

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD. PERFIL EPIDEMIOLOGICO 2017

Comprometidos con el Servicio y la Calidad



Dra. María Piedad Echeverri
Gerente Red de Salud del Norte

Dra. Gloria Anais Tunubala
Subgerente Promoción y Prevención

Dra. Karen Casañas Canabal
Subgerente Científico Asistencial

Santiago de Cali, Febrero 2018

1. INTRODUCCION

La Empresa Social del Estado Red de Salud del Norte, brinda atención directa en salud a 110.972 habitantes del régimen subsidiado, el 20.2% de la población del área de influencia representada según Dane en 548.747 habitantes de las comunas 2,4,5,6 y 7 del Nororiente de Cali.

La red de servicios está conformada por el Hospital Básico Joaquín Paz Borrero y 16 instituciones prestadoras de servicios de nivel básico de atención en salud, todas certificadas en todos sus procesos por el Icontec bajo la norma ISO9000-2015 y ubicadas estratégicamente en las comunas asignadas.

El portafolio de servicios incluye servicios de baja y mediana complejidad que garantizan la cobertura, continuidad e integralidad de las acciones de promoción y prevención de las principales causas de enfermar y morir identificadas en el proceso de análisis situacional.

La composición poblacional está determinada por una pirámide que muestra un inicio de transición demográfica donde la población infantil está disminuyendo y aumentando la población de adultos mayores que al discriminarlo por cada comuna es muy evidente en las comunas 2 ,4 y 5 respectivamente.

La situación socioeconómica nos permite identificar como principal actividad económica y de empleo generado por las unidades económicas, el comercio, identificando a la comuna 2 por su vocación de prestadora de servicios (construcción, intermediación financiera, actividades inmobiliarias y servicios sociales y de salud en su mayoría) , la comuna 4 por su vocación de comercio, en ella se concentra el 20% de las unidades económicas fabricantes de maquinaria y aparatos eléctricos y el 28% de los fabricantes de vehículos automotores, con un alto grado de informalidad; La comuna 5 se caracteriza por su vocación de comercio; La comuna 6 presenta una vocación mayor que toda la ciudad hacia el comercio En la Comuna 6 el desempleo es más crítico en los jóvenes, con una tasa de desempleo juvenil del 30,9%, mientras que la tasa de desempleo total fue del 17,2%. (Encuesta de Empleo y Calidad de Vida, en 2013) y la comuna 7 de vocación comercial, donde se concentra el 5,3% de las unidades económicas fabricantes de productos a base de metal y por prestar 7,7% de los servicios de reciclaje de desperdicios de la ciudad.

El perfil de morbimortalidad está determinado por causas externas relacionadas con la violencia, los accidentes de tránsito y las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes, el cáncer y en menor proporción por las enfermedades transmisibles. Esta condición de salud ocasiona que tres de sus comunas: la comuna 6, la 7 y la comuna 4, hayan sido incluidos prioritariamente dentro del plan de Desarrollo de Cali como territorios TIOS (territorios de inclusión y Oportunidad) en los cuales el Municipio está implementando acciones multisectoriales para impactar los altos niveles de

violencia generado por pandillas, micro tráfico y violencia externa condicionado por la falta de oportunidades económicas y sociales.

Las zonas de riesgo ambiental están determinadas por los estudios de CVC, Dagma y Planeación Municipal, en el cual, la contaminación atmosférica es uno de los problemas ambientales de mayor preocupación que afecta a todas las comunas, además el manejo inadecuado de los residuos sólidos Según el reporte del Dagma de los basureros crónicos permanentes y temporales en toda la ciudad se reportaron 109, dentro de los cuales aparecen 49 sitios ubicados en las 5 comunas (2,4,5,6 y 7), de estos 49, 16 son persistentes o crónicos; otro riesgo importante es el de deslizamiento que se manifiesta en la comuna 2 y el de inundación en las comunas 6 y 7. Plan de Ordenamiento Territorial - POT (2014).

La comuna 2 es la más afectada por la amenaza natural de remoción de masa dada las ocupaciones de invasión de los sectores de Alto Menga, donde las condiciones precarias de alcantarillado son insuficientes para el grado de ocupación del sector conjugado con factores como la pendiente y el grado de intervención antrópico. Para las comunas 6 y 7 el riesgo de inundación es por El jarillón del Río Cauca cuya extensión de 17 kilómetros con situaciones como asentamientos humanos con desarrollo incompleto sobre la corona del jarillón, disposición de escombros sobre la berma, presencia de colonias de hormiga arriera, árboles de gran tamaño, explotación desmedida de arena, efectos de la erosión lateral por la acción del río, disposición desmedida de escombros están generando los riesgos por un evento de colapso del jarillón que implicaría un desastre por inundación por la rotura del dique. El posible desastre puede ser de iguales proporciones o superior al de Katrina en New Orleans, entre otras cosas por los pocos recursos que poseen la ciudad y el Estado colombiano para enfrentar este tipo de calamidades. Es importante subrayar que un colapso del Jarillón implicaría el paro de la planta de potabilización de Puerto Mallarino y Río Cauca que abastece entre el 75% y el 86% del suministro de agua de la ciudad, además la afectación de la siguiente infraestructura vital: Estación de Bombeo de Floralía. Subestaciones eléctricas correspondientes al anillo de 110 Kilovoltios de Juanchito y San Luís, Planta de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR y toda la red de canales pluviales del municipio de Santiago de Cali, la red baja de alcantarillado del municipio de Santiago de Cali y la Estación de Bombeo Paso del Comercio

La condición socio cultural de la población está determinada por la composición en un 70% de etnia afrocolombiana, que en su mayoría son migrantes producto del desplazamiento armado que se han asentado en zonas de invasión en donde han establecido colonias de migrantes de la zona del Cauca, pacífico caldas y otras regiones del país, concentrándose en la zona de laderas de la comuna 2, la zona del margen de los ríos Cali, y Cauca en los sectores de Brisas del Cauca, Puerto Nuevo Jarillón Floralía, Jarillón Petecuy, Sector Venecia, ocasionando problemas de barreras invisibles, luchas por el territorio y en general las condiciones de riesgo socio ambiental por falta de condiciones óptimas para vivir y desarrollarse en la ciudad.

El nivel educativo de los habitantes es diferencial para cada comuna destacándose el nivel de educación secundaria completa e incompleta. Para la comuna 2 el 31,6% tiene

secundaria y el 24,7% tiene nivel profesional, la comuna 4, el 42% tiene secundaria y 31,2 primaria completa e incompleta, la comuna 5, secundaria con 38,5%, seguido por personas con básica primaria (completa e incompleta) con un 20,2%, la comuna 6 con 42,7% educación básica secundaria (completa e incompleta) y 29% básica primaria (completa e incompleta). En la comuna 7, el 41,3% tiene educación básica secundaria y 34,1 básica primaria. La comuna con mayor proporción de profesionales es la comuna dos con el 24,7%, seguida de la comuna 5 con un 16,2% y la 4 con un 7,2%, se estima que el índice de analfabetismo sea inferior al 4% (Dane 2005)

En los últimos años se han mejorado las condiciones de Cali en relación con la inversión social, la satisfacción de las necesidades básicas, los proyectos de atención a víctimas y a poblaciones vulnerables como los jóvenes con los colectivos intersectoriales, el nivel de acceso a la educación y el incremento de las coberturas de atención en salud han contribuido a que con el mejoramiento continuo que se hace en la atención en salud materno infantil, incremento de coberturas de vacunación, trabajo en educación a la población joven con los servicios amigables en salud sexual y reproductiva y en estrategias masivas de prevención para promover hábitos saludables y mejorar el entorno. En este aspecto la Red Norte cierra el año 2017 aportando al impacto en salud con cero muertes maternas prevenible, y una cobertura de vacunación del 95% en las vacunas del programa ampliado de inmunizaciones.

A nivel de los indicadores de calidad de atención a los servicios el principal logro es mantener todos los indicadores de oportunidad y acceso a los servicios por debajo o sobre la meta nacional, disposición al día de los mismos en la página del observatorio nacional y destacando que en esta vigencia se certificaron bajo la Norma Técnica Icontec ISO9000 2015, todos los procesos de todas las Instituciones prestadoras de servicios.

2. Ubicación Geográfica del Área de Influencia

La RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E se constituyó a partir del año 2003, como resultado del proceso de descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal bajo el Acuerdo 106 de 2003. Tiene una superficie de 2.951 Km² y cuenta con una red de servicios de salud de baja complejidad compuesta por 17 instituciones. Ubicadas estratégicamente para dar cobertura a la población más vulnerable en la comuna 7 se ubican el Hospital básico Joaquín Paz Borrero, la Ips Puerto Mallarino, la Ips Siete de Agosto, Ips Ceibas e Ips Alfonso López 3, en la comuna 6 se ubican los centros de salud Floralía y San Luis II y las IPs Floralía, San Luis I, Petecuy II y Petecuy III, en la comuna 4 están el centro de salud Popular y las Ips Calima, Porvenir e Isla. En la comuna 5 se cuenta con el centro de salud La Rivera y en la comuna 2 la Ips la Campiña. El Mapa No. 1 presenta la ubicación de las Ips.

Mapa No. 1. Ubicación Geográfica Ips Red de Salud del Norte.



Límites geográficos:

Límites: al Norte con la Zona industrial de Yumbo, que influye en la alta contaminación ambiental de la comuna 2.

Al Oriente con Palmira y Candelaria, separado por el Río Cauca, en cuya margen se ubica un cinturón de miseria, Las continuas quemadas de caña de los ingenios aledaños producen alta contaminación en el área de la comuna 6. Las vías de acceso a los municipios vecinos convierten a esta red en una zona de alta Accidentalidad, especialmente en los cruces de las vías arterias.

Al occidente limita con los cerros tutelares de Cali, en donde se encuentra la zona de ladera con tres áreas de riesgo: altos de Normandía, altos de Menga y Bataclán.

Al sur limita con la red de salud del oriente (distrito de Aguablanca) y la red de salud del centro (primitivo iglesias). La vecindad con el distrito de Aguablanca hace que una cantidad apreciable de personas consulte en nuestras instituciones especialmente en el centro de salud Puerto Mallarino y el Hospital Básico Joaquín Paz Borrero.

Tabla I IPS Red de Salud de Norte E.S.E.

COMUNA	INSTITUCIONES
2	IPS La Campiña
4	IPS Popular IPS Porvenir IPS Calima IPS La Isla
5	IPS La Rivera
6	IPS San Luis 1 IPS San Luis 2 IPS Floralia 1 IPS Floralia 2 IPS Petecuy 2 IPS Petecuy 3
7	Hospital Joaquín Paz Borrero IPS Puerto Mallarino IPS Siete de Agosto IPS de Salud Las Ceibas IPS Alfonso López 3

Fuente: Sistema de Información Red de Salud del Norte E.S.E. Año 2017.

3. ZONAS DE RIESGO

La Red de Salud Norte E.S.E, tiene disponibilidad actualizada respecto a los riesgos ambientales plasmada en estudios e informes, presentados por la alcaldía municipal de Cali en conjunto con el Departamento Municipal de Planeación, Departamento Administrativo de Gestión Medio Ambiente, Corporación Regional C.V.C. y EMCALI EICE

La contaminación atmosférica es uno de los problemas ambientales de mayor preocupación a nivel nacional e internacional La Calidad del aire en Cali es crítica por partículas de polvo en la zona norte por su vecindad al municipio industrial de Yumbo

Amenaza natural de remoción en masa y las avenidas torrenciales

Las ocupaciones de la Comuna 2 asentadas en el corregimiento de Golondrinas también cuentan con suministro de agua potable proveniente de tanques de EMCALI intervenidos fraudulentamente por los pobladores del sector.

El Sector Altos de Menga de la Comuna 2 cuenta con unos cuantos ramales horizontales de alcantarillado combinado, que son insuficientes para el grado de ocupación que tiene el sector y que no conforman una red adecuada de alcantarillado, por lo que el grado de amenaza en estos sectores es Alta y Muy Alta, conjugado con

factores como la pendiente y el grado de intervención antrópica. Aquí se descarta la influencia directa de la formación superficial.

MUNICIPIO SANTIAGO DE CALI NÚMERO DE VIVIENDAS EN ZONA DE RIESGO NO MITIGABLE					
SECTOR	Número de Viviendas a Reubicar según causa			TOTAL x Sector	Personas (4.5 personas x familia)
	Inundación	Av. Torrencial	Deslizamiento		
Comuna 2	-	70	40	110	495
Comuna 4	-	750	-	750	3.375
Comuna 6	1.000	-	-	1.000	4.500
Comuna 7	1.200	-	-	1.200	5.400

Fuente: Dagma

El jarillón del Río Cauca

La estructura del dique protector de crecientes hídricas del Río Cauca a su paso por el Municipio de Cali en una extensión de 17 kilómetros, tiene las siguientes situaciones que lo afectan:

- Asentamientos humanos con desarrollo incompleto sobre la corona del Jarillón y berma (franja protectora) del río Cauca, a lo largo de los 17 Km. que comprende esta estructura, entre las comunas 6, 7, 21 y corregimiento de Navarro.
- Disposición de escombros sobre la berma y corona del Jarillón.
- Presencia de colonias de hormiga arriera sobre la estructura del jarillón
- Presencia de árboles de gran tamaño (vivos y en estado de descomposición) los cuales pueden generar efecto de tubificación por raíces en el núcleo de la estructura de tierra.
- Explotación desmedida de arena sobre el cauce del río Cauca.
- Efectos de erosión lateral por la acción hidráulica natural del río.
- Disposición desmedida de escombros sobre la franja derecha del río Cauca en los municipios de Candelaria y Palmira que han generado daños simétricos en la margen izquierda sobre el municipio de Santiago de Cali.

Riesgos por un evento de colapso del jarillón

El desastre por inundación puede ser provocado por la rotura del dique en una zona frágil por subsidencia que puede generar las cavernas de la hormiga arriera, igualmente por tubificación de los túneles que comunican las cavernas que atraviesan el jarillón o por susceptibilidad al corrimiento lateral del dique inducido por un sismo en temporada invernal, fenómeno que se presentan en suelos con alto potencial de licuación como los presentes en la llanura aluvial del río Cauca, según Estudio de Microzonificación Sísmica de Cali.

El posible desastre puede ser de iguales proporciones o superior al de Katrina en New Orleans, entre otras cosas por los pocos recursos que poseen la ciudad y el Estado colombiano para enfrentar este tipo de calamidades; la población asentada en la llanura de inundación del río Cauca (en los sitios con las cotas más bajas) asciende aproximadamente a (1) Un Millón de habitantes entre las comunas 6, 7, 13, 14, 15, 21 y corregimiento de Navarro.

Es importante subrayar que un colapso del Jarillón implicaría el paro de la planta de potabilización de Puerto Mallarino y Río Cauca que abastece entre el 75% y el 86% del suministro de agua de la ciudad dependiendo del periodo de verano, descompensando la presurización del sistema de la red de agua potable de toda la ciudad, situación que sería amplificada por el represamiento de toda la red de drenajes pluviales y canales con agua mixta de la ciudad, lo que generaría un desastre de proporciones mayores al inicialmente esbozado.

Además la afectación de la siguiente infraestructura vital:

- Estación de Bombeo de Floralia.
- Subestaciones eléctricas correspondientes al anillo de 110 Kilovoltios de Juanchito y San Luís.
- Planta de Tratamiento de Aguas Residuales PTAR y toda la red de canales pluviales del municipio de Santiago de Cali.
- La red baja de alcantarillado del municipio de Santiago de Cali.

Estación de Bombeo Paso del Comercio

Residuos Sólidos

Santiago de Cali, ocupa el poco honroso segundo lugar en producción de residuos en Colombia, colocándonos por encima de ciudades como Medellín; esto sin lugar a dudas ubica la problemática de los residuos sólidos como uno de las situaciones ambientales de mayor complejidad para la ciudad. Lo anterior queda evidenciado con los resultados obtenidos a través del proceso de elaboración de los Planes de Desarrollo para comunas

y corregimientos para el periodo 2012- 2015¹⁶, donde se definió el manejo inadecuado de los residuos sólidos, como la situación ambiental más priorizada por los diferentes actores que participaron del mismo, esto debido quizás a que los efectos del problema son más evidentes. Según el reporte del Dagma de los basureros crónicos permanentes y temporales en toda la ciudad se reportaron 109, dentro de los cuales aparecen 49 sitios ubicados en las 5 comunas (2,4,5,6 y 7), de estos 49, 16 son persistentes o crónicos.

Basureros crónicos por comuna y barrio.

Numeral	Ubicación Geográfica	Barrio	Comuna
1	Calle 44 con Avenida 2 Norte al lado del Río Cali.	Barrio Vipasa	2
2	Avenida 2 con 32 A.	La flora	2
3	Av. 3C N con Calle 70.	Flora IV	2
4	Av. 2i con calle 62 (colegio Santa Cecilia)	Alamos	2
5	Av. 3 N calle 69 (entre el Canal y la Contraloría)	Alamos	2
6	Calle 44 Norte con Av. 2N	Vipasa	2
7	calle 45 y 46 con Av. 2N	Prados del norte	2
8	avenida 11 No 7N-19	Juanambu	2
9	Kra 9 Norte con Calle 45 Norte	Barrio Popular	4
10	Kra 6A y 7 detrás de subestación DISEL 1	Jorge Isaac	4
11	Calle 45 con Kra 9 N, Calle 45 A con Kra 9N al lado del Río Cali	Barrio la Isla	4
12	Kra 2 Calle 26.	Santander	4
13	Kra 2 Calle 44-52.	Manzanares	4
14	Calle 25 K7	Jorge Isaac	4
15	Calle 26 Con Kras 6 Y 7	Jorge Isaac	4
16	Calle 62 entre Kras 1E y 2B	Los Guayacanes	5

En la Red de Salud del Norte se identifican claramente varias zonas de extrema pobreza con grandes riesgos para la salud tales como:

- Áreas que ocupan la margen izquierda del Río Cauca (La Playa, Puerto Nuevo, Brisas del Cauca, Cinta larga y Jarillon)
- Áreas en la margen derecha del Río Cali, (La Isla y Camilo Torres)
- Áreas en las laderas de los cerros tutelares del Norte de Cali (Bataclan, Normandía y altos de Menga).
- Áreas de riesgo social como Petecuy I, Petecuy II, Sector Floralia, jarillon floralia, san marino, Puerto Mallarino y Jarillon Alfonso López, Camilo Torres. · donde se concentran las pandillas y las fronteras de límites invisibles del Micro tráfico.

Esta población se caracteriza además por ser flotante lo cual dificulta su acceso a la seguridad social (SISBEN) y por vivir en condiciones socioeconómicas de extrema pobreza (desempleo, hacinamiento, viviendas inadecuadas, servicios deficientes, exposición a residuos sólidos y a diferentes tipos de contaminación ambiental, factores de riesgo propios del trabajo informal, bajo acceso a educación y a los servicios de salud)

4. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

4.1 Demografía

Santiago de Cali capital del departamento del Valle del Cauca es la ciudad más importante del Suroccidente del país y de la vital cuenca del pacífico colombiano, tiene un área de 562 km² es la segunda ciudad más extensa de Colombia después de Bogotá y la tercera más poblada. La zona urbana de Cali tiene un área de 120 Km², el 25% de la extensión total y se divide en 22 comunas, conformadas a su vez por barrios, urbanizaciones o sectores, con un total a 2015 de 346. Según cifras de proyecciones DANE, originadas en el censo 2005, en 2017 la ciudad de Cali tiene una población total de 2,420.114 personas. La ciudad capital del departamento concentra el 51% de la población total del departamento del Valle del Cauca y tiene una densidad bruta del 42.75. Según datos del Departamento Administrativo de Planeación de Cali, las comunas 6, 13 y 14 concentran la mayor población en ese orden.

Un aspecto destacado de la demografía caleña, y en general del occidente colombiano, es el alto porcentaje de población afro-colombiana, aproximadamente un 27%, lo que hace de Cali una de las urbes latinoamericanas con mayor población de raza negra. La influencia afro-colombiana en la cultura caleña es evidente en los aspectos musicales, por ejemplo, la ciudad es reconocida por sus orquestas de música y salsa.

El Municipio muestra una pirámide poblacional propia de segundo momento de transición demográfica, pero al ver el comportamiento por comuna se encuentran grandes diferencias en la estructura poblacional: comunas con comportamientos típicos de países pobres y comunas cuyo proceso de transición se encuentra muy avanzado, con comportamiento semejante al de países desarrollados, lo que evidencia la coexistencia de diferentes dinámicas demográficas dentro de la misma ciudad.

La Red de salud del Norte, Tiene una superficie de 2.951 m², cinco comunas y una población subsidiada a atender de 110.972 habitantes (20,2%) del total del área de referencia que en total abarca con 548.747 habitantes (Dane)

población	numero	%
población contratada	110972	20,2%
población contributiva	437775	79.8%
población total (Dane)	548747	100

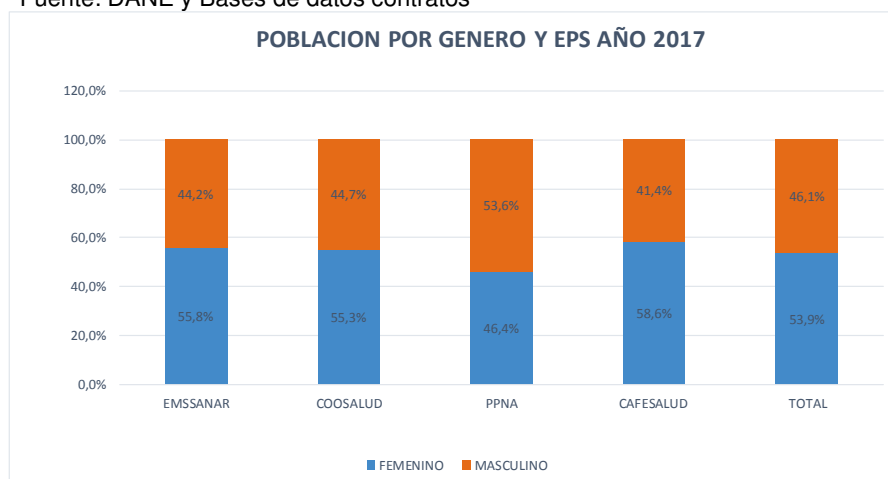
Fuente: DANE y Bases de datos contratos

Revisando la composición por género el 54,1% de su población asignada por el aseguramiento subsidiado es de género femenino 2,7% más alto que el porcentaje de la población del área que es de 52,4%

Distribución de Población según Género. 2017

EPS	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL
Subsidiada+ PPNA	59.814	53,9%	51.158	46,1%	110.972
contributiva	229.794	52,5%	207.981	47,5%	437.775
DANE	289.608	52,8%	259.139	47,2%	548.747

Fuente: DANE y Bases de datos contratos

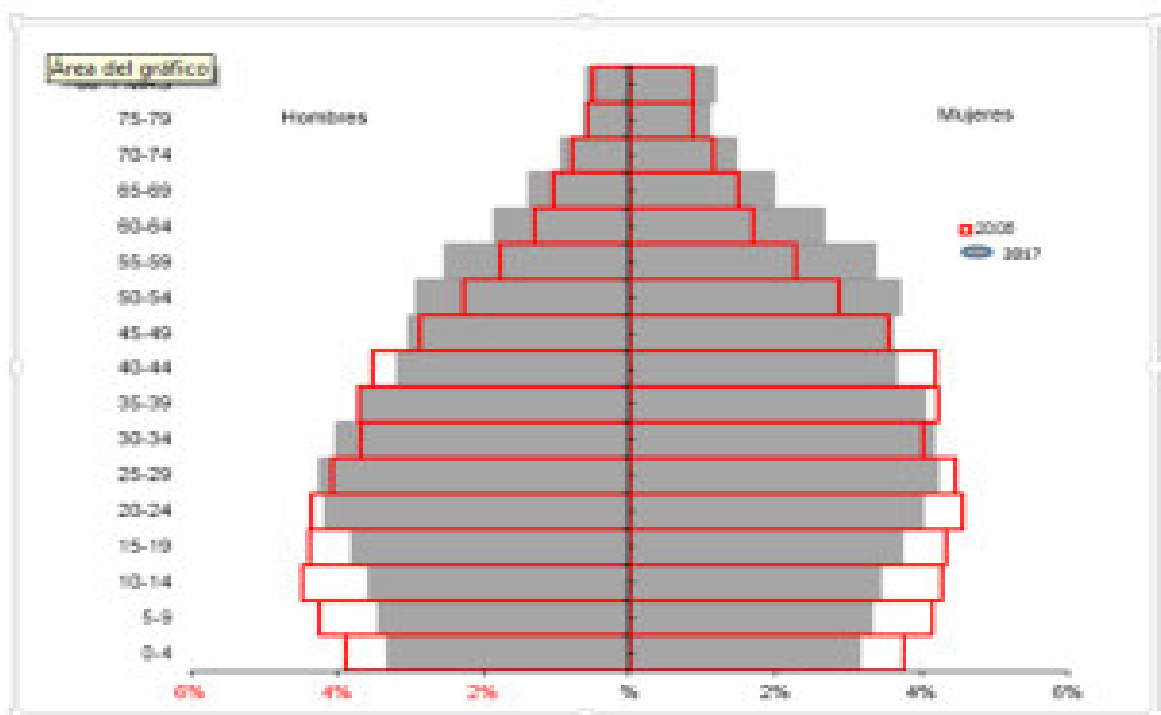


4.2 Estructura poblacional de la Red de Salud del Norte ESE

Al comparar la dinámica poblacional en el periodo 2005 y 2017 se observa que la pirámide poblacional cada vez es de base más constrictiva lo que indica el descenso de los índices de natalidad y el envejecimiento continuo de la población, por tanto su perspectiva de futuro es de descenso y corresponde a países en vía de desarrollo

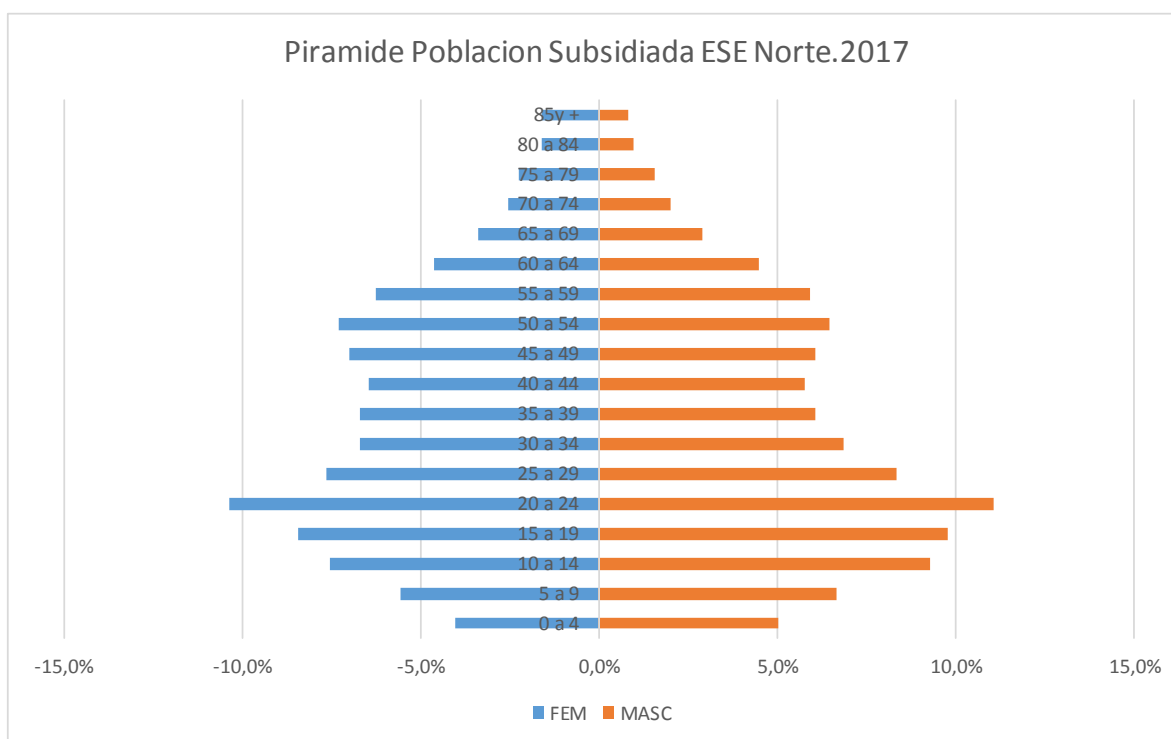
Sin embargo este comportamiento no describe el comportamiento de toda la población en especial las comunas 6 y 7, y considerando que esta población en su mayor porcentaje es contributiva, es necesario hacer un análisis por régimen.

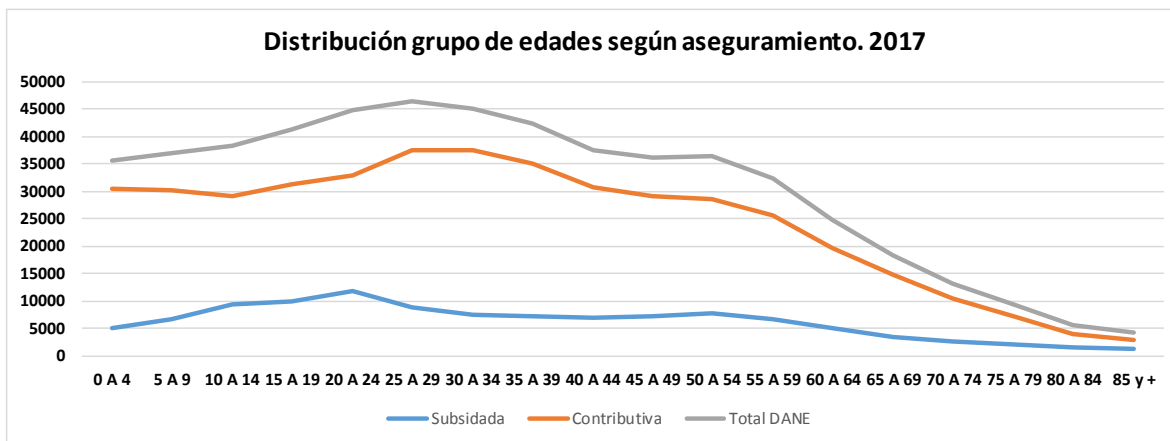
Pirámide Poblacional ESE Norte. 2017



Fuente: Departamento Nacional Estadística DANE

Al analizar el comportamiento población por el régimen subsidiado se encuentra que la pirámide cambia en la composición de sus grupos etéreo mostrando una pirámide constrictiva donde se observa muy baja población infantil y un incremento notorio de la población mayor de de 15 a 49 años , es decir población joven que puede ser intervenida desde el enfoque de APS para disminuir riesgos en edades mayores Adicionalmente se realizó análisis de la distribución de grupos comparativamente encontrando que la diferencia está en los grupos de adultos jóvenes.





5. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

5.1 Índices Demográficos

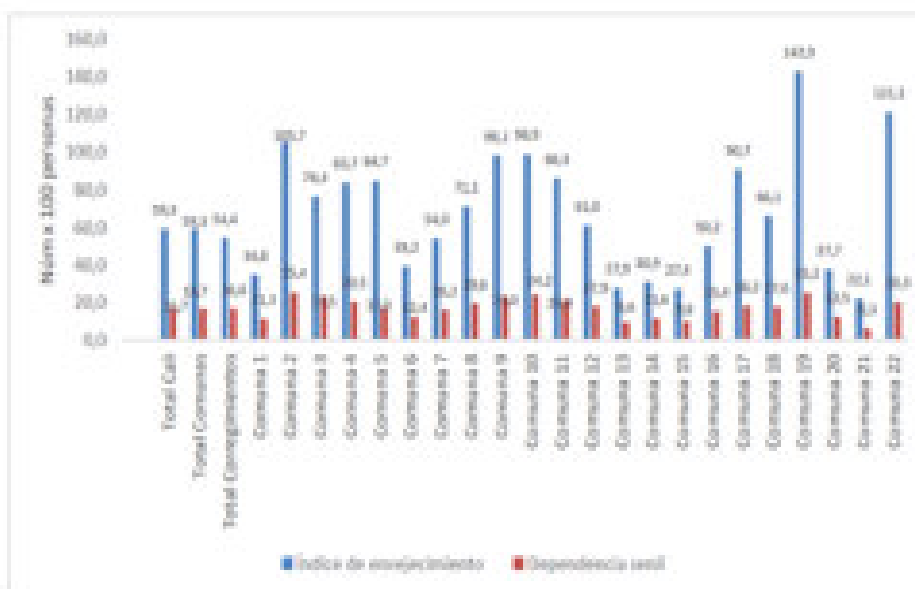
A continuación se detallan los indicadores demográficos realizando un comparativo entre el año 2005 y 2017 lo que evidencia el cambio en la dinámica poblacional de las 5 comunas del área de influencia de la Red de Salud del Norte

Índice Demográfico	Año	
	2005	2017
Población total	516158	548747
Población Masculina	244410	259139
Población femenina	271748	289608
Relación hombres:mujer	90	89
Razón niños:mujer	26	24
Índice de infancia	25	20
Índice de juventud	26	24
Índice de vejez	7	9
Índice de envejecimiento	29	46
Índice demográfico de dependencia	47	42
Índice de dependencia infantil	36	29
Índice de dependencia mayor	11	13
Índice de Friz	113	95

Fuente: DANE

Otro indicador importante es el índice de dependencia por comuna que tomado de la encuesta de empleo y calidad de vida muestra que la comuna 2 es la de más alto índice 105,7, seguida de la comuna 5 con 84,7 y la comuna cuatro con 83,7.

Gráfico 18. Indicadores de dependencia por comuna



Fuente: Encuesta de Empleo y Calidad de Vida 2013

5.2 Tipo de seguridad social en salud

El aseguramiento de la población del área de influencia de la Red de Salud del Norte, presenta unas proporciones que muestran en el tiempo el incremento de la cobertura en salud que se viene adelantando en el Municipio de Cali. Sin embargo comparativamente con el año 2016 se mantiene



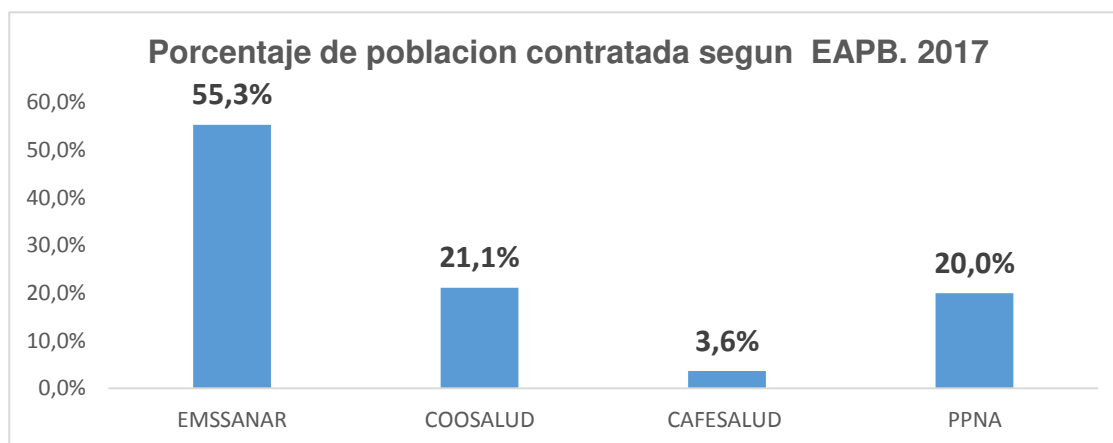
Fuente: DANE y bases de contratos.

Población por Régimen y grupo de edad. 2017					
Edad	Subsidiada	%	Contributiva	%	TOTAL
0 A 4	7.102	1,3	28408	5	35.511
5 A 9	7.410	1,4	29641	5,4	37.051
10 A 14	7.685	1,4	30741	5,6	38.426
15 A 19	8.267	1,5	33068	6,0	41.335
20 A 24	8.980	1,6	35921	6,5	44.901
25 A 29	9.285	1,7	37140	6,8	46.425
30 A 34	8.996	1,6	35982	6,6	44.978
35 A 39	8.455	1,5	33819	6,2	42.273
40 A 44	7.515	1,4	30059	5,5	37.574
45 A 49	7.258	1,3	29032	5,3	36.290
50 A 54	7.268	1,3	29071	5,3	36.339
55 A 59	6.468	1,2	25871	4,7	32.339
60 A 64	4.957	0,9	19827	3,6	24.784
65 A 69	3.663	0,7	14652	2,7	18.314
70 A 74	2.618	0,5	10471	1,9	13.089
75 A 79	1.874	0,3	7496	1,4	9.370
80 A 84	1.097	0,2	4390	0,8	5.487
85 y mas	852	0,2	3408	0,6	4.260
TOTAL	109.749	20,0	438998	80,0	548.747

Fuente: DANE; Bases de datos contratos.

Distribución de población contratada según EAPB .2017

De acuerdo a la población contratada para el periodo 2017, se observa que Emssanar presentan la mayor proporción con el 55.3% seguido por Coosalud con el 21.1% y la PPNA con el 20.3%



5.3 Porcentaje de Usuarios atendidos en EPS y PPNA

RED DE SALUD DEL NORTE USUARIOS ATENDIDOS POR EPS AÑO 2017				
EPS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE
EMSSANAR	21863	32729	54592	43,95
COOSALUD	8004	15237	23241	18,71
MEDIMAS	250	538	788	0,63
PPNA	9203	11382	20585	16,57
CAFESALUD	1301	2345	3646	2,94
OTROS	8743	12614	21357	17,19
	49364	74845	124209	100,0

Fuente: Sistemas RFAST ESE Norte

La proporción de población atendida por régimen muestra que la mayor proporción de usuarios que atiende la ESE Norte corresponden a la EPS Emssanar con un 43.95% en segundo lugar aparece Coosalud con el 18.71%, otros con el 17,19% y la PPNA con el 16,57%, una mínima proporción (2.94%) corresponde a la Eps Cafesalud

6. Tablas de ubicación geográfica de la población. Población por comuna

De acuerdo con la proyección de población realizada por el DANE, la ESE Norte de Cali (comunas: 2, 4, 5, 6, y 7), cuenta para el 2016 con 548.747 que representan el 22.6% de la población total de Santiago de Cali, proporción que se ha mantenido en estos últimos 4 años. Al analizar el porcentaje de cada comuna se observa que la comuna con mayor proporción de población es la comuna 6 con 35,2% seguida de la comuna 2 con 22%, es importante aclarar que la comuna 6 es la comuna más densamente poblada de todo el Municipio. Debido a las condiciones socioculturales de las comuna 6 y 7 son estas las que aportan el mayor número de consultantes a nuestras instituciones pues es donde hay mayor concentración de afiliados al régimen subsidiado y PPNA

POBLACION DANE POR COMUNAS Y GRUPOS DE EDADES AÑO 2017

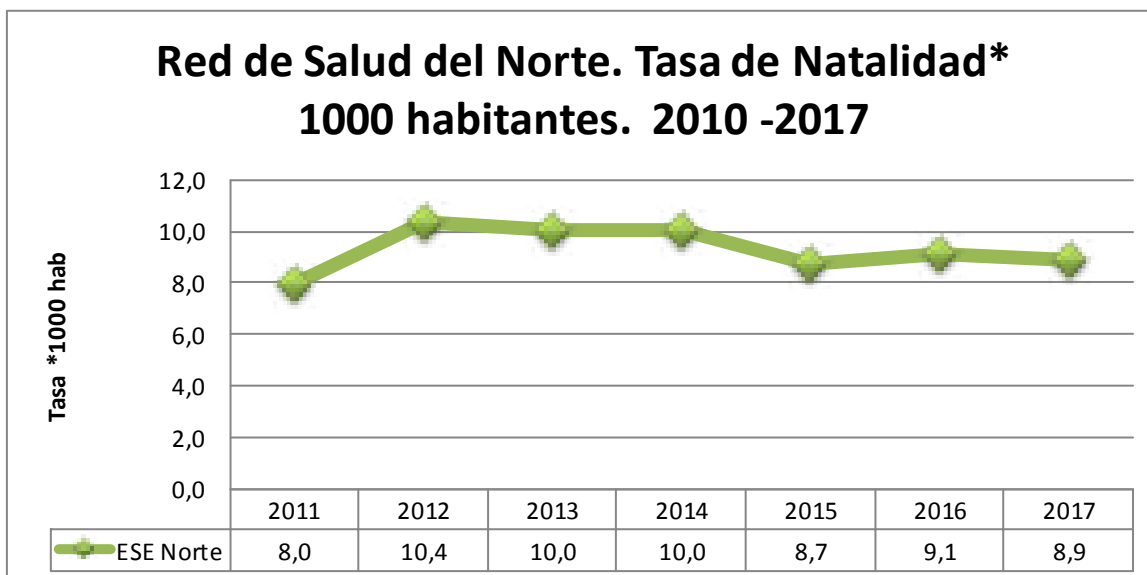
Grupos de edad	COMUNA					TOTAL
	2	4	5	6	7	
Estrato socio economoco	IV	II	III	II	III	
0 a 4	5.666	2.864	6.358	15.942	4.680	35.510
5 a 9	6.032	3.273	7.365	15.640	4.740	37.050
10 a 14	6.136	3.568	7.742	15.693	5.288	38.427
15 a 19	7.246	3.839	8.061	16.709	5.479	41.334
20 a 24	8.266	4.207	9.230	17.520	5.679	44.902
25 a 29	9.621	4.102	9.998	17.062	5.643	46.426
30 a 34	9.030	4.032	10.335	15.865	5.716	44.978
35 a 39	8.725	3.809	9.992	14.253	5.494	42.273
40 a 44	8.027	3.683	8.852	12.277	4.734	37.573
45 a 49	8.413	3.652	7.873	12.118	4.234	36.290
50 a 54	8.925	3.645	7.853	11.822	4.094	36.339
55 a 59	8.446	3.236	6.932	9.961	3.763	32.338
60 a 64	7.263	2.668	4.869	6.873	3.111	24.784
65 a 69	5.613	2.054	3.274	4.669	2.704	18.314
70 a 74	4.247	1.552	2.234	2.988	2.068	13.089
75 a 79	3.302	1.218	1.521	1.833	1.497	9.371
80 a 84	1.988	722	837	1.138	802	5.487
85y +	1.616	614	600	851	580	4.261
TOTAL	118.561	52.740	113.927	193.214	70.305	548.747
PORCENTAJE	22	9,6	20,8	35,2	12,8	100,0

Fuente: DANE.

7. Tasa Bruta de Natalidad.

Indica el número de nacimientos por cada 1000 habitantes durante un período determinado. Al analizar el periodo 2010 - 2017, se observa que después de tres años consecutivos el indicador vuelve a decrecer presentándose 8.9 nacidos vivos por cada 1000 habitantes., que comparativamente con el año 2016 permanece estable.

En cuanto al análisis por comuna se observa que la tasa de natalidad de la comuna 5 se conserva como la más baja, mientras las comuna 4 y 7 son las que presentan el mayor número de nacidos vivos por cada 1000 habitantes conservando esta tendencia a través del tiempo.

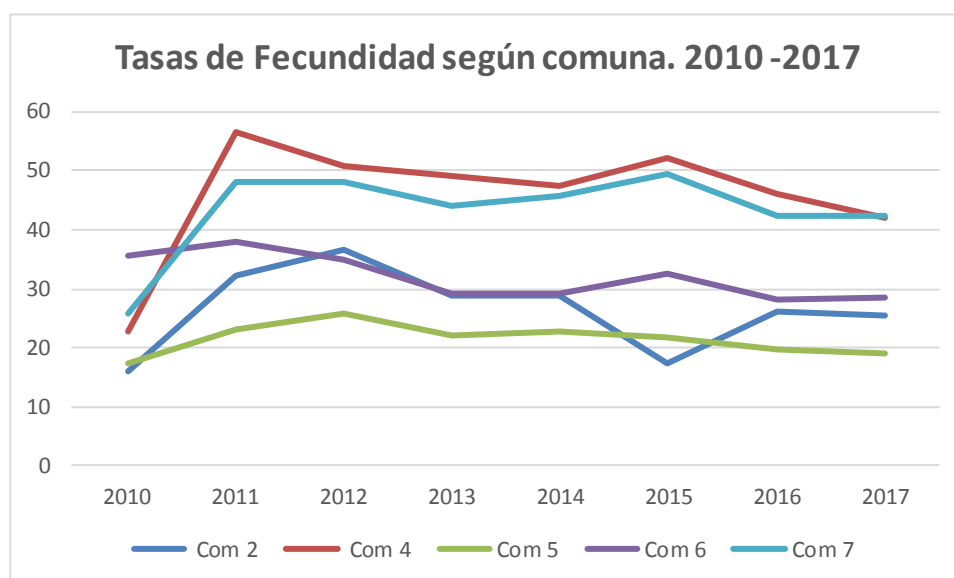


Fuente: Estadísticas Vitales SSPM Epidemiología ESE Norte

La tasa de Natalidad para Cali durante el 2016 y 2017 fue de 11 NV * 1000 habitantes, lo que muestra que en el área de influencia de la ESE Norte este indicador permanece por debajo del Municipio.

8. Tasa general de Fecundidad.

Históricamente las tasas de fecundidad por comuna durante el periodo 2010-2017 se observa que las comunas 4 y 7 presentan las tasas más altas para ambas comunas, mientras que la comuna 2 presenta el valor más bajo, lo cual es importante en términos demográficos que permitan orientar las intervenciones en salud pública a esta población

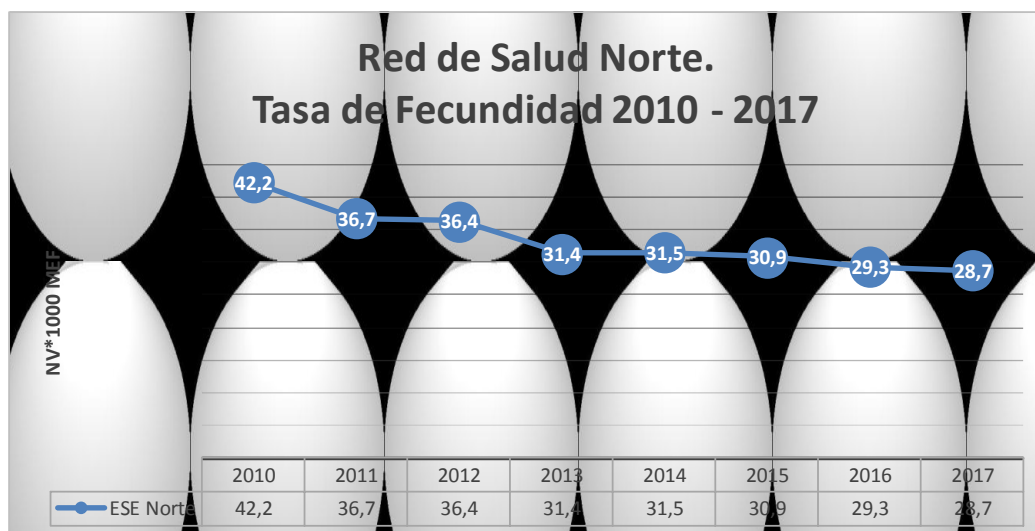


Red de Salud del Norte								
Tasa de Fecundidad * 1000 MEF								
Comuna	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2	15,9	32,4	36,6	28,8	28,8	17,2	26,1	25,4
4	22,7	56,7	50,8	49,1	47,4	52,3	46,0	42,2
5	17,4	23,1	25,7	22,2	22,6	21,7	19,8	18,9
6	35,5	38,0	34,8	29,1	29,3	32,6	28,1	28,6
7	25,7	48,3	48,0	44,0	45,9	49,3	42,3	42,5
ESE Norte	42,2	36,7	36,4	31,4	31,5	30,9	29,3	28,7

Fuente: Estadísticas Vitales SSPM Epidemiología ESE Norte

Al realizar un comparativo de la tasa general se observa que durante el 2010 se presentaron 42 nacimientos (NV) por cada 1000 mujeres en edad fértil (MEF) y para el 2011 y 2012 el indicador disminuyó conservando la misma tendencia con 36 NV*1000 MEF para 2011 y 37 NV*1000 MEF para el 2012 y para el año 2013 se observa una disminución más marcada con un valor de 31 NV * 1000 MEF al igual que para el año

2014, para el año 2016 se presentó una tasa de 29.3 NV *1000 MEF. Y en 2017 de 28.7 NV *1000 MEF. Se observa que a través del tiempo una leve tendencia a disminuir.



Fuente: Estadísticas Vitales SSPM Epidemiología ESE Norte

9. Esperanza de Vida

La mortalidad está íntimamente relacionada con la variable edad y no se distribuye de una manera equitativa y al azar entre los diferentes grupos. Existe una incidencia de mortalidad mayor en los grupos de edades menores y en las personas adultas mayores. En general las probabilidades de morir son altas en los primeros años de vida y se reducen rápidamente hasta alcanzar niveles muy bajos entre los adolescentes (10 a 14 años) y luego comienza a aumentar gradualmente entre los adultos. Las probabilidades de morir aumentan rápidamente con la edad hasta alcanzar sus valores más altos entre los grupos de mayores de 60 años. Sin embargo, no se debe restar importancia al conocimiento de los grupos poblacionales considerados de menor riesgo de morir, como es el caso de los jóvenes, los cuales también presentan problemas característicos de salud, que sin el debido tratamiento pueden constituirse en grandes problemas de salud pública

Actualmente, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo, se ha registrado un importante ascenso en las defunciones de esta población. Importantes investigaciones resaltan el hecho de que la incidencia de enfermedades como el SIDA, vienen atacando principalmente y de manera acelerada a los jóvenes, y que la agudización del conflicto

social en diferentes áreas se ha manifestado con el aumento del número de muertes violentas, como accidentes de tránsito, homicidios y suicidios.

La Esperanza de Vida constituye una medida de impacto real – observado en el período analizado de una causa de muerte específica sobre la esperanza de vida al nacer. Para la población del área de influencia de la Red de Salud del Norte la EV al nacer para el año 2016 es de 81,8 años, observándose un aumento para el 2017 a 83,8 si desagregamos por género se observa que las mujeres tienen mayor EV al nacer con 89,7 años que los hombres cuyo cálculo da como resultado 78,3 años, este comportamiento se evidencia a través de todos los grupos de edad, lo cual demuestra que el género masculino está más expuesto a situaciones o eventos que pueden incidir en la pérdida de la vida, como es el caso de la violencia.

A continuación se detalla la tabla de Esperanza de Vida para la población del área de influencia de Red de Salud el Norte desagregado por la variable edad y género.

Grupo de edad	Red de Salud del Norte		
	Esperanza de vida 2017		
	Masc.	Fem.	Total
0-4	78,3	89,7	83,1
5-9	74,5	86,2	79,5
10-14	69,6	81,2	74,5
15-19	64,6	76,3	69,6
20-24	59,7	71,7	64,8
25-29	54,7	67,0	59,9
30-34	49,9	62,4	55,2
35-39	45,0	57,6	50,4
40-44	40,2	52,9	45,6
45-49	35,4	48,2	40,9
50-54	30,6	43,5	36,1
55-59	26,0	39,0	31,5
60-64	21,5	34,6	27,1
65-69	17,1	30,5	22,8
70-74	13,0	26,7	18,8
75y +	9,3	23,3	15,2
TOTAL	78,9	90,3	83,8

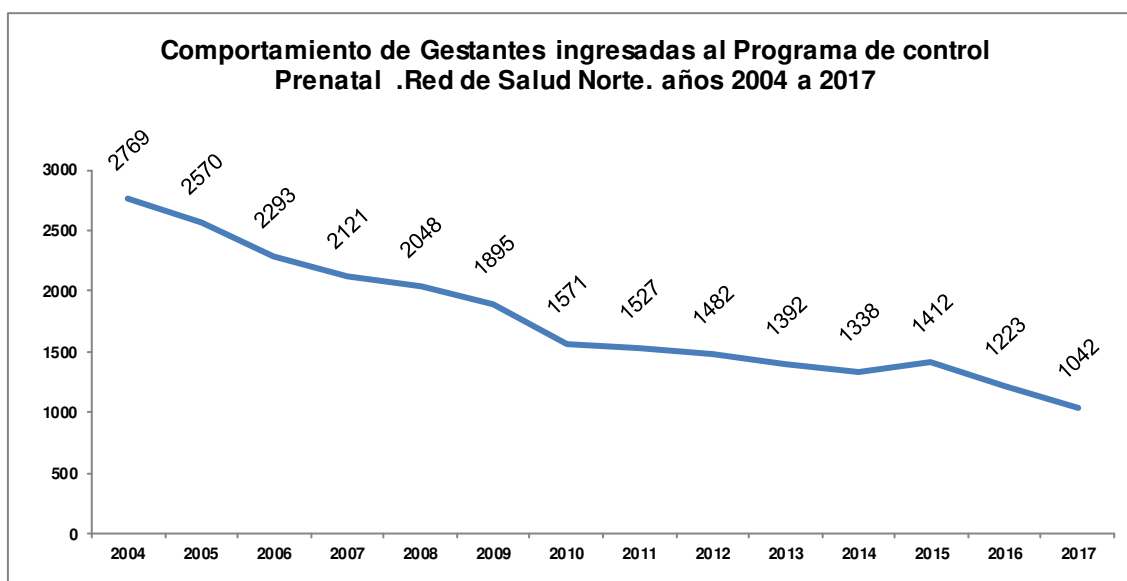
Fuente: Estadísticas Vitales SSPM

10. Coberturas de Programas de Promoción y Prevención

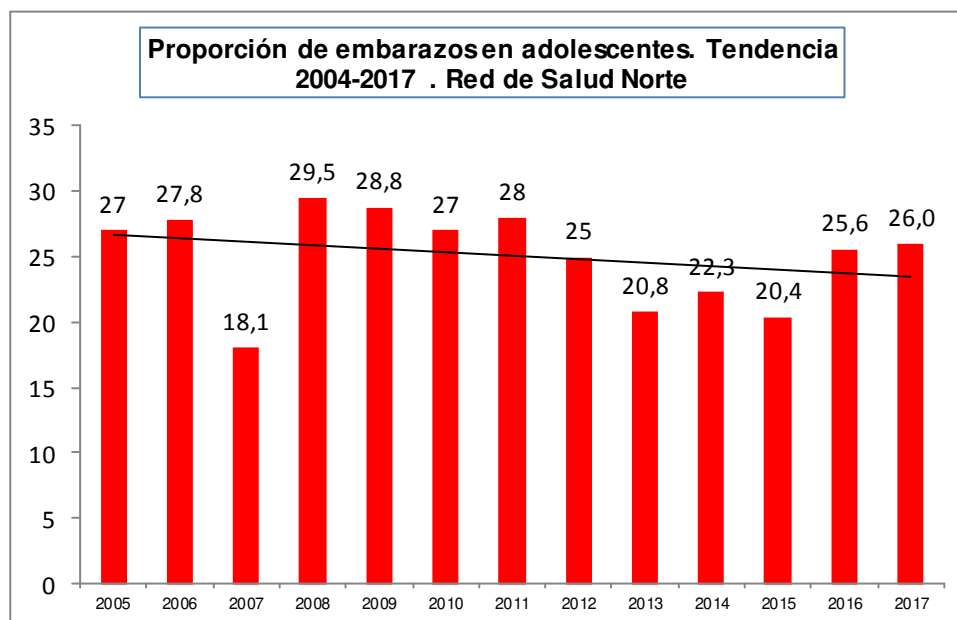
La Red de salud del Norte ha enfocado sus acciones en el área de la salud sexual y reproductiva se ha fortalecido el programa de detección de alteraciones del embarazo, el propósito ha sido impactar en la disminución de la tasa de embarazos en toda la población cubierta con especial interés en las adolescentes (mujeres menores de 19 años) para el logro de este propósito se enfocó todos los esfuerzos en el programa de planificación familiar en todas las IPS de la red. Y para enfocarse en la prevención de embarazo en adolescentes se fortaleció la estrategia de servicios amigables a los jóvenes. Se presenta a continuación los indicadores de seguimiento de las tres estrategias trabajadas.

10.1 El Control Prenatal

En cuanto al programa de Gestantes, en la ESE Norte a través de los años muestra una reducción en los embarazos, pues en el 2006 el número de inscritas fue de 2293, la cual se ha reducido notablemente a 1042 para el 2016 presentando una tendencia a disminuir en los últimos cuatro años. Con respecto a la inscripción de la gestantes en el primer trimestre se observa mejoría en la captación pasando del 39% en el 2004 al 87.7% para el 2016, observándose una tendencia al incremento en los últimos 3 años lo cual impacta positivamente los indicadores de MM y MME



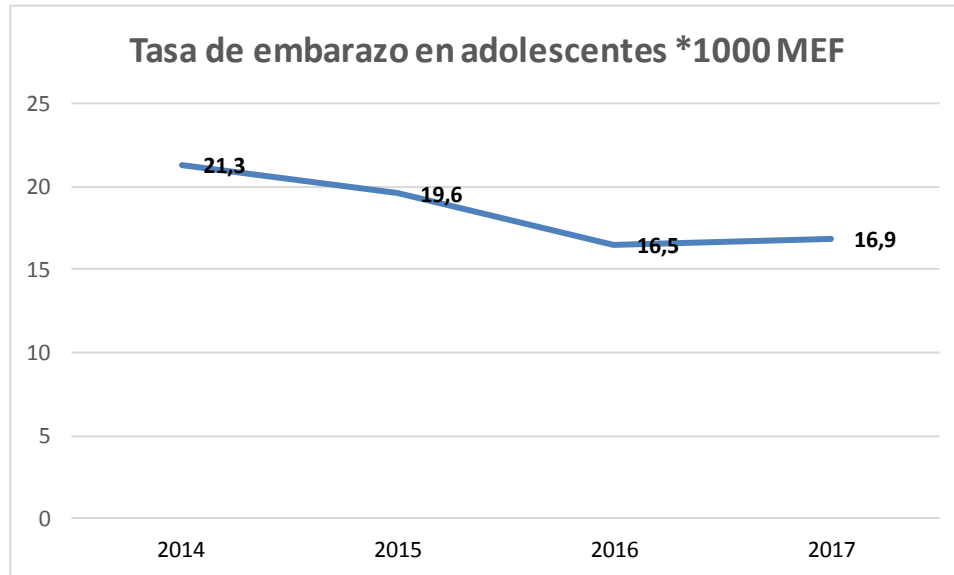
Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte



Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

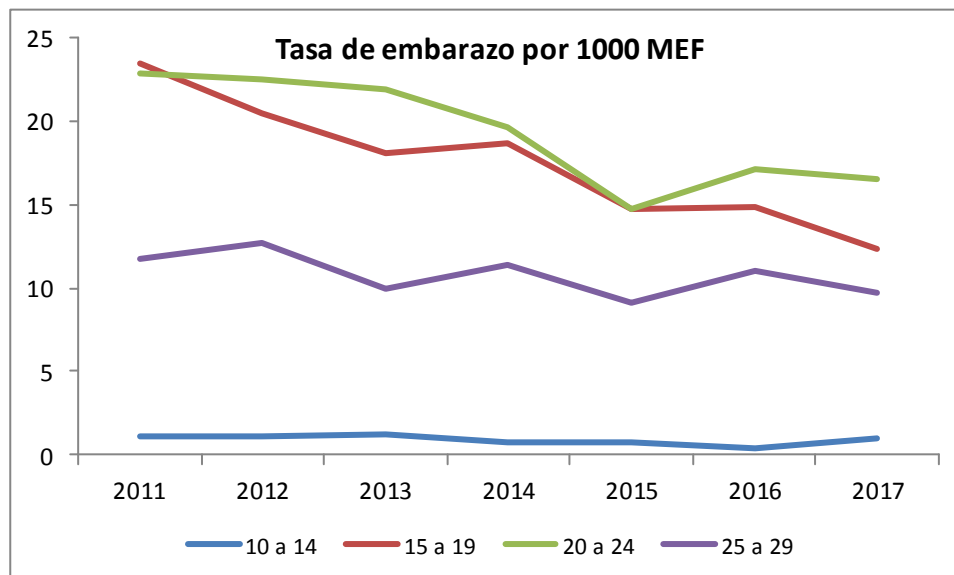
La proporción de embarazos adolescentes en el tiempo ha ido disminuyendo pasando de un 25% en el 2012 a un 20.4% en el 2015, sin embargo para los años 2016 y 2017 se observa un leve incremento, manteniéndose estable durante estos dos últimos años.

Con respecto a la tasa de embarazo en adolescente se observa una tendencia estable siendo para el 2016 de 16.5 gestantes por cada 1000 mujeres entre 10 y 19 años y para 2017 de 16.9%



Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

En la gráfica siguiente muestra la tasa de embarazos de acuerdo a los grupos de edad, en donde se evidencia que las mujeres de 20 a 24 años presentan el mayor número de embarazos seguidas por el grupo de 15 a 19 años, sin embargo en todos los grupos de edad se observa una tendencia a disminuir para el año 2017 contrario al año anterior

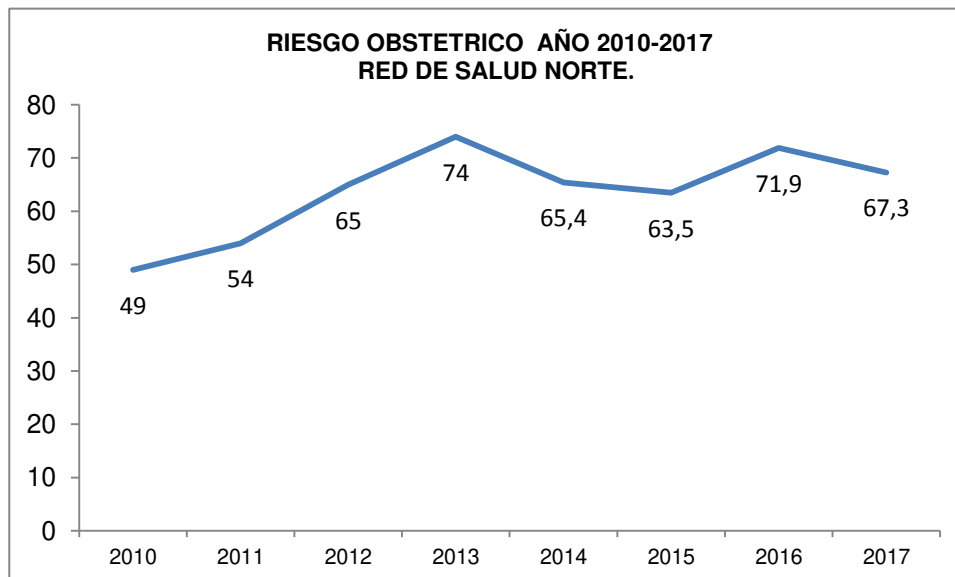


Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

Con respecto a la captación de las gestante de alto riesgo que el 2006 se captó el 20% de mujeres gestantes con ARO, cifra que mejoró notablemente pasando a 74% en el 2013, 65.4% en 2014 y 63.5% para 2015 manteniéndose estable en los dos últimos años. En el año 2016 se notó un leve incremento a 71,9%, contrario al 2017 donde se presentó una leve disminución a 67.3%

A la fecha se está trabajando fuertemente en el mejoramiento en la calidad de atención a la gestante como política y directriz de la SSPM con lo cual se espera mejorar los indicadores y garantizar embarazos saludables con RN sanos.

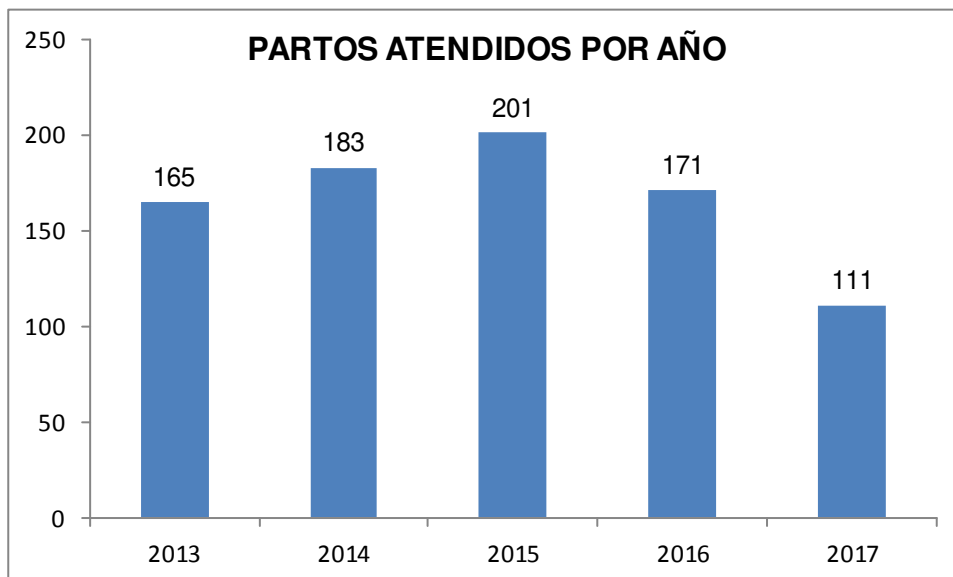
A continuación se presenta gráficamente los datos anteriormente descritos



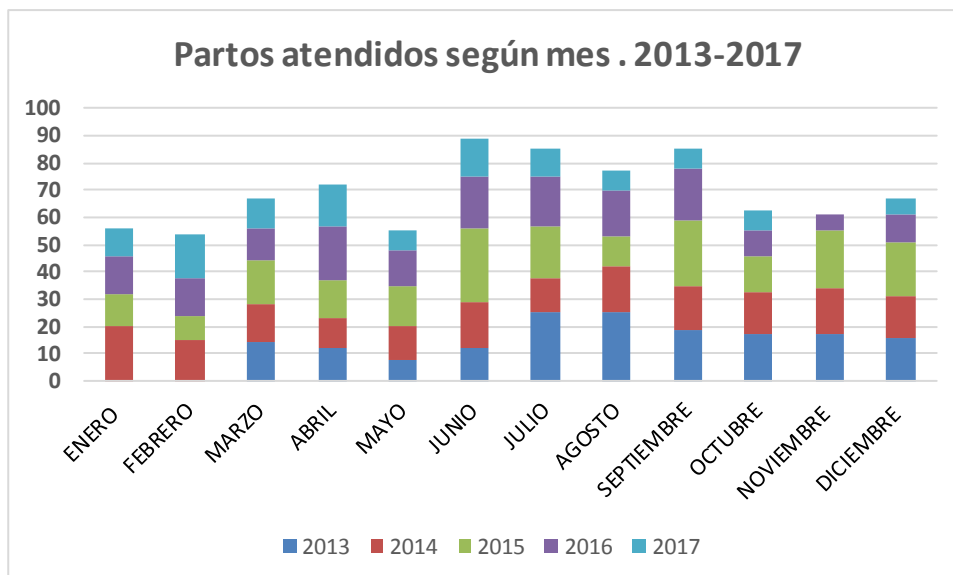
Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

10.2 Partos

El comportamiento del servicio de Partos del Hospital Joaquín Paz Borrero mostró un incremento entre el año 2013 al 2015 del 20% pero durante el año 2016 se presentó una disminución de 30 partos (un 15%) en relación con el año anterior. Esta tendencia continua en el 2017 donde se observa que se atendieron 60 partos menos que el año anterior lo que representa un 36% menos, esto como consecuencia de los la clasificación de muchas de las gestantes como ARO que deben ser atendidas en un nivel superior de atención y también debido a que durante el mes de Octubre de 2017 por arreglos locativos

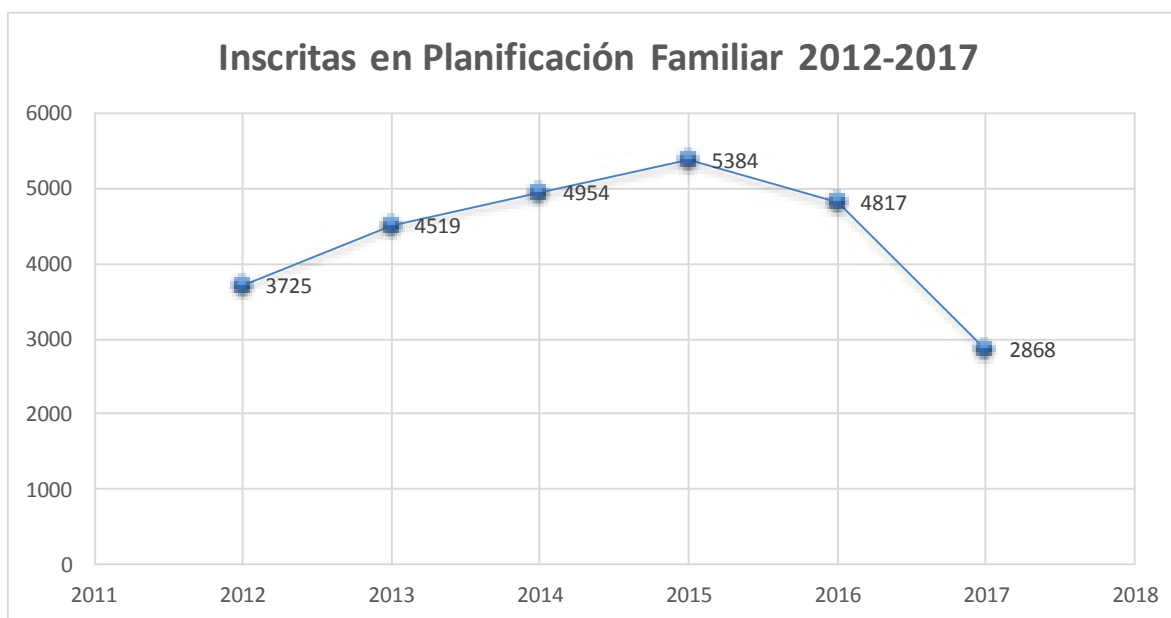


Fuente: Sistema de Información RFAST ESE Norte

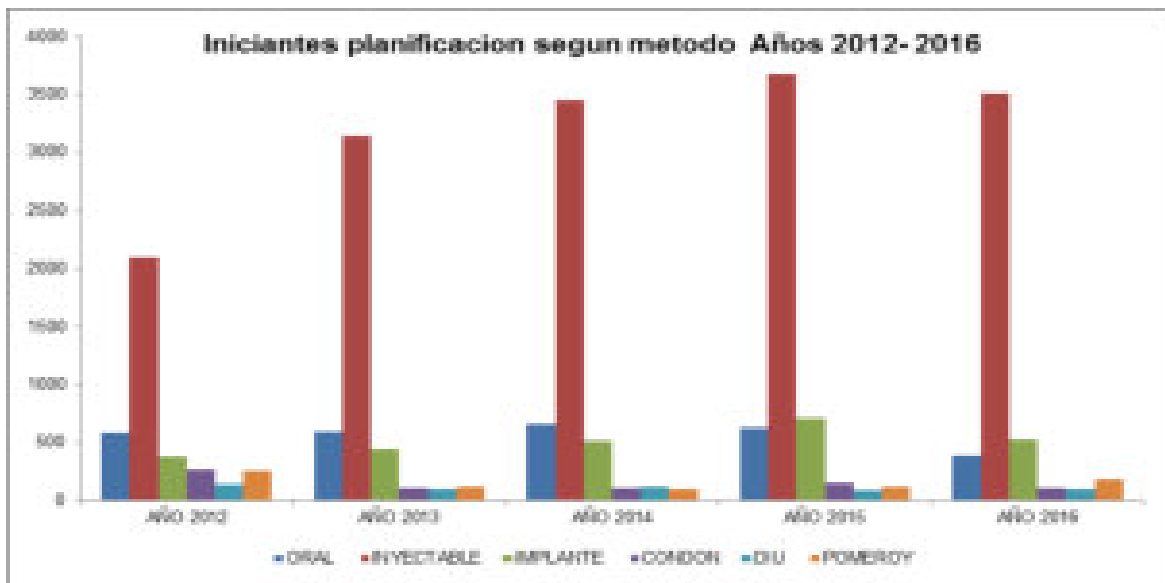


10.3 Planificación Familiar

En cuanto a las coberturas de Planificación Familiar se observa que se han cumplido de acuerdo a las metas anuales pasando de un 38.5% en el 2010 a más del 100% en el 2011. Para el 2012 se cumplió con el 91.8% de cobertura. Para el año 2013, 2014 alcanzó el 100% y para 2015 superó esta cifra, sin embargo en el año 2016 se observa una leve disminución explicada por el tipo de método de larga duración al igual que para el 2017 donde se observa una caída con solo 2868 personas inscritas pues cada año se incrementa el uso del implante subdérmico y la cirugía pomeroy. Esto como consecuencia del trabajo que se realiza desde las líneas de Salud sexual y reproductiva, Servicios amigables del Joven y la educación continua que se da sobre el tema tanto en el sector salud como en educación.



Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

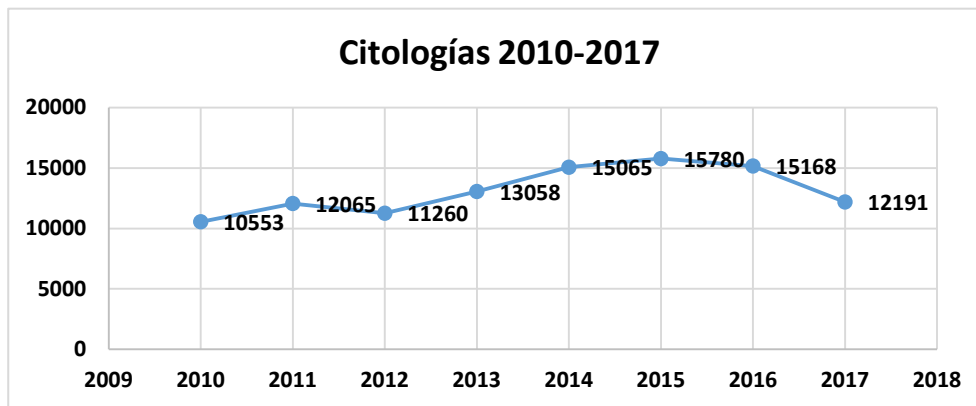


Fuente: Programa Salud Sexual Reproductiva. ESE Norte

Con respecto a la iniciación del método de PF, es más frecuente el método inyectable. El anticonceptivo oral y el implante sub dérmico se encuentran en el segundo lugar entre las preferencias de las mujeres que consultan los servicios de PF y la cirugía pomeroy ha ido disminuyendo a pesar que como método definitivo tiene grandes beneficios, probablemente porque la población gestante que nos consulta en su gran mayoría son mujeres entre los 15 y 24 años quienes aún tienen mayor probabilidad de tener más hijos.

10.4 Citologías

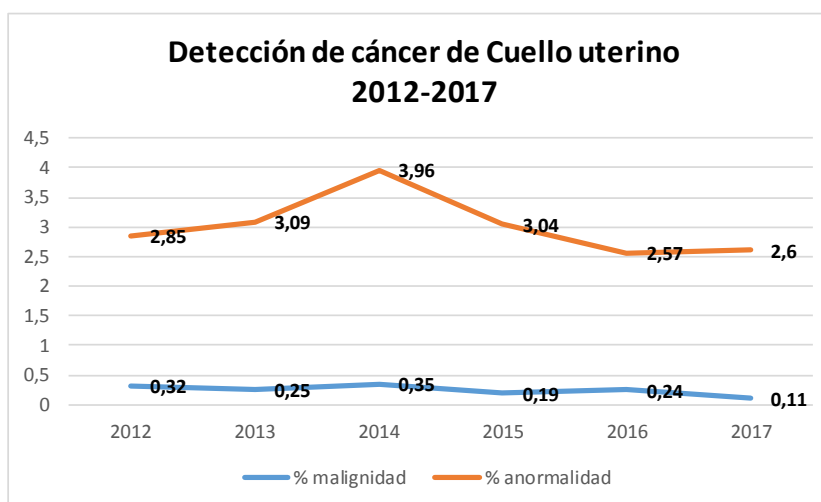
El comportamiento de la citología como método de diagnóstico de prevención de cáncer de cuello uterino también ha tenido un incremento en la cobertura desde el 2010 con un porcentaje de 27%, incrementándose hasta el 87% en el 2016, sin embargo para el 2017 se observa una disminución en un 20% de las tomadas el año anterior, esto se compensa con el tamizaje de VPH que se inició a partir de este año.



Fuente: Sistema de Información RFAST ESE Norte

Para las coberturas en citología, se observa que se mantiene una tendencia estable con un promedio de 10617 por año, presentándose 11260 para el 2012 13508 para el 2013, 15065 para el 2014 y 15168 para él y para el 2017 se tomaron 12191, se observa una tendencia a disminuir pero esto se justifica ya que a partir del 2017 se inició el tamizaje de VPH, actividad que arrojó 2249 mujeres tamizadas.

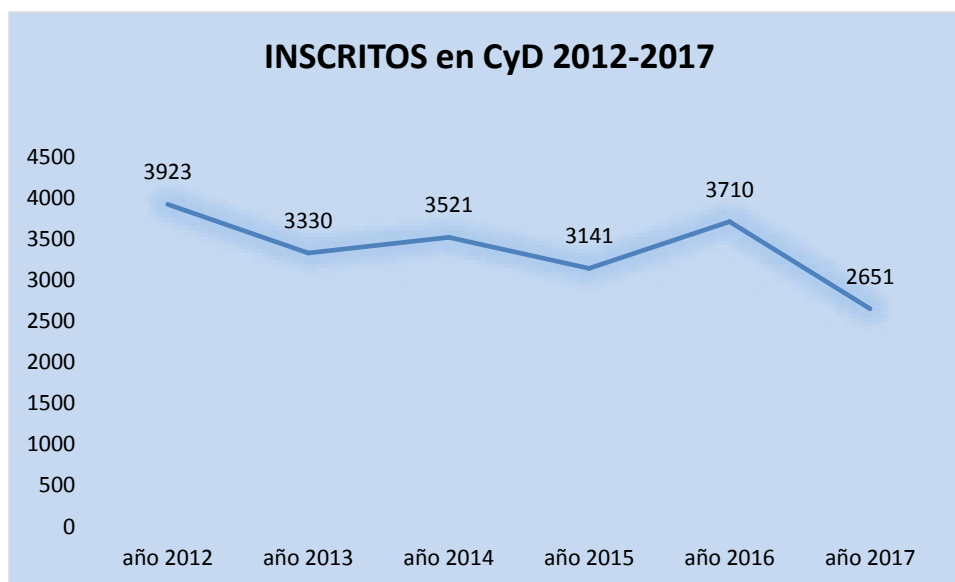
En cuanto a la eficiencia del indicador para detectar las mujeres con alteración se encontró que para el periodo el porcentaje de anormalidad paso de 2,85% en el 2012 a 2,6% en el 2017 y el porcentaje de malignidad que se interpreta como la proporción de mujeres que al tener su citología alterada, esta es por una lesión maligna para el periodo fue de 0,32% en el 2012 a 0,11% en el 2017.



Fuente: Laboratorio ESE Centro

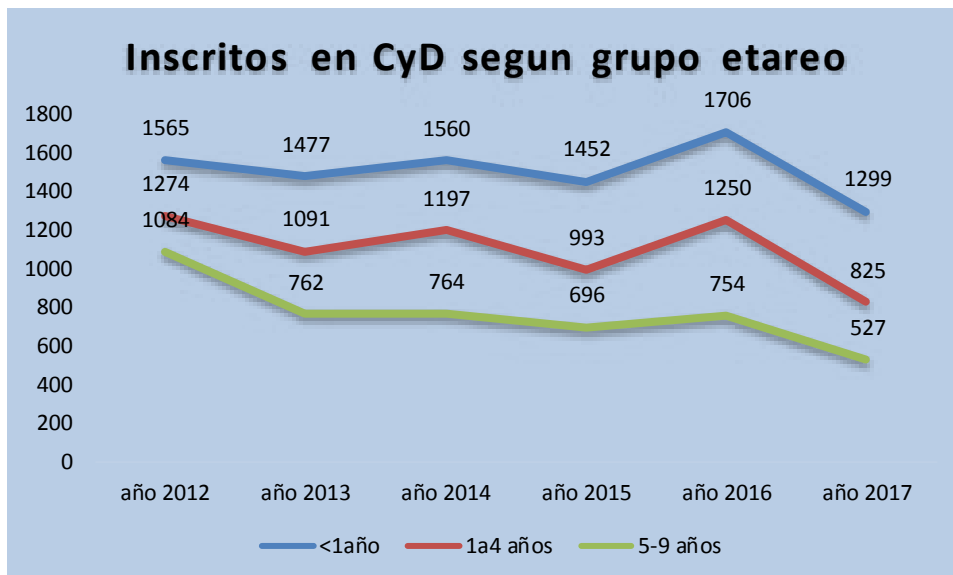
10.5 Crecimiento y Desarrollo

Durante el periodo de análisis se observa que la tendencia con respecto a la inscripción en el programa de crecimiento y desarrollo permanece estable a través del tiempo con un promedio para el periodo de 3379 niños. Comparativamente con el año anterior se observa una disminución de los niños inscritos que puede deberse a la fluctuación de las poblaciones hacia el régimen contributivo.



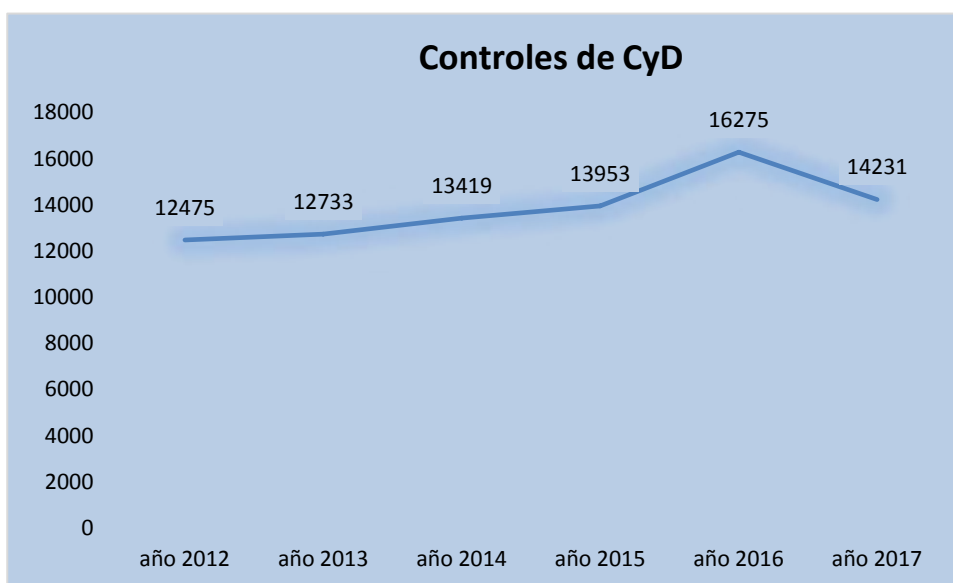
Fuente: Sistema de Información RFAST. Programa Niño .ESE Norte

Del total de inscritos durante el 2017 en el programa de crecimiento y desarrollo la mayor proporción correspondió a los menores de 1 año con el 49% superando la proporción de 2016 que fue de 46.2%, seguido por los niños de 1 a 4 años con el 31.1% y por último los niños del grupo de 5 a 9 años con el 19%.



Fuente: Sistema de Información RFAST. Programa Niño .ESE Norte

Con respecto al número de controles realizados durante el periodo 2012 – 2017, se observa una tendencia al incremento pasando de 12475 a 16275 hasta el año 2016, sin embargo durante el 2017 se observa una disminución en el indicador lo cual se debe intervenir con estrategias de demanda inducida y APS

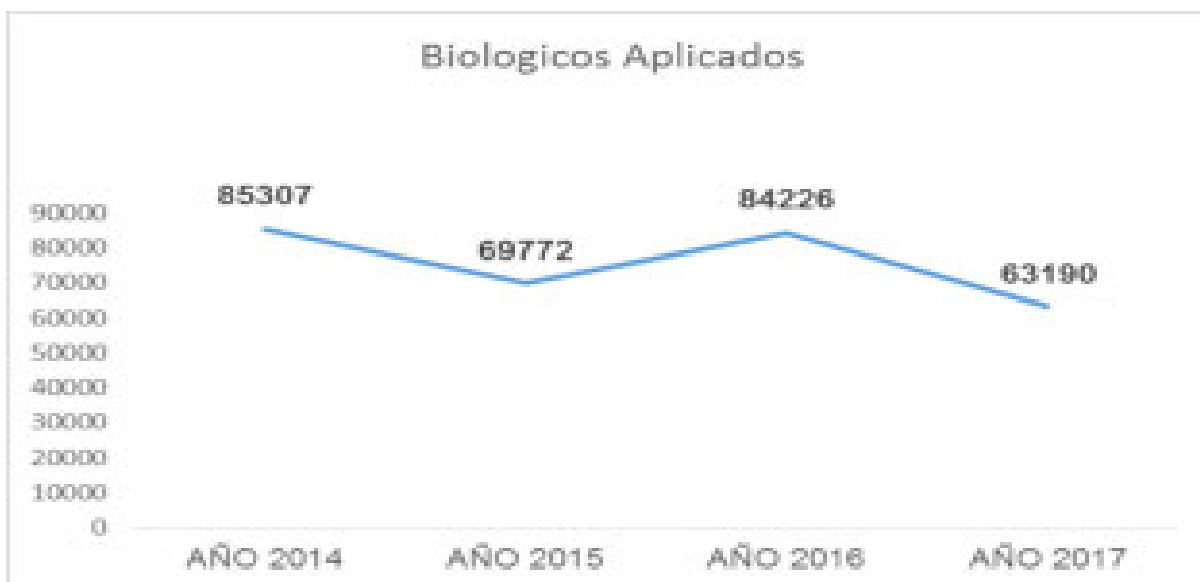


Fuente: Sistema de Información RFAST. Programa Niño .ESE Norte

10.6 Coberturas de Vacunación

Descripción de la población vacunada

La Red de Salud del Norte en el año 2017 colocó 63190 dosis de biológico, en el año 2016 69836 dosis de biológicos, el año 2015, 69772 dosis y en el año 2014 logró colocar 85307 dosis, al revisar la producción se encontró un promedio para el periodo de 75.623 biológicos/año, este comportamiento se ve afectado por la variabilidad en las dosis que se aplican en las jornadas y proyectos especiales durante cada año, por ejemplo ha reducido la aplicación de la vacuna VPH en los colegios del área, pero ha surgido para el año 2016 y 2017 proyectos con vacunas no PAI, que han incrementado la producción en 6.000 unidades año. Para el cierre del año 2017 quedó un remanente de vacuna por registrar de vacuna no PAI que se ingresa en el primer trimestre del año 2018, Esta situación explica el menor número de biológicos en comparación con el periodo descrito.



Fuente: Sistema de información RFAST

Coberturas poblacionales

Para la evaluación de coberturas de vacunación se ajustó la población dada por los contratos de las Empresas administrados del Plan de Beneficio de cada contrato y se ajustó según las proyecciones del DANE entregadas por la Secretaria de salud Pública

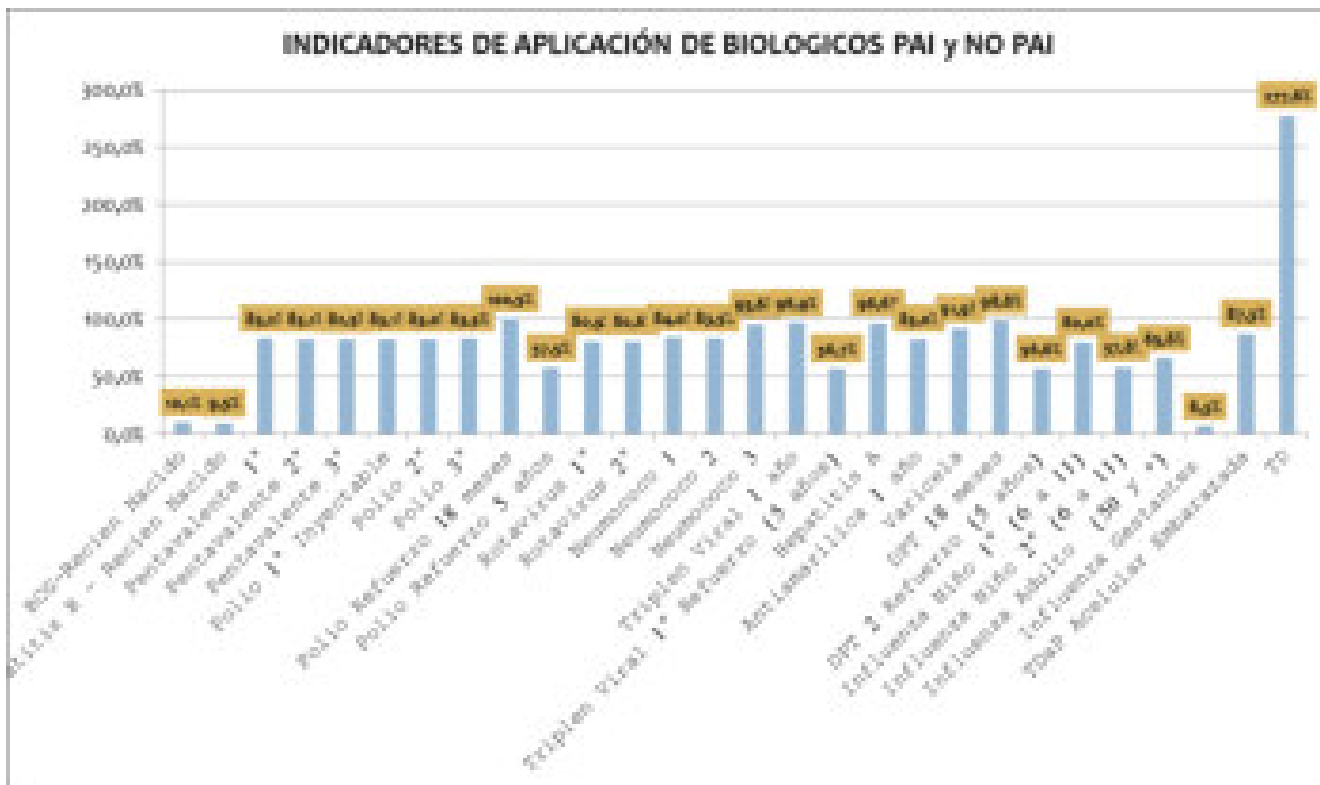
Municipal. Sin embargo es importante apuntar que revisando el proceso de aplicación de biológicos en donde se tiene vacunación sin barreras y se vacuna en toda la ciudad los datos del programa institucional nos permiten evaluar productividad más que coberturas y en tal caso los monitoreos rápidos de cobertura realizados en el programa son los que nos permiten conocer la cobertura poblacional de cada biológico

Se presenta el cuadro de indicadores de aplicación de biológicos PAI y no PAI que se produce del registro diario de vacunación en el cual se observa que los biológicos del esquema ya han alcanzado coberturas de eficiencia superiores al 95%, en el caso de la vacuna BCG del RN es importante tener en cuenta que solo se vacunan los recién nacidos cuyo parto es atendido en el HJPB y que la verdadera cobertura la mide el monitoreo de la ciudad. Se destacan que las vacunas del menor de un año sobrepasan los niveles de coberturas útiles tomando como denominador la población de los contratos. Las coberturas más bajas están en las vacunas de influenza de niños y gestantes, así como la de TD a celular que solo se maneja por proyectos especiales y estacionalidad. Es muy llamativo el descenso de aplicación de la vacuna VPH en la población general.



Fuente: Registro Nominal Pai- SSPM

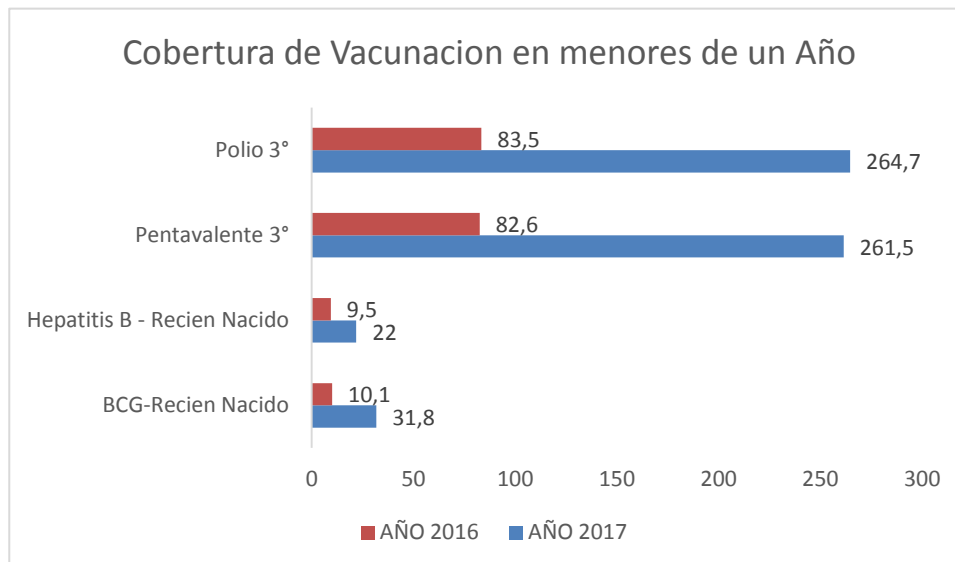
Se muestra el comportamiento de los indicadores de cobertura con biológicos del año 2016 en el cual se observa que las coberturas estaban en niveles más bajos.



Fuente: Registro Nominal Pai- SSPM

Cobertura de vacunación en menores de un año.

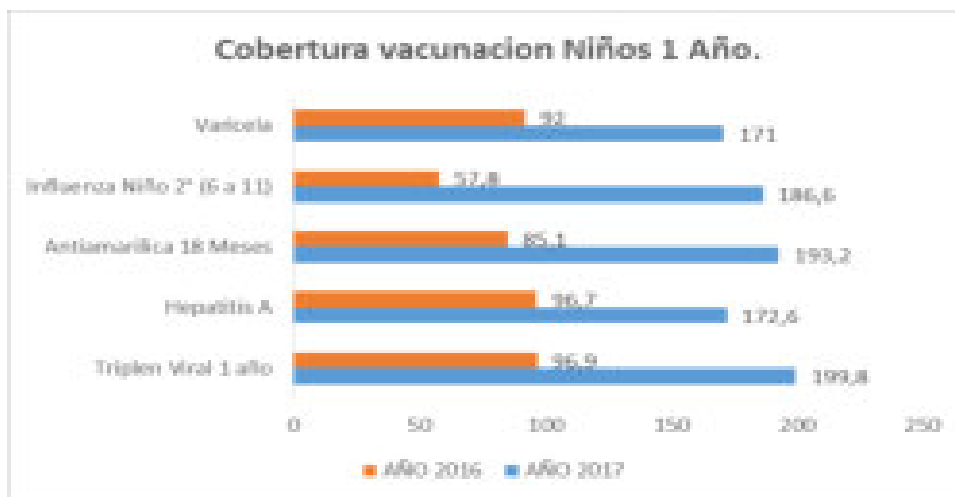
La evaluación de coberturas en menores de un año se hizo con los registros de vacunados en el registro diario, esto es una cobertura Institucional que nos permite observar coberturas para todos los biológicos con valores superiores al 200% esto en razón a las estrategias extramurales y al ajuste de las poblaciones de los contratos. y la más baja es la BCG del recién nacido que está en 31.8%, esto en razón a que la aplicación de esta vacuna está ligada a la atención del parto y nuestra institución atiende una baja proporción de partos catalogados como sin complicación



Fuente: Registro diario de Vacunación SSPM

Cobertura de vacunación en niños de un año.

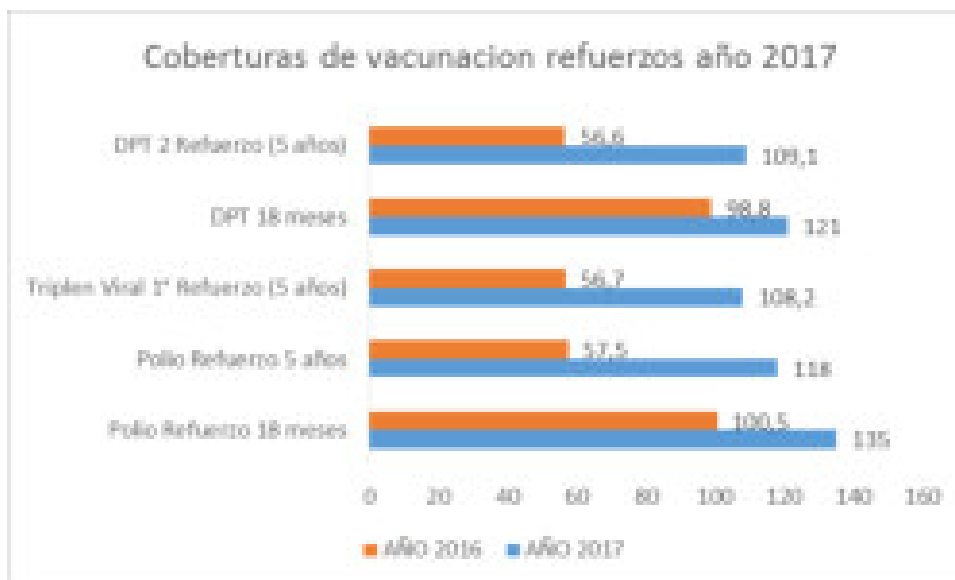
La evaluación de coberturas en niños de un año reporto coberturas útiles (>95%) para los biológicos como hepatitis A, triple viral de un año y influenza, las coberturas de anti amarilica e influenza que estuvieron por debajo del esperado, 80.4 y 95% en el año 2016, para el año 2017 mejoraron su comportamiento.



Fuente: Registro diario de Vacunación SSPM

Cobertura de vacunación con refuerzos a los 18 meses y cinco años

La evaluación de coberturas de refuerzos de los biológicos reporto coberturas por debajo de los niveles de utilidad (<95%) para los refuerzos de polio, y triple viral En el año 2016 pero para el año 2017 se observó unos niveles superiores al 100%.



Fuente: Registro diario de Vacunación SSPM

Fuente: Registro diario de Vacunación SSPM

11. Morbilidad

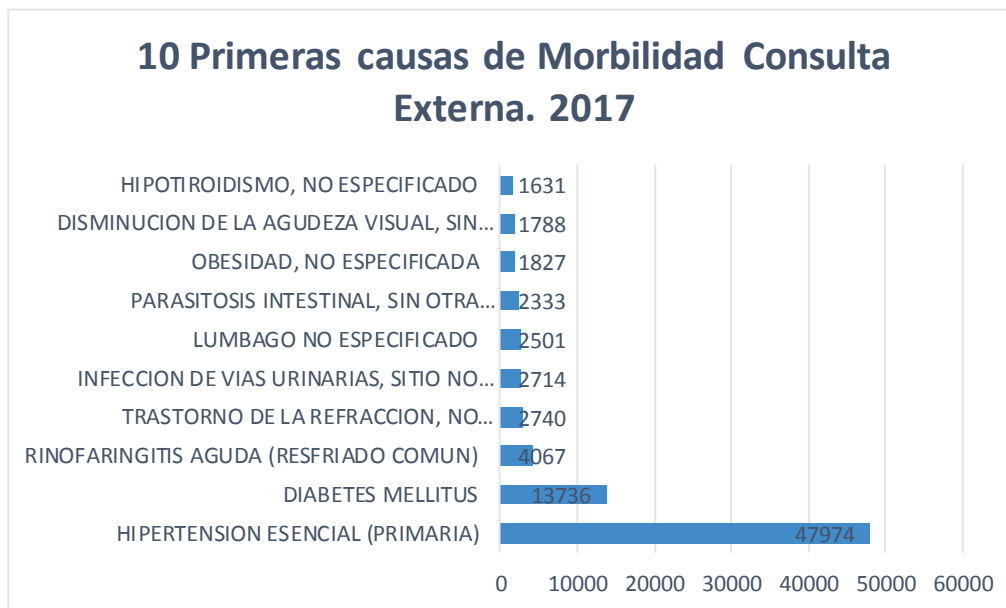
9.1 Diez primeras causas de consulta externa por sexo y grupos de edad

De acuerdo a la información obtenida de los RIPS correspondientes al 2017 en la ESE Norte, y teniendo en cuenta todo tipo de diagnóstico, se observan las 10 primeras causas de consulta, lo cual muestra que la tendencia de los años anteriores se conserva, donde las enfermedades crónicas como la Hipertensión ocupa el primer lugar con 22.1% con tendencia leve aumentar comparada con el año 2016 que representó el 23.9 % En segundo lugar aparece la Diabetes Mellitus con el 6.1 % del total de consultas.

Al realizar un análisis comparativo de la morbilidad de la ESE Norte en el período 2009 – 2016 se puede concluir que las enfermedades crónicas no transmisibles como la Hipertensión, diabetes, hiperlipidemias. Ocupan la primera causa de atención. Se concluye que es necesario hacer énfasis y dirigir todos los esfuerzos en los programas de hipertensión y diabetes que se vienen adelantando hacia la población del área de influencia de la ESE Norte.

RED DE SALUD DEL NORTE					
10 PRIMERAS CAUSAS MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA 2017.					
	DIAGNOSTICO	Masculino	Femenino	Total	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	13036	34938	47974	22,1
2	DIABETES MELLITUS	4466	9270	13736	6,3
3	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	1599	2468	4067	1,9
4	TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFI	826	1914	2740	1,3
5	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESP	525	2189	2714	1,2
6	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	766	1735	2501	1,2
7	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFI	1082	1251	2333	1,1
8	OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	495	1332	1827	0,8
9	DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL, SIN ES	587	1201	1788	0,8
10	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	220	1411	1631	0,8
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	23602	57709	81311	37,4
	RESTO DE CAUSAS	44017	91953	135970	62,6
	TODAS LAS CAUSAS	67619	149662	217281	100

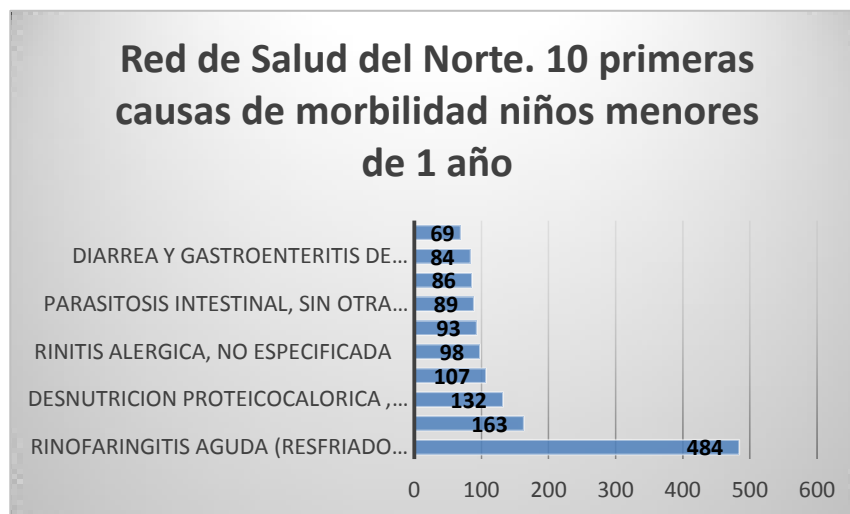
Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte



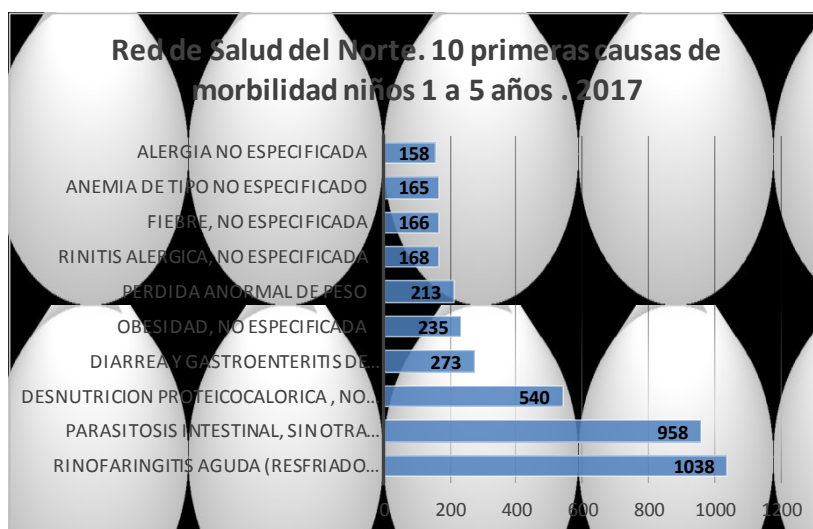
Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte

9.2 Causas de Morbilidad según ciclo vital

A continuación se describen las 10 primeras de causas de consulta externa de acuerdo a género y ciclos vitales



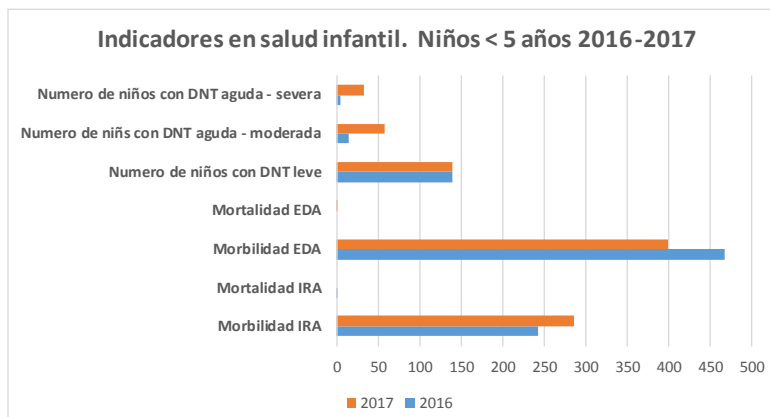
Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte



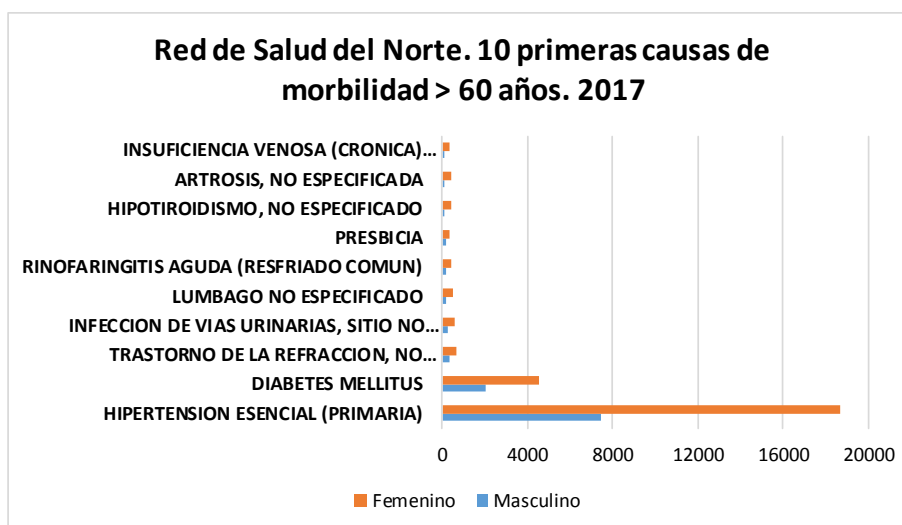
Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte

2017		
	Menor 1 año	Niños de 1 - 5 años
Morbilidad IRA	72	214
Mortalidad IRA	0	0
Morbilidad EDA	101	298
Mortalidad EDA	0	1
Número de niños con DNT leve	10	130
Número de niños con DNT aguda - moderada	9	49
Número de niños con DNT aguda - severa	4	28

Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte



Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte



Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte

9.3 Diez primeras causas de morbilidad. Servicio de Urgencias

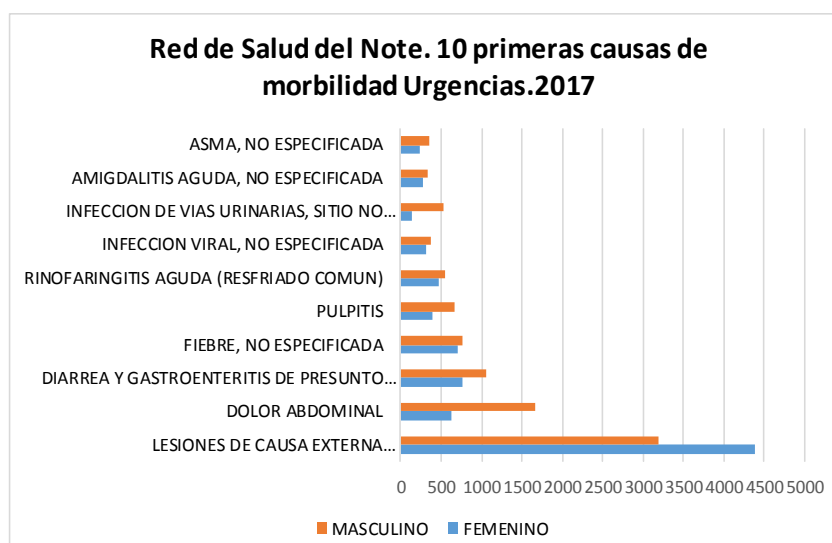
En el Servicio de urgencias se realizaron durante el 2015, 39.758, en 2016 36.775 y en 2017 36.437 consultas por todas las causas. La primera causa de consulta corresponde a Lesiones de Causa externa que incluye heridas y traumatismos y corresponden a las lesiones intencionales (violencias) y las no intencionales con el 20.8%, la cual históricamente es la primera causa de consulta en años anteriores y observándose que durante el 2017 tuvo un incremento del 4% con respecto al 2016. En segundo lugar el Dolor abdominal con el 6.3 %, en tercer lugar las diarreas y gastroenteritis de origen infeccioso con el 5%, en cuarto lugar Fiebre no especificada con un 4 %, y el quinto lugar aparecen las pulpitis con el 2.9%. El total de las 10 primeras causas de consulta que fueron 18666, que corresponden al 48.8% del total de consultas del servicio. Con

respecto al total de consultas se observa una disminución entre el año 2015 y 2016 de 2983 consultas lo que corresponde al trabajo realizado en el buen uso de los servicios de urgencias en la comunidad y la clasificación adecuada en el triage, lo que se mantiene estable durante el 2017 donde solo se aprecia una disminución con respecto al año anterior de 338 consultas

A continuación se describen las 10 primeras causas de consulta por urgencias

10 primeras causas de Morbilidad Urgencias.2017					
No.	DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
1	LESIONES DE CAUSA EXTERNA (TRAUMATISMOS Y HERIDAS)	4388	3196	7584	20,8
2	DOLOR ABDOMINAL	633	1670	2303	6,3
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	758	1055	1813	5,0
4	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	702	765	1467	4,0
5	PULPITIS	391	659	1050	2,9
6	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	472	554	1026	2,8
7	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	310	375	685	1,9
8	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	130	522	652	1,8
9	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	277	328	605	1,7
10	ASMA, NO ESPECIFICADA	227	359	586	1,6
TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS		8288	9483	17771	48,8
RESTO DE CAUSAS		6858	11808	18666	51,2
TOTAL TODAS LAS CAUSAS		15146	21291	36437	100,0

Fuente: Sistema de Información Rfast. ESE Norte



12. Mortalidad

Tasa de Mortalidad general por sexo y grupo de edades

GRUPO DE EDAD	Red de Salud Norte. Mortalidad 2017									
	Población			Defunciones			Tasas de mortalidad Por 1.000 Hbtes			Sobre Mortalidad Masculina
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	
	259139	289608	548747	1204	1104	2308	4,65	3,81	4,21	1,22
0-4	18142	17369	35511	16	25	41	0,88	1,44	1,15	0,61
5-9	18856	18195	37051	3	1	4	0,16	0,05	0,11	2,89
10-14	19520	18906	38426	2	3	5	0,10	0,16	0,13	0,65
15-19	20898	20437	41335	3	20	23	0,14	0,98	0,56	0,15
20-24	22892	22010	44901	2	23	25	0,09	1,04	0,56	0,08
25-29	23230	23196	46425	19	28	47	0,82	1,21	1,01	0,68
30-34	22024	22954	44978	13	18	31	0,59	0,78	0,69	0,75
35-39	20118	22155	42273	16	22	38	0,80	0,99	0,90	0,80
40-44	17495	20079	37574	16	25	41	0,91	1,25	1,09	0,73
45-49	16560	19730	36290	22	26	48	1,33	1,32	1,32	1,01
50-54	16043	20296	36339	39	43	82	2,43	2,12	2,26	1,15
55-59	13853	18486	32339	67	62	129	2,82	2,33	2,54	1,21
60-64	10208	14576	24784	57	83	140	6,56	4,25	5,20	1,54
65-69	7497	10817	18314	95	87	182	7,60	7,67	7,64	0,99
70-74	5140	7948	13089	114	103	217	18,48	10,95	13,91	1,69
75y +	6663	12454	19117	720	535	1255	108,06	42,96	65,65	2,52
TOTAL	259139	289608	548747	1204	1104	2308	4,65	3,81	4,21	1,22

Fuente: Oficina Estadísticas Vitales SSPM. Información preliminar

La tasa de mortalidad general para el área Norte, en el año 2010 fue de 4.5 x 1000 habitantes. Para el 2011 la tasa de mortalidad es de 4.8 por 1000 habitantes lo que significa que por cada 1000 personas ocurrieron 5 muertes en el área de influencia de la Red de Salud del Norte y para el 2012 fue de 5.7 es decir 6 muertes por cada 1000 habitantes, en 2013, 2014 de 5 defunciones *1000 hab 2015 de 5.3, para 2016 de 4.3 defunciones por cada 1000 habitantes y 2017 con una tasa de 4.2 *1000 habitantes. Al observar el comparativo de las tasas de mortalidad a través de los años se observa la misma tendencia, lo que indica que sigue siendo una tasa alta comparado con las líneas de base a nivel nacional que es de 3 muertes por cada 1000 habitantes

En 2010 en el área de influencia de la Red de Salud del Norte, comunas 2, 4, 5, 6 y 7 ocurrieron un total de muertes 2504 por todas las causas y en el 2011 ocurrieron 2507 en las 2012, 2527 muertes, en el 2013, 2735 muertes y para el 2014, 2637, para el periodo de estudio es decir 2015 se presentaron 2630, para el 2016 se presentaron 2325 muertes y para el 2017 se presentaron 2308 defunciones, aclarando que según la fuente de información esta información es preliminar.

La Tasa de Mortalidad General en la ESE Norte, mantiene una tendencia estable en los últimos años, en la mayoría de las comunas las tasas de mortalidad no tienen mayor cambio a través del periodo de análisis, aunque se observa una disminución del indicador para 2017

Red de Salud del Norte												
Comportamiento de tasas de mortalidad General * 1000 habitantes según comuna												
Comunas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2	5,9	5,3	5,4	5,4	5,3	5,76	5,91	5,6	5,7	6,1	4,9	4,9
4	7,4	6,6	6,1	7,6	6,7	7,9	7,6	8,1	7,8	8,8	7,6	7,3
5	2,7	2,8	2,7	3,1	2,8	2,97	1,33	3,1	3,1	3,3	2,8	2,6
6	3,2	3,3	3,5	3,9	3,9	3,48	3,76	4,1	3,6	3,9	3,1	2,9
7	6,7	6,5	6,0	6,6	5,8	6,79	6,61	7,6	2,7	8,4	6,7	6,3
ESE Norte	4,7	4,5	4,4	4,9	4,6	4,8	4,7	5,1	4,9	5,3	4,3	4,2

Fuente: Oficina Estadísticas Vitales SSPM. Información preliminar para el periodo 2017

10.1 Diez primeras causas de mortalidad general por género

Dentro de las primeras 10 causas de muerte de acuerdo a la Clasificación C-150 se encuentran las enfermedades Hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares y otras enfermedades del Sistema Respiratorio, Neumonías y Otras enfermedades cardiovasculares

La mortalidad, es el reflejo parcial de una serie compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, de servicios y de otro tipos.

Las enfermedades Hipertensivas históricamente ocupan el primer lugar observándose un incremento en el indicador que varío de 45 defunciones * 100000 habitantes en 2012 a 67 defunciones *100000 habitantes en el 2013, para 2014 se observa una tendencia hacia la disminución con 51 muertes por 100.000 hab y para 2015, 50.6 muertes * 100.000 hab, en 2016 51 y en 2017 53 defunciones *100.000 habitantes

La violencia en todas sus manifestaciones (agresiones y homicidios) fue en el 2011 la segunda causa de muerte en nuestra área de influencia, cuya tasa fue de 42.72 x 100.000 habitantes que comparada con el 2010 que fue de 53.7 x 100.000 habitantes mostró una reducción. Para el año 2012 muestra una tasa de 40 defunciones *100.000 habitantes y para el 2013 la mortalidad por homicidios y agresiones fue de 45 *100.000 mostrando un incremento en estos dos últimos, contrario a lo que se observa en el 2014 con una tasa de 39*100.000 habitantes y en 2015 el indicador disminuye a 34 defunciones por esta causa Para 2017 se observa una caída notable en esta causa de defunción quedando en el 10 lugar de la tabla con una tasa de 11.4 por cada 100.000 habitantes, representando el 2.7 % de todas las mortalidades, observándose una tendencia a la disminución de muertes por esta causa.

MORTALIDAD COMUNAS 2, 4, 5, 6, Y 7. 2017					
No.	CAUSA 150	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL	%
1	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	136	155	291	12,6
2	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	109	73	182	7,9
3	OTRAS ENF DEL SISTEMA RESPIRATORIO	95	78	173	7,5
4	NEUMONIAS	82	54	136	5,9
5	OTRAS ENFERMEDADES CARDIOPULMONAR	72	60	132	5,7
6	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	67	61	128	5,5
7	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y VIAS BILIA	46	47	93	4,0
8	RESTO DE TUMORES MALIGNOS	26	39	65	2,8
9	DIABETES MELLITUS	35	29	64	2,8
10	AGRESIONES Y HOMICIDIOS	3	60	63	2,7
	TOTAL 10 PRIMERAS CAUSAS	671	656	1327	57,5
	RESTO DE CAUSAS	533	448	981	42,5
	TOTAL TODAS LAS CAUSAS	1204	1104	2308	100,0

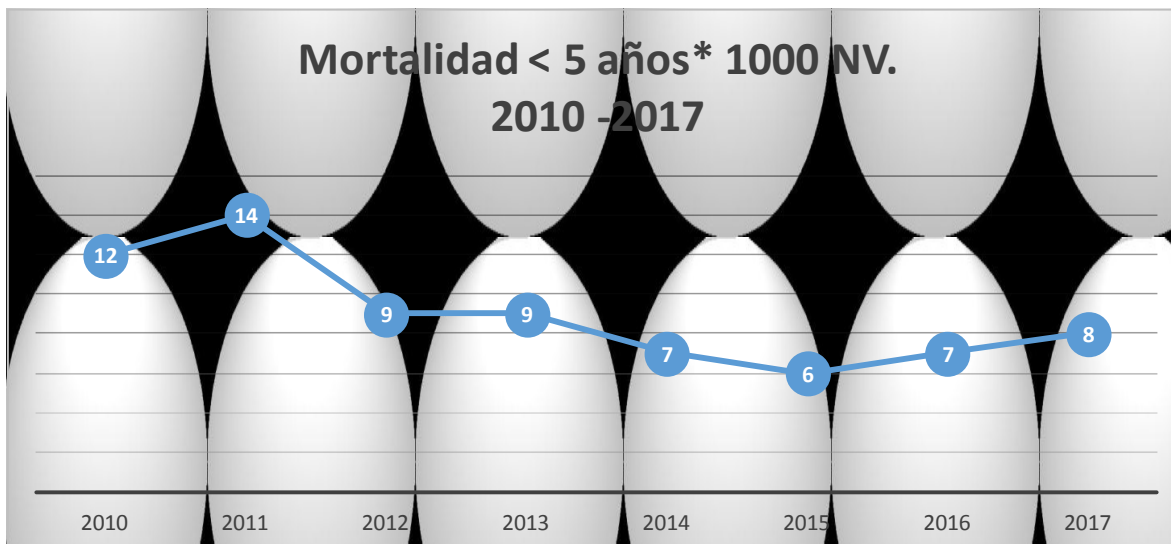
Fuente: Estadísticas Vitales SSPM. Información Preliminar

10.2 Mortalidad infantil

A continuación se detallan las tasas de mortalidad infantil presentados en el área de influencia de la Red de Salud del Norte por año por todas las causas. El dato correspondiente a 2017 es preliminar

Año	Defunciones < 5 años	Nacimientos	Tasa*1000NV
2010	59	5097	12
2011	60	4187	14
2012	55	6001	9
2013	47	5397	9
2014	36	5316	7
2015	33	5388	6
2016	36	4965	7
2017	39	4868	8

Fuente: Estadísticas Vitales SSPM



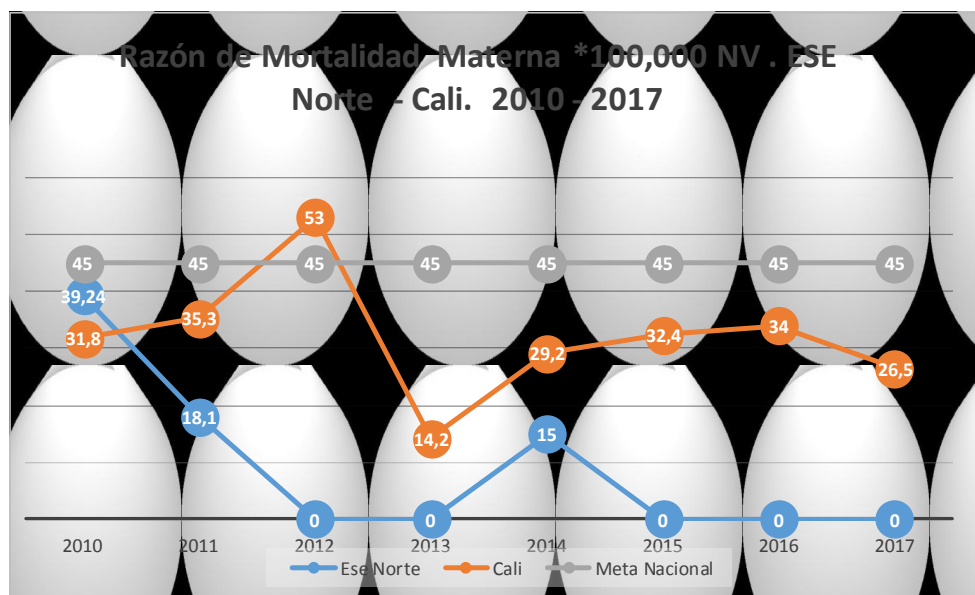
Fuente: Estadísticas Vitales SSPM

Al observar la tasa de mortalidad infantil se puede apreciar que se alcanzó una disminución de la tasa para el 2010 comparado con los años anteriores pasando de 14 muertes por 1000 NV en el 2011 a 7 muertes por 1000 NV en el 2014, en el 2015 se presentaron 6 defunciones*1000 NV y para 2016 se presentó una tasa de 7 defunciones *1000 NV, se nota una tendencia al aumento pues para el 2017 según los datos preliminares se presentó una tasa de 8 defunciones *1000NV

10.3 Mortalidad Materna

En la Red de Salud del Norte se venía presentando una disminución de las muertes maternas desde el año 2005 al año 2007 que hubo 0 casos, pero en el año 2008 se presentó el reporte de 3 casos de muerte materna, es importante observar que la tasa de mortalidad materna (36,36 x 100.000 nacidos vivos) a pesar de estos casos se encuentra por debajo de la ciudad de Cali (42 x 100.000 nacidos vivos) y de la meta nacional de reducción esperada (45 x 100.000 nacidos vivos); en el análisis del COVE Materno de estos 3 casos, encontramos que 2 muertes se presentaron por VIH, una paciente quien llega 2 meses antes de su embarazo procedente de Buenaventura y no conoce su diagnóstico de VIH (+) a pesar de encontrarse en un avanzado deterioro de su salud y la otra paciente VIH (+) quien se rehúsa a recibir tratamiento para su enfermedad y fallece 3 meses posterior al parto; y la 3 mortalidad es por un aborto séptico quien nunca consultó a ninguna institución de la Red de Salud del Norte para iniciar su control prenatal y refería estar utilizando un método de planificación familiar; posterior a este análisis se elaboró un Plan de mejoramiento basado en los tipos de retraso encontrados en el nivel 1 de atención.

Durante el año 2009 nuevamente se presentó una disminución de la Mortalidad Materna presentado cero (0) casos, se aplicó el Plan de Mejoramiento para lograr la evitabilidad de estas muertes. Durante el año 2010 se presentaron 2 casos de muerte materna, un caso es por un suicidio relacionado a su embarazo, de una mujer de 27 años, el segundo caso fue de una mujer de 23 años relacionado a la atención del parto, posterior a este análisis se elaboró un Plan de mejoramiento basado en los tipos de retraso encontrados en el nivel 1 de atención- Para el año 2011 se presentó una muerte de materna de 22 años con 20 semanas de embarazo residente en el barrio la flora sin aseguramiento, quien consultó como particular en EPS contributiva, no realizó CP, presentó una IVU y posteriormente hizo sepsis por complicación de IVU no tratada, cabe anotar que la paciente no consultó a la Red de Salud del Norte, se realizó unidad de análisis y se presentó plan de mejoramiento orientado a mejorar la captación de las gestante, y en el 2012 se presentó una muerte de una gestante de 24 de años de edad que solo realizó la primera consulta en el HJPB, en al cual le fue ordenado su rutina prenatal y enviada a inscripción en CP, al día siguiente muere por envenenamiento en su casa, se hizo el respectivo análisis en el último COVE materno el día 11 de septiembre de 2012 y se concluyó que la muerte estuvo relacionada con suicidio u homicidio y que esto se define a nivel judicial. Durante el año 2013 se presentó 1 muerte materna tardía la cual fue analizada en COVE municipal y de acuerdo al protocolo no alimenta el indicador. Igualmente para el año 2014 se presentó 1 caso de mortalidad materna que fue analizado en le COVE Municipal y por ser de causa directamente relacionada con el embarazo se cuenta como parte del indicador presentando una tasa de 15 * 100.000 nacidos vivos. Para el año 2015, 2016 y 2017 no se presentaron muertes maternas en la población gestante atendida en la ESE Norte



Fuente: Epidemiología ESE Norte y SSPM

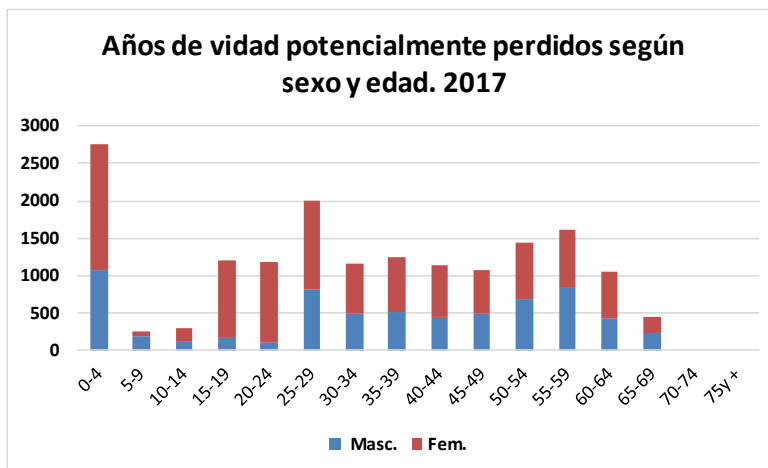
13. Carga de Enfermedad

11.1 AVPP por grupos de edad y género

Los AVPP nos miden la mortalidad prematura, son los años que un individuo pudiera vivir hasta alcanzar la esperanza de vida estimada para una población. En la ESE Norte podemos observar que se destacan algunos grupos de edad que presentan mayor número de AVPP, entre los jóvenes el grupo de 25 a 29 años con 43 AVPP *1000 habitantes y entre los grupos de personas mayores los de 55-59 con 49.9 AVPP*1000 . Como es de esperarse el grupo de 0a 4 años presenta la mayor tasa con 77.4 AVPP* 1000 hab

RED DE SALUD DEL NORTE. AVPP 2017						
GRUPO DE EDAD	A. V. P. P.			TASAS AVPP		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
0-4	1072	1675	2747	59,1	96,4	77,4
5-9	188	63	250	9,9	3,4	6,7
10-14	115	173	288	5,9	9,1	7,5
15-19	158	1050	1208	7,5	51,4	29,2
20-24	95	1093	1188	4,1	49,6	26,4
25-29	808	1190	1998	34,8	51,3	43,0
30-34	488	675	1163	22,1	29,4	25,8
35-39	520	715	1235	25,8	32,3	29,2
40-44	440	688	1128	25,2	34,2	30,0
45-49	495	585	1080	29,9	29,7	29,8
50-54	683	753	1435	42,5	37,1	39,5
55-59	838	775	1613	60,5	41,9	49,9
60-64	428	623	1050	41,9	42,7	42,4
65-69	238	218	455	31,7	20,1	24,8
70-74	-	-	-	-	-	-
75y +	-	-	-	-	-	-
TOTAL	6562	10273	16835	26,5	38,2	32,6

Fuente: Estadísticas Vitales SSPM – DANE

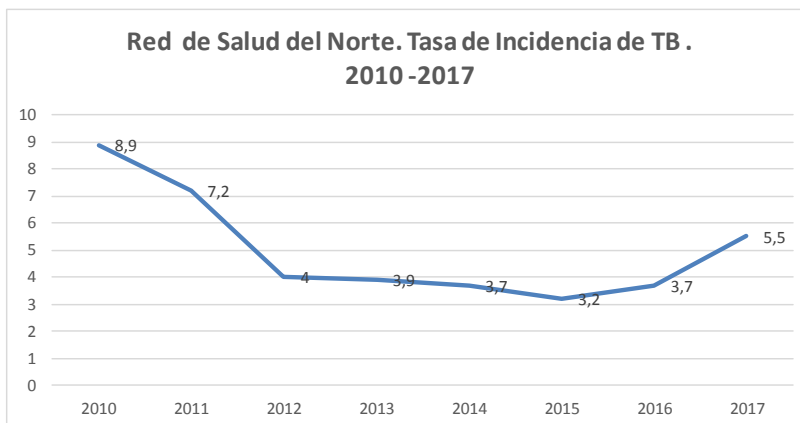


Fuente: Estadísticas Vitales SSPM - DANE

14. Vigilancia en Salud

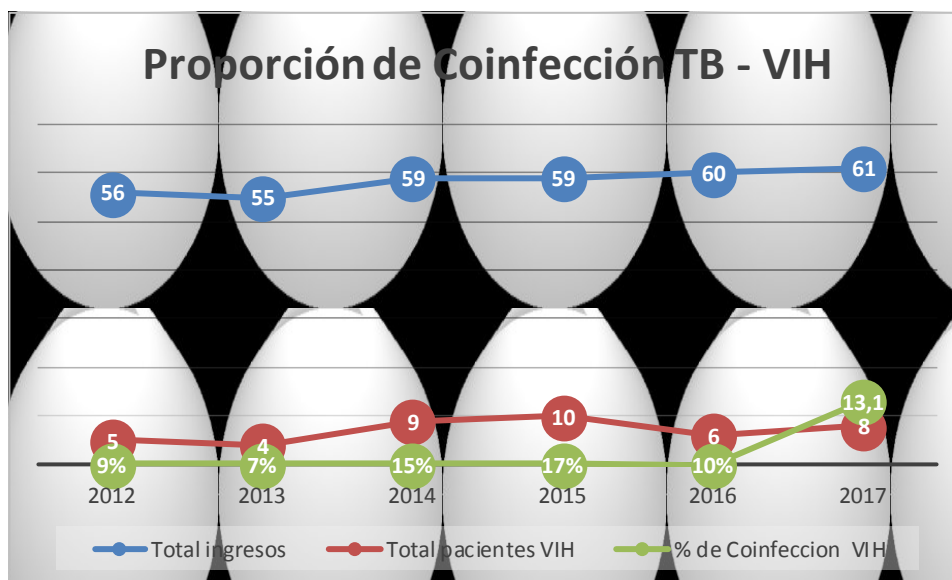
12.1 Tuberculosis

En La Red de Salud del Norte la tasa de incidencia de tuberculosis para el 2010 mostró que se presentaron 9 casos de tuberculosis por cada 10000 habitantes, en el 2011 se presentaron 7 casos por cada 10000 habitantes y para el año 2012 la tasa muestra que se presentaron 4 casos por cada 10000 habitantes de igual manera se mantuvo el mismo comportamiento para el año 2013, mostrando una tendencia hacia la reducción del evento, al igual que para el 2014 cuya tasa fue $3.7 \cdot 10.000$ habitantes y mucho más en 2015 cuyo indicador es de $3.2 \cdot 10.000$ habitantes, en el año 2016 con 3,7 y para el año 2017 la tasa se incrementó a 5.5 teniendo en cuenta que a pesar que el número de casos nuevos permaneció estable comparada con la del año pasado (2016, 60 casos y 2017 61 casos), la población objeto de la atención disminuyó para el periodo de análisis. Cabe anotar que estas tasas se han sacado solo con la población subsidiada y la PPNA quienes son el objeto de nuestra atención



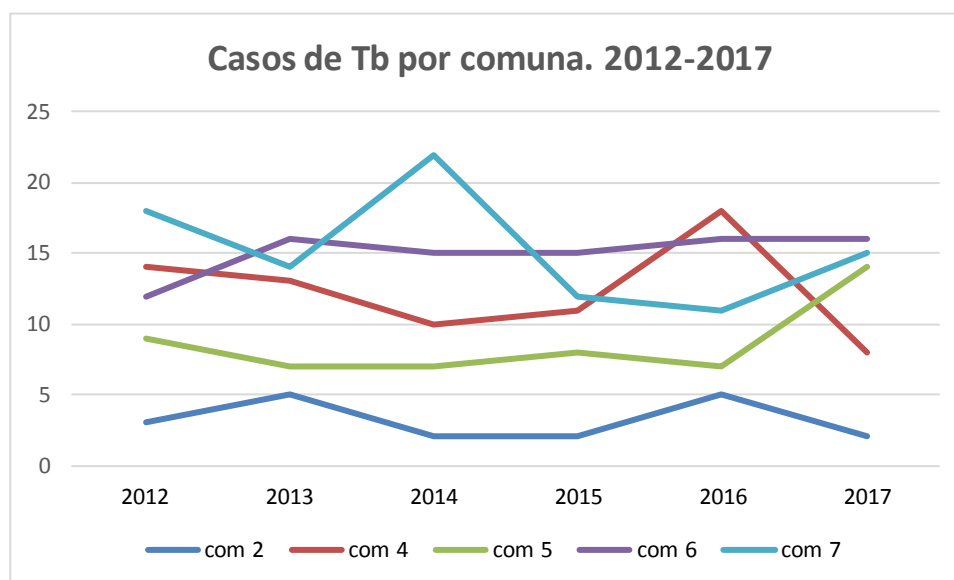
Fuente: Programa TB Aplicativo TB ESE Norte

Una asociación importante de analizar es la coexistencia de pacientes VIH y TB por el riesgo que se presenta de complicación del estado de salud y por supuesto de mortalidad. A través del periodo de estudio se observa un incremento en la proporción de coexistencia pasando del 9% en el 2012 al 17% en el 2015 lo cual pone una alerta en cuanto a las acciones de vigilancia y captación temprana con diagnóstico oportuno de estos pacientes, lo cual se refleja en el año 2016 al disminuir la proporción de coexistencia al 10%. Para el año 2017 se incrementa la proporción de coexistencia al 13.1% al contar con dos casos más que el año 2016



Fuente: Programa TB Aplicativo TB ESE Norte

Con respecto a la ubicación de los casos en el área de influencia de la ESE Norte se puede observar que las comunas 6 y 7 presentan el mayor número de casos por las condiciones sociales que presentan. Sin embargo se observa como la comuna presenta unos incrementos representativos en el comportamiento y la comuna 5 presenta una tendencia marcada al ascenso. Estos datos de georreferenciación de los casos permiten establecer intervenciones específicas en cada territorio.

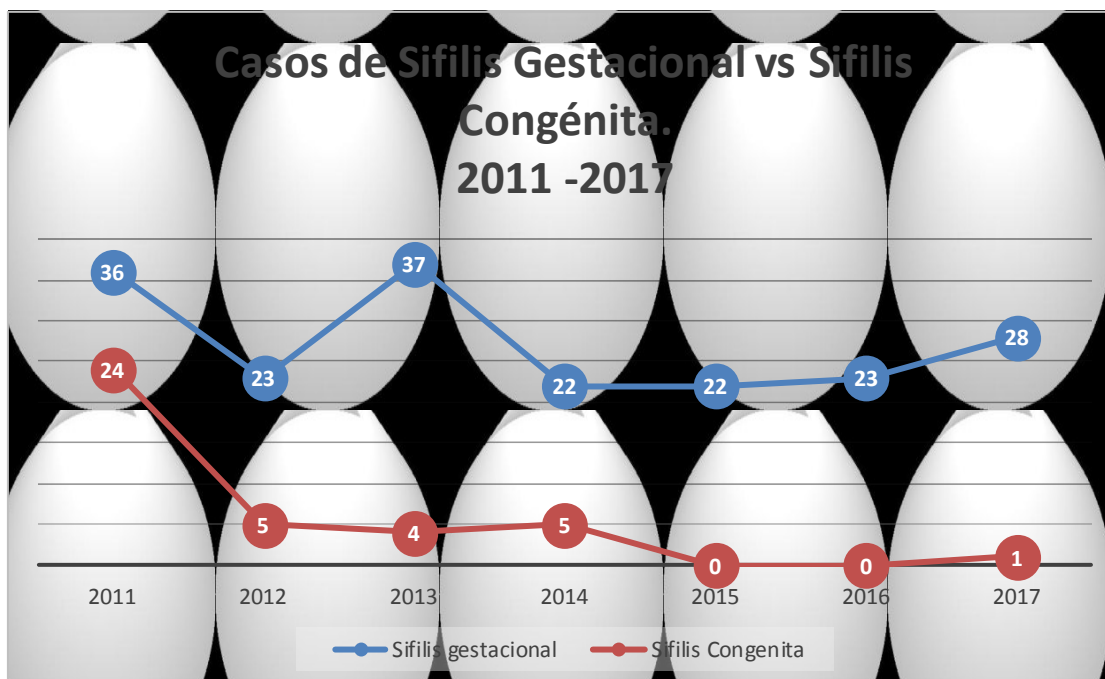


Fuente: Programa TB Aplicativo TB ESE Norte

12.2 Sífilis Gestacional y Congénita

A continuación se muestra un comparativo del comportamiento de estos dos eventos durante el periodo 2011 -2017 en la ESE Norte, donde se observa que para el 2011 hubo un incremento en ambos casos, presentándose 36 casos de sífilis gestacional y 24 casos de sífilis congénita. Esto nos pone en alerta con respecto a esta situación pues se hace necesario trabajar fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva y los servicios amigables del joven a través de educación y sensibilización sobre los riesgos que estos eventos representan para la salud de la madre y del recién nacido, por tanto desde los lineamientos y directrices de la SSPM con respecto a lo anterior se observa que durante el 2012 hay una disminución de los casos presentándose 23 casos de Sífilis gestacional y 5 de Sífilis Congénita al contrario en 2013 se incrementan los casos de sífilis gestacional a 37 pero el control de la sífilis congénita se mantiene estable con 4 casos , en 2014 se presentaron 21 casos de Sífilis Gestacional y 5 de Sífilis Congénita, para 2015 se

diagnosticaron 22 casos de sífilis gestacional y no se presentaron casos de sífilis congénita, por último para el 2016 se notificaron 23 casos de sífilis gestacional y cero casos de sífilis congénita. Para el año 2017 aumentaron levemente los casos de sífilis Gestacional a 28 casos y se presentó 1 caso de sífilis congénita correspondiente a gestante habitante de calle sin CPN, que permanecía en la comuna 10, pero hace parte de la población subsidiada asignada a nuestra institución.



Fuente: Siviigila SSPM Epidemiología E.S.E. Norte

Año	Casos SC	Tasa*1000NV
2010	10	5.8
2011	24	19.8
2012	5	3.6
2013	4	1.9
2014	5	2.4
2015	0	0
2016	0	0
2017	1	0,2

Año	Sífilis gestacional	Sífilis Congénita
2011	36	24
2012	23	5
2013	37	4
2014	22	5
2015	22	0
2016	23	0
2017	28	1

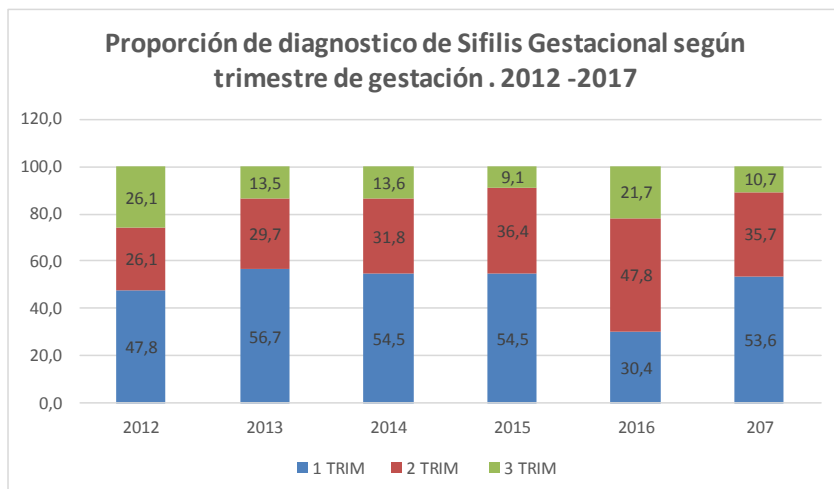
En cuanto al comportamiento de la Sífilis Congénita, se presentaron durante el 2010, 6 casos por cada 1000 nacidos vivos, pasando a un incremento el 2011 de 20 casos por 1000 NV, en 2012 la tasa muestra que se presentaron 4 casos por 1000 NV, lo cual se redujo para el año 2013 al presentarse una tasa de 2 casos por 1000 NV y se mantiene con comportamiento estable para el año 2014 con la misma tasa, estando por debajo de

la tasa municipal de 4.6 casos *1000 NV. Para el 2015 y 2016 la ESE Norte no presentó casos de sífilis congénita. Durante el 2017 se presentó una tasa de 0.2 casos *1000 NV



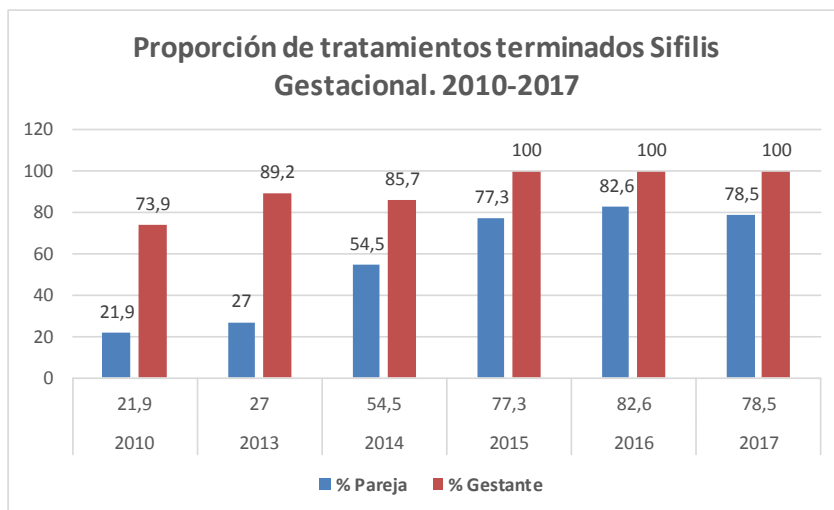
Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte

En el caso de la Sífilis Gestacional para la Red de Salud del Norte, se observa que durante el 2010 el 1.6 % de las gestantes inscritas presentaron esta patología, observándose un aumento en el 2011 donde el 2.29% de las gestantes inscritas presentaron SG, en el año de 2012 del total de inscritas el 1.6% contrajeron la enfermedad y en el 2013 el 2.7% y en el 2014 el 1.6% de las gestantes inscritas fueron notificadas como casos de Sífilis Gestacional, manejando la misma cifra para el 2015 . En 2016 se conserva la misma tendencia que los años anteriores. Para el año 2017 se observa un incremento en la proporción de gestantes con sífilis, pero más que por el aumento de los casos diagnosticados, esta tendencia se debe a la disminución del número total de gestantes inscritas durante el periodo analizado.



Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte

La captación temprana de las gestantes con sífilis ha mejorado a través de los años mostrando un incremento en la proporción de pacientes diagnosticadas en el primer trimestre de embarazo pasando de 47.8% en el 2012 a 54.5% en el 2015, sin embargo para el 2016 la proporción cambio siendo mayor la captación en el segundo trimestre con un 47.8%. Para el año 2017 se observa nuevamente una mejoría de la captación temprana mostrando que el 53.6% fueron captadas en 1er trimestre.



Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte

Con respecto a la proporción de tratamientos terminados para el año 2017 se puede observar que el 100% de las maternas tuvieron tratamiento completo y el 78.5% de las parejas, observándose una disminución en la captación de parejas con tratamiento con respecto al años 2016.

Inmunoprevenibles

En cuanto a las inmunoprevenibles durante el 2010 se presentaron 117 casos sospechosos de inmunoprevenibles lo que correspondió a 17% del total de los casos notificados, en el 2011, el 24% del total de la notificación y en el 2012 se han presentado 134 casos, los cuales fueron notificados en el SIVIGILA y representan el 18.3 % de la notificación del año. En el 2013 se notificaron 99 eventos que corresponden al 10.2%. Durante el 2014 se notificaron 138 casos que corresponden al 14% de la notificación total y de las cuales el 90% corresponden a varicelas. Los casos restantes corresponden a 4 Eventos adversos a vacuna de los cuales 1 caso fue descartado, 8 casos de parotiditis y 1 caso sospechoso de Tosferina el cual fue descartado. Durante el año 2015 se notificaron 63 casos de varicela, que corresponde a un 7.2% lo cual posiciona el evento en el quinto lugar, cuando históricamente ha estado en el segundo lugar de notificación esto debido al incremento de las enfermedades por arbovirus. Durante el 2016 los eventos de inmunoprevenibles ocuparon el quinto lugar con 91 casos que representan el 8% de la notificación total, de igual manera para el 2017 se presentaron 95 casos todos correspondientes a varicela representando el 8.2%. Con respecto a los eventos adversos atribuidos a la vacunación solo se presentó un caso que fue analizado en COVE municipal en 2015 y para 2016 y 2017 no se presentaron casos.

Mortalidad por Dengue, Malaria, VIH, EDA e IRA

La Red de Salud Norte no presenta casos de mortalidad por dengue, ni por malaria para el año 2011 ni 2012. Durante el 2013 se notificaron 367 casos de dengue que correspondieron al 38% de toda la notificación y se constituyó por la epidemia en la primera causa de notificación. De todos los casos notificados se presentó una muerte sospechosa por dicho evento, la cual fue analizada en COVE Municipal y posteriormente fue descartada por el INS. En 2014 se reportaron 186 casos de Dengue y una mortalidad por dengue confirmada en Cove Municipal, el 2015 cerró con cero casos de mortalidad por dengue y se reportaron 139 casos de dengue que corresponden al 15.9%. Para el año 2016 se presentaron 135 casos de dengue que corresponden al 12% de todos los casos y se presentó una mortalidad por dengue grave que fue analizada en Cove Municipal donde no quedaron demoras para la ESE Norte. Durante el 2017 en la ESE Norte solo se reportaron 20 casos de dengue 20 ocupando el onceavo lugar en la tabla.

Es importante anotar que durante el 2016 se presentaron 124 casos de Zika de los cuales 65 fueron gestantes las cuales todas fueron incluidas en el Proyecto de Vigilancia intensificada Zika liderado por el CDC y el INS. Se presentó un caso de microcefalia en una gestante que solicitó IVE, el caso fue analizado por el Cove Municipal y Departamental. En el 2017 solo se presentó un caso de Zika en población general, en gestantes ningún caso.

Con respecto a malaria se incrementaron los casos reportados en Sivigila pasando de 1 solo caso de en 2014 a 13 casos de malaria en 2015 y se cerró el año con una mortalidad por Malaria. Para el 2016 se continúa con la tendencia en aumento presentándose 34 casos notificados lo cual se debe a la migración de la población desde zonas endémicas. Para el 2017 se observa una disminución de casos presentándose 20, ocupando el doceavo lugar en la tabla de todos los eventos notificados

En los casos de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años en los años 2008 y 2009 cerramos con 0 casos de mortalidad infantil evitable por IRA, se observa que desde el año 2004 siempre hemos estado por debajo del total de casos presentados en la ciudad de Cali, y es muy importante nuevamente enfatizar en la implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que enfoca la atención de los menores de 5 años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y presentar complicaciones. Sobre esta base, la estrategia AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más eficiente para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros 5 años de vida. Durante los años 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 no se presentaron casos de mortalidad por IRA en menores de 5 años.

La mortalidad por la enfermedad diarreica aguda EDA, ligada a prevalencias altas de condiciones de insalubridad, necesidades básicas insatisfechas entre otras, la tendencia en los últimos años muestra una marcada disminución. En los casos de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años entre los años 2007 y 2015 cerramos con 0 casos de mortalidad infantil evitable por EDA; se observa que desde el año 2004 hasta el 2016 hemos estado por debajo de la ciudad de Cali y de lo esperado. Para el año 2017 se presentó un caso de mortalidad por EDA en menor de 5 años, el cual fue analizado y se generó el respectivo plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados.

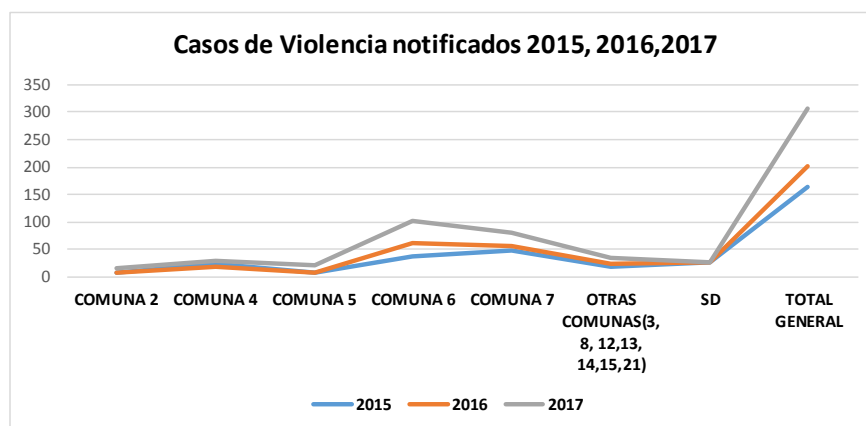
En lo que corresponde a mortalidad por VIH SIDA durante el 2011 se presentaron 40 muertes para el género masculino y 11 para el género femenino lo que suma 51 muertes por VIH SIDA en la población de la Red de Salud del Norte (incluyendo todos los tipos de aseguramiento), lo que corresponde a una tasa de 10 muertes por VIH por cada 100000 habitantes. Para el 2012 se presentaron 37 muertes por VIH, 31 hombres y 6 mujeres para una tasa de 7 muertes por 100000 habitantes. Durante el 2013 se registraron 22 mortalidades en hombres y 5 en mujeres para una tasa de 5 defunciones por 100.000 habitantes, cabe aclarar que estos datos incluyen todos los regímenes de atención. Para el año 2014 se presentaron 26 casos mortalidad por VIH, de los cuales 22 corresponden al género masculino y solo 4 al género femenino, lo cual reporta una tasa de 4.8 *100.000 habitantes para el área de influencia de la Red de Salud del Norte. Durante 2015 se presentaron 33 casos presentando una tasa de 6.1 *100.000 hab y para el 2016 se observa una tendencia a la disminución al presentar 18 muertes, lo que arroja una tasa de 3.3 *100.000 habitantes. Con respecto a la mortalidad por VIH durante el

2017 se presentaron 35 casos, de los cuales el 74% son hombres y el 26% mujeres. Estos datos corresponden a toda el área de influencia de la ESE Norte como se anotó anteriormente se incluyen todos los tipos de aseguramiento.

En cuanto a casos de VIH notificados en 2015 se presentaron 20 casos, en 2016, 40 casos y finalmente para el 2017 la tendencia es hacia el aumento con 47 casos

Violencia de Género

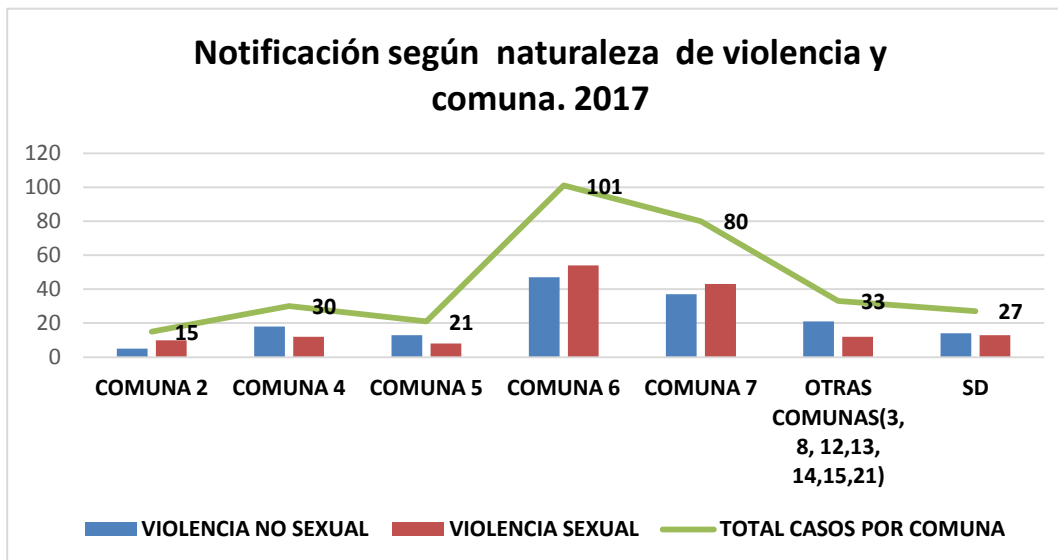
La violencia ocupa el segundo lugar en la notificación de enfermedades de interés en salud pública en el año 2015, y a partir del 2012 cuando se inició la notificación de este evento se posicionó entre los primeros tres lugares de la tabla, Para el 2017 cambia y como es la tendencia se posiciona en el primer lugar de la tabla, por tanto es importante hacer una breve descripción del comportamiento de los casos.



Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

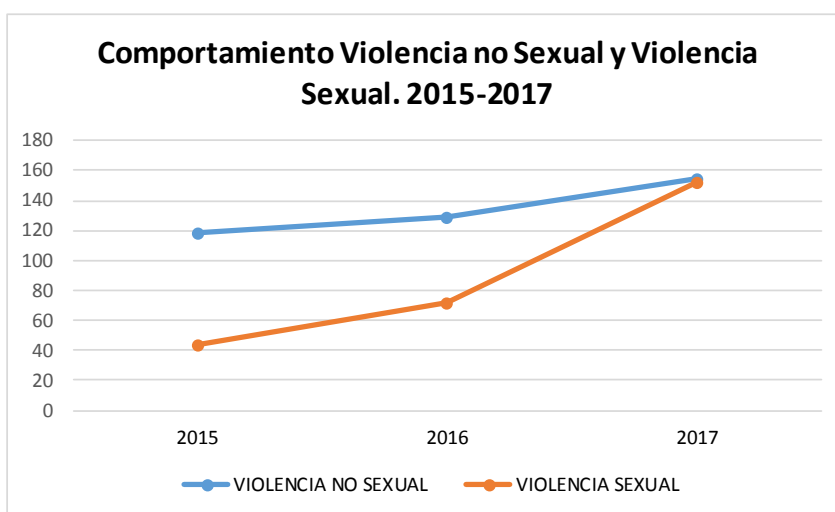
De acuerdo a la notificación de este evento para el año 2015, 147 casos correspondieron a mujeres y 16 a hombres para un total de 163. El comportamiento según la comuna de residencia de los casos muestra que la comuna 6 y 7 son las que tienen mayor proporción de casos tanto de violencia familiar, como de abuso sexual, seguidas por la comuna 4.

Para el año 2016 se observa un incremento en el número de casos notificados con 201 casos, de los cuales 165 fueron mujeres y 36 hombres. Durante el año 2017 las violencias se reportaron 307 casos que representan el 25% del total de los eventos para el periodo. Con respecto al análisis por comuna permanece estable el comportamiento que muestra que la comuna 6 y 7 presentan la mayor ocurrencia de casos, y es llamativo como las cifras de violencia sexual incluso son más altas que la de la violencia no sexual.



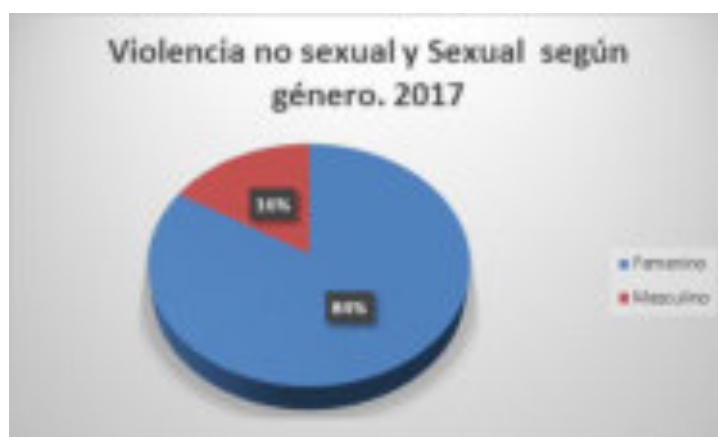
Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

Al observar el comparativo 2015-2017 con respecto al tipo de Violencia se observa como ambos tipos de violencia conservan una tendencia hacia el aumento de casos, pero es muy importante resaltar como el tema de la violencia sexual se incrementó hasta el punto de estar al mismo nivel de la violencia no sexual

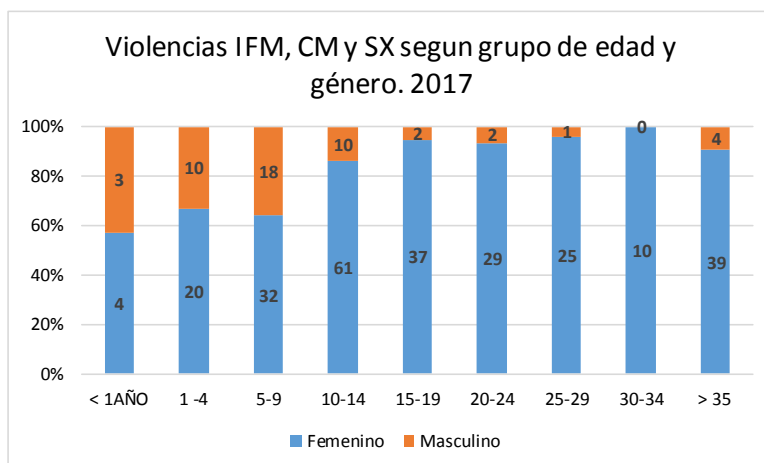


Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

Al analizar las violencias según género y grupo de edad, se observa que las mujeres con el 84% refieren más casos que los hombres (16%) y en cuanto los grupos de edad los más afectados son las personas de 10-29 años sin descartar que en menores 9 años hay casos de abuso sexual que generan gran impacto en el indicador

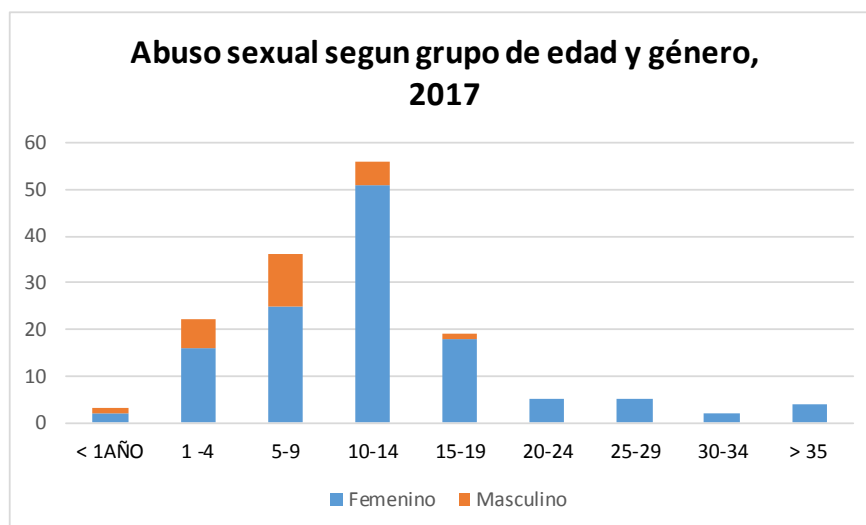


Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

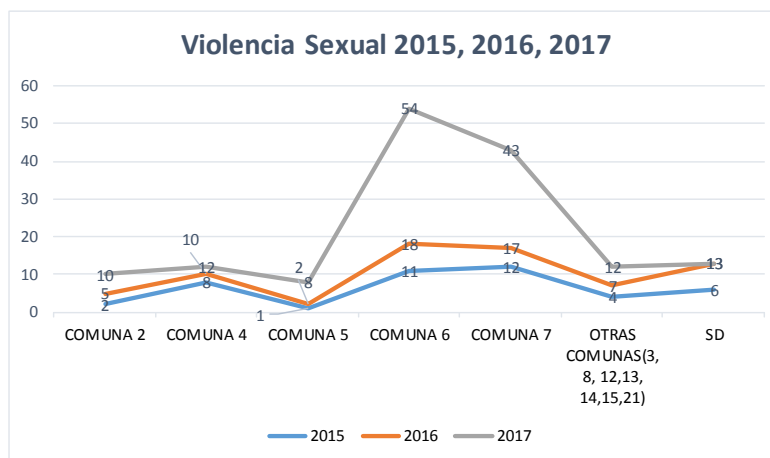


Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

Por último es importante destacar el comportamiento de los casos de abuso sexual que durante el 2015 fueron 44 lo que corresponde al 27% de todos los casos notificados y donde el grupo de edad mayormente afectado son las mujeres menores de 14 años. Comparativamente con el año 2016 se observa un incremento de los casos siendo un total de 72 para este periodo y para el 2017 se duplica la cifra con 152 casos (49.5%) lo cual hace relevante seguir trabajando en el fortalecimiento de las intervenciones psicosociales y de detección temprana del riesgo en la comunidad con respecto a este evento.



Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte



Fuente: Epidemiología SIVIGILA. E.S.E. Norte

15. Indicadores de Eventos Centinela

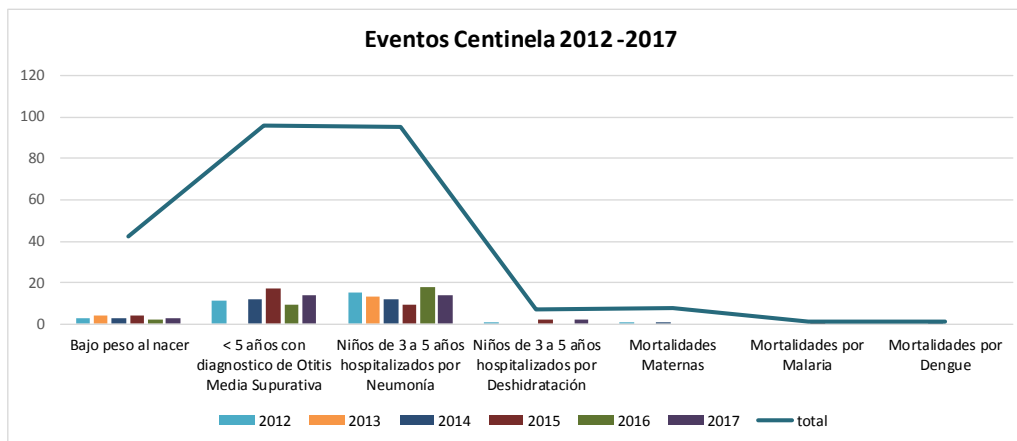
Al observar el comparativo de eventos centinela a través del tiempo se observa que las tendencias varían mostrando que el bajo peso al nacer permanece relativamente estable en el periodo 2012-2017. Aunque en vigencias anteriores los casos llegaron hasta 25 (2005)

Los casos de OMAS (Otitis media aguda supurativa) notificados en el 2004 fueron 75 casos y en el 2011, 7 casos teniendo una disminución de 68 casos en el periodo de análisis y para el 2014 presentaron 12 casos, en 2015 17 casos y en 2016 se disminuyó a 9 casos, para el 2017 se presentaron 14 casos. Igualmente la hospitalización por neumonía en menores de 5 años durante los últimos años, ha presentado un descenso dramático pues de presentarse en el año 2004, 67 casos la hospitalización por neumonía pasamos a 3 casos en el 2011, y para el 2012 se observa un incremento de los casos con 15 eventos, manteniéndose estable en 2013 y 2014 con 13 y 12 eventos respectivamente y para el 2015 se presentaron 9 casos y para 2016 un incremento de 18 casos y para 2017 se disminuyó el indicador a 14 casos

De acuerdo al histórico se evidencia que el número de casos por bajo peso al nacer se durante el 2005 fue de 25, en el hasta el año 2007 que se presentaron 14 casos. Durante el año 2008 se observa un incremento a 20 casos, para el año 2011 se reportaron 12 casos, para el 2012 se reportaron 3 casos. En el año 2013 se abre nuevamente la sala de partos del Hospital Joaquín Paz Borrero y se empiezan a reportar estos eventos presentando 4 casos en 2013, 3 en 2014, 4 en 2015, 2 en el 2016 y 3 en el 2017

Año	EVENTOS CENTINELA						
	Bajo peso al nacer	< 5 años con diagnóstico de Otitis Media Supurativa	Niños de 3 a 5 años hospitalizados por Neumonía	Niños de 3 a 5 años hospitalizados por Deshidratación	Mortalidades Maternas	Mortalidades por Malaria	Mortalidades por Dengue
2012	3	11	15	1	1	0	0
2013	4	0	13	0	0	0	0
2014	3	12	12	0	1	0	1
2015	4	17	9	2	0	1	0
2016	2	9	18	0	0	0	0
2017	3	14	14	2	0	0	0
total	42	96	95	7	8	1	1

Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte



Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte

16. Enfermedades de Notificación Obligatoria

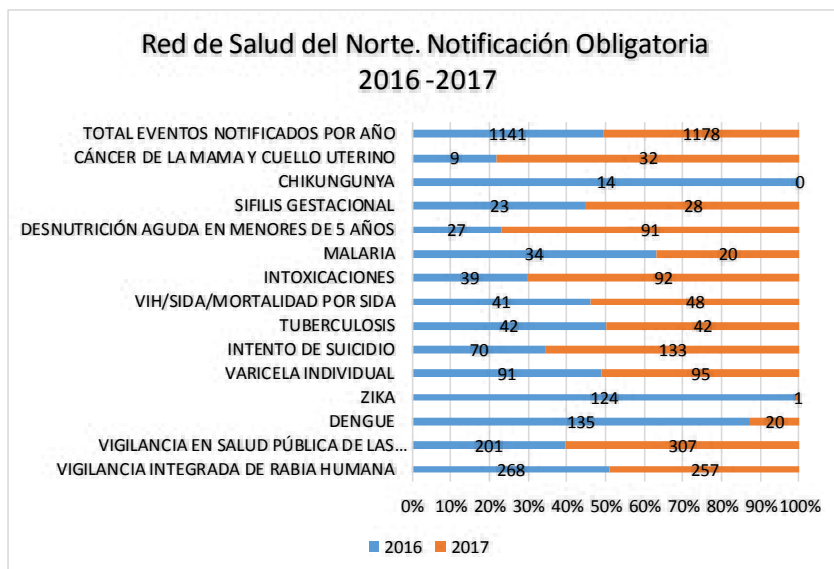
Durante el 2015 se notificaron 877 eventos, manteniendo la tendencia del reporte en los últimos años, y para el año 2016 se observa un incremento en la notificación del 30% (1141 eventos reportados) y para el año 2017 se notificaron 1181, donde la primera causa de reporte fueron las Violencias (violencia sexual y violencia no sexual) con 307 casos (26.1%) seguidos por Vigilancia integrada de Rabia con 257 casos (21.8%) en tercer lugar está Intento de Suicidio con 133 cas%)os (11.3%), posteriormente varicela con 95 casos (8.1%) e Intoxicaciones con 92 casos (7.8%)

Es muy importante anotar que para el periodo de notificación 2017, algunos eventos tomaron mayor protagonismo como es todo lo referente a violencias, las cuales ocuparon el primer lugar en la notificación y a esto se le suma el incremento en los casos de intento de suicidio que se incrementó en un 90%. Además es importante resaltar los casos de desnutrición en menor de 5 años que también presentaron variabilidad del 237% lo cual nos indica la importancia de realizar intervenciones de Promoción y prevención en estas dos líneas

En la siguiente tabla se detalla el comparativo de la notificación 2016 vs 2017 y su porcentaje de variación

Evento	2016	2017	Variación (%)
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	268	257	-4,1
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	201	307	52,7
DENGUE	135	20	-85,2
ZIKA	124	1	0,0
VARICELA INDIVIDUAL	91	95	4,4
INTENTO DE SUICIDIO	70	133	90,0
TUBERCULOSIS	42	42	0,0
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	41	48	17,1
INTOXICACIONES	39	92	135,9
MALARIA	34	20	-41,2
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	27	91	237,0
SIFILIS GESTACIONAL	23	28	21,7
CHIKUNGUNYA	14	0	-100,0
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	9	32	0,0
TOTAL EVENTOS NOTIFICADOS POR AÑO	1141	1178	3,2

Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte



Fuente: Epidemiología E.S.E. Norte

17. Porcentaje de Infecciones asociadas a la atención en salud en cirugía, hospitalización y urgencias.

Durante el año 2017 no se presentaron infecciones asociadas a la atención en salud los servicios de cirugía, hospitalización y urgencias de la Red de Salud del Norte

16. PERFIL DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS

16.1 Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad de accesibilidad y oportunidad que se describen en el cuadro siguiente muestra que a través del periodo de análisis se mantienen por debajo de la meta establecida que los rige según la normatividad.

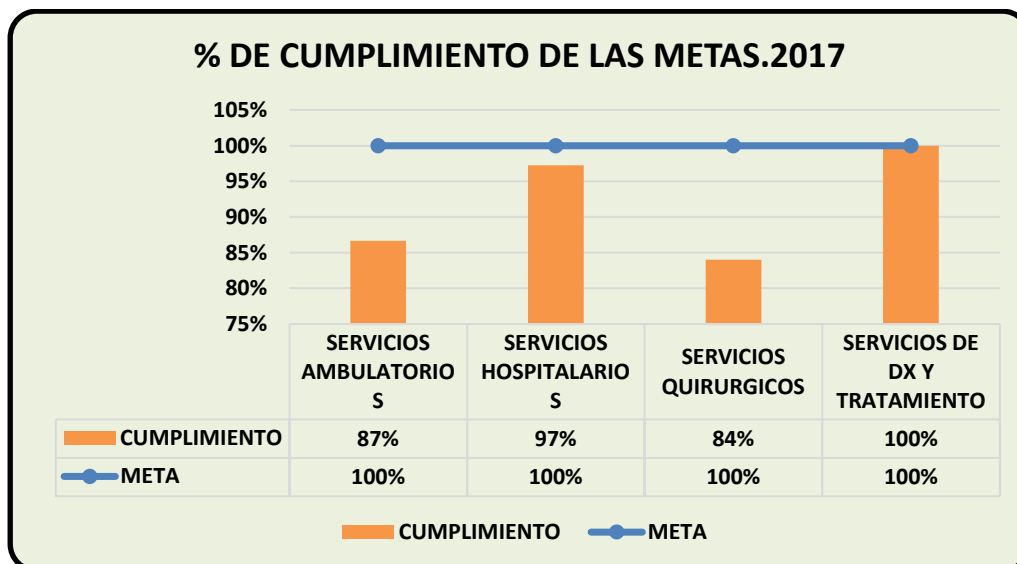
DOMINIO	Indicador	Unidad Medida	Meta	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	oportunidad de atención en consulta Médica General	Días	3	1,4	1,9	2	2
	Oportunidad en consulta Médica Especializada - Ginecología	Días	15	4	6	2	2
	Oportunidad en consulta Médica Especializada - Pediatría	Días	5	N.A.	4	2	2
	Oportunidad en Odontología	Días	3		50	2	2
	Oportunidad de servicios de Imagenología y Diagnóstico General Radiología Simple	Días	3	1	1	2	1
	Oportunidad en consulta Urgencias	Minutos	90	43	50	26	29
	Oportunidad en imagenología	Días	3			1	1
	Oportunidad en Realización de Cirugías programadas	días		7	8	7	7
	cancelación de cirugía programada	porcentaje	10%	0	0	0	0
Tasa de Infección Intrahospitalaria (por cada 100 pacientes hospitalizados)	paciente/tri m	5	0	0	0	0	

Fuente: Planeación y Calidad E.S.E. Norte

DOMINIO	Indicador	Unidad Medida	Meta	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
CALIDAD TÉCNICA	Reingreso de Pacientes al servicio de Hospitalización	porcentaje	≤5%	0	1	0	0
GERENCIA DEL RIESGO	Mortalidad intrahospitalaria	Tasa	≤52%	0	0	0	0
	Infección Intrahospitalaria	Tasa	≤5 X 100	0	0	0	0
	Vigilancia de eventos adversos	porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%
SATISFACCIÓN	Satisfacción Global	porcentaje	95%	96%	98%	98.7%	99%

Fuente: Planeación y Calidad E.S.E. Norte

Al analizar el cumplimiento de metas 2017 de acuerdo a los diferentes servicios se observa que se tiene una alta proporción en los servicios de diagnóstico y tratamiento con el 100%, seguido por los servicios hospitalario con el 97%,



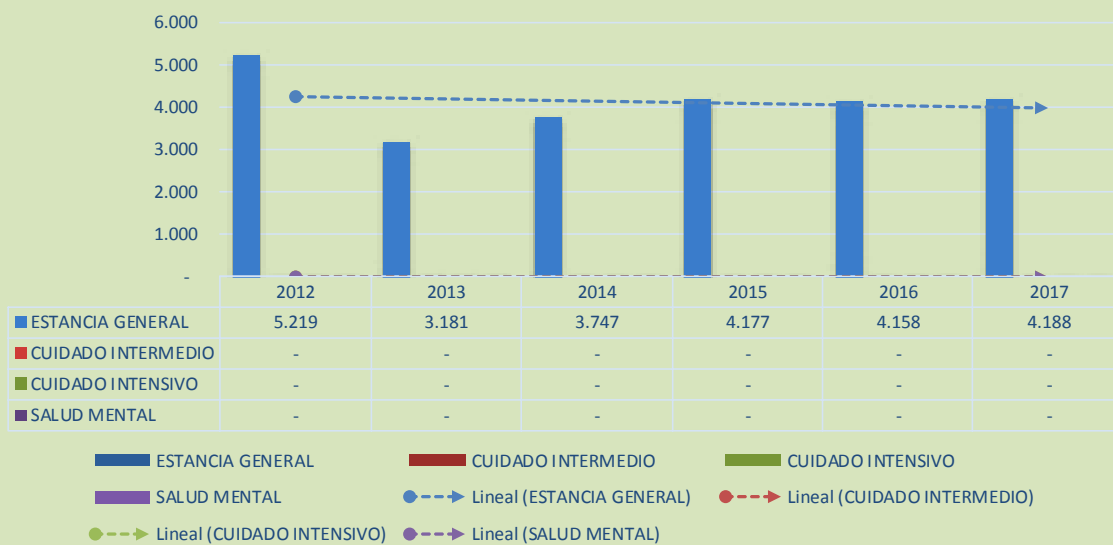
Fuente: Observatorio Calidad.



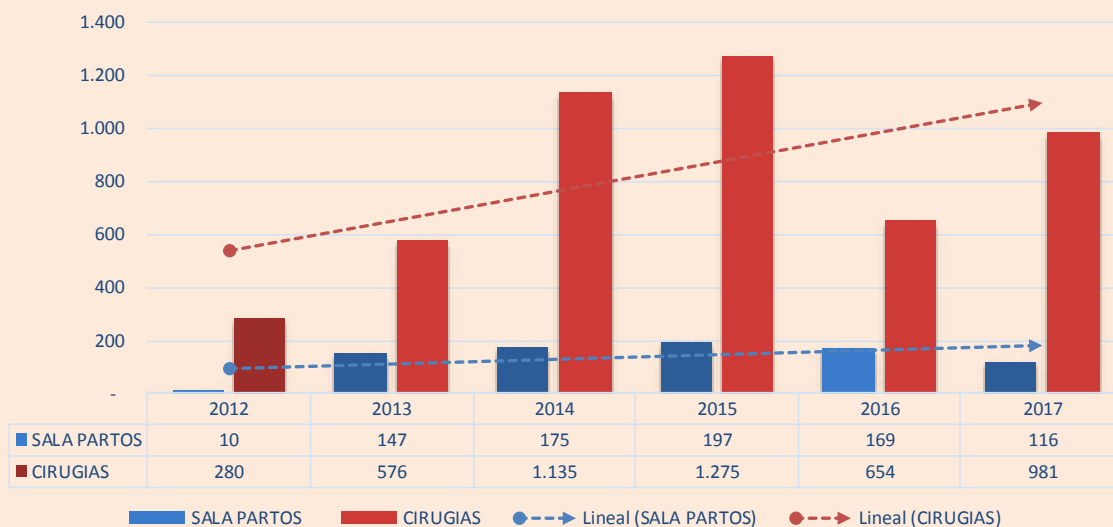
Fuente: Observatorio Calidad.

Consultas Medicas. General Urgencias y Consulta externa

TENDENCIA SERVICIOS HOSPITALARIOS 2012 -2017



TENDENCIA SERVICIOS QUIRURGICOS 2012 -2017



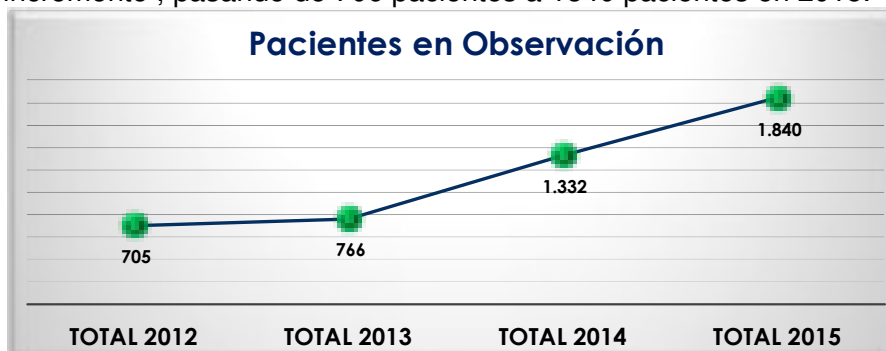
Con respecto a las consultas de urgencias se observa que durante el periodo 2012-2016 hay una tendencia estable excepto durante el año 2013 donde hubo un leve incremento

de 1142 consulta. Para el 2017 se observa una disminución en el número de consultas de 2683 menos que el año anterior.



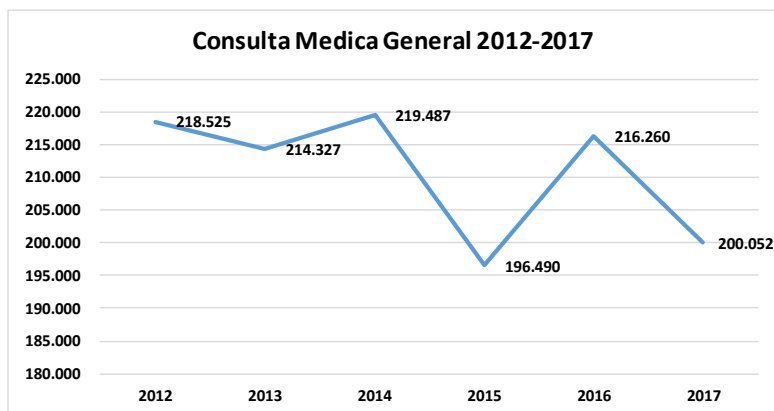
Fuente: Sistemas Rfast E.S.E. Norte

De otro lado en el número de pacientes en observación se presentan a través de tiempo un incremento, pasando de 706 pacientes a 1840 pacientes en 2015.



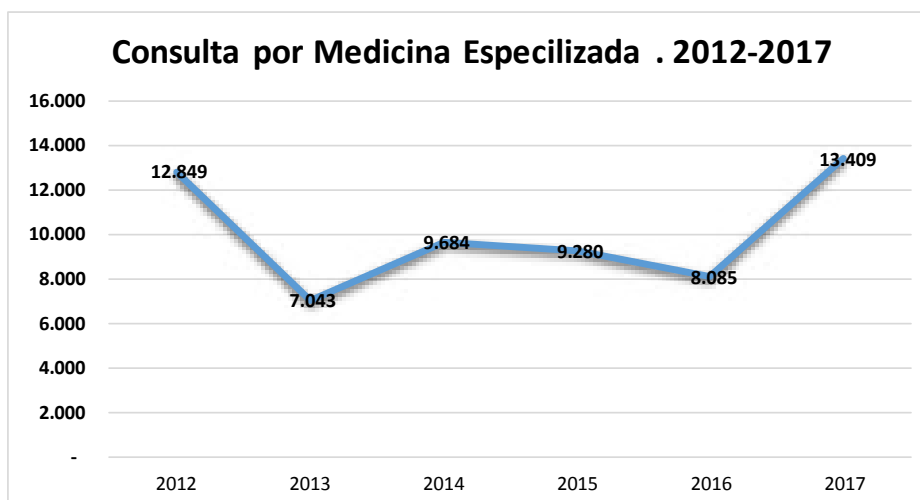
Fuente: Sistemas Rfast E.S.E. Norte

Con respecto a las consultas médicas por consulta externa se observa una tendencia muy variada después de la caída en la cifra durante el 2015, se observa un incremento marcado en 2016, cifra que vuelve a caer para el 2017 en 16.208 consultas, probablemente debido a inasistencia y falta de adherencia por parte de los usuarios.



Fuente: Sistemas Rfast E.S.E. Norte

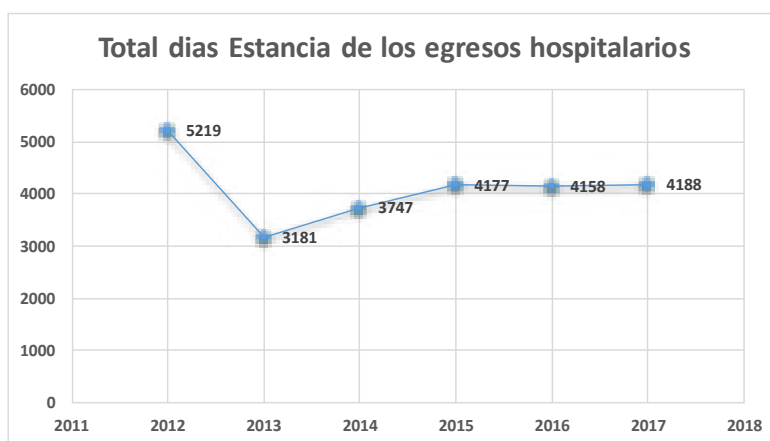
Al observar a las consultas especializadas se observa una caída de los años 2013, 2014, 2015 y 2016 probablemente debido a los trámites administrativos y de autorización por parte de las EAPS, que se requiere para acceder a estos servicios, sin embargo debido al trabajo articulado con las EAPB y los sistemas de información que disminuyen las barreras administrativas se ha mejorado el acceso a los servicios, además durante este periodo la institución ha trabajado en la oferta de la consulta especializada, por lo cual se observa una tendencia al aumento durante el 2017 de 5324 consultas más.



Fuente: Sistemas Rfast E.S.E. Norte

16.2 Promedio de días estancia hospitalaria

El promedio de estancia hospitalaria como es de esperarse aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento de la población, se observa que a través del periodo de análisis hay una disminución a partir del 2012 de 5 días a un promedio de 3 a 4 días para el resto del periodo



Fuente: Sistemas Rfast E.S.E. Norte

AGRADECIMIENTOS A:

- Eduan Campo. Oficina de Sistemas de la Red de Salud del Norte.
- Subgerencia de Promoción y prevención y Responsables de la Líneas de Promoción y Prevención. Red de Salud del Norte
- Oficina de Planeación y Calidad ESE Norte