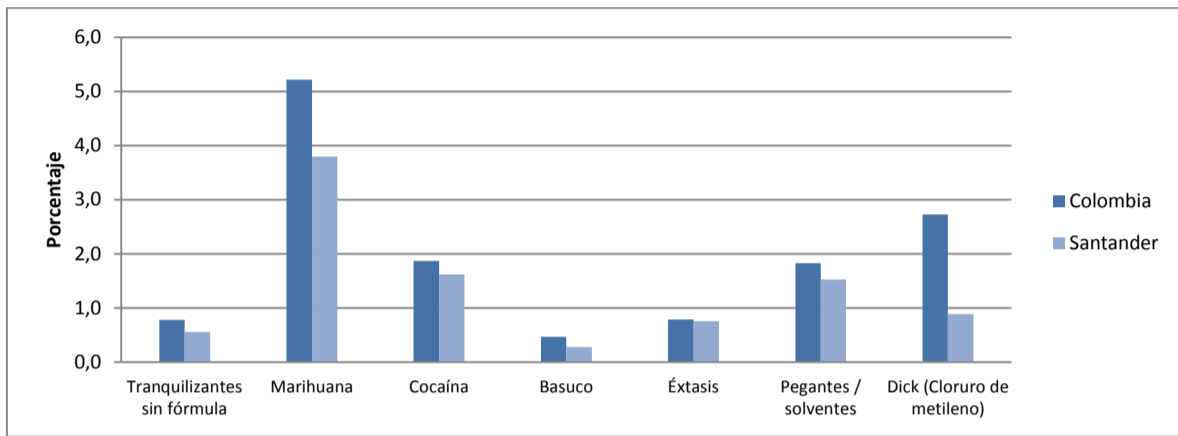


Figura 24. Prevalencia último año de consumo de tranquilizantes y sustancias ilícitas entre estudiantes de secundaria. Colombia y Santander, 2011

Fuente de datos: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011

El mencionado estudio realizó también una evaluación sobre la percepción del riesgo en el consumo de cigarrillo y alcohol de acuerdo a su frecuencia, la percepción del riesgo fue mayor cuando se indagó por consumo frecuente frente a consumo ocasional. Por otra parte, los porcentajes en que esto se percibió fueron mayores a nivel departamental que a nivel nacional; sin embargo, llama la atención que todavía existe un alto porcentaje de estudiantes (alrededor del 40% en cigarrillo y 55% en alcohol) que no perciben estos riesgos (ver figura 25).

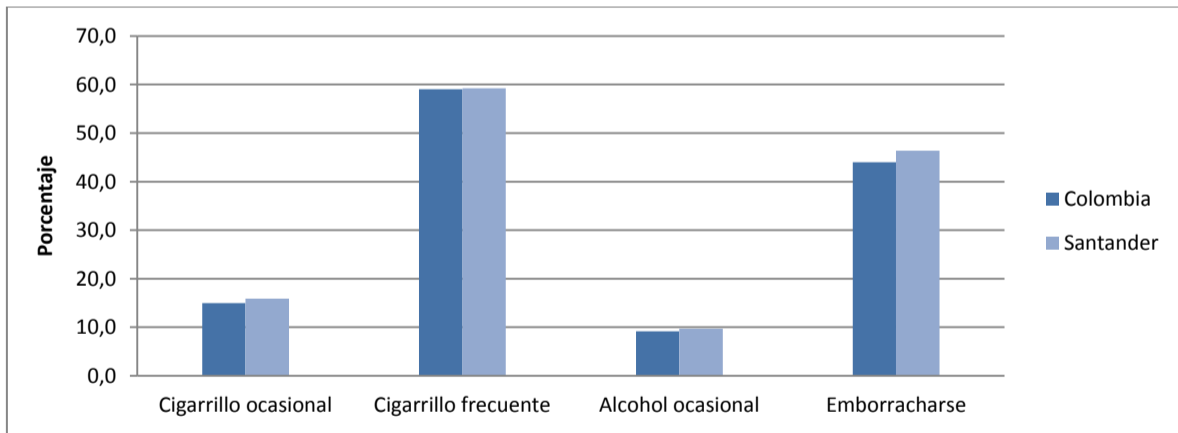


Figura 25. Estudiantes de secundaria que perciben gran riesgo frente al consumo ocasional y frecuente de cigarrillos y alcohol. Colombia y Santander, 2011

Fuente de datos: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011

Aunque con respecto al consumo de sustancias ilícitas el porcentaje de estudiantes que percibió gran riesgo por su consumo frecuente aumentó, estos porcentajes apenas superaron el 60% o estuvieron cerca a él, razón por la cual un poco menos de la mitad de los escolares no percibe su consumo frecuente como riesgoso, por lo que habrá que trabajar bastante en aspectos educativos y preventivos en este grupo poblacional (ver figura 26).

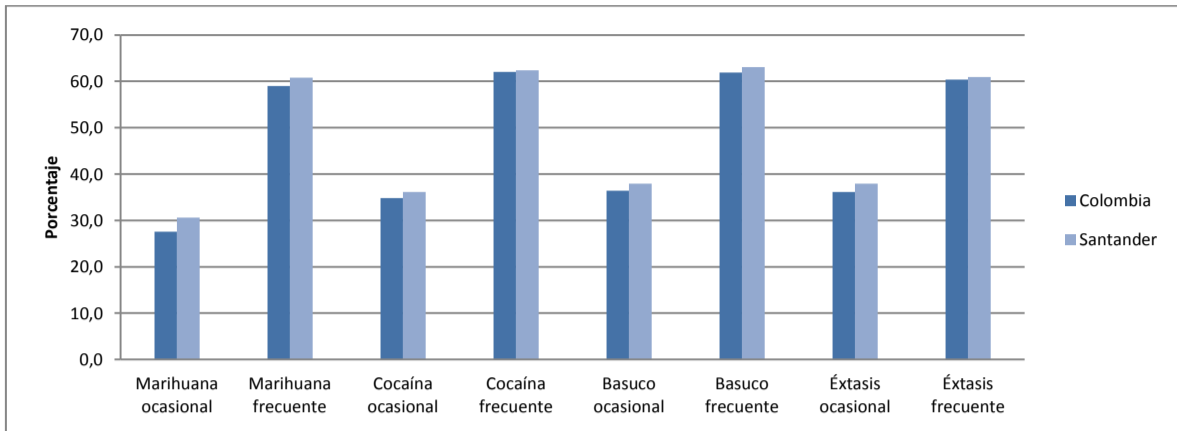


Figura 26. Estudiantes de secundaria que perciben gran riesgo frente al consumo ocasional y frecuente de sustancias ilícitas. Colombia y Santander, 2011

Fuente de datos: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011

Por último, con respecto a la facilidad de acceso a estas sustancias en el departamento de Santander, el 32% de los estudiantes encuestados refirió que la marihuana es la sustancia ilícita más fácil de acceder y la heroína la más difícil (4,7%). Sin embargo, hay que destacar que el alcohol fue reportado por el 71% de los estudiantes como de fácil adquisición, por lo que se recomienda fortalecer las medidas contra la venta de licores a menores de edad y otras medidas educativas a los padres de los menores, quienes muchas veces son los encargados de suministrarlo (ver figura27).

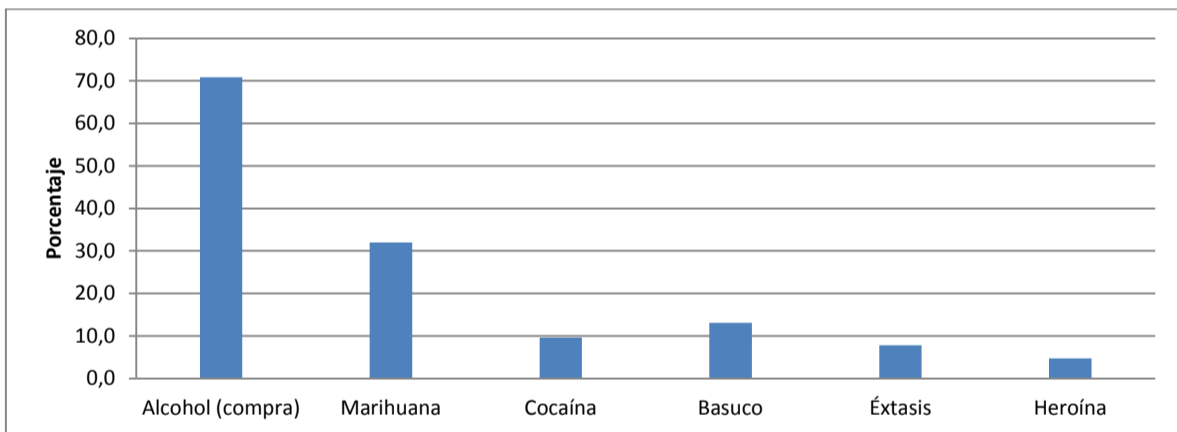


Figura 27. Estudiantes de secundaria que perciben facilidad para la obtención de droga en Santander 2011

Fuente de datos: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011

Violencia intrafamiliar

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia intrafamiliar es definida como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos⁵⁹.

En Santander existen dos fuentes principales de datos de la violencia intrafamiliar y sexual (VIF y VS), el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), referente del comportamiento de eventos violentos en el país, y el sistema departamental de vigilancia en salud pública, el cual integra a la violencia intrafamiliar y sexual como eventos de notificación obligatoria, iniciativa liderada por la Secretaría de Salud de Santander (SSS) desde el año 2004, con el apoyo del Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS). La notificación al sistema departamental de vigilancia se realiza principalmente desde las comisarías de familia, centros zonales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otros, los cuales envían el reporte a la Secretaría de Salud de Santander con una periodicidad mensual. Los resultados del trabajo conjunto realizado por el OSPS y el INML y CF con el apoyo del Comité Departamental de Violencia Intrafamiliar y Sexual de Santander,



integrando los datos provenientes de las dos fuentes de información en el departamento correspondientes a los años 2009 y 2010, se presentan a continuación.

Se analizaron 4.797 registros del año 2009 y 5.728 del 2010, que corresponden a tasas de incidencia notificada de violencia intrafamiliar y sexual de 23,9 y 28,5 por 10.000 habitantes en el departamento, respectivamente. La violencia de pareja, al igual que en años anteriores, fue proporcionalmente la más reportada, con cerca de la mitad (47,2%) de los reportes de ambos años. Se evidenció un incremento notorio en las tasas de violencia de pareja y contra menores correspondientes al año 2010, comparado con un descenso del 2008 al 2009. Llama la atención que la violencia contra menores de edad en 2009 tuvo unas cifras inferiores a las de los cuatro años anteriores, mientras que en el año 2010, las cifras fueron similares a las del año 2007. La incidencia de reportes de 2010 duplicó a la del año inmediatamente anterior debido a un incremento de más del 300% (de 173 casos en 2009 a 723 casos en 2010) en la notificación de maltrato por negligencia. Las tasas de VIF y VS en los últimos dos años muestran que las agresiones entre otros familiares ocupan el tercer lugar de ocurrencia. El reporte de violencia sexual, mantiene un descenso lento en los últimos cinco años, desde 6,1 casos por 10.000 habitantes en 2006 hasta 4,3 casos por 10.000 habitantes en 2010. En la figura 28 se presenta el comportamiento de las tasas de incidencia notificada por tipo de violencia en el período de estudio, incluyendo las de los años 2005 a 2008, previamente publicadas⁶⁰.

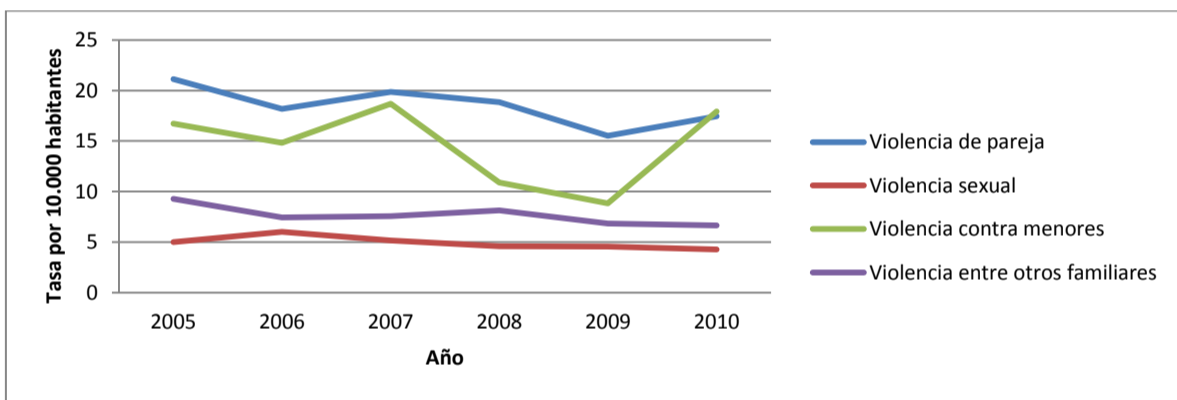


Figura 28. Incidencia notificada por tipo de Violencia, Santander 2005 – 2010

Fuente de datos: INML y CF, regional nororiental; Sistema departamental de Vigilancia en Salud Pública.

Fuente de cálculos: OSPS. Denominadores Violencia de pareja: población de 14 y más años; violencia sexual: total población; violencia contra menores: población menor de 18 años; violencia entre otros familiares: población de 18 y más años.

* Se excluyeron 1.002 reportes de los años 2006-2008 por falta de información sobre el tipo de Violencia.

† Se excluyeron 206 reportes de los años 2009 y 2010 del Sistema Departamental de Vigilancia por falta de información sobre el tipo de Violencia.

Dentro de los casos notificados en el sistema de vigilancia, el tipo de evento más frecuentemente reportado fue la agresión física, seguido del abuso sexual y de la violencia psicológica (ver figura 29).

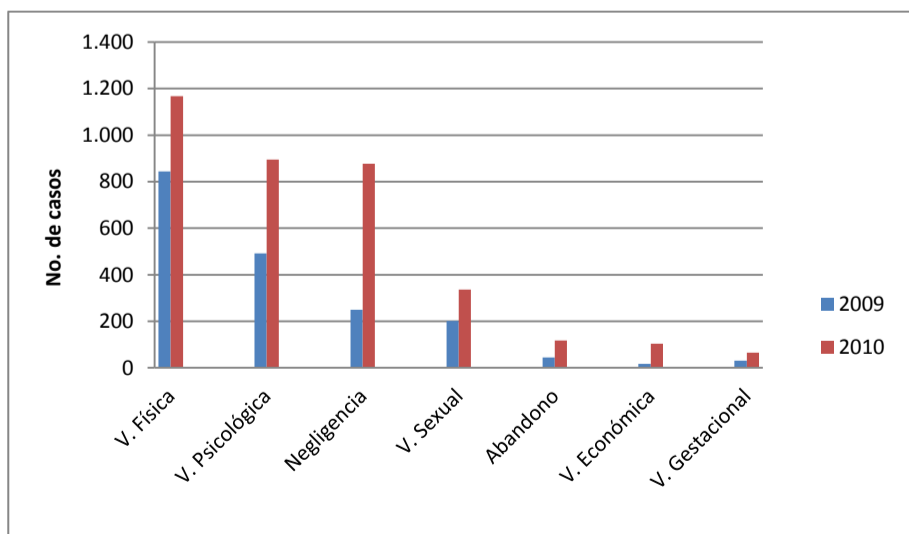


Figura 29. Casos notificados al sistema departamental de vigilancia según el tipo de agresión. Santander, 2009–2010

Fuente de datos: Sistema departamental de Vigilancia en Salud Pública.

Fuente de cálculos: OSPS

*Se excluyeron 206 reportes de los años 2009 y 2010 del Sistema Departamental de Vigilancia por falta de información sobre el tipo de Violencia.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER



Durante los dos años de estudio, los municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga constituyeron la principal fuente de casos, con el 80% de éstos en el año 2009 y el 59% en 2010. En total, se reportaron casos en residentes de 61 municipios del departamento en 2009 y de 83 municipios en el año 2010. El 13% de los hechos en el 2009 y el 10% en el 2010 se presentaron en un lugar diferente al municipio de residencia del agredido.

Las cinco tasas más altas dentro de los municipios con notificación en 2009 estuvieron entre 29 y 69 por 10.000 habitantes, y correspondieron a los municipios de Jesús María (69,2), Carcasí (54,2), Bucaramanga (42,6), Florián (36,2), y Girón (29,4). Las tasas más altas en el año 2010 estuvieron entre 66 y 117 casos notificados por cada 10.000 habitantes, y correspondieron a los municipios de Cimitarra (117,2), Palmas del Socorro (111,1), Cepitá (72,2), El Peñón (71,13) y Güepsa (66,9). Municipios como Jordán y Puente Nacional no reportaron casos de ningún tipo durante los dos últimos años. Otros como Guapotá y Contratación no tienen casos reportados en 2010, y 26 municipios no reportaron ningún evento en el 2009. De éstos últimos, llaman la atención municipios como Barbosa, Charalá, Guavatá, Güepsa, Ocamonte y Puerto Wilches, que a pesar de la ausencia de eventos en 2009, tuvieron tasas en 2010 por encima de los 20 casos por 10.000 habitantes. También se destacan municipios como Jesús María, Carcasí y Florián, cuyas tasas descendieron en más de 20 casos por 10.000 habitantes. En la figura 30 se muestra la distribución de las tasas generales por municipio en el departamento, en los años 2009 y 2010.

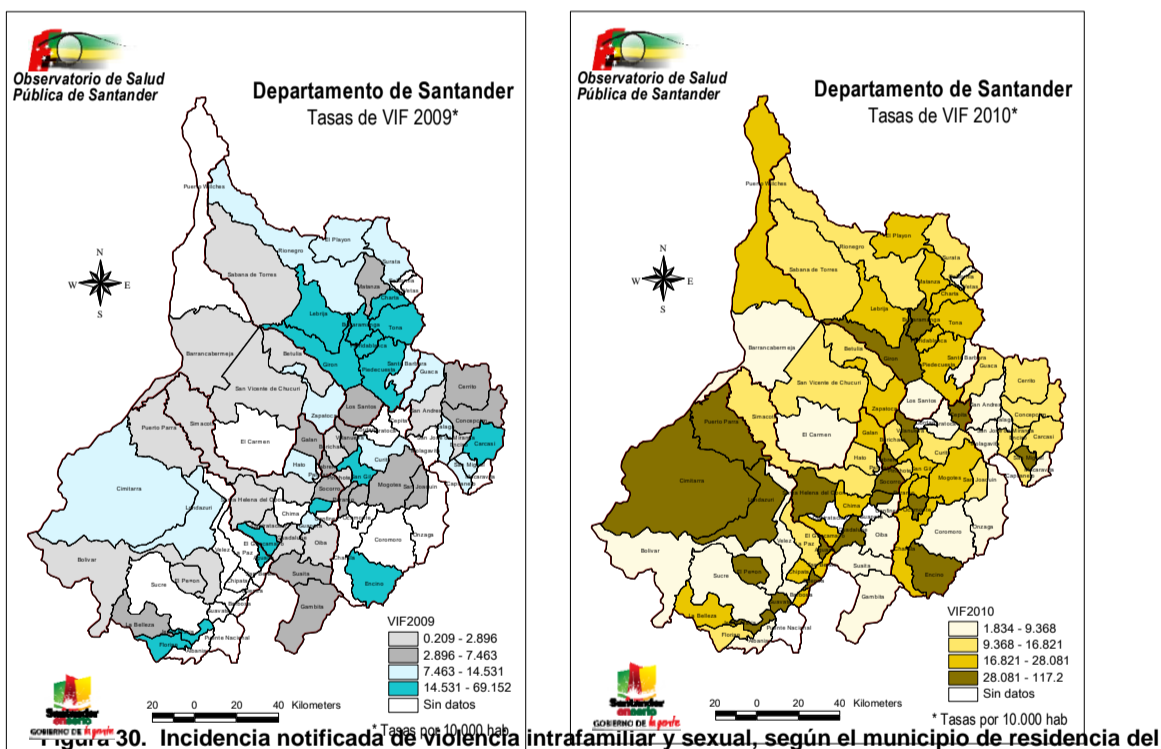


Figura 30. Incidencia notificada de violencia intrafamiliar y sexual, según el municipio de residencia del agredido.

Santander, 2009-2010†

Fuente de datos: INML y CF, regional nororiente; Sistema Departamental de Vigilancia en Salud Pública.

Fuente de cálculos: OSPS

†Se excluyeron 511 registros en 2009 y 337 registros en 2010 para un total de 845 registros sin dato de municipio de residencia del agredido.

La zona de residencia (urbana o rural) de los agredidos mostró que el 93,4% de los agredidos en 2009 y 85,7%, en 2010 pertenecían al área urbana.

Con respecto a la escena de ocurrencia de los eventos, en información recolectada en 6.048 registros por el INML y CF en la valoración de sus casos, se observó que aproximadamente 7 de cada 10 agresiones en cada año de estudio ocurrieron en la vivienda de la víctima. Como segundo lugar de ocurrencia fueron reportadas las calles y vías públicas (18% en 2009 y 20% en 2010), seguidas por bosques y terrenos baldíos, hospedajes y hoteles, supermercados, bares y centros educativos, estos últimos reportados en aproximadamente 1% de los casos (ver figura 31).

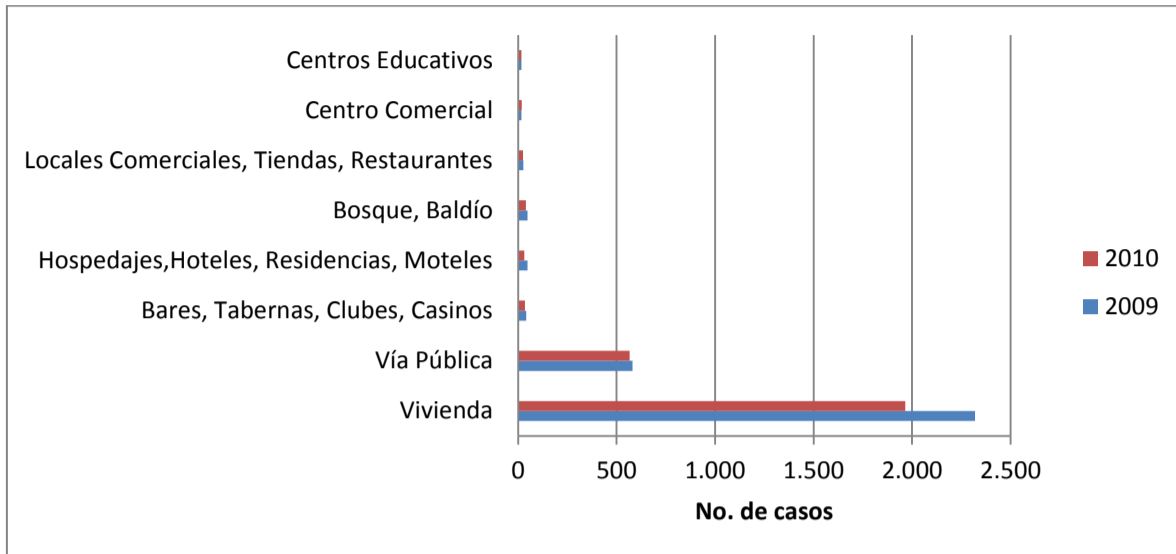


Figura 31. Principales sitios de ocurrencia de eventos los violentos notificados. Santander, 2009-2010

Fuente de datos: INML y CF, regional nororiente. Fuente de cálculos: OSPS

Los hechos violentos reportados ocurrieron en todos los meses del año, con un promedio de 363 casos/mes en 2009 y 411 por mes en el año 2010. Los meses con mayor reporte de casos en 2009 fueron agosto (447), mayo (405) y febrero (382), mientras que en 2010 fueron mayo (540), enero (475) y junio (435).

La mayor parte de los eventos ocurrieron el día domingo, con 906 casos en 2009 y 975 casos en 2010; seguido del sábado (721 y 704 casos en 2009 y 2010, respectivamente). En ambos años, alrededor del 40% de los casos registrados se presentaron el fin de semana. Las principales horas de ocurrencia de los eventos, dato registrado únicamente en los casos valorados por el INML y CF principalmente, fue entre las 6 de la tarde y las 12 de la noche (aproximadamente 43% de los casos en cada año), y entre las 12 del mediodía y las 6 de la tarde (26% de los casos en el 2009 y 21% en el 2010).

Biológicos y comportamentales

Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander

Los resultados presentados a continuación corresponden al estudio «Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander» desarrollado por la Secretaría de Salud y el Observatorio de Salud Pública de Santander mediante la implementación del Método STEPwise de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este método vigila ocho factores de riesgo agrupados en dos grandes grupos: los factores de riesgo del comportamiento o conductuales, entendidos como modificables; y los factores biológicos, que se espera, sean controlables⁶¹.

El estudio de factores de riesgo fue realizado en el año 2010 en 40 municipios de Santander; donde fueron encuestadas 2.421 personas entre 15 y 64 años. Se logró obtener resultados de prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas con representatividad departamental, por zona (urbana y rural) y provincia de residencia; además de información por sexo y grupos de edad.

De acuerdo con el análisis de los ocho factores de riesgo indagados y valorados mediante el método STEPwise de la OMS se encontró que en Santander más de la mitad de los participantes de este estudio estaban expuestos a los siguientes factores de riesgo: bajo consumo de frutas o verduras (menos de cinco porciones al día) como el mayor factor de riesgo poblacional (94,9%), seguido del bajo nivel de actividad física (70,6%) y el sobrepeso u obesidad (50,7%). En la figura 32 se presenta el resumen de las prevalencias de cada uno de los factores.

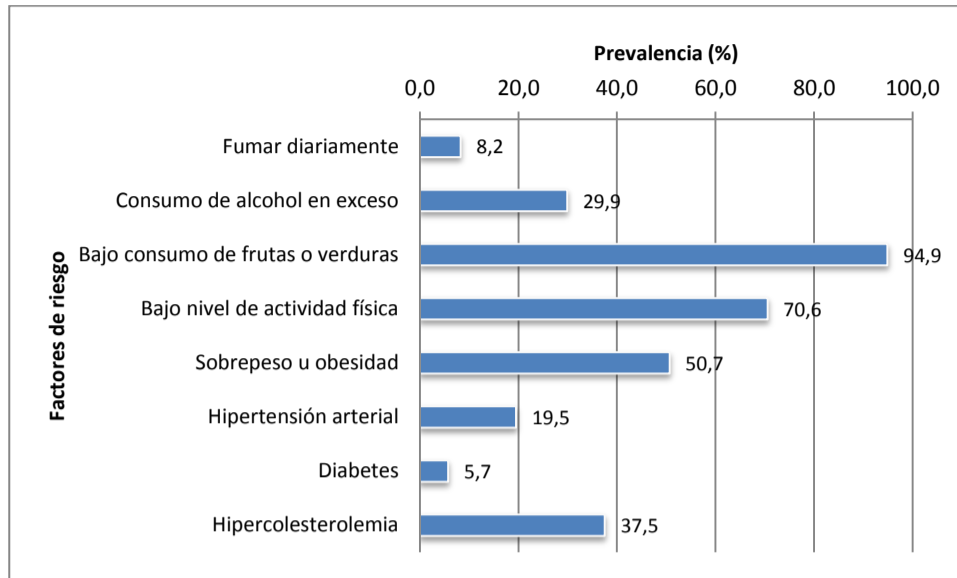


Figura 32. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas. Santander, 2010

En el comparativo por sexo se observó que los hombres son los más expuestos a alguno de los factores de riesgo evaluados, excepto al bajo nivel de actividad física y la hipercolesterolemia (ver figura 33).

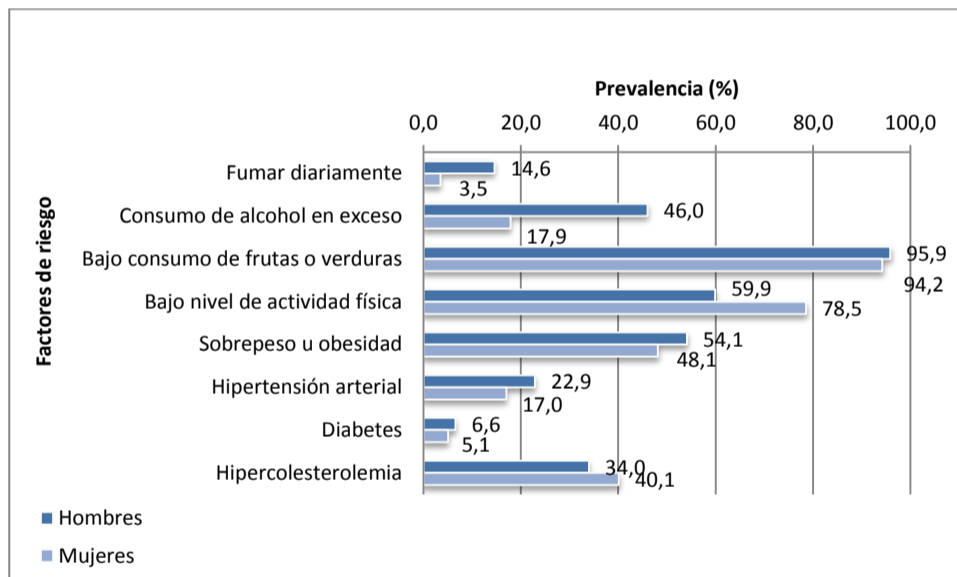


Figura 33. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas por sexo. Santander, 2010

Factores de riesgo del comportamiento **

Consumo de frutas y verduras: El bajo consumo de frutas y verduras, teniendo como referente la recomendación del consumo de al menos cinco porciones de frutas o verduras por día, fue el factor de riesgo más prevalente en la población santandereana (94,9%), sin diferencias por sexo, grupo de edad, zona o provincia de residencia.

Los promedios departamentales de días/semana y de porciones/día de consumo de verduras fueron inferiores al de consumo de frutas, (4,1 y 1,3, respectivamente fueron inferiores al de consumo de frutas (5,1 y 1,5, respectivamente).

Nivel de actividad física: El nivel de realización de actividad física de los santandereanos fue predominantemente bajo (70,6%). La prevalencia del nivel bajo de AF fue superior en las mujeres, en las personas de 25 y más años, en los residentes en la zona urbana del departamento (70,6% contra 58,5%) y en algunas provincias como Comunera y Mares (superior al 80%), en contraste

** Los resultados se presentan por Provincias dado que para el momento del estudio (2010) la agrupación por Núcleos de Desarrollo Provincial no estaba vigente.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



con Soto que tuvo una prevalencia inferior a la departamental.

Consumo de alcohol: El consumo de uno o más tragos de alcohol en el último mes fue del 51,0%, superior en hombres, en personas menores de 45 años, en residentes del área urbana y en algunas provincias como García Rovira, Soto y Mares; sin embargo, fueron las provincias Guanentá, Vélez y Comunera las que tuvieron prevalencias más altas de consumo de 30 o más tragos en el último mes. El análisis departamental y por provincias destaca que el consumo excesivo de alcohol en el último mes es más frecuente en los hombres, específicamente en los jóvenes menores de 25 años. No obstante, tanto en hombres como en mujeres, la mitad de quienes consumieron de uno a 30 tragos y la totalidad de quienes consumieron más de 30 tragos en el último mes, incurrieron en consumo excesivo.

Consumo de tabaco: La prevalencia de consumo diario de tabaco fue de 8,2% y la edad promedio de inicio fue de 18,9 años. La prevalencia de consumo fue superior en los hombres (14,6% contra 3,5%), quienes tuvieron en promedio una edad de inicio de consumo diario más bajo que las mujeres (17,7 años contra 22,7 años); sin embargo, la edad de inicio de consumo diario fue más baja y similar entre los hombres y mujeres menores de 45 años. La zona urbana tuvo mayor prevalencia de consumo diario de tabaco (8,3% contra 5,8%). Entre provincias, se destacan Vélez, donde se observó que más del 90% de los fumadores actuales lo hacían a diario, y Soto que registraron las prevalencias más altas de consumo diario (12,3% y 8,4%, respectivamente). García Rovira fue la provincia con la prevalencia de consumo más baja (2,3%).

Factores de riesgo biológico

Sobrepeso u obesidad: En promedio, el Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes fue de 25,9 kg/m², más alto en los hombres y personas de mayor edad. La mitad de los participantes (50,7%) se encontró en el rango de sobrepeso u obesidad, siendo esta prevalencia mayor en los participantes de 45 y más años (70,7%). Las prevalencias de sobrepeso (30,5%) y de obesidad (20,2%) fueron diferentes por sexo y edad. La prevalencia de sobrepeso fue superior en los hombres (34,4% contra 27,6%) y la de obesidad más alta en las mujeres (20,5% contra 19,7%). Ambas condiciones aumentaron con la edad, pasando el sobrepeso de 17,3% en los jóvenes de 15 a 24 años a 39,4% en las personas de 45 a 64 años y la obesidad de 7,2% a 31,3%, respectivamente. El IMC fue más alto en los residentes de la zona urbana del departamento y algunas provincias como Mares y Guanentá.

Obesidad abdominal: La prevalencia de obesidad abdominal fue de 40,8%, superior en las mujeres (46,6% contra 40,1%) y a medida que aumentaba la edad de los participantes, pasando de 15,5% en los de 15 a 24 años a 41,3% en los de 25 a 44 años y 64,6% en los de 45 a 64 años. Según el riesgo de enfermedades cardiovasculares y alteraciones metabólicas, se encontró que el riesgo es mayor en mujeres dado que el 60% se encontraron en este rango frente al 40% de los hombres. La obesidad abdominal fue más alta entre los residentes de la zona urbana (40,8% frente a 33,8%). La provincia de Vélez tuvo la mayor prevalencia (51,1%).

Relación cintura-cadera (RCC): El 28,5% de las mujeres tuvieron una relación cintura/cadera mayor a 0,85 mientras que en 7,3% de los hombres fue superior a 1, es decir con obesidad central). La prevalencia de obesidad central aumentó con la edad, pasando de 5,6% en los más jóvenes a 16,3% entre los participantes de 25 a 44 años y de 38,0% en los de 45 a 64 años. García Rovira y Guanentá mostraron las prevalencias más altas, cercanas al 30%.

Presión arterial elevada: La mayoría de los hipertensos correspondieron al grupo de hipertensión no tratada (58,1%) y al grupo de hipertensión controlada (23,9%). La prevalencia de hipertensión arterial fue más alta en los hombres (22,9% contra 17,0%) y en los participantes de mayor edad (45 a 64 años), en quienes la prevalencia fue seis veces la de los participantes más jóvenes (15 a 24 años). La provincia de Vélez, alcanzó una prevalencia de 26,3%, casi dos veces la de la provincia Comunera (14,5%), que sobresale como la menor en el departamento.

Colesterol total alto: La prevalencia de hipercolesterolemia fue de 37,5%, siendo más alta en las mujeres y en los grupos de mayor edad. La prevalencia aumentó de 14,2% en los jóvenes de 15 a 24 años a 36,2% y 62,0% en los grupos de 25 y 44 años y de 45 a 64 años, respectivamente. Las mujeres tuvieron una prevalencia mayor a la de los hombres, especialmente alta en las mujeres de



45 a 64 años (66,6%). Tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de las personas con este factor de riesgo correspondió al grupo de hipercolesterolemia no tratada (66,9%) y al de hipercolesterolemia no controlada (19,5%). Al igual que la diabetes, la prevalencia de hipercolesterolemia también fue inferior en el área metropolitana de Bucaramanga, pero superiores en zona rural (38,50% versus 37,51%).

Glicemia elevada en ayunas: La prevalencia de diabetes, fue de 5,7% con una tendencia notoria al aumento con la edad y especialmente alta en los mayores de 44 años (2,5 veces la prevalencia general). La prevalencia de diabetes fue mayor en hombres (6,6% frente a 5,1%). La mitad de los diabéticos correspondió al grupo de la diabetes no tratada. La prevalencia de diabetes en el AMB fue inferior a la del resto del departamento y mayor en residentes de la zona urbana (5,73% versus 5,52%).

Estado nutricional en población menor de 18 años

En su última versión (2010), la ENSIN muestra que en la población menor de 18 años residente en Santander los principales problemas nutricionales están dados por el exceso de peso, principalmente en los mayores de 5 años quienes también presentan la prevalencia más elevada en desnutrición crónica. En la tabla 11 se presentan los principales resultados de la ENSIN 2010.

Tabla 11. Prevalencia de indicadores nutricionales en menores de 18 años. Santander, 2010

Indicadores	%	IC 95%	
Desnutrición crónica <5 años	8,6	6,3	11,8
Desnutrición global <5 años	3,4	2,2	5,3
Sobrepeso u obesidad <5 años	3,1	2	4,9
Desnutrición crónica 5 a 17 años	8,8	7,1	10,9
Delgadez 5 a 17 años	1,9	1,3	2,9
Sobrepeso 5 a 17 años	13,1	11,1	14,4
Obesidad 5 a 17 años	5,7	4,5	7,1
Anemia 5 a 12 años*	6,6	4,7	9,2
Anemia 13 a 17 años*	9,3	7,1	12,1

Fuente: ENSIN, 2010.
*Prevalencia para los Santanderes.

En relación con los indicadores antropométricos valorados en el 2010 sobresalen: el exceso de peso en niños y adolescentes de 5 a 17 años, de éstos 13,1% tenían sobrepeso y 5,7% obesidad. Entre los indicadores de déficit, la desnutrición crónica afectó de manera similar a los niños menores de 5 años y a los de 5 a 17 años (8,6% versus 8,8%).

El indicador bioquímico analizado en la ENSIN 2010 fue la anemia, siendo más prevalente en quienes tenían entre 13 y 17 años, en comparación con los niños de 5 a 12 años (9,3% frente a 6,6%).

Estado nutricional en Barrancabermeja

En Barrancabermeja se realizó un estudio poblacional durante el año 2011 con el objetivo de evaluar el estado nutricional de tres grupos de población menores de 15 años, gestantes y adultos mayores. En total fueron valorados 2.668 personas con representación por sexo y zona de residencia.⁶²

A continuación se presentan los principales hallazgos del estado nutricional por grupo poblacional por ser Barrancabermeja la segunda ciudad más importante del departamento.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Menores de 15 años

El 95,5% de los menores de dos años tuvo lactancia materna en algún momento de su crecimiento, el 36,8% de los menores de seis meses era lactado de manera exclusiva y el 10,9% de manera predominante. Entre los menores de 6 meses, la leche con fórmula infantil (31,9%) y el consumo de agua sola (31,9%), fueron los alimentos con mayor consumo. A los niños menores de 2 años se les inició el consumo de alimentos sólidos, en promedio, a los 6,6 meses, y entre los niños de 6 a 23 meses los grupos de alimentos con mayor frecuencia de consumo fueron los jugos de frutas (80,2%), el huevo (56,0%) y las carnes (50,9%).

En Barrancabermeja se encontraron problemas de malnutrición entre los menores de 15 años, tanto de carencia como de exceso. La prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) fue mayor a la de déficit en todos los subgrupos de población (menores de 2 años, de 2 a 4 años y de 5 a 14 años). La prevalencia más alta entre los indicadores que valoraron el déficit nutricional fue la de retraso en la talla, específicamente mayor en los niños y niñas menores de 5 años (5,4%), en especial en los menores de 2 años (5,7%). Por su parte, el exceso de peso fue mayor en los niños, niñas y jóvenes de 5 a 14 años (29,4%).

Gestantes

Solo el 24,7% de las gestantes tenía un IMC normal para su edad gestacional, el 26% eran obesas, el 14,2% tenían sobrepeso y 35,2% bajo peso o delgadez. Los porcentajes de la clasificación nutricional aumentaron con la edad gestacional, observándose predominio de obesidad y bajo peso en las que cursaban el tercer trimestre de gestación, de sobrepeso y estado nutricional normal en las de segundo trimestre y de obesidad en las que cursaban su primer trimestre de gestación. Con relación a la edad, se encontró un alto porcentaje de obesidad en el grupo de 20 a 29 años, el sobrepeso fue particularmente alto entre las mujeres con 25 a 29 años y el bajo peso en las menores de 24 años.

Adultos mayores (de 60 y más años)

La mediana del IMC de los participantes fue de 26,4 kg/m², inferior en los hombres y en los de menor edad del grupo. La prevalencia de bajo peso fue de 3,6%, superior en los hombres (6,4 contra 2,2); la magnitud de esta condición aumentó con la edad, mientras que las prevalencias de sobrepeso y de obesidad disminuyeron, siendo más altas en la población de 60 a 69 años. El 63,4% de la población se encontró en sobrepeso u obesidad, cifra superior en las mujeres y en el rango de los 60 a 69 años. Un 63,4% de la población presentaba problemas de sobrepeso u obesidad. En las mujeres y personas entre los 60 y 69 años fueron principalmente afectados.

La prevalencia de obesidad abdominal fue de 73,5% superior en las mujeres (85,0 contra 50,9) y en las personas de menor edad. De los que tienen obesidad abdominal, la mayoría tenían riesgo alto de enfermedades cardiovasculares y metabólicas. Como complemento, la mediana de la relación entre el perímetro de la cintura y la cadera fue de 0,9, con valores similares por sexo y grupos de edad, como resultado más de la mitad del total de evaluados, 57,7% resultaron con aumento en la relación del perímetro cintura–cadera.

Estado de salud bucal

En el 2010 fue implementado en Colombia un sistema de vigilancia en salud bucal⁶³. Éste, es alimentado por los odontólogos a nivel nacional mediante el diligenciamiento de una ficha de notificación que además de requerir datos de identidad de los pacientes solicita realizar el examen clínico para el posterior cálculo de los indicadores propuestos por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) con el fin de mejorar la salud bucal. Ellos son: lograr un Índice de Cariados Obturados y Perdidos (COP) promedio a los 12 años menor de 2,3, y mantener los dientes permanentes en el 50,2% de los mayores de 18 años⁶⁴.

El seguimiento de estos indicadores pretende evaluar el éxito de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tendientes a mejorar la calidad de vida, disminuir los riesgos y superar los daños dentales producidos principalmente por la caries. Más aún cuando de acuerdo con el análisis de morbilidad atendida con base a los registros de prestación de servicios 2009, se



muestra que en Santander la caries dental es una de las principales causas de consulta externa en personas de 12 y más años, y que aumenta de acuerdo con la menor posibilidad de acceso a servicios odontológicos (2,9% contributivo; 5,3% subsidiado; 6,8% sin aseguramiento) ⁶⁵.

El departamento de Santander aún no cumple con las metas propuestas por el PNSP. Sin embargo se ha observado una disminución en el índice COP para población de 12 años, en el 2010 fue de 3,3 frente a 2,8 en el 2011 (ver figura 34). Para el caso del porcentaje de personas mayores de 18 años con todos los dientes presentes en boca el comportamiento fue similar de un año a otro, 23% versus 22%, en el 2010 y 2011, respectivamente ⁶⁵ (ver figura 35). A pesar de esto, se espera que cuando las cohortes de los niños de 12 años, que han sido evaluadas y que van demostrando la disminución del índice COP ocupen las cohortes de adultos (25, 35, 45, 55 y 65 años) que reflejan la pérdida dental, el porcentaje de personas con todos los dientes presentes aumente.

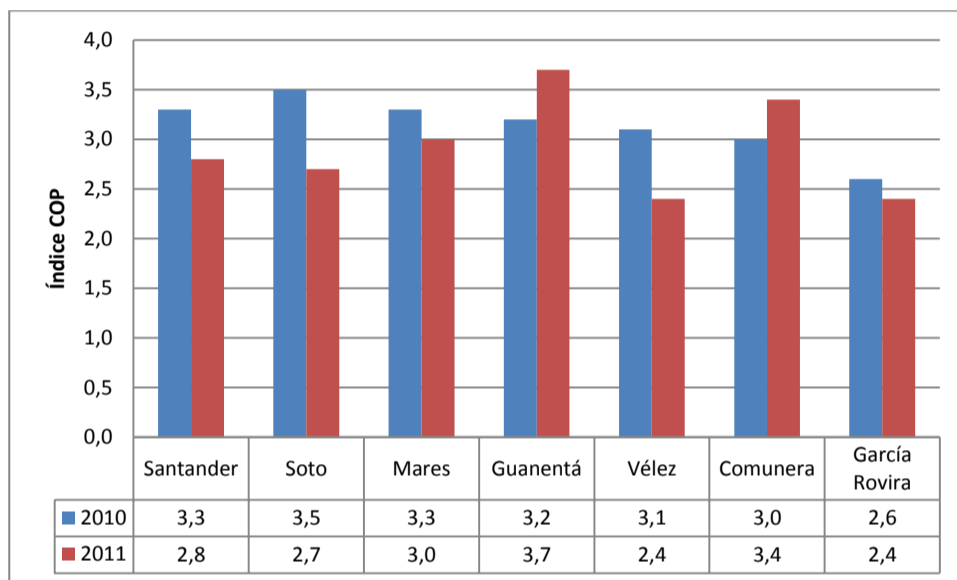


Figura 34. COP total para población de 12 años, por provincias. Santander, 2010-2011

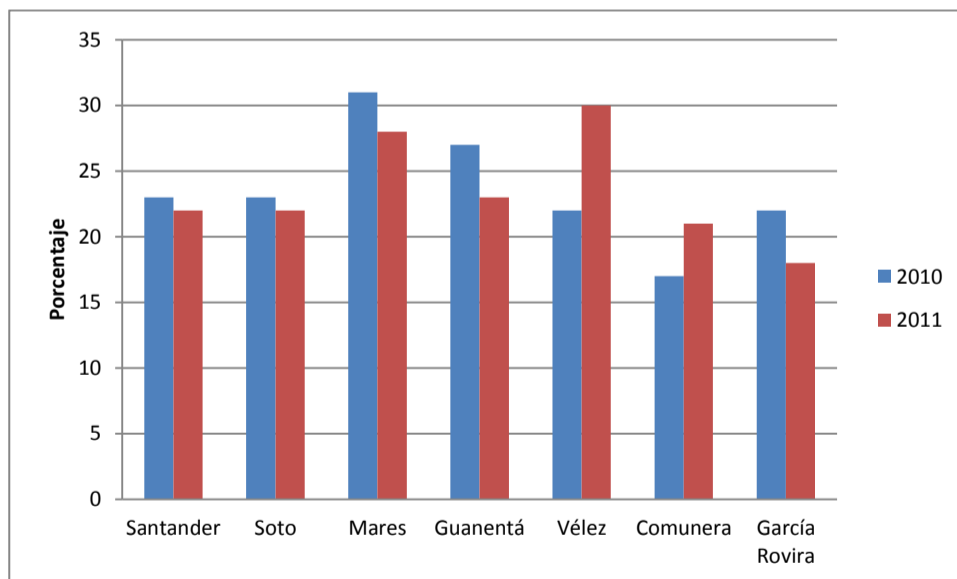


Figura 35. Proporción total de adultos con todos los dientes presentes, por provincias. Santander, 2010-2011



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



4. MORBILIDAD ATENDIDA

Desde el año 2005, la Secretaría de Salud de Santander a través del Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS), emprendió la tarea de recolectar y analizar la información que ofrecen los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) generados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que funcionan en el departamento, con el fin de iniciar un proceso que llevara hacia la consolidación del Registro como una fuente válida y útil en la gestión y seguimiento del sector salud, proceso que se ha venido realizando de manera ininterrumpida.

El OSPS de manera simultánea ha venido implementando estrategias de retroalimentación con las EAPB, con la finalidad de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los registros, y promover un cambio en la cultura de la generación y la utilización de los datos que a diario se generan en el sector salud. Son numerosas las ventajas que se obtienen con una información confiable, por su calidad y oportunidad en lo que respecta a registros de atención, por lo que se considera necesario e imprescindible cualquier tipo de esfuerzo que se haga por parte de todos los actores involucrados no solo a nivel regional sino nacional, para mejorar la calidad de los RIPS como una fuente valiosa para la gestión en salud pública, que contribuya a tomar decisiones con mayor impacto en la comunidad.

En esta oportunidad se presenta el análisis de la morbilidad atendida con base en los RIPS generados en las atenciones del año 2009, correspondiente al sexto año de análisis, el cual contó con 4.136.030 registros del régimen contributivo procedente de 18 Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS) y tres entidades adaptadas; 2.564.775 registros del régimen subsidiado provenientes de nueve Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS) y 29 municipios de los 52 descentralizados del departamento, incluyendo a Bucaramanga y Barrancabermeja. Del total de registros recibidos, se analizaron 3'166.937 registros asistenciales, distribuidos en 2'563.710 de consulta externa, 400.142 de consulta de urgencias, 117.782 de urgencias con observación y 85.303 de hospitalización. Los registros fueron inicialmente sometidos a una evaluación de calidad por el Observatorio de Salud Pública de Santander, con base en exigencias mínimas para la realización de análisis epidemiológicos óptimos⁶⁶.

En esta evaluación se detectaron registros con incoherencias entre las variables de sexo o edad y el diagnóstico principal, a los cuales se les modificó, de ser posible, el valor de la variable incoherente con base en la clasificación internacional de enfermedades vigente (CIE-10). Los registros que a pesar de este procedimiento continuaron con incoherencias fueron incluidos en el análisis; así como los registros con datos faltantes o con datos inconsistentes (el valor no correspondía a la variable según la estructura del RIPS) en variables del RIPS diferentes al sexo o la edad. Asimismo, algunos registros pueden contener datos no veraces que corresponden con la estructura del RIPS y por lo tanto no son detectados como errores mediante el proceso de validación informática realizado. Por lo tanto, se debe tener presente que los resultados pueden estar influenciados por errores derivados de la calidad de los registros.

Inicialmente se presenta la distribución de los registros según los servicios de atención y por tipo de aseguramiento, clasificada en régimen contributivo, subsidiado y población sin aseguramiento. Posteriormente se analizan las variables demográficas de sexo y edad (se consideró como población pediátrica a las personas menores de 12 años). Seguidamente se discuten las principales causas de morbilidad en los servicios de consulta externa, consulta de urgencias, urgencias con observación y hospitalización, teniendo en cuenta el diagnóstico principal registrado. Para la determinación de las primeras causas, los diagnósticos fueron ordenados de acuerdo con su frecuencia de presentación según la edad y el sexo. Así mismo, los diagnósticos fueron agrupados teniendo en cuenta una clasificación por áreas de especialización médica y otras áreas de la salud, con el objetivo de agruparlos acorde con sistemas fisiológicos y así identificar los sistemas mayormente comprometidos; los diagnósticos que hacen referencia a signos y síntomas se agruparon en la categoría Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales. Por otra parte, los diagnósticos pertenecientes al capítulo XXI de la CIE-10 (códigos Z00-Z99), fueron analizados en forma separada y excluidos de las especialidades a las que pertenecen, ya que corresponden a registros de actividades de promoción y prevención, los cuales en su mayor parte están agrupados en la categoría de Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud.



Distribución de los registros

En total se analizaron 3'166.937 registros de prestación de servicios, distribuidos en 2'563.710 de consulta externa, 400.142 de consulta de urgencias, 117.782 de urgencias con observación y 85.303 de hospitalización, lo que significa una disminución del 5% en el número de registros con respecto al año 2008 y del 27% con respecto al año 2007; esta reducción se debe principalmente a expensas de los registros del régimen contributivo y de la población sin aseguramiento, mientras que se observa un incremento en los registros del régimen subsidiado^{67,68,69,70,71} (ver figura 36). Es importante recordar que las variaciones observadas en los diferentes años, no representan necesariamente cambios en la frecuencia de los eventos sino que pueden reflejar diferencias en los registros reportados.

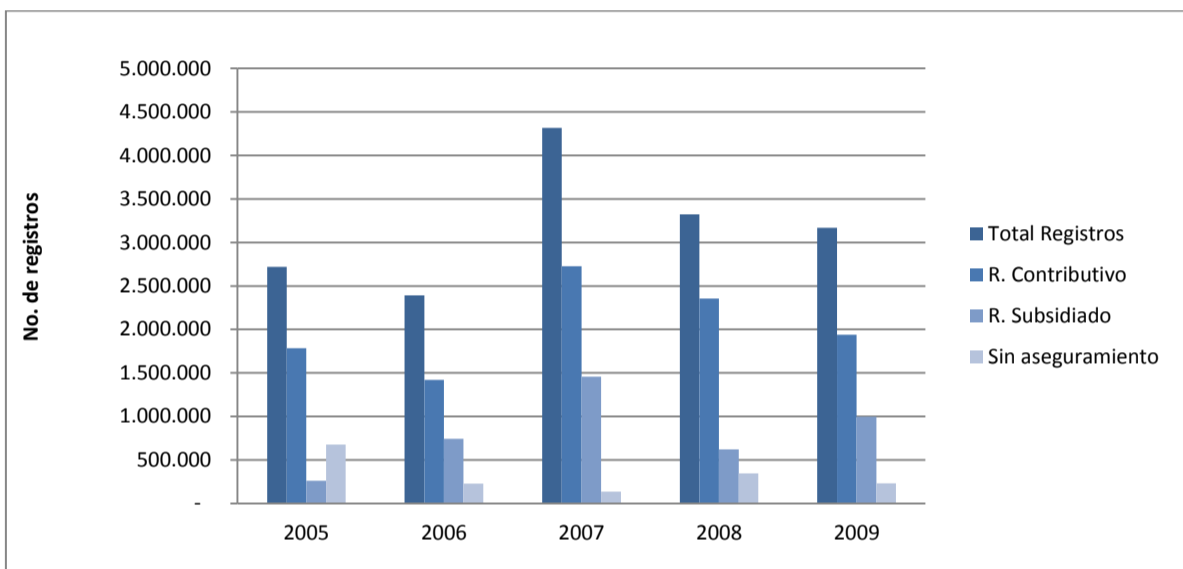


Figura 36. Registros analizados por tipo de aseguramiento. Santander, 2005-2009

La relación entre los servicios de consulta externa y urgencias (consulta de urgencias y urgencias con observación) fue de 4,2 consultas externas por cada atención de urgencia en el régimen contributivo, 7,2 en el régimen subsidiado y 4,5 en la población sin aseguramiento. A pesar de que no se conoce de un parámetro nacional se puede afirmar que en el régimen subsidiado se presenta la más alta razón de consultas externa y urgencias, lo cual indica un mayor aprovechamiento de las actividades preventivas en este régimen (incluidas en el servicio de consulta externa). Así mismo, la relación entre consulta externa y hospitalización fue de 30,2 consultas externas por cada hospitalización en el régimen contributivo, 48,6 en el régimen subsidiado y 10,3 en la población sin aseguramiento (ver tabla 12).

El comportamiento de estas razones durante todos los años que el OSPS ha analizado por tipo de aseguramiento (2004-2009), muestra que la razón consulta externa/urgencias en el régimen contributivo siempre había sido la más alta; sin embargo, ha venido disminuyendo (salvo en el año 2008), hasta quedar por debajo de las razones del régimen subsidiado y de la población sin aseguramiento. De manera contraria, en el régimen subsidiado ésta razón tiende hacia un incremento constante hasta superar a la del régimen contributivo. Por último, la razón de la población sin aseguramiento tiende a ser estable en los años analizados, aunque con un leve incremento en el último año superando a la del régimen contributivo. Por otra parte, la razón consulta externa/hospitalización, muestra una tendencia similar en las tres poblaciones, presentando comportamientos contrarios en el régimen contributivo y subsidiado, con la diferencia que la razón para los registros de la población sin aseguramiento se ha mantenido más constante (alrededor de 10) y no supera a la del régimen contributivo en el presente año 2009^{67'68'69'70'71}. Es importante tener en cuenta que estas razones dependen exclusivamente del número de registros reportados y validados y no necesariamente obedecen a un comportamiento real.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 12. Distribución de registros según servicio y tipo de aseguramiento. Santander, 2009

Tipo servicio	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado			Población sin aseguramiento		
	No.	%	Razón CE-S *	No.	%	Razón CE-S *	No.	%	Razón CE-S *
Consulta Externa	1.527.374	36,9		861.354	33,6		174.982	23,6	
Consulta de Urgencias†	359.848	8,7	4,2	118.871	4,6	7,2	39.205	5,3	4,5
Hospitalización	50.564	1,2	30,2	17.729	0,7	48,6	17.010	2,3	10,3
Procedimientos	2.198.244	53,1		1.566.821	61,1		509.514	68,8	
Total	4.136.030	100,0		2.564.775	100,0		740.711	100,0	

* Razón consulta externa/otro servicio.

† Incluye consulta de urgencias y urgencias con observación.

Observación: se excluyen registros sin dato de diagnóstico (consulta externa: contributivo 2022, subsidiado 650, sin aseguramiento 31; consulta urgencias: contributivo 40, subsidiado 32; urgencias con observación: contributivo 113, subsidiado 4; hospitalización: contributivo 50; hospitalización: subsidiado 39. Se excluyen registros de procedimientos sin dato de ámbito: contributivo 47, subsidiado 37.

Variables sociodemográficas

De la totalidad de los registros en los servicios de atención, los del régimen contributivo constituyeron el 56% del total, los del régimen subsidiado el 34% y los de la población sin aseguramiento el 10% (ésta última presentó un incremento del 3% con respecto al año 2008). Sin embargo, esta proporción se encuentra por debajo de lo que otros estudios han mostrado analizando RIPS a nivel nacional (entre 14% y 30%)⁷². Es importante recalcar que aunque la mayor proporción de afiliados en el departamento pertenece al régimen subsidiado (52,0% contra 43,7% del régimen contributivo), la mayor proporción de registros corresponde al régimen contributivo, situación que ha sido constante en todos los años analizados y que pudiera indicar un uso más racional de los servicios o presencia de barreras de acceso a la población subsidiada, o un reporte más oportuno y completo por parte de las aseguradoras del régimen contributivo (ver figura 36). De manera contraria, los análisis a nivel nacional muestran un mayor número de registros recolectados del régimen subsidiado que del contributivo durante los años 2006 a 2008⁷².

La distribución de los registros por sexo, muestra que en los menores de 12 años es muy similar, siendo ligeramente mayor en los niños (52% contra 48% de niñas); mientras que en la población adulta, esta relación se invierte y hace más evidente un predominio femenino (68% en mujeres y 32% en hombres), para un total (incluyendo toda la población) de 64% en mujeres y 36% en hombres, similar a lo encontrado en otros análisis de RIPS tanto a nivel departamental^{68'69'70'71} como nacional⁷² y debido principalmente al registro de las actividades ginecoobstétricas.

Teniendo en cuenta todos los servicios de atención, los registros analizados correspondieron principalmente a personas adultas (de 12 años de edad en adelante), con el 79%. El mayor predominio de atención en adultos se presentó en el régimen contributivo (83,6% adultos contra 16,4% pediátricos); los servicios con mayor proporción de registros en población pediátrica fueron la consulta de urgencias (25,6%) y urgencias con observación (24,6%), mientras que en la población adulta fueron hospitalización (84,3%) y consulta externa (79,8%), sumando los registros de los tres grupos de población según su condición de aseguramiento; situación similar a lo encontrado en los otros análisis de RIPS realizados a nivel departamental por el OSPS, sin diferencias por servicio ni tipo de aseguramiento^{68'69'70'71}. En la tabla 13 se presenta la distribución de los registros analizados según servicio y edad por tipo de aseguramiento.

**Tabla 13. Distribución de servicios según edad y tipo de aseguramiento. Santander, 2009**

Población	Régimen Contributivo							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pediátrica	230.225	15,1	55.624	21,5	24.151	23,7	6.979	13,8
Adulto	1.297.149	84,9	202.520	78,5	77.553	76,3	43.585	86,2
Total	1.527.374	100,0	258.144	100,0	101.704	100,0	50.564	100,0

Población	Régimen Subsidiado							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pediátrica	235.390	27,3	35.651	32,6	2.804	29,1	3.307	18,7
Adulto	625.964	72,7	73.581	67,4	6.835	70,9	14.422	81,3
Total	861.354	100,0	109.232	100,0	9.639	100,0	17.729	100,0

Población	Población sin aseguramiento en salud							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pediátrica	53.528	30,6	11.056	33,7	1.975	30,7	3.092	18,2
Adulto	121.454	69,4	21.710	66,3	4.464	69,3	13.918	81,8
Total	174.982	100,0	32.766	100,0	6.439	100,0	17.010	100,0

Se destaca que una vez sumados todos los servicios y los tres grupos de población, el 81,8% correspondieron a registros provenientes de los NDP Metropolitano (63,6%) y Mares (18,2%), lo cual se corresponde con el tamaño poblacional de dichos NDP. Según la residencia de la población atendida, en el régimen contributivo la distribución de la utilización de los servicios en los diferentes Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP), está acorde con la estructura de la población en cada una de ellas. El NDP Metropolitano seguido del de Mares, representan el 87,6% de los registros atención tanto de consulta, hospitalización y urgencias, lo cual puede ser resultado de la cobertura en la red de atención que existe en estas regiones. En el régimen subsidiado y en la población sin aseguramiento, esta proporción es del 73% y 69%, respectivamente, comportamiento similar a lo encontrado en otros análisis de RIPS a nivel departamental⁶⁸⁶⁹⁷⁰⁷¹ debido posiblemente a la mayor participación en aseguramiento por parte de las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-S), en las demás regiones (ver tabla 14).

Tabla 14. Registros por Núcleos de Desarrollo Provincial (NDP), servicio y tipo de aseguramiento. Santander, 2009

Provincia	Régimen contributivo							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carare - Opón	6.014	0,4	670	0,3	427	0,4	151	0,3
Comunero	48.117	3,2	4.811	1,9	692	0,7	1.273	2,5
García Rovira	24.627	1,6	1.970	0,8	391	0,4	551	1,1
Guanentá	62.980	4,1	6.412	2,5	877	0,9	1.862	3,7
Mares	236.156	15,5	35.638	13,8	7.646	7,5	6.887	13,6
Metropolitano	1.079.676	70,7	203.292	78,8	89.376	87,9	38.081	75,3
Soto Norte	10.816	0,7	1.117	0,4	91	0,1	234	0,5
Vélez	58.950	3,9	4.224	1,6	2.200	2,2	1.521	3,0
Sin Dato	38	0,0	10	0,0	4	0,0	4	0,0
Total	1.527.374	100,0	258.144	100,0	101.704	100,0	50.564	100,0



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Provincia	Régimen subsidiado							
	Consulta Externa		Consulta de Urgencias		Urgencias Con Observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carare - Opón	33.285	3,9	4.016	3,7	109	1,1	613	3,5
Comunera	42.906	5,0	3.705	3,4	406	4,2	1.054	5,9
García Rovira	5.901	0,7	486	0,4	64	0,7	410	2,3
Guanentá	67.122	7,8	6.971	6,4	1.075	11,2	1.160	6,5
Mares	203.949	23,7	26.433	24,2	3.090	32,1	4.839	27,3
Metropolitana	420.469	48,8	61.925	56,7	4.449	46,2	8.321	46,9
Soto Norte	30.759	3,6	2.219	2,0	93	1,0	353	2,0
Vélez	56.860	6,6	3.470	3,2	352	3,7	975	5,5
Sin Dato	103	0,0	7	0,0	1	0,0	4	0,0
Total	861.354	100,0	109.232	100,0	9.639	100,0	17.729	100,0

Provincia	Población sin aseguramiento en salud							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Carare - Opón	4.160	2,4	1.256	3,8	1.270	19,7	720	4,2
Comunera	13.121	7,5	1.761	5,4	211	3,3	1.321	7,8
García Rovira	14.024	8,0	663	2,0	118	1,8	880	5,2
Guanentá	13.272	7,6	2.444	7,5	531	8,2	2.120	12,5
Mares	41.527	23,7	6.196	18,9	1.167	18,1	3.975	23,4
Metropolitana	78.806	45,0	19.723	60,2	2.375	36,9	6.372	37,5
Soto Norte	1.663	1,0	59	0,2	31	0,5	123	0,7
Vélez	8.409	4,8	664	2,0	736	11,4	1.499	8,8
Sin Dato	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	174.982	100,0	32.766	100,0	6.439	100,0	17.010	100,0

Referente a la zona de residencia, el régimen subsidiado presentó la mayor proporción de registros en la población rural, de manera similar a la de la población sin aseguramiento (69% urbano y 28% rural en el régimen subsidiado; 73% urbano y 25% rural en la población sin aseguramiento); comportamiento que refleja una de las intenciones de la creación de este tipo de aseguramiento, la mayor cobertura de afiliación en la población rural. Mientras que en el régimen contributivo, la mayor proporción de registros de morbilidad, como es esperado, provienen de la zona urbana en todos sus servicios (84% contra 6%) (El porcentaje faltante corresponde a los registros sin dato de residencia específicamente), de manera concordante a los registros analizados en años anteriores en nuestro departamento 68'69'70'71 (ver tabla 15).

Tabla 15. Distribución de registros por zona de residencia, servicio de atención y tipo de aseguramiento. Santander, 2009

Zona	Régimen Contributivo							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
Urbana	1.334.642	87,4	235.772	91,3	1.035	1,0	47.061	93,1
Rural	98.368	6,4	11.037	4,3	759	0,7	1.575	3,1
Sin Dato	94.364	6,2	11.335	4,4	99.910	98,2	1.928	3,8
Total general	1.527.374	100,0	258.144	100,0	101.704	100,0	50.564	100,0



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Zona	Régimen Subsidiado							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
Urbana	593.491	68,9	84.009	76,9	2.660	27,6	13.256	74,8
Rural	250.349	29,1	23.252	21,3	33	0,3	4.283	24,2
Sin Dato	17.514	2,0	1.971	1,8	6.946	72,1	190	1,1
Total general	861.354	100,0	109.232	100,0	9.639	100,0	17.729	100,0

Zona	Población sin aseguramiento							
	Consulta externa		Consulta de urgencias		Urgencias con observación		Hospitalización	
Urbana	127.122	72,6	27.441	83,7	1.823	28,3	12.131	71,3
Rural	47.854	27,3	5.325	16,3	-	0,0	4.879	28,7
Sin Dato	6	0,0	-	0,0	4.616	71,7	-	0,0
Total general	174.982	100,0	32.766	100,0	6.439	100,0	17.010	100,0

Causas de atención

Morbilidad atendida según la edad y el servicio de atención

Población Pediátrica

Consulta Externa

En este servicio, los diagnósticos más frecuentes en la población pediátrica fueron la rinofaringitis aguda (resfriado común) con el 7,0%, 9,9% y 11,6% del total de consultas en el régimen contributivo, subsidiado (en el que fue el segundo diagnóstico) y sin aseguramiento, respectivamente. Le siguió en frecuencia la helmintiasis y parasitosis intestinal con el 4,8% del total de diagnósticos en el régimen contributivo, 10,6% del total en el régimen subsidiado (principal diagnóstico en esta población) y 6,1%, del total en los menores sin aseguramiento. En tercer lugar, se destaca la caries dental con el 3,3% del total de los registros en el régimen contributivo, 6,6% en el régimen subsidiado y 6,4% en los menores sin aseguramiento.

A continuación se encontraron los diagnósticos de fiebre de origen desconocido con el 3,5% del total de diagnósticos en el régimen contributivo, 4,8% en el régimen subsidiado y 4,3% en los menores sin aseguramiento; y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 3,8% del total de diagnósticos en el régimen contributivo y en los menores sin aseguramiento y 4,1% del total en los menores del régimen subsidiado.

En menor proporción estuvieron la faringitis y amigdalitis aguda, la dermatitis, el asma, la bronquitis y bronquiolitis aguda y la infección de vías urinarias (principalmente a expensas de las niñas). Entre las diferencias más relevantes se destaca que la caries dental adquirió mayor peso porcentual en las poblaciones subsidiada y sin aseguramiento que entre los menores del régimen contributivo, razón por la cual, el diagnóstico de infección urinaria en niñas, se ubica en lugares inferiores aunque con frecuencias de reporte similares en los tres grupos poblacionales. Llama la atención el diagnóstico inespecífico de dolor abdominal y el de anemias en las poblaciones del régimen subsidiado y sin aseguramiento, alcanzando proporciones de reporte de 4,4% y 4,7%, respectivamente para el primero y de 2,1% y 1,5% del total respectivamente para el segundo.

Estos resultados son similares a los encontrados en análisis previos de RIPS a nivel departamental por tipo de aseguramiento, con la salvedad que en los anteriores análisis se incluían los



diagnósticos con códigos Z (actividades preventivas), mientras que en el presente documento los diagnósticos de morbilidad y de actividades preventivas fueron analizados de manera separada 68'69'70'71.

Por grupos de especialidades, los diagnósticos más frecuentes en los tres grupos fueron aquellos incluidos en la especialidad de otorrinolaringología con un 22,0% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo, el 20,5% del total en el régimen subsidiado y 20,9% de los diagnósticos entre los menores sin aseguramiento; en este grupo y en la población del régimen contributivo está la rinitis alérgica y vasomotora con un 3,6% del total de registros, alcanzando apenas el 1% en los otros dos grupos; le siguen los diagnósticos relacionados con las enfermedades infecciosas (14,1% del total en el régimen contributivo, 19,7% en el régimen subsidiado y 13,7% en los menores sin aseguramiento); luego en el régimen contributivo se encuentran los diagnósticos agrupados en el área de neumología (7,9% del total de diagnósticos), signos y síntomas (7,2% del total), patologías relacionadas con la cavidad oral (6,4% del total), y dermatología (6,3% del total de diagnósticos); menos frecuentes están los diagnósticos relacionados con trauma (5,8% de registros), patología visual (5,3% del total), neurología (4,4%), endocrinología (3,8%), urología (3,5%) y gastroenterología (3,3%) del total de registros.

En los menores del régimen subsidiado el orden varía; por especialidades médicas le siguen en tercer lugar los diagnósticos relacionados con enfermedades de la cavidad oral (10,2% del total de diagnósticos), luego están los diagnósticos agrupados en el área de signos y síntomas (7,2% del total), dermatología (7,0% del total de diagnósticos), neumología y cirugía general (6,3% del total para cada especialidad), hematología (3,5% del total de registros), urología y patología visual. Al igual que en los menores del régimen subsidiado, en el grupo de menores sin aseguramiento se encuentran en tercer lugar los diagnósticos relacionados con enfermedades de la cavidad oral (9,5% del total de diagnósticos); luego están los diagnósticos de neumología (7,8% del total de diagnósticos), cirugía general (7,2% del total), signos y síntomas (7,1% del total), dermatología (5,9% del total de diagnósticos) y neurología (5,1% del total).

Dentro de los diagnósticos clasificados como IRA y EDA, los más frecuentes fueron la rinofaringitis aguda, la faringitis y amigdalitis aguda y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, conforme a lo encontrado en los análisis de RIPS de años anteriores. Con respecto a la relación IRA/EDA (número de consultas de IRA por cada consulta de EDA) en la población pediátrica por servicios, se obtuvo para el año 2009 que la mayor relación se alcanzó en el servicio de consulta externa con una relación de 4,3 global (4,0 en el régimen contributivo, 4,4 en el subsidiado y 5,2 en la población sin aseguramiento) (ver tabla 16), situación que también se ha presentado en años anteriores, con excepción de la población del régimen subsidiado en la que durante dos años, fue mayor esta razón en el servicio de hospitalización que en el de consulta externa. La tendencia de esta razón se ha comportado en forma similar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado; sin embargo, en la población sin aseguramiento se observa un incremento en el año 2009, en comparación con los años precedentes, debido posiblemente al incremento en el número de registros en este grupo poblacional 68'69'70'71 (ver figura 37).

Tabla 16. Relación IRA / EDA por servicio según condiciones de aseguramiento. Santander, 2009

	Régimen	Consulta externa	Consulta de urgencias	Urgencias con observación	Hospitalización
Relación IRA/EDA	Contributivo	4,0	1,7	2,9	2,4
	Subsidiado	4,4	2,4	1,6	2,9
	No asegurado	5,2	2,4	2,2	4,0
	Total general	4,3	2,0	2,7	2,9

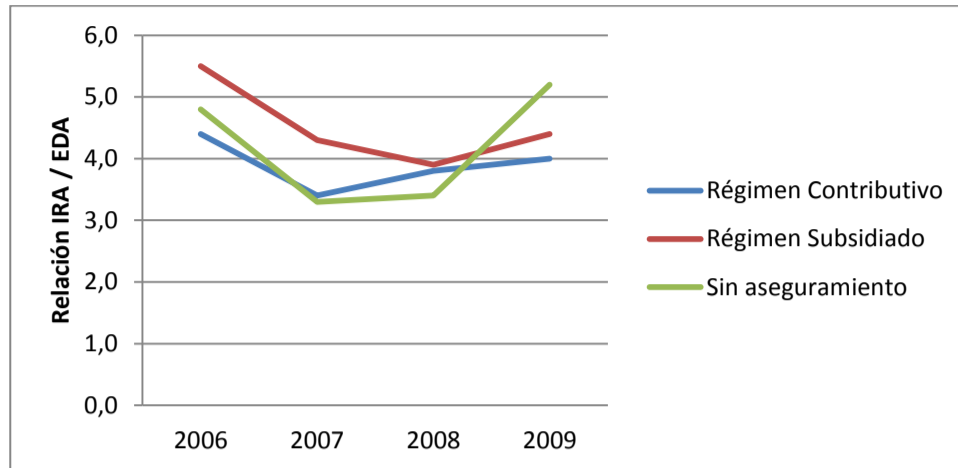


Figura 37. Relación IRA / EDA en el servicio de consulta externa por tipo de aseguramiento, población pediátrica. Santander, 2005-2009

En resumen, el perfil de morbilidad de la población pediátrica en el servicio de consulta externa estuvo determinado principalmente por entidades pertenecientes al grupo de las enfermedades transmisibles, similar a lo encontrado en análisis relacionados tanto a nivel departamental^{68'69'70'71} como nacional^{72'} especialmente de las áreas respiratoria y gastrointestinal, sin diferencias por sexo ni régimen de aseguramiento, salvo el diagnóstico de infección de vías urinarias (más frecuente en las niñas) y en los de la cavidad oral (dientes y encías), más frecuentes en las poblaciones subsidiada y sin aseguramiento (ver tabla 17).

Tabla 17. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de consulta externa por condición de aseguramiento y sexo, población pediátrica. Santander, 2009

Régimen Contributivo					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	5.310	6,7	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6.014	7,2
HelminCIAS y parasitosis intestinal, sin otra especificación	3.951	5,0	HelminCIAS y parasitosis intestinal, sin otra especificación	3.829	4,6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2.887	3,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.359	4,0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.798	3,5	Rinitis alérgica y vasomotora	3.283	3,9
Fiebre de origen desconocido	2.788	3,5	Fiebre de origen desconocido	2.922	3,5
Faringitis y amigdalitis aguda	2.741	3,5	Caries dental	2.834	3,4
Caries dental	2.589	3,3	Faringitis y amigdalitis aguda	2.789	3,4
Rinitis alérgica y vasomotora	2.498	3,1	Asma	2.698	3,2
Dermatitis	2.351	3,0	Dermatitis	2.183	2,6
Deformidades adquiridas de los miembros	1.834	2,3	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	2.024	2,4
Trastornos de la acomodación y de la refracción	1.811	2,3	Otitis media	1.688	2,0
Asma	1.809	2,3	Deformidades adquiridas de los miembros	1.586	1,9
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	1.707	2,2	Trastornos de la acomodación y de la refracción	1.518	1,8
Dolor abdominal	1.578	2,0	Infección viral de sitio no especificado	1.464	1,8
Otitis media	1.481	1,9	Gingivitis y enfermedades periodontales	1.300	1,6
Otros	41.205	51,9	Otros	43.652	52,5
Total	79.338	100,0	Total	83.143	100,0

Régimen Subsidiado					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
HelminCIAS y parasitosis intestinal, sin otra especificación	6.704	10,9	HelminCIAS y parasitosis intestinal, sin otra especificación	6.568	10,3
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6.046	9,8	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6.411	10,1
Caries dental	3.984	6,4	Caries dental	4.256	6,7
Fiebre de origen desconocido	2.962	4,8	Fiebre de origen desconocido	3.061	4,8
Dolor abdominal	2.812	4,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.802	4,4



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.287	3,7	Dolor abdominal	2.671	4,2
Faringitis y amigdalitis aguda	2.227	3,6	Faringitis y amigdalitis aguda	2.420	3,8
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2.065	3,3	Dermatitis	1.625	2,6
Dermatitis	1.589	2,6	Otitis media	1.452	2,3
Gingivitis y enfermedades periodontales	1.442	2,3	Gingivitis y enfermedades periodontales	1.439	2,3
Otitis media	1.396	2,3	Anemias aplásticas y otras anemias	1.344	2,1
Anemias aplásticas y otras anemias	1.283	2,1	Asma	1.249	2,0
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	1.068	1,7	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	1.116	1,8
Infección viral de sitio no especificado	983	1,6	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	1.110	1,7
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	934	1,5	Infección viral de sitio no especificado	1.070	1,7
Otros	23.996	38,8	Otros	25.020	39,3
Total	61.778	100,0	Total	63.614	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.675	11,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.797	11,8
Helminthiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	962	6,6	Caries dental	1.014	6,7
Caries dental	899	6,1	Helminthiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	851	5,6
Dolor abdominal	739	5,1	Dolor abdominal	674	4,4
Fiebre de origen desconocido	630	4,3	Fiebre de origen desconocido	652	4,3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	515	3,5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	608	4,0
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	507	3,5	Faringitis y amigdalitis aguda	381	2,5
Gingivitis y enfermedades periodontales	391	2,7	Trastornos hiperkinéticos	360	2,4
Dermatitis	344	2,4	Otitis media	346	2,3
Faringitis y amigdalitis aguda	322	2,2	Asma	321	2,1
Asma	305	2,1	Gingivitis y enfermedades periodontales	320	2,1
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	292	2,0	Dermatitis	296	2,0
Otitis media	283	1,9	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	264	1,7
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	226	1,5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	257	1,7
Anemias aplásticas y otras anemias	213	1,5	Neumonía	229	1,5
Otros	6.328	43,3	Otros	6.806	44,8
Total	14.631	100,0	Total	15.176	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción y prevención más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne básicamente diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron en su gran mayoría a aquellos incluidos en el grupo de los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, sin diferencias por sexo o régimen de aseguramiento, constituyendo el 99,8% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo y el 99,6% del total en el régimen subsidiado y 98,8% en los menores sin aseguramiento; de ellos, la consulta para la atención y supervisión de la salud del niño y el examen médico general constituyen las dos primeras causas de atención registradas en la población pediátrica en ambos sexos y en todos los regímenes, inclusive si se analiza en conjunto con los demás diagnósticos de morbilidad general; actividades que se han mantenido en los primeros lugares de frecuencia en análisis de años anteriores a nivel departamental^{68'69'70'71}.

Urgencias

En la población pediátrica atendida en el servicio de consulta de urgencias, el diagnóstico más frecuente fue la fiebre de origen desconocido con el 13,6%, 26,3% y 24,4% del total de consultas en el régimen contributivo, subsidiado y sin aseguramiento respectivamente, diagnóstico que se ha mantenido en los primeros lugares de frecuencia en este servicio y población en análisis anteriores^{68'69'70'71}; es importante destacar la diferencia en frecuencia de este diagnóstico en las poblaciones subsidiada y sin aseguramiento con respecto al contributivo, lo que pudiera indicar



deficiencias en el proceso diagnóstico. Le siguieron en frecuencia la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la rinofaringitis aguda.

A continuación se encuentran los diagnósticos de infección viral de sitio no especificado, la faringitis y amigdalitis aguda y el asma. Es importante destacar el diagnóstico inespecífico de dolor en la población del régimen contributivo (8,2% del total de registros), mientras que en el subsidiado y en la población sin aseguramiento se reportó en un 1,8% y 2,3% del total respectivamente. En menor proporción están la bronquitis y bronquiolitis aguda, el dolor abdominal y la otitis media; por último, están los diagnósticos de náusea y vómito y neumonía, entre otros diagnósticos menos frecuentes. Además de la diferencia observada por tipo de aseguramiento con el diagnóstico de dolor mencionado, se presentan diferencias por sexo en los diagnósticos de infección de vías urinarias de sitio no especificado (más frecuente en niñas) y herida en la cabeza (más frecuente en niños y en las poblaciones del régimen subsidiado y sin aseguramiento).

Dentro de los diagnósticos clasificados como IRA y EDA en el servicio de consulta de urgencias, la relación global de IRA/EDA fue de 2,0 global (1,7 en el régimen contributivo y 2,4 en el régimen subsidiado y en los menores sin aseguramiento); los más frecuentes fueron la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la rinofaringitis aguda, la faringitis y amigdalitis aguda y la bronquitis y bronquiolitis aguda, con la diferencia que la proporción de los eventos clasificados como EDA fueron proporcionalmente más altos que en la consulta externa, razón por la cual la relación IRA/EDA en este servicio se redujo, situación que ha sido más notoria en los últimos tres años y en los menores del régimen contributivo. En los menores del régimen subsidiado, esta relación se ha mantenido en los dos últimos años y en la población sin aseguramiento, al igual que en el servicio de consulta externa, se observa un incremento en el año 2009, en comparación con los años precedentes, probablemente debido al incremento en el número de registros en este grupo poblacional^{68'69'70'71} (ver figura 38).

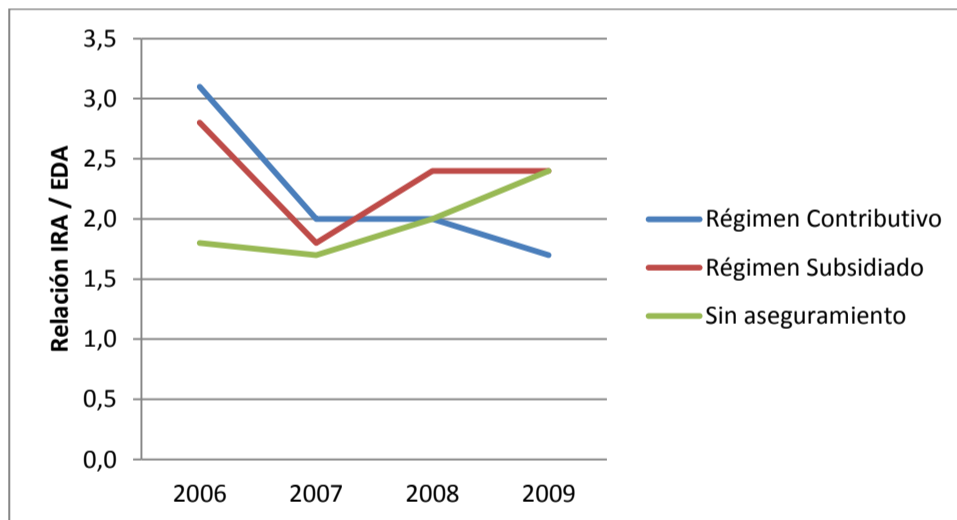


Figura 38. Relación IRA / EDA en el servicio de consulta de urgencias por tipo de aseguramiento, población pediátrica. Santander, 2005-2009

Por especialidades médicas, en el servicio de consulta de urgencias predominaron los diagnósticos agrupados dentro de la categoría de signos y síntomas que representaron el 23,4% del total de registros en el régimen contributivo, el 30,2% de los registros del régimen subsidiado y el 28,0% del total en los menores sin aseguramiento. Le siguen, en el régimen contributivo, los diagnósticos agrupados en el área de infectología (19,3% de las atenciones), otorrinolaringología (18,9% del total) y neumología (10,1% del total de registros). Por último dentro del resto de diagnósticos en el régimen contributivo se encuentran los del área de gastroenterología con el 5,4% del total, los relacionados con trauma (3,7% del total), cirugía general (3,3% del total de diagnósticos), dermatología (2,4% del total), cirugía plástica (2,3% del total) y urología (2,0% de los registros). En el régimen subsidiado, en segundo lugar estuvieron los diagnósticos agrupados en el área de otorrinolaringología (15,0% del total de diagnósticos), infectología (13,1% del total) y neumología (11,4% del total), entre otras especialidades. En los menores sin aseguramiento, los diagnósticos



agrupados en el área de neumología, con un 15,5% del total de diagnósticos en este servicio, ocuparon el segundo lugar, seguidos de infectología (14,7% del total) y otorrinolaringología (14,2% del total de registros), entre otros.

Por último, para los menores del régimen subsidiado y sin aseguramiento, los diagnósticos restantes se agruparon principalmente en los relacionados con trauma (5,1% y 4,2% del total de diagnósticos respectivamente), cirugía general (4,8% y 3,7% del total de registros), gastroenterología (3,6% y 3,4% del total respectivamente), patología oral (3,6% y 3,1% del total respectivamente), cirugía plástica, dermatología y urología (3,5%, 2,4% y 1,9% del total en el régimen subsidiado y 3,1%, 2,6% y 1,9% del total en los menores sin aseguramiento).

En resumen, el perfil de morbilidad de la población pediátrica en el servicio de consulta de urgencias estuvo definido por diagnósticos inespecíficos y eventos pertenecientes al grupo de las enfermedades transmisibles, y en menor proporción aparecen eventos de causa externa (trauma). Se encontraron diferencias por sexo en los diagnósticos de infección urinaria y herida en la cabeza ya mencionados y por tipo de aseguramiento con el diagnóstico de dolor (inespecífico) y el de herida en la cabeza (ver tabla 18).

Tabla 18. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de consulta de urgencias por condición de aseguramiento y sexo, población pediátrica. Santander, 2009

Régimen Contributivo					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	3.483	14,2	Fiebre de origen desconocido	3.816	13,2
Dolor	1.955	7,9	Dolor	2.424	8,4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.906	7,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.294	7,9
Infección viral de sitio no especificado	1.477	6,0	Infección viral de sitio no especificado	1.700	5,9
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.446	5,9	Asma	1.571	5,4
Faringitis y amigdalitis aguda	1.075	4,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.560	5,4
Asma	993	4,0	Faringitis y amigdalitis aguda	1.255	4,3
Otitis media	834	3,4	Otitis media	956	3,3
Náusea y vómito	832	3,4	Náusea y vómito	897	3,1
Dolor abdominal	746	3,0	Dolor abdominal	738	2,5
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	616	2,5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	733	2,5
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	587	2,4	Herida de la cabeza	583	2,0
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	405	1,6	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	561	1,9
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	371	1,5	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	374	1,3
Trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	324	1,3	Infección intestinal viral, sin otra especificación	356	1,2
Otros	7.546	30,7	Otros	9.139	31,6
Total	24.596	100,0	Total	28.957	100,0

Régimen Subsidiado					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	4.384	27,1	Fiebre de origen desconocido	4.911	25,6
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.085	6,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.244	6,5
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.016	6,3	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.094	5,7
Faringitis y amigdalitis aguda	701	4,3	Asma	1.040	5,4
Dolor abdominal	689	4,3	Faringitis y amigdalitis aguda	812	4,2
Asma	627	3,9	Dolor abdominal	764	4,0
Infección viral de sitio no especificado	623	3,9	Infección viral de sitio no especificado	750	3,9
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	517	3,2	Herida de la cabeza	726	3,8
Náusea y vómito	398	2,5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	672	3,5
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	384	2,4	Otitis media	392	2,0
Otitis media	371	2,3	Náusea y vómito	391	2,0
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	357	2,2	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	377	2,0
Herida de la cabeza	342	2,1	Neumonía	328	1,7
Dolor	312	1,9	Dolor	313	1,6
Neumonía	288	1,8	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	271	1,4
Otros	4.085	25,2	Otros	5.122	26,7
Total	16.179	100,0	Total	19.207	100,0



Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	1.199	24,5	Fiebre de origen desconocido	1.472	24,4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	378	7,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	440	7,3
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	301	6,2	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	370	6,1
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	278	5,7	Asma	354	5,9
Asma	221	4,5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	322	5,3
Faringitis y amigdalitis aguda	204	4,2	Infección viral de sitio no especificado	233	3,9
Dolor abdominal	173	3,5	Faringitis y amigdalitis aguda	218	3,6
Infección viral de sitio no especificado	170	3,5	Herida de la cabeza	194	3,2
Neumonía	141	2,9	Otros síntomas y signos generales especificados	157	2,6
Náusea y vómito	121	2,5	Neumonía	149	2,5
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	120	2,5	Dolor abdominal	142	2,4
Otitis media	104	2,1	Otitis media	121	2,0
Otros síntomas y signos generales especificados	99	2,0	Náusea y vómito	111	1,8
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	95	1,9	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	99	1,6
Herida de la cabeza	80	1,6	Caries dental	68	1,1
Otros	1.207	24,7	Otros	1.586	26,3
Total	4.891	100,0	Total	6.036	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción y prevención más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que los reúne diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron en su gran mayoría a aquellos incluidos en el grupo de los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, por lo que corresponden a eventos mal codificados; los cuales no tuvieron diferencias por sexo, constituyendo el 99,7% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo y en los menores sin aseguramiento y el 93,2% del total en el régimen subsidiado; de ellos, en el régimen contributivo la principal causa de atención fue la consulta no especificada con un 66,6%, seguida de la consulta para la atención y supervisión de la salud del niño (diagnóstico no apropiado para una consulta de urgencias) con el 13,8%; en el régimen subsidiado y en los menores sin aseguramiento, el examen médico general y la consulta no especificada (diagnósticos que tampoco son adecuados para este servicio), se constituyeron en los principales diagnósticos con el 44,9% y 17,7% en el régimen subsidiado y el 48,1% y 21,7% respectivamente en los menores sin aseguramiento (ver anexo 2). Es importante aclarar que al mirar estos eventos en conjunto con los de morbilidad, contrario a lo observado en el servicio de consulta externa, estas actividades ocuparon lugares intermedios entre los principales diagnósticos, siendo desplazadas por los diagnósticos inespecíficos como se mencionó antes.

Urgencias con observación

En el servicio de urgencias con observación (el cual fue analizado en conjunto con el servicio de consulta de urgencias en los informes de años anteriores), el perfil de morbilidad de la población pediátrica reportado se comportó de manera muy similar al de la consulta de urgencias, toda vez que implica unas horas de observación de los pacientes que llegan más comprometidos al servicio de urgencias con el fin de estabilizarlos y permitir un diagnóstico más específico. El diagnóstico más frecuente fue la fiebre de origen desconocido con el 16,7%, 27,1% y 24,2% del total de consultas en el régimen contributivo, subsidiado y sin aseguramiento respectivamente; es importante destacar la elevada frecuencia de este diagnóstico y sus diferencias por tipo de aseguramiento, reflejando dos situaciones probables, la falta de aclaración diagnóstica en este servicio y las posibles limitaciones para una atención integral en las poblaciones subsidiada y sin aseguramiento. Le siguieron en frecuencia la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la rinofaringitis aguda.

Posteriormente se encontraron los diagnósticos de faringitis y amigdalitis aguda, el dolor abdominal, la bronquitis y bronquiolitis aguda, el asma, la infección viral de sitio no especificado y



el diagnóstico de náusea y vómito. En menor proporción estuvieron la otitis media, las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y la fiebre del dengue. Es importante mencionar la elevada frecuencia del diagnóstico de neumonía en las poblaciones del régimen subsidiado y sin aseguramiento, evidenciando mayor frecuencia en las complicaciones en el manejo de las infecciones de las vías respiratorias superiores en estos grupos poblacionales menos favorecidos. La otra diferencia destacada (ya mencionada en la consulta de urgencias), es la mayor frecuencia de heridas en la cabeza en los menores del régimen subsidiado y sin aseguramiento que en los del contributivo (ver tabla 18).

Agrupados por especialidades, en el régimen contributivo los diagnósticos más frecuentes fueron aquellos de otorrinolaringología y constituyeron el 26,5% del total de los registros; le siguieron los diagnósticos clasificados dentro de la categoría de signos y síntomas con el 19,1% del total de registros; posteriormente figuran los diagnósticos relacionados con las enfermedades infecciosas con el 16,7% del total de las atenciones; los diagnósticos del área de neumología (13,2% del total) y los diagnósticos de gastroenterología (6,5% del total), siendo éstos últimos los menos frecuentes. En el régimen subsidiado, predominaron los diagnósticos agrupados en la categoría de signos y síntomas con el 29,1%; en segundo lugar estuvieron los diagnósticos relacionados con las enfermedades infecciosas con el 16,9% del total de registros; luego los diagnósticos de la especialidad de otorrinolaringología con el 13,4% del total de los registros; le siguieron los diagnósticos del área de neumología (13,4% del total); diagnósticos relacionados con trauma (7,0% del total), cirugía general (5,0% del total) y gastroenterología (4,0% del total), entre otras especialidades. En los menores sin aseguramiento, también predominaron los diagnósticos agrupados en la categoría de signos y síntomas con el 27,1%; luego los diagnósticos de neumología con el 15,6% del total de registros; posteriormente estuvieron los diagnósticos de enfermedades infecciosas con el 12,9%; cirugía general con el 7,1% del total; diagnósticos de trauma (5,1%), gastroenterología (5,1% del total) y urología (3,2% del total), entre otras especialidades. Llama nuevamente la atención el alto porcentaje de los diagnósticos inespecíficos en comparación con los del régimen contributivo, pudiendo reflejar limitaciones en la atención o restricciones en la utilización de ayudas diagnósticas.

La relación IRA/EDA de los diagnósticos clasificados como tal en el servicio de urgencias con observación, mostró un valor más bajo que en los servicios anteriores con un 2,7 global (2,9 en el régimen contributivo, 1,6 en el subsidiado y 2,2 en los menores sin aseguramiento), gracias al peso porcentual del diagnóstico de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con respecto al total de cada grupo poblacional. Por otra parte, aparecen en los primeros diagnósticos otros diagnósticos de IRA con mayor proporción que la mostrada en los servicios de consulta externa y de urgencias como la bronquitis y bronquiolitis aguda y neumonía que se reflejó en el incremento de la relación en el año 2009, especialmente en las poblaciones del régimen contributivo y en los menores sin aseguramiento, aunque dicha relación en este grupo pudiera verse afectado posiblemente por el incremento en el número de registros en los menores sin aseguramiento para el año del presente análisis (ver figura 39).

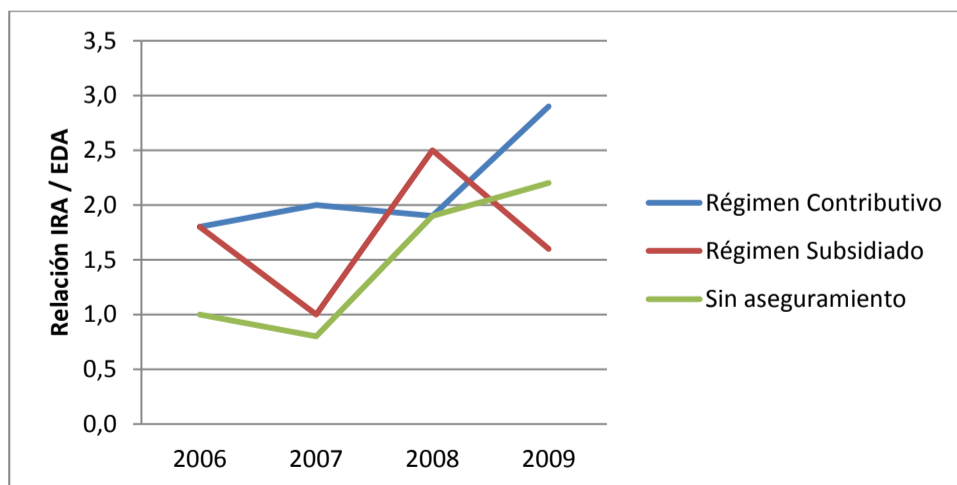


Figura 39. Relación IRA / EDA en el servicio de urgencias con observación por tipo de aseguramiento, población pediátrica. Santander, 2005-2009



Para el caso del servicio de urgencias con observación, el perfil de morbilidad es bastante similar al de la consulta de urgencias como ya se mencionó, con predominio de eventos transmisibles, diagnósticos inespecíficos y de causa externa, observándose diferencias por régimen de aseguramiento en el diagnóstico de fiebre de origen desconocido y neumonía y por sexo en los eventos de causa externa (herida en la cabeza) (ver tabla 19).

Tabla 19. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de urgencias con observación por condición de aseguramiento y sexo, población pediátrica. Santander, 2009

Régimen Contributivo					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	2.166	17,8	Fiebre de origen desconocido	1.852	15,6
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.010	8,3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.041	8,8
Faringitis y amigdalitis aguda	901	7,4	Faringitis y amigdalitis aguda	840	7,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	886	7,3	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	837	7,0
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	652	5,4	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	720	6,1
Otitis media	563	4,6	Otitis media	543	4,6
Náusea y vómito	502	4,1	Asma	483	4,1
Infección viral de sitio no especificado	465	3,8	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	445	3,7
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	448	3,7	Náusea y vómito	436	3,7
Asma	381	3,1	Infección viral de sitio no especificado	423	3,6
Dolor abdominal	370	3,0	Dolor abdominal	305	2,6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	248	2,0	Herida de la cabeza	243	2,0
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	174	1,4	Reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores, sitio no especificado	170	1,4
Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	168	1,4	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	166	1,4
Reacción de hipersensibilidad de las vías respiratorias superiores, sitio no especificado	156	1,3	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	161	1,4
Otros	3.129	25,2	Otros	3.289	27,1
Total	12.153	100,0	Total	11.880	100,0

Régimen Subsidiado					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	345	27,4	Fiebre de origen desconocido	411	26,8
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	135	10,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	139	9,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	60	4,8	Dolor abdominal	68	4,4
Dolor abdominal	55	4,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	62	4,0
Faringitis y amigdalitis aguda	41	3,3	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	62	4,0
Infección viral de sitio no especificado	37	2,9	Herida de la cabeza	55	3,6
Asma	37	2,9	Asma	49	3,2
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	36	2,9	Infección viral de sitio no especificado	46	3,0
Neumonía	34	2,7	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	46	3,0
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	34	2,7	Faringitis y amigdalitis aguda	39	2,5
Náusea y vómito	29	2,3	Neumonía	38	2,5
Otitis media	27	2,1	Náusea y vómito	34	2,2
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	27	2,1	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	28	1,8
Traumatismo de región no especificada del cuerpo	25	2,0	Otitis media	26	1,7
Herida de la cabeza	22	1,7	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	21	1,4
Otros	324	25,1	Otros	413	26,7
Total	1.260	100,0	Total	1.533	100,0



Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Fiebre de origen desconocido	216	24,7	Fiebre de origen desconocido	261	23,8
Dolor abdominal	67	7,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	98	8,9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	63	7,2	Dolor abdominal	62	5,7
Neumonía	39	4,5	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	59	5,4
Asma	36	4,1	Neumonía	50	4,6
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	36	4,1	Asma	40	3,6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	34	3,9	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	38	3,5
Náusea y vómito	27	3,1	Náusea y vómito	34	3,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	27	3,1	Herida de la cabeza	26	2,4
Infección viral de sitio no especificado	25	2,9	Faringitis y amigdalitis aguda	24	2,2
Faringitis y amigdalitis aguda	25	2,9	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	23	2,1
Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	18	2,1	Dolor	22	2,0
Dolor	15	1,7	Infección viral de sitio no especificado	22	2,0
Herida de la cabeza	14	1,6	Otitis media	20	1,8
Celulitis	9	1,0	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, de sitios múltiples o no especificados	20	1,8
Otros	224	25,6	Otros	297	27,1
Total	875	100,0	Total	1.096	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne los diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron en su gran mayoría a aquellos incluidos en el grupo de los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, sin figurar en los principales diagnósticos, teniendo en cuenta la totalidad de ellos, constituyendo el 97,5% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo, 90,9% en los menores del régimen subsidiado y 100% en los menores sin aseguramiento. En los menores del régimen contributivo la consulta para la atención y supervisión de la salud del niño con el 28,8% fue el principal diagnóstico, mientras que en el régimen subsidiado lo fue el examen médico general con el 27,3% y en los menores sin aseguramiento (ninguno de los dos diagnósticos, adecuados para ser registrados en este servicio); los procedimientos para propósitos diferentes al de mejorar el estado de salud con el 50,0%, correspondiendo a solamente dos atenciones; no hubo diferencias por sexo ni régimen de aseguramiento (ver anexo 3).

Hospitalización

En el servicio de hospitalización, los diagnósticos predominantes en la población pediátrica fueron en su orden la neumonía con el 12,3%, 10,9% y 20,7% del total de diagnósticos en el régimen contributivo, subsidiado y sin aseguramiento respectivamente; diagnóstico que ha prevalecido en los primeros lugares en análisis anteriores a nivel departamental^{67'68'69'70'71'}; le sigue la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la infección de vías urinarias de sitio no especificado y la fiebre de origen desconocido; diagnóstico que llama la atención por ser inespecífico en un servicio cuya finalidad es entre otros la aclaración del diagnóstico. A continuación están la bronquitis y bronquiolitis aguda, la fiebre del dengue, el asma, la celulitis y la ictericia neonatal. Con menor frecuencia se encuentran los diagnósticos de dolor abdominal, la dificultad respiratoria del recién nacido, la apendicitis y por último, las enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas.

Por especialidades, los diagnósticos más frecuentes fueron aquellos agrupados en el área de neumología en los tres grupos con un 25,0% del total de las atenciones en el régimen contributivo, 19,8% en el régimen subsidiado y 30,4% en los menores sin aseguramiento, eventos resultantes de complicaciones de las infecciones respiratorias y que contribuyen de alguna manera al reporte de casos de ESI-IRAG dentro del sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA). Le siguen tanto



en el régimen contributivo como en el grupo de los menores sin aseguramiento, los diagnósticos relacionados con la especialidad de infectología (15,3% y 11,8% del total de registros respectivamente). Por su parte, en el régimen subsidiado se encuentran los diagnósticos del área de la neonatología (17,4% del total).

A continuación, en el régimen contributivo se encuentran los diagnósticos de la especialidad de neonatología (8,1% del total de registros), signos y síntomas (7,6% del total), urología (6,2% del total de diagnósticos), otorrinolaringología (6,0% del total), cirugía general (5,5% del total) y diagnósticos relacionados con trauma (4,6% del total), entre otros. En el régimen subsidiado, se encuentran en tercer lugar los diagnósticos asociados a trauma (8,9% del total de diagnósticos), urología (7,9%), dermatología (6,7% del total), signos y síntomas (5,9% del total) y cirugía general (5,3%), entre otros. Por último, entre los menores sin aseguramiento están los diagnósticos inespecíficos (signos y síntomas) (10,1% del total de registros), neonatología (9,4% del total de registros); urología (7,1% del total), cirugía general (6,3% del total), dermatología (5,1% del total) y trauma (4,8% del total), entre otros menos frecuentes.

Por la naturaleza de este servicio, establecido para el manejo de las patologías que comprometen más el estado de salud de los menores, los diagnósticos más frecuentes fueron neumonía, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y la bronquitis y bronquiolitis aguda, hallazgos similares a los encontrados en los análisis de RIPS de años anteriores^{67'68'69'70'71}. En general, es el servicio con la segunda relación IRA/EDA más alta después de la consulta externa 2,9 (2,4 en el régimen contributivo, 2,9 en el subsidiado y 4,0 en la población sin aseguramiento); aunque como se mencionó antes, en la población del régimen subsidiado durante los años 2007 y 2008, esta relación fue superior en este servicio. La tendencia de esta relación en el régimen contributivo es alrededor de 2,0 en todos los años, mientras que en los menores sin aseguramiento se incrementó en este último año, como se mencionó antes, lo cual puede corresponder a un aumento de los registros recibidos. En los menores del régimen subsidiado, el comportamiento ha sido irregular (ver figura 40).

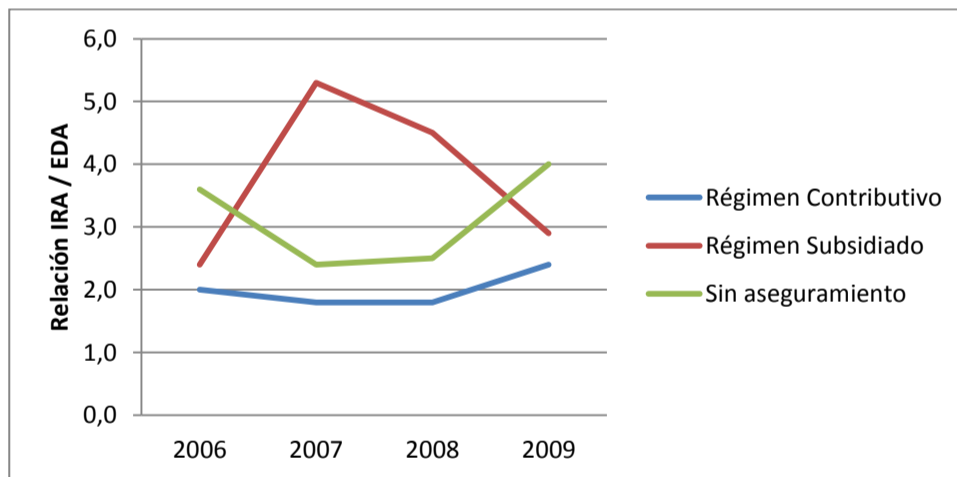


Figura 40. Relación IRA / EDA en el servicio de hospitalización por tipo de aseguramiento, población pediátrica. Santander, 2005-2009

En general, el perfil de morbilidad de la población pediátrica en el servicio de hospitalización está determinado por enfermedades transmisibles, resultado de complicaciones de las infecciones respiratorias, gastrointestinales y urinarias. En menor proporción se encuentran algunos eventos perinatales, quirúrgicos y de causa externa (traumáticos); sin grandes diferencias por sexo ni régimen de aseguramiento, salvo la infección urinaria (más frecuente en niñas) y los eventos de causa externa, los cuales son más frecuentes en niños y en los menores del régimen subsidiado (ver tabla 20).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 20. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de hospitalización por condición de aseguramiento y sexo, población pediátrica. Santander, 2009

Régimen Contributivo					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Neumonía	394	12,3	Neumonía	449	12,3
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	275	8,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	274	7,5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	242	7,6	Fiebre de origen desconocido	227	6,2
Fiebre de origen desconocido	195	6,1	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	206	5,6
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	157	4,9	Asma	195	5,3
Asma	146	4,6	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	144	3,9
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	141	4,4	Celulitis	102	2,8
Dolor abdominal	78	2,4	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	95	2,6
Celulitis	75	2,3	Ictericia neonatal	81	2,2
Ictericia neonatal	74	2,3	Dificultad respiratoria del recién nacido	75	2,1
Náusea y vómito	68	2,1	Dolor abdominal	74	2,0
Apendicitis	67	2,1	Apendicitis	73	2,0
Dificultad respiratoria del recién nacido	39	1,2	Náusea y vómito	67	1,8
Infección bacteriana de sitio no especificado	38	1,2	Fractura del antebrazo	51	1,4
Trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	30	0,9	Herida de la cabeza	50	1,4
Otros	1.186	37,0	Otros	1.484	40,7
Total	3.205	100,0	Total	3.647	100,0

Régimen Subsidiado					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	185	12,1	Neumonía	213	12,2
Neumonía	144	9,4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	98	5,6
Fiebre de origen desconocido	92	6,0	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	88	5,1
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	89	5,8	Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	78	4,5
Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	56	3,7	Asma	65	3,7
Celulitis	55	3,6	Dificultad respiratoria del recién nacido	65	3,7
Ictericia neonatal	55	3,6	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	64	3,7
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	51	3,3	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	64	3,7
Dificultad respiratoria del recién nacido	49	3,2	Fiebre de origen desconocido	63	3,6
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	48	3,1	Celulitis	61	3,5
Asma	42	2,8	Ictericia neonatal	58	3,3
Traumatismo de región no especificada del cuerpo	26	1,7	Apendicitis	48	2,8
Fractura del antebrazo	26	1,7	Fractura del antebrazo	45	2,6
Feto y recién nacidos afectados por afección materna y complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto	26	1,7	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	41	2,4
Trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer	24	1,6	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	34	2,0
Otros	556	36,5	Otros	656	37,7
Total	1.524	100,0	Total	1.741	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Niñas	%	Diagnóstico	Niños	%
Neumonía	286	19,4	Neumonía	349	21,6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	156	10,6	Fiebre de origen desconocido	131	8,1
Fiebre de origen desconocido	147	10,0	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	97	6,0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	95	6,4	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	81	5,0
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	61	4,1	Dolor abdominal	54	3,3
Asma	54	3,7	Asma	49	3,0
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	54	3,7	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	46	2,8



hemorrágico)			hemorrágico)		
Dolor abdominal	47	3,2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	43	2,7
Celulitis	42	2,9	Apendicitis	42	2,6
Ictericia neonatal	39	2,6	Dificultad respiratoria del recién nacido	42	2,6
Dificultad respiratoria del recién nacido	29	2,0	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	38	2,3
Otras convulsiones y las no especificadas	23	1,6	Celulitis	35	2,2
Apendicitis	21	1,4	Ictericia neonatal	32	2,0
Traumatismo de región no especificada del cuerpo	20	1,4	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	31	1,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	20	1,4	Enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas	26	1,6
Otros	379	25,7	Otros	523	32,3
Total	1.473	100,0	Total	1.619	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne los diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron a aquellos incluidos en el grupo de los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, constituyendo el 95,3% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo, 78,6% del total en el régimen subsidiado y 56,5% en los menores sin aseguramiento; sus dos principales diagnósticos, que no son adecuados para ser registrados en este servicio, fueron la consulta no especificada y el examen médico general (ver anexo 4). Estos diagnósticos no figuran entre los más frecuentes cuando se analizan en conjunto con los de morbilidad general, comportamiento similar al de años anteriores.

Población Adulta

Consulta Externa

En este servicio, el diagnóstico más frecuente tanto en hombres como en mujeres y en los tres grupos poblacionales fue la hipertensión esencial (primaria) con el 12,5%, 16,5% y 8,7% del total de registros en el régimen contributivo, subsidiado y sin aseguramiento respectivamente; seguido en frecuencia por la caries dental, diagnóstico mayormente reportado en el régimen subsidiado y en la población sin aseguramiento en donde ocupa el segundo lugar, mientras que en el régimen contributivo ocupa el cuarto lugar en ambos sexos. A continuación están los trastornos en el metabolismo de lipoproteínas y la diabetes mellitus, destacando que estos diagnósticos son más reportados en la población del régimen contributivo que en los otros dos grupos poblacionales donde ocupan un lugar intermedio; todos éstos han ocupado los primeros lugares en frecuencia en análisis anteriores, excluyendo los relacionados con el capítulo XXI de la CIE-1068'69'70'71. Es importante mencionar que el dolor abdominal, diagnóstico inespecífico con alta frecuencia en las poblaciones del régimen subsidiado y sin aseguramiento y en menor frecuencia en las mujeres del contributivo, podría estar indicando limitaciones en la atención o restricciones en la utilización de ayudas diagnósticas.

A continuación está el lumbago, evento más frecuente en hombres que en mujeres en los tres grupos poblacionales; seguidamente aparece la infección de vías urinarias de sitio no especificado, evento que aunque es mucho más frecuente en mujeres, aparece entre los quince principales diagnósticos en hombres; menos frecuente está la gastritis y duodenitis aguda, sin diferencias por sexo ni tipo de aseguramiento. Se destacan los diagnósticos de trastornos de la acomodación y la refracción en el régimen contributivo tanto en hombres como mujeres, la cefalea y la helmintiasis y parasitosis intestinal en el régimen subsidiado, y la rinfaringitis aguda y la cefalea en la población sin aseguramiento, diagnósticos de baja frecuencia en la población del régimen contributivo. Se destaca que el diagnóstico de diabetes mellitus fue más frecuente en hombres en el régimen contributivo y sin diferencias en los otros dos grupos poblacionales; así también el diagnóstico de hipotiroidismo, más frecuente en las mujeres del régimen contributivo y sin mencionarse en los otros dos grupos; mientras que la infección urinaria fue más frecuente en mujeres en los tres



grupos poblacionales, todos ellos guardando relación con los análisis previos de RIPS a nivel departamental^{68'69'70'71}.

Por grupos de diagnósticos en la población afiliada al régimen contributivo, los diagnósticos más frecuentes fueron aquellos incluidos en la especialidad de cardiología con un 14,2%; le siguen aquellos diagnósticos incluidos en la especialidad de endocrinología con el 10,1% del total, luego están los diagnósticos relacionados con la patología visual con el 7,2% del total, otorrinolaringología (7,1% del total), signos y síntomas (6,8% del total), fisiatría (6,2%), ginecología (6,1%) y odontología (5,5%).

En el régimen subsidiado también predominaron los diagnósticos del área de cardiología (17,6% del total de registros), luego están los diagnósticos relacionados con las enfermedades de los dientes con el 9% del total de registros, cirugía general (6,8% del total de diagnósticos); ginecología (6,6% del total de registros), otorrinolaringología (6,6% del total), endocrinología (6,5% de los diagnósticos), entre otras especialidades. En la población sin aseguramiento, predominaron los grupos de diagnósticos de ginecología con el 10,8% del total de registros, cardiología (10,5% del total), cirugía general (9,3% del total) y patología oral (9,2% del total de registros), principalmente.

En resumen, en el servicio de consulta externa el perfil de morbilidad de la población adulta, corresponde a enfermedades no transmisibles predominantemente, acompañados de patologías de la cavidad oral. Sin embargo, prevalecen aunque en menor proporción —en comparación con la población pediátrica— las enfermedades clasificadas como transmisibles, similar a lo encontrado en análisis de RIPS a nivel nacional^{72'} debido entre otras razones, a la inclusión de población menor en este grupo. No se observan diferencias por sexo, salvo en la diabetes, hipotiroidismo e infección de vías urinarias, antes mencionadas. Por tipo de aseguramiento, se observa que la hipertensión esencial es menos frecuente en la población sin aseguramiento que en los otros grupos poblacionales (ver tabla 21).

Tabla 21. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de consulta externa por condición de aseguramiento y sexo, población adulta. Santander, 2009

Régimen contributivo					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Hipertensión esencial (primaria)	87.927	12,3	Hipertensión esencial (primaria)	49.481	12,8
Trastornos de la acomodación y de la refracción	21.231	3,0	Diabetes mellitus	15.072	3,9
Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	20.590	2,9	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	13.863	3,6
Caries dental	19.352	2,7	Caries dental	12.423	3,2
Diabetes mellitus	18.938	2,6	Trastornos de la acomodación y de la refracción	11.256	2,9
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	15.571	2,2	Lumbago	10.839	2,8
Lumbago	13.986	2,0	Otros síntomas y signos generales especificados	7.179	1,9
Gastritis y duodenitis	12.996	1,8	Gingivitis y enfermedades periodontales	6.264	1,6
Otros síntomas y signos generales especificados	12.256	1,7	Gastritis y duodenitis	6.194	1,6
Hipotiroidismo, no especificado	11.441	1,6	Faringitis y amigdalitis aguda	5.416	1,4
Vaginitis y vulvitis	11.172	1,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.350	1,4
Cefalea	9.950	1,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	5.187	1,3
Gingivitis y enfermedades periodontales	9.642	1,3	Helmintiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	4.539	1,2
Dolor abdominal	9.622	1,3	Dermatitis	4.516	1,2
Migraña y otros síndromes de cefalea	9.548	1,3	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	4.498	1,2
Otros	431.682	60,3	Otros	223.280	57,9
Total	715.904	100,0	Total	385.357	100,0

Régimen subsidiado					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnostico	Hombres	%



Hipertensión esencial (primaria)	55.250	16,7	Hipertensión esencial (primaria)	22.665	16,2
Caries dental	16.709	5,0	Caries dental	8.218	5,9
Dolor abdominal	15.573	4,7	Lumbago	5.828	4,2
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	12.965	3,9	Dolor abdominal	5.231	3,7
Lumbago	10.777	3,3	Helmintiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	4.033	2,9
Vaginitis y vulvitis	9.959	3,0	Gastritis y duodenitis	3.702	2,6
Gastritis y duodenitis	8.948	2,7	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	3.449	2,5
Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	8.934	2,7	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3.430	2,4
Cefalea	8.855	2,7	Diabetes mellitus	2.901	2,1
Diabetes mellitus	7.154	2,2	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	2.828	2,0
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6.706	2,0	Cefalea	2.718	1,9
Helmintiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	6.380	1,9	Fiebre de origen desconocido	2.280	1,6
Trastornos de la menstruación	5.312	1,6	Gingivitis y enfermedades periodontales	2.169	1,5
Gingivitis y enfermedades periodontales	4.801	1,4	Faringitis y amigdalitis aguda	2.069	1,5
Fiebre de origen desconocido	4.193	1,3	Epilepsia	1.985	1,4
Otros	149.064	45,0	Otros	66.533	47,5
Total	331.580	100,0	Total	140.039	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Hipertensión esencial (primaria)	5.303	8,8	Hipertensión esencial (primaria)	2.471	8,4
Caries dental	3.983	6,6	Caries dental	2.146	7,3
Dolor abdominal	3.680	6,1	Dolor abdominal	1.148	3,9
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.930	3,2	Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana	984	3,4
Erosión y ectopión del cuello del útero	1.494	2,5	Hiperplasia de la próstata	856	2,9
Trastornos de la menstruación	1.445	2,4	Lumbago	758	2,6
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.421	2,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	706	2,4
Cefalea	1.382	2,3	Gastritis y duodenitis	663	2,3
Vaginitis y vulvitis	1.374	2,3	Gingivitis y enfermedades periodontales	625	2,1
Gastritis y duodenitis	1.351	2,2	Cefalea	506	1,7
Lumbago	1.041	1,7	Diabetes mellitus	503	1,7
Diabetes mellitus	1.018	1,7	Esquizofrenia	492	1,7
Gingivitis y enfermedades periodontales	975	1,6	Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	484	1,7
Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias	960	1,6	Helmintiasis y parasitosis intestinal, sin otra especificación	457	1,6
Fiebre de origen desconocido	883	1,5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	448	1,5
Otros	32.221	53,3	Otros	16.046	54,8
Total	60.461	100,0	Total	29.293	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron a los incluidos en el grupo de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, constituyendo el 70,9% del total de las consultas en este servicio en el régimen contributivo, el 77,9% del total en el régimen subsidiado y 61,8% en la población sin aseguramiento; de ellos, en el régimen contributivo predominan el examen médico general (18,9%) y la atención para anticoncepción (14,4%), esta última, a expensas de la población femenina (relación 28:1); en el régimen subsidiado el orden se invierte, siendo la atención para la anticoncepción, la principal actividad con el 32,5% y el examen médico general alcanza el 25,8%; las actividades en



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



anticoncepción también tienen un predominio en mujeres (relación 22:1); por último, en la población sin aseguramiento, estas dos actividades se presentan en igual proporción (22% para cada una), y la relación mujer – hombre en las actividades de anticoncepción es de 31:1. En segundo lugar, están las atenciones agrupadas en la especialidad de ginecología, relacionadas en su mayoría con el embarazo con una frecuencia de 28,9%, 21,9% y 37,8% del total de las actividades en el régimen contributivo, subsidiado y sin aseguramiento respectivamente (ver anexo 5).

Urgencias

En este servicio, el diagnóstico más frecuente tanto en hombres como en mujeres y en los tres grupos poblacionales fue el dolor abdominal, seguido de la fiebre de origen desconocido, también sin diferencias por sexo ni tipo de aseguramiento; a continuación están las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales de los dientes y la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; aunque en el régimen contributivo, el orden se invierte. Estos diagnósticos han ocupado a lo largo de diversos análisis, los primeros lugares en frecuencia en las tres poblaciones 68'69'70'71.

A continuación se encuentran los diagnósticos de infección de vías urinarias de sitio no especificado, por su alta frecuencia en mujeres; el dolor inespecífico (principal diagnóstico en hombres del régimen contributivo), la gastritis y duodenitis aguda, también en los tres grupos poblacionales y con ligero predominio entre las mujeres y menos frecuentes la caries dental, la infección viral de sitio no especificado y el asma. Es importante destacar la frecuencia de la litiasis urinaria y el lumbago entre los hombres del régimen contributivo, mientras que en los otros dos grupos poblacionales aparecen distintas manifestaciones de trauma entre los principales diagnósticos en hombres.

Por especialidades médicas, en el servicio de consulta de urgencias predominaron los diagnósticos agrupados dentro de la categoría de signos y síntomas con el 15,8% del total de registros en el régimen contributivo, el 16,0% del total de los del régimen subsidiado y el 15,2% del total en la población sin aseguramiento. Le siguen, en el régimen contributivo, los diagnósticos agrupados como enfermedades infecciosas (10,1% de las atenciones), posteriormente están los diagnósticos del área de cirugía general (9,4% del total de diagnósticos), le siguen los diagnósticos de trauma (7,5% del total de registros); otorrinolaringología (6,4% del total de registros), neumología (5,6%), ginecología (5,4%), gastroenterología y urología (5,2% del total para cada especialidad) y patología oral (5,0%) del total de registros, entre otros.

En el régimen subsidiado, en segundo lugar están los diagnósticos agrupados en el área de cirugía general (13,5% del total de diagnósticos), posteriormente están los diagnósticos de trauma (9,1% del total), luego están los de ginecología con el 9,0%, patología oral (8,1% del total), menos frecuentes están los diagnósticos de enfermedades infecciosas (6,3% del total), neumología (6,0%), urología (4,6%), gastroenterología (4,5% del total) y otorrinolaringología (4,3% del total de registros), entre otros. Por último en la población sin aseguramiento, los diagnósticos agrupados en el área de cirugía general (14,7% del total) ocuparon el segundo lugar; en tercer lugar en frecuencia están los diagnósticos de ginecología (10,5% del total de registros), posteriormente están los diagnósticos de trauma (10,1% del total), patología oral (7,7% del total), enfermedades infecciosas (6,0% del total), neumología (5,3%), urología y gastroenterología (4,4% del total para cada especialidad), entre otros diagnósticos.

En el servicio de consulta de urgencias, el perfil de morbilidad de la población adulta varía con respecto al de la consulta externa y se caracteriza por predominio de diagnósticos inespecíficos o sintomáticos, eventos clasificados como transmisibles, patologías de la cavidad oral y de causa externa y en menor proporción enfermedades no transmisibles. Se observan diferencias por sexo en algunas patologías ya mencionadas y en los eventos de causa externa (más frecuentes en hombres) y diferencias por régimen, ya que éstos predominan en la población del régimen subsidiado y sin aseguramiento (ver tabla 22).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 22. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de consulta de urgencias por condición de aseguramiento y sexo, población adulta. Santander, 2009

Régimen contributivo					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	8.272	7,3	Dolor	4.619	5,8
Dolor	7.062	6,2	Dolor abdominal	4.491	5,7
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5.108	4,5	Fiebre de origen desconocido	4.183	5,3
Fiebre de origen desconocido	4.632	4,1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3.801	4,8
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	3.420	3,0	Litiasis urinaria	2.343	3,0
Migraña y otros síndromes de cefalea	2.788	2,5	Infección viral de sitio no especificado	2.257	2,9
Cefalea	2.774	2,4	Lumbago	1.999	2,5
Gastritis y duodenitis	2.739	2,4	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	1.801	2,3
Infección viral de sitio no especificado	2.615	2,3	Dolor en el pecho	1.643	2,1
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	2.303	2,0	Faringitis y amigdalitis aguda	1.634	2,1
Asma	2.284	2,0	Asma	1.272	1,6
Faringitis y amigdalitis aguda	2.038	1,8	Gastritis y duodenitis	1.247	1,6
Lumbago	2.009	1,8	Hipertensión esencial (primaria)	1.215	1,5
Hipertensión esencial (primaria)	1.934	1,7	Caries	1.108	1,4
Dolor en el pecho	1.723	1,5	Celulitis	1.077	1,4
Otros	62.094	54,6	Otros	44.301	56,1
Total	113.795	100,0	Total	78.991	100,0

Régimen subsidiado					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	5.284	12,0	Dolor abdominal	2.413	9,5
Fiebre de origen desconocido	3.156	7,2	Fiebre de origen desconocido	2.149	8,4
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	2.109	4,8	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	1.168	4,6
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.923	4,4	Herida de la muñeca y mano	937	3,7
Cefalea	1.414	3,2	Herida de la cabeza	928	3,6
Gastritis y duodenitis	1.240	2,8	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	729	2,9
Asma	1.220	2,8	Dolor	729	2,9
Dolor	1.195	2,7	Asma	643	2,5
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1.170	2,7	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	633	2,5
Caries dental	1.057	2,4	Caries dental	582	2,3
Hipertensión esencial (primaria)	1.055	2,4	Hipertensión esencial (primaria)	524	2,1
Hemorragia precoz del embarazo	976	2,2	Infección viral de sitio no especificado	521	2,0
Falso trabajo de parto	886	2,0	Gastritis y duodenitis	454	1,8
Infección viral de sitio no especificado	713	1,6	Herida de la pierna	438	1,7
Lumbago	673	1,5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	405	1,6
Otros	19.818	45,2	Otros	12.254	48,0
Total	43.889	100,0	Total	25.507	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	1.371	12,4	Dolor abdominal	782	9,1
Fiebre de origen desconocido	726	6,6	Fiebre de origen desconocido	608	7,1
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	525	4,8	Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	379	4,4
Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales	524	4,8	Herida de la muñeca y mano	344	4,0
Hemorragia precoz del embarazo	419	3,8	Otros síntomas y signos generales especificados	339	3,9
Otros síntomas y signos generales especificados	326	3,0	Herida de la cabeza	324	3,8
Falso trabajo de parto	311	2,8	Caries dental	204	2,4
Gastritis y duodenitis	300	2,7	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	200	2,3
Caries dental	296	2,7	Herida del tórax	161	1,9
Cefalea	280	2,5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	157	1,8
Diarrea y gastroenteritis de presunto	276	2,5	Asma	148	1,7



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



origen infeccioso					
Asma	214	1,9	Gastritis y duodenitis	145	1,7
Parto único espontáneo	198	1,8	Celulitis	129	1,5
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	167	1,5	Dolor	123	1,4
Infección viral de sitio no especificado	149	1,4	Herida de la pierna	121	1,4
Otros	4.942	44,8	Otros	4.453	51,7
Total	11.024	100,0	Total	8.617	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron a los incluidos en el grupo de los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud con el 61,5% del total de las atenciones en este servicio, siendo la consulta no especificada su principal actividad (44,7%); en segundo lugar, están las actividades relacionadas con la especialidad de ginecología con el 38,4% del total de atenciones. En las poblaciones del régimen subsidiado y sin aseguramiento, esta situación se invierte, predominando las actividades de ginecología (relacionadas con el embarazo, como se mencionó antes) y en segundo lugar las actividades agrupadas en los Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (ver anexo 6).

Urgencias con observación

En el servicio de urgencias con observación en la población adulta, el comportamiento fue muy similar al de la consulta de urgencias, comportamiento similar al observado en los análisis de RIPS de años anteriores. El diagnóstico más frecuente fue el dolor abdominal y luego está la fiebre de origen desconocido; le siguieron en frecuencia la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la infección de vías urinarias de sitio no especificado, la cefalea y la gastritis y duodenitis aguda. Es importante mencionar que en el régimen contributivo se destacaron los diagnósticos de faringitis y amigdalitis aguda, la rinofaringitis aguda y el lumbago, mientras que en el régimen subsidiado sobresalió la hipertensión esencial.

Por grupos de especialidades médicas, en la población del régimen contributivo predominaron los diagnósticos agrupados dentro de la categoría de signos y síntomas con el 13,2% del total de registros; le siguen las enfermedades infecciosas, luego están los diagnósticos del área de otorrinolaringología (11,1% del total), cirugía general (11,1% del total de diagnósticos), trauma (7,5% del total de registros), gastroenterología (6,0% del total de registros), neumología (5,7%) y urología (5,2% del total), entre otros.

En el régimen subsidiado, también predominaron los diagnósticos del grupo de signos y síntomas (16,4% del total de registros), cirugía general (15,9%), trauma (10,8% del total), enfermedades infecciosas (9,0% del total), ginecología (8,6%), neumología (6,5% del total) y urología (4,9% del total). Por último en la población sin aseguramiento, los diagnósticos agrupados en el área de cirugía general (19,7% del total) ocuparon el primer lugar, luego están los signos y síntomas (12,1% del total), trauma (11,4% del total de registros), ginecología (10,7% del total), neumología (7,1% del total) y enfermedades infecciosas (6,6% del total), entre otros.

En el servicio de urgencias con observación, el perfil de morbilidad de la población adulta es muy similar al de la consulta de urgencias, caracterizado por predominio de diagnósticos sintomáticos y eventos transmisibles en los tres grupos poblacionales y sin diferencias por sexo, salvo la infección de vías urinarias; además eventos relacionados con la gestación en el régimen subsidiado y sin aseguramiento; en estos dos grupos, los eventos de causa externa alcanzan una proporción destacada especialmente en hombres; por último, en los tres grupos, los eventos no transmisibles se dan en bajo porcentaje (ver tabla 23).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 23. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de urgencias con observación por condición de aseguramiento y sexo, población adulta. Santander, 2009

Régimen contributivo					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	4.419	10,1	Dolor abdominal	2.367	7,2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.448	5,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2.134	6,5
Fiebre de origen desconocido	2.223	5,1	Fiebre de origen desconocido	2.011	6,2
Faringitis y amigdalitis aguda	1.601	3,6	Faringitis y amigdalitis aguda	1.362	4,2
Cefalea	1.531	3,5	Lumbago	1.093	3,3
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	1.290	2,9	Infección viral de sitio no especificado	1.069	3,3
Migraña y otros síndromes de cefalea	1.242	2,8	Litiasis urinaria	1.026	3,1
Gastritis y duodenitis	1.235	2,8	Dolor en el pecho	743	2,3
Infección viral de sitio no especificado	1.130	2,6	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	730	2,2
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1.044	2,4	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	658	2,0
Lumbago	935	2,1	Celulitis	575	1,8
Asma	910	2,1	Gastritis y duodenitis	567	1,7
Dolor en el pecho	750	1,7	Cefalea	549	1,7
Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	710	1,6	Asma	505	1,5
Hemorragia precoz del embarazo	604	1,4	Dolor	488	1,5
Otros	21.881	49,8	Otros	16.808	51,4
Total	43.953	100,0	Total	32.685	100,0

Régimen subsidiado					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	623	15,7	Dolor abdominal	275	11,4
Fiebre de origen desconocido	420	10,6	Fiebre de origen desconocido	200	8,3
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	201	5,1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	107	4,4
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	163	4,1	Herida de la muñeca y mano	103	4,3
Hipertensión esencial (primaria)	111	2,8	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	97	4,0
Cefalea	110	2,8	Herida de la cabeza	88	3,6
Gastritis y duodenitis	92	2,3	Dolor en el pecho	64	2,7
Asma	77	1,9	Hipertensión esencial (primaria)	58	2,4
Dolor	76	1,9	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	52	2,2
Traumatismo de región no especificada del cuerpo	75	1,9	Gastritis y duodenitis	50	2,1
Hemorragia precoz del embarazo	75	1,9	Herida de la pierna	49	2,0
Embarazo ectópico	73	1,8	Dolor	43	1,8
Parto único espontáneo	64	1,6	Asma	42	1,7
Parto único por cesárea	60	1,5	Litiasis urinaria	40	1,7
Infección viral de sitio no especificado	58	1,5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	40	1,7
Otros	1.681	42,5	Otros	1.103	45,7
Total	3.959	100,0	Total	2.411	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Dolor abdominal	369	17,1	Dolor abdominal	291	15,2
Fiebre de origen desconocido	137	6,3	Fiebre de origen desconocido	123	6,4
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	101	4,7	Herida de la muñeca y mano	101	5,3
Hemorragia precoz del embarazo	65	3,0	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	61	3,2
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	53	2,5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	50	2,6
Aborto espontáneo	52	2,4	Herida de la cabeza	48	2,5
Gastritis y duodenitis	50	2,3	Herida de la pierna	45	2,4
Asma	43	2,0	Hipertensión esencial (primaria)	30	1,6
Hipertensión esencial (primaria)	43	2,0	Gastritis y duodenitis	30	1,6
Dolor	40	1,9	Insuficiencia cardíaca	29	1,5
Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	39	1,8	Neumonía	28	1,5
Neumonía	37	1,7	Dolor	28	1,5
Parto único espontáneo	37	1,7	Dolor en el pecho	28	1,5



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Falso trabajo de parto	35	1,6	Síndrome de dificultad respiratoria del adulto	26	1,4
Embarazo ectópico	31	1,4	Lumbago	24	1,3
Otros	1.029	47,6	Otros	972	50,8
Total	2.161	100,0	Total	1.914	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que agrupa los diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron a actividades de la especialidad de ginecología y relacionadas con la gestación (60,3% en el régimen contributivo, 90,3% en el subsidiado y 97,9% en la población sin aseguramiento) y en segundo lugar están las actividades agrupadas en factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (39,1% en el régimen contributivo, 9,7% en el subsidiado y 2,1% en la población sin aseguramiento), con las diferencias en las actividades relacionadas con la gestación (ver anexo 7).

Hospitalización

En el servicio de hospitalización en la población adulta predominaron en general eventos obstétricos y quirúrgicos; de ellos el diagnóstico más frecuentemente reportado fue el parto único espontáneo (4,9%, 15,0% y 6,3% del total de registros en los tres grupos respectivamente) y el parto único por cesárea (5,6%, 9,1% y 2,6% del total de registros en los tres grupos respectivamente); nótese que en la población afiliada al régimen contributivo es la única en que la relación parto – cesárea está invertida en favor de la segunda. Le siguen los diagnósticos de dolor abdominal y apendicitis, principal diagnóstico en hombres del régimen contributivo y subsidiado y la infección de vías urinarias de sitio no especificado, que como se mencionó antes, es más mucho más frecuente en las mujeres, ya que en este servicio no figura entre los principales diagnósticos de la población masculina en ninguno de los tres grupos poblacionales, situación que se ha venido presentando de forma similar en los registros de los años analizados previamente^{68 69 70 71}

Posteriormente en los tres grupos poblacionales sobresalieron los diagnósticos de neumonía, la colecistitis, la celulitis y la fiebre del dengue; en el régimen subsidiado y sin aseguramiento sobresalen eventos traumáticos diversos, mientras que en la población sin aseguramiento se destacaron los diagnósticos de insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión esencial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Por grupos de especialidades, las principales atenciones realizadas en el servicio de hospitalización en la población adulta están relacionadas con eventos ginecoobstétricos, representando el 21,8% del total de eventos en el régimen contributivo, el 41,5% en el régimen subsidiado y el 18,3% en la población sin aseguramiento. En segundo lugar se encuentran diagnósticos relacionados con el área de cirugía general con el 13,6% del total de las atenciones en el régimen contributivo, 9,6% del total entre los afiliados al régimen subsidiado y 14,9% del total en la población sin aseguramiento; seguidamente en el régimen contributivo se ubican los diagnósticos del área de oncología (7,5% del total de registros), urología (6,1% del total de atenciones), cardiología y neumología con el 5,9% del total de diagnósticos cada uno, trauma (5,1% del total), enfermedades infecciosas (4,4% del total) y dermatología (3,3% del total de casos).

Por otra parte, en el tercer lugar de los afiliados al régimen subsidiado se encuentran los diagnósticos relacionados con trauma con el 7,7% del total de los registros, le siguen los diagnósticos del área de dermatología (5,0% del total), urología con el 4,4% del total de registros, signos y síntomas (4,0% del total) y enfermedades infecciosas con el 3,5% del total. En la población sin aseguramiento, se encuentran en tercer lugar los diagnósticos agrupados en la especialidad de neumología con el 10,1% del total de registros, posteriormente se encuentran los diagnósticos del área de cardiología con el 9,1% del total de atenciones, psiquiatría con el 6,8% del total de registros, trauma (4,9% del total de atenciones), gastroenterología con el 4,9% de los diagnósticos, neurología con el 4,4% de los diagnósticos, enfermedades infecciosas con el 3,9% del total de registros, por último están los diagnósticos agrupados en signos y síntomas (3,9% del total), urología (3,5% del total) y dermatología (3,4% del total).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



El perfil de morbilidad de la población adulta en el servicio de hospitalización está definido en las mujeres por las patologías relacionadas con los eventos obstétricos y quirúrgicos, sin grandes diferencias por tipo de aseguramiento. En el caso de los hombres predominan las patologías quirúrgicas seguidas de los eventos no transmisibles; sin embargo en la población del régimen subsidiado y sin aseguramiento los eventos de causa externa (trauma) ocupan un lugar preponderante en la población masculina (ver tabla 24).

Tabla 24. Primeras causas de morbilidad atendida en el servicio de hospitalización por condición de aseguramiento y sexo, población adulta. Santander, 2009

Régimen contributivo					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Parto único por cesárea	2.383	8,8	Apendicitis	902	5,9
Parto único espontáneo	2.080	7,7	Hiperplasia de la próstata	482	3,2
Apendicitis	930	3,4	Dolor abdominal	467	3,1
Colelitiasis	846	3,1	Celulitis	453	3,0
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	770	2,8	Neumonía	417	2,7
Dolor abdominal	713	2,6	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	395	2,6
Falso trabajo de parto	620	2,3	Litiasis urinaria	337	2,2
Neumonía	490	1,8	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	313	2,0
Leiomioma del útero	443	1,6	Colelitiasis	311	2,0
Hemorragia precoz del embarazo	427	1,6	Insuficiencia renal	293	1,9
Celulitis	398	1,5	Insuficiencia cardíaca	280	1,8
Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	386	1,4	Diabetes mellitus	265	1,7
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	287	1,1	Hipertensión esencial (primaria)	206	1,3
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	281	1,0	Angina de pecho	193	1,3
Prolapso genital femenino	278	1,0	Infarto agudo del miocardio	180	1,2
Otros	15.725	58,1	Otros	9.797	64,1
Total	27.057	100,0	Total	15.291	100,0

Régimen subsidiado					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Parto único espontáneo	1.982	20,2	Apendicitis	169	5,0
Parto único por cesárea	1.206	12,3	Celulitis	166	4,9
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	414	4,2	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	151	4,4
Aborto espontáneo	345	3,5	Dolor en el pecho	107	3,1
Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	242	2,5	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	95	2,8
Hemorragia precoz del embarazo	189	1,9	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	87	2,6
Celulitis	179	1,8	Hernia inguinal	85	2,5
Apendicitis	169	1,7	Fractura del antebrazo	73	2,1
Colelitiasis	162	1,6	Dolor abdominal	72	2,1
parto único asistido	151	1,5	Neumonía	69	2,0
Dolor abdominal	138	1,4	Fractura del fémur	69	2,0
Leiomioma del útero	128	1,3	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco	63	1,8
Prolapso genital femenino	128	1,3	Fractura de la pierna	55	1,6
Traumatismo de región no especificada del cuerpo	117	1,2	Herida de la muñeca y mano	54	1,6
Dolor en el pecho	115	1,2	Trastornos delirantes	52	1,5
Otros	4.162	42,4	Otros	2.041	59,9
Total	9.827	100,0	Total	3.408	100,0

Población sin aseguramiento en salud					
Diagnóstico	Mujeres	%	Diagnóstico	Hombres	%
Parto único espontáneo	853	11,2	Dolor abdominal	399	6,8
Dolor abdominal	611	8,0	Insuficiencia cardíaca	264	4,5
Parto único por cesárea	352	4,6	Neumonía	263	4,5
Neumonía	264	3,5	Esquizofrenia	185	3,2
Hipertensión esencial (primaria)	228	3,0	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	177	3,0
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	217	2,8	Hipertensión esencial (primaria)	163	2,8



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Aborto espontáneo	203	2,7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	160	2,7
Insuficiencia cardíaca	193	2,5	Apendicitis	153	2,6
Diabetes mellitus	161	2,1	Celulitis	148	2,5
Esquizofrenia	154	2,0	Traumatismo de región no especificada del cuerpo	145	2,5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada	153	2,0	Herida del tórax	126	2,2
Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada	141	1,8	Diabetes mellitus	117	2,0
Colelitiasis	121	1,6	Fiebre de origen desconocido	112	1,9
Fiebre de origen desconocido	116	1,5	Fiebre del dengue (clásico y hemorrágico)	108	1,8
Hemorragia gastrointestinal, no especificada	111	1,5	Enfermedad cerebrovascular, no especificada	104	1,8
Otros	3.749	49,2	Otros	3.222	55,1
Total	7.627	100,0	Total	5.846	100,0

Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. RIPS, 2009

Actividades de promoción atendidas

Con respecto a las actividades de promoción más frecuentes en este servicio y grupo poblacional (que reúne diagnósticos del capítulo XXI de la CIE-10), éstos correspondieron a actividades agrupadas en la especialidad de ginecología y relacionadas con la gestación (46,7% en el régimen contributivo, 71,1% en el subsidiado y 76,8% en la población sin aseguramiento). En segundo lugar están las actividades agrupadas en los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (53,0% en el régimen contributivo, 28,5% en el subsidiado y 23,2% en la población sin aseguramiento), siendo la atención para la anticoncepción, la actividad principal. Entre los hombres, predominó la consulta no especificada en el régimen contributivo y la atención para anticoncepción en las otras dos poblaciones. Es importante destacar en este grupo de diagnósticos, la presencia de registros no adecuados para este servicio como el de embarazo confirmado, principal diagnóstico en los tres grupos poblacionales, pero menos frecuente en el régimen contributivo (ver anexo 8).

Análisis de procedimientos realizados a la población santandereana

En el ámbito ambulatorio, se observa un patrón de distribución de los procedimientos similar tanto en la población afiliada al régimen contributivo como en la población sin aseguramiento, con predominio de los procedimientos de tipo diagnóstico y terapéutico (laboratorio clínico, imagenología radiológica y procedimientos en dientes como los más frecuentes) y muy poca participación de los de protección específica y detección temprana, mientras que en la población del régimen subsidiado, estos procedimientos adquieren mayor participación porcentual, debido probablemente a la mayor utilización de los servicios de programas de promoción y prevención en este régimen.

En los procedimientos del ámbito de urgencias, casi la totalidad de ellos se encuentran clasificados como diagnósticos y terapéuticos en los tres grupos poblacionales, con la diferencia que en el régimen contributivo la relación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos fue de 9 a 1, mientras que en el régimen subsidiado y en la población sin aseguramiento, esta relación fue de 8 a 2. Los principales procedimientos diagnósticos fueron los de laboratorio clínico, imagenología radiológica y procedimientos en dientes, mientras que los principales procedimientos terapéuticos fueron los procedimientos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación y relacionados. Por último, en los procedimientos del ámbito hospitalario, se observa un comportamiento similar al anterior en las poblaciones del régimen contributivo y sin aseguramiento; sin embargo, en el régimen subsidiado, se presenta un 10% de procedimientos con finalidad de protección específica (procedimientos profilácticos, terapéuticos y otros misceláneos), condición que ha prevalecido en anteriores análisis^{68'69'70'71} (ver tabla 25).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 25. Procedimientos según finalidad, población y ámbito. Santander, 2009

Finalidad	Ámbito: Ambulatorio						
	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Población sin aseguramiento o en salud	%	Total
Diagnóstico	1.121.370	69,7	611.266	50,9	177.071	65,2	1.909.707
Terapéutico	350.363	21,8	214.832	17,9	57.172	21,1	622.367
Protección específica	96.518	6,0	229.540	19,1	25.181	9,3	351.239
Detección temprana de enfermedad general	31.572	2,0	130.534	10,9	10.988	4,0	173.094
Detección temprana de enfermedad profesional	9.481	0,6	15.152	1,3	1.016	0,4	25.649
Sin dato	14	0,0	98	0,0	32	0,0	144
Total general	1.609.318	100,0	1.201.422	100,0	271.460	100,0	3.082.200

Finalidad	Ámbito: Urgencias						
	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Población sin aseguramiento o en salud	%	Total
Diagnóstico	260.451	93,7	168.846	74,3	76.622	79,1	505.919
Terapéutico	15.684	5,6	52.021	22,9	16.824	17,4	84.529
Detección temprana de enfermedad general	483	0,2	4.154	1,8	998	1,0	5.635
Protección específica	1.392	0,5	1.819	0,8	2.411	2,5	5.622
Detección temprana de enfermedad profesional	17	0,0	286	0,1	44	0,0	347
Sin Dato	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2
Total general	278.027	100,0	227.128	100,0	96.899	100,0	602.054

Finalidad	Ámbito: Hospitalario						
	Régimen contributivo	%	Régimen Subsidiado	%	Población sin aseguramiento o en salud	%	Total
Diagnóstico	278.676	89,6	111.856	80,9	121.414	86,0	511.946
Terapéutico	29.777	9,6	12.900	9,3	16.676	11,8	59.353
Protección específica	1.892	0,6	12.591	9,1	2.972	2,1	17.455
Detección temprana de enfermedad general	507	0,2	472	0,3	90	0,1	1.069
Detección temprana de enfermedad profesional	47	0,0	452	0,3	3	0,0	502
Total general	310.899	100,0	138.271	100,0	141.155	100,0	590.325

Sin Dato de Ámbito: Contributivo 47, Subsidiado 37.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



5. MORBILIDAD POR EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Santander recibe la notificación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) de 87 Unidades Notificadoras Municipales (UNM) que corresponden a los municipios del departamento y de 275 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD)⁷³ que, de acuerdo con la periodicidad de notificación de cada evento, realizan el reporte individual o colectivo de los casos nuevos.

Actualmente se vigilan 90 eventos de notificación individual y cuatro de notificación colectiva establecidos por el Instituto Nacional de Salud. Para facilitar su gestión y análisis fueron clasificados en tres grandes grupos: eventos transmisibles, que son los más numerosos y para lo cual fue concebido inicialmente el sistema de vigilancia; eventos no transmisibles, que han venido en aumento dada la necesidad de vigilar el comportamiento de algunas enfermedades crónicas; y los factores de riesgo ambiental. Dentro de los eventos transmisibles se han creado subgrupos: inmunoprevenibles, eventos de transmisión sexual, zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores y micobacterias.

El análisis presentado a continuación tiene como insumo las tablas de datos suministradas por la Oficina de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría de Salud de Santander que proporcionan el número de casos nuevos del año 2005 al 2011; mostrando el comportamiento de los eventos y su tendencia en este periodo. Por ser el 2011 el último año de referencia, los eventos fueron analizados en términos de variables de tiempo, lugar y persona obtenidas de las bases de datos básicos de los casos; por sexo, grupos de edad y municipio o Núcleo de Desarrollo Provincial (NDP) de residencia o procedencia, según el evento.

La información de número de casos y tasa por sexo, grupos de edad y NDP del año 2011 puede ser revisada en los anexos 9, 10 y 11. Los casos y tasas por municipio pueden ser consultados en el anexo 12.

Eventos transmisibles

Enfermedades inmunoprevenibles

Durante el 2011 se reportaron 7.456 casos de algún evento inmunoprevenible; el de mayor notificación fue la varicela con 6.568 casos (325,0 por 100.000 habitantes), evento que hace que este grupo se convierta en el más frecuente de las enfermedades transmisibles y en general, en términos de número de casos, en el más importante del Sistema de Vigilancia (SIVIGILA) departamental. Las mayores tasas de incidencia de varicela las tuvo el grupo de edad de 1 a 4 años (1.058 casos, 782,3 por 100.000 habitantes) y el NDP Mares (1.280 casos, 412,8 por 100.000 habitantes). El segundo evento con mayor notificación fue la Enfermedad Similar a la Influenza (499 casos, 22,7 por 100.0 habitantes), seguido de la parotiditis (345 casos, 17,1 por 100.00 habitantes). Entre todos los eventos inmunoprevenibles los principalmente afectados fueron los hombres y los menores de 5 años dado que presentaron la incidencia más alta. El mayor número de casos nuevos residía en el NDP Metropolitano.

No fueron notificados casos confirmados de parálisis flácida, rubéola o difteria. En la tabla 26 se muestra la tendencia en la notificación de eventos inmunoprevenibles del año 2005 al 2011.



Tabla 26. Morbilidad por eventos inmunoprevenibles. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Evento adverso seguido a la vacunación	Casos	-	-	83	12	2	17	18
	Tasa	-	-	4,2	0,6	0,1	0,9	0,9
Enfermedad similar a la influenza	Casos	-	-	8	64	1.012	955	499
	Tasa	-	-	0,4	3,2	50,6	47,5	24,7
Meningitis bacterianas*	Casos	10	5	15	23	9	3	7
	Tasa	0,5	0,3	0,8	1,2	0,4	0,2	0,3
Parotiditis	Casos	-	-	-	-	196	188	345
	Tasa	-	-	-	-	9,8	9,4	17,1
Síndrome de rubéola congénita†	Casos	-	-	-	-	1	0	0
	Tasa	-	-	-	-	0,03	0,0	0,0
Tétanos accidental	Casos	-	-	-	-	2	0	1
	Tasa	-	-	-	-	0,10	0,00	0,05
Tos ferina	Casos	-	30	7	13	20	13	18
	Tasa	-	1,6	0,4	0,7	1,0	0,7	0,9
Varicela individual	Casos	45	124	138	4.217	3.635	2.802	6.568
	Tasa	2,2	6,5	7,0	212,0	181,7	139,4	325,0

*Incluye: meningitis meningocócica, por haemophilus influenzae y por neumococo

†Por 1.000 nacidos vivos

Enfermedad Similar a la Influenza –ESI-

En el período de tiempo revisado, este evento tuvo su mayor representación en el año 2009 debido a la implementación de una estrategia centinela, intensificación de su búsqueda y su necesidad de estudio por la epidemia de AH1N1, así como por la presencia de la ola invernal; durante ese año fueron notificados 1.012 casos (50,6 por 100.000 habitantes). Para el año 2011 se disminuyó a la mitad de casos con relación a los dos años inmediatamente anteriores (499 casos, 24,7 por 100.000 habitantes).

Durante el 2011, este evento no mostró grandes diferencias en su distribución por sexo (mujeres 25,0 frente a 24,3 por 100.000 habitantes en hombres) y como era de esperarse, la mayoría de casos fueron notificados en menores de 15 años, con las altas tasas de incidencia en menores de 1 año y niños de 1 a 4 años (317,9 por 100.000 menores de 1 año y 102,8 por 100.000 niños de 1 a 4 años). El 83,0% de los casos se notificaron en el NDP Metropolitano (414 casos, 35,6 por 100.000 habitantes).

Meningitis bacterianas agudas

Las meningitis bacterianas han sido un evento de notificación constante a lo largo de estos siete años. Su máxima tasa de notificación fue registrada en el año 2008 (1,2 por 100.000 habitantes). Durante el año 2011 se notificaron 13 casos, nueve de ellos probables y el resto confirmados por laboratorio. De los casos probables, tres tuvieron laboratorio positivo para un total de siete casos confirmados (0,4 por 100.000 habitantes). La meningitis secundaria a meningococo fue la más frecuente (4 casos, 0,2 por 100.000 habitantes), seguida de neumococo (2 casos, 0,1 por 100.000 habitantes) y haemophilus (1 caso, 0,05 por 100.000 habitantes). La mayor tasa de incidencia se observó en hombres (4 casos, 0,20 por 100.000 habitantes). Dos de los casos se presentaron en menores de un año (5,89 por 100.000 menores de un año), dos más en niños de 5 a 14 años (0,56 por 100.000 habitantes) y el resto en personas de 15 a 44 años (0,4 por 100.000 habitantes). Todos los casos confirmados se presentaron en personas residentes en el NDP Metropolitano (0,4 por 100.000 habitantes), tres de Bucaramanga, uno de Girón y uno de Lebrija, excepto dos de residentes en zona rural dispersa uno de Barrancabermeja y uno de Guaca.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Parotiditis

La parotiditis tuvo un aumento importante con relación a los años anteriores, prácticamente duplicó su tasa de incidencia pasando de 9,8 y 9,4 en el 2009 y 2010, respectivamente, a 17,1 por 100.000 habitantes en el 2011. Este comportamiento es preocupante si se tiene en cuenta que el 33,3% de los casos fueron niños menores de 15 años (115 casos, 21,9 por 100.000 habitantes), dos en menores de un año que muy seguramente no alcanzaron a recibir su primera dosis de triple viral (SRP), 39 casos en niños de 1 a 4 años (con la mayor tasa de incidencia, 28,8 por 100.000 habitantes) que deberían haber recibido la primera dosis de SRP y 74 casos en niños entre 5 y 14 años entre quienes de los 5 a los 8 años deberían tener completo el esquema de este biológico (refuerzo a los 5 años); en los niños que inician el esquema se espera una protección entre el 75% y 95%⁷⁴. Los municipios con las más altas tasas de incidencia fueron Cabrera (188,7 por 100.000 habitantes), Cimitarra (163,8 por 100.000 habitantes) y Málaga (140,4 por 100.000 habitantes), y de manera agrupada el NDP Carare Opón (101,4 por 100.000 habitantes).

Tos ferina

Desde el 2006 la tos ferina ha mostrado una notificación constante, precisamente en este año se observó la mayor tasa de incidencia (30 casos, 1,6 por 100.000 habitantes). Durante el año 2011 fueron notificados 91 casos, entre probables y con confirmación clínica; entre los probables fueron confirmados por laboratorio 16 casos y de los confirmados por clínica finalmente se establecieron como casos, dos.

La distribución por sexo fue igual: nueve casos tanto en hombres como en mujeres (0,9 por 100.000 habitantes). Los niños menores de 1 año fueron el grupo de edad más afectado y entre los eventos inmunoprevenibles fue la tercera tasa de incidencia más alta (17 casos, 50,0 por 100.000 menores de 1 año), después de la varicela y la ESI. El 83,3% de los casos eran residentes del NDP Metropolitano (1,3 por 100.000 habitantes). La afectación de menores de un año responde a su mayor susceptibilidad dado que aún no han comenzado su esquema de vacunación⁷⁵ y probablemente refleja el hecho que la población adulta está actuando como un trasmisor activo de esta enfermedad hacia los menores de 1 año. Dada esta situación habrá que analizar a la luz de la evidencia científica la necesidad de incluir un refuerzo de vacunación con DPT en la edad adulta.

Varicela

Como se mencionó en la introducción de este grupo de eventos, la varicela es el evento del que más se recepcionan casos nuevos en el SIVIGILA y en el año 2011 se observó su máxima expresión (6.568 casos, 325,0 por 100.000 habitantes), superó en casi 4.000 casos al año anterior (139,4 por 100.000 habitantes) y en un poco más de 2.000 al año 2009 (181,8 por 100.000 habitantes). Los hombres resultaron ser los mayores afectados (340,0 frente a 310,1 por 100.000 habitantes). El grupo de edad de 1 a 4 años y el NDP Mares reportaron las mayores tasas de incidencia, 782,3 y 412,8 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Eventos de Transmisión Sexual (ETS)

De los 524 casos de ETS notificados en el 2011, 284 se presentaron en hombres frente a 240 en mujeres. 105 de las ETS, correspondientes a sífilis gestacional (3,5 por 1.000 nacidos vivos) que tuvo su mayor tasa de incidencia en el NDP Carare Opón (6,6 por 1.000 nacidos vivos). Dado que la mayoría de casos de ETS correspondieron a VIH/SIDA/mortalidad por VIH (300 casos, 14,9 por 100.000 habitantes), el grupo de edad principalmente afectado fue el de personas entre 15 y 44 años (222 casos, 23,4 por 100.000 habitantes) y como era de esperarse residentes en el NDP Metropolitano (230 casos, 19,8 por 100.000 habitantes).

Este grupo de eventos es uno de los más importantes del SIVIGILA dado que afecta a grupos vulnerables de la población como son las mujeres, los niños, y las personas en edad productiva. En la tabla 27 se muestran los casos y tasas de incidencia de estos eventos desde el 2005 hasta el



2011.

Tabla 27. Morbilidad por eventos de transmisión sexual. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hepatitis B	Casos	16	56	58	86	92	90	100
	Tasa	0,8	2,9	2,9	4,3	4,6	4,5	5,0
Sífilis congénita*	Casos	13	31	25	28	26	32	19
	Tasa	0,4	1,0	0,8	0,9	0,9	1,1	0,6
Sífilis gestacional*	Casos	51	87	41	87	99	86	105
	Tasa	1,5	2,7	1,3	2,7	3,3	2,9	3,5
VIH/SIDA Mortalidad por SIDA	Casos	111	151	164	224	327	331	300
	Tasa	5,3	7,9	8,3	11,3	16,3	16,5	14,9

*Por 1.000 nacidos vivos

Hepatitis B

Este evento ha tenido un incremento constante en su notificación⁷⁶; en el transcurso del período de tiempo analizado pasó de tener una tasa de incidencia de menos de un caso por cada 100.000 habitantes en 2005 a 5,0 (100 casos) en 2011 (ver figura 41). En el 2011 la razón hombre:mujer fue de 1,5:1 (tasa de incidencia en hombres 6,0 versus 3,9 por 100.000 habitantes), similar a la de años anteriores. De otro lado, el promedio de edad fue de $37,5 \pm 17,2$ años y la mayor tasa de incidencia se presentó en las personas de 15 a 44 años (6,6 por 100.000 habitantes). Los NDP Mares y Metropolitano aportaron el mayor número de casos (91,0%), Mares obtuvo la mayor tasa de incidencia (6,5 por 100.000 habitantes); Oiba y Sabana de Torres fueron los municipios con más alta tasa de incidencia, 17,5 y 15,6 por 100.000 habitantes, respectivamente (ver figura 42).

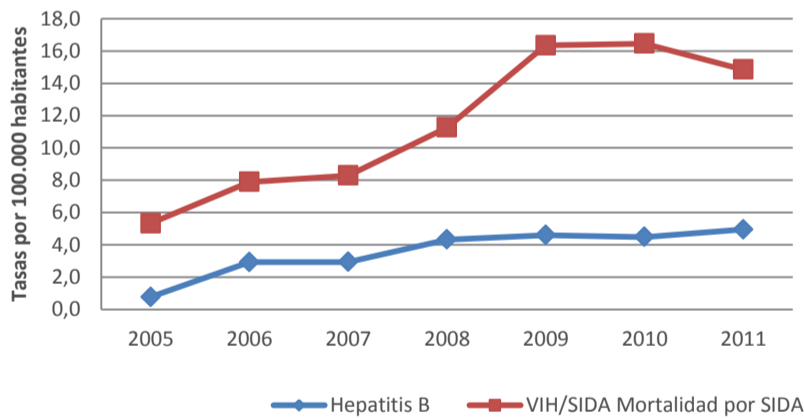


Figura 41. Tendencia de Hepatitis B y VIH/SIDA/mortalidad por VIH. Santander, 2005-2011

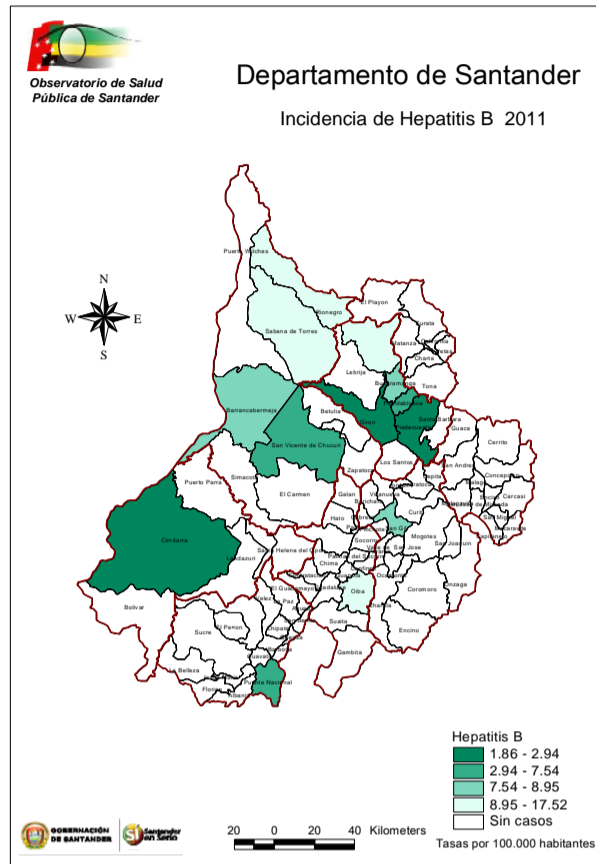


Figura 42. Incidencia de hepatitis B por municipio de residencia. Santander, 2011

VIH/SIDA/mortalidad por VIH

La tendencia de notificación de este evento muestra un ascenso constante en las tasas de incidencia hasta el año 2010 (ver figura 41), año en el cual se registró la mayor tasa de incidencia (16,5 por 100.000 habitantes).

En el año 2011 se observó una disminución de casos y por ende de su tasa de incidencia (300 casos, 14,9 por 100.000 habitantes). Por cada 2,4 hombres con VIH una mujer fue diagnosticada (22,2 frente a 8,6 casos por cada 100.000 habitantes); la media de edad de los casos fue de $36,2 \pm 12,8$ años. De los 88 casos reportados en mujeres el 21,6% estaban embarazadas. El 82,1% de los casos residían en zona urbana; San Miguel (40,1 por 100.000 habitantes), Bucaramanga (32,0 por 100.000 habitantes) y Jesús María (30,6 por 100.000 habitantes), fueron los municipios con las tasas de notificación más altas (ver figura 43). El 47,4% de las personas diagnosticadas estaban afiliadas al régimen subsidiado, el 43,3 al contributivo, el 4,8% no afiliados y el 4,1% pertenecientes al régimen de excepción o especial.

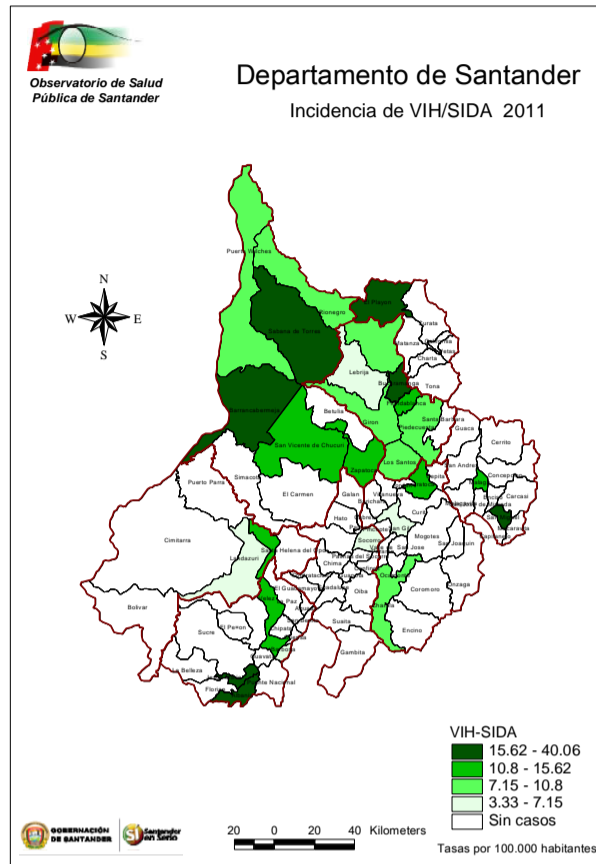


Figura 43. Incidencia de VIH/SIDA/mortalidad por VIH por municipio de residencia. Santander, 2011

El 75,3% de los casos notificados en el 2011 tenían un comportamiento heterosexual, fueron reportados dos casos con probable vía de transmisión perinatal; no hubo reporte por mecanismo parental. En cuanto el estado clínico, el 70,3% fueron diagnosticados en fase inicial (VIH), el 23,0% de los casos estaban en estadio SIDA y 20 fueron notificados con estado clínico muerto, de ellos el 73,3% eran hombres entre 15 y 44 años que en su mayoría residían en el área metropolitana de Bucaramanga, excepto dos casos de personas residentes en Vélez y Aratoca.

Sífilis congénita

El histórico de reporte de sífilis congénita muestra un comportamiento regular en sus tasas, marcado por el no cumplimiento de la meta de eliminación del evento propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷⁷, 0,5 o menos casos por 1.000 nacidos vivos; solo en el año 2005 se cumplió con esta meta (0,4 por 1.000 nacidos vivos) (ver figura 44). En el año 2011 fueron notificados 19 casos nuevos confirmados por nexo epidemiológico (0,6 por 1.000 nacidos vivos). La distribución de casos por régimen de afiliación mostró un mayor porcentaje de casos pertenecientes al subsidiado (61,1%), seguido del contributivo (16,7%), no afiliados (16,7%) y excepción (5,6%). Los municipio notificadores de casos fueron Bucaramanga (52,6%, 1,1 por 1.000 nacidos vivos), Girón (2,9 por 1.000 nacidos vivos), Floridablanca (0,5 por 1.000 nacidos vivos) y Málaga (4,0 por 1.000 nacidos vivos).

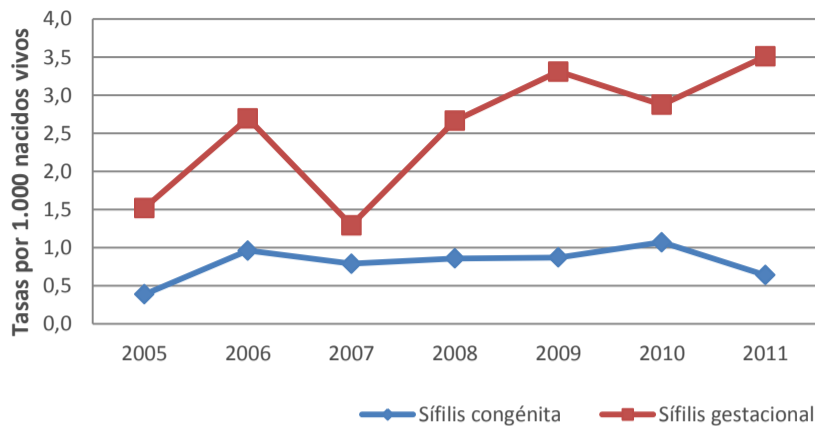


Figura 44. Tendencia de Sífilis congénita y gestacional. Santander, 2005-2011

Sífilis gestacional

Este evento no tuvo una tendencia regular entre 2005 y 2011. De manera positiva se observa que en el 2011 se lograron prevenir el 82,7% de los casos en recién nacidos, a pesar de ser el año con la más alta tasa de incidencia del período analizado (105 casos, 3,5 por 1.000 nacidos vivos). En el 2011, la edad promedio de mujeres infectadas fue $25,0 \pm 6,0$ años, todas tenían entre 15 y 44 años; el 82,7% de los casos residían en el área urbana y la mayoría estaban afiliadas al régimen subsidiado (65,4%), seguidas del contributivo (26,9%), el de excepción o especial (3,8%) y las no afiliadas (3,8%). Los tres municipios con las mayores tasas de incidencia fueron Tona (21,7 por 1.000 nacidos vivos), Matanza (18,9 por 1.000 nacidos vivos) y Cerrito (14,3 por 1.000 nacidos vivos) (ver figura 45).

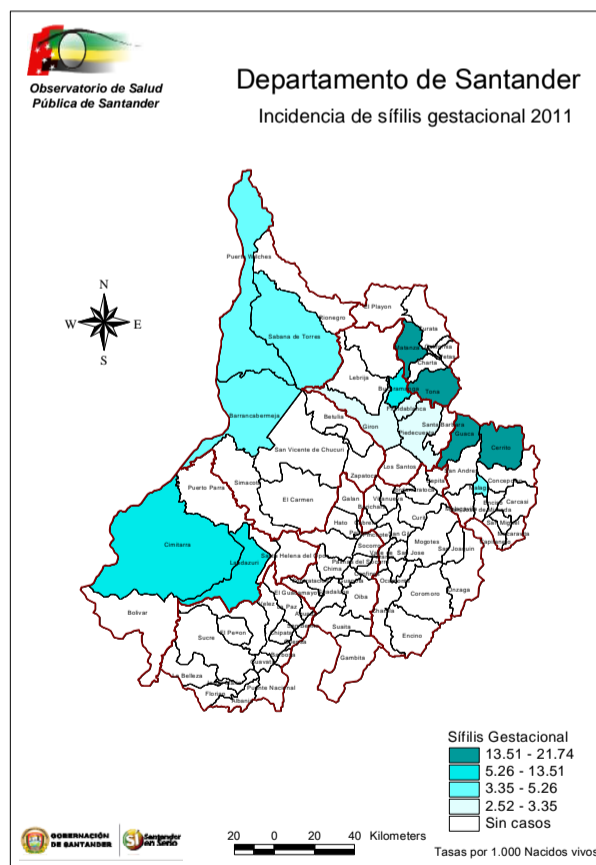


Figura 45. Incidencia de sífilis gestacional por municipio de residencia. Santander, 2011

Como características complementarias de la notificación de este evento durante el 2011, el 21,0% de las mujeres con sífilis gestacional tenían historia previa de esta enfermedad, el 5,7% tenían además diagnóstico de hepatitis B y el 1,9% de VIH. El 95,2% de los casos fueron diagnosticados durante el embarazo, al 94,0% se les administró tratamiento, en promedio, a las 19 semanas de gestación.



Zoonosis

Los eventos zoonóticos requieren especial vigilancia en el control de los animales potencialmente transmisores de enfermedad como es el caso de los perros (exposición rábica) y ratas (leptospirosis), entre otros. En tabla 28 se muestra el comportamiento de estos eventos en el periodo 2005-2011.

La exposición rábica aportó el mayor número de casos de este grupo (95,1%), en total se registraron 3.592 casos (177,8 por 100.000 habitantes). Las principales víctimas de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia fueron los hombres (1.874 casos, 187,7 por 100.000 habitantes), las personas de 15 a 44 años (1.281 casos, 135,0 por 100.000 habitantes) y quienes procedían del NDP Metropolitano (1.863 casos, 160,3 por 100.000 habitantes). Como un evento de notificación poco frecuente y sin presencia en el departamento desde el año 2006 en la semana epidemiológica 11 del 2011 fue notificado un caso confirmado por laboratorio de encefalitis equina venezolana en un niño de 7 años residente en zona rural dispersa del municipio de Barrancabermeja.

Tabla 28. Morbilidad por eventos zoonóticos. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidente ofídico	Casos	29	135	153	147	164	154	166
	Tasa	1,4	7,1	7,7	7,4	8,2	7,7	8,2
Encefalitis en humanos*	Casos	2	1	-	0	-	0	1
	Tasa	0,1	0,1	-	0,0	-	0,0	0,1
Exposición rábica	Casos	0	-	0	931	1.476	2.070	3.592
	Tasa	0,0	-	0,0	46,8	73,8	103,0	177,8
Leptospirosis	Casos	-	-	-	-	14	9	18
	Tasa	-	-	-	-	0,7	0,5	0,9
Rabia humana	Casos	-	-	-	1	1	2	0
	Tasa	-	-	-	0,05	0,05	0,10	0,0

*Incluye: encefalitis del nilo occidental, del oeste y venezolana

Accidente ofídico

El reporte de accidentes ofídicos se ha mantenido constante desde el año 2006 alcanzando su máxima tasa de notificación en el año 2011 (166 casos, 8,2 por 100.000 habitantes). En el 2011, la tasa de incidencia en hombres fue tres veces la de las mujeres (12,4 versus 4,1 por 100.000 habitantes); el mayor número de personas agredidas tenía entre 15 y 44 años (87 casos, 9,2 por 100.000 habitantes), sin embargo fueron reportados casos de mordedura de serpiente en ocho niños menores de 5 años (5,9 por 100.000 habitantes). El 82,7% de los accidentes ofídicos ocurrieron en zona rural del departamento, de ellos, el 84,9% correspondió a zona rural dispersa; los municipios con mayor incidencia fueron: Cepitá (2 casos, 103,6 por 100.000 habitantes), El Playón (10 casos, 81,3 por 100.000 habitantes) y Betulia (3 casos, 57,6 por 100.000 habitantes).

Exposición rábica

De acuerdo con los datos de casos de exposición rábica en el periodo de tiempo analizado, en el 2011 se observó el mayor número de casos y tasa de incidencia (3.592 casos, 177,8 por 100.000 habitantes); considerando que el aumento en la notificación permite acciones de vigilancia y seguimiento de casos, probablemente fue esta una de las razones que permitió prevenir la presencia de casos de rabia humana que desde el año 2008 había presentado entre uno y dos casos.



En el 2011, las principales víctimas de agresiones de animales potencialmente transmisores de rabia fueron los hombres (1.874 casos, 187,7 por 100.000 habitantes) y los niños y jóvenes menores de 15 años (1.437 casos, 273,1 por 100.000 habitantes). Los NDP García Rovira y Mares obtuvieron las mayores tasas de notificación, 249,1 y 242,5 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Leptospirosis

En el 2011 fueron notificados 18 casos de leptospirosis confirmados por laboratorio (0,9 por 100.000 habitantes). Las mayores tasas de incidencia por sexo, grupos de edad y NDP, fueron: en hombres, 1,4 por 100.000 habitantes; en menores de 1 año, 2,9 por 100.000 habitantes; y el NDP Soto norte, 2,8 por 100.000 habitantes, cuyo único caso fatal fue en un niño de 12 años procedente de zona veredal del municipio de El Playón.

Enfermedades Transmitidas por Vectores –ETV-

Históricamente las ETV constituían los eventos más frecuentes en el departamentopero en 2011 debido a la disminución de la notificación del dengue, probablemente por su comportamiento cíclico y por las acciones tomadas y su repercusión en la comunidad, este grupo pasó a ser el segundo en notificación departamental (ver tabla 29).

Dentro de este grupo el dengue sigue siendo el evento que más casos aporta (2.202 casos, 109,0 por 100.000 habitantes), seguido de la leishmaniasis (447 casos, 22,1 por 100.000 habitantes), especialmente de localización cutánea (441 casos, 21,8 por 100.000 habitantes). En ambos eventos los hombres (132,3 frente a 27,6 por 100.000 de leishmaniasis cutánea) fueron más afectados y para el caso del dengue la mayor tasa de incidencia fue en menores de un año (326,7 por 100.000 habitantes) y la de leishmaniasis cutánea en niños de 1 a 4 años (32,5 por 100.000 habitantes). Consecuente con el predominio urbano (dengue) y rural (leishmaniasis) de estos eventos, los NDP de donde procedían más casos fueron Metropolitano y Mares, respectivamente.

Tabla 29. Morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chagas	Casos	104	172	105	90	56	73	253
	Tasa	5,0	9,0	5,3	4,5	2,8	3,6	12,5
Dengue	Casos	1.586	2.341	9.462	3.063	5.764	17.542	2.202
	Tasa	76,0	122,3	478,1	153,9	288,2	872,6	109,0
Dengue grave	Casos	419	496	501	982	2.210	2.399	109
	Tasa	20,1	25,9	25,3	49,4	110,5	119,3	5,4
Leishmaniasis*	Casos	1.212	1.493	609	933	1.001	972	447
	Tasa	58,1	78,0	30,8	46,9	50,0	48,4	22,1
Malaria†	Casos	89	102	85	75	23	56	79
	Tasa	4,3	5,3	4,3	3,8	1,1	2,8	3,9

*Incluye: leishmaniasis cutánea, mucosa y visceral.

†Incluye: malaria asociada, falciparum, malariae, vivax y complicada.

Chagas

En la línea de tiempo para el análisis del comportamiento de la enfermedad de Chagas se observaron dos picos de notificación; el más notable y reciente en el año 2011 que superó en tres puntos la tasa del primer pico en el 2006 (12,5 versus 9,0 por 100.000 habitantes), luego de lograr la disminución en la tasa de incidencia de notificación a 2,8 por 100.000 habitantes en el 2009.



En el 2011 la enfermedad de Chagas afectó principalmente a: las mujeres (15,4 contra 9,2 por 100.000 habitantes); las personas mayores de 44 años (142 casos, 56,1% del total), específicamente de 65 y más años (37,3 por 100.000 habitantes), seguido de quienes tenían entre 45 y 64 años (21,5 por 100.000 habitantes); y las personas procedentes del NDP de Vélez de donde fueron notificados el 45,5% de los casos (85,5 por 100.000 habitantes), el 71,6% de su capital de núcleo con la tasa de incidencia más alta entre todos los municipios del departamento (388,1 por 100.000 habitantes). Como probables vías de transmisión se registraron la vectorial (83,8%), transfusional (13,8%), congénita (2,8%) y oral (2%); los municipios de procedencia de los casos con probable vía transmisión oral fueron: Piedecuesta, Vélez, Villanueva, Floridablanca y Coromoro, con un caso cada uno.

Dengue

El dengue es el evento más frecuente dentro del grupo de ETV. De acuerdo con su clasificación es más frecuente el dengue sin signos de alarma (denominado como *dengue* en este análisis) que el *dengue grave* –denominado así principalmente por manifestaciones de tipo hemodinámico o hemorrágicas-⁷⁸.

En la figura 46 se muestra el comportamiento cíclico de estos eventos caracterizado, en el caso del dengue, por una disminución en los períodos interepidémicos; los tres años con las más altas tasas de incidencia fueron el 2002 (537,1 por 100.000 habitantes), 2007 (478,1 por 100.000 habitantes) y 2010 (872,6 por 100.000 habitantes).

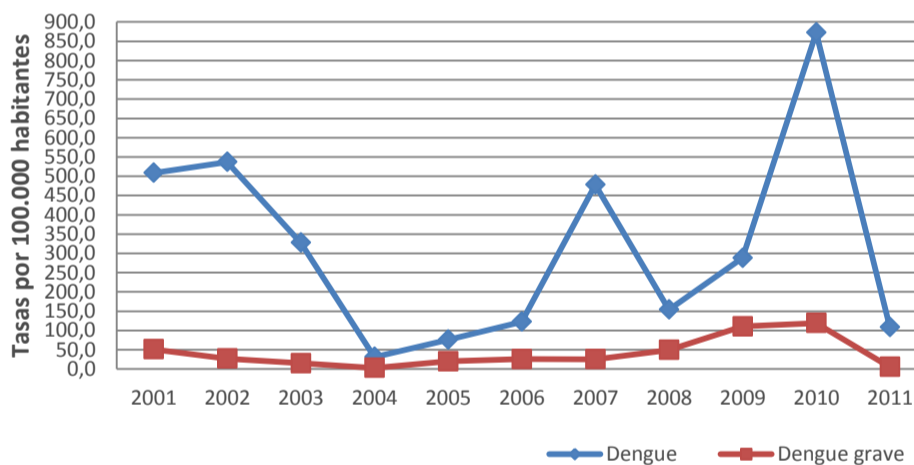


Figura 46. Tendencia de Dengue. Santander, 2001-2011

En el 2011 la distribución de casos de dengue fue la siguiente: el 60,0% de los casos fueron notificados en hombres (132,3 frente a 86,0 por 100.000 habitantes); el 68,9% en personas mayores de 14 años, sin embargo la más alta tasa de incidencia fue notificada en los niños menores de 1 año (326,7 por 100.000 menores de un año); y el NDP Metropolitano que aportó el 66,8% de los casos correspondiente a la mayor tasa de incidencia notificada de 126,7 por 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta la población a riesgo de este evento, los municipios con mayores tasas de incidencia fueron: Chipatá, Suaita y Cabrera con tasas de 2.232,1, 1.160,3 y 1.060,1 por 100.000 habitantes de área urbana, respectivamente.

En cuanto al dengue grave, en el 2011 los casos notificados se distribuyeron de manera similar así: el 57,8% de los casos fueron notificados en hombres (6,3 frente a 4,5 por 100.000 habitantes); el 64,2% en personas mayores de 14 años, sin embargo la más alta tasa de incidencia fue notificada en los niños menores de 1 año (17,7 por 100.000 menores de un año); y el NDP Metropolitano con el 47,7% de los casos que a pesar de no tener la mayor tasa de incidencia fue el que más casos aportó, Guanentá tuvo la mayor tasa de incidencia (14,8 por 100.000 habitantes). Por su parte los municipios con mayores tasas de incidencia de población a riesgo fueron: Galán, Chima y Matanza con tasas de 148,8, 117,7 y 89,1 por 100.000 habitantes en área urbana, respectivamente.

La mortalidad por dengue es poco frecuente, el año con mayor tasa de mortalidad fue el 2010 (0,9 por 100.000 habitantes); sin embargo, teniendo en cuenta solo los casos incidentes de dengue



grave para cada año, las tasas de letalidad por este evento alcanzaron entre 2 y 7 casos de cada 100 en el período 2005 a 2011. En el 2011 fueron reportados ocho casos de muerte por dengue con igual distribución en hombres y mujeres, cuatro casos en cada uno; la mayor tasa de mortalidad por dengue fue reportada en las personas de 65 y más años (1,93 por 100.000 habitantes); los municipios de procedencia de los casos fueron: con dos casos cada uno Bucaramanga y San Gil, y con un caso cada uno Barrancabermeja, El Carmen, Girón y Valle de San José.

Leishmaniasis

La leishmaniasis fue la segunda ETV con mayores tasas de incidencia en el período de tiempo analizado. Este evento alcanzó sus mayores tasas en los años 2006 y 2009, 78,0 y 50,1 por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el 2011 se notificaron 447 casos de todas las localizaciones de leishmaniasis, con una tasa de notificación de 22,1 por 100.000 habitantes. La principal localización fue la cutánea que aportó el 99,0% de los casos (441 casos, 21,8 por 100.000 habitantes), los casos restantes correspondieron a leishmaniasis mucosa (6 casos, 0,3 por 100.000 habitantes) concentrados en los NDP Carare Opón y Vélez (1,5 por 100.000 habitantes, cada uno) y Metropolitano (0,3 por 100.000 habitantes). En general durante el 2011 la leishmaniasis fue reportada principalmente en hombres (62,9%, 28,2 por 100.000 habitantes), en personas de 15 a 44 años (49,4%, 23,3 por 100.000 habitantes) aunque la mayor tasa de incidencia fue en niños de 1 a 4 años (32,5 por 100.000 habitantes), y en los NDP Mares (34,0%) y Metropolitano (20,6%) no obstante la tasa más alta correspondió con Carare Opón (129,1 por 100.000 habitantes).

Malaria

En el período de tiempo revisado la malaria tuvo sus mayores tasas de notificación en los años 2006, 2005 y 2007, 5,3 y 4,3 por 100.000 habitantes, respectivamente. En el año 2011, fueron notificados 79 casos distribuidos en: 63 de malaria vivax (3,1 por 100.000 habitantes), 13 de complicada (0,6 por 100.000 habitantes) y tres de falciparum (0,2 por 100.000 habitantes). Durante el 2011 el patrón de distribución de casos fue similar en todos los tipos de malaria. Es así como la malaria fue más frecuente en hombres (70,9%, 5,6 por 100.000 habitantes), en personas de 15 a 44 años (68,4%) aunque la mayor tasa fue en menores de 1 año (5,9 por 100.000 habitantes) y en residentes en el NPD Metropolitano (37,6%) y Mares (36,6%). Bucaramanga, Contratación y San Vicente fueron los municipios con tasas de incidencia en población a riesgo más altas, 237,2, 114,0 y 77,1 por 100.000 residentes en zona rural, respectivamente.

Micobacterias

En la tabla 30 se muestra la tendencia en la notificación de las enfermedades producidas por micobacterias y a continuación se describen algunas de sus características importantes en términos de las variables de persona y lugar.

Tabla 30. Morbilidad por enfermedades transmitidas por micobacterias. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lepra*†	Casos	89	54	62	75	56	32	23
	Tasa	0,4	2,8	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1
Tuberculosis pulmonar†	Casos	434	484	427	439	414	413	419
	Tasa	20,8	25,3	21,6	22,1	20,7	20,5	20,7
Tuberculosis extrapulmonar†	Casos	65	77	81	91	85	109	102
	Tasa	3,1	4,0	4,1	4,6	4,2	5,4	5,1
Meningitis tuberculosa	Casos	1	1	-	-	9	1	1
	Tasa	0,0	0,1	-	-	0,4	0,1	0,1

*Por 10.000 habitantes



†Fuente: Secretaría de Salud de Santander, Programa de tuberculosis y lepra 2005-2009. Secretaría de Salud de Santander, Oficina de vigilancia en salud pública 2010-2011.

Lepra

En el periodo de tiempo analizado la lepra ha tenido dos importantes picos de incidencia. El primero y más importante, en el 2005 (89 casos, 0,4 por 10.000 habitantes) y el segundo, en el 2008 (75 casos, 0,4 por 10.000 habitantes), año a partir del cual se observa un descenso en los casos y tasas, es así como el 2011 es el año con menor número de casos, nueve menos que el año inmediatamente anterior.

Históricamente los hombres han sido los principales afectados por esta enfermedad, en el 2011 la tasa de incidencia de hombres con lepra fue de 0,2 por 10.000 habitantes (77,27%) frente a 0,05 en mujeres. De otro lado, el promedio de edad de los casos fue de 46 años \pm 21,3, con una mayor tasa de incidencia en quienes tenían entre 45 y 64 años (7 casos, 0,2 por 10.000 habitantes), no obstante fue notificado un caso en un niño de 10 años residente en zona rural del municipio de Barrancabermeja. A cinco de las muestras no se les realizó análisis histopatológico, sin embargo tres de ellas fueron clasificadas por baciloscopia como lepra multibacilar y el resto como paucibacilar; es así como el 60,9% de los casos correspondió con lepra multibacilar y el porcentaje restante a paucibacilar. Los NDP Carare Opón y Guanentá registraron las tasas de incidencia más altas, 0,5 y 0,4 por 10.00 habitantes, respectivamente (ver figura 47).

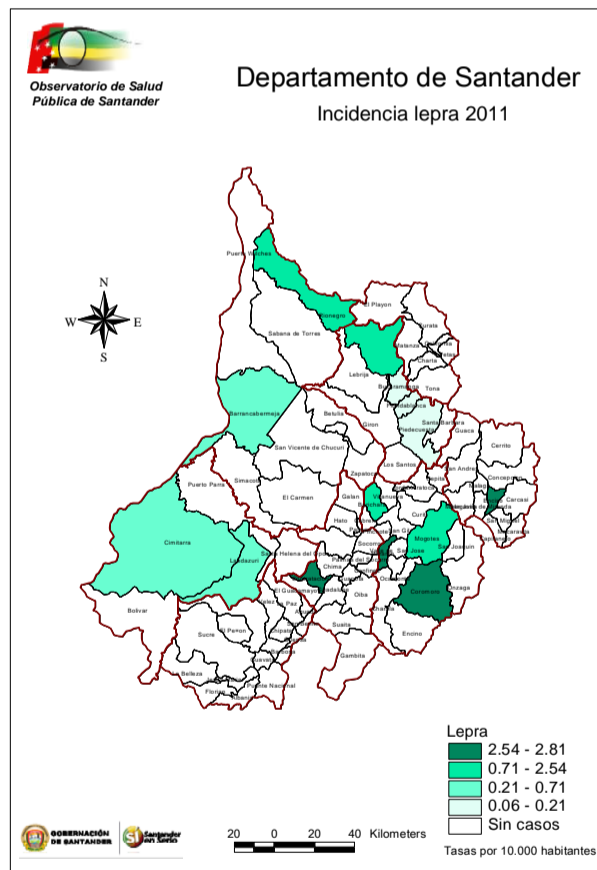


Figura 47. Incidencia de lepra por municipio de residencia. Santander, 2011

Tuberculosis

Durante el 2011 la tuberculosis continuó siendo la enfermedad de mayor frecuencia dentro de este grupo, más importante aún considerando que su localización pulmonar es prevenible y fue precisamente la de mayor incidencia (419 casos, 20,7 por 100.000 habitantes). En cuanto a la localización pulmonar, en el período de tiempo analizado se observa una tendencia constante en la notificación de este evento, exceptuando el año 2006 en el que se registró la tasa de notificación más alta de tuberculosis pulmonar (484 casos, 25,3 por 100.000 habitantes) y el 2010 la más alta de tuberculosis extrapulmonar (109 casos, 5,4 por 100.000 habitantes) (ver figura 48).

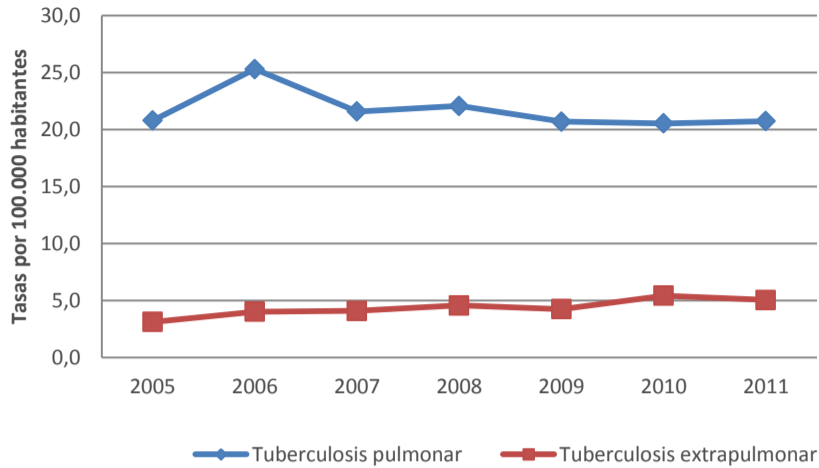


Figura 48. Tendencia de Tuberculosis. Santander, 2005-2011

En el 2011, la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar en hombres prácticamente duplicó la de las mujeres (26,5 frente a 15,1 por 100.000 habitantes); por grupos de edad la mayor tasa se calculó en los adultos mayores de 64 años (56,6 por 100.000 habitantes). Al 9,1% de los casos se les comprobó coinfección de tuberculosis-VIH. Por su parte el NDP con mayor tasa de incidencia fue Mares (30,6 por 100.000 habitantes) (ver figura 49).

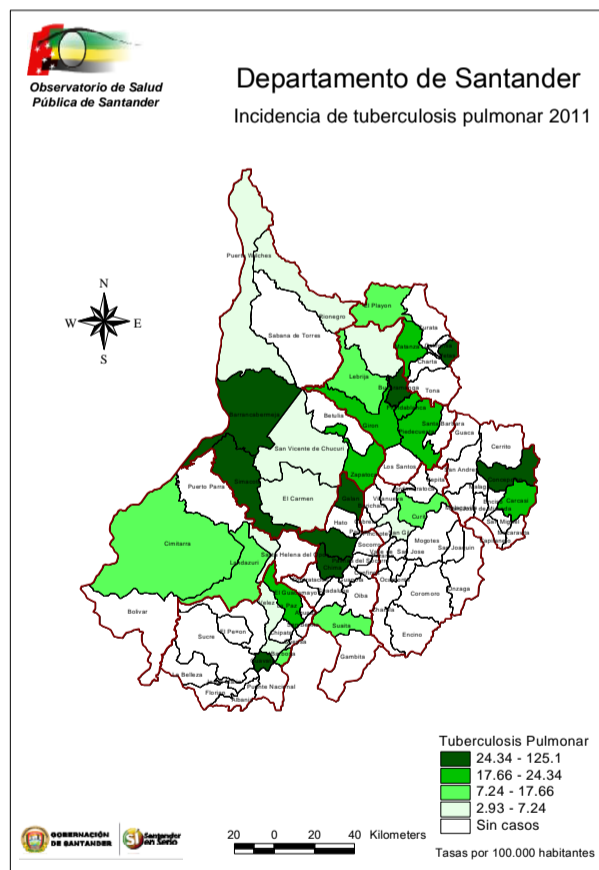


Figura 49. Incidencia de tuberculosis pulmonar por municipio de residencia. Santander, 2011

En cuanto a la tuberculosis extrapulmonar, la distribución casos por sexo, edad y NDP, fue similar a la pulmonar. La localización de la tuberculosis extrapulmonar más frecuente fue la pleural (40,2%), seguida de la meníngea (21,6%) y la miliar (17,6%). El único caso de meningitis tuberculosa reportado en el 2011 fue en un hombre de 25 años residente en zona urbana del municipio de Barbosa y sin afiliación al sistema de salud.



Otros eventos transmisibles

La hepatitis C es un evento transmisible de comportamiento crónico recientemente incluido en el SIVIGILA y no clasificado en los subgrupos anteriores. En el 2011 se reportaron cuatro casos de esta enfermedad (0,2 por 100.000 habitantes), tres en mujeres (0,3 por 100.000 habitantes) y uno en hombres (0,1 por 100.000 habitantes). El principal grupo de edad afectado fue el de 45 a 64 años (0,8 por 100.000 habitantes), el caso restante se presentó en una persona de 37 años (0,1 por 100.000 habitantes). Dos casos procedentes del NDP Metropolitano (0,2 por 100.000 habitantes) e igual número de Mares (0,7 por 100.00 habitantes).

Eventos no transmisibles

Dentro de los eventos no transmisibles los relacionados con mortalidad evitable, y en especial las muertes maternas y perinatales, son el grupo de mayor interés en salud pública debido a su impacto en la mortalidad infantil y los servicios de atención en salud. En el 2011 fueron reportados 14 casos de muerte materna (46,8 por 100.000 nacidos vivos) y 311 de perinatal (10,4 por 1.000 nacidos vivos). La mortalidad materna y perinatal será analizadas en el capítulo de mortalidad. En la tabla 31 se presenta el comportamiento de la notificación de enfermedades no transmisibles en el período 2005-2011.

Otro evento importante dentro de este grupo fue la malnutrición (1.021 casos, 50,5 por 100.000 habitantes), más de la mitad de los casos fueron reportados en menores de 5 años (652 casos, 385,3 por 100.000 habitantes); el NDP Carare Opón tuvo la más alta tasa de incidencia notificada (414,5 por 100.000 habitantes).

Además de la mortalidad materna y perinatal, dentro de este grupo son vigilados tres eventos cuyo desenlace fatal es evitable y por tanto son influyentes en el estado de salud de la población menor de 15 años; ellos son la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) o por Infección Respiratoria Aguda (IRA) y las Leucemias Agudas Pediátricas (LAP). La vigilancia de estos eventos tiene la intención de realizar seguimiento a los casos (leucemias), evitar las muertes como consecuencia de barreras en el acceso y la integralidad en la prestación de servicios, además de la oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento.

En cuanto a las LAP desde el inicio de su vigilancia la notificación se ha mantenido constante y sin mayores cambios en su tasa, generalmente el tipo linfocitoide es el más frecuente y durante el 2011 correspondió con el 79,2% de los casos; tres de los casos resultaron ser fatales, todos en niñas de 7 (un caso de mielocitoide) y 12 años (dos casos de linfocitoide), afiliadas al régimen subsidiado. De las muertes por EDA e IRA reportadas en el período se resalta de manera positiva la notable disminución de casos por IRA que pasó de 15 casos en el 2010 (0,1 por 1.000 menores de 5 años) a cinco en el 2011 (0,03 por 1.000 menores de 5 años).

Tabla 31. Morbilidad por enfermedades no transmisibles. Santander, 2005-2011

Eventos		Año						
		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hipotiroidismo congénito*	Casos	-	-	-	1	3	5	42
	Tasa	-	-	-	0,03	0,1	0,2	1,4
Leucemias agudas pediátrica†	Casos	-	-	-	-	23	26	24
	Tasa	-	-	-	-	4,2	4,9	4,6
Lesiones por pólvora	Casos	23	-	-	-	47	37	48
	Tasa	1,1	-	-	-	2,3	1,8	2,4
Malnutrición	Casos	-	-	-	-	261	987	1.021
	Tasa	-	-	-	-	13,0	49,1	50,5
Anomalías congénitas*	Casos	-	-	-	-	-	11	60
	Tasa	-	-	-	-	-	0,4	2,0
Mortalidad materna‡	Casos	10	15	11	11	14	10	14



	Tasa	29,8	46,5	34,7	33,7	46,8	33,4	46,8
Mortalidad perinatal*	Casos	354	312	327	349	335	263	311
	Tasa	10,6	9,7	10,3	10,7	11,2	8,8	10,4
Mortalidad por EDA§	Casos	6	6	5	3	1	3	1
	Tasa	2,6	0,03	2,9	1,7	0,01	0,02	0,01
Mortalidad por IRA§	Casos	5	8	12	2	7	15	5
	Tasa	2,1	0,05	6,9	1,2	0,04	0,1	0,03
Mortalidad por dengue	Casos	9	7	8	-	4	18	8
	Tasa	0,4	0,4	0,4	-	0,2	0,9	0,4

*Por 1.000 nacidos vivos; †Por 100.000 menores de 15 años; ‡Por 100.000 nacidos vivos; §Por 1.000 menores de 5 años

Factores de riesgo ambiental

En total fueron reportados 1.584 casos nuevos relacionados con factores de riesgo ambiental durante el año 2011. Las intoxicaciones (851 casos, 42,1 por 100.000 habitantes), y en especial por plaguicidas aportaron el mayor número de casos (417 casos, 20,6 por 100.000 habitantes), seguidas de las ocasionadas por fármacos (156 casos, 7,7 por 100.000 habitantes) y tercer lugar por otras sustancias químicas (156 casos, 7,7 por 100.000 habitantes). De acuerdo con el tipo de sustancia, los hombres fueron los principalmente afectados, excepto en las intoxicaciones por fármacos donde las mujeres duplicaron sus casos, 104 frente a 52 en hombres (10,2 frente a 2,3 por 100.000 habitantes). Posiblemente por la ocupación y por su relación con intencionalidad suicida, el mayor número de intoxicaciones por plaguicidas ocurrió en personas de 15 a 44 años (293 casos, 30,9 por 100.000 habitantes), para el caso de las producidas por fármacos la mayor tasa de incidencia se presentó en los niños de 1 a 4 años (15,5 por 100.000 menores de 1 a 4 años) probablemente como causa de accidentes caseros. Mares fue el NDP que tuvo la mayor tasa de incidencia por intoxicaciones (225 casos, 72,6 por 100.000 habitantes).

En la tabla 32 se muestra el comportamiento de estos eventos en el período 2005-2011.

Tabla 32. Morbilidad por enfermedades producidas por factores de riesgo ambiental. Santander, 2005-2011

Hepatitis A	Casos	9	51	-	513	488	485	292
	Tasa	0,4	2,7	-	25,8	24,4	24,1	14,5
Enfermedad transmitida por alimentos o agua	Casos	8	366	352	623	483	688	441
	Tasa	0,4	19,1	17,8	31,3	24,1	34,2	21,8
Intoxicaciones*	Casos	12	146	225	542	318	678	851
	Tasa	0,6	7,6	11,4	27,2	15,9	33,7	42,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Casos	-	-	-	7	2	1	0
	Tasa	-	-	-	0,4	0,1	0,1	0,0

*Incluye: intoxicaciones por plaguicidas, fármacos, solventes, sustancias psicoactivas, metanol, monóxido de carbono y otros gases, otras sustancias químicas



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



6. MORTALIDAD

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad general del departamento en el decenio 2000-2009, teniendo como fuente las bases de defunciones consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), regional nororiente, y las estadísticas vitales consolidadas por esta entidad en el ámbito nacional correspondientes al departamento en el período de estudio.

Se describe la magnitud y las principales causas de mortalidad en población general, en hombres y mujeres en los grupos etarios trazadores en salud pública, con desagregación geográfica por núcleo de desarrollo provincial (NDP), para lo cual se emplearon como denominadores las proyecciones de población del DANE para los años de estudio y se tuvieron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud⁷⁹, el listado propuesto por Becker y cols⁸⁰, y publicado por la Organización Mundial de la Salud, la lista de mortalidad evitable de Erica Taucher⁸¹ y la clasificación de la OMS empleada en estudios de carga de mortalidad⁸². Los cálculos fueron realizados en hojas de cálculo electrónicas y en los programas informáticos Epidat 3,1 y 4,0.

Se calcularon tasas brutas de mortalidad para cada año de estudio, tasas promedio/anual en cada quinquenio del período de estudio, tasas ajustadas por método directo para causas de muerte seleccionadas correspondientes al año 2009 empleando la población departamental de ese año como población estándar y Años Potenciales de Vida Perdidos con límites fijos de 0 y 75 años empleando el modelo de tabla Oeste de Coale y Demeny.

Se incluyen también hallazgos de un análisis complementario de la mortalidad infantil en la que se detalla el riesgo de morir en los tres períodos en los que se divide el primer año de vida y las diferencias del riesgo de morir en este año de vida teniendo en cuenta el sitio de residencia y el índice de necesidades básicas insatisfechas, como indicador de pobreza. Asimismo, un análisis de la mortalidad materna, por EDA y por IRA en menores de cinco años con fuente SIVIGILA departamental, como eventos de relevancia en salud pública que constituyen eventos de notificación obligatoria.

Resultados

Mortalidad general

Magnitud y tendencias^{††}

Durante el decenio 2000-2009, el promedio de muertes no fetales en el departamento fue de 9.392,1; 57,6% del total de éstas ocurridas en hombres. Las tasas brutas de mortalidad en el total de la población han tenido una leve tendencia a la disminución, pasando de una tasa promedio anual de 486,0 por 100.000 habitantes a una de 475,8 del primer al segundo quinquenio en el período, comportamiento más acentuado en los hombres (575,4 contra 547,3 por 100.000 hombres en el primer y segundo quinquenio, respectivamente), mientras que en las mujeres se ha presentado una ligera tendencia al aumento (399,0 por 100.000 mujeres contra 405,9 por 100.000 mujeres). Si bien la mortalidad en los hombres fue más alta en todos los años de estudio, esta diferencia disminuyó y pasó de un exceso de riesgo de 44% de los hombres en comparación con las mujeres en el primer quinquenio, a un exceso de 35% en el segundo quinquenio. En la figura 50 se presenta el comportamiento de las tasas brutas de mortalidad en el total de la población del departamento, en hombres y en mujeres en los diez años de estudio.

^{††} La fuente de los datos presentados en esta sección es el DANE nacional, exceptuando los resultados correspondientes a los APVP, cuya fuente es la regional nororiente del DANE.

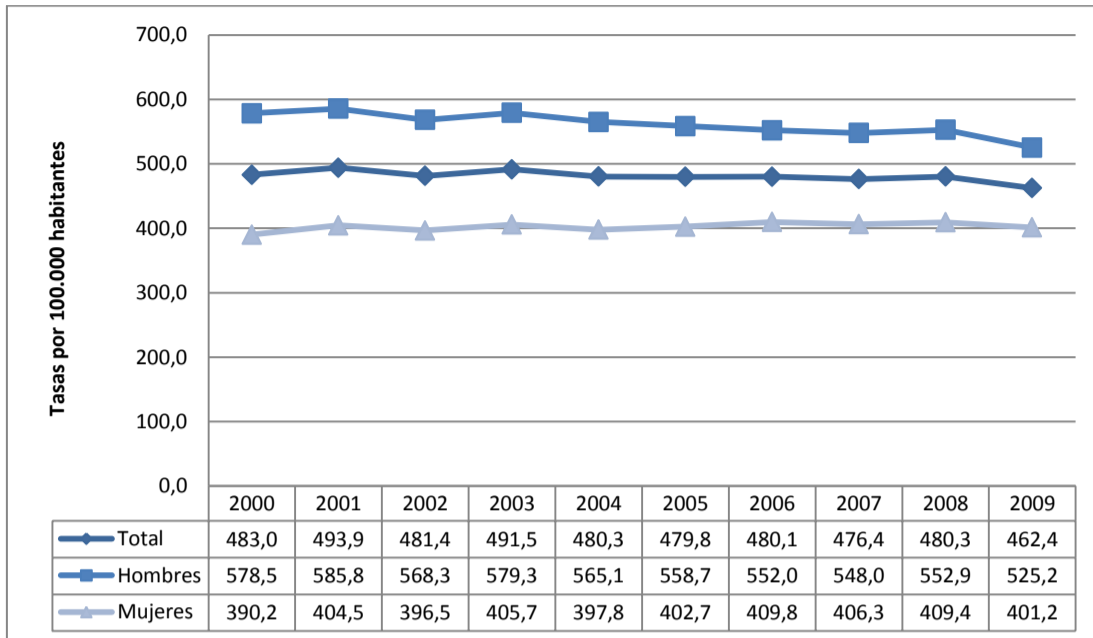


Figura 50. Mortalidad general en población total, en hombres y en mujeres. Santander, 2000 a 2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas brutas de mortalidad.

El mayor riesgo de morir se presentó en los extremos de la vida y el menor riesgo entre el primer y los 14 años, tal como es el comportamiento habitual de la mortalidad en población general. En cada rango etario, la mortalidad fue mayor en los hombres, pero la mayor diferencia se presentó entre los 5 y 14 años, y muy especialmente entre los 15 y 44 años de edad, rango en el que el riesgo de morir en los hombres fue tres veces el de las mujeres.

En todos los grupos de edad, excepto en la población adulta mayor (65 y más), las tasas brutas de mortalidad descendieron del primer al segundo quinquenio en el período de estudio. En el total de la población, la disminución más alta en las tasas promedio/anual quinquenales se presentó en los grupos comprendidos entre los 1 y 44 años de edad (alrededor del 20%), en los menores de 1 año y en el grupo de 45 a 64 años se presentó una reducción del 12% y 16%, respectivamente.

Comparativamente entre hombres y mujeres, en los primeros se presentó mayor disminución de las tasas de mortalidad en los menores de un año y entre los 15 y 44 años, mientras que en las mujeres, las tasas entre los 1 y 14 años y entre los 45 y 64 años disminuyeron en mayor proporción. En ellas, la mortalidad a partir de los 65 años aumentó más que en los hombres. Este comportamiento diferenciado por sexo y grupos edad explica la diferente tendencia de las tasas brutas por sexo reportada inicialmente.

En las figuras 51 y 52 se muestra el comportamiento de las tasas promedio/anual de los quinquenios 2000-2004 y 2005-2009 en cada grupo de edad. En el anexo 13 se presenta la evolución de las tasas de mortalidad año a año en el período de estudio en cada grupo de edad y en ambos sexos.

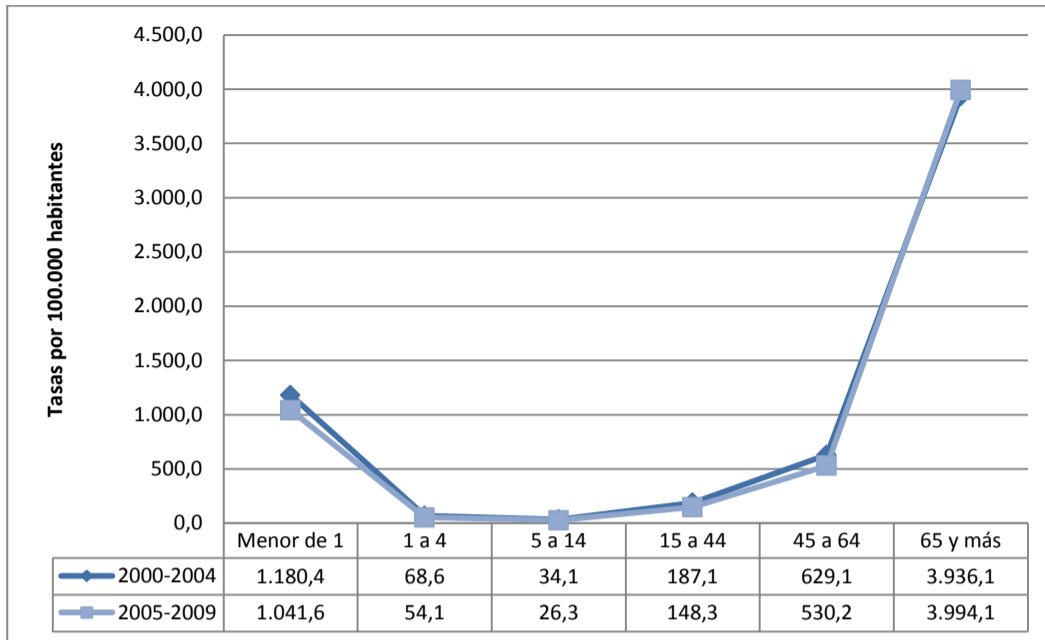


Figura 51. Mortalidad general según grupos de edad. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. No incluye muertes fetales.

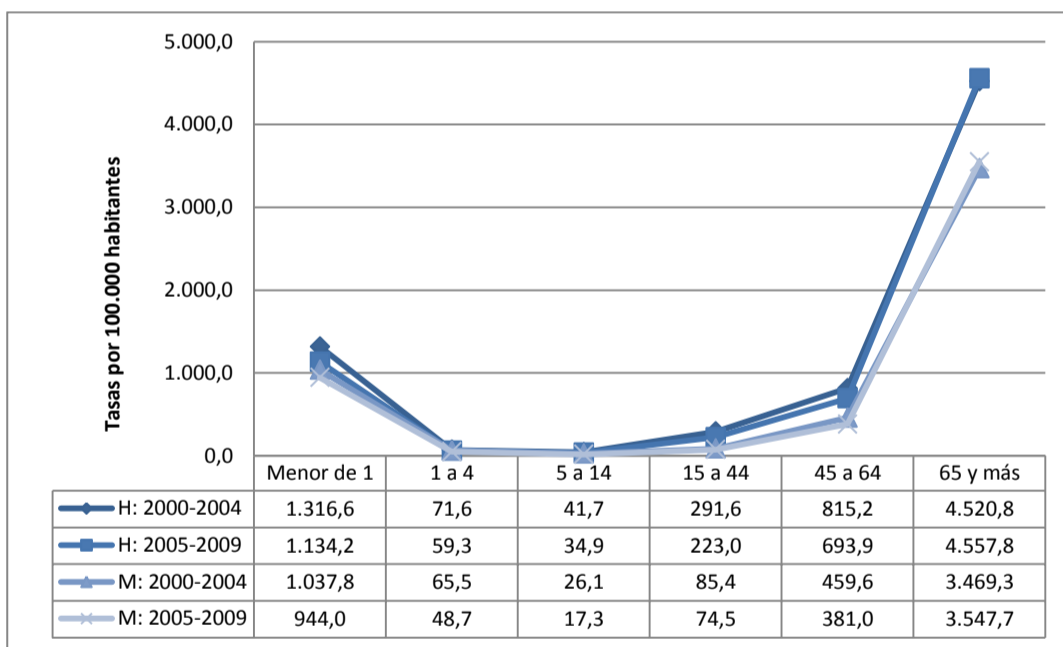


Figura 52. Mortalidad general en hombres y mujeres según grupos de edad. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio; No incluye muertes fetales. H: Hombres; M: Mujeres.

De acuerdo con el lugar de residencia, el riesgo de morir durante el período de estudio fue más alto en los núcleos de desarrollo provincial (NDP) Comunero, García Rovira y Guanentá, con tasas promedio alrededor de 550 por 100.000 habitantes en el decenio. En todos los NDP, la tasa de mortalidad disminuyó del primer al segundo quinquenio, excepto en el Metropolitano. Este comportamiento se presentó específicamente en los hombres, mientras que en las mujeres, las tasas promedio del segundo quinquenio fueron más altas en cuatro NDP: Mares, Metropolitano, Soto Norte y Vélez. En las figuras 53 y 54 se presentan las tasas promedio/anual de los dos quinquenios del decenio 2000-2009 en cada NDP.

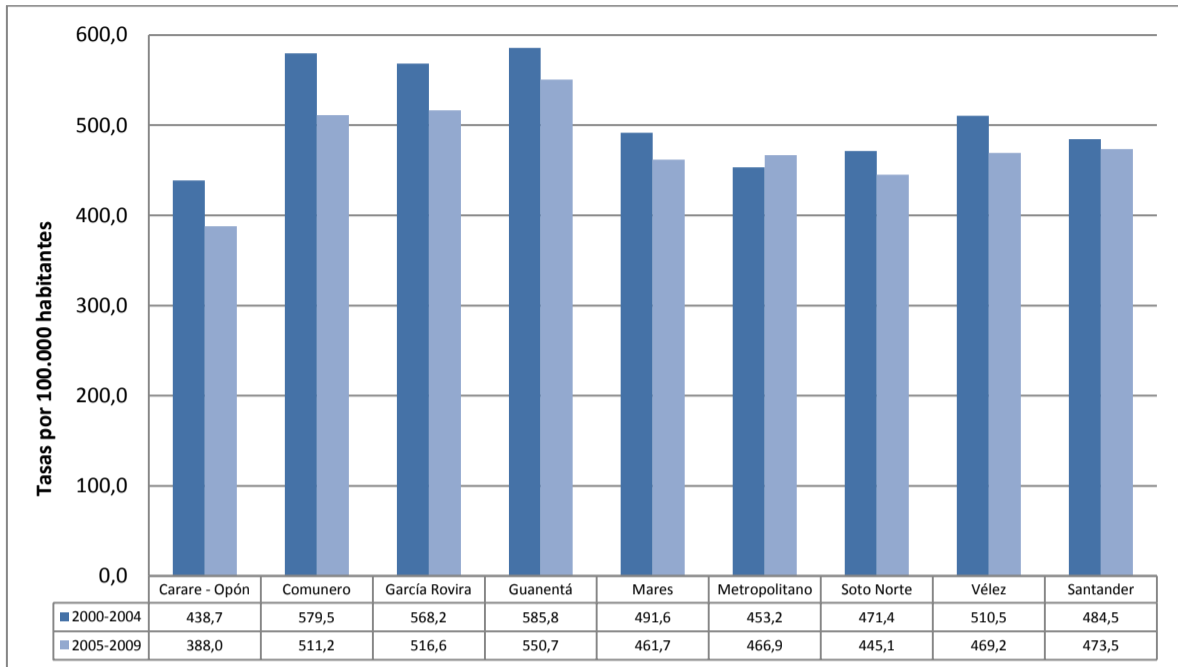


Figura 53. Mortalidad general según el NDP de residencia. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. 372 registros de defunciones sin dato de municipio de residencia en el periodo de estudio.

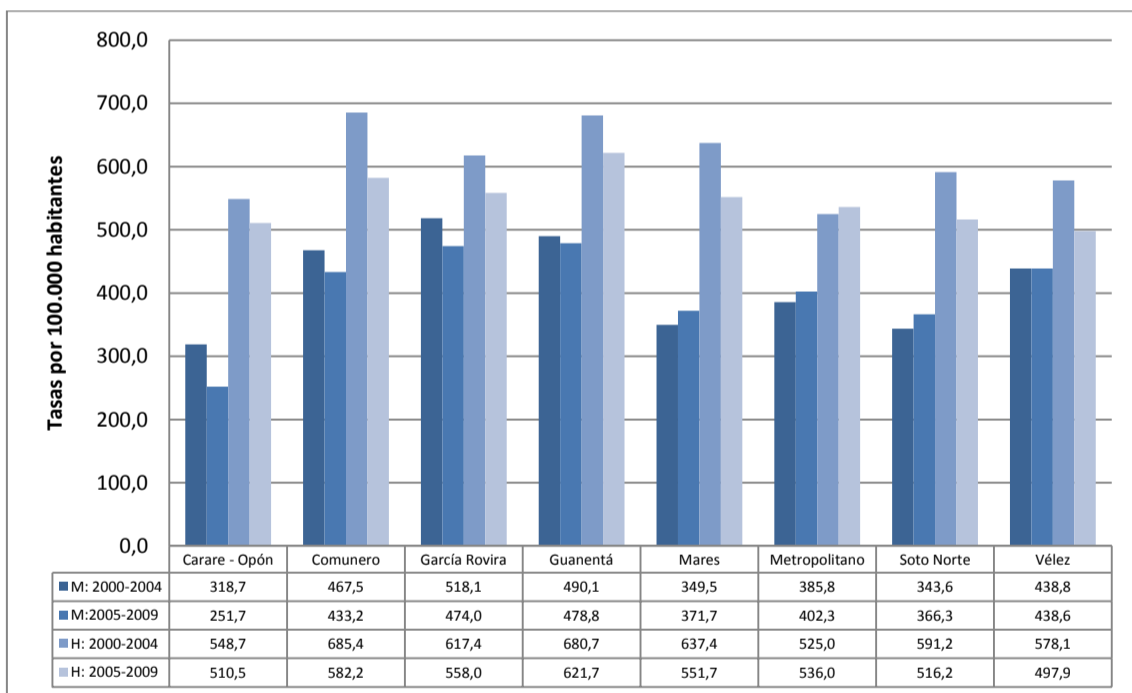


Figura 54. Mortalidad general en hombres y mujeres según NDP de residencia. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio; No incluye muertes fetales. H: Hombres; M: Mujeres. 17 registros de defunciones sin dato de sexo en el periodo de estudio.

En complemento con este panorama, el indicador de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) evidencia una mayor mortalidad prematura (en este análisis, mortalidad ocurrida antes de los 75 años de edad) en los hombres y un descenso progresivo de ésta en el período de estudio, especialmente en ellos (30% de disminución en las tasas de APVP entre 2000 y 2009 en comparación con 24% en las tasas de las mujeres) entre los 15 y 64 años de edad, tal como se aprecia en las figuras 55 y 56, mientras que en las mujeres, la mayor disminución (30%) se presentó en el grupo de menores de 5 años edad. Tomando como referencia del período de estudio los años 2000, 2005 y 2009, se aprecia que en cada uno de ellos, la tasa de APVP en los hombres es 2 veces la tasa de las mujeres.

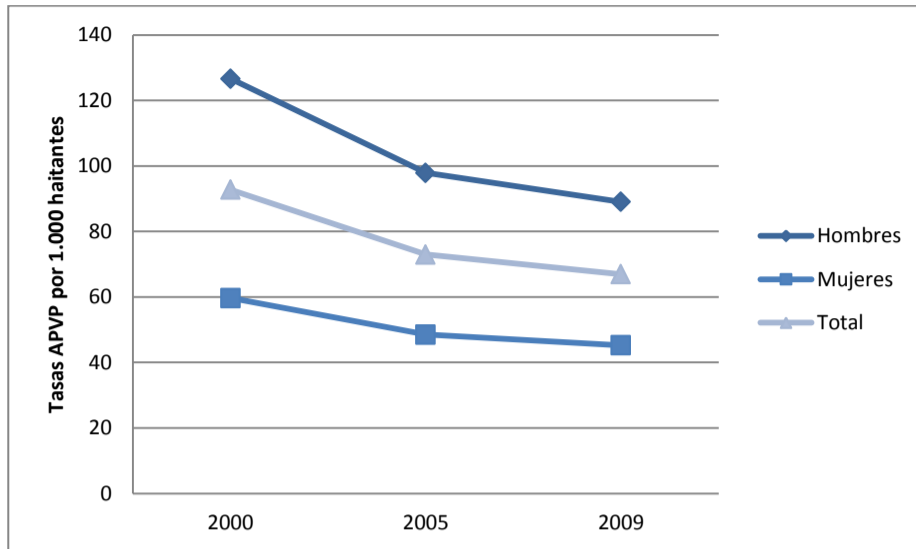


Figura 55. Tasas de APVP en hombres y mujeres. Santander, 2000, 2005 y 2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS.

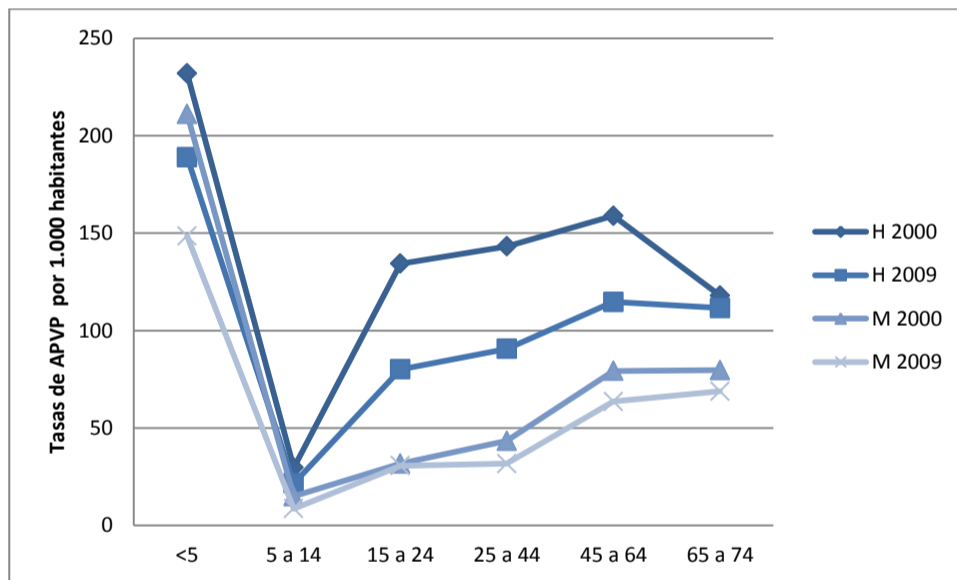


Figura 56. Tasas de APVP en hombres y mujeres según grupos de edad. Santander, 2000 y 2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS.

En contraste con el comportamiento evidenciado con las tasas de mortalidad, el indicador de APVP calculado con datos del año 2009 –último año de la serie analizada–, muestra que en los NDP Metropolitano y Mares son los que presentan mayor número de vida perdidos. Sin embargo, Mares, seguido por Carare-Opón, Soto Norte y Metropolitano son los NDP con mayor mortalidad prematura, pues presentan las tasas de APVP ajustadas más altas. Aunque con tasas alrededor de 100% más altas en los hombres –excepto en Carare Opón en donde la tasa de los hombres es casi tres veces la de las mujeres– este orden se mantiene en los hombres, mientras que en las mujeres, los NDP con tasas más altas son Mares, Soto Norte y Metropolitano (ver tabla 33).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 33. APVP en hombres y mujeres de los núcleos de desarrollo provincial. Santander, 2009.

NDP	Hombres			Mujeres			Total		
	APVP	Tasa bruta de APVP	Tasa de APVP ajustada	APVP	Tasa bruta de APVP	Tasa de APVP ajustada	APVP	Tasa bruta de APVP	Tasa de APVP ajustada
Soto Norte	1.567	86,3	86,0	725	44,4	47,5	2.290	66,4	67,3
Mares	19.349	128,0	128,7	8.891	59,1	59,2	28.237	93,6	94,0
García Rovira	2.273	61,9	61,6	1.283	35,2	34,5	3.554	48,6	48,2
Vélez	4.262	62,9	62,5	2.291	36,3	35,7	6.552	50,1	49,6
Guanentá	5.325	76,8	76,7	2.761	40,5	39,8	8.085	58,8	58,5
Comunera	2.018	41,8	41,2	951	21,8	20,4	2.965	32,2	31,3
Metropolitano	46.902	87,1	87,3	26.067	45,7	46,4	72.967	65,8	66,2
Carare opón	3.488	104,9	105,5	1.111	36,7	37,7	4.595	72,3	73,0

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas APVP por 1.000 habitantes, ajustadas empleando la población proyectada para Santander en el año 2009 como población estándar. 44 registros sin dato de municipio de residencia; 28 registros sin dato de edad.

Causas de mortalidad^{##}

De acuerdo con la agrupación de la mortalidad por grandes grupos de causas de la lista 6/67, el grupo 3 denominado de las «Enfermedades del sistema circulatorio» es el que tiene mayor participación en la mortalidad en Santander agrupando en cada uno de los quinquenios el 32,8% del total de las muertes. El grupo 6 de «Todas las demás enfermedades», en el que se encuentran la diabetes y las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, ocupa el segundo lugar de frecuencia y registra un aumento de 3% en el quinquenio 2005-2009 (21,7% a 24,5%). De manera similar, el grupo 2 que corresponde a «Neoplasias» también registró un aumento en el segundo quinquenio de estudio agrupando el 16% del total de las muertes; este grupo es seguido en orden de frecuencia por el grupo 5 de «Causas externas» que disminuyeron su aporte al total de la mortalidad de 15,8% en el quinquenio 2000-2004 a 12,1% en el quinquenio 2005-2009. Finalmente, los grupos de «Afecciones originadas en el período perinatal» y «Enfermedades transmisibles» son los que agrupan menor número de muertes correspondiendo cada uno de manera aproximada al 6% del total de la mortalidad. Como se aprecia también en la Figura 57, teniendo en cuenta esta agrupación se evidencia también un aumento de la frecuencia de muertes con «Signos, síntomas y afecciones mal definidas» en el quinquenio 2005-2009 comparado con el anterior.

^{##} La fuente de los datos presentados en esta sección es la regional Nororienté del DANE.

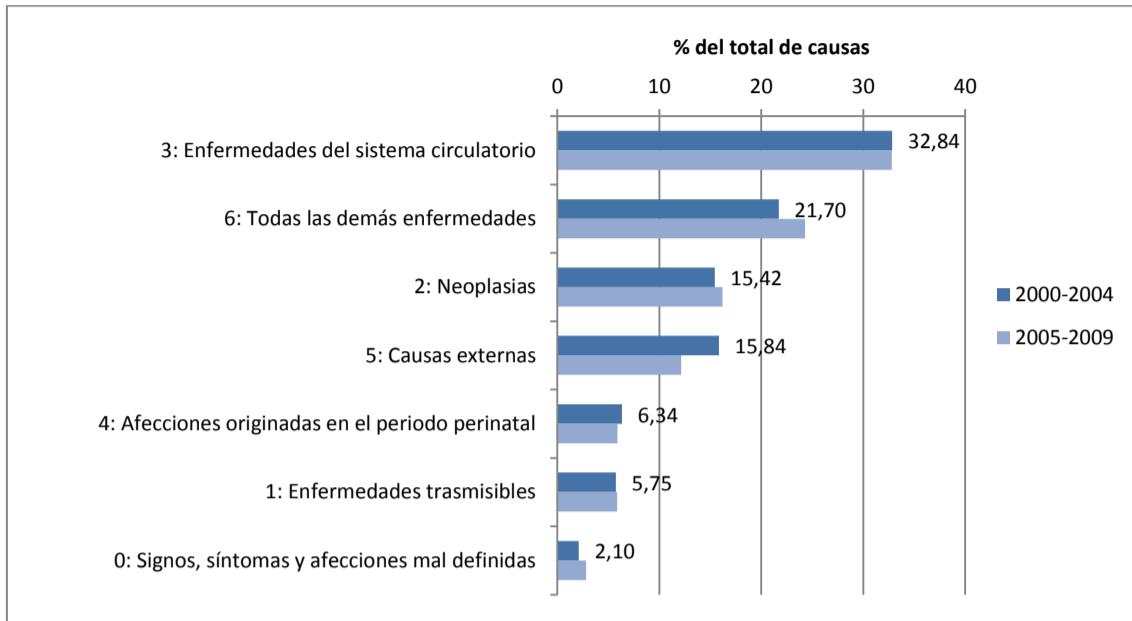


Figura 57. Distribución proporcional de las defunciones en Santander según grandes grupos de causas, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Se incluyeron muertes fetales y no fetales en cada año. Se incluyen los valores porcentuales del segundo quinquenio.

Teniendo como referente la lista de mortalidad Becker y cols.^{§§}, las principales causas de muerte en la población general de Santander fueron similares en los quinquenios 2000-2004 y 2005-2009, aunque se presentaron variaciones en su orden de frecuencia. No obstante, la primera causa de muerte en cada uno de los años del decenio de estudio fueron las enfermedades isquémicas del corazón (EIC), que aportan el 14,2% del total de defunciones en el primer quinquenio y 15,6% en el segundo.

En el primer quinquenio, a las EIC le siguieron los homicidios, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes, mientras en el segundo lustro, las enfermedades cerebrovasculares ocuparon el segundo lugar, seguidas por los homicidios y la diabetes. La mortalidad por estas causas, a excepción de las EIC, se redujo en el período de estudio; especialmente la mortalidad por homicidios, cuya tasa disminuyó 40,3% del primer al segundo quinquenio.

Después de estas cuatro causas, las otras causas de mortalidad tuvieron una representación porcentual individual menor al 5% del total de muertes. Entre ellas se destacaron las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, con mayor representación porcentual en el segundo quinquenio, seguidas de las enfermedades hipertensivas, la insuficiencia cardíaca y los accidentes en transporte terrestre. La cirrosis y otras enfermedades hepáticas y el cáncer de estómago se mantuvieron en un lugar estable cercano al 3% del total de muertes en ambos quinquenios, siendo esta última, la única enfermedad neoplásica dentro las diez primeras causas de muerte en población general.

Las enfermedades del sistema urinario, la influenza así como las causas mal definidas, aumentaron tanto porcentualmente como en la magnitud de su tasa de mortalidad del primer al segundo quinquenio y se ubicaron también entre las primeras causas de muerte en el decenio. Las enfermedades no incluidas en causas específicas y clasificadas como resto, también tuvieron una representación porcentual importante en ambos quinquenios (9,5% y 10,2% del total de muertes). En la figura 58 se presentan las principales causas de defunción en el período de estudio.

^{§§} Este listado cuenta con 65 causas específicas, una para síntomas, signos y condiciones mal definidas resto y otra en la que se agrupan el resto de causas no clasificadas en las anteriores.

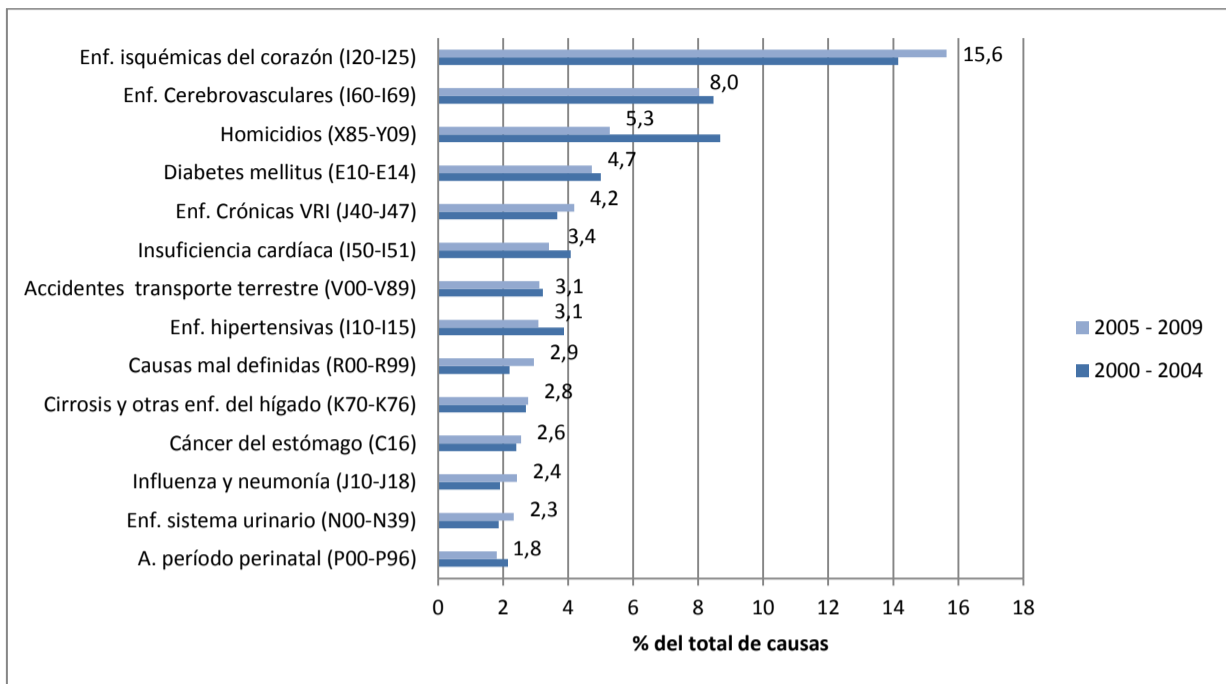


Figura 58. Principales causas de defunción en Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Se incluyeron las causas básicas de defunción que representaron al menos el 2% en alguno de los quinquenios, las cuales fueron ordenadas según su magnitud en el segundo de estos, período del que se incluyen los valores porcentuales. En cada uno de los quinquenios, las causas presentadas representaron más de 60% del total de registros de defunción de muertes no fetales. Enf.: enfermedad; A.: afecciones; TT: tránsito terrestre; VRI: vías respiratorias inferiores.

Causas de mortalidad en hombres y mujeres

El grupo de las Enfermedades del sistema circulatorio es el que da cuenta de la mayor proporción de muertes tanto en hombres como en mujeres y en ambos quinquenios. Sin embargo, la proporción de la mortalidad debida a este grupo de causas es mayor en mujeres, en quienes aportó el 37% del total causas de muerte en el decenio 2000-2009 comparado con 29% en los hombres, diferencia que es estadísticamente significativa (Valor $p=0,002$). El grupo de «Todas las demás enfermedades» (no agrupadas en los grupos 1 a 5 de la lista 6/67) se ubica como el segundo grupo de grandes causas de la mortalidad en los dos sexos, y al igual que en el grupo anterior, es mayor su participación en mujeres que en hombres durante el decenio (25% contra 21%, respectivamente). Como se mencionó anteriormente en este grupo destacan la Diabetes Mellitus, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores y las demás enfermedades del sistema digestivo como las causas específicas de mortalidad más frecuentes.

En el tercer lugar de frecuencia de grandes grupos de causas se encuentran grandes diferencias en el perfil de de mortalidad de hombres y mujeres. Mientras en las mujeres las neoplasias alcanzan el 18,6% del total de muertes en el decenio, en los hombres las Causas Externas aportaron aproximadamente el 20% de la mortalidad. Aún teniendo en cuenta la disminución significativa (Valor $p= 0,000$) de las Causas Externas como causa del total de muertes en hombres en el último quinquenio de análisis (de 23,2% en 2000-2004 a 18,2% en 2005-2009), ésta causa en los hombres se sitúa aún por encima del grupo de las Neoplasias que en el quinquenio 2005-2009 ascendió a 14,4%. En las mujeres las neoplasias son seguidas en orden de frecuencia por las Enfermedades transmisibles y las Afecciones del periodo perinatal, orden que se conserva en los hombres después de las Causas Externas. La figura 59 presenta la distribución proporcional de grupos de mortalidad según sexo y quinquenio.

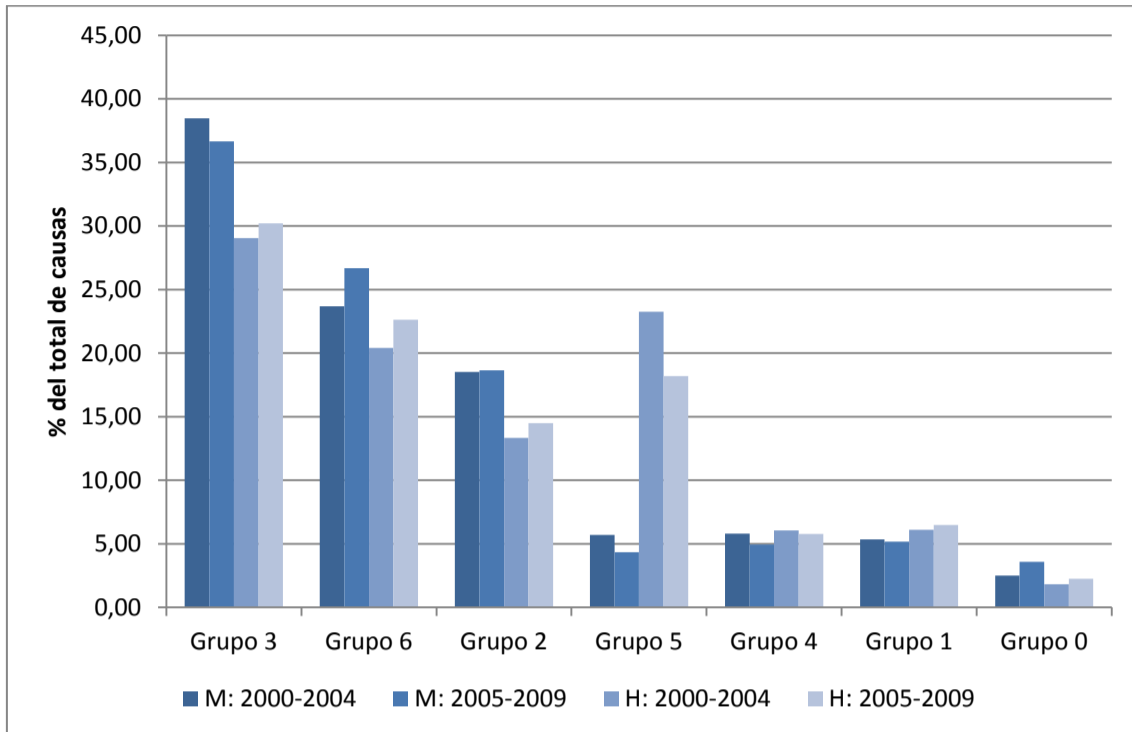


Figura 59. Mortalidad en hombres y mujeres según grandes grupos de causas. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE.

Fuente de cálculos: OSPS. Se incluyeron muertes fetales y no fetales en cada año. Grupo 0: Signos, síntomas y afecciones mal definidas; Grupo 1: Enfermedades transmisibles; Grupo 2: Neoplasias; Grupo 3: Enfermedades del sistema circulatorio; Grupo 4: Afecciones originadas en el período perinatal; Grupo 5: Causas externas; Grupo 6: Todas las demás enfermedades. M: Mujeres; H: Hombres.

El análisis de causas específicas de mortalidad empleando la lista 6/67 muestra diferencias en los perfiles de mortalidad en hombres y mujeres que explican mejor las diferencias encontradas en los grandes grupos de causas. Tanto en hombres como en mujeres, el riesgo más alto de morir se da por las enfermedades isquémicas del corazón, con tasas de mortalidad promedio para el decenio de 78,6 y 61,3 por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente, lo cual registra un exceso de mortalidad por esta causa de 28% de los hombres comparado con las mujeres. En los dos sexos esta causa mostró un aumento en sus tasas de mortalidad en el quinquenio 2005-2009 comparado con el quinquenio inmediatamente anterior. Las Figuras 60 y 61 presentan las primeras diez casusas de mortalidad en Hombres y Mujeres por quinquenios.

En los hombres, las agresiones ocuparon la segunda causa de muerte durante el decenio 2000-2009. Esta causa registró en el quinquenio 2000-2005 tasas de mortalidad incluso similares a las registradas para las enfermedades isquémicas del corazón, pero en el quinquenio 2005-2009 tuvo una disminución promedio del 40,5% de la tasa, que es estadísticamente significativa. Las enfermedades cerebrovasculares constituyeron la tercera causa de mortalidad en hombres con tasas promedio de 36 por 100.000 por año, mostrando una ligera disminución en las tasas del segundo quinquenio. En orden, los accidentes del transporte terrestre, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores y la diabetes mellitus ocuparon los siguientes lugares de frecuencia con tasas promedio del decenio que se ubicaron entre 18 y 23 muertes por 100.000 hombres por año. Los tumores malignos, y en especial los tumores malignos de los órganos digestivos se ubicaron dentro de las primeras diez causas de mortalidad en hombres con tasas promedio de 13,8 y 12,4 muertes por 100.000 hombres por año, que además mostraron aumento en el quinquenio 2005-2009.

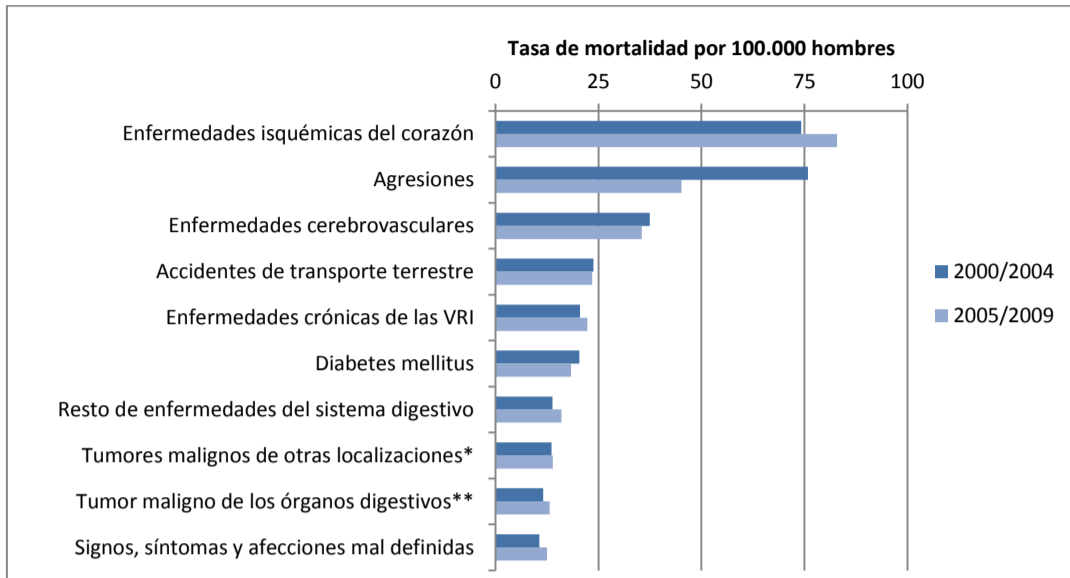


Figura 60. Primeras diez causas de mortalidad en hombres. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE, regional nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Lista de mortalidad 6/67 de la OMS/OPS.*Tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas en otra parte. **Tumor maligno de los órganos digestivos y el peritoneo. VRI: Vías Respiratorias Inferiores

A diferencia de los hombres, en las mujeres, luego de las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cardiometabólicas, que incluyen las enfermedades cerebro-vasculares, la Diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas, dan cuenta de los siguientes tres lugares de frecuencia con promedios decenales de 40,8, 26,2 y 16,8 muertes por 100.000 mujeres, respectivamente, las tres con un ligero descenso en la tasa promedio en el quinquenio 2005-2009. En orden, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cardiopulmonar, representan otras causas importantes de mortalidad en mujeres con tasas promedio similares entre 12 y 15 muertes por 100.000 mujeres por año. Entre las causas neoplásicas, el tumor maligno de la mama es la única que se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad en mujeres con tasa promedio decenal de 9,7 muertes por 100.000 mujeres por año y sin representar el ligero descenso en el quinquenio 2005-2009 una diferencia estadísticamente significativa.

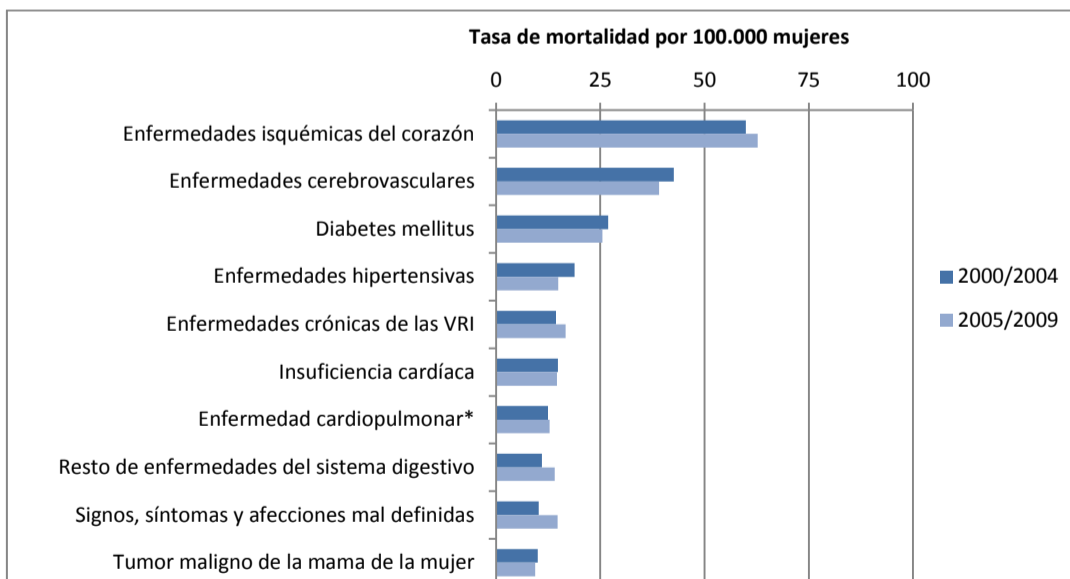


Figura 61. Primeras diez causas de mortalidad en mujeres. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Lista de mortalidad 6/67 de la OMS/OPS.*Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar. VRI: Vías Respiratorias Inferiores

Teniendo en cuenta el anterior perfil de mortalidad por sexo, se observa que si bien existe un exceso del riesgo de mortalidad por las EIC en los hombres, de manera general, las mujeres tienen un mayor riesgo de mortalidad por cuenta del grupo de las enfermedades cardiometabólicas.



El indicador de APVP calculado con datos del año 2009, muestra que las causas que aportan mayor cantidad de años de vida perdidos son similares entre hombres y mujeres, pero la magnitud de éstos y la importancia relativa en cada sexo varía ampliamente. En general, las causas externas son la razón de la mayor cantidad de años perdidos en la población del departamento (31,7% del total de APVP), seguidas principalmente por tumores y enfermedades del sistema circulatorio con 15,5% y 12,5% de los años perdidos, respectivamente. En los hombres, la mayor cantidad de años perdidos (40,8%) correspondió a muertes por causa externa, mientras que en las mujeres, el mayor porcentaje correspondió a tumores (24,9%). Destaca que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio tuvieron una mayor representación porcentual en los APVP de las mujeres. En las figura 62 y 63 se muestra la distribución porcentual y las tasas de las principales causas de años potenciales perdidos en hombres y mujeres.

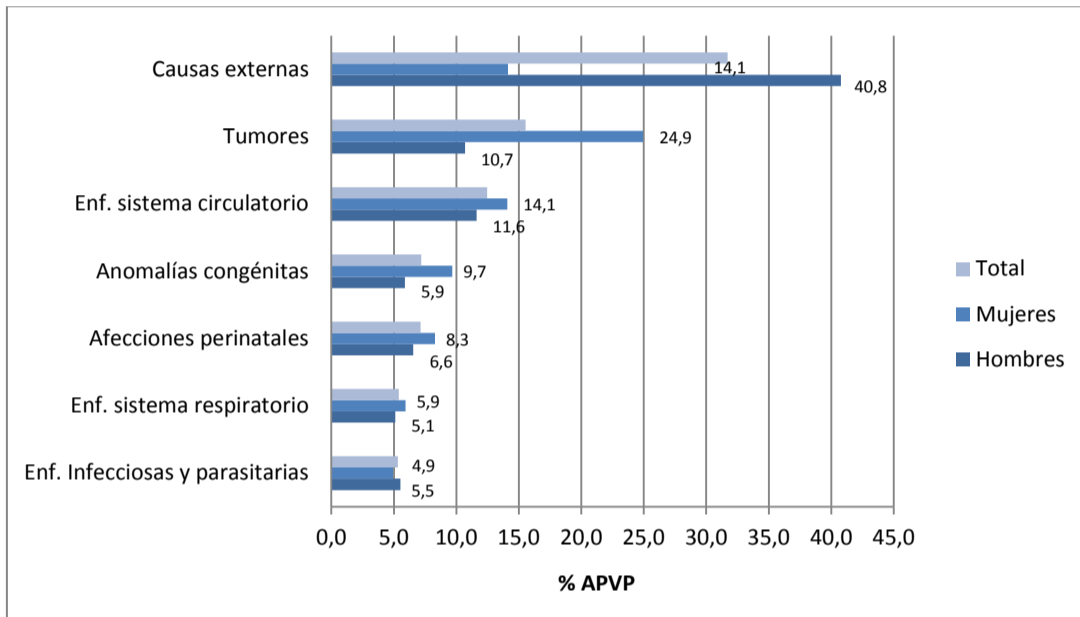


Figura 62. Distribución proporcional de las principales causas de Años Potenciales Perdidos en hombres y mujeres. Santander, 2009

Fuente de datos: Regional Nororiental del DANE. Fuente de cálculos: OSPS. Se incluyeron causas (según capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión) que aportaran al menos 5% de APVP en población general. Enf.: Enfermedad

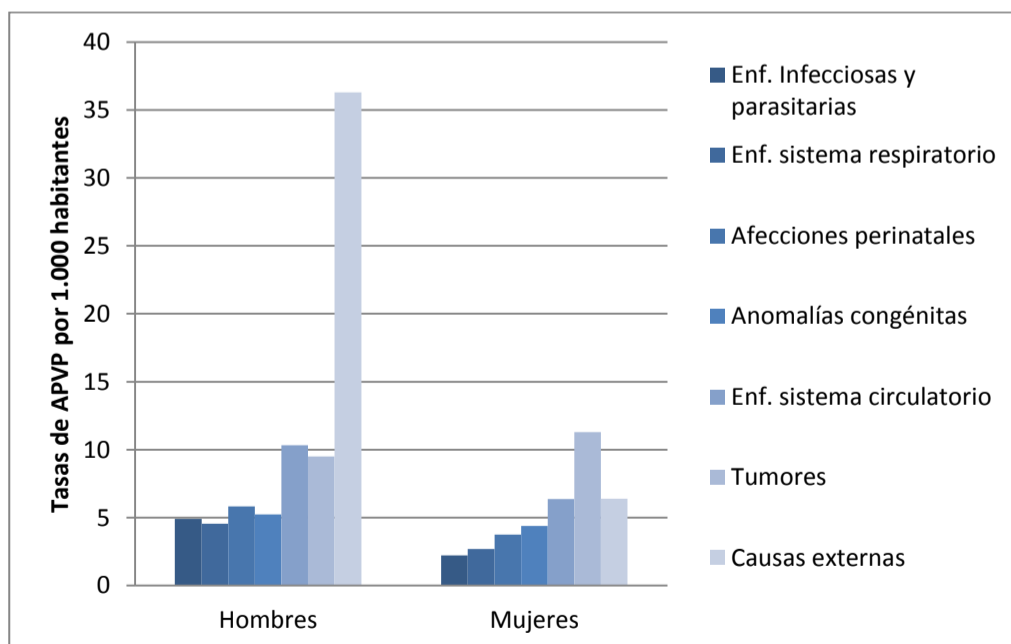


Figura 63. Principales causas de Años Potenciales Perdidos en hombres y mujeres. Santander, 2009

Fuente de Datos: DANE, regional nororiental DANE. Fuente de cálculos: OSPS. Se incluyeron causas (según capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión) que aportaran al menos 5% de APVP en población general. Enf.: Enfermedad



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Causas de mortalidad en hombres y mujeres según grupo de edad^{}***

Muertes fetales

En el decenio 2000-2009, las muertes registradas en fetos de sexo masculino y femenino ocurrieron debido mayoritariamente a afecciones originadas en el período perinatal (92,1% en el decenio), y en segundo lugar a malformaciones congénitas. La tasa de mortalidad fetal (calculada con población menor de un año como denominador) fue 41% más alta en el sexo masculino en el decenio (1.285,8 por 100.000 contra 913,9)^{†††}. Las afecciones del período perinatal registradas fueron principalmente complicaciones obstétricas, afecciones fetales debidas a afecciones maternas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal.

Menores de un año

En el primer año de vida, las principales causas en niños y niñas fueron similares en ambos quinquenios, presentando disminución en la mortalidad de la mayoría de éstas. Las causas con tasas más altas fueron las afecciones originadas en el período perinatal, que disminuyeron alrededor del 10% en el segundo quinquenio en ambos sexos, y las malformaciones congénitas, que tendieron a disminuir en los niños pero aumentaron en las niñas.

Si bien, la magnitud de la tasa de mortalidad total en este rango etario fue superior en los niños en todo el decenio 2000-2009, esta diferencia se presenta en gran parte, debido a la mayor mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal (40% y 30% en el primer y segundo quinquenio, respectivamente), pero en otras causas de muerte, la tasa fue superior en las niñas. Más de la mitad de las defunciones de este grupo de causas correspondieron a trastornos respiratorios, mientras que las complicaciones obstétricas ocuparon alrededor del 10% en ambos sexos.

Las causas agrupadas como resto, que se ubicaron en el tercer lugar en ambos sexos y quinquenios, correspondieron principalmente a diversas enfermedades del sistema respiratorio, del sistema nervioso y enfermedades infecciosas y parasitarias. Estas causas y las mal definidas disminuyeron en el período de estudio.

Entre las primeras causas de muerte, pero con tasas de mortalidad más bajas, figuraron influenza y neumonía, accidentes que obstruyen la respiración, enfermedades infecciosas intestinales, desnutrición, septicemia y meningitis. En general, las tasas de mortalidad disminuyeron en el quinquenio 2005-2009, en especial la influenza y neumonía (disminución del 49%) en las niñas y la desnutrición en los niños (56%), en contraste con el aumento de mortalidad por meningitis especialmente en las niñas (aumento del 170%) y la septicemia y los accidentes que obstruyen la respiración con un aumento del 20% en los niños (ver figuras 64 y 65).

^{***} Las principales causas reportadas representaron más del 70% del total de defunciones en cada grupo etario y en ambos sexos, excepto en las mujeres del grupo de 15 y 44 años, en el que representaron aproximadamente el 65%.

^{†††} 11,1% de los registros de muertes fetales no tenían dato de sexo y fueron excluidos de este cálculo.

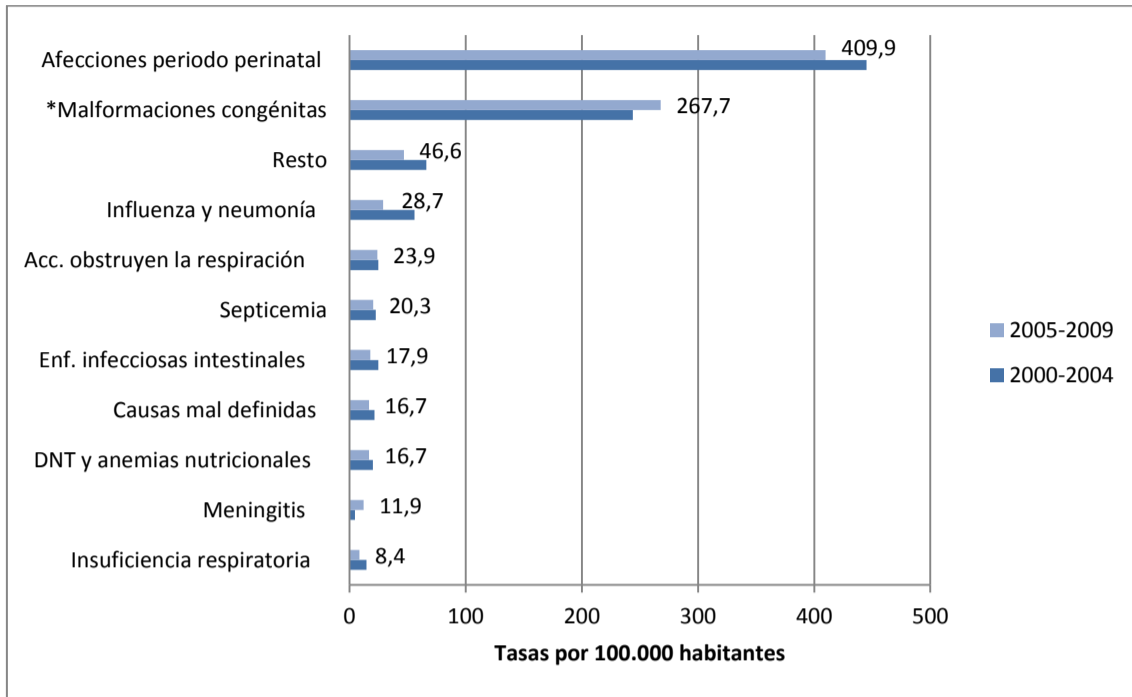


Figura 64. Principales causas de mortalidad registrada en las niñas menores de un año. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedad; Acc.: accidentes; *malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; DNT: desnutrición.

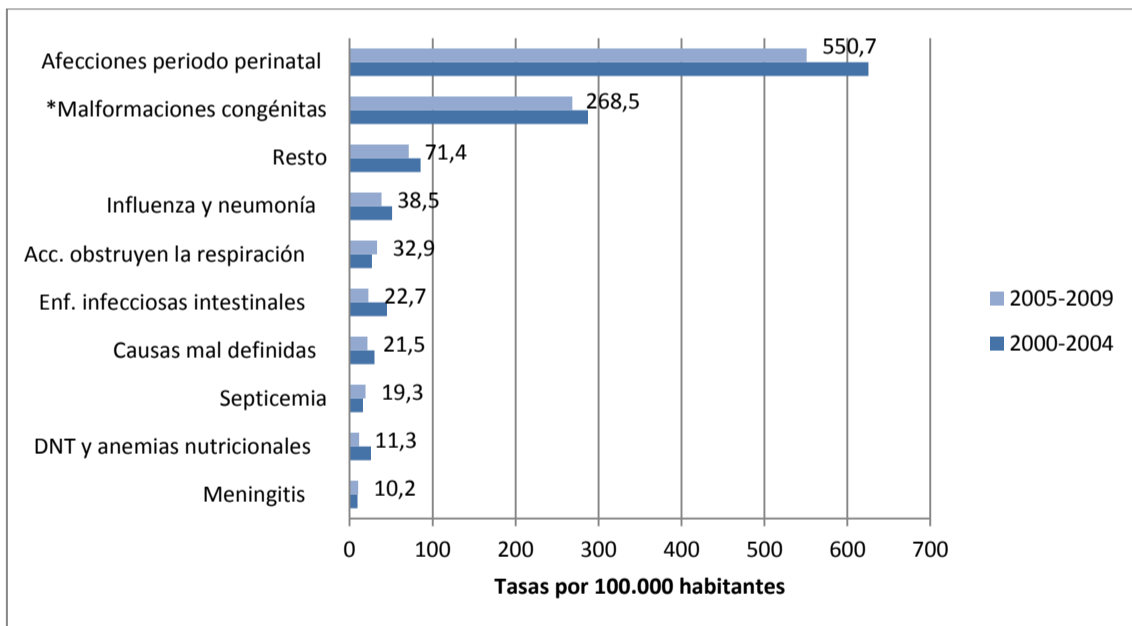


Figura 65. Principales causas de mortalidad registrada en los niños menores de un año. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedad; Acc.: accidentes; *: malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; DNT: desnutrición.

De uno a cuatro años

De manera similar al grupo de menores de un año, las principales causas fueron similares en ambos sexos y quinquenios, presentando disminución en la mortalidad de la mayoría de éstas. Luego del grupo denominado resto –que se ubicó en el primer lugar en ambos sexos y quinquenios con aproximadamente 20% del total de defunciones y que reunió principalmente diversas enfermedades respiratorias, del sistema nervioso (excepto meningitis), del sistema digestivo y algunos accidentes– entre las primeras causas específicas se encuentran varias por causa externa (ahogamiento, accidentes en transporte terrestre, accidentes que obstruyen la respiración, homicidios). En general, las tasas fueron superiores en los niños.

En las niñas hubo gran disminución en la mortalidad por las primeras causas, correspondientes a



las agrupadas en el resto de enfermedades, ahogamiento y sumersión accidentales, y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. La tasa por enfermedades infecciosas intestinales disminuyó en 70% y se ubicó en el último lugar de las primeras causas de muerte en el segundo quinquenio. La mortalidad por influenza y neumonía, por accidentes en transporte terrestre, cáncer de tejido linfático y causas mal definidas también presentó una marcada disminución. De manera específica, la mortalidad por leucemia disminuyó casi un 60%. En contraste, la tasa de mortalidad por homicidios aumentó, pasando del lugar 12 al 4 del primer al segundo quinquenio y alcanzado una tasa superior a la de los niños en este último. La mortalidad por desnutrición y por accidentes que obstruyen la respiración también aumentó. En la figura 66 se presentan las principales causas de muerte en las niñas de este rango etario.

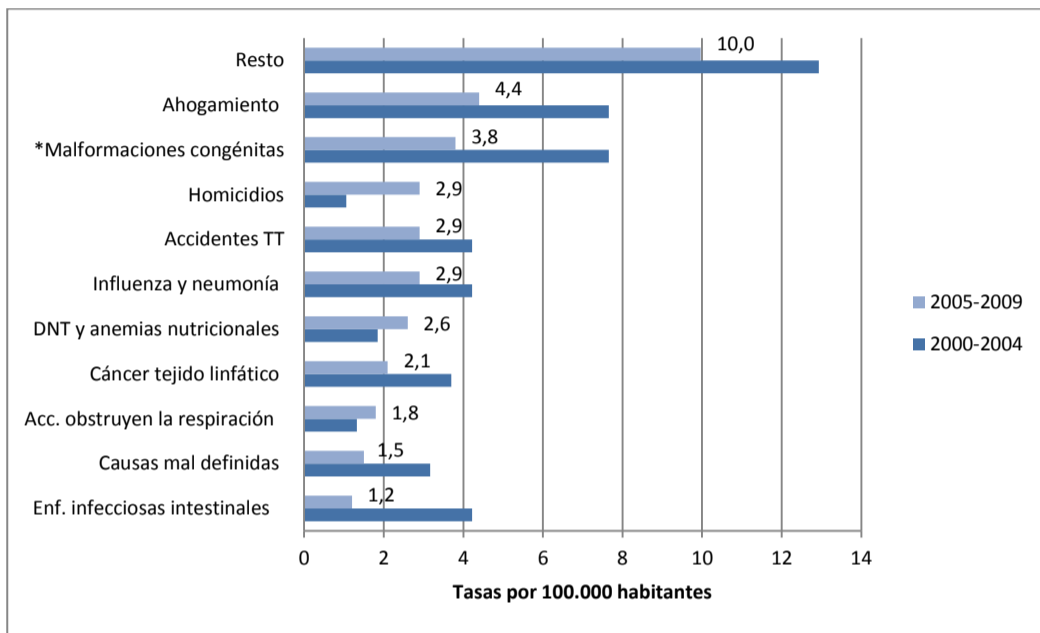


Figura 66. Principales causas de mortalidad registrada en las niñas de 1 a 4 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororiente.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedad; *:Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; DNT: desnutrición; TT: tránsito terrestre.

En los niños, la mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas aumentó (cerca del 80%), pasando del quinto lugar en el primer quinquenio al primero en el segundo quinquenio, luego de las causas agrupadas como resto. La mortalidad por las demás causas disminuyó, especialmente por ahogamiento, influenza y neumonía, y causas externas tales como homicidios y accidentes que obstruyen la respiración. En la figura 67 se presentan las principales causas de muerte en los niños de este rango etario.

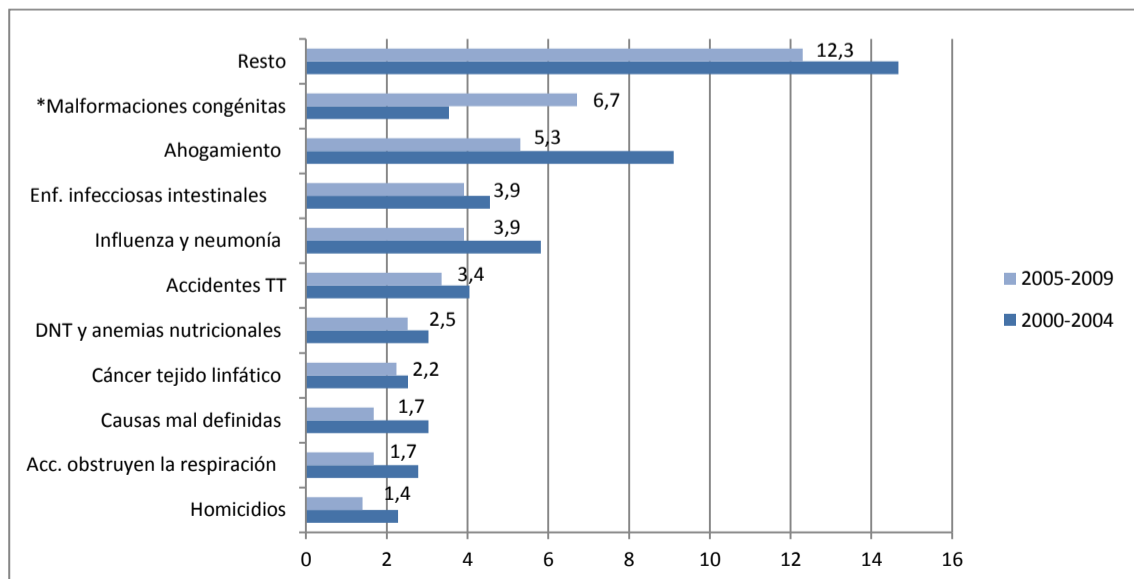


Figura 67. Principales causas de mortalidad registrada en los niños de 1 a 4 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororiente.



Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, período del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedad; *: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; DNT: desnutrición; TT: tránsito terrestre.

De 5 a 14 años

En este rango etario también hubo escasa variación en las principales causas de muerte en los períodos 2000-2004 y 2005-2009, y tasas inferiores en la mayoría de causas en el segundo de éstos. En general, luego del grupo resto, que reunió accidentes y enfermedades de los sistemas nervioso (excepto meningitis), respiratorio y digestivo clasificadas como «otras» en listas de agrupación, los diagnósticos específicos correspondieron a causas externas, cáncer (de tejido linfático y de encéfalo), influenza y neumonía, causas mal definidas y enfermedades cerebrovasculares.

En las niñas de este rango de edad, las neoplasias malignas de tejido linfático se ubicaron en el primer lugar durante el segundo quinquenio del período de estudio, después del grupo denominado resto, con una tasa de mortalidad promedio de 2,2 por 100.000, la cual se mantuvo estable durante el período de estudio. Específicamente, la mortalidad por leucemia (diagnóstico más frecuente en este grupo) fue de 2,0 y 1,9 por 100.000 niñas en el primer y segundo quinquenio, respectivamente. Seguidamente se ubicaron las causas externas más frecuentes (accidentes por transporte terrestre y ahogamiento) y el cáncer de encéfalo, que a diferencia de todas las otras causas, aumentó del primer al segundo quinquenio (aumento de 150% en la tasa de mortalidad) y alcanzó a figurar entre las primeras causas en este último.

Le siguieron las malformaciones congénitas, con una marcada disminución en su tasa, la influenza y neumonía, las enfermedades cerebrovasculares, causas mal definidas y varios diagnósticos correspondientes a causas externas. Del primer al segundo quinquenio, las enfermedades del sistema osteomuscular fueron desplazadas como una causa importante de muerte en las niñas. En la figura 68 se presentan las principales causas de muerte en las niñas de 5 a 14 años.

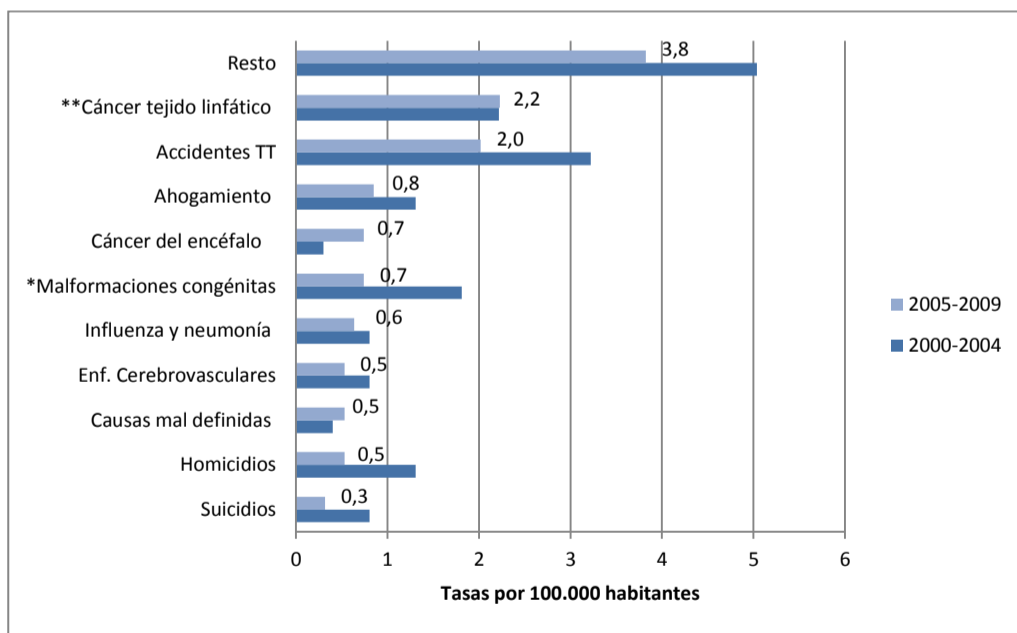


Figura 68. Principales causas de mortalidad registrada en las niñas de 5 a 14 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, período del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; *: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; **: Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines; TT: tránsito terrestre.

En los niños, en contraste con las niñas, las causas externas tendieron a ocupar los primeros lugares (aunque en el segundo quinquenio, los accidentes que obstruyen la respiración no alcanzaron a figurar entre las primeras causas), la mortalidad por neoplasias del tejido linfático tuvo una disminución leve en su tasa (la mortalidad por leucemia fue de 2,7 durante 2000-2004 y de 2,5 en 2005-2009), mientras que la mortalidad por suicidio –además de la mortalidad por cáncer de



encéfalo– presentó un aumento marcado. Todas las tasas fueron superiores a las de las niñas, especialmente las debidas a ahogamiento, cáncer de tejido linfático, eventos de intención no determinada y suicidios. En la figura 69 se muestran las principales causas de muerte en los niños de 5 a 14 años.

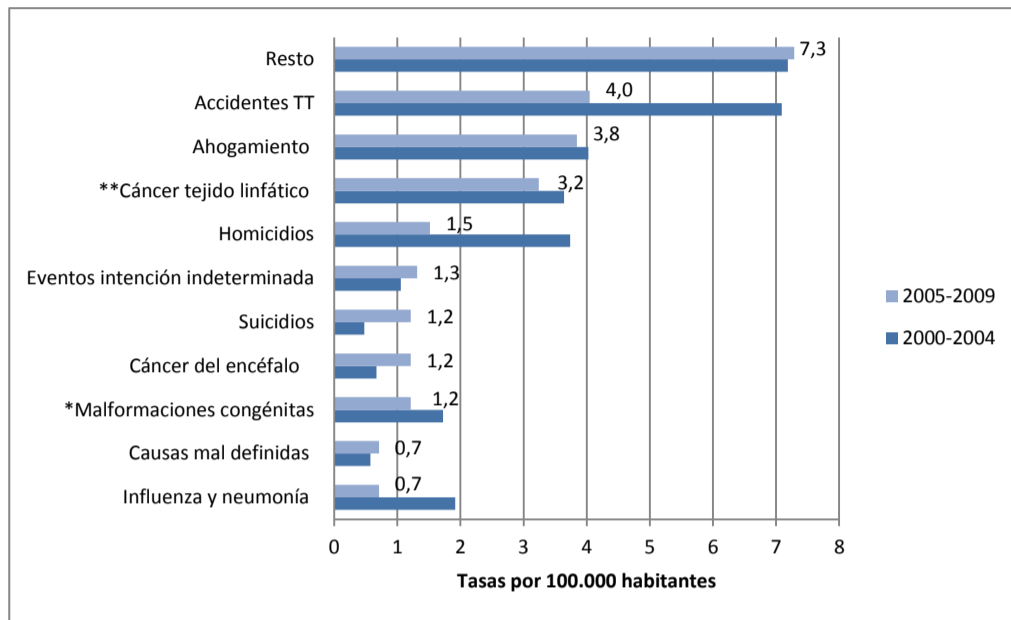


Figura 69. Principales causas de mortalidad registrada en los niños de 5 a 14 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororiental.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; *:Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; **: Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines; TT: tránsito terrestre.

De 15 a 44 años

En el decenio 2000-2009, las defunciones ocurridas en hombres y mujeres de este rango etario fueron debidas en gran parte a causas externas. El mayor riesgo de morir en los hombres, en comparación con las mujeres, se debe precisamente a la mayor ocurrencia de estas causas, especialmente a muertes por homicidios (con una tasa 11 veces más alta) y por accidentes en transporte terrestre (con una tasa casi 4 veces más alta). Es de resaltar, sin embargo, que la tasa de mortalidad por homicidios disminuyó en casi 60% del primer al segundo quinquenio del decenio (descenso similar en hombres y en mujeres), mientras que la mortalidad por accidentes en transporte terrestre se mantuvo constante.

En los hombres, otras causas con tasas de mortalidad altas fueron suicidio, VIH/SIDA, cuya tasa de mortalidad aumentó en el segundo quinquenio, y el grupo de resto, que reunió principalmente muertes por otros accidentes, por diversos tumores malignos y enfermedades del sistema nervioso. Con tasas de mortalidad inferiores alcanzaron a figurar otras causas externas (ahogamiento, eventos de intención no determinada y caídas accidentales), enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis, neoplasias malignas del tejido linfático, hematopoyético y afines, y enfermedades cerebrovasculares (ver figura 70).

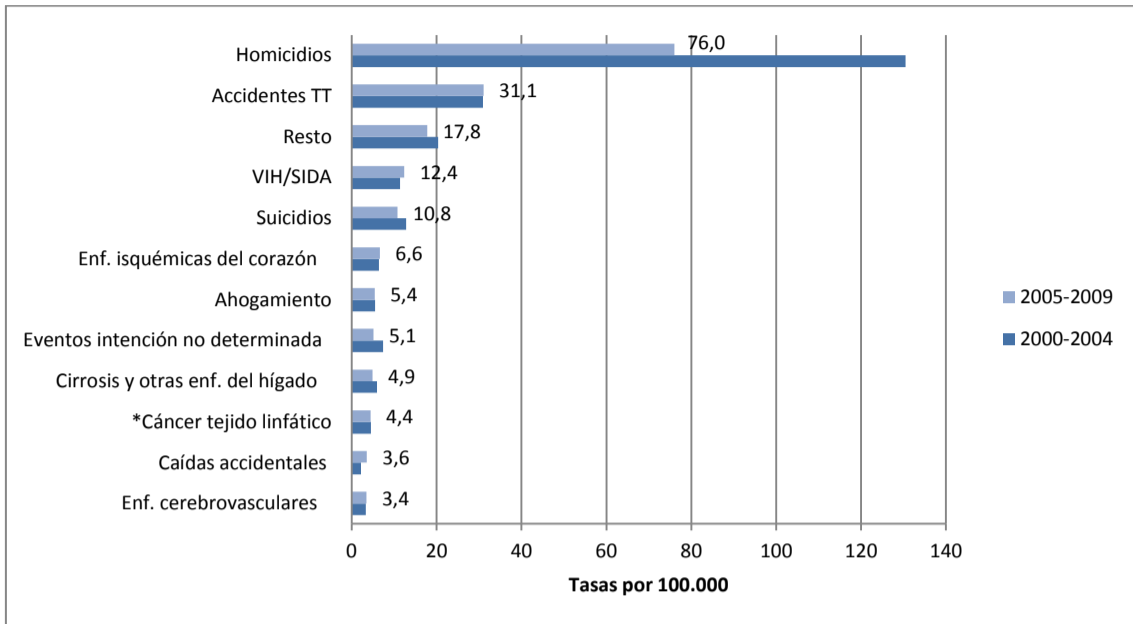


Figura 70. Principales causas de mortalidad registrada en los hombres de 15 a 44 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. TT: tránsito terrestre; Enf.: enfermedades; *Incluye: Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines.

En las mujeres, luego de las causas agrupadas en «resto» –que correspondieron especialmente a algunos tumores malignos y enfermedades del sistema nervioso–, y las muertes por homicidios y por accidentes de tránsito, se ubicaron el cáncer de mama y el VIH/SIDA, con tasas de mortalidad más altas en el segundo quinquenio (40% y 20%, respectivamente). Le siguieron el cáncer de útero, el suicidio como tercera causa externa, muertes asociadas al embarazo parto y puerperio, neoplasias malignas del tejido linfático, hematopoyético y afines, enfermedades del sistema circulatorio (cerebrovasculares e isquémicas del corazón), todas con tasas inferiores en el segundo quinquenio, excepto las enfermedades isquémicas del corazón (ver figura 71).

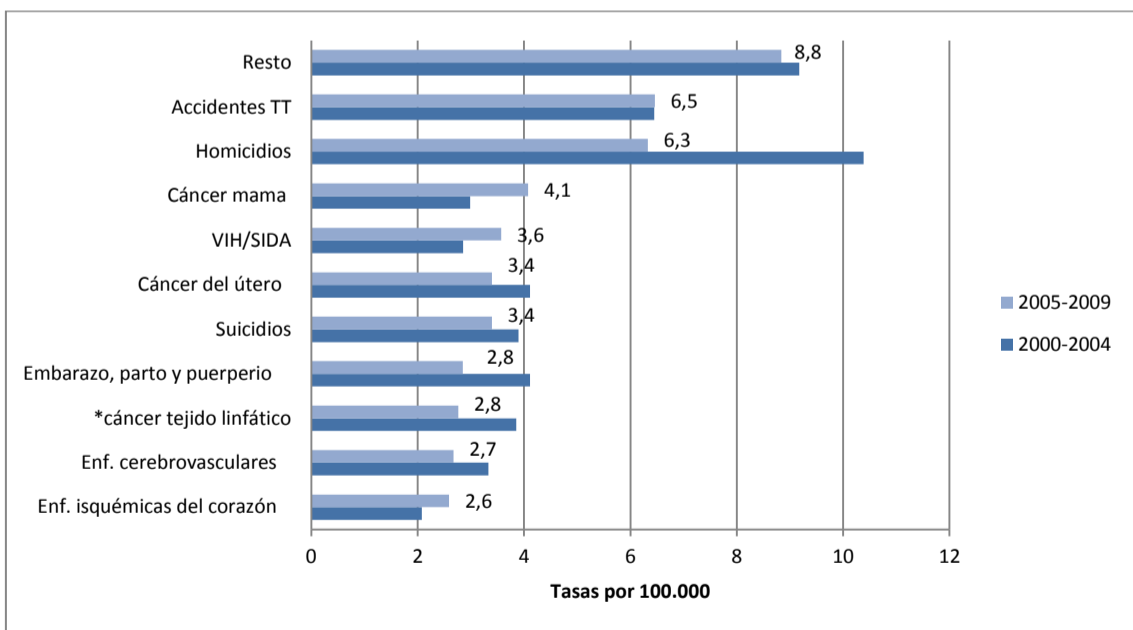


Figura 71. Principales causas de mortalidad registrada en las mujeres de 15 a 44 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. TT: tránsito terrestre; Enf.: enfermedades; *Incluye: Neoplasia maligna del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines.

De 45 a 64 años

En contraste con las causas de muerte en el grupo de edad anterior, las defunciones de hombres y mujeres de este rango etario han sido debidas predominantemente a enfermedades crónicas, del



sistema circulatorio y cáncer. Las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte durante todo el decenio, con tasas promedio/anual ligeramente inferiores en el quinquenio 2005-2009 (115,4 y 111,7 por 100.000 hombres, y 56,6 y 50,9 por 100.000 mujeres).

En las mujeres, luego de las enfermedades isquémicas del corazón, las causas con tasas más altas correspondieron a las causas agrupadas en resto (principalmente otros tumores malignos y diversas enfermedades del sistema digestivo), enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, cáncer de mama y de útero, las cuales disminuyeron entre el 20% y 40% del primer al segundo quinquenio. El mayor descenso se presentó en la diabetes que pasó de una tasa promedio/anual de 39,2 a una de 25,2 en el quinquenio 2005-2009. Las otras principales causas correspondieron mayoritariamente a neoplasias malignas, de estómago, de tejido linfático y órganos hematopoyéticos (principalmente leucemia), de colon y de pulmón, las cuales desplazaron a las enfermedades hipertensivas, la insuficiencia cardíaca y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias (con tasas de mortalidad de 13,1, 12,4 y 11,9 por 100.000 mujeres, respectivamente) como principales causas de muerte en el segundo quinquenio (ver figura 72).

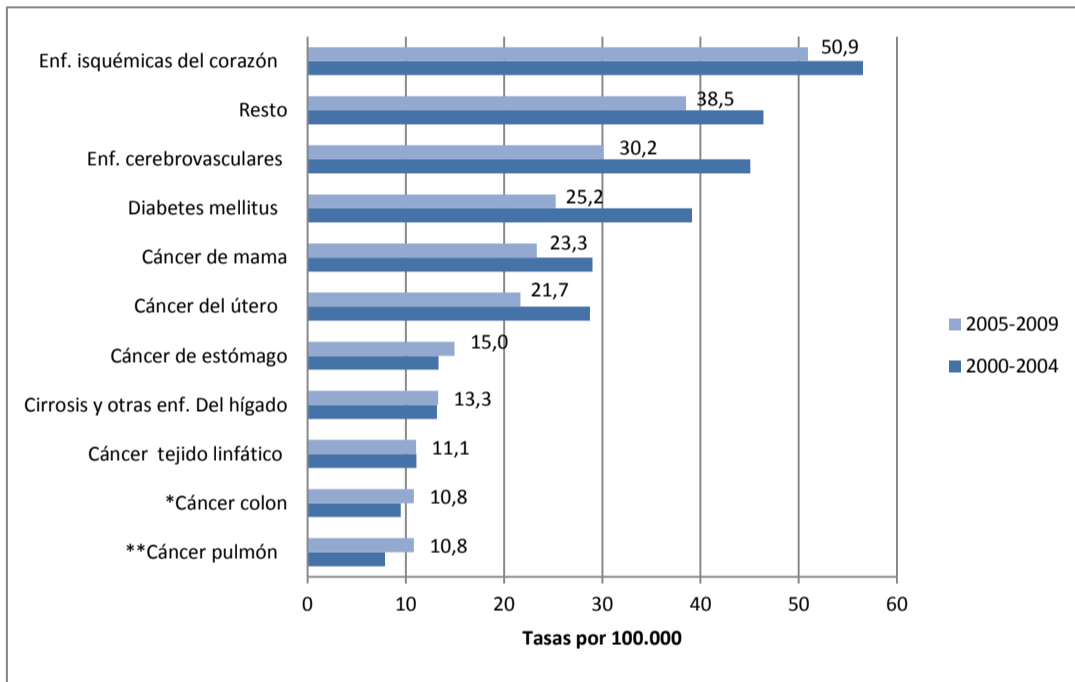


Figura 72. Principales causas de mortalidad registrada en las mujeres de 45 a 64 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, periodo del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; *Incluye: Neoplasia maligna del colon, sigmoide, recto y ano; ** Incluye: Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.

En los hombres, luego de las enfermedades isquémicas del corazón y de las agrupadas en resto (principalmente diversas enfermedades del sistema digestivo y otros tumores malignos), las tasas más altas correspondieron a homicidios, con una disminución del 40% del primer al segundo quinquenio y por enfermedades cerebrovasculares y cirrosis, ambas con disminución del 20%. Con tasas más bajas se alcanzaron a ubicar la diabetes mellitus, accidentes de tránsito y cáncer de estómago, todas estas con disminución en el segundo quinquenio, especialmente la diabetes. Finalmente se ubicaron las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores, el cáncer de pulmón, el VIH/SIDA, estas dos últimas con tasas que aumentaron en el quinquenio 2005-2009 y desplazaron como causa de muerte a la insuficiencia cardíaca y enfermedades hipertensivas, que en el primer quinquenio tuvieron tasas de 23,0 y 18,8 por 100.000 hombres, respectivamente (ver figura 73).

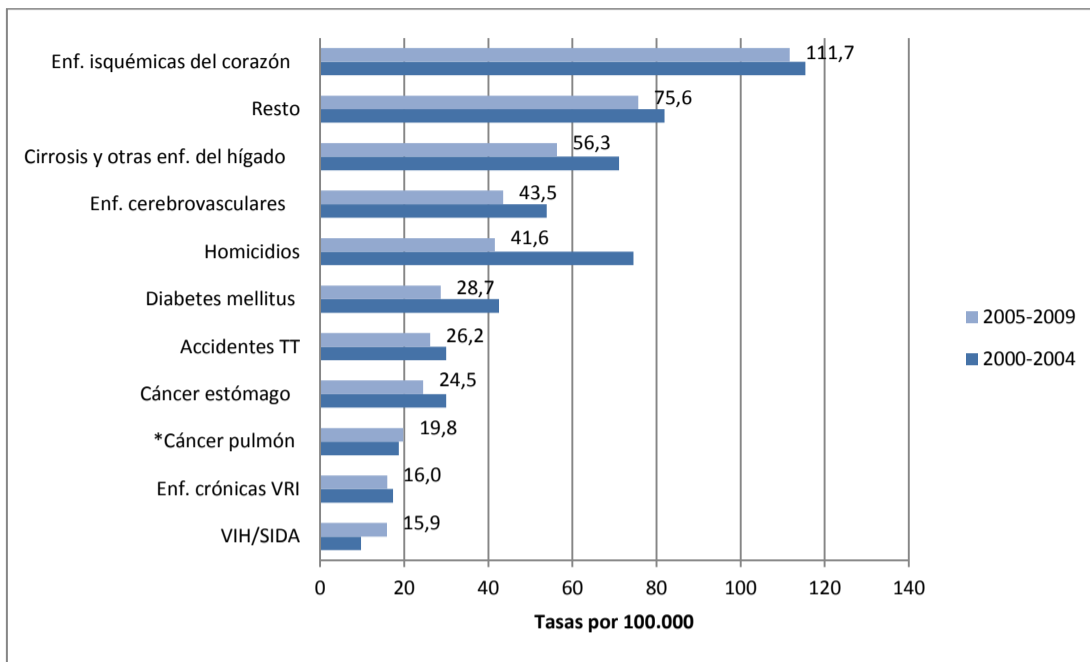


Figura 73. Principales causas de mortalidad registrada en los hombres de 45 a 64 años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.

Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, período del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; *Incluye: Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.

De 65 y más años

En este rango de edad, las primeras causas de mortalidad correspondieron casi en su totalidad a enfermedades crónicas, similares entre hombres y mujeres, aunque en su mayoría las tasas de mortalidad fueron superiores en ellos, especialmente la de enfermedades isquémicas del corazón, que fue la más alta en el período y en las mujeres tuvo un leve descenso contrario al comportamiento en los hombres.

Las tasas de las enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores –cuya tasa promedio/anual aumentó casi 20% en las mujeres en el segundo quinquenio– y del cáncer de estómago –que se mantuvo estable en todo el decenio– también fueron superiores en los hombres (60% y 80%, respectivamente). En contraste, la tasa de diabetes mellitus, que disminuyó en el decenio, fue superior en las mujeres; así como la de las causas mal definidas, aunque esta última aumentó en el segundo quinquenio.

Además del cáncer de estómago, en los hombres el cáncer de próstata se ubicó como una causa importante de muerte, mientras que en las mujeres éste fue el único cáncer en las primeras causas de defunción. En ellas, a diferencia de los hombres, la influenza y neumonía se ubicó entre las primeras causas de muerte, con una tasa de 102,1 por 100.000 mujeres, casi 50% superior en el segundo quinquenio (ver figuras 74 y 75).

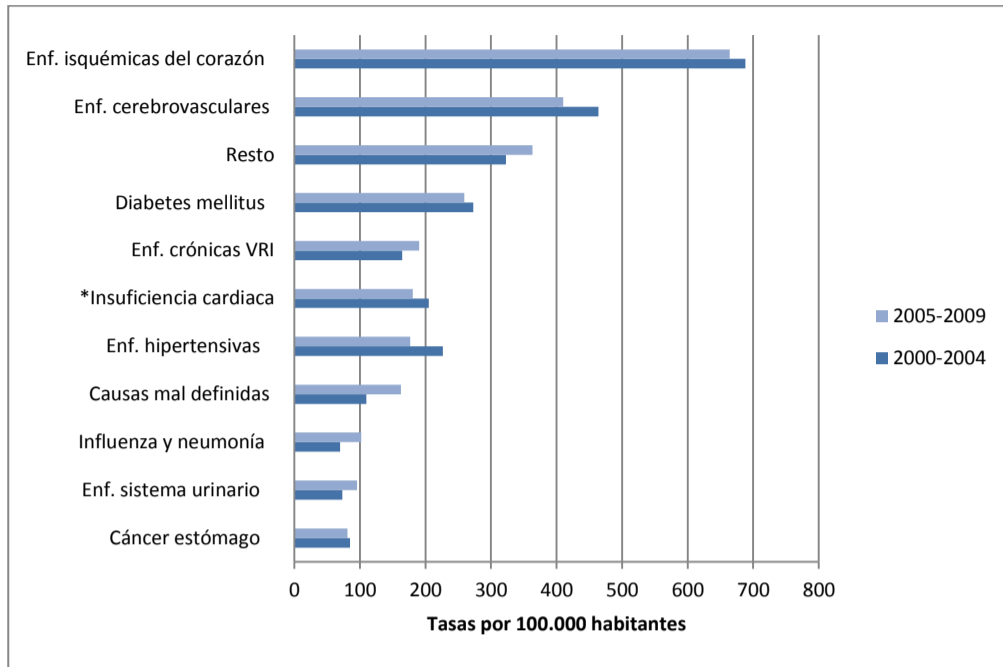


Figura 74. Principales causas de mortalidad registrada en las mujeres de 65 y más años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, período del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; VRI: Vías respiratorias inferiores; *Incluye: Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón.

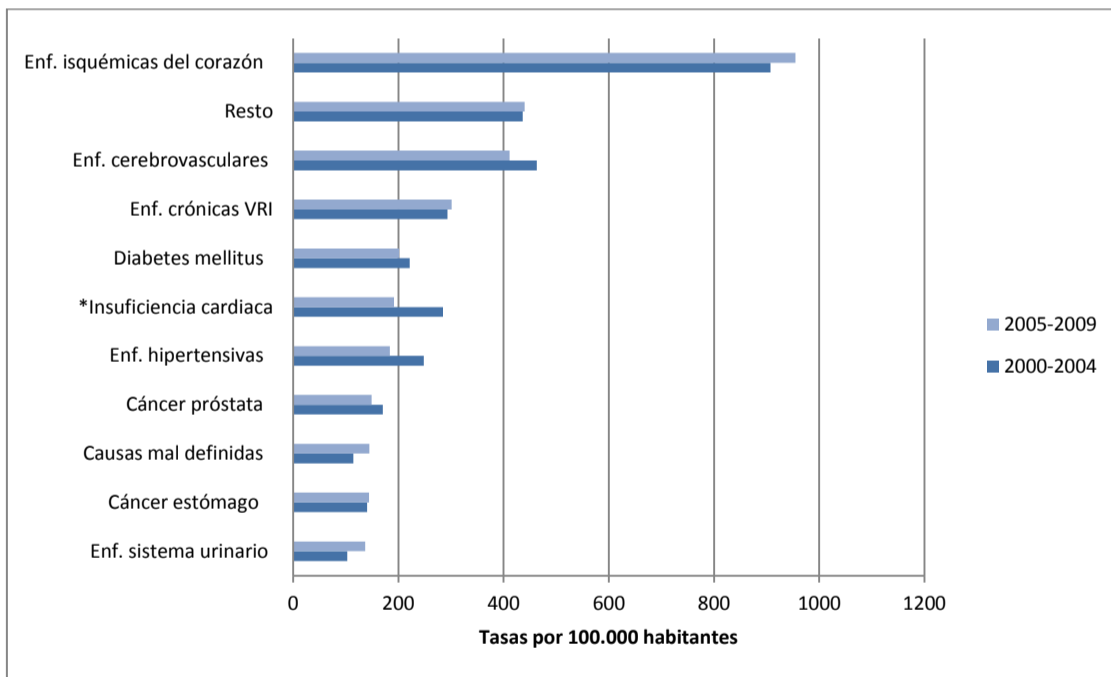


Figura 75. Principales causas de mortalidad registrada en los hombres de 65 y más años. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009

Fuente de datos: DANE, regional Nororienté.
Fuente de cálculos: OSPS. Tasas promedio anual en cada quinquenio. Causas ordenadas según su magnitud en el segundo quinquenio, período del que se incluyen los valores de las tasas. Enf.: enfermedades; VRI: Vías respiratorias inferiores; *Incluye: Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón.

En complemento al panorama evidenciado por las tasas de mortalidad y en concordancia con el comportamiento del indicador de APVP por sexo correspondiente al año 2009 presentado anteriormente, al discriminar por grupos de edad se presentan diferencias por sexo en el orden de las causas que aportan más años de vida perdidos y en el número y tasas correspondientes. En la tabla 34 se presentan las cuatro causas que en cada grupo etario y sexo aportaron la mayor cantidad de APVP. En ésta se aprecia, por ejemplo, una mayor representación porcentual y tasas de APVP más altas por tumores en las mujeres, en contraste con una mayor representación porcentual y tasas de APVP más altas por causas externas en los hombres de todos los grupos etarios.

Sobresale también que las causas externas son una de las principales causas de APVP entre los 0



y 64 años de edad. De las enfermedades del aparato circulatorio se destaca que tuvieron un aporte proporcional dentro del total de APVP similar entre hombres y mujeres entre los 45 y 64 años, aunque el número de APVP y las tasas sean más bajas en ellas; en los grupos de edad entre los 15 y 44 años, el porcentaje que representan estas muertes dentro del total de APVP es superior en las mujeres.

Tabla 34. Principales causas de APVP en hombres y mujeres según la edad. Santander, 2009

Edad	Hombres				Mujeres			
	Causas	APVP	%*	Tasa APVP**	Causas	APVP	%*	Tasa APVP**
<5 años	Afecciones período perinatal	5.619	34,0	64,3	Anomalías congénitas	4.039	32,7	48,6
	Anomalías congénitas	4.695	28,4	53,7	Afecciones período perinatal	3.671	29,7	44,1
	Causas externas	1.460	8,8	16,7	Enfermedades aparato respiratorio	962	7,8	11,6
	Enfermedades aparato respiratorio	1.258	7,6	14,4	Causas externas	875	7,1	10,5
5 a 14 años	Causas externas	1.353	33,0	7,1	Tumores	525	33,8	2,9
	Tumores	765	18,7	4,0	Causas externas	453	29,1	2,5
	Enfermedades del sistema nervioso	510	12,4	2,7	Enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo, inmunidad	130	8,4	0,7
	Enfermedades del aparato respiratorio	453	11,0	2,4	Enfermedades del aparato respiratorio	125	8,0	0,7
15 a 24 años	Causas externas	12.113	79,9	63,7	Causas externas	2.133	38,6	11,8
	Tumores	905	6,0	4,8	Tumores	990	17,9	5,5
	Enfermedades del aparato circulatorio	330	2,2	1,7	Complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	550	10,0	3,1
	Signos y síntomas mal definidos	440	2,9	2,3	Enfermedades del aparato circulatorio	535	9,7	3,0
25 a 44 años	Causas externas	15.810	62,2	56,3	Tumores	2.793	30,1	9,5
	Enfermedades Infecciosas y parasitarias	2.680	10,5	9,5	Causas externas	2.183	23,5	7,5
	Tumores	2.158	8,5	7,7	Enfermedades del aparato circulatorio	920	9,9	3,1
	Enfermedades del aparato circulatorio	1.713	6,7	6,1	Enfermedades Infecciosas y parasitarias	653	7,0	2,2
45 a 64 años	Enfermedades del aparato circulatorio	5.700	28,5	32,8	Tumores	5.323	43,6	27,7
	Causas externas	3.978	19,9	22,9	Enfermedades del aparato circulatorio	3.123	25,6	16,3
	Tumores	3.863	19,3	22,2	Enfermedades del aparato digestivo	688	5,6	3,6
	Enfermedades del aparato digestivo	1.915	9,6	11,0	Causas externas	525	4,3	2,7
65 a 74 años	Enfermedades del aparato circulatorio	1.785	39,2	43,8	Enfermedades del aparato circulatorio	1.370	40,7	28,1
	Tumores	1.030	22,6	25,3	Tumores	830	24,7	17,0
	Enfermedades del aparato digestivo	380	8,4	9,3	Enfermedades del aparato digestivo	255	7,6	5,2
	Enfermedades del aparato respiratorio	375	8,2	9,2	Enfermedades del aparato respiratorio	235	7,0	4,8
	Todas las causas	85.724	100,0	89,0	Todas las causas	44.277	100,0	45,2

Fuente de datos: DANE, regional Nororiente

Fuente de cálculos: OSPS. *Porcentaje en cada grupo etario; Tasas APVP por 1.000 personas.

Causas de mortalidad en los Núcleos de Desarrollo Provincial

En casi todos los NDP la primera causa de mortalidad fueron las Enfermedades isquémicas del corazón, con excepción de Carare-Opón donde predominó la mortalidad por Agresiones. Los NDP



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Guanentá y García Rovira registraron las tasas promedio de mortalidad más altas por enfermedades isquémicas del corazón (108 y 89 muertes por 100.000 hab., respectivamente), mientras que Carare-Opón y Soto Norte registraron las tasas decenales más bajas (34 y 61 muertes por 100.000 hab., respectivamente). Se observa además un aumento en las tasas de mortalidad por esta causa en el quinquenio 2005-2009 comparado con 2000-2004 en los núcleos de Carare-Opón, García Rovira, Mares, Metropolitano y Soto norte. La figura 76 muestra las diez primeras causas de mortalidad por NDP según quinquenios en Santander.

Las Agresiones son causas importantes de mortalidad en cuatro de los ocho NDP: en Carare-Opón donde ocupan el primer lugar, en Mares y Soto Norte donde ocupan el segundo lugar y en Vélez donde ocupan el tercer lugar de frecuencia. En todos estos NDP el análisis comparativo muestra descenso de las tasas promedio de mortalidad por esta causa en el quinquenio 2005-2009 comparado con el quinquenio 2000-2004, sin embargo, mientras el descenso en Carare-Opón es sólo del 10%, en los otros NDP la disminución alcanzó entre el 50% y 75%.

Por su parte, la Cirrosis y otras enfermedades del hígado son causas importantes de mortalidad en el NDP Comunero (tasa promedio decenal 33,9 por 100.000 hab.), donde es la tercera causa de muerte, y en el NDP Guanentá donde ocupa el quinto lugar (tasa promedio decenal 25,7 por 100.000 hab.). Es importante anotar que mientras en el quinquenio 2005-2009 se registró una ligera disminución en la tasa promedio de mortalidad por esta causa en el NDP Comunero, también se registró un aumento en las tasas en el NDP Guanentá.



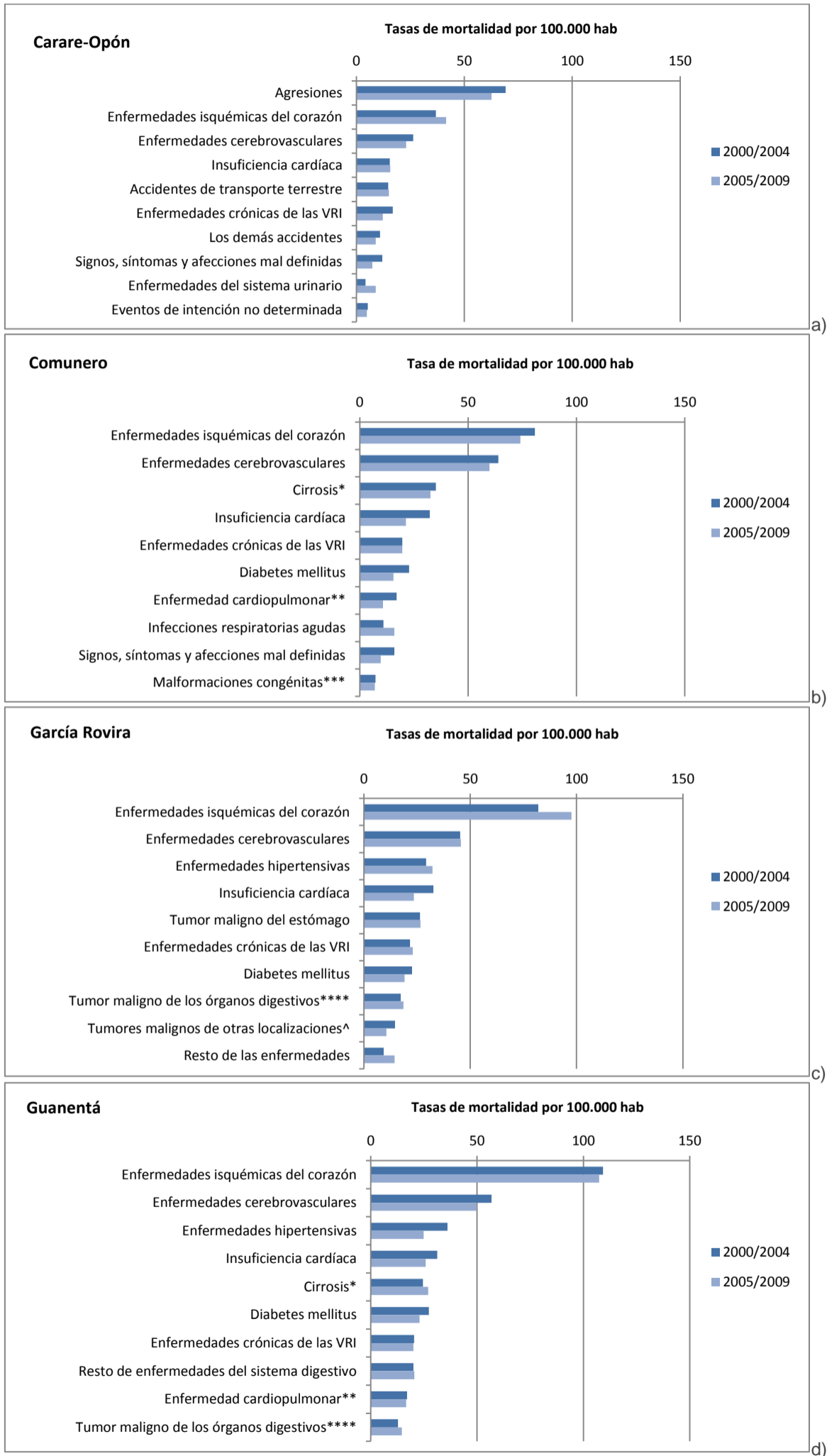
Libertad y Orden República de Colombia

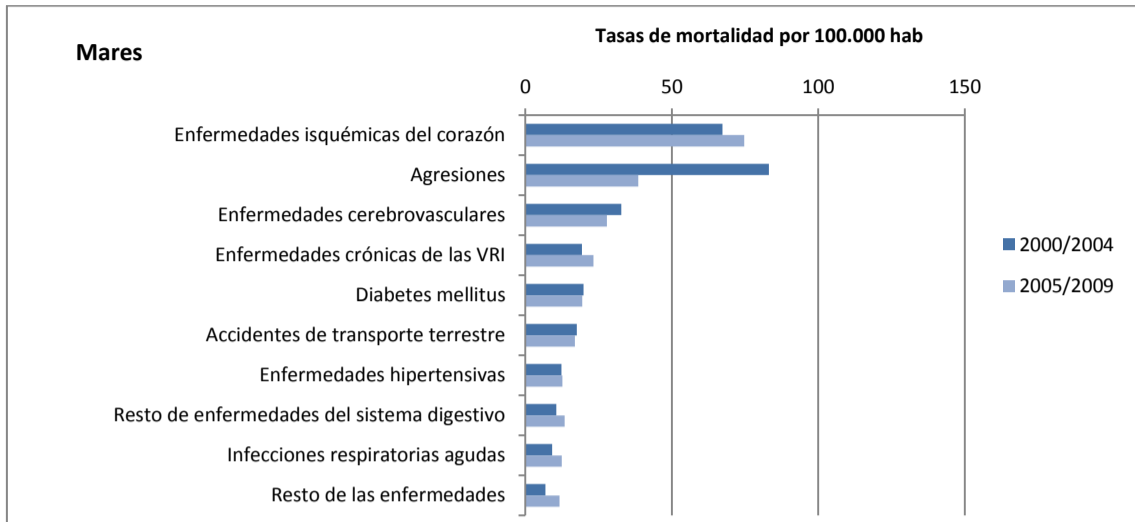
Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA

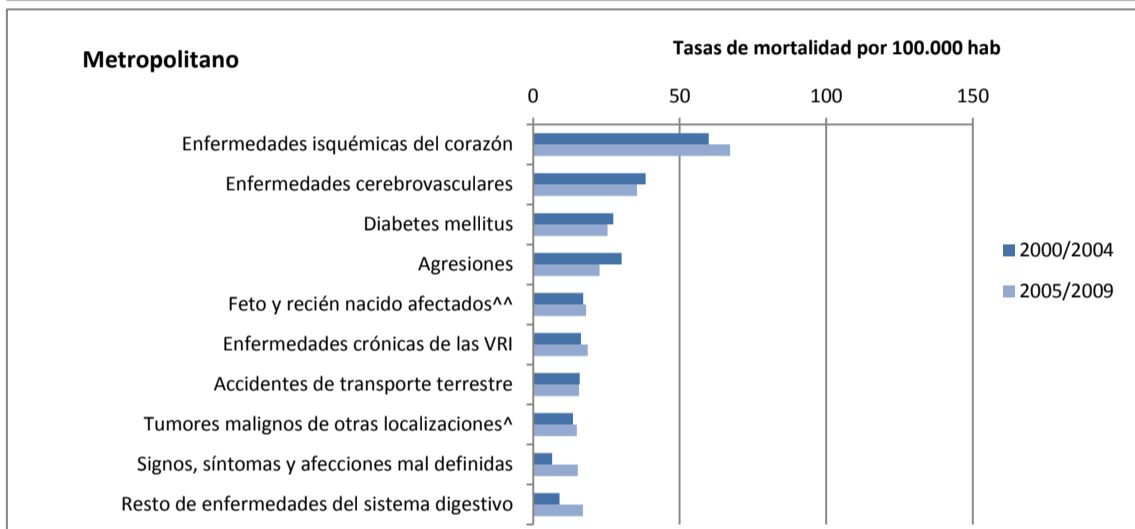


GOBERNACIÓN
DE SANTANDER

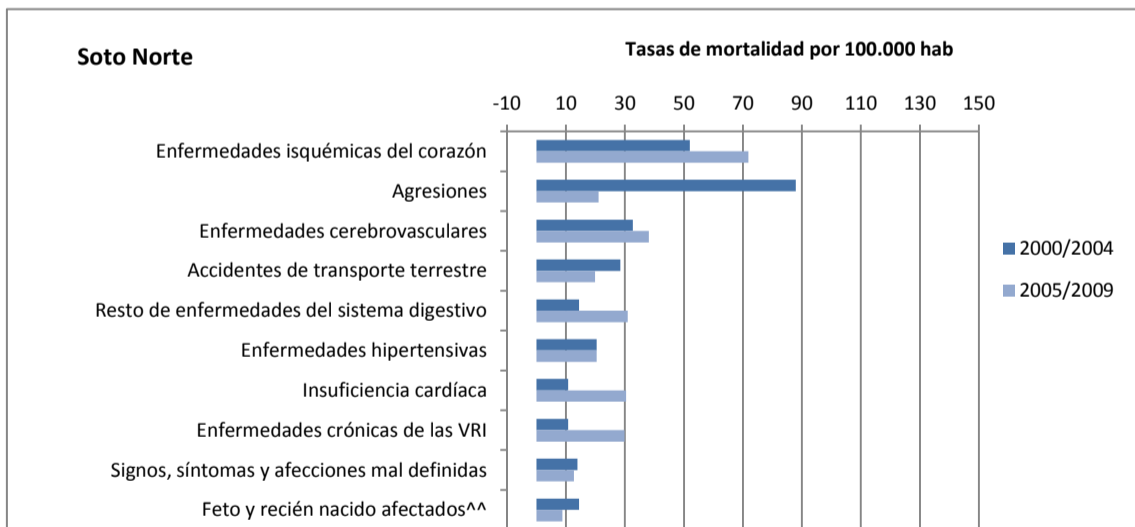




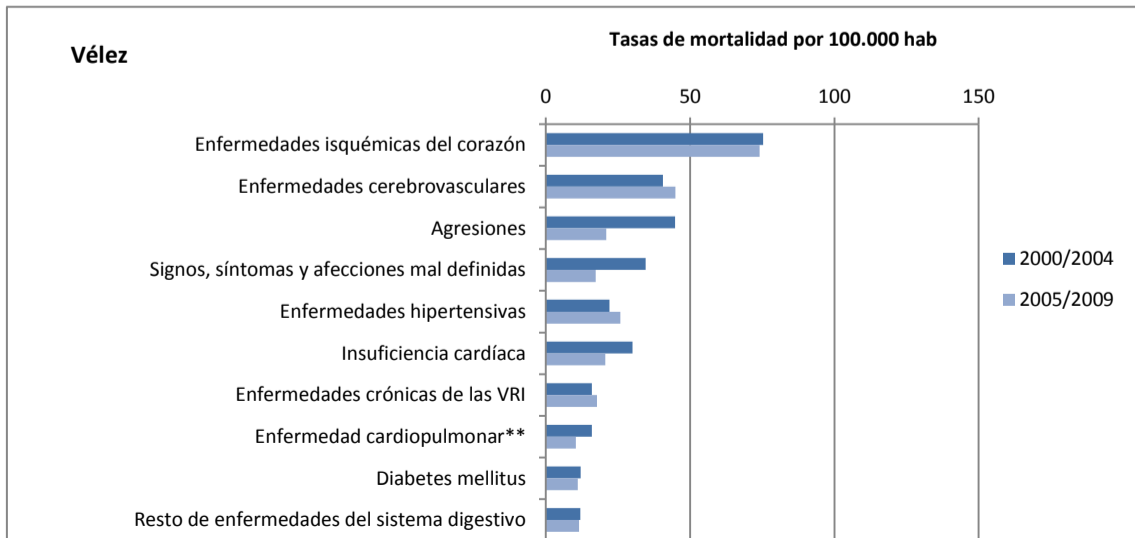
e)



f)



g)



h)



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Figura 76. Primeras causas de mortalidad según NDP. Santander, 2000-2004 contra 2005-2009.

Fuente de datos: DANE, regional Nororiente

Fuente de cálculos: OSPS.*Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado,**Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar, *** Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, ****Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, ^Tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas, ^^ Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas. VRI: Vías Respiratorias Inferiores.



La Diabetes mellitus se posicionó como la tercera causa específica de muerte en NDP Metropolitano (tasa promedio decenal 26,3 por 100.000 hab. por año) y la quinta en Mares (tasa promedio decenal 19,6 por 100.000 hab. por año), sin evidencia de cambios significativos en los quinquenios comparados.

Dando cuenta de las causas neoplásicas, los Tumores malignos del sistema digestivo, específicamente el tumor maligno del estómago, constituyen causas importantes de mortalidad en García Rovira, donde ocupa el quinto lugar de frecuencia (tasa promedio decenal de 26,4 por 1000.000 hab.) y en Guanentá donde alcanza el décimo lugar de frecuencia como causa específica de muerte (tasa promedio decenal 13,6 por 100.000 hab.).

Finalmente, los Accidentes del transporte terrestre registraron ser también una causa importante de mortalidad en los NDP de Carare-Opón, Mares, Metropolitano y Soto Norte con tasas promedio decenales entre 15 y 24 muertes por 100.000 hab. No se observan cambios significativos para los quinquenios comparados en esta causa, excepto en Soto Norte donde se registró una disminución del 30%.

El análisis de las tasas ajustadas de mortalidad del año 2009, último año del decenio analizado, muestra que las tasas de mortalidad general más altas se encuentran en los NDP de Guanentá y Mares y las más bajas en NDP Comunero, tanto para hombres como para mujeres(ver tabla 35). El análisis ajustado de tasas según sexo y causa específica muestra que las enfermedades isquémicas del corazón tienen tasas más altas en los NDP de Guanentá y García Rovira en ambos sexos. Las tasas de mortalidad más altas por enfermedades cerebrovasculares se presentan en los NDP Guanentá y Mares en los hombres y en Guanentá y García Rovira en las mujeres. Completando el grupo de las causas de las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades hipertensivas registran las tasas de mortalidad más altas en los NDP Mares y Guanentá en hombres y Vélez, Metropolitano y García Rovira en mujeres (ver tabla 36).

Las agresiones como causa de muerte tiene las tasas ajustadas más altas en Mares y Carare-Opón, mientras que los accidentes del transporte terrestre tuvieron tasas de mortalidad más altas en Mares y Soto Norte en ambos sexos.

En relación con la Diabetes mellitus, los NDP Metropolitano y Guanentá presentaron las tasas ajustadas más altas en ambos sexos. Por su parte los NDP Mares, Vélez y Guanentá fueron los que presentaron tasas ajustadas más altas en ambos sexos para la mortalidad por enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores.

Tabla 35. Tasas brutas y ajustadas de mortalidad general por NDP y sexo. Santander, 2009

NDP	Hombres				Mujeres				Total			
	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95%)		Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95%)		Tasa bruta	Tasa ajustada	IC (95%)	
Carare-Opón	399,5	341,5	284,6	407,6	215,3	239,0	184,7	305,6	332,1	546,1	469,9	631,9
Comunera	225,1	155,0	125,5	190,2	160,5	139,1	108,6	176,2	211,1	250,0	215,6	288,4
García Rovira	449,7	248,1	206,8	296,7	400,7	302,2	255,2	356,8	468,7	487,3	436,9	542,2
Guanentá	506,3	325,0	289,1	364,6	455,8	403,6	360,2	451,1	520,0	588,2	545,5	633,3
Mares	551,7	440,4	410,1	472,5	384,6	401,4	369,7	435,2	501,0	676,7	641,9	713,1
Metropolitano	472,0	331,1	317,6	345,1	427,7	453,0	435,3	471,3	478,2	587,9	572,0	604,2
Soto Norte	429,7	304,5	236,5	388,4	399,5	341,8	263,8	438,0	453,1	548,7	464,7	643,9
Vélez	397,9	255,2	223,0	291,5	353,1	300,8	262,8	343,4	408,3	482,0	441,7	525,1

Fuente de datos: DANE 2009. Fuente de cálculos: OSPS. Tasas ajustadas por 100.000 habitantes por método directo usando población de Santander estimada DANE 2009 como población estándar



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Tabla 36. Tasas brutas y ajustadas de mortalidad por causas específicas según NDP y sexo. Santander, 2009.

Causas / NDP	Hombres		Mujeres		Total	
	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada	Tasa bruta	Tasa ajustada
Enfermedades isquémicas del corazón						
Carare-Opón	45,0	28,0	25,7	29,6	38,1	77,4
Comunera	39,1	23,8	24,5	20,8	35,0	42,7
García Rovira	104,1	36,2	71,7	50,1	97,6	102,6
Guanentá	110,2	53,8	97,8	84,4	112,5	131,5
Mares	78,0	50,2	54,8	57,9	71,1	107,8
Metropolitano	72,4	44,9	59,0	62,9	69,9	88,8
Soto Norte	69,2	39,7	76,4	68,0	78,9	97,5
Vélez	72,5	35,1	61,7	49,9	73,0	90,0
Enfermedades cerebrovasculares						
Carare-Opón	22,5	12,2	12,9	14,8	19,1	41,5
Comunera	24,2	15,5	26,8	21,7	27,3	34,0
García Rovira	35,5	13,7	53,1	37,9	48,1	50,3
Guanentá	34,6	18,6	53,2	46,3	46,7	54,4
Mares	29,6	20,8	31,3	33,2	32,4	47,5
Metropolitano	26,9	14,8	39,0	41,7	34,9	45,3
Soto Norte	19,8	7,2	35,3	27,2	29,2	38,7
Vélez	29,0	15,1	38,6	32,7	36,1	43,6
Agresiones						
Carare-Opón	47,8	54,6	3,2	3,5	28,6	32,7
Comunera	5,6	6,5	2,2	2,5	3,3	3,5
García Rovira	16,6	18,5	2,7	2,9	11,0	11,9
Guanentá	19,2	22,1	5,8	5,8	13,9	14,1
Mares	78,0	85,2	6,5	6,6	46,4	47,1
Metropolitano	32,7	34,6	3,8	3,7	19,7	19,2
Soto Norte	34,6	37,1	5,9	6,7	23,4	25,9
Vélez	29,0	32,3	3,1	3,3	18,5	19,3
Diabetes						
Carare-Opón	8,4	4,6	3,2	4,7	6,4	12,8
Comunera	3,7	1,4	8,9	7,2	6,6	8,6
García Rovira	11,8	3,5	18,6	12,7	16,5	17,5
Guanentá	21,8	12,0	11,5	10,0	18,3	20,6
Mares	11,5	8,3	22,8	24,1	18,0	26,8
Metropolitano	20,0	11,5	28,8	30,9	25,8	33,5
Soto Norte	4,9	1,8	5,9	4,2	2,9	4,0
Vélez	5,3	3,9	13,9	11,1	10,0	12,0
Enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores						
Carare-Opón	14,1	7,6	9,6	11,6	12,7	27,2
Comunera	9,3	3,5	13,4	11,5	12,0	15,5
García Rovira	28,4	10,0	13,3	9,1	23,4	24,6
Guanentá	29,5	12,1	24,4	20,9	29,2	34,7
Mares	29,0	15,3	27,4	28,8	30,0	47,0
Metropolitano	19,5	9,8	18,1	19,6	20,0	26,7
Soto Norte	14,8	5,4	11,8	8,5	14,6	20,0



Vélez	29,0	13,3	23,1	19,2	28,5	35,0
Enfermedades hipertensivas						
Carare-Opón	8,4	4,6	6,4	7,9	8,0	16,3
Comunera	3,7	1,4	2,2	1,8	3,3	4,3
García Rovira	14,2	4,2	18,6	13,3	17,9	18,7
Guanentá	16,7	6,7	7,2	6,4	20,5	24,4
Mares	17,5	10,2	9,8	10,3	14,7	23,2
Metropolitano	9,5	4,5	12,3	13,4	11,6	15,7
Soto Norte	9,9	3,6	17,6	12,7	14,6	20,0
Vélez	17,1	6,1	38,6	30,4	29,2	36,9
Accidentes del transporte terrestre						
Carare-Opón	25,3	25,5	3,2	3,4	15,9	17,8
Comunera	7,4	8,1	2,2	2,2	5,5	5,3
García Rovira	16,6	20,5	5,3	4,4	12,4	13,0
Guanentá	21,8	22,4	5,8	5,7	15,3	15,5
Mares	39,3	38,5	10,4	10,7	27,0	30,1
Metropolitano	23,4	22,9	5,9	5,9	15,5	15,9
Soto Norte	39,5	36,5	5,9	6,7	26,3	29,0
Vélez	4,0	4,5	1,5	1,8	2,3	2,4

Fuente de datos: DANE 2009. Fuente de cálculos: OSPS. Tasas ajustadas por 100.000 habitantes por método directo usando población de Santander estimada DANE 2009 total, femenina o masculina como población estándar

Resultados complementarios del análisis de la mortalidad

Mortalidad evitable

Las causas de defunción consideradas evitables por Erika Taucheren 1978 se organizan en grupos de evitabilidad, de acuerdo a las medidas que desde la salud pública se pueden realizar para reducir o controlar eficazmente las muertes por estas causas. Esta forma de agrupamiento pretende ser útil tanto para planear como para evaluar las intervenciones en salud pública y fue ésta la principal razón por la cual se escogió como metodología de trabajo. Las siguientes son las categorías definidas en la clasificación de mortalidad evitable y difícilmente evitable:

Grupo A: Enfermedades evitables por vacunación o tratamiento preventivo. Incluye enfermedades inmunoprevenibles como sarampión, tos ferina, tétanos y otras como infecciones de transmisión sexual y enfermedades reumáticas.

Grupo B: Enfermedades evitables por diagnóstico o tratamiento precoz. Incluye tumores malignos de útero, mama y próstata, apendicitis, obstrucción intestinal y otras enfermedades del aparato digestivo.

Grupo C: Enfermedades evitables por Saneamiento Ambiental: incluye enfermedades infecciosas, principalmente intestinales, enfermedades parasitarias y algunas enfermedades transmitidas por vectores.

Grupo D: Enfermedades evitables por medidas mixtas: Infecciones de las vías respiratorias. Incluye enfermedades respiratorias agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores.

Grupo E: Enfermedades evitables por medidas mixtas: enfermedades propias de la primera infancia. Incluye enfermedades originadas en el período perinatal.

Grupo F: Enfermedades evitables por medidas mixtas. Accidentes, envenenamientos y violencia. Incluye lesiones de causa externa y lesiones auto infligidas.

Grupo G: Resto de defunciones evitables por aplicación de un conjunto de medidas mixtas. Incluye



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



eventos como tuberculosis, muertes relacionadas con complicaciones del embarazo, parto o aborto, cirrosis y otras enfermedades hepáticas.

Grupo H: Enfermedades difícilmente evitables. Incluye tumores malignos no incluidos en el grupo B, algunas malformaciones congénitas y enfermedades neurológicas.

Grupo I: Enfermedades mal definidas. Síntomas de senilidad y diagnósticos mal definidos que no permiten clasificar el evento.

Grupo J: Otras enfermedades. Todas las enfermedades no incluidas en los grupos de evitabilidad. Debido a que la clasificación original se realizó bajo la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades, se adoptó la validación a la décima revisión realizada por Hoyos y López, del grupo de Demografía y Salud de la Universidad de Antioquia⁸³.

En promedio, el 34% de las defunciones en Santander en el decenio 2000-2009 fueron evitables de acuerdo con la clasificación de Taucher. Sin embargo, se encuentran diferencias en el porcentaje total de evitabilidad del primer y segundo quinquenio analizado: mientras en el quinquenio 2000-2004 la evitabilidad en promedio fue de 35,76%, en el quinquenio 2005-2009 el promedio de evitabilidad fue de 32,66%. El descenso del porcentaje total de evitabilidad se ha dado de manera escalonada en el decenio pasando de 36,99% en 2000 a 31,75% en 2009. La tabla 37 presenta la mortalidad evitable en Santander según grupos de causas entre 2000 y 2009.

Es importante anotar que la proporción del grupo H, que corresponde a mortalidad, difícilmente evitables, ha permanecido sin cambios importantes en el decenio ubicándose entre el 26 y 28% del total de las muertes. De este análisis se concluye que la disminución de la evitabilidad total de los años 2000 a 2009, no está dado por el aumento de este grupo de muertes sino realmente por el descenso de algunos grupos de evitabilidad. El análisis al interior de los grupos de evitabilidad A-G muestra que el único grupo que muestra una trayectoria con diferencias significativas en el decenio ha sido el grupo F, que corresponde al grupo de lesiones de causa externa y autoinflingidas, que pasó de aportar el 17% del total de las muertes en el año 2000 al 11% en el año 2009, es decir presentó un descenso del 35%.

Sobresalen también en el análisis los grupos E y C de evitabilidad, relacionadas con enfermedades de la primera infancia e infecciosas, que han registrado disminuciones del 23% y 15%, respectivamente, en el porcentaje de evitabilidad. Contrario a la tendencia general reportada anteriormente, los grupos de evitabilidad D y B han presentado un ascenso continuo que se refleja en un aumento de 47% y 21%, respectivamente, de la proporción de 2009 comparada con la del año 2000. Estos dos grupos incluyen las enfermedades respiratorias y los tumores malignos que tienen la capacidad de ser detectados precozmente como son los tumores de cérvix, mama y próstata.

El análisis por sexo de los grupos de evitabilidad conserva la misma tendencia expresada para la población total, pero con algunas diferencias significativas de los cambios porcentuales en el decenio. Comparando los porcentajes del año 2009 con los del año 2000 se encontró que en el grupo A de evitabilidad la proporción de descenso para los hombres fue de 11%, mientras que para las mujeres se presentó un aumento del 18%. En la mortalidad evitable del grupo B, se observó un aumento de 22% y 19% en hombres y mujeres, respectivamente. En el grupo C y E no se observaron diferencias significativas por sexo, mostrando los dos un descenso aproximado de 16% y 23%, respectivamente. La mortalidad evitable del grupo D aumentó más en mujeres (57%) que en hombres (38%), contrario a la del grupo G que disminuyó 37% en mujeres y solamente 11% en hombres. Las diferencias en el grupo F mostraron un descenso de la proporción de la mortalidad por esta causa de 33% en hombres y 28% en mujeres entre el año 2000 y 2009.

A pesar de estas diferencias por sexo, la magnitud de las diferencias en términos de muertes netas aportadas a la evitabilidad total están dadas por la participación del grupo F, en el que los hombres presentan una disminución de 33% en la proporción de mortalidad por este grupo de causas de lesiones de causas externa que pasó de representar el 25,4% del total de las muertes en hombres en 2000 al 17% en 2009.

De esta manera el análisis general de la mortalidad evitable en Santander muestra que la disminución registrada de casi 13% del total de evitabilidad entre 2000 y 2009, se debe



específicamente al descenso de la mortalidad por causas violentas en los hombres, y que las otras causas de evitabilidad han permanecido estables en el departamento en el decenio, aunque se perfilan como causas importantes en ascenso las de los grupos de evitabilidad B y D.

Tabla 37. Mortalidad evitable según grupos de evitabilidad, Santander 2000-2009

Grupo	Indicador	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
A	Tasa	2,7	2,6	1,8	8,7	12,0	6,7	3,1	3,0	3,2	2,6	4,6
	%	0,5	0,5	0,4	1,7	2,5	1,4	0,6	0,6	0,7	0,6	0,9
B	Tasa	44,2	46,8	52,1	46,7	50,3	50,4	53,8	54,4	52,2	51,2	50,2
	%	8,9	9,2	10,6	9,4	10,2	10,3	10,9	11,1	10,5	10,9	10,2
C	Tasa	5,2	5,1	5,2	4,7	4,5	3,8	4,5	4,9	3,3	4,2	4,5
	%	1,1	1,0	1,1	0,9	0,9	0,8	0,9	1,0	0,7	0,9	0,9
D	Tasa	8,4	9,3	8,7	11,2	11,3	14,5	12,1	10,8	9,8	11,8	10,8
	%	1,7	1,8	1,8	2,2	2,3	3,0	2,5	2,2	2,0	2,5	2,2
E	Tasa	35,2	34,1	27,8	31,2	30,8	32,2	30,7	29,7	28,5	25,4	30,5
	%	7,1	6,7	5,7	6,2	6,3	6,6	6,2	6,1	5,8	5,4	6,2
F	Tasa	84,0	86,0	73,3	69,3	58,8	54,7	55,7	56,1	58,3	51,7	64,6
	%	17,0	16,9	15,0	13,9	12,0	11,1	11,3	11,5	11,8	11,0	131,1
G	Tasa	3,2	4,9	3,3	2,7	3,2	2,9	2,4	2,4	3,0	2,4	3,0
	%	0,7	1,0	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6
H	Tasa	135,0	134,2	136,7	140,1	138,1	139,1	139,5	134,9	129,4	128,0	135,5
	%	27,3	26,3	27,9	28,0	28,1	28,4	28,3	27,6	26,1	27,3	27,5
I	Tasa	10,9	14,5	10,9	14,8	14,5	10,0	9,9	11,5	13,0	12,7	12,3
	%	2,2	2,8	2,2	3,0	3,0	2,0	2,0	2,4	2,6	2,7	2,5
J	Tasa	165,4	172,8	170,2	170,7	167,6	176,5	175,4	180,8	194,6	179,7	175,5
	%	33,5	33,9	34,7	34,1	34,1	36,0	35,6	37,0	39,3	38,3	35,7
Total	Tasa	494,2	510,3	490,0	500,0	491,0	490,8	492,8	488,5	495,3	469,5	492,1
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
% evitabilidad (A-G)		37,0	37,0	35,1	34,9	34,8	33,7	33,0	33,0	32,0	31,8	34,2

Fuente de datos: DANE, regional Nororiente. Fuente de cálculos: OSPS. Tasas anuales por 100.000 habitantes. Se incluyen en el total por años 2 muertes en 2000, 1 muerte en 2001 y 2004 y 113 muertes en 2006 sin clasificación de grupo de evitabilidad.

Mortalidad materna

El departamento se encuentra en cumplimiento de las metas propuestas por el PNSP⁸⁴ a 2010 (menor a 62,4 por 100.000 nacidos vivos) y va en camino del cumplimiento de la meta propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁸⁵ a 2015 (menor a 45,0 por 100.000 nacidos vivos) para el control de la mortalidad materna. Luego de superar la alta tasa de notificación alcanzada en el año 2002 (81,2 por 100.000 nacidos vivos), la mortalidad materna tuvo su mejor comportamiento en el año 2005 (29,8 por 100.000 nacidos vivos) y para el año 2011 el Sistema de Vigilancia Departamental (Sivigila) recibió la notificación de 14 muertes maternas (46,8 por 100.000 nacidos vivos) (ver figura 77).



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER

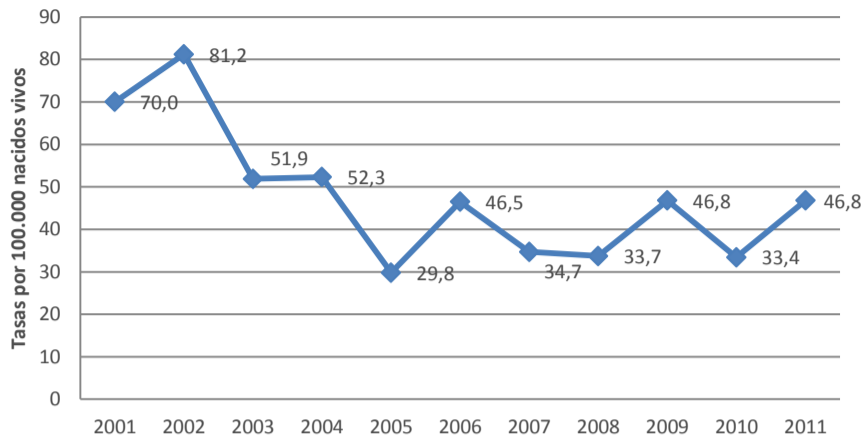


Figura77. Tendencia de Mortalidad materna. Santander, 2001-2011

En el 2011, la media de edad de las mujeres que murieron fue de 32 años \pm 7,2, la más joven falleció a los 19 años y la mayor a los 43 años. El 71,4% de las gestantes que fallecieron residían en área urbana (10 casos); los municipios responsables de la notificación de los casos fueron: Bucaramanga (5 casos) y Albania, Barrancabermeja, El Carmen, Enciso, Floridablanca, Girón, San Miguel, San Vicente y Simacota, todos con un caso cada uno (ver figura 78). Cinco de las muertes ocurrieron en mujeres afiliadas al régimen contributivo, siete al subsidiado y la muerte restante en una mujer sin afiliación.

Como antecedentes de las muertes maternas ocurridas en el 2011 se reportó la ausencia de controles prenatales en tres de los casos y una media de 4,7 entre quienes sí asistieron a controles, siendo la semana 11 el promedio de su inicio. Revisando el momento de la muerte materna, se encontró que seis de los casos ocurrieron durante la gestación, dos antes de las 24 horas del posparto y los seis restantes pasado el primer día del puerperio. El 71,4% (10 casos) de las muertes ocurrió en un hospital o clínica, tres en el domicilio y uno en la vía pública.

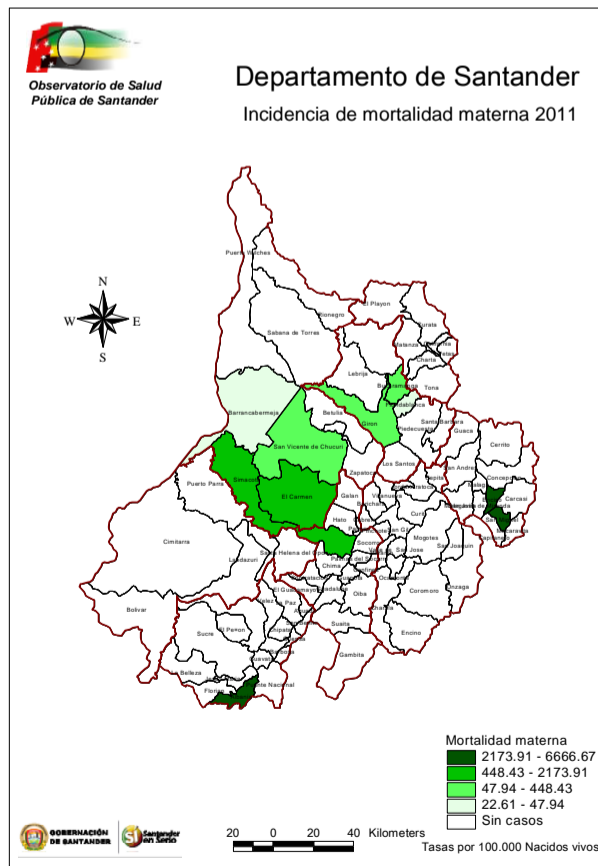


Figura 78. Incidencia de mortalidad materna por municipio de residencia. Santander, 2011



Mortalidad perinatal

El reporte de muertes perinatales al Sivigilase ha mantenido de manera constante en el período 2005 – 2011. El año con el mejor comportamiento fue el 2010 con una tasa de notificación de 8,8 por 1.000 nacidos vivos.

Durante el 2011 se notificaron 311 muertes perinatales correspondientes con una tasa de 10,4 por 1.000 nacidos vivos. El mayor número de muertes fueron de sexo femenino (92,0%), solo 22 fueron de sexo masculino. El NDP Comunero tuvo la tasa de notificación más alta 36,4 por 1.000 nacidos vivos; los municipios de Palmas del Socorro, Galán y Suaita presentaron las tasas más altas, 500,0, 400,0 y 214,3 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (ver figura 79); tres cuartas partes de los casos notificados correspondieron con residentes en zona urbana (75,1%). El 52,7 de los casos estaban afiliados al régimen subsidiado, el 41,9% al contributivo, el 3,8% no estaban afiliados y el 1,6% régimen especial o de excepción. De acuerdo con el momento de la muerte, el 48,2% de los casos ocurrieron en el anteparto, el 32,5% en la prealta, el 12,9% en el intraparto y porcentaje restante en la postalta.

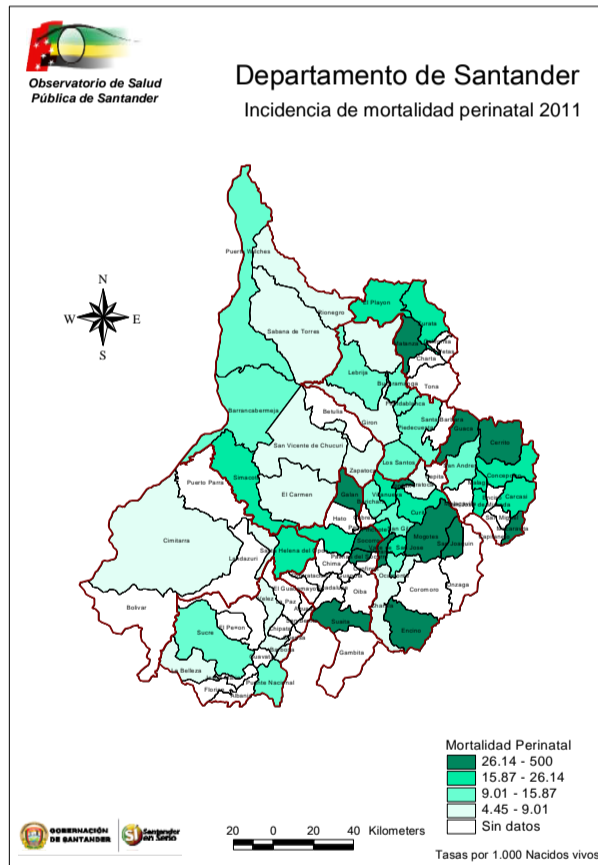


Figura79. Incidencia de mortalidad perinatal por municipio de residencia. Santander, 2011

Mortalidad infantil

En esta sección se incluyen hallazgos relevantes de un análisis de mortalidad infantil⁺⁺⁺ previamente publicado por el OSPS⁸⁶ y realizado también en un período 10 años (1999-2008), aunque algunos indicadores se actualizan al año 2009.

Santander ha sido históricamente uno de los departamentos con menor mortalidad infantil, según cálculos realizados por método directo, en el territorio nacional. De acuerdo con datos del DANE publicados en la versión más reciente de Indicadores Básicos de Colombia, Santander fue el departamento con la mortalidad infantil más baja en todo el país en el año 2008 (10,0 por 1.000 NV)⁸⁷. La tendencia de este indicador en el departamento en los últimos años, así como en el país, ha sido de disminución, pasando de una tasa de mortalidad de 13,7 por 1.000 NV en 1999 a 10,2 en por 1.000 NV en el 2009. En la figura 80 se muestra la tendencia de la mortalidad infantil en el

⁺⁺⁺ Razón de mortalidad infantil: cociente entre totalidad de defunciones en los menores de un año y el total de nacidos vivos en el mismo año.



departamento comparada la del país.

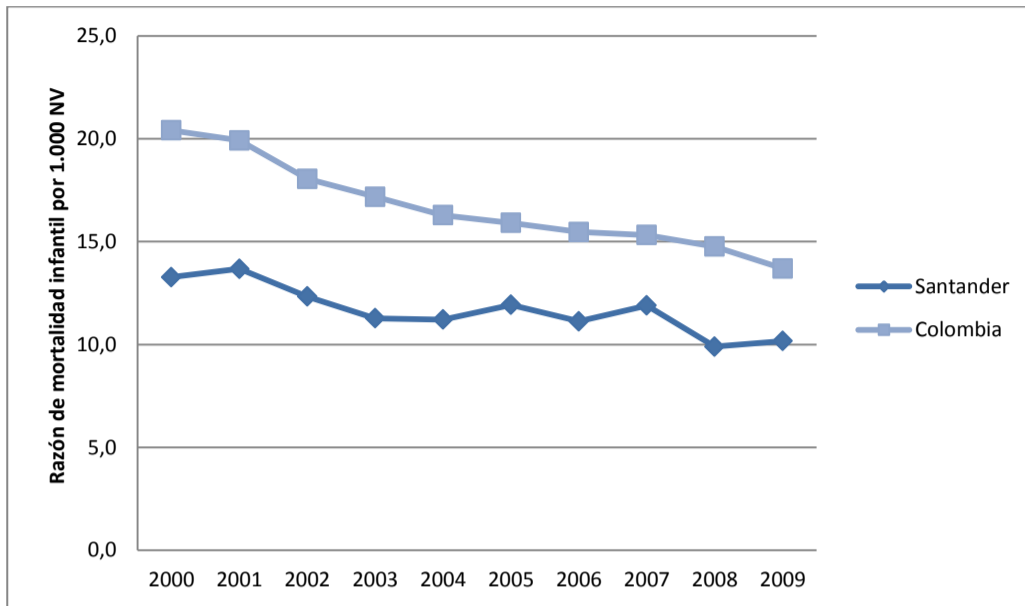


Figura 80. Mortalidad infantil en Santander y Colombia. 2000-2009

Fuente de datos nación: DANE. Tomado de Así Vamos en Salud.
Fuente de datos Santander: DANE, regional nororienté. Fuente de cálculos: OSPS.
Cálculos realizados por método directo.

La mortalidad infantil en el período 1999-2008 en los municipios del departamento mostró una relación lineal positiva con el índice de pobreza determinado por el NBI ($r= 0.41$ $p=0,00$), es decir, a mayor pobreza en la población más mortalidad infantil. Al comparar la mortalidad infantil en grupos de municipios conformados según cuartiles de NBI, también se encontró asociación entre el nivel de pobreza y la mortalidad ($p= 0,01$), presentando tasas medianas de mortalidad de 10,1, 12,7, 12,0 y 14,6 por 1.000 NV en los cuartiles 1 a 4 de NBI, respectivamente.

La magnitud de la mortalidad infantil durante el período 1999-2008 fue mayor en la zona rural del departamento (14,0 versus 11,2 por 1.000 NV; $p= 0,00$). La tendencia a la disminución en esta zona ha sido menor, a pesar de que en el año 1999 se registró una mortalidad igual en ambas zonas, tal como se evidencia en la figura 81. La mortalidad infantil rural en el quinquenio 1999-2003 fue 16% superior a la urbana, y 35% en el quinquenio 2004-2008, lo que indica que las brechas urbano-rural en la mortalidad infantil están aumentando en el departamento.

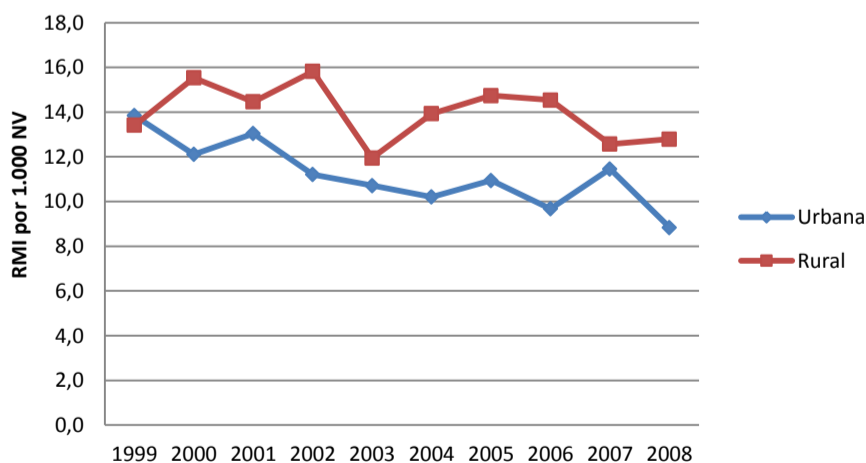


Figura 81. Tendencia de la mortalidad infantil en la zona urbana y rural del departamento de Santander, 1999-2008

Fuente de datos Santander: DANE, Regional Nororienté. Cálculos: OSPS.

La mortalidad infantil en el período 1999-2008 se relacionó inversamente con la cobertura de parto institucional ($\rho =-0,39$; $p=0,02$) y la cobertura de control prenatal (al menos cuatro controles: $\rho=-0,45$; al menos 6 controles: $\rho=-0,53$). En la figura 82 se presenta la relación entre la mortalidad infantil y la cobertura de al menos seis controles prenatales.

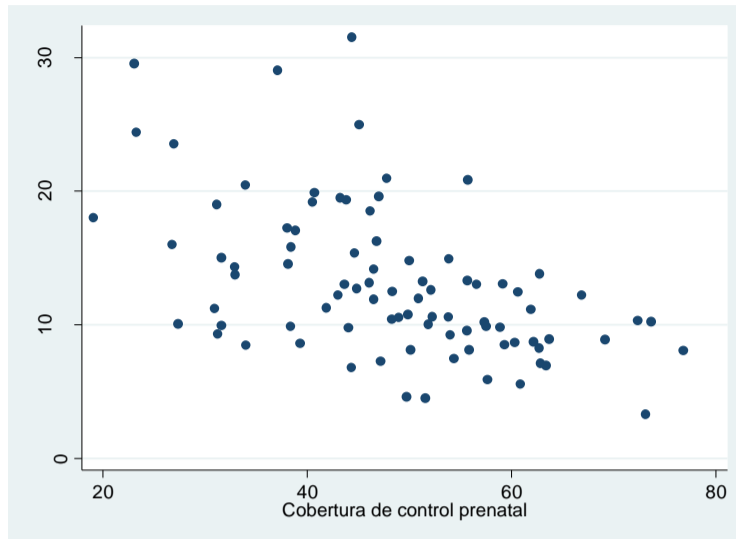


Figura 82. Relación entre la mortalidad infantil y la cobertura de control prenatal. Santander, 1999-2008
Fuente de datos Santander: DANE, Regional Nororienté. Fuente de cálculos: OSPS.

La tendencia a la disminución de la mortalidad infantil en los años de estudio se ha presentado especialmente en el período neonatal temprano y posneonatal, pasando de medianas de mortalidad infantil de 5,8 a 5,2 en el quinquenio 1999-2003 al quinquenio 2004-2008 y de 4,7 a 3,9 por 1.000 NV, respectivamente. En la figura 83 se presenta la tendencia de la mortalidad infantil en los períodos neonatal temprano, neonatal tardío y posneonatal en el período 1999-2008.

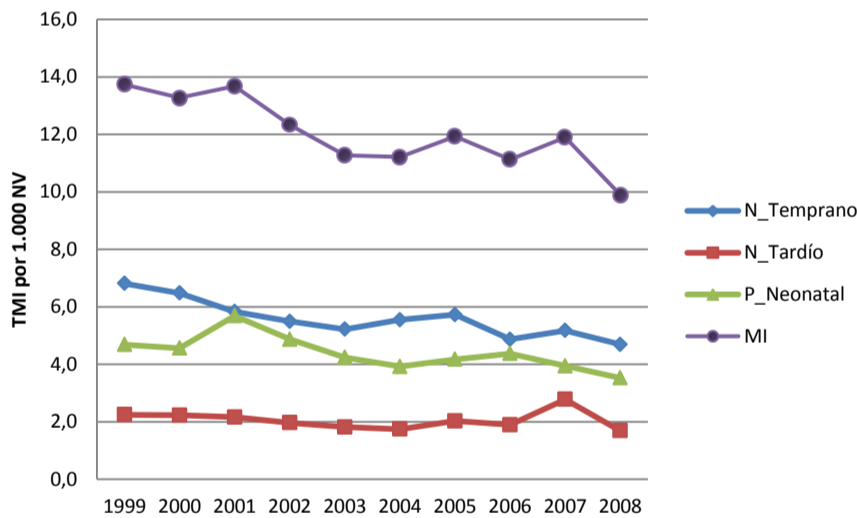


Figura 83. Tendencia de la mortalidad infantil en los períodos neonatal temprano, neonatal tardío y posneonatal. Santander, 1999 a 2008.

Fuente de datos Santander: DANE, Regional Nororienté. Cálculos: OSPS.
N_Temprana: Mortalidad infantil en el período Neonatal Temprano; N_Tardía: Mortalidad infantil en el período Neonatal Tardío; PN: Mortalidad infantil en el período posneonatal; MI: Mortalidad infantil; TMI: Tasas de mortalidad infantil

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la mortalidad pos neonatal en la década 1999-2008 por provincia y por cuartiles de NBI. Las provincias con mayor mortalidad posneonatal fueron Vélez, García Rovira y Mares, con medianas de mortalidad en sus municipios de 5,5, 4,9 y 4,3 por 1.000 NV, respectivamente. En cuanto a su relación con el nivel de pobreza, la mediana de mortalidad posneonatal pasó de 3,4 en los municipios agrupados en el primer cuartil a 5,2, 4,6 y 6,5 en los cuartiles II, III y IV, respectivamente.

Causas de la mortalidad infantil

A partir del año 1998, las muertes en los menores de un año del departamento han sido causadas predominantemente por diagnósticos agrupados como enfermedades originadas en el período perinatal –según la lista de mortalidad 6/67 de la OPS–, los cuales representan 46,4% del total de defunciones y cuentan con una tasa promedio anual de 5,7 por 1.000 NV, seguidas por



enfermedades transmisibles (11,6% y una tasa promedio anual de 1,4 por 1.000 NV) y causas externas (4,1% y una tasa promedio anual de 0,5 por 1.000 NV).

En el primer grupo, las causas más registradas fueron dificultad respiratoria del recién nacido (21,5%), feto y recién nacidos afectados por afección materna y complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto (15,1%), enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas (9,5%), síndromes de aspiración neonatal (8,1%) e insuficiencia respiratoria del recién nacido (6,5%). Entre las enfermedades transmisibles, la principal causa de muerte fue neumonía (38,7%), seguida de diarrea y gastroenteritis (21,2%), septicemia no especificada (10,7%), enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (7,3%) y bronquitis y bronquiolitis aguda (3,4%). El 59% de las causas externas fueron accidentes que obstruyen la respiración (excluyendo ahogamiento y sumersión), agresiones (8,0%), ahogamiento y sumersión accidentales (5,9%), evento de intención no determinada (4,3%), exposición al humo, fuego y llamas (3,7%), negligencia y abandono (3,7%).

Según la clasificación propuesta por Taucher⁸¹, 67,3% de las muertes infantiles ocurridas en el período 1998-2008 son catalogadas como evitables. Los porcentajes de evitabilidad anual aumentaron en los años centrales del periodo estudiado, siendo los de los años 2006 a 2008 similares al del año 1998 (65,4%).

Las causas de mortalidad infantil fueron diferentes en los períodos: neonatal temprano, neonatal tardío y posneotanal. La mayoría de las muertes ocurridas en el período neonatal temprano y tardío correspondieron a enfermedades propias de la primera infancia (grupo E). En el período posneonatal, en cambio, las muertes por enfermedades propias de la primera infancia fueron antecedidas por enfermedades catalogadas como difícilmente evitables (Grupo H) y las agrupadas como otras (Grupo J). En la figura 84 se presenta la distribución de las causas de muerte en los períodos neonatal temprana, tardía y posneonatal durante los años 1998-2008 según los grupos de evitabilidad.

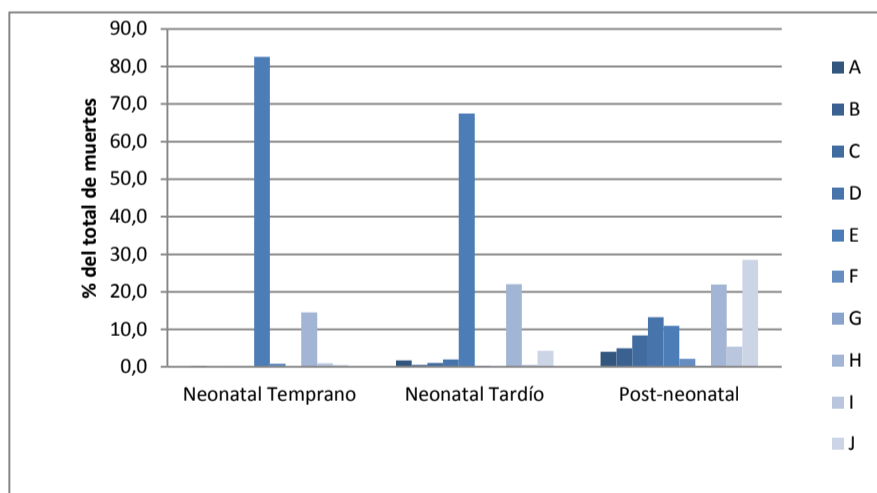


Figura 84. Distribución de causas de muerte según evitabilidad en el primer año de vida. Santander, 1998-2008

Las tasas de mortalidad de todos los grupos de causas disminuyeron en el período 1998-2008, excepto las de los grupos A y B (enfermedades evitables por vacunación o tratamiento preventivo y enfermedades evitables por diagnóstico o tratamiento médico precoz, respectivamente), cuyas tasas promedio pasan de 0,2 por 1.000 NV en el quinquenio 1999-2008 a 0,3 por 1.000 NV en el quinquenio 2004-2008. En la tabla 38 se presentan las tasas de mortalidad por cada grupo de causas y el porcentaje de evitabilidad en cada año del período 1998-2008.

**Tabla 38. Tasas de mortalidad infantil por grupos de causas evitables. Santander, 1998-2008**

Grupo de causas	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
A	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2
B	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,2
C	0,5	0,4	0,5	0,8	0,4	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2
D	1,0	1,0	0,8	0,7	0,5	0,7	0,5	0,6	0,4	0,5	0,3
E	7,9	7,5	6,9	7,0	6,3	6,2	6,3	7,1	5,5	6,5	5,6
F	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1
G	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
H	2,9	2,4	2,5	2,6	2,3	1,9	1,7	1,8	2,2	2,7	2,2
I	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,1
J	1,8	1,2	1,7	1,6	2,1	1,2	1,1	1,1	1,3	1,2	1,1
Total	15,2	13,7	13,3	13,7	12,3	11,3	11,2	11,9	11,1	11,9	9,9
% de muertes evitables	65,4	68,2	65,2	67,0	63,3	70,3	71,5	73,0	64,9	65,5	65,9

Tasas por 1.000 NV.

De las muertes ocurridas en el período 1998-2008 y clasificadas en el grupo A, 80,0% se presentaron en el período posneonatal y en 75,3% de éstas se registró septicemia como causa básica de muerte.

Las muertes reunidas en el grupo B, 95,0% ocurrieron en el período posneonatal y los mayores porcentajes correspondieron a otras enfermedades del sistema digestivo (47,1%), otras enfermedades respiratorias (18,4%) y VIH/SIDA (12,6%)^{§§§}.

Del grupo C, 94,0% correspondieron al período posneonatal y de éstas las más frecuentemente reportadas (84,7%) fueron enfermedades infecciosas intestinales; 4,7% de estas muertes fueron por dengue.

En el grupo D, infecciones de vías respiratorias, 92,5% de las muertes se presentaron en el período posneonatal.

En el grupo E, al cual correspondieron 53,9% de todas las muertes infantiles durante los años 1998-2008, 71,7% ocurrieron en el período neonatal temprano. Las causas de muerte correspondieron principalmente a trastornos respiratorios específicos del período perinatal (43,9%), otros periodos del período perinatal (13,3%) y malformaciones congénitas (14,9%).

De las muertes violentas reunidas en el grupo F, 34,5% ocurrieron en el período neonatal y 62,1% en el período posneonatal. El 39,7% de éstas correspondieron a homicidios, 19,0% a ahogamientos, 17,2% a accidentes no relacionados con transporte y 15,5% a accidentes de transporte.

Del grupo G solamente se registraron tres muertes en el período posneonatal, dos por TBC y una por infección viral del sistema nervioso central.

En el grupo H, 88,9% de las muertes correspondieron a malformaciones congénitas especialmente del sistema nervioso.

En los grupos I y J, a los que correspondieron 2,5% y 11,4% del total de muertes en el período, respectivamente, se registraron principalmente muertes por signos y síntomas mal definidas y otras enfermedades respiratorias en el primero y muertes por otros accidentes en el segundo grupo.

^{§§§} Otras muertes del sistema digestivo y otras respiratorias, según el listado 7/70 de la OPS.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



Santander
enseño
GOBIERNO DE la gente

- ¹Mendoza Morales, A. Santander. Bucaramanga: MBG LTDA, 1997.
- ²Gallo B, Chaparro C. Santander. Folclor, Mitos y Leyendas. Bucaramanga: Extra Impresores Ltda, 1992
- ³Liévano Aguirre I. Los Grandes Conflictos Sociales y Económicos de Nuestra Historia. Bogotá: Tercer Mundo, 1975.
- ⁴ Colaboradores de Wikipedia. «Manuela Beltrán.» *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manuela Beltr%C3%A1n&oldid=57828260](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Manuela_Beltr%C3%A1n&oldid=57828260) [Fecha de consulta: julio de 2012]
- ⁵Vanguardia Liberal. NUESTRO SANTANDER. Bucaramanga: Periódicos Asociados Ltda, 1995
- ⁶ Colaboradores de Wikipedia. «Organización territorial de Santander (Colombia)». *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_territorial_de_Santander_%28Colombia%29 [Fecha de consulta: julio de 2012]
- ⁷ Gobernación de Santander. Decreto 00304 de 2005: Por el cual se adoptan los Núcleos de Desarrollo Provincial y se dictan otras disposiciones. Bucaramanga, Gobernación de Santander, 2005
- ⁸ DANE. Proyecciones de población 2012 con base en censo 2005.
- ⁹ Alcaldía de Málaga. Sitio web oficial del municipio. Disponible en: <http://www.malaga-santander.gov.co/nuestromunicipio.shtml?s=m&m=T> [Fecha de consulta: marzo de 2012].
- ¹⁰ Alcaldía de Socorro. Sitio web oficial del municipio. Disponible en: <http://socorro-santander.gov.co/nuestromunicipio.shtml?s=m&m=T> [Fecha de consulta: marzo de 2012].
- ¹¹ Jaramillo I. Evaluación de la descentralización en salud en Colombia. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Serie ARCHIVOS DE ECONOMIA. Documento 170. Diciembre de 2001.
- ¹² Instituto Geográfico Agustín Codazzi, Características Geográficas Departamentales, Modulo 09.
- ¹³ Geografía de Santander, Interactivos sociales 4. Editora Santillana.
- ¹⁴ Gobernación de Santander, Secretaría de Planeación Departamental.
- ¹⁵ Secretaría de Planeación de Santander, Plan de Desarrollo Departamento de Santander 2012 / 2015
- ¹⁶ Empresa Pública de Alcantarillado de Santander S.A. E.S.P. EMPAS. Plan estratégico 2011 – 2015.
- ¹⁷ Gobernación de Santander. Disponible en: http://www.santander.gov.co/gobernacion_mm/estatica/images/noticias/noticias_detalle.php?id=1262
- ¹⁸ Aeropuerto Palonegro. Disponible en: www.aerpuertopalonegro.com
- ¹⁹ ECOPETROL. Disponible en: <http://www.ecopetrol.com.co/contenido.aspx?catID=127&conID=36123&pagID=127178>
- ²⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre determinantes sociales de salud (CDSS). 2008.
- ²¹ Solar O, Irwin A.A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneve: World Health Organization (Commission on Social Determinants of Health, Discussion Paper), 2007
- ²² Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población 2012 con base en censo 2005.
- ²³ Gobernación de Santander. Santander 2030. Planeación Prospectiva Plan Integrado Único PIU (2012–2015). Disponible en: http://www.santander.gov.co/gobernacion_mm/estatica/images/destacados/files/pdd/libro_piu_santander_2012_2015.pdf
- ²⁴ Incode, Resguardos Indígenas legalmente constituidos 2010.
- ²⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
- ²⁶ Gobernación de Santander. Cifra Tomada de Informe Santander Frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio Estado de avance 2012. PNUD
- ²⁷ Asamblea de Santander, Secretaría General. Archivo de Ordenanzas 2010.
- ²⁸ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Discapacidad. Marzo 2010. Disponible en Internet en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=120
- ²⁹ Galvis V, Rey J, Rodríguez L, Serrano C, Tello A. Prevalencia de ceguera en el Departamento de Santander–Colombia. *MedUNAB* 2009 12:66-73.
- ³⁰ Cámara de Comercio de Bucaramanga, Disponible en: <http://www.sintramites.com/temas/sdercompite/tablas/parpibnal.htm>
- ³¹ Consejo Privado de Competitividad (2010). *Ruta para la competitividad colectiva, competitividad regional*, CRC, Bogotá
- ³² Banco de la República, Boletín Económico Regional I Trimestre de 2011.
- ³³ Cámara de Comercio de Bucaramanga. Actualidad Económica. Número 94. Nov. 2011
- ³⁴ PROEXPORT, Disponible en: <http://www.proexport.com.co/noticias/santander-encuentra-nuevos-destinos-para-sus-exportaciones>
- ³⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Informe de Coyuntura Económica Regional 2010
- ³⁶ Asociación Nacional de Industriales - ANIF Informe económico, Bogotá, 30 de agosto de 2010.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



- Comisión Sobre Macroeconomía y Salud. Albany, NY, USA: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- ⁴² Elsom D. La contaminación atmosférica. Madrid: Cátedra, 1990.
- ⁴³ Dennis R, Caraballo L, García E, Caballera A, Aristizábal G, Córdoba H, et al. Asthma and other allergic conditions in Colombia: a study in 6 cities. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2004;93:568-74.
- ⁴⁴ Informe final del convenio de especial de cooperación científica y tecnológica No. 033 de 2009 celebrado entre el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, la Fundación Oftalmológica de Santander, la Corporación Autónoma Regional para la Defensa de la Meseta de Bucaramanga y la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga. Bucaramanga, agosto de 2010.
- ⁴⁵ Rodríguez LA, Herrera AB, Ortiz H, Niederbacher J, Vera LM. Incidencia de síntomas respiratorios y su asociación con contaminación atmosférica en preescolares: un análisis multinivel. *Cad SaudePublica* 2010; 26(7):1411-8.
- ⁴⁶ Rodriguez LA, Ortiz H, Rey JJ. Air pollution effects on respiratory health in susceptible population: a multilevel study in Bucaramanga, Colombia. Poster presentado en el XIX Congreso Mundial de Epidemiología, Edinburgo, Escocia, 2011. Artículo en prensa *RevCADERNOS SAÚDE PÚBLICA*
- ⁴⁷ Herrera AB, Rodríguez LA, Niederbacher J. Contaminación biológica intradomiciliaria y su relación con síntomas respiratorios indicativos de asma bronquial en preescolares de Bucaramanga, Colombia. *Biomédica* 2011; 31(3):257-74.
- ⁴⁸ Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios. Situación de la disposición final de los residuos sólidos en Colombia, 2010
- ⁴⁹ Martínez, G, Barrios A, Zonificación forestal para el departamento de Santander – Colombia 2007, CONIF ISBN: 978-958-44-2500-3 vol: 0 págs: 124.
- ⁵⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Censo General 2005. Perfil Santander. Disponible en Internet en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/68000T7T000.PDF
- ⁵¹ Ministerio de Educación Nacional. Educación Básica y media: Tasa de cobertura en Santander. Disponible en: <http://menweb.mineduccion.gov.co/seguimiento/estadisticas>
- ⁵² Ministerio de Educación Nacional. Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. Disponible en Internet en: <http://snies.mineduccion.gov.co/ConsultaSnies/ConsultaSnies/consultandoinstitucionessnies.jsp>
- ⁵³ Colciencias. Modelo de Medición de Grupos de Investigación, Tecnológica o de Innovación Año 2008. [En línea]. 2008. [Citado el 19 de octubre de 2010]. Disponible en Internet en: <http://www.colciencias.gov.co/sites/default/files/upload/documents/2656.pdf>
- ⁵⁴ Colciencias. Base de datos: Plataforma ScienTI con fecha de corte 30 de septiembre de 2010.
- ⁵⁵ DANE, disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=513&Itemid=67
- ⁵⁶ Secretaría de Planeación de Santander, Plan de Desarrollo Departamento de Santander 2012 / 2015.
- ⁵⁷ Observatorio de Salud Pública de Santander. Indicadores Básicos, 2011. Disponible en: http://www.saludsantander.gov.co/web/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=23&Itemid=3
- ⁵⁸ Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia – 2011 Informe Final. República de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional y Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá 2011. Disponible en <http://odc.dne.gov.co>
- ⁵⁹ Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- ⁶⁰ Ochoa ME, Hormiga CM, Prince NE, Oliveros DL. Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual en Santander, año 2006-2008. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander.* 2009; 4(1):3-21.
- ⁶¹ Secretaría de Salud de Santander – Observatorio de Salud Pública de Santander. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise. Secretaría: Bucaramanga; 2011.
- ⁶² Secretaría de Salud de Barrancabermeja – Observatorio de Salud Pública de Santander. Estado de salud de tres grupos poblacionales en el municipio de Barrancabermeja. FOSCAL: Bucaramanga; 2012.
- ⁶³ Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal.
- ⁶⁴ Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
- ⁶⁵ Otero J, Gómez M. Línea de base de salud bucal en Santander, 2010: construcción y hallazgos. *Informe epidemiológico de Santander* 2011;5(3):1-12.
- ⁶⁶ Ortiz RG, Díaz-Granados KP. Análisis técnico de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS). *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander* 2006;1:17-20
- ⁶⁷ Rey JJ, Hormiga CM. Análisis de morbilidad atendida en Santander, año 2004. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander.* 2006;1:22-28
- ⁶⁸ Observatorio de Salud Pública de Santander. Diagnóstico de Salud en Santander. Edición Especial de la Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander. 2006;2(2):46-53
- ⁶⁹ Ochoa ME, Otero J, Hormiga CM, López L. Perfil de morbilidad y mortalidad en Santander 2010. *Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander.* 2010; 5(2):3-36.
- ⁷⁰ ...



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



-
- ⁷⁴ Instituto Nacional de Salud. Grupo de enfermedades transmisibles, equipo funcional inmunoprevenibles. Protocolo de vigilancia de parotiditis. Bogotá DC: INS, 2011.
- ⁷⁵ Ministerio de Salud y Protección social. Jornada de vacunación en las Américas 2012. Ministerio; Bogotá: 2012.
- ⁷⁶ Ochoa M, Otero J, Hormiga CM, López L. Perfil de morbilidad y mortalidad de Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander 2010;5(2):3-30.
- ⁷⁷ Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 2005.
- ⁷⁸ Instituto Nacional de Salud. Grupo de enfermedades transmisibles, equipo funcional vectores. Protocolo de vigilancia y control de dengue. Bogotá DC: INS, 2011.
- ⁷⁹ Becker R. Clasificación Internacional de Enfermedades: Preparación de Listas Cortas para la Tabulación de Datos. Boletín Epidemiológico / Organización Panamericana de la Salud. 2002; 23 (4):2-6.
- ⁸⁰ Becker R, Silvi J, Ma Fat D, L'Hours A, Laurenti R. A method for deriving leading causes of death. Bulletin of World Health Organization. 2006;84(4):297-308
- ⁸¹ Taucher E. Chile: Mortalidad desde 1955 a 1975. Tendencias y causas. CELADE, Serie A, No. 162, septiembre 1978.
- ⁸² Murray CJ, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, (Global Burden of Disease and Injury Series, vol.I), 1996.
- ⁸³ López AM, Hoyos C. Estructura de la mortalidad evitable, Medellín, 1994-1998. Anexo metodológico. Trabajo de grado (Gerencia en Sistemas de Información en Salud). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 2001.
- ⁸⁴ Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011. Bogotá: Ministerio; 2007.
- ⁸⁵ Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. New York: ONU; 2000.
- ⁸⁶ Hormiga CM. Situación de Salud de la población infantil en Santander. Revista del Observatorio de Salud Pública de Santander. 2011;6(3):4-51
- ⁸⁷ Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Salud 2010. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202010.pdf>



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



7. PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN DE LA RED

La presente propuesta de actualización y reordenamiento de red se basa en un modelo que siguiendo los lineamientos normativos, pretende mejorar las condiciones de accesibilidad de la población del Departamento al plan de beneficios que le corresponde, a través de un sistema organizado de instituciones prestadoras de servicios de salud, teniendo en cuenta las condiciones específicas del territorio, orientado a generar impacto real en su área de influencia, buscando mitigar los problemas de fragmentación de los servicios y los niveles de complejidad, que se mencionan en la presentación del modelo.

Es claro que la Política Nacional de Prestación de Servicios tiene como pilares la **Calidad** en la Prestación de los Servicios de Salud, la **Accesibilidad** de la población a los mismos y la **Eficiencia** en la utilización de los recursos, razón por la cual el actual Modelo de Red Departamental de Prestación de Servicios de Salud, debe girar en torno a la **Minimización del Riesgo** en la Prestación de los Servicios de Salud a través de una Red Departamental suficiente y comprometida con la seguridad del paciente, que facilite el acceso **Oportuno** de la población a las entidades de salud que puedan suplir satisfactoriamente las necesidades de nuestros habitantes, utilizando la menor cantidad de recursos posible.

Por lo anteriormente expuesto y debido a la crisis actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Departamento de Santander en su Actualización del Modelo de Red, ha tenido como pilar la Seguridad del Paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”, según los Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente del Ministerio de la Protección Social. De la misma forma, es uno de los ejes del Sistema Único de Acreditación en Salud e implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. La Política de Seguridad del Paciente requiere de la coordinación entre actores alrededor de la filosofía y las estrategias para la reducción del riesgo, así como el incremento de las condiciones que caractericen a una institución como segura.

Con base en el estudio sobre la prestación de servicios en el Departamento, se propone organizar la Red de Servicios de acuerdo al marco conceptual, en un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, especialmente ubicadas, articuladas y jerarquizadas por niveles de atención y grados de complejidad, definidos según las condiciones y la capacidad de respuesta de cada uno para la resolución de los problemas de salud; funcionalmente interrelacionadas, mediante normas operacionales, sistemas de información, recursos humanos, tecnológicos, científicos y financieros, que en su conjunto garanticen la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios de salud, interactuando entre sí a través de un sistema de referencia y contrarreferencia, basado en las necesidades de los usuarios.

Para tal efecto, se definen claramente las responsabilidades individuales y de conjunto, sin perder la autonomía institucional; se compatibiliza la oferta existente con los requerimientos de la población, estableciéndose parámetros para mejorar la



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



calidad, la integralidad y el acceso a la atención, bajo un esquema de integración funcional que garantice: *suficiencia de instituciones y mejoramiento de su capacidad resolutive, cobertura del plan de beneficios y sostenibilidad social y financiera de cada una de las instituciones que conforman la red.*

Tomando como principio básico el respeto por la autonomía de los entes territoriales, el departamento realizó un análisis detallado partiendo de la **situación geográfica, social, aspectos demográficos, indicadores financieros, de producción, capacidad técnica y resolutive y verificación del portafolio de servicios de cada una de las E.S.E** que actualmente operan en el departamento, realizando actividades de socialización y concertación entre las diferentes áreas de la Secretaría de Salud Departamental, y con los gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Se estructuraron **fichas técnicas que reflejan de manera práctica y consolidada** la realidad de cada IPS pública y tomando como referente los indicadores allí evaluados, se procede a realizar los ajustes respectivos al Modelo de Red.

7.1. Marco Normativo

El modelo de red se encuentra enmarcado en lo establecido en la Ley 1438 de 2011, y específicamente en el **TÍTULO VI DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD** **CAPÍTULO 11.- REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**, en el siguiente articulado:

“ARTÍCULO 60°. DEFINICIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.
Las redes integradas de servicios de salud se definen como el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

ARTÍCULO 61°. DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. *La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.*

Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.

Las Entidades Promotoras de salud deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, Continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.

ARTÍCULO 62°. CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. *Las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios de acuerdo con el Plan de Beneficios a su cargo. Las redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud consagrada en la presente ley será la guía para la*



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



organización y funcionamiento de la red.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante convenios administrativos, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud públicas, privadas o mixtas. En ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

ARTÍCULO 63º. CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONFORMACIÓN DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD. *La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:*

63.1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

63.2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

63.3. Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

63.4. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

63.5. Adecuada estructuración de los servicios de baja complejidad de atención fortalecida y multidisciplinaria que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

63.6. Mecanismos efectivos de referencia y contra referencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

63.7. Red de transporte y comunicaciones

63.8. Acción intersectorial efectiva.

63.9. Esquemas de participación social amplia.

63.10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

63.11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

63.12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

63.13. Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



ARTÍCULO 64º. ARTICULACIÓN DE LA REDES INTEGRADAS. *La articulación de la red estará a cargo de las entidades territoriales en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, a través de los Consejos Territoriales de la Seguridad Social en Salud; en el caso de los municipios no certificados la entidad territorial será el departamento, sin vulneración del ejercicio de la autonomía de los actores de las redes existentes en el espacio poblacional determinado, buscará que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:*

64.1. *La identificación de la población a atender y la determinación del riesgo en salud.*

64.2. *La identificación de factores de riesgo y factores protectores.*

64.3. *Consenso en tomo a la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.*

64.4. *Consenso en tomo al modelo de atención centrado en la intervención de los factores de riesgo y el perfil de la población.*

64.5. *El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.*

64.6. *La articulación de la oferta de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles, en el espacio poblacional determinado.*

64.7. *La garantía de un punto de primer contacto, que serán los equipos básicos de salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionar a estos mismos.*

64.8. *La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información.*

64.9. *Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.*

64.10. *La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.*

PARAGRAFO. *La coordinación de las redes basadas en el modelo de atención y riesgo poblacional, será reglamentada por el Ministerio de la Protección Social con el acompañamiento de las direcciones territoriales para el cumplimiento de las funciones administrativas y clínicas anteriormente nombradas.*

ARTÍCULO 65º. ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL. *Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política Nacional de salud mental.*

ARTÍCULO 66º • ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A DISCAPACITADOS. *Las*



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



acciones de salud deben incluir la garantía a la salud del discapacitado, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud del Ministerio de Protección Social.

ARTÍCULO 67° • SISTEMAS DE EMERGENCIAS MÉDICAS. *Con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, se desarrollará el sistema de emergencias médicas, entendido como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servicios pre-hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia. (...)*

La oferta de prestación de los servicios de salud en el Departamento de Santander se ha estructurado históricamente de acuerdo a los criterios geográficos y accesibilidad desde los diferentes niveles de complejidad.

7.2. Criterios Generales para la Conformación de la Red de Santander

Para la conformación de la Red Hospitalaria de Santander y su intervención en los diferentes núcleos provinciales, se incluyen los grupos de instituciones de carácter público de cada ente territorial y privado en los municipios del Área Metropolitana del Departamento.

El diseño de la Red de Servicios de Salud para el Departamento de Santander pretende satisfacer las necesidades de atención en salud de sus habitantes considerando los siguientes principios:

Cobertura y Accesibilidad: que toda la población pueda acceder a los servicios de salud de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación según sus necesidades y requerimientos tecnológicos, en el sitio más cercano a su residencia.

Calidad: como la resultante de la conjugación de las condiciones técnicas y humanas con que se prestan los servicios de salud, pretende que la atención prestada impacte positivamente en el mantenimiento y/o recuperación de la salud del usuario.

Eficiencia: Obtener los mayores beneficios al menor costo. Para ello se jerarquizan los servicios en niveles de atención o grados de complejidad, que serán los que definan la clasificación de las IPS.

Eficacia / Efectividad: Resolver con criterio científico y acertado los problemas de salud de los individuos, familias y comunidad.

Sostenibilidad: Desarrollar estrategias para garantizar la capacidad de gestión financiera en la Red, que garantice su viabilidad en el tiempo.

Integralidad: Garantizar a la población un flujo de servicios continuos e integrados de manera oportuna, con pertinencia científica, y diligencia administrativa.

Con el fin de cumplir los anteriores planteamientos, el diseño de la Red de Servicios



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



contempla el análisis de los siguientes aspectos:

7.2.1. Caracterización de la Población

Siendo el usuario el eje sobre el cual se organiza el sistema general de seguridad social en salud, es prioritario para el departamento garantizar el acceso de toda la población a la prestación de los servicios.

El Departamento de Santander, se encuentra conformado por las redes pública y privada; donde la red pública representa el **17%** de instituciones prestadoras de servicios con las cuales se ofrece cobertura de servicios de salud aproximadamente a **2.040.988** habitantes, incluidas las acciones de salud pública, aportando su capacidad ofertada en el 100% del Territorio de Santander, y como único prestador en el **71%** de los municipios del Departamento.

Población Objeto

A continuación se presenta la población del Departamento de Santander proyectada para el año 2013 por grupos de población en los diferentes municipios que en total corresponde a **2.040.988 personas** (Ver tabla N° 39 proyección población DANE); la descripción de población por grupos etarios y género (Ver Tabla N° 40) y distribución de población por municipio (Tabla N° 41).

Tabla 39. Proyección población DANE

Descripción de la Población Objetivo		Participación	Fuente:
		Nro. de Personas	
Edad	0 a 14 años	512.854	DANE: Estimaciones 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020
	15 a 19 años	187.758	
	20 a 59 años	1.103.688	
	Mayor de 60 años	236.688	
	Total Población por Edad	2.040.988	
Género	Masculino	1.008.544	
	Femenino	1.032.444	
	Total Población por Género	2.040.988	

Tabla 40. Distribución de población por municipios

NUMERO DE HABITANTES	MUNICIPIO	NUCLEO PROVINCIAL	POBLACIÓN 2013
	Jordán	Guanentá	1.112
	California	Soto	1.944
	Charta	Soto	2.763
	Santa Bárbara	Soto	2.163
	Surata	Soto	3.362
	Tona	Soto	7.001
	Vetas	Soto	2.416



Libertad y Orden República de Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

Municipios con población menor de 8.000 habitantes	Matanza	Soto	5.413	
	Cerrito	García Rovira	5.827	
	Capitanejo	García Rovira	5.702	
	Concepción	García Rovira	5.413	
	Guaca	García Rovira	6.491	
	Enciso	García Rovira	3.443	
	Macaravita	García Rovira	1.211	
	San José de Miranda	García Rovira	4.438	
	Carcasi	García Rovira	5.086	
	Aratocha	Guanentá	4.452	
	San Miguel	García Rovira	2.438	
	Encino	Guanentá	2.538	
	Cabrera	Guanentá	2.189	
	Cepita	Guanentá	1.898	
	Coromoro	Guanentá	7.521	
	Ocamonte	Guanentá	4.810	
	Onzaga	Guanentá	5.176	
	Molagavita	García Rovira	5.292	
	Municipios con población menor de 8.000 habitantes	Valle de San José	Guanentá	4.778
		Villanueva	Guanentá	6.082
Páramo		Guanentá	1.112	
Pinchote		Guanentá	1.944	
San Joaquín		Guanentá	2.763	
Hato		Comunera	2.163	
Palmar		Comunera	3.362	
Palmas del Socorro		Comunera	7.001	
Chima		Comunera	2.416	
Confines		Comunera	5.413	
Contratación		Comunera	5.827	
El Guacamayo		Comunera	5.702	
Galán		Comunera	5.413	
Guadalupe		Comunera	6.491	
Guapota		Comunera	3.443	
San Benito		Vélez	1.211	
Gambita		Comunera	4.438	
Aguada		Vélez	5.086	
Albania		Vélez	4.452	
Chipatá		Vélez	2.438	
El Peñón	Vélez	2.538		
Florián	Vélez	2.189		
Guavatá	Vélez	1.898		
Guepsa	Vélez	3.922		
Santa Helena del Opón	Vélez	4.330		
La Paz	Vélez	5.244		
Jesús María	Vélez	3.204		



Libertad y Orden República de Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

	Puerto Parra	Mares	7.317	
	Betulia	Mares	5.153	
Municipios con población entre 8.001 a 20.000 habitantes	El Playón	Soto	12.036	
	La Belleza	Vélez	8.574	
	Los Santos	Soto	11.946	
	Barichara	Guanentá	7.306	
	San Andrés	García Rovira	8.774	
	Charalá	Guanentá	10.710	
	Curití	Guanentá	11.819	
	Mogotes	Guanentá	10.901	
	Oiba	Comunera	11.363	
	Simacota	Comunera	7.996	
	Suaita	Comunera	10.408	
	Landázuri	Vélez	15.335	
	Puente Nacional	Vélez	12.860	
Municipios con población entre 8.001 a 20.000 habitantes	Sucre	Vélez	8.559	
	El Carmen de Chucurí	Mares	19.696	
	Zapatoca	Mares	9.019	
	Guadalupe	Comunera	19.733	
	Sabana de Torres	Soto	18.944	
	Málaga	García Rovira	18.455	
	Vélez	Vélez	19.185	
	Bolívar	Vélez	12.658	
	Municipios con población entre 20.001 y 50.000 habitantes	Lebrija	Soto	35.356
		Socorro	Comunera	30.295
Barbosa		Vélez	27.877	
Cimitarra		Vélez	42.463	
Rionegro		Soto	27.551	
San Gil		Guanentá	45.144	
Puerto Wilches		Mares	31.507	
San Vicente de Chucurí		Mares	34.378	
Municipios con población mayor a 51.001 habitantes	Bucaramanga	Soto	526.940	
	Floridablanca	Soto	263.095	
	Girón	Soto	170.706	
	Piedecuesta	Soto	142.448	
	Barrancabermeja	Mares	191.502	
	TOTAL		2.040.932	

Fuente: Centro Regulador de Urgencias – Secretaria de Salud Departamental

7.2.2. Accesibilidad Funcional

Corresponde al análisis de vías de comunicación, flujos de transporte, tiempo de desplazamiento y vínculos socioeconómicos y culturales existentes entre las diferentes localidades. El objetivo del departamento es la definición de subredes, que cumplan



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



con las condiciones de georreferencia, suficiencia y cobertura de los servicios a las diferentes comunidades.

En este punto se resaltan dos aspectos: Como condición favorable, las IPS públicas del primer nivel de atención ubicadas en las cabeceras de los municipios donde es único prestador, ofrecen horarios que coinciden con el desplazamiento de las comunidades rurales al municipio, ajustando los horarios a los días de mercado de la localidad, lo que facilita el acceso a los servicios de salud. En sentido opuesto, uno de los principales inconvenientes del departamento en general, es la localización geográfica de los municipios y las vías de comunicación, que dificultan para muchos, la posibilidad de acceso a los servicios de salud en instituciones diferentes a la local (Ver mapa vial del departamento N° 4 - Anexo). Por estas razones, la ubicación de los municipios y el estado de las vías, son un factor determinante en considerar dentro del modelo de red, la posibilidad de ampliación del portafolio de servicios en las IPS de baja complejidad.

Evaluadas las condiciones antes señaladas, se realiza la definición de subredes y agrupación de entidades territoriales, como se muestra en la tabla No. 42, donde se señalan las distancias en Km entre cada municipio, la capital de provincia y la IPS de referencia.

Tabla 42. Distancias en Km. desde municipios a capitales de núcleo provincial y subredes

SUBRED SOTO SUR

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS F/BLANCA
BUCARAMANGA	0	E.S.E H.U.S
FLORIDABLANCA	9	0
GIRON	7	8,8
LEBRIJA	18	11,3
LOS SANTOS	62	52
PIEDRECUESTA	18	9,7
SANTA BARBARA	61	55
CEPITA	64	50
ZAPATOCA	121	69,4
BETULIA	90	90
SAN VICENTE	86	60

SUBRED DE SOTO NORTE:

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA E.S.E ISABU HOSPITAL DEL NORTE
-----------	--	---



Libertad y Orden República de Colombia

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN DE SANTANDER



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

TONA	37	37
VETAS	92	92
MATANZA	35	35
CALIFORNIA	57	57
CHARTA	41	41
SURATA	42	42
RIONEGRO	20	20
EL PLAYON	41	41

SUBRED DE GARCIA ROVIRA

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL REGIONAL MALAGA
MALAGA	155	0
MOLAGAVITA	144	29
CONCEPCION	167	12
CAPITANEJO	190	35
MACARAVITA	220	55
SAN MIGUEL	212	57
SAN JOSE DE MIRANDA	159	6
CARCASI	192	37
CERRITO	177	22
ENCISO	170	15
SAN ANDRES	104	51
GUACA	87	68

SUBRED DE GUARENTINA

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL REGIONAL SAN GIL
SAN GIL	96	25 – SOCORRO III NIVEL
CABRERA	127	31
SAN JOAQUIN	156	62
PINCHOTE	107	5
VALLE DE SAN JOSE	110	12
PARAMO	117	20
OCAMONTE	149	33
VILLANUEVA	115	22
BARICHARA	118	24
ARATOCA	71	25
JORDAN	103	32



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



GOBIERNO DE la gente

CURITI	91	9
CHARALA	135	39
ENCINO	185	71
COROMORO	136	53
MOGOTES	129	33
ONZAGA	177	80

SUBRED COMUNERA

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS SOCORRO
SOCORRO	121	0
PALMAS DEL SOCORRO	127	12
HATO	120	21
PALMAR	117	18
CONFINES	137	18
CONTRATACION	185	64
EL GUACAMAYO	192	71
GALAN	143	42
GUADALUPE	160	56
AGUADA	200	77.5
SAN BENITO	214	72
SIMACOTA	134	14
CHIMA	164	43
SUAITA	205	84
GAMBITA	221	100
OIBA	152	31
GUAPOTA	154	34

SUBRED DE VELEZ

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL DE VELEZ
VELEZ	231	110 a E.S.E. H Manuela Beltrán de Socorro
GUAVATA	251	8
BARBOSA	214	17
ALBANIA	297	112
GUEPSA	204	30
FLORIAN	300	103
BOLIVAR	225	34
CHIPATA	241	10



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



EL PEÑON	262	35
LA BELLEZA	283	86
LA PAZ	259	28
LANDAZURI	286	54
SUCRE	280	48
SANTA HELENA DEL OPON	304	73
PUENTE NACIONAL	226	29
JESUS MARIA	262	65

SUBRED DE MARES

MUNICIPIO	DISTANCIA EN KILOMETROS A CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	DISTANCIA EN KILOMETROS A HOSPITAL DE REFERENCIA ESE HOSPITAL REGIONAL MAGDALENA MEDIO
BARRANCABERMEJA	110	110 E.S.E HUS
EL CARMEN DE CHUCURI	178	178
PUERTO WILCHES	157	52
CIMITARRA	200	130
PUERTO PARRA	167	75
SABANA DE TORRES	132	128

DISTANCIA CAPITAL DE NUCLEO PROVINCIAL A BUCARAMANGA

MUNICIPIO	DISTANCIA A BUCARAMANGA EN KM.	TIEMPO EN HORAS Y MINUTOS
Floridablanca	9	20 Minutos aprox.
Málaga	160	7:30 Horas aprox.
San Gil	110 (24 kms al Socorro Nivel Alto A)	2:20 Horas aprox.
Socorro	134	2:40 Horas aprox.
Vélez	231 (97 kms al Socorro Nivel Alto A)	6 Horas aprox.
Barrancabermeja	113	2:45 Horas aprox.

Fuente División de Acreditación Vigilancia y Control

El municipio más cercano a la capital del departamento y por ende al Hospital de mayor complejidad, es Floridablanca, que está situado dentro del área metropolitana y distante 20 minutos a Bucaramanga, según la hora y las condiciones de tráfico. Los más distantes son Vélez y Málaga, a 6 y 7:30 horas. Los tiempos registrados corresponden a transporte en ambulancia y en condiciones climáticas favorables.



Libertad y Orden República de Colombia

Ministerio de la Protección Social
Dirección General de la Calidad de Servicios
Programa de Reorganización, rediseño y modernización
de las redes de prestación de servicios de salud

REPÚBLICA DE COLOMBIA



GOBERNACIÓN
DE SANTANDER



7.2.3. Clasificación de prestadores según el nivel de atención y la oferta de servicios

A partir del nivel de complejidad de los servicios, la capacidad técnico-científica y de resolutivez de los prestadores, se definen la siguiente clasificación:

BAJA COMPLEJIDAD: Tipos A, B, C y D

MEDIANA COMPLEJIDAD

ALTA COMPLEJIDAD: Tipos A y B

NOTA: LA CARACTERIZACIÓN DE LAS TIPOLOGÍAS Y LOS PORTAFOLIOS DE SERVICIOS SE ADJUNTA EN LOS ANEXOS 12 Y 13.



MAPA VIAL DE SANTANDER

