



ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA 2012

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

1. ASPECTOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO.....	04
2. PERCEPCIÓN CIUDADANA	13
3. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO.....	19
3.1. OBJETIVO 1. DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO	19
A. INICIO PAREJO DE LA VIDA (GESTACIÓN A 5 AÑOS)	19
B. ALIANZA POR LA INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	41
C. VIVE Y CRECE ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	46
D. JOVENES CONSTRUCTORES DE PAZ (18-28 AÑOS)	51
E. ADULTOS Y ADULTAS CON EQUIDAD (29-59 AÑOS)	56
F. VEJEZ DIVINO TESORO (60 AÑOS Y MÁS)	64
G. FAMILIAS FORJADORAS DE SOCIEDAD.....	75
H. VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO CON GARANTÍA DE DERECHOS.....	90
3.2. OBJETIVO 2. SOSTENIBILIDAD Y RURALIDAD.....	118
A. GESTION DEL RIESGO.....	118
3.3. OBJETIVO 3. COMPETITIVIDAD, INNOVACIÓN Y MOVILIDAD.....	126
A. CUNDINAMARCA INNOVADORA CON CIENCIA Y TECNOLOGÍA	
3.4. OBJETIVO 4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.....	128
A. MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN.....	128
B. CUNDINAMARCA CON ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN REAL.....	143
C. TIC ´S EN CUNDINAMARCA.....	145
4. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTIA EN SALUD.....	152
A. EXISTENCIA	
B. DESARROLLO	
C. PROTECCIÓN	
D. CIUDADANIA	

PRESENTACIÓN

El Análisis de la Situación de Salud de Departamento de Cundinamarca se construyó desde el aporte de cada una de las dependencias de la Secretaria de Salud teniendo en cuenta la estructura del componente estratégico del Plan Departamental de Desarrollo 2012-2016 “Cundinamarca Calidad de Vida” y el Plan Territorial de Salud “Cundinamarca Saludable”.

Para la realización del presente análisis se tuvieron en cuenta los siguientes elementos:

1. Aspectos Generales del Departamento
2. Percepción ciudadana como resultado de las 15 mesas provinciales realizadas en el marco de la construcción del Plan Departamental de Desarrollo.
3. Diagnóstico de Salud del Departamento
4. La identificación y priorización de la problemática de la situación de salud de la población teniendo en cuentas las etapas de ciclo de vida y las categorías de derechos.

En este sentido la organización de la información está distribuida teniendo en cuenta aspectos como: las etapas de ciclo de vida, los objetivos, los programas y las categorías de derechos establecidos en el Plan Departamental de Desarrollo.

OBJETIVO	PROGRAMAS
1. DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO	Inicio parejo de la vida (Gestación a 5 años)
	Alianza por la infancia (6 - 11 años)
	Vive y crece adolescencia (12 a 17 años)
	Jóvenes constructores de paz (18 a 28 años)
	Adultas y adultos con equidad (29 a 59 años)
	Vejez divino tesoro (60 años y más)
	Familias forjadoras de sociedad
2. SOSTENIBILIDAD Y RURALIDAD	Víctimas del conflicto armado con garantía de derechos
	Programa gestión del riesgo y la adaptación al cambio y variabilidad climática.
3. COMPETITIVIDAD INNOVACION Y MOVILIDAD	Cundinamarca innovadora con ciencia y tecnología
4. FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA GENERAR VALOR DE LO PÚBLICO	Programa modernización de la gestión
	Programa Cundinamarca con espacios de participación real
	Programa TICS en Cundinamarca

1. ASPECTOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO

UBICACIÓN: El Departamento de Cundinamarca se encuentra localizado en el área central del país, sobre la cordillera Oriental, y hace parte de la región Andina, extendiéndose desde la margen oriental del río Magdalena hasta el piedemonte Llanero. Comprende todos los pisos bioclimáticos. Posee el mejor suelo productivo del país en la Sabana de Bogotá, la cual alberga la mayor producción de flores del país. Su capital es la misma capital de la República, que contribuye con el 25% del PIB nacional, posee la infraestructura económica y de servicios más importante del país.

Al departamento, corazón de Colombia, confluyen las principales vías de comunicación de los cuatro puntos cardinales del territorio nacional. Es el puente que comunica los llanos Orientales con el puerto de Buenaventura, así como el sur y oriente del país con la costa Caribe y su salida al mar es a través del río Magdalena.

EXTENSIÓN: El territorio del departamento tiene una extensión de 24.210 km², incluidos los 1.605 km² del Distrito Capital Bogotá, que corresponde al 2,1% de la superficie total y ocupa el décimo cuarto puesto entre las divisiones administrativas departamentales de Colombia

CARACTERÍSTICAS FÍSICO-GEOGRÁFICAS

En el departamento su paisaje físico-geográfico es esencialmente andino, en el cual se distinguen cuatro grandes conjuntos morfológicos: el piedemonte Llanero, la cordillera Oriental, el altiplano Cundiboyacense y el valle del Magdalena.

- El piedemonte Llanero, al extremo sur oriental, constituye una franja de transición entre la cordillera Oriental y las llanuras del río Orinoco, limitada al oeste por los farallones de Medina, de relieve ligeramente inclinado, conformado por depósitos aluviales y aluviotorrenciales recientes. Tiene un clima cálido húmedo a muy húmedo y una cubierta vegetal en la que dominan pastos y cultivos tradicionales.
- La cordillera Oriental se divide en dos sectores separados por el altiplano Cundiboyacense. Está conformada geológicamente por rocas sedimentarias del Cretáceo, aun cuando se presentan inclusiones de rocas igneometamórficas como las del macizo de Quetame. Alcanza alturas superiores a los 4.000 m como el cerro El Nevado (4.560 m) en el páramo de Sumapaz. El costado occidental de la cordillera Oriental, más seco y bajo que el costado oriental, tiene una cubierta vegetal dominada

por el cultivo del café asociado a plátano, caña, frutales y relictos de bosque; en tanto el costado oriental, más alto y húmedo, presenta una cubierta vegetal dominada por vegetación de páramo en las partes altas, una asociación de pastos, cultivos, rastrojos y relictos de bosque en la parte media y bosques en las partes bajas.

- El altiplano Cundiboyacense, en el centro del departamento, de clima frío y condición de humedad semihúmedo a semiárido, se extiende desde las estribaciones del páramo de Sumapaz, al sur, hasta límites con el departamento de Boyacá, al norte. Está conformado por depósitos aluviales y fluviolacustres y un conjunto de colinas suaves y cerros aislados con rocas del terciario. En esta región se encuentran principalmente pastos manejados, cultivos transitorios de hortalizas y maíz e invernaderos de flores.
- Por último, el valle del río Magdalena al occidente, de clima cálido semiárido a semihúmedo. Está conformado por un conjunto de colinas y terrazas del periodo terciario y áreas de inundación formadas por depósitos aluviales recientes. La cobertura vegetal se presenta especialmente de pastos, asociados con arbustos matorrales y relictos de bosque

CUENCAS HIDROGRÁFICAS

Cundinamarca posee gran número de ríos y quebradas que, en su mayoría, mantienen caudal durante todo el año. Estos pertenecen a 10 cuencas hidrográficas de importancia por el aprovechamiento hidroeléctrico, de riego y abastecimiento de acueductos, por lo que se describirá sus principales características a continuación.

CUENCA DEL RÍO BOGOTÁ

De acuerdo con la CAR16 esta cuenca se extiende en sentido norte-sur y cubre cerca del 24% del departamento. El río Bogotá constituye la corriente principal de la cuenca recorriendo 308 km desde su nacimiento a los 3.300 msnm en el municipio de Villapinzón, hasta su desembocadura en el río Magdalena a 280 msnm en el municipio de Girardot.

CUENCA DEL RÍO BLANCO

Se localiza al suroriente, abarcando una extensa área de recarga hídrica, ya que la totalidad de los cuerpos de agua que la conforman nace en el páramo de Sumapaz. Se destaca por su importancia local las subcuencas del río Blanco que recorre el sur de la

cuenca en los municipios de Gutiérrez y Guayabetal y el río Negro que nace en el sector norte de la cuenca, recorriendo los municipios de Choachí, Fómeque, Cáqueza y Quetame.

CUENCA DEL RÍO GUAVIO

Está localizada al oriente del departamento. Comprende 16 áreas de drenaje, con una superficie aproximada de 1.761,79 km², y cuenta con un alto porcentaje de ecosistemas estratégicos, principalmente en la parte alta de la cuenca¹⁸. La mayor parte se ubica en la provincia del Guavio.

CUENCA DE LOS RÍOS GUACAVÍA HUMEA

Se encuentra en el extremo oriental sobre el piedemonte Llanero, cubriendo los municipios de Medina y Paratebuena. Estos ríos hacen parte de la gran cuenca del río Meta.

CUENCA DEL RÍO MACHETÁ

Se localiza al nororiente del departamento, hace parte de la cuenca del río Garagoa y sus aguas alimentan el embalse de Chivor.

CUENCA DEL RÍO MAGDALENA

Según la CAR, el área de la cuenca de la vertiente oriental del río Magdalena en Cundinamarca es de aproximadamente 2'158.987 km². Comienza en Girardot, en la desembocadura del río Bogotá y culmina en la desembocadura del río Negro en el municipio de Puerto Salgar; durante este recorrido el río tiene una caída de 125 msnm; el tramo que recorre el departamento tiene una longitud total de 228,79 km.

CUENCA DEL RÍO MINERO

Es una de las cuencas más pequeñas en comparación con las demás, puesto que la mayor parte de la cuenca se encuentra en el departamento de Boyacá y en Cundinamarca se encuentra en el norte y está conformada por las subcuencas de los ríos Mancipa y Negro²⁰.

CUENCA DEL RÍO NEGRO

Esta cuenca se localiza al noroccidente del departamento, recoge las aguas de un buen número de afluentes a lo largo de su recorrido entre los que se destacan los ríos Tobia, Bituima y Guaduro.

CUENCA DEL RÍO SUÁREZ

La cuenca comprende el norte de Cundinamarca y el suroccidente de Boyacá. El río Ubaté nace en el municipio de Carmen de Carupa por la confluencia de los ríos Hato y La

Playa, sus principales afluentes son los ríos Suta y Lenguazaque; alcanza un área de drenaje de 624.91 km² y se constituye en el principal abastecedor de aguas a la laguna de Fúquene²⁴.

CUENCA DEL RÍO SUMAPAZ

La cuenca del río Sumapaz está localizada al sur en límites con el departamento del Tolima. Se extiende en sentido sur norte, desde su nacimiento en el páramo de Sumapaz y su desembocadura sobre el río Magdalena a la altura del municipio de Ricaurte

LÍMITES

El departamento está ubicado en el centro del país, sobre la cordillera Oriental, en la región Andina. Presenta un relieve variado de planicies, montañas, colinas, con alturas que van desde los 300 a los 3.500 msnm.

Cundinamarca limita con cinco (5) departamentos: al norte con Boyacá (franja de territorio en litigio); al oriente con Boyacá y Meta; por el sur con Meta, Huila y Tolima, y por el occidente con Tolima y Caldas, separados por el río Magdalena.

Economía Nacional y Departamental¹

Se aborda la temática de la economía nacional y regional teniendo en cuenta el sentido aplicado a la coyuntura, definida en la confluencia de tiempo y espacio. En el análisis coyuntural, el indicador económico de mayor relevancia corresponde al Producto Interno Bruto (PIB), que atañe al agregado de los valores monetarios de los bienes y servicios producidos en un país y/o región durante un año; es un valor equivalente a la suma del valor agregado que se genera durante un ejercicio, en todas las actividades de la economía.

Asimismo, se define como la diferencia entre el valor bruto de la producción menos el valor de los bienes y servicios (consumo intermedio) que se usan en el proceso productivo. Su cálculo toma como referencia los precios de los bienes y servicios vigentes en cada año, a los que se les denomina precios corrientes. El PIB es usado como una medida del bienestar material de una sociedad en su conjunto, sin embargo, no refleja situaciones particulares de alguna clase social. Su cálculo se encuadra dentro de la contabilidad nacional.

El análisis del PIB adquiere su mayor sentido cuando se examina la evolución económica en intervalos de tiempo de un año, mediante la estimación de las principales ramas de la actividad económica, permitiendo evaluar el desarrollo de la economía del país y/o de cualquier entidad territorial, es decir, si presenta crecimiento, estancamiento o retroceso.

¹ Fuente: Estadística de Cundinamarca 2010, Secretaria de Planeación Gobernación de Cundinamarca

La economía colombiana en el contexto de la globalización ha definido nuevos escenarios de competencias. Lo cual ha incidido en los niveles de dependencia externa, afectando la eficiencia productiva local. Según las cuentas trimestrales del DANE, para el año 2009, la economía colombiana obtuvo una valoración aproximada de \$503.287 miles millones, representando un crecimiento real de 0,8% con relación al año 2008, lo que equivale a una desaceleración de su crecimiento, dado el nivel alcanzado en el 2008 (2,7%).

Al descomponer el crecimiento del PIB en 2009 por ramas de actividad económica se observaron las siguientes contribuciones: El sector de la construcción con 0,6 puntos porcentuales; la explotación de minas y canteras con 0,5; los establecimientos financieros, seguros, inmuebles y servicios a las empresas con 0,6; los servicios sociales, comunales y personales con 0,2; el agropecuario, la silvicultura, la caza y la pesca con 0,1; la electricidad, el gas y el agua con 0,0; la industria manufacturera con -0,9; el transporte, el almacenamiento y las comunicaciones con -0,1 y el comercio, servicios de reparación, restaurantes y hoteles con -0,4. Por su parte, los impuestos y derechos, menos las subvenciones, contribuyeron al crecimiento con -0,4 puntos porcentuales.

El bajo nivel de crecimiento fue el resultado del impacto de la crisis mundial y el alto nivel de desempleo, que desaceleraron la demanda interna, situación que se evidenció durante la mayor parte del año en sectores como la industria manufacturera y el comercio.

Este comportamiento está explicado en buena medida por la caída de las exportaciones y por el deterioro de las expectativas de los empresarios y de los hogares, lo cual ha desanimado la demanda interna.

Con relación al nivel nacional, el PIB de Cundinamarca le aporta cerca del 5,23%, lo que constituye la quinta economía regional en importancia en el país después de Bogotá, Antioquia, Valle y Santander.

Las actividades que más incidieron en la variación positiva se describen en orden de importancia: el suministro de electricidad, gas y agua; el sector agropecuario; el transporte, almacenamiento y comunicaciones, y los servicios sociales y de salud.

En el 2009, el aparato productivo y su diversidad en el Departamento estuvieron caracterizados por las actividades más representativas de su economía así: el 25% la industria manufacturera; el 19% el sector agropecuario; el 11,5% la administración pública; el 7,5% los servicios de electricidad, gas y agua; el 6,8% las actividades de comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres doméstico; el 6,5% correspondiente a las actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler y el 4,6% a las actividades de transporte, almacenamiento y comunicaciones.

PIB MUNICIPAL

En el 2007, a través de un cálculo provisional del PIB municipal por ramas de actividad, el departamento de Cundinamarca obtuvo \$17,2 billones. Las ramas más representativas dentro de la actividad económica fueron: la industria (\$5,2 billones a precios corrientes de 2007), la agrícola (\$2,3 billones), la administración pública y otros servicios para la comunidad (\$2 billones) y el comercio y los servicios de reparación (\$1,2 billones). En la industria los municipios con mayores participaciones fueron: Soacha (25,9%), Madrid (7,1%), Mosquera (6,2%), Girardot (5,3%), Tenjo (5,1%) y Funza (4,9%). Dentro de las principales industrias se destacaron: productos agroindustriales, productos químicos y productos de metalmecánica. Los municipios que mayor representatividad tuvieron en el sector agrícola fueron: Madrid (15,8%), Subachoque (9,1%), Facatativá (6,1%), Funza (5,5%) y Tocancipá (4,4%). Todos estos municipios participaron con más del 55% de la producción total de flores en el Departamento. Dentro de otros productos se encuentra la producción de alimentos de origen agrícola, que representan el 4% al interior del PIB. Es de resaltar que el sector agrícola participó con un 76,2% del total del sector agropecuario.

COMERCIO EXTERIOR

El comercio internacional es una variable de todo sistema económico sobre la inserción de un país, como vendedor y comprador de bienes y servicios en los mercados externos. En este capítulo se enfatiza la importancia del comercio exterior de Cundinamarca con relación a otros departamentos y el país.

El Departamento, a través del comercio exterior, ha logrado influenciar su competitividad, incidir en las cadenas productivas, modificar la situación de la pequeña y mediana industria y desarrollar actividades relacionadas con la conservación, la defensa y la protección ambiental. La inserción de nuestro territorio en la globalización ha generado consecuencias fundamentalmente en lo económico y lo social. Por ejemplo, ha permitido estabilidad en los precios, principalmente de los alimentos, e igualmente ha repercutido en las situaciones de empleo.

La implementación de las políticas proclives al comercio, como los tratados de libre comercio y las diversas organizaciones internacionales para el comercio, han justificado su vigencia teniendo en cuenta que las exportaciones deberían ser el motor del desarrollo y la fuente de compensación de los efectos destructores que traerían las importaciones en el empleo y en la producción nacional. En este sentido, se ha desechado el mercado interno como base del crecimiento y cobra vigencia el modelo de economía orientada hacia los mercados externos.

El comercio exterior se considera un suceso económico integrado a situaciones de política y de ideología a nivel local como internacional, que en el caso de Cundinamarca constituye un componente básico de su desarrollo que es necesario abordar. El tamaño de las exportaciones para el Departamento en el 2009 fue equivalente a un 10,3% de las nacionales y representaron el 21,3% de su propio PIB.

Comparativamente en la realidad regional y de acuerdo con las declaraciones de exportación presentadas ante la DIAN, para el año 2009, los productos señalados con origen en el departamento de Antioquia representaron 12,6% del total de las exportaciones; los de Bogotá D.C. 8,8%; los del Valle del Cauca 6,3%; los de Santander 2,1% y los de Boyacá 0,6%.

En cuanto a las importaciones, vistas en el mismo sentido, el 43% del total se destinaron a Bogotá D.C.; el 11,1% a Antioquia; el 9,7% al Valle del Cauca; el 8,5% a Cundinamarca y el 25,8% a los demás departamentos. En términos generales las exportaciones del año 2009 tuvieron un comportamiento decreciente (-12,6%) con respecto al año anterior para Colombia. En parte por el descenso de la economía en el mundo y particularmente por la disminución de las exportaciones hacia Venezuela, a pesar de que se han concretado importantes negociaciones en materia de integración y la vigencia del modelo de desarrollo centrado en la globalización, lo cual solo se ha traducido para el Departamento en un reto u oportunidad en el mercado regional.

El comportamiento económico local se encuentra cada vez más inmerso en el universo económico.

Todos los países, incluidos los más pobres, tienen activos humanos, industriales, naturales y financieros que pueden emplear para producir bienes y servicios para sus mercados internos o para competir en el exterior.

El comercio internacional, al permitir una mayor movilidad de los factores de producción entre países, deja como consecuencia, entre otras ventajas, la estabilidad de precios. Así lo demuestra la existencia de una inflación con tendencia a la baja. En este contexto, el año 2009 reflejó para el Departamento una irregular dinámica exportadora, donde las ventas al exterior se valoraron por US\$1.656 millones, cifra que se constituyó en un 31% inferior a la registrada en el año 2008. Del mismo modo, el volumen de las ventas registró una disminución.

Los rubros que explicaron el retroceso de las exportaciones fueron: la disminución de la demanda externa; el regular comportamiento presentado por las exportaciones a Estados Unidos por US\$674 millones, es decir, que se contrajeron 32% con respecto al año anterior; además, el producto de mayor ponderación en las exportaciones corresponde a

las plantas vivas y productos de floricultura con más del 45%. En 2009 se resaltó la desaceleración en las ventas de este mismo rubro, con una disminución del 16%. También se observa una ostensible disminución de las exportaciones hacia Venezuela, país al cual se exportaron en 2009 solo US\$292 millones, procedentes de Cundinamarca. Lo cual representó una reducción del 41,2% respecto del año anterior, atribuido a los altibajos que se han presentado en las relaciones diplomáticas entre los dos países en los últimos años.

En síntesis, la actividad exportadora de Cundinamarca registra en casi todos los rubros de mayor ponderación una pérdida de dinamismo en el 2009, exceptuando algunos rubros de menor importancia como: los aceites esenciales y resinoides; las preparaciones de perfumería, de tocador; los automóviles, tractores, ciclos y demás vehículos terrestres.

El otro referente del comercio exterior son las importaciones. En el 2009 se importaron bienes y servicios por valor de US\$2.644 millones, que representaron el 160% de las exportaciones. Por cada dólar exportado se importó 1,60 dólares, significando con ello que la balanza comercial de Cundinamarca es deficitaria.

No obstante, en el último año se ha presentado un decrecimiento del valor importado, representado en un 31% como consecuencia de la disminución del ritmo de crecimiento de la actividad económica regional y el deterioro de las relaciones con los vecinos.

Los productos más representativos de las importaciones en el 2009 corresponden en su orden: maquinaria, excluida la eléctrica, con 18,3%; los productos químicos diversos con 13,9%; las metálicas básicas de hierro y acero con 4,5% y el material de transporte con 4,1%. Igualmente, los capítulos en mención pertenecen en su mayor parte a los denominados bienes de capital. Dentro de los rubros que presentaron un comportamiento creciente en las importaciones, durante el 2009, se destacan los siguientes: las prendas de vestir, los objetos de barro y loza y los productos derivados del petróleo.

Es pertinente mencionar que con el nuevo gobierno las perspectivas para los próximos años indican que se consolidará el crecimiento de la economía, junto a una evolución favorable de las condiciones externas determinadas por las políticas expansivas de la economía de Estados Unidos y el restablecimiento

EMPLEO

En Cundinamarca, para el año 2009, la Población en Edad de Trabajar (PET) se situó en 1.926.786 personas. De ellas, 1.321.086 son población económicamente activa (ocupados 1.181.015 y desocupados 140.071). La tasa global de participación (relación

entre la población económicamente activa y la población en edad de trabajar) del Departamento fue de 68,6%, con un incremento de 5,4 puntos porcentuales con respecto al 2008; la de ocupación (relación entre la población ocupada y el número de personas que integran la población en edad de trabajar) fue de 61,3%, presentando un crecimiento de 4,2 puntos respecto a la del 2008.

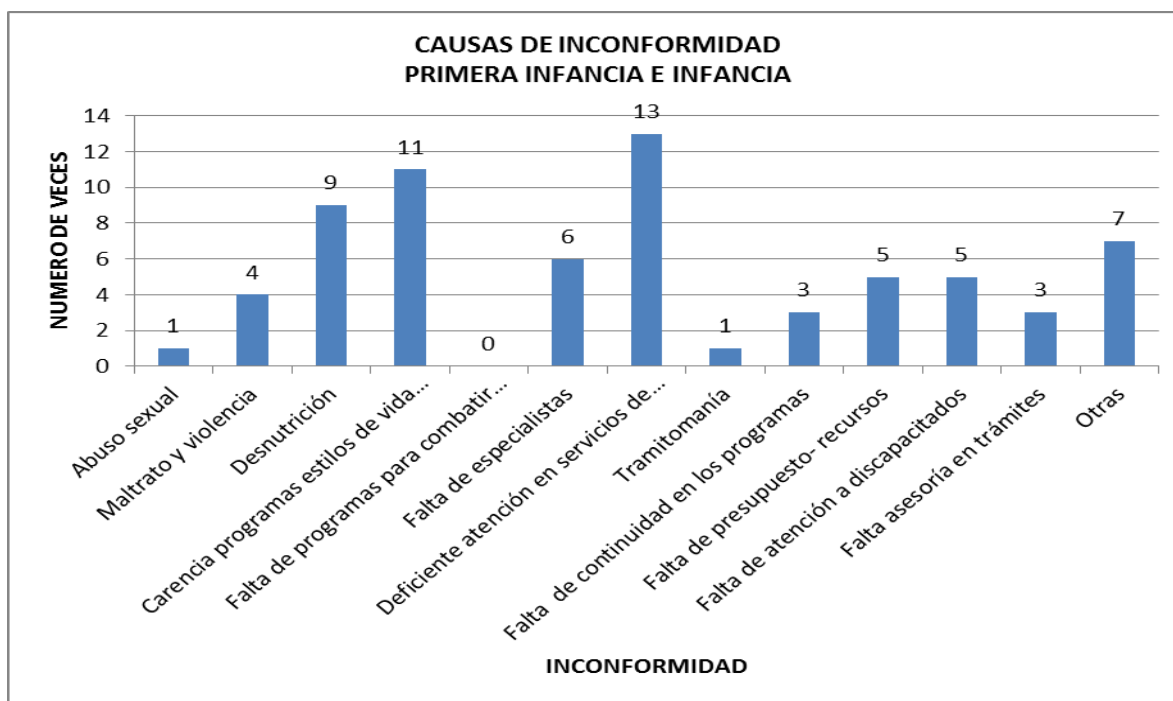
La tasa de desempleo en Cundinamarca para el año 2009 se ubicó en 10,6% (presentó un crecimiento de 1 punto con respecto al 2008) inferior a la tasa nacional que para el mismo período fue del 12%. En subempleo, durante el 2009, 478.310 personas presentaron esta condición. Los departamentos que mayores tasas de desempleo presentaron fueron: Quindío (18,8%), Risaralda (17,7%) y Córdoba (14,8%); mientras que los de más bajo desempleo fueron: Santander (7,8%), Sucre (9,5%), Magdalena (9,6%) y Boyacá (9,7%).

2. PERCEPCIÓN CIUDADANA (MESAS PROVINCIALES) CONCLUSIONES ETAPAS DE CICLO DE VIDA

En desarrollo de las mesas provinciales adelantadas por el Señor Gobernador y en cumplimiento de las normas nacionales y departamentales establecidas para la formulación de los planes de desarrollo y de los planes territoriales de salud, se llevaron a cabo las mesas provinciales, según se muestra en el cuadro siguiente:

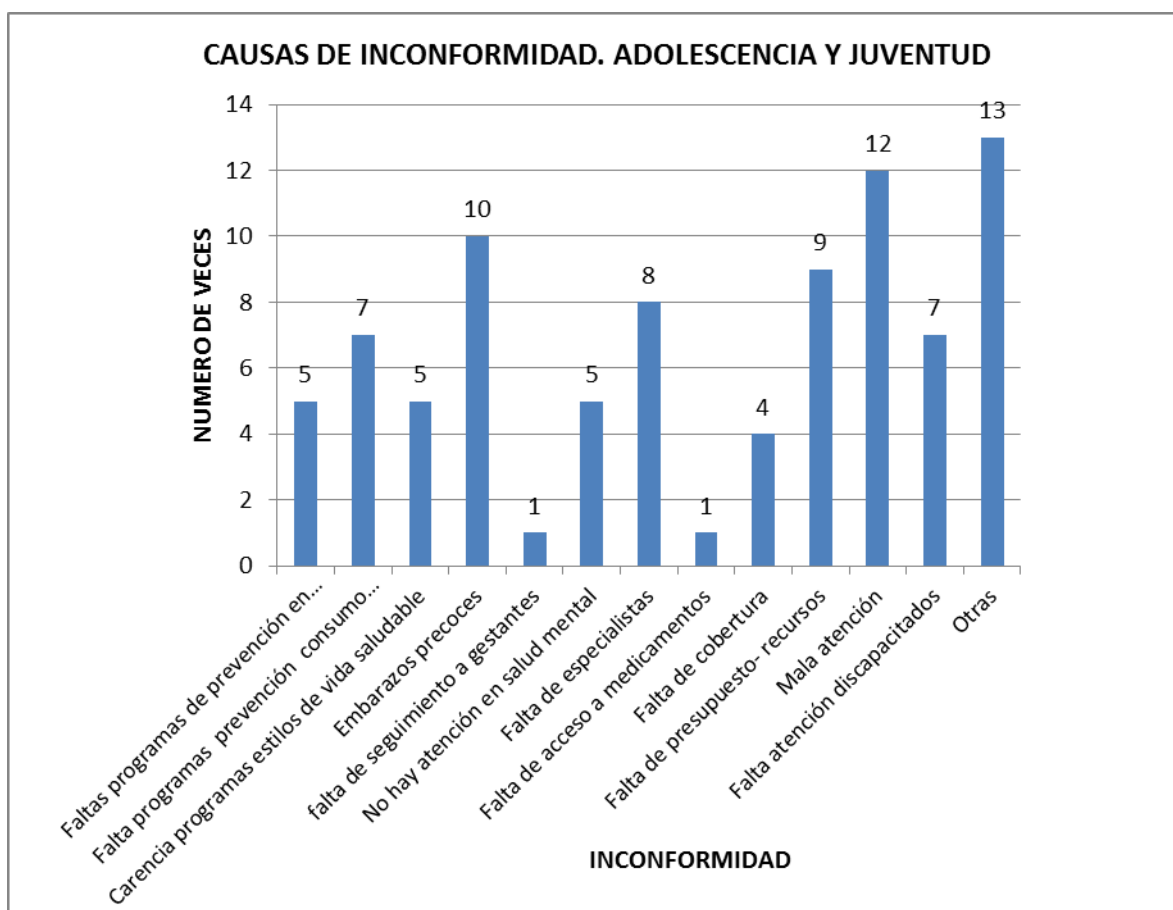
PROVINCIA	CABECERA	No. de Municipios
TEQUENDAMA	LA MESA	10
ALMEIDAS	CHOCONTÁ	7
UBATÉ	UBATÉ	10
ORIENTE	CÁQUEZA	10
RIONEGRO	PACHO	8
MEDINA	MEDINA	2
SABANA CENTRO	ZIPAQUIRÁ	11
SUMAPAZ	FUSAGASUGÁ	10
SOACHA	SOACHA	2
GUALIVÁ	VILLETA	12
SABANA OCCIDENTE	FACATATIVÁ	8
MAGDALENA CENTRO	SAN JUAN DE RIOSECO	7
ALTO MAGDALENA	GIRARDOT	8
GUAVIO	GACHETÁ	8

Cabe resaltar que entre las percepciones más frecuentes en relación con las condiciones de la primera infancia y la infancia se focalizaron hacia la carencia de programas que estimulen prácticas de vida saludable, deficiente atención de servicios de salud, condiciones de desnutrición, falta de continuidad en los programas, falta de atención a discapacitados y falta de recursos financieros y físicos necesarios para una buena atención en salud.



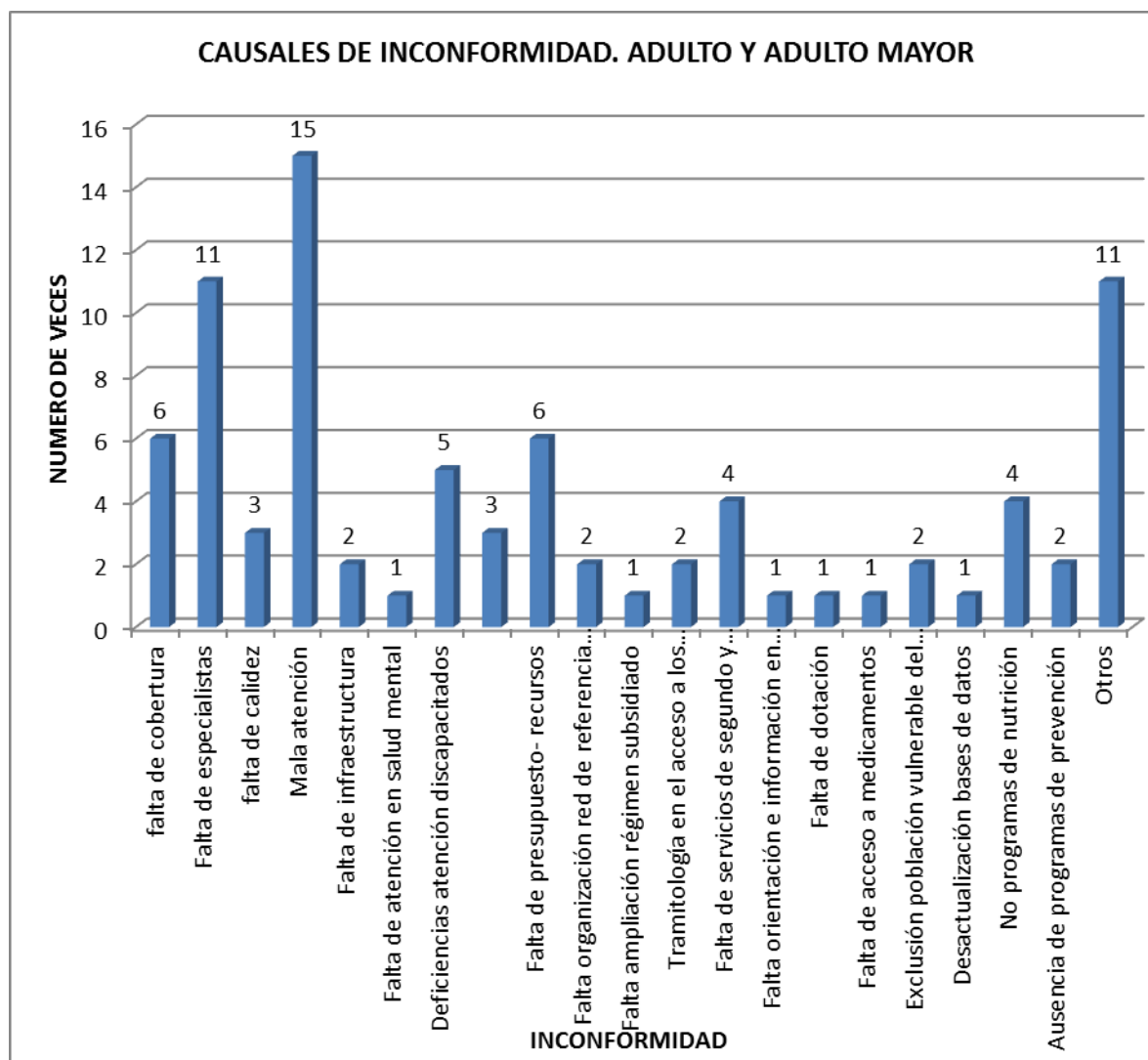
Fuente: Mesas Provinciales

En lo concerniente a las etapas de adolescencia y juventud del ciclo de vida, se observó que las preocupaciones más comunes giran alrededor de los embarazos precoces en adolescentes y jóvenes, las deficiencias en la prestación de los servicios médico-asistenciales, la falta de programas de prevención en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, deficiencias en la atención en salud mental, la falta de médicos especialistas, la falta de recursos presupuestales y físicos que requiere la atención a estos grupos de la población y la falta de atención a discapacitados.



Fuente: Mesas Provinciales

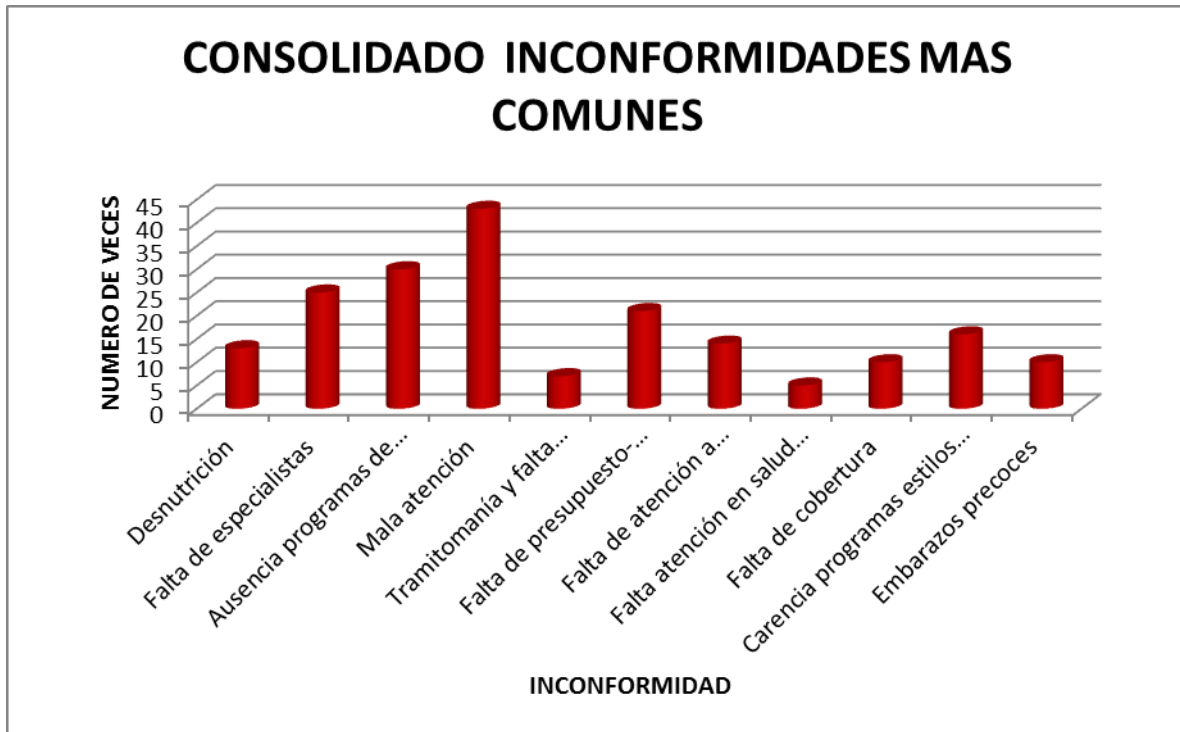
Tratándose de la situación del adulto y del adulto mayor, las deficiencias más notorias apuntan a la mala atención en salud, la falta de especialistas, falta de cobertura, fallas en la atención a discapacitados, falta de presupuesto y recursos y las deficiencias en la organización de las redes de referencia y contra referencia que resulta en demoras y aún ausencia de prestación del servicio



Fuente: Mesas Provinciales

En términos globales (incluyendo las distintas etapas del ciclo de vida) se puede concluir que las inconformidades más sentidas y manifestadas apuntan a la mala atención, la ausencia de programas de prevención, la ausencia de especialistas, la falta de atención a discapacitados, la falta de presupuesto y de recursos y la carencia de programas de estilos de vida saludable.

En “otras” inconformidades se consignaron aquellas no consideradas inicialmente que su ocurrencia fue mínima. En las manifestadas para las etapas de primera infancia e infancia contemplan aspectos variados como mortalidad materna en el sector rural, mortalidad por cambios climáticos, deficiencias en vacunación, capacitación a líderes, falta de denuncias en maltrato infantil, y otras. Para las etapas de adolescencia y juventud este ítem contempla casos como violencia intrafamiliar, presencia de alcoholismo, atención a mujeres víctimas de la violencia, ausencia de valores etc. En relación con las etapas de adultez y adulto mayor el ítem “otras” incluye alcoholismo y violencia, falta de cobertura de programas sociales, falta de estadísticas de población desplazada, desconocimiento de deberes y derechos en salud, entre otras.



Fuente: Mesas Provinciales

3. DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

3.1. OBJETIVO 1. DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

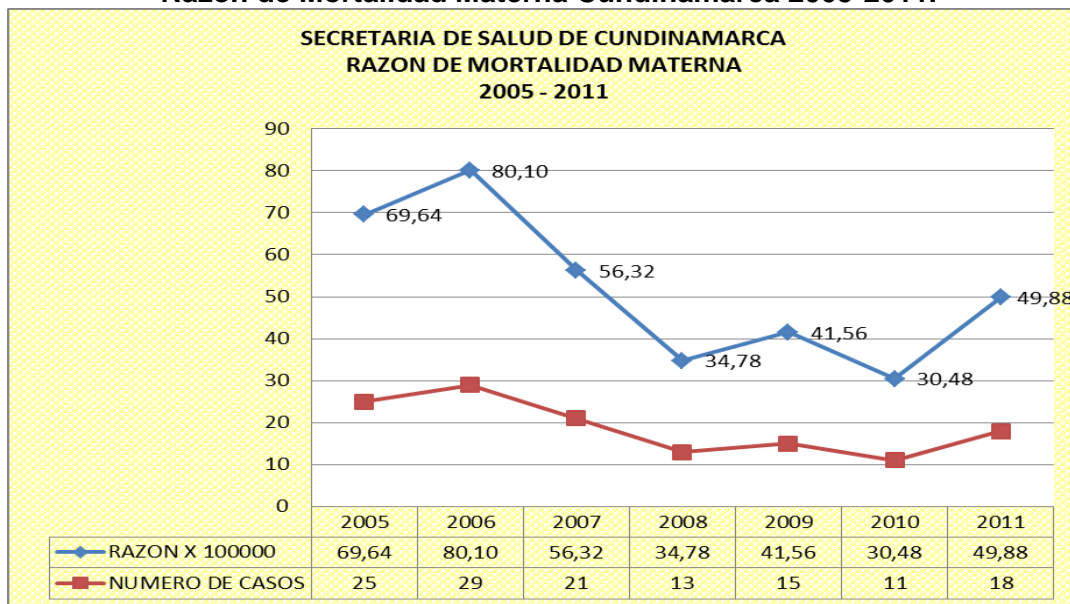
A. PROGRAMA INICIO PAREJO DE LA VIDA DE 0 A 5 AÑOS

MORTALIDAD MATERNA

En Cundinamarca, durante el año 2009 se registraron 36.089 nacimientos, 1.289 menos que en el año inmediatamente anterior, acorde a la última cifra DANE consolidada a este periodo. Por densidad poblacional los municipios de Soacha, Facatativá, Zipaquira, Fusagasugá, Girardot Mosquera, Madrid, Chía y Funza registran los más altos índices de nacimientos.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio definieron el indicador trazador la razón de mortalidad materna, el cual aunque cumple la meta de reducir la razón, este presenta una tendencia a la reducción, sin embargo durante el año 2011 este número se incrementó respecto al comportamiento del periodo 2008 a 2011 (ver figura).

Razón de Mortalidad Materna Cundinamarca 2005-2011.



Fuente: Sivigila SSC 2011

En Cundinamarca el reto para el periodo 2008- 2011 fue reducir la mortalidad materna a menos de 55 por 100.000 nacidos vivos. La meta se cumplió ampliamente como lo muestra la figura 1 y al compararnos con los resultados alcanzados en otros departamentos como Antioquia, Valle, Bogotá y otros, Cundinamarca presenta el indicador más bajo en mortalidad materna. Sin embargo, perder 18 madres por cada 100.000 nacidos vivos nos hace revisar las cifras para identificar las causas asociadas a este resultado y hemos encontrado lo siguiente: Síndrome de Hellp, Eclampsia, preeclampsia, Shock Hipovolémico y Shock séptico de diferentes orígenes, Suicidio, entre otros.

Principales causas de mortalidad materna 2005 a 2011: Eclampsia 19.3%, Síndrome de Hellp 15,8%, 50%; Sepsis de diferentes orígenes complicación del puerperio 12.3%, Shock Hipovolémico secundario a hemorragia 5,3%, Suicidio 5.3%, otras afecciones 42%.

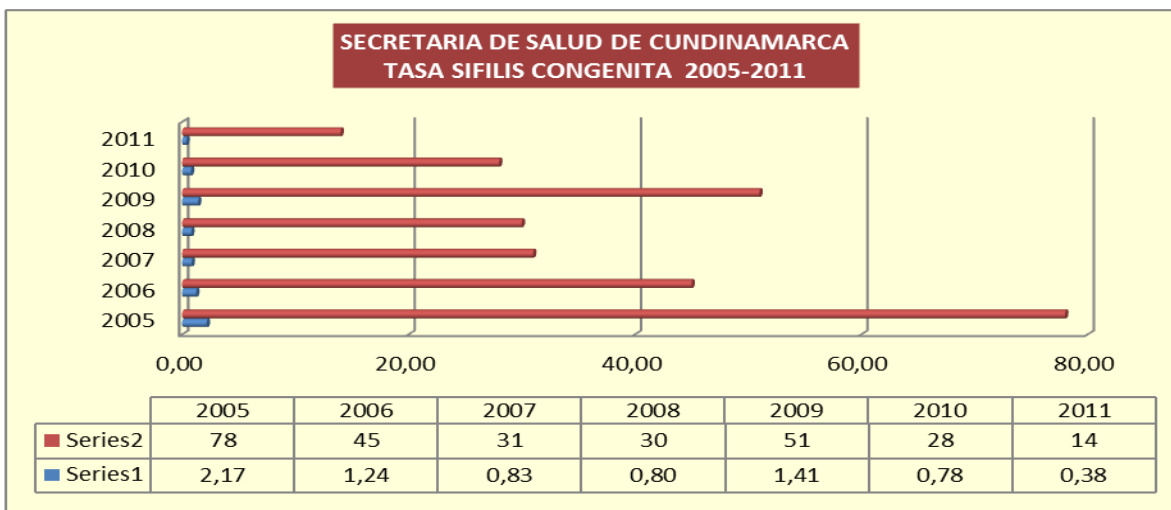
La distribución de muertes maternas en el departamento corresponde a: Soacha, Cota, Madrid, Ubalá, Ubaté, Villapinzón, Zipaquirá, Girardot, Facatativa, Uña, Agua de Dios, Anolaima, Cachipay, Fosca, Caparrapí, Fusagasugá, Gachancipa, Guachetá, Guaduas, Guasca, Manta, Pacho, Paratebuena, Quipile, Puerto Salgar, San Bernardo, San Juan de Rioseco, Sibate, Silvania, Tabio, Tenjo, Tocancipa y Viota.

SÍFILIS CONGÉNITA

Incidencia de sífilis congénita.

La incidencia de la sífilis congénita, ha pasado de 1 a 2.6 casos, en los últimos diez años, en el país. En Cundinamarca el indicador al 2011 presenta una tendencia a la baja con un resultado del 0.38 (14 casos) por 1.000 nacidos vivos, pero aun debemos continuar con las acciones para llegar al 2015 a cero casos según las metas nacionales (ver figura).

Incidencia de Sífilis Congénita en Cundinamarca 2011.



Fuente: Instituto Nacional de Salud - Sivigila - Oficina de Epidemiología - Prioridad SSR - SSC- 2011

En el departamento de Cundinamarca, se registran 14 casos de sífilis congénita. De los casos presentados son de predominio del área de la cabecera municipal con 13 casos, un caso del área centro poblado. Según el Departamento de residencia existen casos de notificados en Cundinamarca pero son del Tolima. En Cundinamarca los municipios de residencia se encontró una distribución así: Girardot, Facatativa, Chía, Caparrapi, Zipaquira, Subachoque, Ubate, Cajica y Zipaquira.

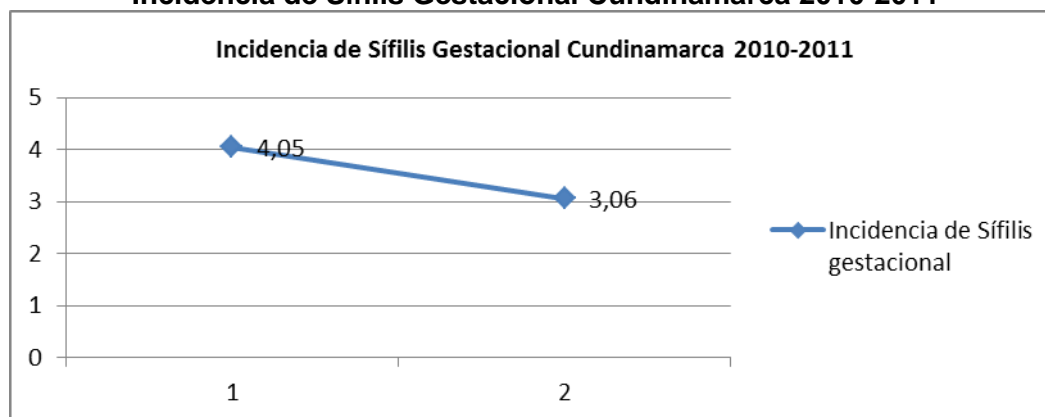
Se evidencia que de los 13 casos registrados en el año 2011, ocho de los casos su madres presentaron sífilis Gestacional con edad mínima de 17 años, máxima de 40 años promedio de 25 años y predominio de residencia el Municipio de Girardot, Flandes y Cajica.

SÍFILIS GESTACIONAL

Según el Sivigila del 2011 se presentaron 72 casos de Sífilis Gestacional, seis casos de Bogotá, con edad mínima de 14 años y máxima de 38 años. El 69,70% de los casos son de área urbana, el 16,367% del rural disperso y el 13,64% en los centro poblados. Los casos son residentes de los municipios de: San Juan de Rioseco, Girardot, Soacha, Chía, Paratebuena, Madrid, Guaduas, Facatativa, Villeta, Tocancipa, Cabrera, Bojacá, Cucunuba, Ubate, Tocaima, Fusagasugá, Medina, Cota, Cajica, Tocancipa, Nemocón, Zipaquira, Ricaute, Anapoima, Nocaima, Tibacuy, El Rosal, Tengo, Anolaima, Puerto salgar, y Quetame.

La incidencia de sífilis Gestacional en el año 2010 fue del 4,05, una disminución del 0,99 del 2010 con respecto al 2001 que fue de 3,06 (ver figura)

Incidencia de Sífilis Gestacional Cundinamarca 2010-2011

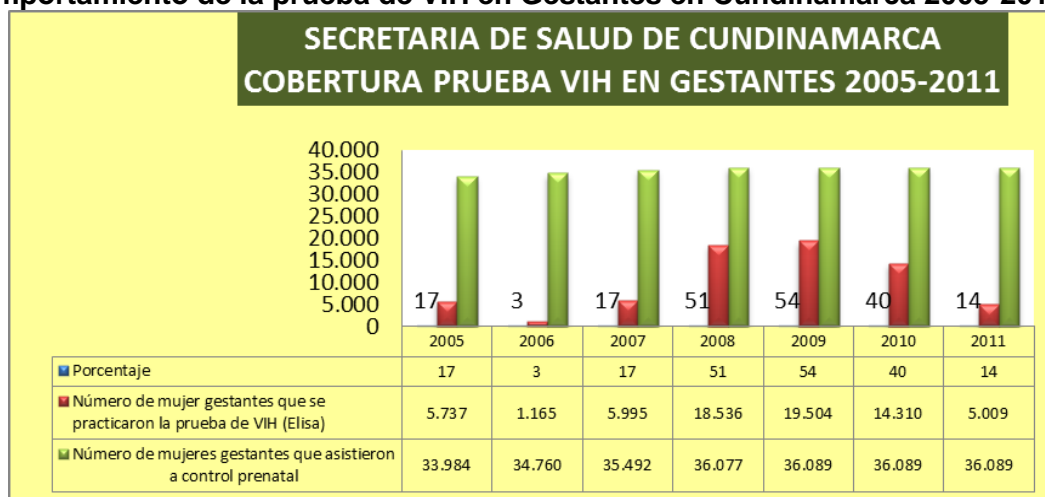


Fuente: Sivigila 2011 SSC

Mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).

Las pruebas Elisa para VIH realizada a las gestantes del 2005 a 2011, han tenido descenso de un año al otro del 26%, por tanto se están intensificando las acciones para que la cobertura del 100% de la prueba a todas las gestantes en las IPS del departamento. (Ver figura).

Comportamiento de la prueba de VIH en Gestantes en Cundinamarca 2005-2011.

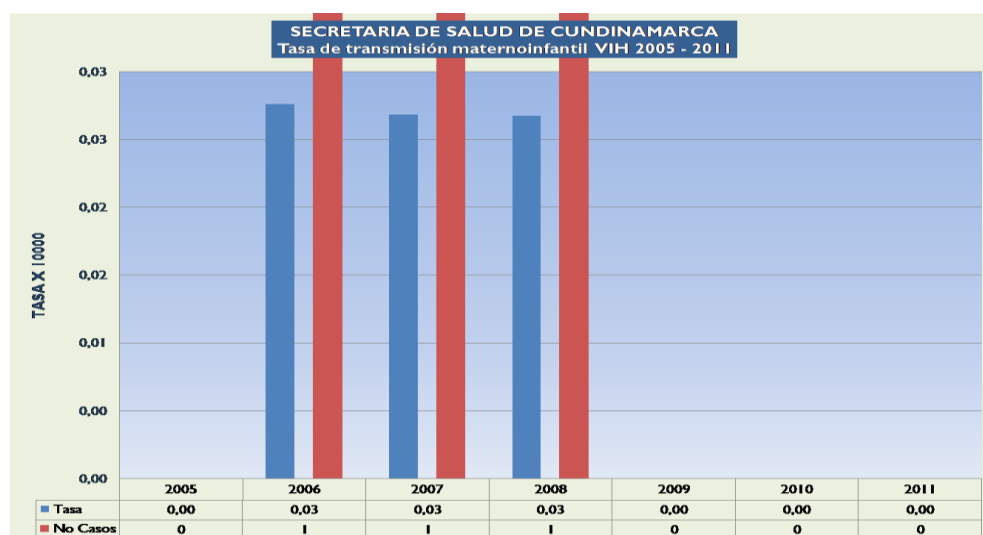


Fuente SSC-Dirección Salud Pública-LDSP

PREVALENCIA DE VIH DE TRANSMISIÓN PERINATAL.

Entre 2005 al 2008 se han presentado tres casos de VIH Perinatal. Estos registros son expedidos por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. En 2009 al 2011 no se notificaron casos por parte de las IPS al sistema. Cundinamarca ejerce control sobre las gestantes para asegurar la integralidad en la atención y oportunidad en el diagnóstico de los riesgos sobre la salud de la madre y el producto de su gestación, aunque este silencio epidemiológico puede ser un subregistro (ver figura 7).

Tasa de transmisión materno Perinatal del VIH Cundinamarca 2008-2011

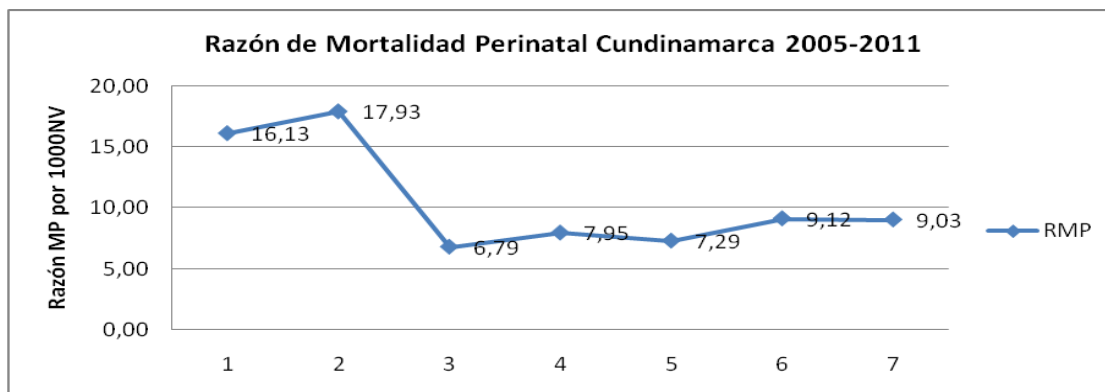


Fuente: Ministerio de la Protección Social. Estrategia para Reducción VIH Perinatal

MORTALIDAD PERINATAL

La mortalidad Perinatal en Cundinamarca desde el 2005 al 2011 ha tenido un descenso significativo, del 17,93 a 9,03. Se observa que la mortalidad Perinatal a pesar de las acciones que se realizan la principal causa de mortalidad fetal son las relacionadas con complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento (ver figura).

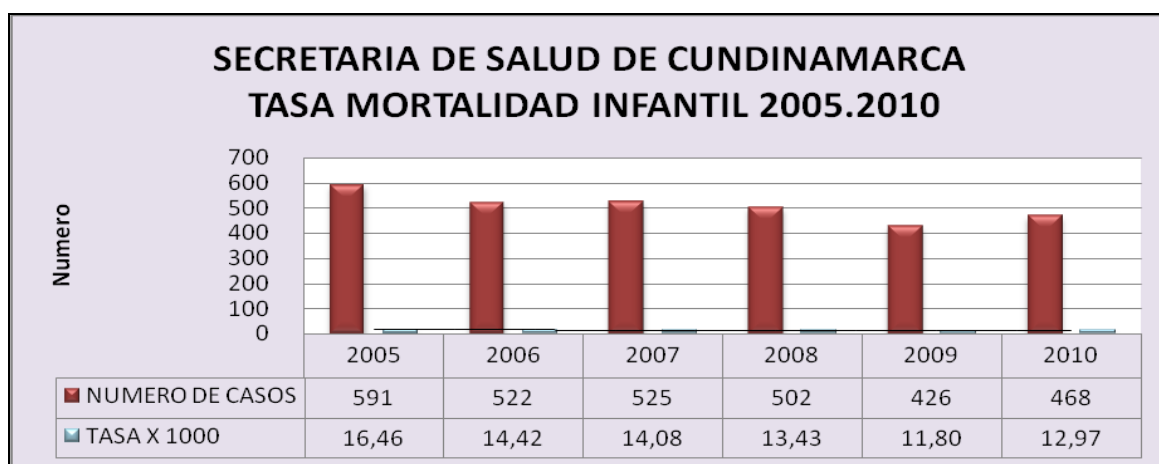
RAZÓN DE MORTALIDAD PERINATAL CUNDINAMARCA 2005-2011



Fuente: Sivigila 2011 SSC

La tasa de mortalidad Infantil presenta un reducción sostenida ya que en efecto pasó de 16.46 en 2005 a 11.8 por 1000 Nacidos Vivos, acorde a lo registrado al cierre de la base DANE 2009; sin embargo es de anotar que el número de nacidos vivos presentó una reducción de 1289 niños entre 2008 y 2009, lo que aumenta la tasa para el 2010 en 1.17% (ver figura 8). A raíz de patologías respiratorias producto de la ola invernal y la aparición del AH1N1 cuyo caso "índice país" se presentó en el municipio de Zipaquirá, la mortalidad respiratoria aumentó afectando el resultado de la tasa en el año 2010.

MORTALIDAD INFANTIL: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO.

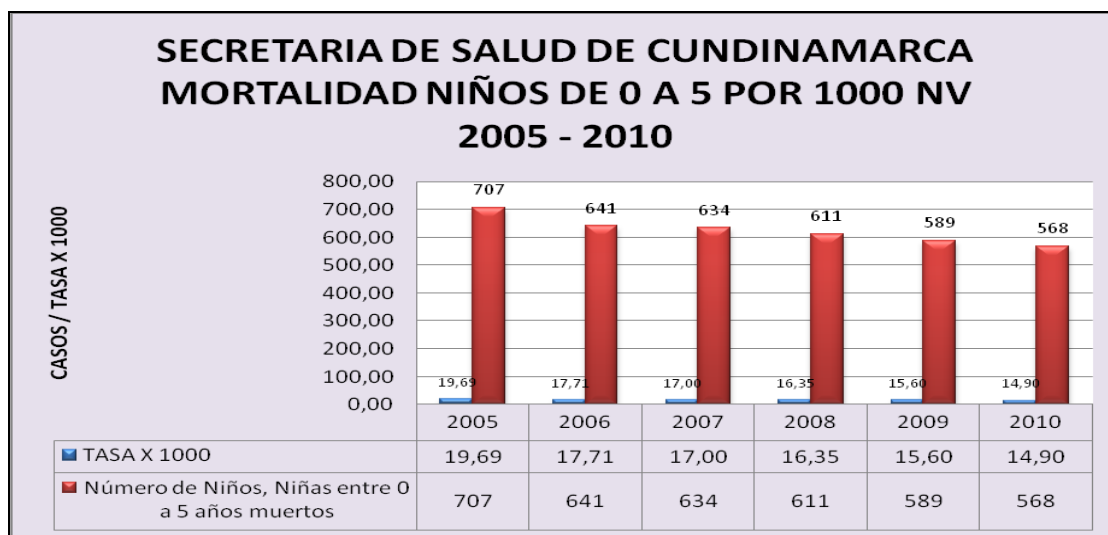


Fuente: DANE 2005-2009 - Oficina de Epidemiología SSC- 2011

Mueren más niños y niñas en los municipios con más altos índices de necesidades básicas insatisfechas como: Quebradanegra, Tibacuy, La Peña, Caparrapí, Nariño, Pandi y Villagómez.

La Tasa de mortalidad de niños, niñas menores de 5 años. En 2010 la tasa se ubicó en 14.90, por cada mil nacidos vivos durante los primeros 5 años de vida fallecen 15 niños o niñas (ver figura).

ÍNDICE MORTALIDAD NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Fuente: DANE 2005-2009 y Oficina Epidemiología SSC 2010.

Si comparamos el resultado con otros departamentos de características similares, Cundinamarca presenta las tasas mas bajas y cumple los compromisos de estar por debajo de 17 por cada mil nacidos vivos. Tanto es así que en 2009 nuestro resultado está en un dígito y corresponde a 9.6 por 1000 nacidos vivos mientras que Bogotá ocupa el primer lugar en mortalidad infantil con el 17.2 por mil nacidos vivos, seguido del promedio nacional - Colombia 16.6 por 1000 nacidos vivos- y Antioquia con 15.1 por 1000 nacidos vivos.(Fuente: DANE CONSULTA WEB - AGOSTO 2011).

Porcentaje de niños y niñas de 0 a 6 meses que asisten a control de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva.

En 2010, el porcentaje de niños y niñas menores de 6 meses con lactancia materna fue del 29% con una duración de 3.9 meses. Se destaca un incremento en esta práctica en hogares donde los niños y niñas son llevados a controles de crecimiento y desarrollo en las IPS del departamento (ver figura 10)

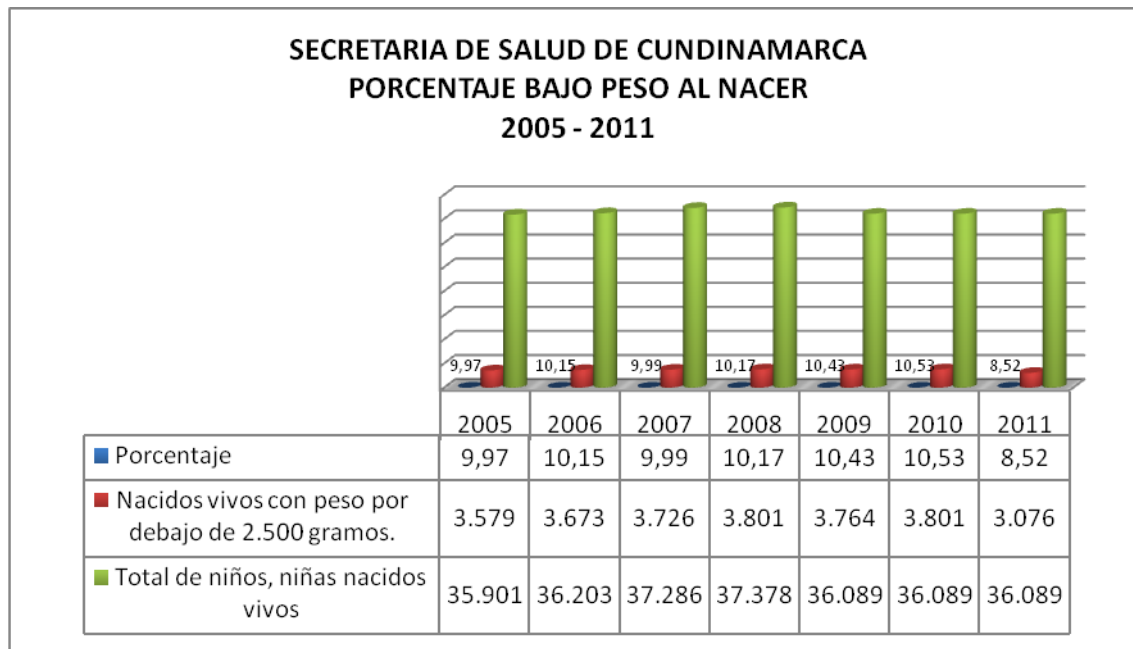
El porcentaje es discreto debido al subregistro aun así, se observa un incremento en la información y monitoreo.

La lactancia materna se constituye en el primer factor protector de la salud de los niños y niñas. Según la UNICEF “Si todos los niños y niñas fueran alimentados exclusivamente con lactancia desde el nacimiento, sería posible salvar cada año aproximadamente 1.5 millones de vidas.

Porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer.

El indicador se mantiene en 10 % aproximadamente, se observa que en el 2011 el bajo peso al nacer fue de 8.52% el más bajo en los últimos 7 años (ver figura). Las causas más reiteradas son: Dificultad para detectar oportunamente el riesgo nutricional de la gestante. Bajo acceso a alimentos de calidad. Pobreza y condiciones sociales, culturales y económicas que convierten el riesgo en situación inmodificable. Es condicionante de la mortalidad perinatal. Por lo tanto, el bajo peso al nacer es uno de los indicadores más importantes para evaluar la calidad de vida de la población.

PORCENTAJE DE BAJO PESO EN NACIMIENTO CUNDINAMARCA 2005-2011



Fuente: Oficina de Epidemiología SSC- MCAF

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI

Se hace necesario evaluar indicadores entre los que podemos citar las coberturas de vacunación, las cuales deben ser iguales o superiores al 95% en la población objeto del programa, con el fin de alcanzar un umbral de inmunidad que se constituya en una barrera que impida la transmisión de enfermedades altamente contagiosas.

El programa PAI está dirigido especialmente a la población de 0 a 5 años, para hacer el presente diagnóstico tomamos como referencia los siguientes indicadores

- Coberturas de vacunación con BCG en recién nacidos.
- Coberturas de Vacunación con Esquemas Completos en menores de 1 año: VOP (Antipolio) y Penta (difteria-tétanos-tos ferina-hepatitis b y haemophilus influenza tipo b)
- Cobertura de Vacunación con SRP (Triple viral o sarampión- paperas y rubeola) y Fiebre Amarilla, en población de 1 año de edad.

- Cobertura de Vacunación con 1er Refuerzo de VOP (Antipolio) - DPT ((difteria-tétanos-tos ferina) en población de 18 meses de edad
- Cobertura con refuerzo de SRP (sarampión- paperas y rubéola) y segundo refuerzo de DPT y VOP en población de 5 años de edad.

El numerador de estos indicadores lo constituyen la población vacunada y el denominador la población objeto la cual según el Ministerio de Salud y Protección Social corresponde a la proyección establecida por el DANE, sin embargo es importante aclarar que esta proyección supera las cifras de nacidos vivos por residencia y procedencia de municipios de Cundinamarca que según última información del DANE para el año 2009 es de **36.089** niños y niñas (última información) y la proyección del DANE es de **47.134** niños menores de 1 año, generando una diferencia de aproximadamente 11.000 niños y niñas y afecta las coberturas en un 20 a 24%.

COBERTURAS EN POBLACION DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD

En este grupo de edad se evalúan coberturas con dosis única aplicadas a recién nacidos con BCG para prevención de tuberculosis meníngea); y con esquema completo de tres dosis con VOP (Antipolio) y Penta (difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis b y haemophilus influenza).

Cobertura con BCG: En el año 2011 se vacunaron con BCG 23.358 nacidos que corresponde a una cobertura administrativa según proyección Censo DANE del 50%. Es importante aclarar que anualmente 10.862 partos de madres procedentes y residentes en Cundinamarca se atienden fuera del Departamento especialmente en Bogotá razón por la cual a los recién nacidos se les aplica la dosis de BCG establecidas según normatividad vigente antes del egreso hospitalario de la madre y el niño, llegando estos infantes a los respectivos municipios de residencia con las dosis respectivas de BCG afectando la cobertura departamental con este biológico.

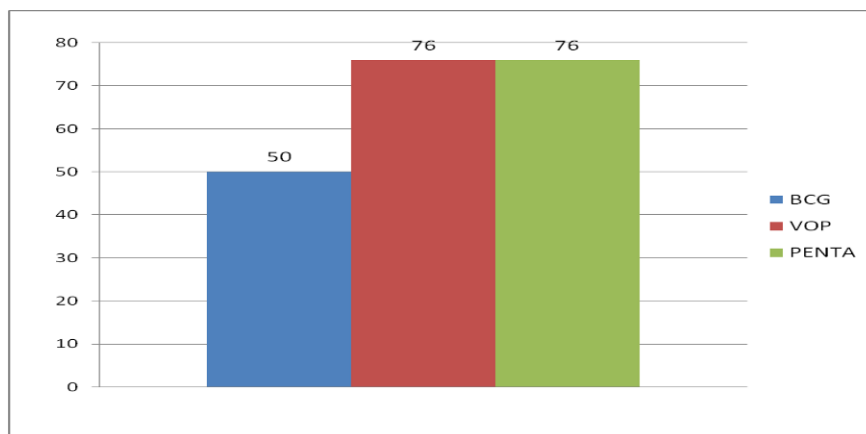
Cobertura VOP – Penta : Con esquema completo de 3 dosis en menores de 1 año , durante el año 2011 se vacunaron 35.872 niños y niñas, lo cual corresponde a una cobertura administrativa del 76% y por nacidos vivos del 99%.

Las coberturas administrativas en este grupo de edad se presentan en el **gráfico** y se observa que las coberturas con denominador Censo DANE no superan el 76%, sin embargo si se evalúan las coberturas con denominador nacidos vivos se puede concluir en cuanto a cobertura de BCG que se reportaron 23.358 niños vacunados, se suman los

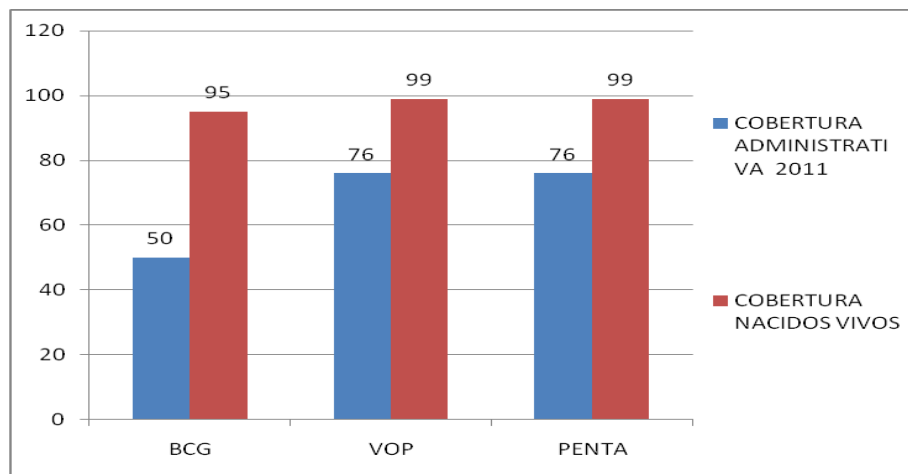
10.862 partos atendidos fuera del Departamento resultando una cobertura del 94.8% y con esquemas completos de VOP-Penta del 99%.

COBERTURAS ADMINISTRADAS DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO DURANTE EL 201

FUENTE PAI Secretaria de Salud de Cundinamarca



COBERTURAS ADMINISTRATIVAS y COBERTURAS POR NACIDOS VIVOS EN MENORES DE UN AÑO- CUNDINAMARCA 2011



FUENTE PAI Secretaria de Salud de Cundinamarca

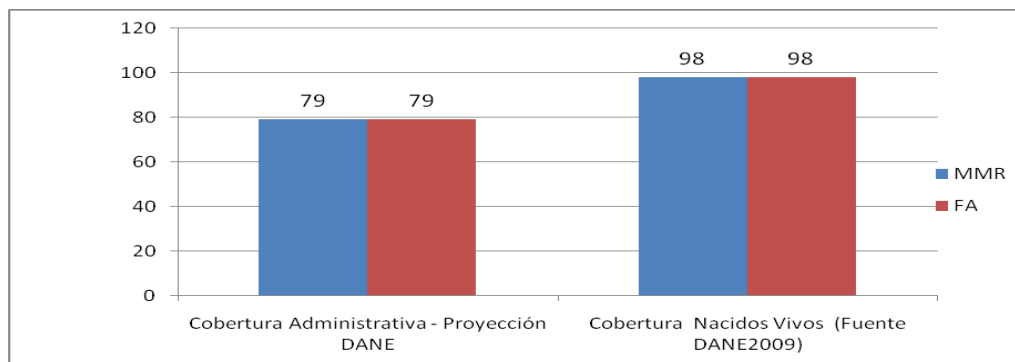
COBERTURAS EN POBLACION DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO DE EDAD

En niños de esta edad, evaluamos coberturas con SRP y con FA

Cobertura SRP-: (sarampión –paperas y rubeola) única dosis, se vacunaron 36.537 niños y niñas que corresponde a una cobertura administrativa del 79% y una cobertura según Nacidos Vivos del 98 %.

Cobertura FA-: (fiebre amarilla) única dosis, se vacunaron 36.701 niños y niñas que corresponde a una cobertura administrativa del 79% y una cobertura según Nacidos Vivos del 98 %.

COBERTURAS ADMINISTRATIVAS y COBERTURAS POR NACIDOS VIVOS 1 AÑO - CUNDINAMARCA 2011



FUENTE PAI Secretaria de Salud de Cundinamarca

COBERTURAS POBLACION DE 5 AÑOS DE EDAD

En niños y niñas de 5 años esta edad, evaluamos coberturas con segundo refuerzo de VOP; segundo refuerzo de DPT y segundo refuerzo de SRP.

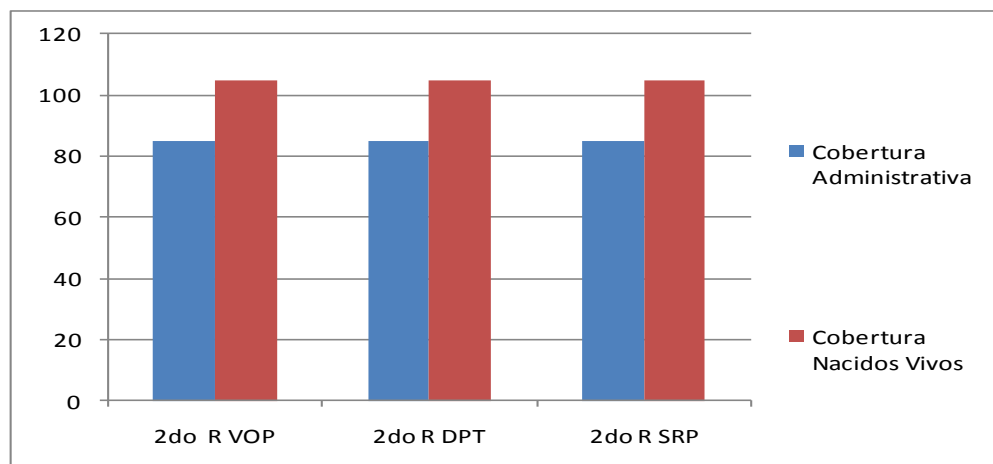
Cobertura Segundo Refuerzo VOP: durante el año 2011 se inmunizaron 39.084 niños y niñas de 5 años de edad con una cobertura administrativa del 85% y por nacidos vivos del 104%.

Cobertura Segundo Refuerzo DPT: durante el año 2011 se inmunizaron 39.117 niños y niñas de 5 años de edad con una cobertura administrativa del 85% y por nacidos vivos del 104%.

Cobertura Segundo Refuerzo SRP : en el año 2011 se inmunizaron 39.396 niños y niñas de 5 años de edad con una cobertura administrativa del 85% y por nacidos vivos del 104%.

Las coberturas administrativas y por nacidos vivos en el grupo de 5 años de edad se presentan en el gráfico No.4.

GRAFICO No.4 – COBERTURAS ADMINISTRATIVAS y COBERTURAS POR NACIDOS VIVOS POBLACION DE 5 AÑOS EDAD - CUNDINAMARCA 2011



FUENTE PAI Secretaria de Salud de Cundinamarca

COMPARACION CON LA NACION

Es importante revisar las diferencias existentes entre las proyecciones de población Menor de 1 año definidas por el DANE y los últimos datos (2009) de Nacidos Vivos por residencia y procedencia de cada Departamento del año 2009 por cuanto los años 2010 y 2011 es preliminar.

Como se observa en la Tabla No. 1, existe una diferencia importante entre la proyección Censo DANE y los Nacidos Vivos por residencia y procedencia de cada Departamento, afectando especialmente a los Departamentos de Cundinamarca, Valle y Antioquia. A nivel nacional la diferencia entre Proyección Censo DANE y Nacidos Vivos presenta una diferencia de 162.297 niños y niñas.

En la **Tabla No. 1** se presentan las coberturas de los Departamentos de Antioquia, Boyacá, Cundinamarca, Santander, Valle y el Distrito Capital de Bogotá, observando que en Coberturas Administrativas, únicamente Santander cumple con coberturas útiles superiores al 95% .El total nacional presenta coberturas no útiles, entre el 81 al 87%, Cundinamarca presenta coberturas inferiores a las coberturas nacionales.

Al revisar las coberturas por nacidos vivos, se observa que a nivel nacional se cumplen con todas las coberturas, al igual que en todos los Departamentos incluidos en este análisis, concluyendo que el denominador es un factor importante para el establecimiento de metas de vacunación.

COBERTURAS NACIONALES 2011 SEGÚN PROYECCION DANE y NACIDOS VIVOS MENORES DE 1 Año Y DE 1 Año

DEPTOS	COBERTURAS ADMINISTRATIVAS			COBERTURAS NACIDOS VIVOS		
	BCG	VOP - PENTA	SRP	BCG	VOP - PENTA	SRP
ANTIOQUIA	65	73	81	111	172	98
BOGOTÁ D.C.	98	89	93	105	106	96
BOYACÁ	75	85	86	102	135	103
CUNDINAMARCA	50	76	79	65	101	98
SANTANDER	98	97	96	99	100	107
VALLE	88	100	95	95	108	119
TOTAL NACIONAL	81	85	87	100	105	108

Fuente PAI MPS

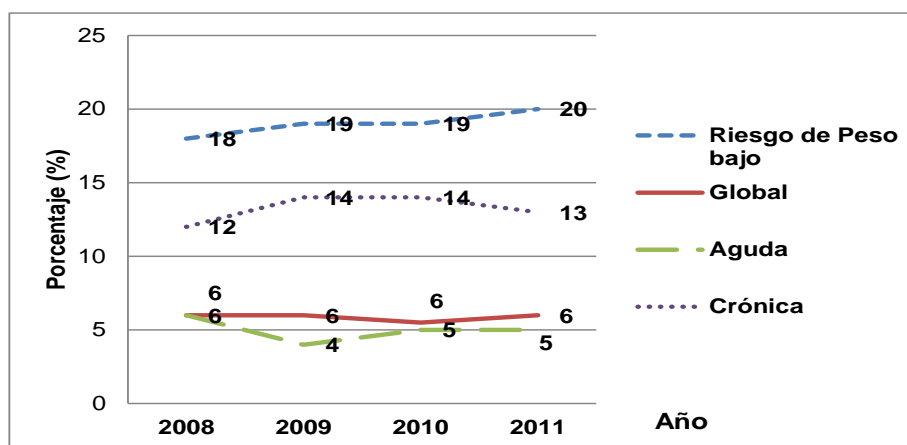
SITUACIÓN NUTRICIONAL DE CUNDINAMARCA 2008-2011 0 a 5 años

La inversión en nutrición tiene un alto y rápido retorno social si es canalizada hacia la primera infancia. Esta es la etapa del ciclo de vida del ser humano donde se presenta el mayor desarrollo cerebral, lo cual está directamente relacionado con la nutrición, la salud, la protección y la calidad de las interacciones que reciba.

Durante la primera infancia se evalúa la situación nutricional utilizando los indicadores Peso/Edad, Peso/Talla, Talla/Edad e IMC/Edad de acuerdo a los nuevos Patrones de Crecimiento OMS 2006.

En del departamento, el principal problema nutricional en la primera infancia es la desnutrición crónica, seguida por la desnutrición global y aguda, como lo muestra la gráfica 1. En ella, también se encuentra el riesgo de bajo peso –obtenido con el indicador P/E-, que advierte el gran problema de salud pública que se tendrá en un futuro inmediato por su magnitud, lo que corrobora la decisión acertada de intervenir desde el Programa de complementación, el riesgo de bajo peso y el bajo peso en la primera infancia.

COMPORTAMIENTO DEL RIESGO DE BAJO PESO Y LA DESNUTRICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2008-2011.



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2008-2011.

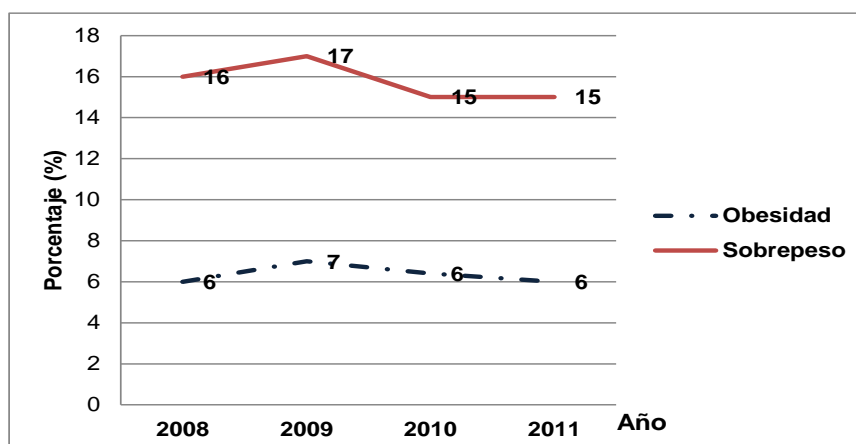
El bajo peso para la edad o Desnutrición global, en éste grupo es más frecuente la desnutrición global en la zona urbana (4%).

En cuanto al indicador de Desnutrición Aguda (Peso/ talla) , Permite evaluar la calidad y la oportunidad en la atención infantil al establecer la detección temprana de los factores de riesgo asociados a las muertes evitables por DESNUTRICIÓN, EDA, IRA en menores de 1 año y de 1 a 4 años. En éste grupo es más frecuente la desnutrición aguda en la zona urbana (3%).

La desnutrición crónica o talla baja, está asociado a las condiciones socioeconómicas de la familia y la comunidad, muestra los efectos acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo. En éste grupo es más frecuente la desnutrición crónica en la zona urbana (7%).

El exceso de peso se presenta en el 21% de la población en primera infancia como se observa en la gráfica. La clasificación de sobrepeso y obesidad se obtiene al relacionar el peso con la talla del niño (a), por lo que se requiere prestar gran atención al crecimiento lineal (talla) y a la ganancia de peso adecuada para la talla. En éste grupo es más frecuente el sobrepeso en la zona urbana (8%) y la obesidad se presenta en la misma proporción en la zona urbana y rural (3%).

COMPORTAMIENTO DEL EXCESO DE PESO EN LA PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2008-2011.

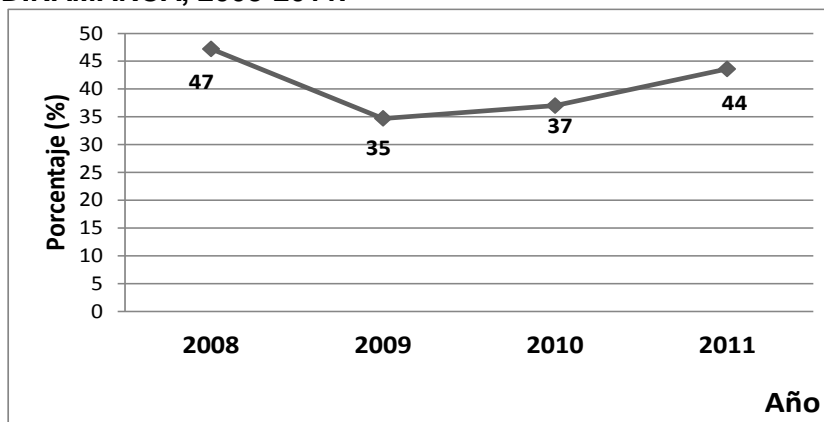


Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2008-2011.

El estancamiento de los indicadores en el departamento durante los últimos cuatro años, puede estar revelando que existen factores que pueden estar influyendo en la situación nutricional como son las prácticas inadecuadas de alimentación del lactante y el niño pequeño, entre ellas destete precoz de los menores de 2 años con introducción inadecuada de alimentos (líquidos claros, agua de panela, jugos, aguas, y caldos que ocupan la pequeña capacidad gástrica, quitando el espacio para la leche materna o

alimentos semisólidos que aporten mayor cantidad de nutrientes) como lo muestra la gráfica, en la que la prevalencia de lactancia materna exclusiva es cercana al 50% .

COMPORTAMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS DE 0 A 5 MESES. CUNDINAMARCA, 2008-2011.



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2008-2011.

Otro factor, que puede estar influyendo es el hambre oculta por deficiencia de micronutrientes, esenciales para garantizar el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros 1000 días como son el hierro, la Vitamina A y el Zinc, suplidos con una alimentación saludable rica en frutas, verduras, proteínas de origen animal, leguminosas secas y granos enteros.

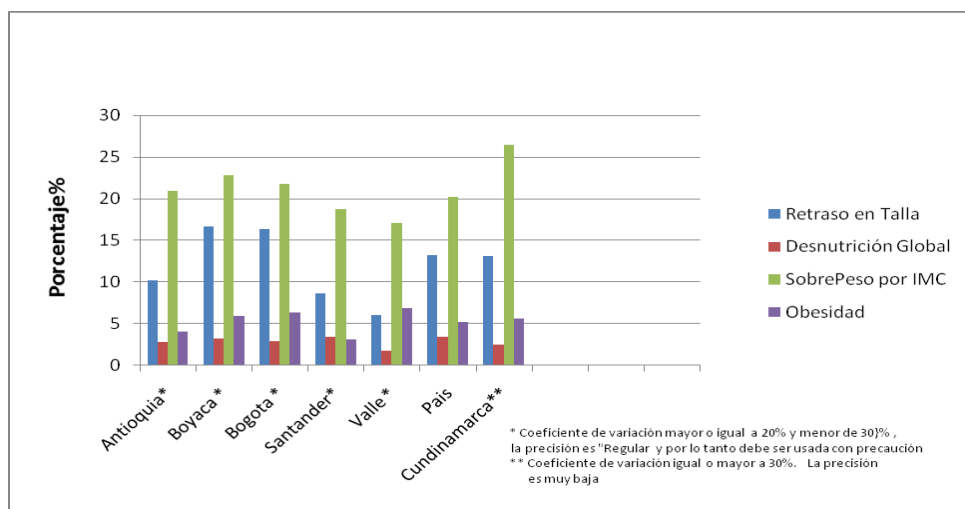
Por otra parte, existen factores externos al sector salud, como los relacionados con políticas sociales y económicas que favorecen la inseguridad alimentaria y nutricional en las familias, puesto que no permiten el acceso, disponibilidad y consumo diario de agua potable y alimentos para cubrir los requerimientos nutricionales de sus integrantes.

Según la ENSIN 2010, el 37,7% de los menores de 6 meses a 4 años cundinamarqueses, presentan anemia por deficiencia de hierro, el 28.3% de los niños y niñas de 1 a 4 años de la subregión andina presentan deficiencia de ZINC y el 13.6 presentan deficiencia de Vitamina A.

Cundinamarca presenta el mayor grado de sobrepeso, asociada a ser el que presenta las más altas cifras de niños, niñas que se dedican más de 2 horas diarias a ver televisión y

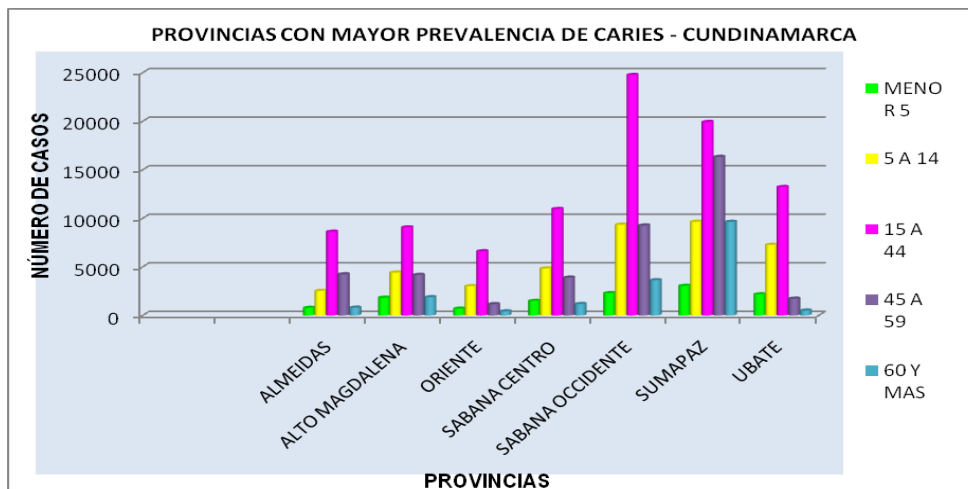
menos actividad física. Ver gráfico 4. En el caso de la Desnutrición global es importante tener en cuenta que las cifras son imprecisas por tanto no se pueden tener como un parámetro de comparación ni se debe utilizar como línea de base. Cuando las entidades Territoriales cuentan con sistemas de vigilancia debe utilizarse la información propia.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN Y EXCESO DE PESO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 4 AÑOS POR DEPARTAMENTOS ENSIN-2010



Fuente: Encuesta Nacional de Situación Nutricional -ENSIN 2010

SALUD ORAL



Dentro de esta población encontramos que en todas las provincias presenta incidencia de caries como aparece descrito en la gráfica tomada de los datos de morbilidad del CIE 10 enviados por los municipios esto posiblemente asociado a la dieta, malos hábitos de higiene oral, pero principalmente existe una falta de atención en los servicios de salud que se registra en los informes de morbilidad presentados mensualmente de igual forma del total de casos presentados 13.309, se observa que las provincias más afectadas son alto magdalena, sabana centro, sabana occidental, y sumapaz.

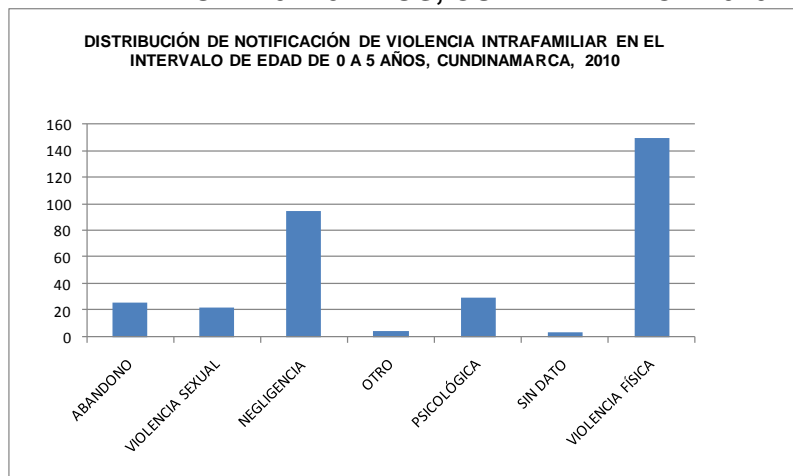
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia física es la más frecuente en este intervalo de edad aportando el 45.2%. A este respecto se debe tener en cuenta que es el tipo de violencia más evidente por sus características además de la promoción que se ha hecho con respecto a la denuncia de estos casos.

La negligencia se encuentra en segundo lugar. Esta se refiere a la falta de atención a las necesidades de las personas vulnerables por parte de sus responsables o cuidadores. A este respecto es importante tener en cuenta la falta de importancia a la consulta de crecimiento y desarrollo, odontológica, vacunación además de las necesidades dentro de los ámbitos de la vida cotidiana de los niños las cuales se encuentran proclamadas en la convención de los derechos de la infancia. La negligencia para el año 2010 en este grupo de edad se ubicó en el 29% con 85 casos.

La violencia psicológica o emocional para este periodo se ubica en el tercer lugar con 30 casos. Sin embargo es importante tener en cuenta que todo tipo de violencia conlleva a un maltrato emocional. Teniendo en cuenta lo anterior esta violencia sería la más representativa

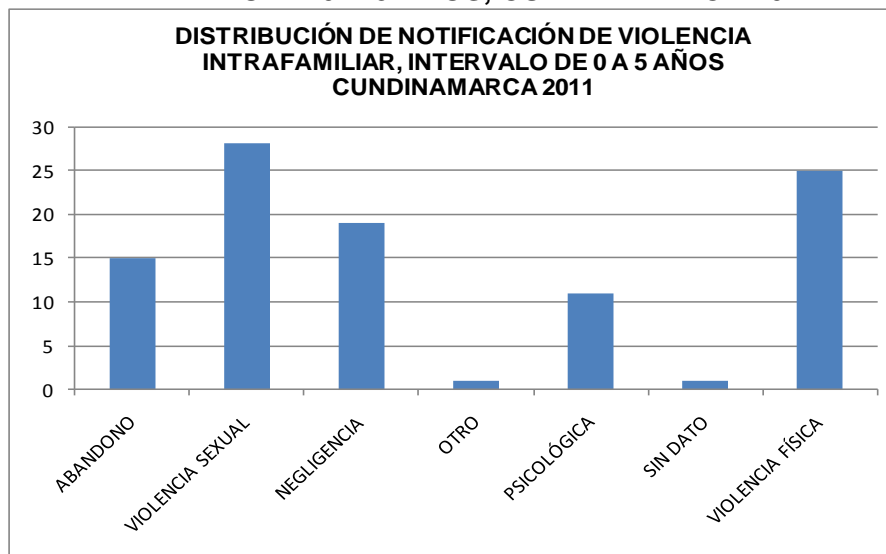
DISTRIBUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL INTERVALO DE 0 A 5 AÑOS, CUNDINAMARCA 2010



Fuente, Bases de datos de violencia 2010

Para el año 2011 la violencia sexual ocupa el primer lugar con el 28% seguido de la violencia física con el 25% y la negligencia pasó al tercer lugar con el 19%. A este respecto desafortunadamente no se contaba con un sistema de vigilancia que permitiera analizar los determinantes por los cuales la violencia sexual aumentó con relación al año anterior. De igual manera por la falta de rigurosidad del reporte no es posible establecer un análisis con exactitud. Para la vigencia 2012 se está desarrollando el sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental con el fin de solucionar estos inconvenientes y conocer el comportamiento más exacto de los eventos.

DISTRIBUCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL INTERVALO DE 0 A 5 AÑOS, CUNDINAMARCA 2011



Fuente, bases de datos violencia 2011

10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD CUNDINAMARCA AÑO 2009

MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	P220	46	2,00	9,11
2	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADA	P369	23	1,00	4,55
3	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	R99	22	0,96	4,36
4	MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	Q249	19	0,83	3,76
5	ASFIXIA DEL NACIMIENTO, NO ESPECIFICADA	P219	17	0,74	3,37
6	SINDROME DE LA MUERTE SUBITA INFANTIL	R95	13	0,56	2,57
7	MUERTE SIN ASISTENCIA	R98	12	0,52	2,38
8	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DEL FETO Y DEL RECIEN NACIDO	P77	10	0,43	1,98
9	NEUMONIA CONGENITA, ORGANISMO NO ESPECIFICADO	P239	9	0,39	1,78
10	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J189	8	0,35	1,58
	RESTO DE CAUSAS		326	14,16	64,55
	TOTAL		505	21,93	100,00

En el grupo de menores de 5 años se encuentra que los problemas respiratorios continúan siendo la primera causa de defunción siendo el síndrome de Dificultad Respiratoria la causa más importante asociado a problemas de inmadurez pulmonar o síndrome de Membrana Hialina en niños con prematuros, llama la atención la mortalidad de un número importante de niños por Neumonía.

Para resaltar un número importante de casos con diagnóstico de muerte sin asistencia situación que no puede ni debe darse en ningún infante máxime cuando estos niños tienen cubierta toda la atención en salud.

Continúan siendo las malformaciones congénitas otra causa importante en este grupo de edad; es necesario intensificar las acciones para el tratamiento adecuado de los pacientes que son diagnosticados con Sepsis Bacteriana del recién nacido y Enterocolitis necrotizante los cuales si bien es cierto son diagnósticos supremamente agresivos es de vital importancia realizar la descarga terapéutica necesaria con el fin de lograr mejores respuestas y de esta manera disminuir las tasas de mortalidad en este grupo etéreo.

B. PROGRAMA ALIANZA POR LA INFANCIA 6 - 11 AÑOS

NUTRICIÓN

En los escolares se presenta como mayor problema nutricional el sobrepeso y la talla baja, y en menor proporción obesidad y delgadez. También llama la atención el riesgo de delgadez dada la magnitud, que predice a futuro ausencia de cambios en las cifras de delgadez (Ver gráfica) si no se interviene.

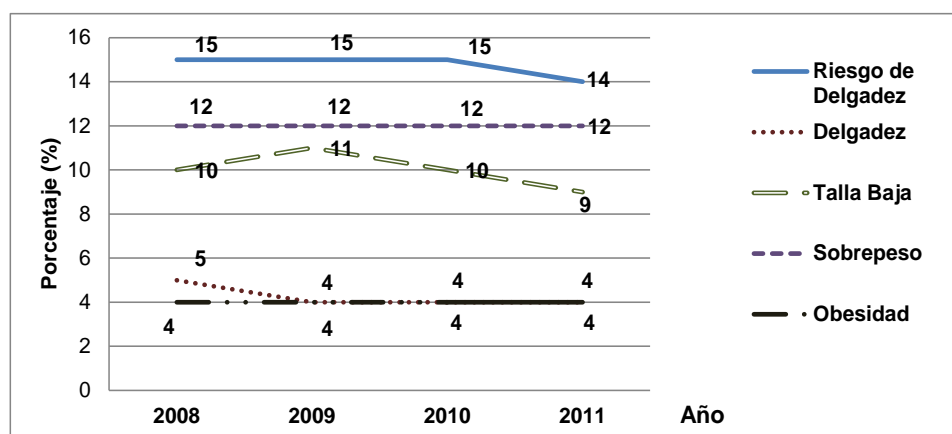
El sobrepeso y la obesidad no presentan cambio en el último cuatrienio. El sobrepeso se presenta con igual frecuencia en la zona urbana y rural (6%) y la obesidad es más frecuente en la zona urbana (2.6%).

La talla baja presenta tendencia al descenso como se observa en la gráfica 5, lo cual permite concluir que las condiciones de calidad de vida han mejorado en el último cuatrienio. Esta se presenta con mayor frecuencia en la zona rural (5%).

La delgadez permanece estable en el último trienio y se presenta con igual frecuencia en la zona urbana y rural (2%).

Al revisar la ENSIN 2010, aparece como uno de los factores de riesgo condicionante para el sobrepeso y la obesidad infantil, la mala ocupación del tiempo libre de los escolares, de los cuales el 70.9% se dedican 2 horas o más a ver televisión o a jugar con video juegos, siendo el departamento de Cundinamarca el de la mayor problemática a nivel nacional.

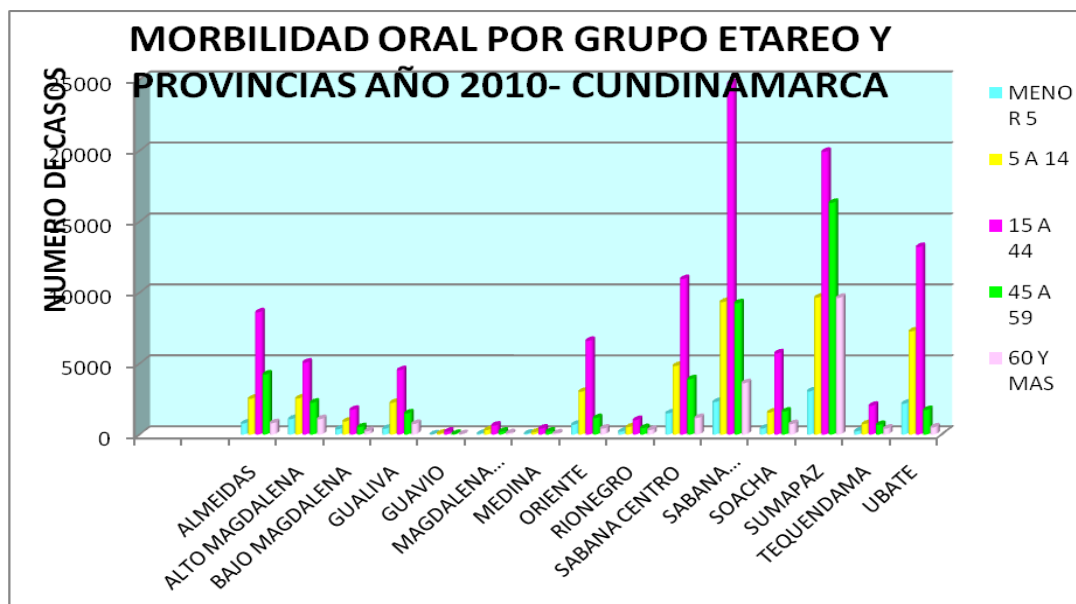
COMPORTAMIENTO DEL RIESGO DE DELGADEZ Y MALNUTRICIÓN EN ESCOLARES (6 A 11 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2008-2011.



Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2008-2011.

La prevalencia de anemia nutricional en este grupo etáreo es la mayor del país (12,6%) para la Región Oriental donde se encuentran Boyacá, Meta y Cundinamarca como subregión con una prevalencia de 16,7%.

SALUD ORAL 5 A 14 AÑOS



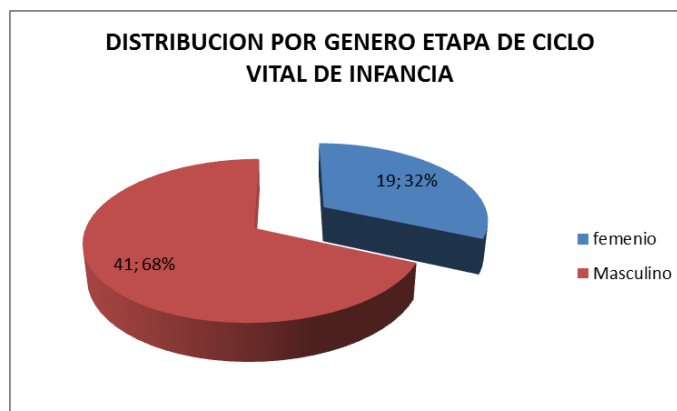
Dentro de esta población encontramos que en todas las provincias presenta incidencia de caries como aparece descrito en la gráfica tomada de los datos de morbilidad del CIE 10 enviados por los municipios esto posiblemente asociado a la dieta, malos hábitos de higiene oral, falta de atención oportuna aunque el comportamiento de la caries y enfermedad periodontal se presenta más como una enfermedad crónica donde se requiere la atención de la rehabilitación y el mantenimiento de la promoción y la prevención. De igual forma del total de casos presentados 45544 casos, se observa que las provincias más afectadas son alto magdalena, sabana centro, sabana occidente, y sumapaz

SALUD LABORAL

Para esta etapa de ciclo y de acuerdo al trabajo de campo se identificaron, caracterizaron y canalizaron a los servicios de salud 60 niños-as, en 18 municipios del departamento por medio de los técnicos en salud ocupacional del grupo de salud laboral durante su intervención en el año 2011.

Distribuidos por género así:

GENERO	NUMERO
femenio	19
Masculino	41
TOTAL	60



Fuente: Diagnostico de salud y trabajo realizado por los Tec. En salud

El mayor porcentaje se encuentra en el género masculino con un aporte del 68%, esto en línea con lo que las investigaciones han arrojado frente que los varones ejercen mayoritariamente oficios y labores más temprano debido a que este género es visto como quien debe ejercer la responsabilidad en una familia en cuanto al factor económico

GENERO FEMENINO:

Para este género se detectaron 19 niñas que ejercen alguna labor u oficio, donde el 52,6% ejerce su labor en un lugar fuera de su hogar, el 100% se encuentra dentro del sistema educativo donde el 78,9% refiere que de alguna manera tienen un rendimiento académico bueno y de igual proporción del 10,5% refieren un rendimiento regular y excelente, en cuanto a asistir a jornadas alternas a la escuela el 94,7% no tienen esta oportunidad de aprovechamiento del tiempo libre en actividades deportivas, lúdicas, recreativas y culturales siendo este tiempo dedicado a su labor u oficio, donde evidentemente estamos de alguna manera vulnerando los derechos de los niños y niñas, 1 niña refiere ser desplazada por la violencia.

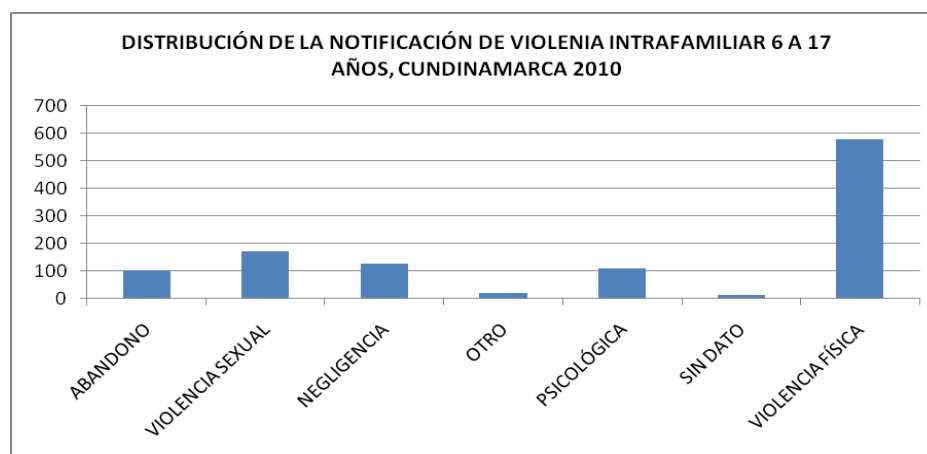
GÉNERO MASCULINO

Se detectaron 41 niños ejerciendo alguna labor u oficio, donde el lugar de trabajo del 61% es fuera de su hogar. El 100% se encuentra estudiando, donde el 78% refiere que les va bien en los estudios, solo el 22% asiste a jornadas alternas a la escuela.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia física para este grupo de edad aporta el mayor número de casos reportados con un total de 581. Seguidamente se encuentra la violencia sexual con 172 casos. A

este respecto se observa un aumento con relación al grupo de edad de 0 a 5 años. Dentro de esta violencia está contemplado todo lo que tiene que ver con delitos sexuales haya o no acceso carnal violento. La negligencia con 128 casos se ubica en el tercer lugar. Este comportamiento llama la atención especialmente en las personas de 12 a 17 años en donde se observa un alto número de casos.



10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD DE 6 A 11 AÑOS

DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	C910	5	0,15	6,17
2	NEUMON= A LOBAR, NO ESPECIFICADA	J181	4	0,12	4,94
3	MUERTE SIN ASISTENCIA	R98	3	0,09	3,70
4	PEATON LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE TRANSPORTE PESADO O AUTOBUS: ACCIDENTE DE T	V041	3	0,09	3,70
5	PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO	V892	3	0,09	3,70
6	OTRAS CAIDAS DE UN NIVEL A OTRO: LUGAR NO ESPECIFICADO	W179	3	0,09	3,70
7	LEUCEMIA, NO ESPECIFICADA	C959	2	0,06	2,47
8	EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	2	0,06	2,47
9	AHOGAMIENTO Y SUMERSION, DE INTENCION NO DETERMINADA: OTRO LUGAR ESPECIFICADO	Y218	2	0,06	2,47
10	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	A419	1	0,03	1,23
	RESTO DE CAUSAS		53	1,61	65,43
	TOTAL		81	2,45	100,00

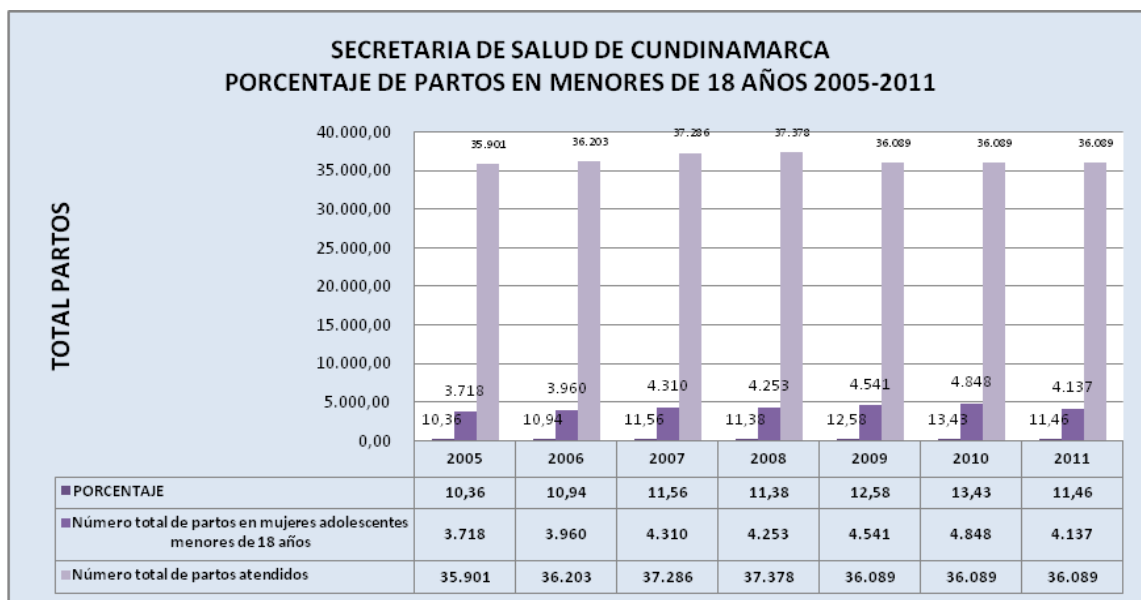
En lo referente al grupo de 6 a 11 años de edad, llama la atención un número importante de casos de Leucemia Linfoblástica Aguda, evento objeto de Vigilancia Epidemiológica sobre el cual se realiza un control permanente y lo más importante pacientes que reciben el tratamiento de manera adecuada y oportuna su posibilidad de recuperación se encuentra mayor al 85%. Se presenta un número importante de casos de mortalidad por accidentes de tránsito los cuales se asocian en un alto porcentaje a descuido de los padres al igual que los casos de ahogamiento y sumersión que se reportan en este grupo de edad, por lo tanto es necesario sensibilizar cada vez más a las familias sobre la importancia que tiene el cuidado de los menores ya que esto nos permitiría disminuir las tasas de mortalidad por estas causas que son francamente evitables.

C. VIVE Y CRECE ADOLESCENCIA 12 A 17 AÑOS

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Se observa que los partos de productos de embarazos en adolescentes menores de 18 años han disminuido del año 2010 al 2011 en un 1.97%, siendo el año 2010 con un mayor porcentaje en los siete años de tendencia (ver figura)

PORCENTAJE DE PARTOS EN MENORES DE 18 AÑOS CUNDINAMARCA 2005 A 2011.



Fuente: Estadísticas Vitales- Oficina de Epidemiología - Prioridad SSR - SSC- 2011

NUTRICION

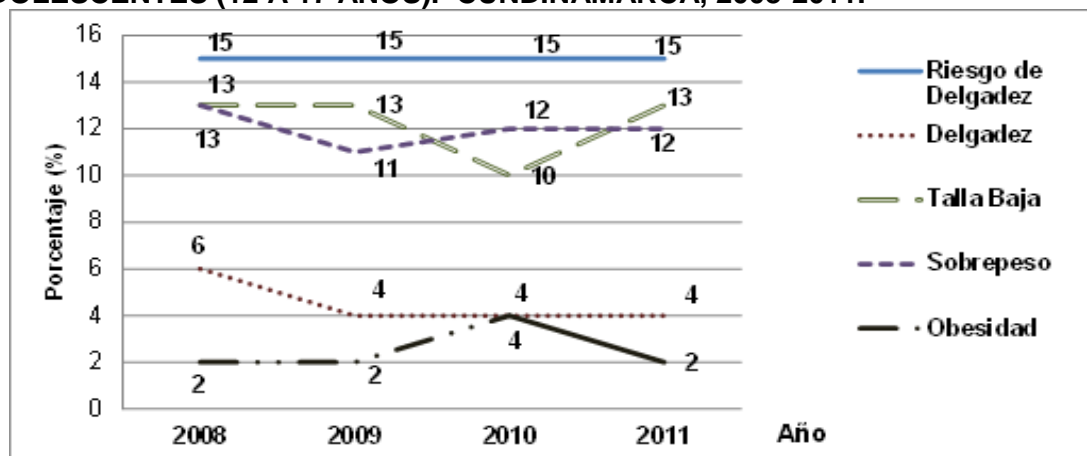
En los adolescentes, se presenta como mayor problema nutricional el sobrepeso y la talla baja, y en menor proporción obesidad y delgadez (Ver gráfica). El sobrepeso, presenta la misma proporción que el grupo que lo precede, los escolares, y es acorde con el efecto acumulativo sobre el cuerpo humano con el transcurrir de los años y además. Se presenta con mayor frecuencia en la zona rural (7%) y es el doble en mujeres (8%), en tanto que la obesidad se presenta con igual proporción en la zona urbana y rural y en hombres y mujeres (1%).

En lo relacionado con la talla baja, en la medida que se avanza en edad se acumula mayor deficiencia de crecimiento lineal (talla) por ausencia en el consumo de vitaminas y minerales provenientes de frutas y verduras, proteínas de origen animal y vegetal, y consumo inadecuado de calorías. Adicional a ello no es frecuente la práctica de actividad física diaria con lo cual es poco probable el crecimiento de huesos y músculos. La talla baja es más frecuente en la zona rural (7%).

El riesgo de delgadez es elevado y sostenido durante el cuatrienio, lo cual permite prever que se mantendrá la proporción de delgadez actual (Ver gráfica). Esta última se presenta por bajo consumo calórico y nutricional que impide la formación de masa muscular, grasa y ósea adecuadas, lo cual impide el normal crecimiento y desarrollo integral del adolescente, afectando sus capacidades cognitivas y mentales, y con ello sus

potencialidades. La delgadez se presenta con la misma frecuencia en la zona urbana y rural (2%), pero con mayor frecuencia en hombres (2.7%) que en mujeres.

COMPORTAMIENTO DEL RIESGO DE DELGADEZ Y DE LA MALNUTRICIÓN EN ADOLESCENTES (12 A 17 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2008-2011.



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2008-2011.

En Cundinamarca según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional el 72.6% dedican más de 2 horas diarias a ver televisión o a jugar videojuegos como parte de la ocupación del tiempo libre.

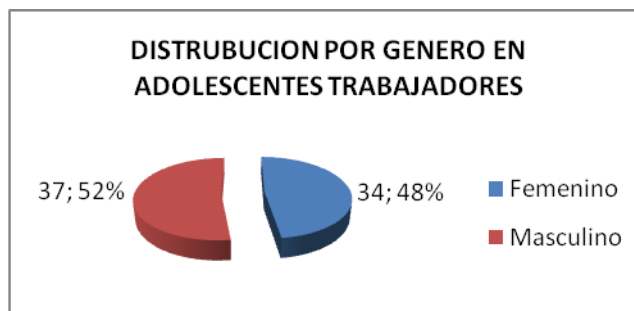
Anemia en las adolescentes de 13 a 16 años presenta una prevalencia de 16.5% para la subregión de Boyacá, Cundinamarca y Meta.

SALUD LABORAL

Para esta etapa de ciclo y de acuerdo al trabajo de campo se identificaron, caracterizaron y canalizaron a los servicios de salud 71 adolescentes en situación de trabajo, aportando el 54,1% de los NNA trabajadores detectados por los técnicos en salud ocupacional en 18 municipios de Cundinamarca donde hacen presencia.

De estos adolescentes identificados su distribución por género es:

GENERO	NUMERO
Femenino	34
Masculino	37
TOTAL	71



Fuente: Diagnostico de salud y trabajo realizado por los Tec. En salud ocupacional año 2011

En esta etapa de ciclo vital no hay una marcada diferencia de género en cuanto a la realización de una labor u oficio.

Género Femenino

Se detectaron 34 adolescentes ejerciendo alguna labor u oficio, donde el 85,2% tiene como espacio de trabajo un lugar diferente a su hogar, el 23,5% no se encuentra dentro del sistema educativo y dedican su mayoría de tiempo al trabajo, del 76,5% de los que se encuentra dentro del sistema educativo el 54% refieren que les va bien en el estudio y el 38,4% regular. Tan solo el 6% asiste a jornadas de recreación, deportivas y culturales.

Género Masculino

En este grupo de identificaron y caracterizaron 37 adolescentes trabajadores, donde el 65% desarrollan su actividad en un lugar diferente a su hogar, el 79% se encuentra dentro del sistema educativo y refieren un rendimiento académico en su mayoría bueno y tan solo el 24% realiza actividades deportivas, recreativas y culturales con frecuencia.

Durante la vigencia 2008-2011, a través del programa de vigilancia del riesgo en el ámbito familiar y el actuar de las Promotoras de Salud en el Departamento se identificaron 2.057 niños, niñas y adolescentes trabajadores (Infancia y Adolescencia)

AÑO	NNA TRABAJADORES INTERVENIDOS POR PROMOTORES DE SALUD
2008	885
2009	459
2010	516
2011	197*

Fuente: Programa de Vigilancia del Riesgo Familiar – Dirección de Salud Pública, corte a 2011

*Nota: El dato año 2011, es parcial teniendo en cuenta que no se han recibido y sistematizado los informes de todos los municipios.

MORTALIDAD GRUPO ETAREO DE 12 A 17 AÑOS

DE 12 A 17 AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	AHOGAMIENTO Y SUMERSION MIENTRAS SE ESTA EN AGUAS NATURALES: OTRO LUGAR ESPECIFICADO	W698	7	0,24	6,48
2	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	R99	5	0,17	4,63
3	LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA	C910	4	0,14	3,70
4	CICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	V199	3	0,10	2,78
5	PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO	V892	3	0,10	2,78
6	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS: LUGAR NO ESPECIFICADO	X959	3	0,10	2,78
7	AGRESION CON OBJETO CORTANTE: LUGAR NO ESPECIFICADO	X999	3	0,10	2,78
8	TUMOR MALIGNO DEL ENCEFALO, PARTE NO ESPECIFICADA	C719	2	0,07	1,85
9	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ENCEFALO, SUPRATENTORIAL	D430	2	0,07	1,85
10	MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	Q249	2	0,07	1,85
	RESTO DE CAUSAS		74	2,54	68,52
	TOTAL		108	3,71	100,00

En el grupo de 12 a 17 años de edad llama la atención el número tan elevado de casos asociados con ahogamiento y sumersión al igual que los accidentes de tránsito, siendo

estas causas francamente evitables. Para resaltar en este grupo etéreo el número elevado de casos asociados a Lesiones de Causa Externa dentro de los cuales encontramos: Herida por Arma de Fuego y Agresión con Objeto Cortante, que son indicador importante de los índices de violencia que se están desarrollando a edades tempranas de la vida; es importante resaltar que generalmente estas se encuentran asociadas al consumo de alcohol o lo más grave al consumo de sustancias psicoactivas para lo que es necesario implementar estrategias que contribuyan a intervenir de manera oportuna estos factores de riesgo y por ende a disminuir la mortalidad por estas causas.

D. JOVENES CONSTRUCTORES DE PAZ 18 – 28 AÑOS

ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES 2010

En este grupo de edad se observó el siguiente comportamiento:

NOMBRE DEL EVENTO	NUMERO DE CASOS PRESENTADOS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	131
DIABETES MELLITUS	62
ACV	8
OBESIDAD	318
IAM	1

Es de gran interés el número de casos de Hipertensión arterial reportados en este grupo de edad (131), igualmente el número de casos con obesidad (318)

Durante el 2010 se presentan 62 casos de Diabetes mellitus, la mayoría de los pacientes crónicos en Cundinamarca padecen de Hipertensión vs Diabetes la cual está también determinado por el modo de vida, lo que hace que sea prevenible mediante el cambio de hábitos y costumbres.

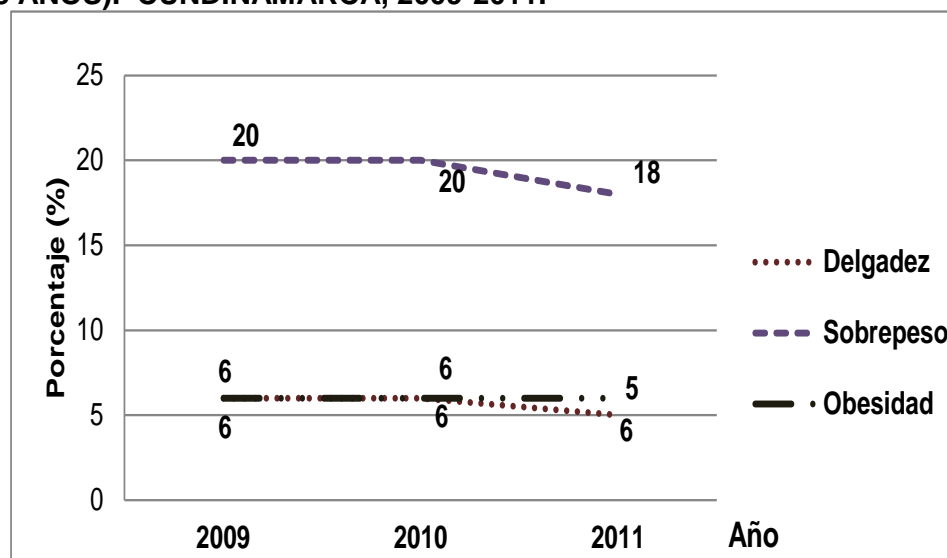
La prevalencia reportada por las IPS Públicas y Privadas en el 2010 de Hipertensión arterial son 1.664 casos y Diabetes Mellitus 465 casos.

NUTRICION

El problema nutricional más frecuente en los jóvenes es el sobrepeso y en menor proporción obesidad y delgadez (Ver gráfica). El sobrepeso es más frecuente en la zona rural (10%) y en mujeres es 5 veces mayor que en hombres (15%). La obesidad tiene la misma frecuencia en la zona urbana y rural (3%), pero es 5 veces más frecuente en mujeres que en hombres (5%).

La delgadez en el joven se relaciona con hábitos alimentarios inadecuados, hábito de fumar y aspectos psicológicos relacionados con la preocupación por la figura. Es más frecuente en la zona urbana (3%) y en mujeres (4%).

GRÁFICA 1. COMPORTAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS JÓVENES (18 A 28 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2009-2011.



Fuente: Secretaria de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2009-2011

La aparición cada vez más frecuente de enfermedades crónicas como el cáncer de estómago, colon y recto en la población mayor de 18 años, nos invita a investigar los

factores de riesgo asociados para establecer programas de promoción de la salud y estilos de vida que puedan mejorarlos o reducirlos y evitar años de vida saludable perdidos en la población económicamente activa del departamento.

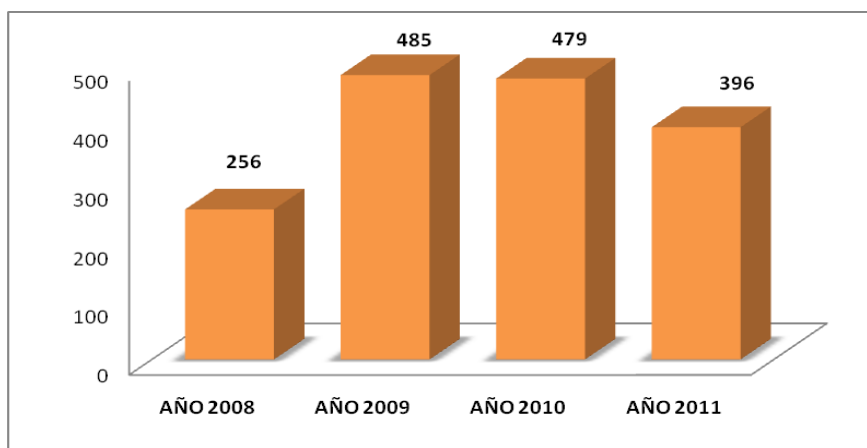
Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional realizada por el ICBF en 2010, se ha incrementado la deficiencia en el consumo de lácteos diariamente a 39% vs 17.1% de 2005, siendo más marcada en la zona rural y en las poblaciones del nivel 1 del SISBEN; uno de cada siete colombianos entre 5 y 64 años no consumen cárnicos o huevos diariamente (14.8%) siendo más severa la deficiencia en el consumo entre los 51 y 64 años; el 27% no consume frutas diariamente principalmente los adultos y cinco de cada siete (70,6%) cundinamarqueses no consumen hortalizas o verduras diariamente, especialmente los menores de 18 años (75%). El 36.8% de la población se percibe en Inseguridad Alimentaria y Nutricional. Con referencia al consumo de nutrientes el 57.1% presentó déficit en el consumo de proteínas y el 95% en el consumo de calcio.

El 7% de los colombianos entre 5 y 64 años consume embutidos diariamente y 1 de cada 2 lo hace de forma semanal (50%). Uno de cada 4 es decir el 25% consume comidas rápidas semanalmente según los resultados de las indagaciones sobre el consumo de alimentos el día anterior, en los diferentes grupos de población.

La prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil de 13 a 49 años es de 12.4% para la subregión Boyacá, Cundinamarca y Meta.

SALUD LABORAL

Total de reportes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y ocupacional de trabajadores formales e informales del departamento de Cundinamarca desde el año 2008 a 2011

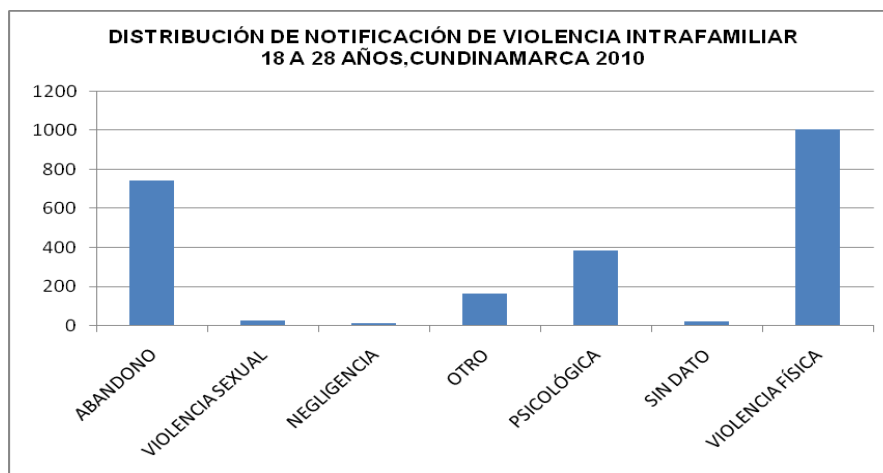


FUENTE: reporte del sistema de información de salud ocupacional (siso), por parte de las ips públicas y privadas del departamento de Cundinamarca, desde año 2008 a 2011.
*** AÑO 2011:** Falta por registrar datos que nos envían a nivel municipal.

Desde el año 2009 se aprecia un incremento en el reporte de ATEP y ocupacional a nivel municipal en comparación al año 2008, esto puede deberse a que en el año 2009 se inició una nueva intervención de socialización no solo en los Hospitales sino también en los centros y puestos de salud para generar aún más la aplicación y él envió de los mismos al programa, pero también estas cifras pueden producirse porque sus sitios de trabajos no contemplan o tienen un manejo adecuado de los programas de salud ocupacional a nivel preventivo. Es importante enfatizar los programas de salud ocupacional para prevenir casos de ATEP y ocupacional, ya que es una población joven que posiblemente por su edad y capacidad laboral no protegen su integridad física ni emocional y asisten a estos servicios ya cuando ocurre un accidente y/o enfermedad profesional - ocupacional y más aún cuando los jóvenes trabajadores tienen un trabajo informal donde el autocuidado y las condiciones de su ámbito no se prestan para mantener un estado de salud adecuado.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia física continúa siendo una constante en el mayor número de reportes. Para este grupo de edad se observa un total de 1005 casos. Seguidamente llama la atención el abandono el cual se encuentra en segundo lugar con 744 casos. A este respecto se debe tener en cuenta el abandono de la pareja en tanto en este grupo de edad las personas empiezan a conformar sus familias propias y se alejan del núcleo primario. De igual manera es importante tener en cuenta a las personas en situación de discapacidad aunque desafortunadamente la falta de rigurosidad en los registros no permite hacer un análisis profundo a este respecto.



MORTALIDAD

DE 18 A 28 AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS: LUGAR NO ESPECIFICADO	X959	25		5,57
2	AGRESION CON OBJETO CORTANTE: LUGAR NO ESPECIFICADO	X999	25		5,57
3	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	R99	15		3,34
4	PERSONA LESIONADA EN ACCIDENTE DE TRANSITO, DE VEHICULO DE MOTOR NO ESPECIFICADO	V892	15		3,34
5	AGRESION CON DISPARO DE ARMA CORTA: LUGAR NO ESPECIFICADO	X939	15		3,34
6	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS: CALLES Y CARRETERAS	X954	15		3,34
7	MOTOCICLISTA [CUALQUIERA] LESIONADO EN ACCIDENTE DE TRANSITO NO ESPECIFICADO	V299	11		2,45
8	LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION: VIVIE	X700	11		2,45
9	NEUMON= A LOBAR, NO ESPECIFICADA	J181	10		2,23
10	MUERTE SIN ASISTENCIA	R98	10		2,23
	RESTO DE CAUSAS		297		66,15
	TOTAL		449		100,00

En el grupo de 18 a 28 años, se encuentra que lamentablemente las lesiones por arma de fuego u objeto corto punzante se convierten en la primera causa de muerte en este grupo de edad. Es importante resaltar que al igual que en el grupo anterior la

delincuencia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas se convierte se convierte en el detonante para el incremento de esta situación y lo que es más grave lamentablemente solo entre el 15% y el 20% de los jóvenes que se gradúan de bachilleres termina ingresando a la universidad.

Otro aspecto importante para resaltar en este grupo es el suicidio que se encuentran ligado con la causa anterior ya que los niños a edades tempranas han perdido su deseo de vivir lamentablemente porque no encuentran expectativas que les permitan tener un desarrollo individual y su proyecto de vida nunca fue estimulado ni creado antes de los 10 años sino se estimula el proyecto de vida entre los 14 y 15 años.

Los accidentes de tránsito continúan siendo una causa importante de defunción en este grupo de edad lo que hace ver la necesidad de estimular el diagnóstico de las áreas de mayor accidentalidad.

E. ADULTAS Y ADULTOS CON EQUIDAD 29 A 59 AÑOS

ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES

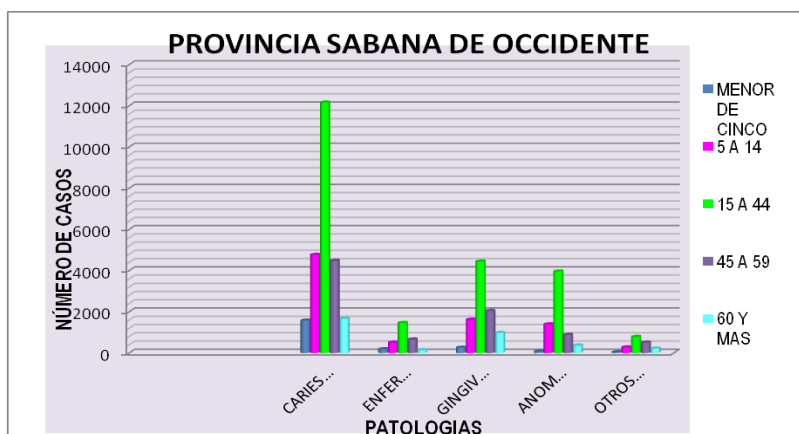
INCIDENCIA. En este grupo etéreo se observa el siguiente comportamiento:

NOMBRE DEL EVENTO	NUMERO DE CASOS PRESENTADOS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4360
DIABETES MELLITUS	1018
ACV	143
OBESIDAD	1959
IAM	92

La mayoría de los casos en este grupo de edad están enmarcados en Hipertensión arterial, lo cual sigue siendo una patología de alta incidencia, esta es una etapa de alta productividad en la vida del ser humano, lo cual genera un descuido en su mayoría de veces de condiciones saludables para su vida diaria, generando un deterioro integral de su condición físico lo que conlleva a una adultez con complicaciones y consecuencias de máximo deterioro físico.

SALUD ORAL

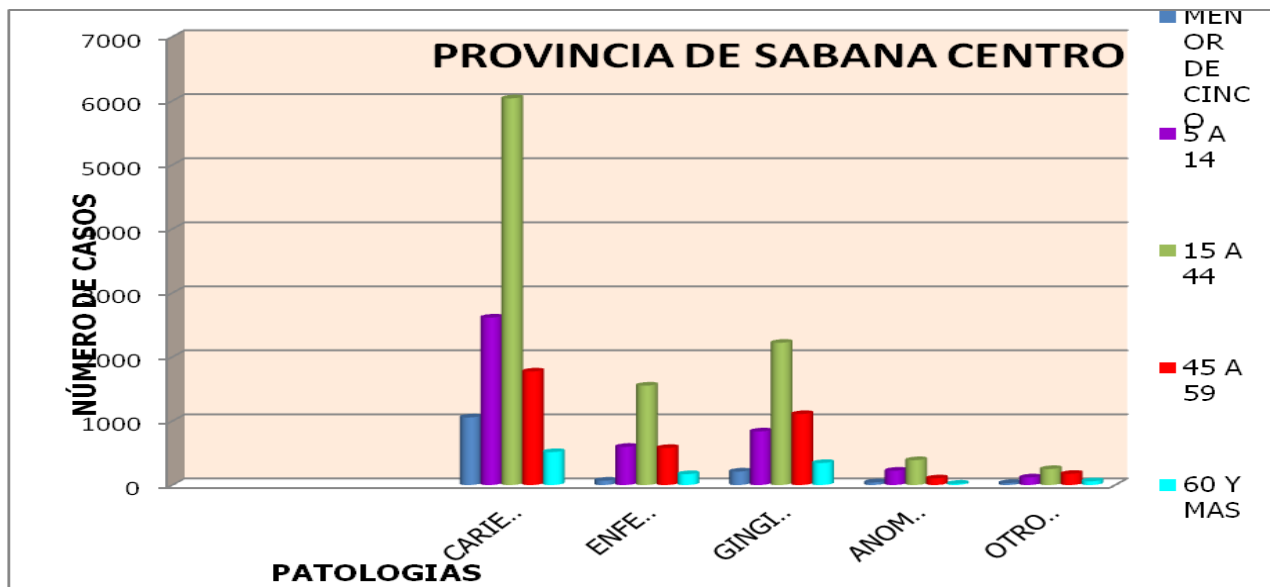
POBLACION 15 A 44 AÑOS



La primera causa de enfermedad oral en el Departamento es la caries dental (CIE-10) la cual se ha mantenido en el primer lugar en los diferentes grupos de edad aunque merece destacarse que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 44 años de edad donde existen factores de riesgo relacionados con la falta o ausencia de una correcta higiene bucal, la carencia de recursos económicos suficientes para acceder a los implementos de aseo (cepillo, seda, crema, enjuagues) y las pocas posibilidades de tener unos servicios de salud adecuados.

En la provincia de Sabana Occidente las patologías con mayor número de casos son la caries y la Gingivitis y enfermedad periodontal que representa el 50% y el 18% del total de casos remitidos respectivamente; el grupo étnico más afectado es el de 15 a 44 años y son las mujeres las que más consultan (14221 mujeres que representa el 29 % de los casos reportados en la provincia).

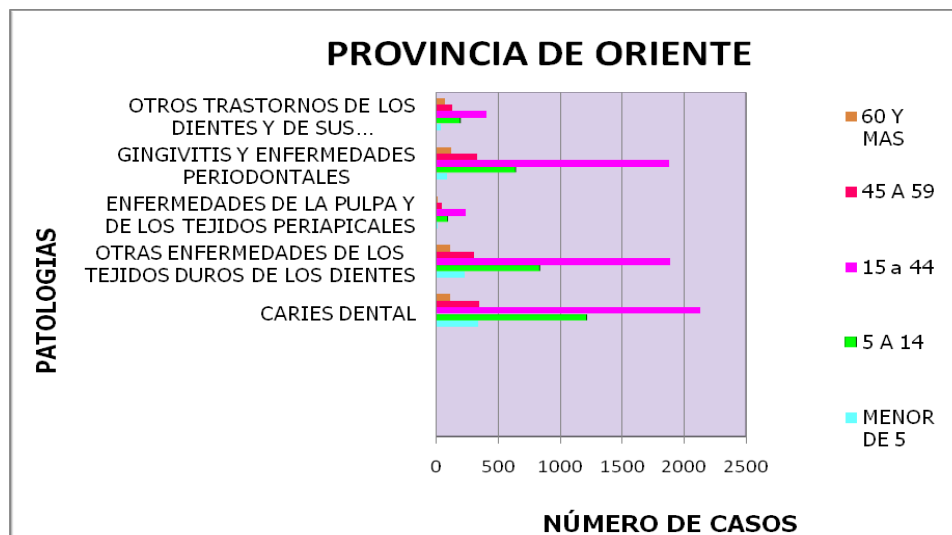
Población 45- a 59 años



En la provincia de Sabana Centro las patologías con mayor número de casos son la caries y la Gingivitis y enfermedad periodontal que representa el 54% y el 21% del total de casos remitidos respectivamente ; el grupo étnico más afectado en este grupo de edad son las mujeres las que más consultan .

Por cada 1000 hombres, 43 hombres de ellos se enferman por caries dental entre 45 a 59 años de edad ; de 1000 mujeres 72 mujeres se enferman por caries dental en el mismo rango de edad, el total de casos presentados son: 43.805 este grupo de edad se caracteriza por presentar más ausencia de dientes y problemas de enfermedad periodontal y gingivitis.

Patologías Población 15 a 44 años



En la provincia de oriente las patologías con mayor número de casos son la caries y otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes que representa el 35% y el 28% del total de casos remitidos respectivamente; el grupo étnico más afectado es el de 15 a 44 años y son las mujeres las que más consultan (6608 mujeres que representa el 55 % de los casos reportados en la provincia)

Por cada 1000 hombres, 259 hombres de ellos se enferman por caries dental entre 15 y 44 años de edad; de 1000 mujeres 417 mujeres se enferman por caries dental en el mismo rango de edad

En la provincia de Sumapaz las patologías con mayor número de casos son la caries y otros trastornos de los tejidos de sostén que representa el 39 % y el 16 % del total de casos remitidos respectivamente; el grupo étnico más afectado es el de 15 a 44 años y son las mujeres las que más consultan (24359 mujeres que representa el 56 % de los casos reportados en la provincia)

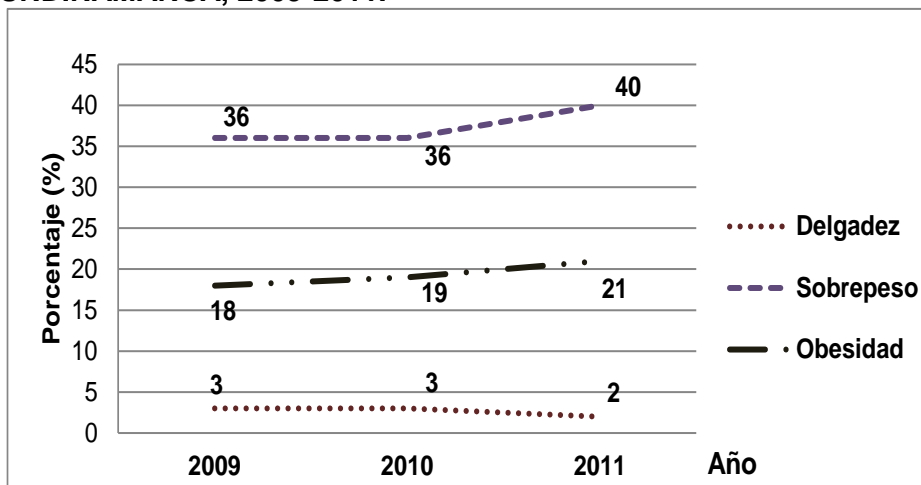
Por cada 1000 hombres, 379 hombres de ellos se enferman por caries dental entre 15 y 44 años de edad; de 1000 mujeres 484 mujeres se enferman por caries dental en el mismo rango de edad.

NUTRICION

El mayor problema nutricional que afecta a los adultos es el sobrepeso seguido de la obesidad, y en una mínima proporción la delgadez (Ver gráfica). El sobrepeso incrementó 4 puntos porcentuales en el año 2011, respecto a los dos años anteriores, lo cual requiere mayor investigación. Es más frecuente en la zona rural (20%) y en mujeres es 2.3 veces mayor que en hombres (26%). La obesidad presenta una tendencia al incremento en el último trienio, es más frecuente en la zona urbana (12%), y es 4.1 veces más frecuente en mujeres que en hombres (18%).

La delgadez en el adulto maduro se relaciona con hábitos alimentarios inadecuados, hábito de fumar y aspectos psicológicos relacionados con la preocupación por la figura. Se presenta con la misma frecuencia en la zona urbana y rural (1%) y únicamente en mujeres (2%).

COMPORTAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS MADUROS (29 A 59 AÑOS). CUNDINAMARCA, 2009-2011.

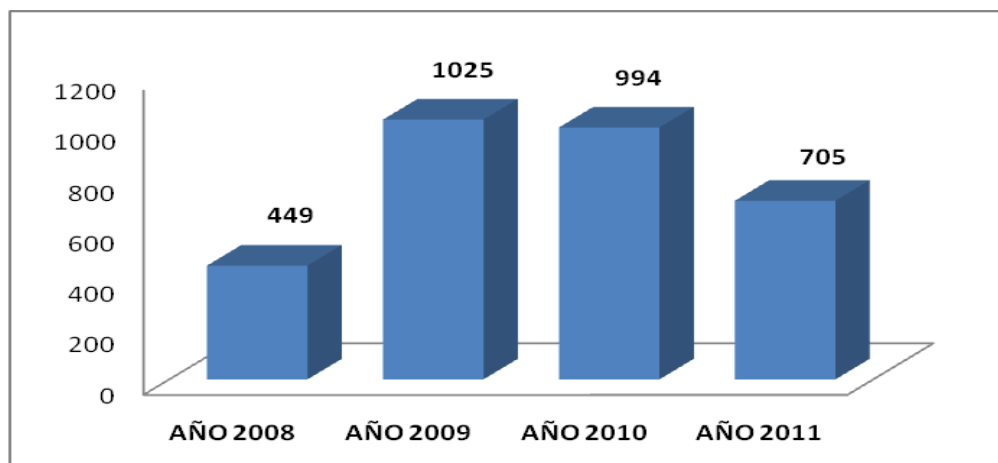


Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2009-2011.

La malnutrición en adultos maduros requiere de intervenciones para promover la adopción de alimentación saludable y de acciones orientadas a la disponibilidad y acceso, al agua y alimentos suficientes e inocuos para garantizar un estado de salud y nutrición adecuadas. También se requiere acciones para promover la realización de actividad física y la cesación del consumo del tabaco y/o el gozo de espacios libres del humo del tabaco. De acuerdo a los resultados de la ENSIN 2010 en la población femenina de 18 a 64 años de Cundinamarca, la prevalencia de obesidad abdominal es la segunda más alta del país después de Tolima con un 72%.

SALUD LABORAL

Total de reportes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y ocupacional de trabajadores formales e informales del departamento de Cundinamarca desde el año 2008 a 2011



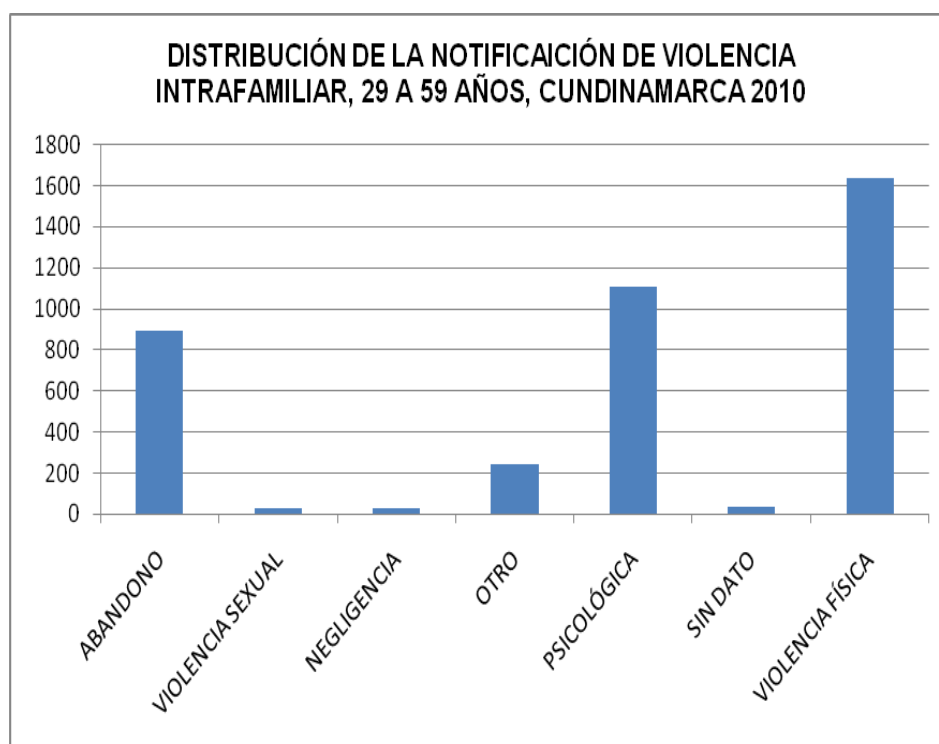
Fuente: reporte del sistema de información de salud ocupacional – siso, por parte de las ips públicas y privadas del departamento de Cundinamarca, desde año 2008 a 2011.

En el adulto se aprecia en los 4 años un incremento en comparación con las otras etapas donde la actividad laboral está en un su proceso productivo por consiguiente el reporte es mayor, es importante enfatizar la creación y desarrollo eficaz de los programas de salud ocupacional a nivel formal, para que disminuyan estos casos y aún más con el trabajador informal con el auto cuidado y el fomento de los ambientes laborales saludable.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para este grupo de edad la violencia física continúa en primer lugar al igual que en los grupos analizados anteriormente, con 1639 casos, registrando la cifra más alta para este tipo de violencia.

La violencia emocional se observa en segundo lugar con 1107 casos aunque como se mencionó anteriormente esta se encuentra implícita en las demás violencias. En tercer lugar se encuentra el abandono con 894 casos. Frente a este último se observa que aumenta proporcionalmente con la edad.



MORTALIDAD

DE 29 A 59 AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	I219	171		8,47
2	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	C169	72		3,57
3	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA	C509	63		3,12
4	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS DE FUEGO, Y LAS NO ESPECIFICADAS: LUGAR NO ESPECIFICADO	X959	44		2,18
5	MUERTE SIN ASISTENCIA	R98	38		1,88
6	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	C539	37		1,83
7	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA	I619	33		1,63
8	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA, NO ESPECIFICADA	C189	31		1,54
9	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA	I609	28		1,39
10	AGRESION CON OBJETO CORTANTE: LUGAR NO ESPECIFICADO	X999	28		1,39
	RESTO DE CAUSAS		1.474		73,01
	TOTAL		2.019		100,00

En el grupo de 29 a 59 años de edad, ya aparece la enfermedad cardio cerebro vascular como primera causa de muerte para los cuales es necesario intensificar las acciones de promoción y prevención. Llama la atención la aparición de tumores como el de estómago y el de mama como causa importante de muerte en este grupo los cuales diagnosticados oportunamente tienen buen pronóstico; lamentablemente a pesar de todas las campañas realizadas en nuestro país la mortalidad por cáncer de cuello uterino continúa siendo importante; lo más grave, las citologías prueba de oro para el diagnóstico de esta patología no se le da la importancia adecuada y las pacientes a pesar de tener citologías de riesgo no son tratadas de manera adecuada y oportuna.

F. VEJEZ DIVINO TESORO 60 AÑOS Y MÁS

ENFERMEDADES CRONICAS

El comportamiento de este evento en este grupo de edad fue el siguiente

NOMBRE DEL EVENTO	NUMERO DE CASOS PRESENTADOS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	7119
DIABETES MELLITUS	1258
ACV	458
OBESIDAD	863
IAM	216

La diabetes y la Hipertensión arterial reducen la calidad de vida y presenta un grave problema en salud pública que va en aumento en la medida que la población envejece y tiende a desarrollar factores de riesgo. La diabetes lleva a un riesgo de dos a cinco veces de sufrir enfermedad cardiovascular y es la primera causa de la ceguera y la causa más frecuente de amputaciones de miembros inferiores.

Se puede apreciar como las enfermedades crónicas son más comunes en los adultos mayores y se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de otro tipo de enfermedades, como las coronarias, los accidentes cerebro vasculares, el infarto del miocardio y la enfermedad renal.

La diabetes mellitus y sus complicaciones asociadas junto con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son las enfermedades que originan más muertes en este grupo de Población. Las enfermedades cerebro vasculares y los daños neurológicos que provocan aparecen como la tercera causa de muerte en la población de adultos mayores.

Las enfermedades del corazón y vasos sanguíneos, son la principal causa de muerte y afecta por igual al sexo masculino y femenino.

La mortalidad reportada en este grupo de edad corresponde:

ACV: 94 casos

DM: 68 casos

IAM: 300 casos

ICC: 96 casos

VACUNACION ADULTO MAYOR

En la actualidad la vacunación para el adulto mayor no está incluida en el esquema oficial de vacunación. Sin embargo con el apoyo del el Ministerio de Salud, durante el año 2011 se logró:

1-Vacunación contra Influenza para mayores de 60 años, estrategia que permitió inmunizar a 47.836 adultos mayores con alta vulnerabilidad en todos los municipios de Cundinamarca.

2- Vacunación contra Neumococo, vacunando a 10.000 adultos mayores con alta vulnerabilidad de municipios priorizados Anolaima - Arbeláez – Cajica- Caqueza- Carmen de Carupa- Chia- Choconta – Cota- El Colegio- Facatativá- Funza- Fusagasugá- Gacheta- Guaduas-La Calera-La Mesa-Madrid-Mosquera-Nemocon-Sasaima-Sesquile-Sibate- Soacha-Sopo-Tabio-Tenjo-Tocancipa-Ubate-Utica-Villapinzon-Zipaquira

Ante esta situación se recomienda que el Departamento asigne recursos para ampliar la cobertura de vacunación a la población adulta mayor de alto riesgo con el fin de evitar morbilidad y mortalidad por influenza, y neumonías que afectan la salud de esta población.

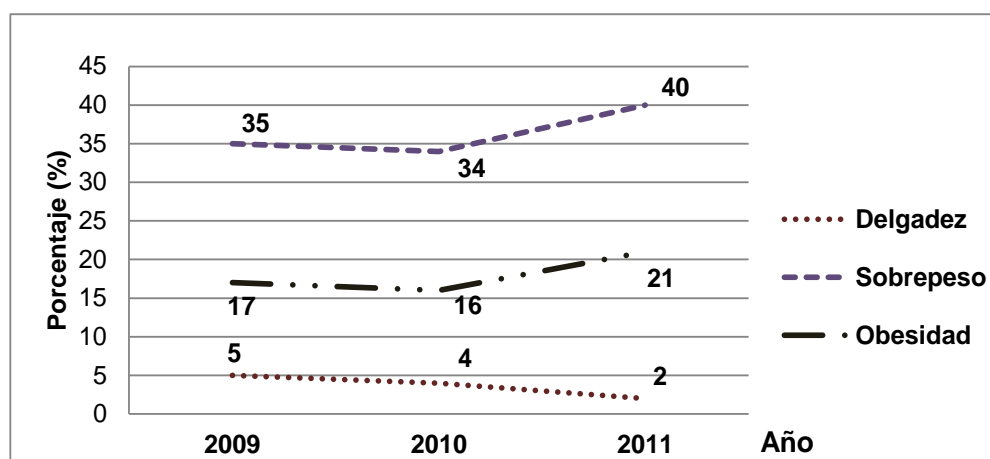
NUTRICION

El mayor problema nutricional que afecta a los adultos mayores es el sobrepeso seguido de la obesidad, y en una mínima proporción la delgadez (Ver gráfica 9). El exceso de peso proviene de la acumulación adiposa en las etapas previas de ciclo de vida, ocasionada por una alimentación no balanceada, alta en calorías provenientes de la grasa y carbohidratos, baja en alimentos fuente de fibra dietaria y de la ausencia de actividad física diaria. El sobrepeso incrementó 6 puntos porcentuales en el año 2011, respecto al

año anterior, lo cual requiere mayor investigación. Es más frecuente en la zona urbana (18%) y en mujeres es 1.9 veces mayor que en hombres (23%). La obesidad presenta una tendencia al incremento en el último trienio, es más frecuente en la zona urbana (10%), y es 3.1 veces más frecuente en mujeres que en hombres (13%).

La delgadez en el adulto mayor se relaciona con hábitos alimentarios inadecuados, hábito de fumar, entre otros. Se presenta con mayor frecuencia en la zona rural (2.9%) y en mujeres (3%).

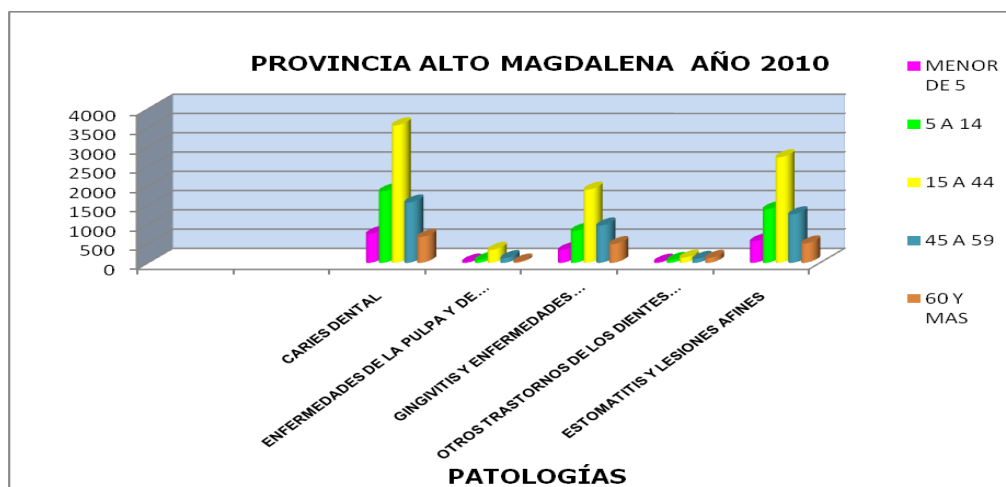
GRÁFICA 2. COMPORTAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES (60 Y MÁS AÑOS). CUNDINAMARCA, 2009-2011.



Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca. Dirección de Salud Pública. Prioridad de Nutrición. Winsisvan 3.0. Bases 2009-2011.

SALUD ORAL

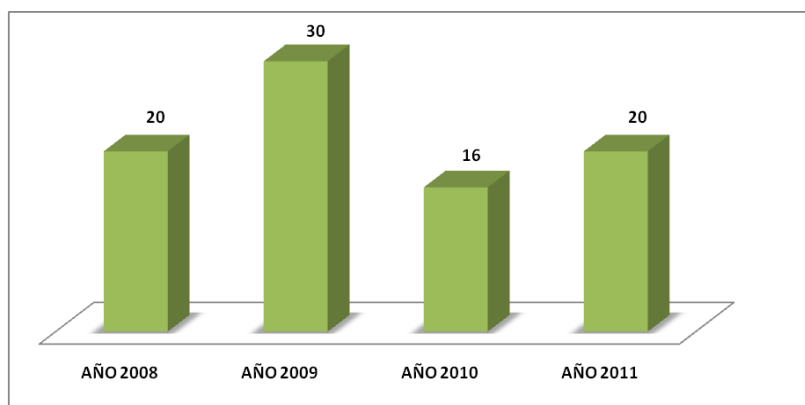
Población de 60 años y más



Dentro de este grupo de edad se presentan 19.908 casos donde se presentan problemas de estomatitis y lesiones afines con las mucosas, no se cuenta con información que aporte para mejorar la información y la toma de decisiones en la meta nacional está establecido conservar el mayor número de dientes en boca y mejorar la práctica de hábitos.

SALUD LABORAL

Total de reportes de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) y ocupacional de trabajadores formales e informales del departamento de Cundinamarca desde el año 2008 a 2011

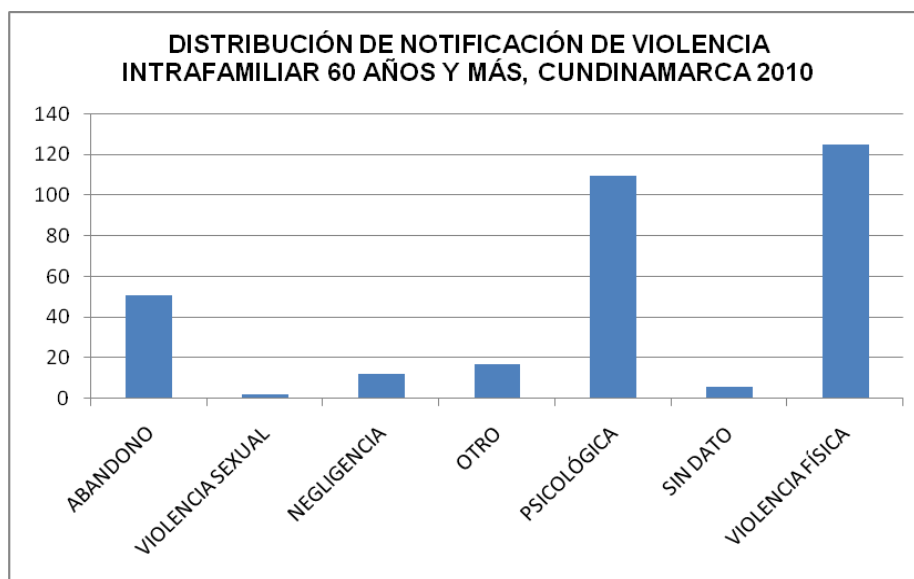


Fuente: reporte del sistema de información de salud ocupacional – siso, por parte de las ips públicas y privadas del departamento de Cundinamarca, desde año 2008 a 2011

El reporte de la etapa de adulto mayor no es tan amplio como en las otras etapas, ya que los reportes son mínimos y la utilización del servicio de salud es más frecuentado por enfermedades de origen común que de origen laboral y ocupacional. Los trabajadores reportados en su mayoría son informales esto puede deberse a que en esta etapa la persona se encuentra pensionada o en proceso de pensionarse.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Para este grupo de edad la violencia física con 125 casos encabeza la lista mostrando un comportamiento similar al de los demás grupos de edad. En segundo lugar el maltrato emocional se encuentra con 110 casos seguido del abandono con 51 casos. En este grupo de edad prevalece la violencia física lo cual es preocupante en la población adulta mayor quienes por su situación de vulnerabilidad requieren una atención y cuidados especiales.



MORTALIDAD

DE 60 Y MAS AÑOS DE EDAD

No.	CAUSAS	CODIGO	TOTAL	TASA 10,000	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	I219	1376	55,46	19,60
2	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	J449	513	20,68	7,31
3	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	C169	195	7,86	2,78
4	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	I110	175	7,05	2,49
5	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	J189	158	6,37	2,25
6	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	C61	112	4,51	1,59
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	112	4,51	1,59
8	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	I500	108	4,35	1,54
9	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	C349	107	4,31	1,52
10	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	I64	105	4,23	1,50
	RESTO DE CAUSAS		4.061	163,67	57,83
	TOTAL		7.022	283,01	100,00

En el grupo de 60 años y más encontramos que al igual que el grupo anterior las enfermedades cardio cerebro vasculares continúan siendo un factor de riesgo importante sobre las cuales es necesario estimular estilos de vida saludables promover adherencia al tratamiento y realizar seguimiento permanente de la población hipertensa a través de la creación del club de hipertensos en nuestro departamento ya que esto va a permitir lograr un mayor control y una disminución de las tasas de la mortalidad por estas causas al igual que sus complicaciones, las causas tumorales continúan siendo importantes en este grupo etáreo, lamentablemente asociadas a diagnósticos tardíos la mayoría de las veces resultado de diagnósticos inoportunos a pesar de un alto número de consultas lo que lamentablemente afecta su pronóstico.

Otra causa importante en este grupo a pesar de ser un evento objeto de vigilancia sobre la cual se desarrollan acciones de promoción prevención y control y se deben hacer tamizajes sobre la población masculina los cuales no se realizan es el tumor de próstata, por lo tanto es necesario reactivar todas las acciones que sean necesarias tanto desde las aseguradoras como desde las IPS de la red pública y privada con el fin de realizar diagnóstico oportuno y mejorar el pronóstico de los pacientes que lo padecen.

DISCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que 500 millones de personas en el mundo, es decir el 10% de la población tiene algún tipo de discapacidad. Además en la mayoría de países en conflicto se calcula que esta cifra podría alcanzar el 18% de la población total. De acuerdo con los datos arrojados por el Censo General 2005, realizado por el DANE, aproximadamente **2.640.000** presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al **6.4%** del total de la población colombiana.

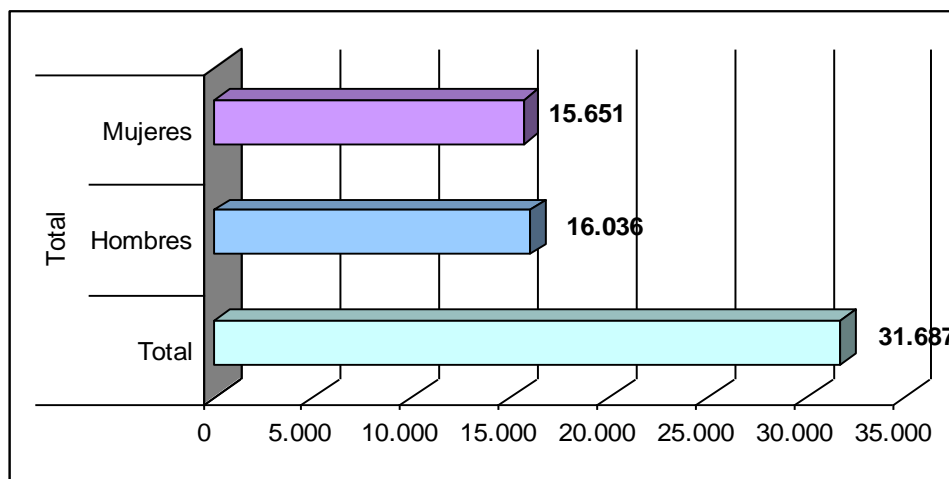
Los diferentes estudios coinciden en que en Colombia: La discapacidad aumenta con la edad, siendo mayor su incidencia a partir de los 45 años, La diferencia entre géneros no es significativa; Las principales causas se asocian a enfermedad general (43% - 46%) y violencia (11-15%).

CUNDINAMARCA:

Con el apoyo del Departamento administrativo nacional de estadística DANE y del Ministerio de Salud, se continúa aplicando la ficha de caracterización de la población con discapacidad en el Departamento; Entrega de datos al Ministerio de Salud, encontrándose entre los datos analizados de los 112 municipios analizados la siguiente información.

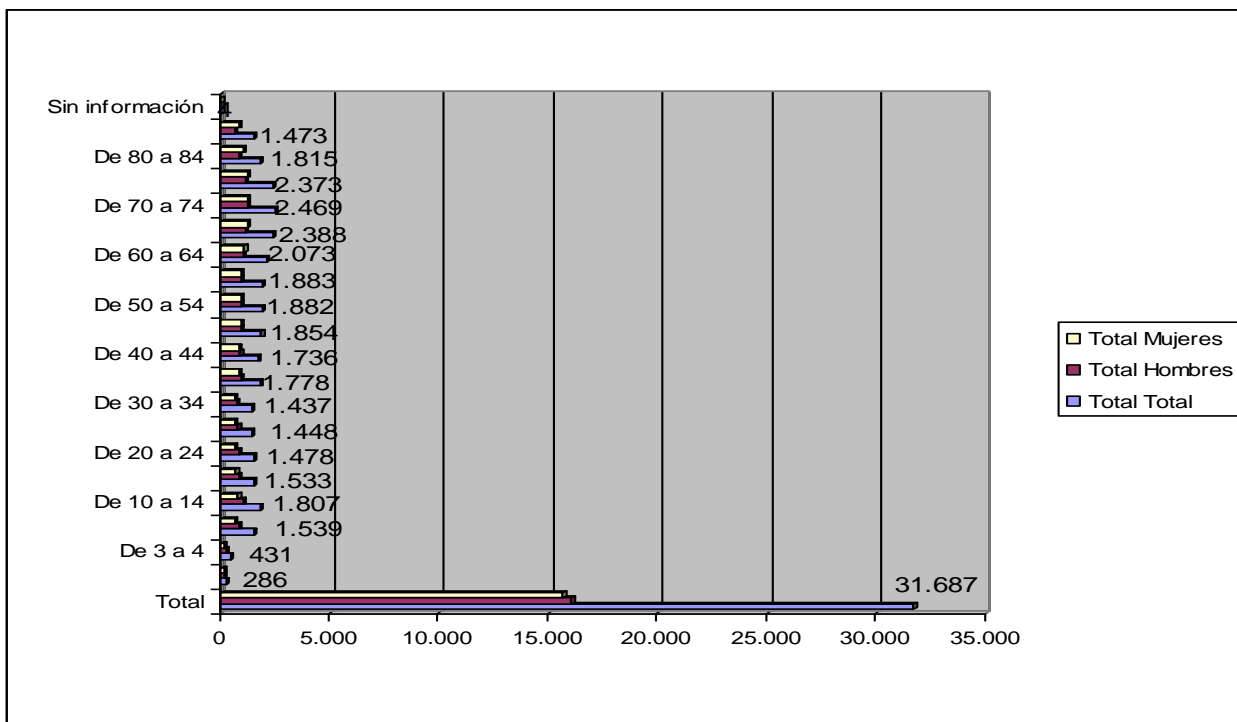
Resultados de los 112 municipios con resultados:

TOTAL POBLACION CON DISCAPACIDAD DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA



Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

POBLACION CON DISCAPACIDAD SEGÚN EDAD



Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

PRINCIPALES CAUSAS DE DISCAPACIDAD

Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

Las principales causas de condición de discapacidad en el Departamento son:

1. Enfermedad general: 4.257
2. Accidentes 3993
3. Alteración genética hereditaria 2843
4. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo 1.905

PRINCIPAL ESTRUCTURA AFECTADA

Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

Principales diagnósticos encontrados:

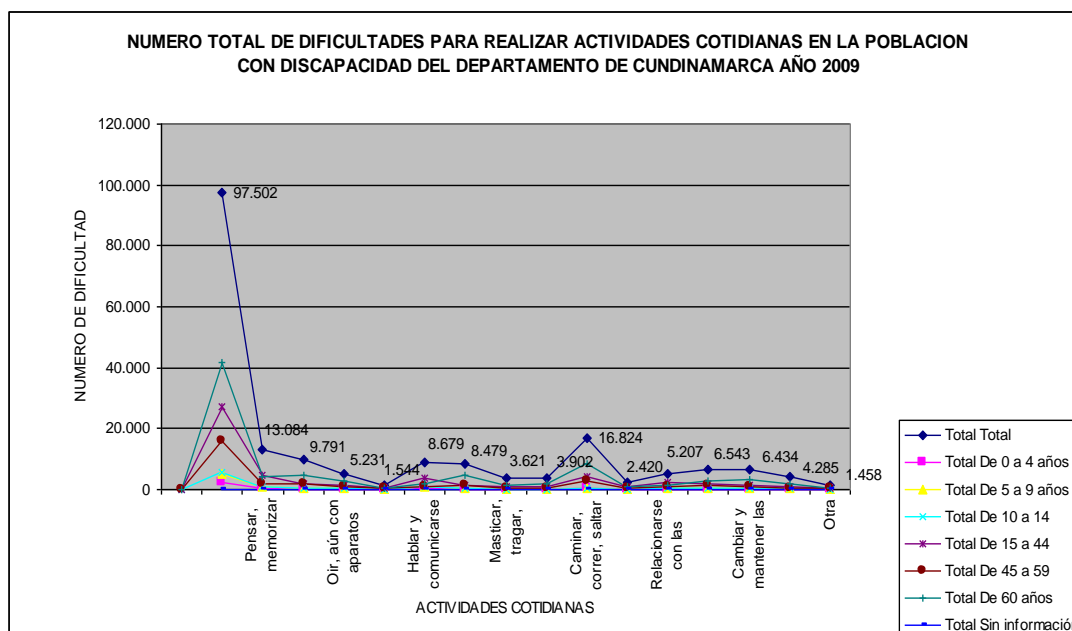
1. Movimiento de los brazos, manos y cuerpo: 16.712
2. El sistema nervioso: 14.952
3. Los ojos: 13.728
4. Sistema Cardiorespiratorio: 8.515

MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACION CARACTERIZADA

Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

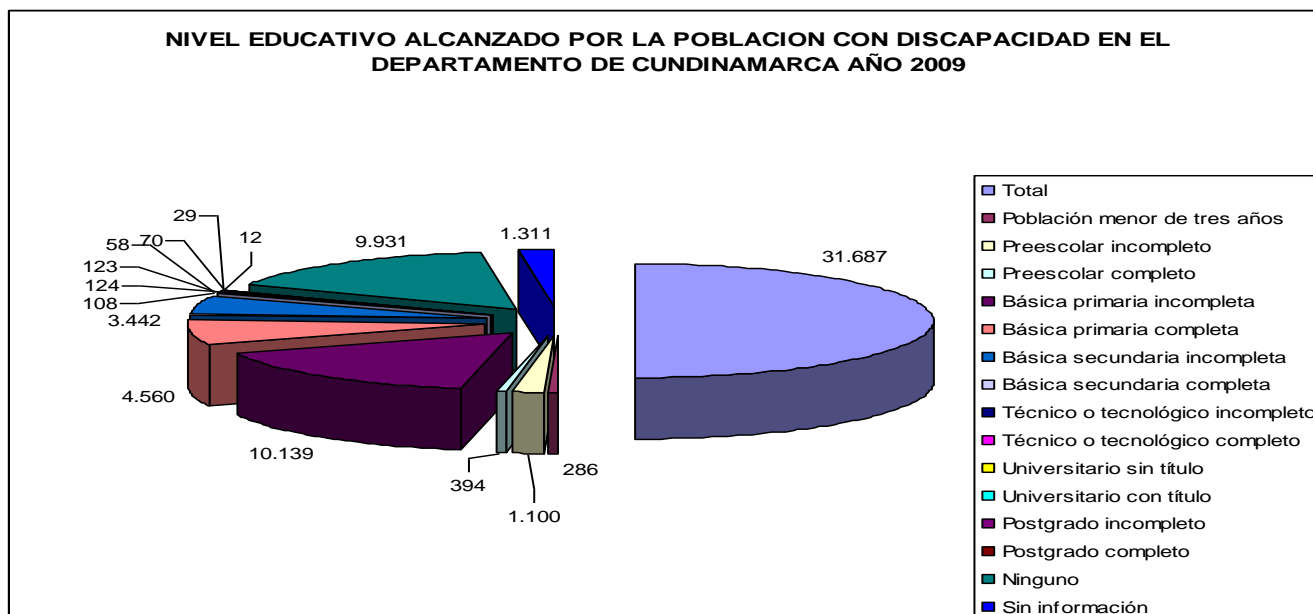
Los municipios con mayor registro de personas con discapacidad de mayor a menor son: Soacha 2.596, Facatativá 1131, Pacho 987, Guaduas 831, Zipaquirá 759 Funza 772 y Sibate 662

TENDENCIA DE LAS DIFICULTADES PARA REALIZAR ACTIVIDADES COTIDIANAS DE LA POBLACION EN SITUACION DE DISCAPACIDAD DEL DEPARTAMENTO

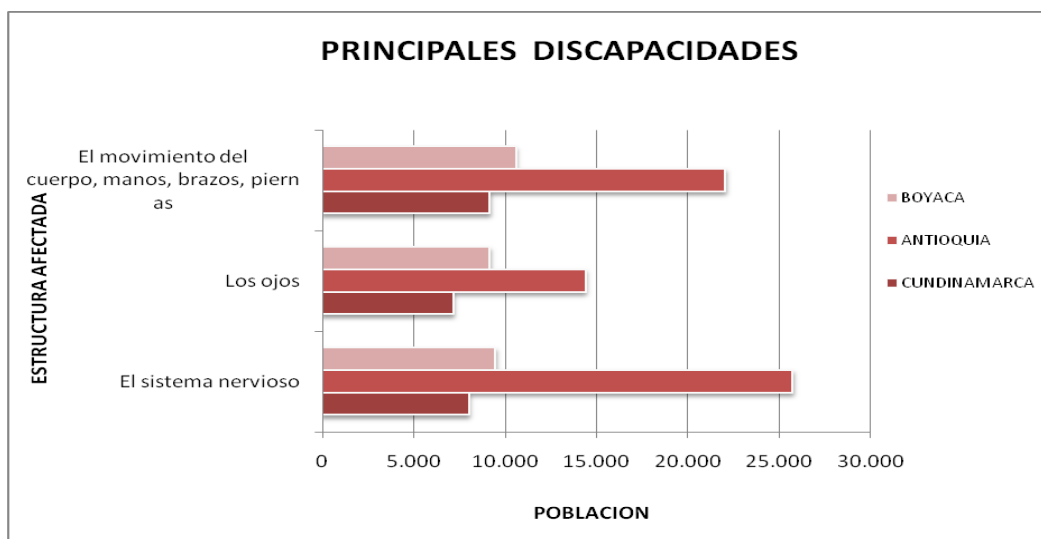


Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2009

NIVEL EDUCATIVO



SITUACION ACTUAL CUNDINAMARCA FRENTE A 2 DEPTOS



Información Censo Caracterización Población con Discapacidad Dane 2008

Los tres diagnosticos con mayor población afectada en los 3 Departamentos Boyaca, Antioquia, Cundinamarca son:

1. Movimiento de cuerpo, manos, brazos, piernas.
2. Los ojos
3. El Sistema Nervioso

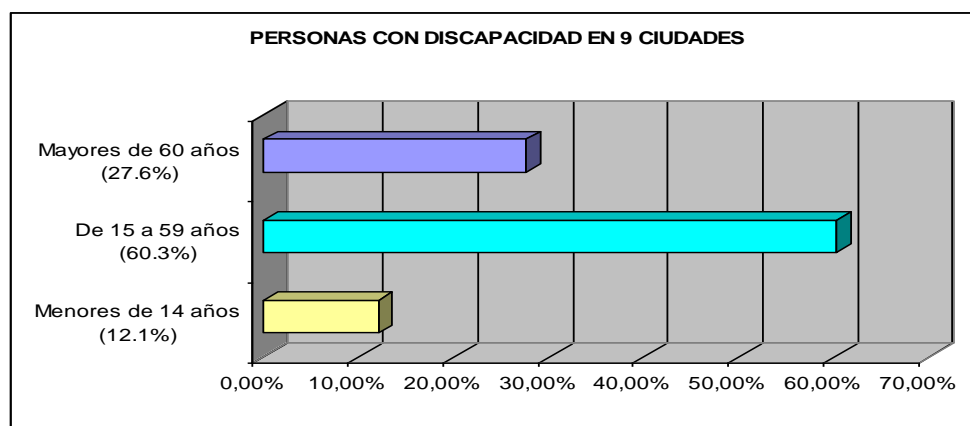
Los cuales se encuentran con mayor numero de afectados en la tabla de acuerdo al total de la población ya que el departamento con mayor numero de habitantes es Antioquia pero proporcional a Cundinamarca respecto al total de habitantes como se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO COMPARATIVO % DISCAPACIDAD DE ACUERDO DEPARTAMENTOS

	TOTAL POBLACION	PBL. DISCAPACIDAD
CUNDINAMARCA	2.340.894	1,83%
ANTIOQUIA	5.682.276	1,83%
BOYACA	1.255.311	3,98%

De acuerdo a la ficha de caracterización del Censo del Dane, el 1,83% del total de la población presenta algún tipo de discapacidad en los Departamentos de Cundinamarca y Antioquia, sin embargo en Boyacá con un número inferior de habitantes presentan un porcentaje mayor 3,98% que Antioquia y Cundinamarca. El Departamento de Cundinamarca no ha terminado de implementar el registro en los 116 municipios y en Antioquia no se sabe si este es el análisis de toda la población con discapacidad.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR GRUPO DE EDAD



Información Dane 2.005 Población NBI y discapacidad en 9 ciudades.

Según el género, se encontró que las limitaciones se presentan en general en la misma proporción para ambos sexos en las diferentes etapas del ciclo vital. Sin embargo, se observó una diferencia significativa en el grupo de 5–12 años con el 45.2% para el sexo masculino y 36% para el sexo femenino.

G. FAMILIAS FORJADORAS DE SOCIEDAD

AMPLIACIÓN DE COBERTURA, CONTINUIDAD Y UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN LOS 116 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.

El régimen subsidiado en el año 2007 presentó 1.132.234 cupos contratados para afiliados al régimen subsidiado de 978.793 subsidios totales y 153.441 subsidios parciales y para el año 2008 ascienden a 1.236.051; es decir, que se generó una ampliación de cobertura en cupos contratados de 103.817 nuevos cupos para afiliar a este régimen, que correspondió a un 9.17%, así mismo en este año se transforman de parciales a totales 50.770 cupos y se hace entrega por parte de los entes territoriales de 55.280 cupos al sistema por no tener afiliados asignados, quedando un comportamiento de 1.188.660 subsidios totales y 47.391 subsidios parciales y para el año 2009 los cupos contratados para régimen subsidiado fue de 1.196.424, subsidios totales 1.167.585 y 28.839 subsidios parciales; se hizo entrega de 11.973 parciales y disminución de cupos por no presentar registros en base de datos de 27.654; lo que permite concluir que se dio una disminución en cupos contratados de 39.627, por entrega de cupos de subsidios parciales y disminución de cupos totales de 61.522 de subsidios totales.

Sin embargo, el régimen subsidiado presentó ampliación de cupos por 44.127 niveles I-II para el año 2009.

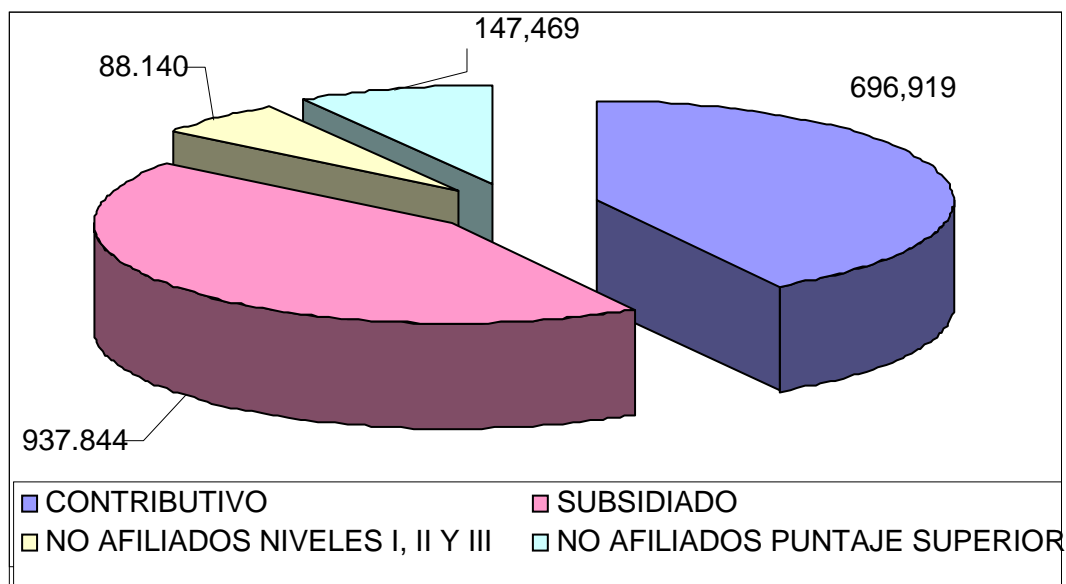
POBLACIÓN DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA POR RÉGIMEN 2008-2011

TIPO DE REGIMEN	2008	2009	2010	2011
CONTRIBUTIVO	802.961,00	836.606,00	820.889,00	696.919,00
SUBSIDIADO	1.236.292,00	1.196.424,00	939.404,00	937.844,00

TIPO DE REGIMEN	2008	2009	2010	2011
NO AFILIADOS NIVEL I, II, III	552.434,00	280.440,00	205.263,00	88.140,00
NO AFILIADOS NIVEL PUNTAJE SUPERIOR	0,00	0,00	0,00	147.469,00
TOTAL	2.591.687,00	2.313.470,00	1.965.556,00	1.870.372,00

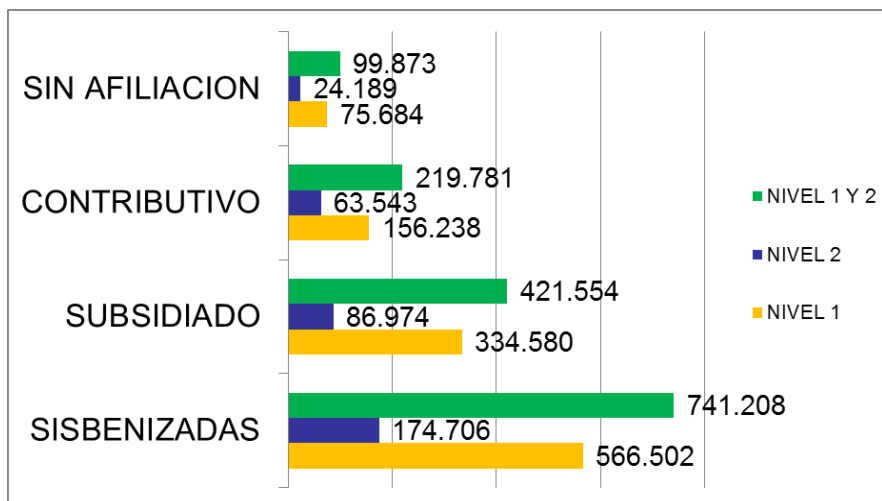
Fuente: Dirección de Aseguramiento. Proceso Base de Datos 2011.

TOTAL POBLACION POR REGIMEN DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA AÑO 2011



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Proceso Base de Datos 2011.

DETALLE DE COBERTURA NIVEL 1 Y 2 SISBEN VERSION III AÑO 2011



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Proceso Base de Datos 2011.

DETALLE COBERTURA NIVEL 1 Y 2 SISBEN VERSION III PARTICIPACION POR REGIMEN

NIVEL	Nº. DE PERSONAS	BDUA SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS
1	566.502	334.580	156.238	490.818
2	174.706	86.974	63.543	150.517
NIVEL 1 Y 2	741.208	421.554	219.781	641.335

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Proceso Base de Datos 2011

RECURSOS APLICADOS POR EL DEPARTAMENTO PARA COFINANCIAR REGIMEN SUBSIDIADO 2008-2011

AÑO	CONTINUIDAD	AMPLIACION	TOTAL MILES
2008	3.526.152.210,00	2.259.190.640,00	5.785,00
2009	24.982.685.040,00	7.034.925.990,00	32.017,00
2010	25.706.570.455,00	0,00	25.706,00

AÑO	CONTINUIDAD	AMPLIACION	TOTAL MILES
2011	24.178.907.731,00	0,00	24.178,00

Fuente: Secretaría de Salud – Dirección de Aseguramiento

En la tabla anterior se visualiza una gran diferencia en los recursos que cofinancian el régimen subsidiado; dado que a partir de la vigencia 2009 se aplica el 25% de Rentas Cedidas para cofinanciar el régimen subsidiado. (Ley 1122 de 2007).

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD A PARTIR DE LA POBLACION IDENTIFICADA EN SISBEN VERSION III

Se estima una cobertura del 85,39% de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme al siguiente resultado con corte del SISBEN a junio de 2011.

NIVEL	SISBEN III	REGIMEN SUBSIDIADO	REGIMEN CONTRIBUTIVO	DUPLICADOS*	TOTAL AFILIADOS SGSS	% COBERTURA
NIVEL 1	566.502	334.580	156.238	1.824	492.642	29,70%
NIVEL 2	174.706	86.974	63.543	536	151.053	9,11%
RESTO	917.667	293.062	477.134	2.584	772.780	46,58%
TOTAL	1.658.875	714.616	696.915	4.944	1.416.475	85,39%

Fuente: Planeación Dptal sisben versión III junio 2011, cargue bdua septiembre 2011.

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD A PARTIR DE LA POBLACION IDENTIFICADA EN SISBEN VERSION III POR REGIMEN DE AFILIACION

COBERTURA	PARTICIPACION DE LA COBERTURA POR REGIMEN
REGIMEN SUBSIDIADO	43,08%
REGIMEN CONTRIBUTIVO	42,01%
DUPLICADOS	0,30%
SIN AFILIACION	14,61%
TOTAL	100,00%

Fuente: Planeación Dptal sisben versión III junio 2011, cargue bdua septiembre 2011.

La población no asegurada se estima en el 14.61%, de lo cual se destaca que la población a la que debe darse cobertura dentro del Régimen Subsidiado corresponde a los niveles 1 y 2 del SISBEN versión III (**97.513**), determinados conforme a los puntajes de corte de la Resolución 3778 de 201.

Para los demás 144.887, que superan el corte de los puntos para nivel 1 y 2, se debe promover su afiliación al Régimen Contributivo en el marco del Artículo 34 de la Ley 1438 de 2011, el cual a la fecha no ha sido reglamentado, por lo que entre tanto se hace exigible la garantía de acceso a los servicios de salud con cargo a recursos de oferta para quienes de este grupo se establezca la carencia de capacidad de pago.

NIVEL	SISBEN III	TOTAL AFILIADOS SGSS	SIN AFILIACION	% SIN AFILIACION	SIN AFILIACION NIVEL 1 Y 2
NIVEL 1	566.502	492.642	73.860	4,45%	73.860
NIVEL 2	174.706	151.053	23.653	1,43%	23.653
RESTO	917.667	772.780	144.887	8,73%	
TOTAL	1.658.875	1.416.475	242.400	14,61%	97.513

Fuente: Planeación Dptal sisben versión III junio 2011, cargue bdua septiembre 2011.

Es importante tener en cuenta que con la aplicación de la encuesta SISBEN versión III, se genera una caída en el número de personas encuestadas, lo que puede obedecer a factores como:

- Traslado territorial de los habitantes.
- Falta de cobertura en el momento de la realización de la encuesta.

IMPACTO EN EL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA ENTRADA EN VIGENCIA DE LA RESOLUCION 3778 DE 2011.

SISBEN VERSION III. RESOLUCION 3778 DE 2011. Presenta el resultado estadístico con los puntajes de corte previstos para nivel 1 y 2 en zona urbana y rural en la Resolución 3778 de 2011, tomado de la base de datos entregada a esta Dirección por la Secretaría de Planeación de Cundinamarca y cargada por el Departamento Nacional de Planeación a junio de 2011.

SITUACION SISBEN III RESOLUCION 3778 DE 2011								TOTAL SISBEN VERSION III POR NIVEL	
SISBEN III	URBANO		RURAL		URBANO PUNTAJE SUPERIOR	RURAL PUNTAJE SUPERIOR	TOTAL PERSONAS CON PUNTAJE SUPERIOR	NIVEL 1	NIVEL 2
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 1	NIVEL 2					
1.658.875	352.344	122.004	214.158	52.702	683.415	234.252	917.667	566.502	174.706

Fuente: Dirección de Aseguramiento

TOTAL NIVEL 1 Y 2 EN SISBEN VERSION III: 741.208
AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO EN BDUA.

A partir de la base de datos de FOSYGA se realiza el seguimiento y proceso de depuración encontrando DUPLICIDADES POR DOCUMENTO, fueron por 3.245, registros que fueron reportados a los municipios para su verificación permitiendo a Diciembre de 2010 ajustar 1.780 que si obedecían a DUPLICIDADES y DUPLICIDADES POR NOMBRE, fueron por 90.027 de los cuales a la fecha se han ajustado 18.458.

Frente a la normatividad vigente, que a partir de Junio de 2010 y de acuerdo a lo contemplado en el Acuerdo 415 de 2009, sólo se contrata lo cargado en la Base de Datos Única de Afiliados, razón por la cual a partir dicho mes se ajustan los recursos a las estadísticas de cargue:

COMPORTAMIENTO CUPOS CONTRATADOS ABRIL 2010 – ABRIL 2011

FECHA	COMPORTAMIENTO CUPOS CONTRATADOS	AFILIADOS	REGISTROS CARGUE BDUA	% CARGUE BDUA	CORTE
Abr-10	TOTAL CUPOS	1,192,331	893,995	75%	01-Abr 2010
	TOTALES	1,163,492			
	PARCIALES	28,839			
Jun-10	TOTAL CONTRATADO	907,641	907,641	100%	01-Jun 2010
	TOTALES	881,961			
	PARCIALES	25,680			
Ago-10	TOTAL CONTRATADO	912,157	907,225	99%	01-Ago 2010
	TOTALES	894,360			
	PARCIALES	17,797			
Sept-10	TOTAL CONTRATADO	912,157	939.664	102.87%	01-Oct 2010
	TOTALES	894,360			
	PARCIALES	17,797			
Abr 2011	TOTAL COMPROMISO	944.571	937.844	99,29%	Dic 2011
	TOTALES	935.312			
	PARCIALES	9.259			

Fuente: Secretaría de Salud – Dirección de Aseguramiento –Dic 2011.

La meta estimada para los cuatro años se ve afectada por el comportamiento del cargue de afiliados en la BDUA, la movilidad territorial y entre regímenes.

Por lo anterior es pertinente observar la ampliación de cobertura como los mayores cargues en la BDUA. Encontrando el siguiente comportamiento en los años 2010 y 2011.

EPS-S	2010	2011	VAR ABS	VAR %
CAFAM	158.472	164.778	6.306	3,98%
CAFESALUD	40.323	42.335	2.012	4,99%
CAPRECOM	30.166	38.798	8.632	28,61%
COLSUBSIDIO	71.011	70.978	-33	-0,05%
COMPARTA	28.032	27.920	-112	-0,40%
CONVIDA	363.957	367.129	3.172	0,87%
ECOOPSOS	171.524	159.793	-11.731	-6,84%
HUMANAVIVIR	7.146	7.999	853	11,94%
SALUDVIDA	12.637	11.429	-1.208	-9,56%
SOLSALUD	56.038	46.678	-9.360	-16,70%
OTRAS EPS-S	101	7	-94	-93,07%
TOTAL	939.407	937.844	-1.563	-0,17%

Fuente: Dirección de Aseguramiento Dic de 2011

RECURSOS APLICADOS DEL 01 DE ABRIL DE 2011 HASTA 31 DE DICIEMBRE DE 2011

CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR

COLSUBSIDIO	15.946.579.350,00	48,60%
CAFAM	16.866.064.620,00	51,40%
TOTAL	32.812.643.970,00	100,00%

SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

DETALLE SGP	VALOR	PARTICIPACION
SGP ULTIMA DOCEAVA CONPES 136	13.336.940.603,00	9,07%
SGP CONPES 138 ONCE DOCEAVAS	133.641.235.015,00	90,93%
TOTAL	146.978.175.618,00	100,00%

Fuente: Dirección de Aseguramiento.

ESFUERZO TERRITORIAL

DETALLE ESFUERZO TERRITORIAL	VALOR		PARTICIPACIÓN
DEPARTAMENTO		24.178.907.731,00	86,77%
DEPARTAMENTO RENTAS CEDIDAS RES. 1393 DE 2011	24.178.907.731,00		
ESFUERZO MUNICIPAL	3.685.273.267,00	3.685.273.267,00	13,23%
ETESA	1.716.589.766,00		
DEPARTAMENTO CAFETEROS RES 3286 2006	54.231.386,00		
CAFETEROS CONTRAPARTIDA FEDERACION	129.936.794,00		
REGALIAS	22.000.000,00		
SALDOS RES 6082 DE 2005	104.676.168,00		
SALDOS DE LIQUIDACION	53.165.158,00		
RENDIMIENTOS FINANCIEROS	740.608.783,00		
OTROS	864.065.212,00		
TOTAL	27.864.180.998,00	27.864.180.998,00	100,00%

Fuente: Dirección de Aseguramiento.

Para la vigencia del 01 de abril hasta 31 de diciembre de 2011, se hizo una disminución de la asignación del SGP por \$ 2.649.664.979,00, la cual se soportó con el Conpes 142 de 2011.

Esto tuvo como consecuencia una reasignación del FOSYGA y cobertura con recursos de esfuerzo territorial como se describe a continuación:

REDUCCION SGP	COMPENSA FOSYGA	COMPENSA ESFUERZO TERRITORIAL MUNICIPAL	COMPENSA ESFUERZO TERRITORIAL RENTAS CEDIDAS
2.649.664.979,00	1.823.737.787,32	107.006.225,72	718.920.965,96

Fuente: Dirección de Aseguramiento

BASE DE DATOS 2012

En el proceso se identifican las personas por etapa del ciclo vital pobres y vulnerables no afiliadas (PPNA) para promover su afiliación y disfrute de los beneficios del Sistema de Salud.

Para establecer los puntajes de corte para los niveles 1 y 2 se atiende lo dispuesto en la Resolución 3778 de 30 de agosto de 2011.

PRIMERA INFANCIA: 0 hasta 5 años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	N°. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDU A	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	63.120	33.313	13.392	46.705	73,99%	16.415	26,01%
2	14.974	6.408	4.062	10.470	69,92%	4.504	30,08%
PUNTAJE SUPERIOR	61.542	17.048	22.518	39.566	64,29%	21.976	35,71%
TOTAL	139.636	56.769	39.972	96.741	69,28%	42.895	30,72%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		40,65%	28,63%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

INFANCIA: 6 hasta 11 años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	N°. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDU A	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	75.826	40.613	15.515	56.128	74,02%	19.698	25,98%
2	21.877	9.840	5.716	15.556	71,11%	6.321	28,89%
PUNTAJE SUPERIOR	90.827	25.809	33.665	59.474	65,48%	31.353	34,52%
TOTAL	188.530	76.262	54.896	131.158	69,57%	57.372	30,43%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		40,45%	29,12%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

ADOLESCENCIA: 12 hasta 17 años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	Nº. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDU A	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	82.920	48.209	15.831	64.040	77,23%	18.880	22,77%
2	25.001	12.174	6.419	18.593	74,37%	6.408	25,63%
PUNTAJE SUPERIOR	106.096	33.583	39.197	72.780	68,60%	33.316	31,40%
TOTAL	214.017	93.966	61.447	155.413	72,62%	58.604	27,38%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		43,91%	28,71%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

JUVENTUD: 18 hasta 28 años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	Nº. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDU A	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	85.412	39.223	18.664	57.887	67,77%	27.525	32,23%
2	21.638	8.577	5.478	14.055	64,96%	7.583	35,04%
PUNTAJE SUPERIOR	148.490	40.842	47.866	88.708	59,74%	59.782	40,26%
TOTAL	255.540	88.642	72.008	160.650	62,87%	94.890	37,13%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		34,69%	28,18%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

ADULTEZ: 29 hasta 59 años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	N°. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDUAS	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	192.954	102.976	44.342	147.318	76,35%	45.636	23,65%
2	62.943	29.241	17.197	46.438	73,78%	16.505	26,22%
PUNTAJE SUPERIOR	423.391	122.801	159.845	282.646	66,76%	140.745	33,24%
TOTAL	679.288	255.018	221.384	476.402	70,13%	202.886	29,87%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		37,54%	32,59%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

ADULO MAYOR: 60 hasta más años

MUNICIPIO: 116 PROVINCIA: 15						FECHA BASE DE DATOS: FEB 2012	
1) SISBEN VERSION III Y LISTADOS CENSALES		2) AFILIADOS EN EL SISTEMA DE SALUD				3) RESULTADOS	
NIVEL (Res. 3778 de 2011)	N°. DE PERSONAS	AFILIADOS EN RS BDUAS	AFILIADOS EN CONTRIBUTIVO	TOTAL AFILIADOS	%COBERTURA	PPNA	% PPNA
1	84.166	58.333	10.547	68.880	81,84%	15.286	18,16%
2	29.425	15.846	6.389	22.235	75,56%	7.190	24,44%
PUNTAJE SUPERIOR	91.329	31.356	31.260	62.616	68,56%	28.713	31,44%
TOTAL	204.920	105.535	48.196	153.731	75,02%	51.189	24,98%
4) PARTICIPACION DE LA AFILIACION POR REGIMEN		51,50%	23,52%				

Fuente: base de datos Dirección de Aseguramiento – cruce de bases MPS

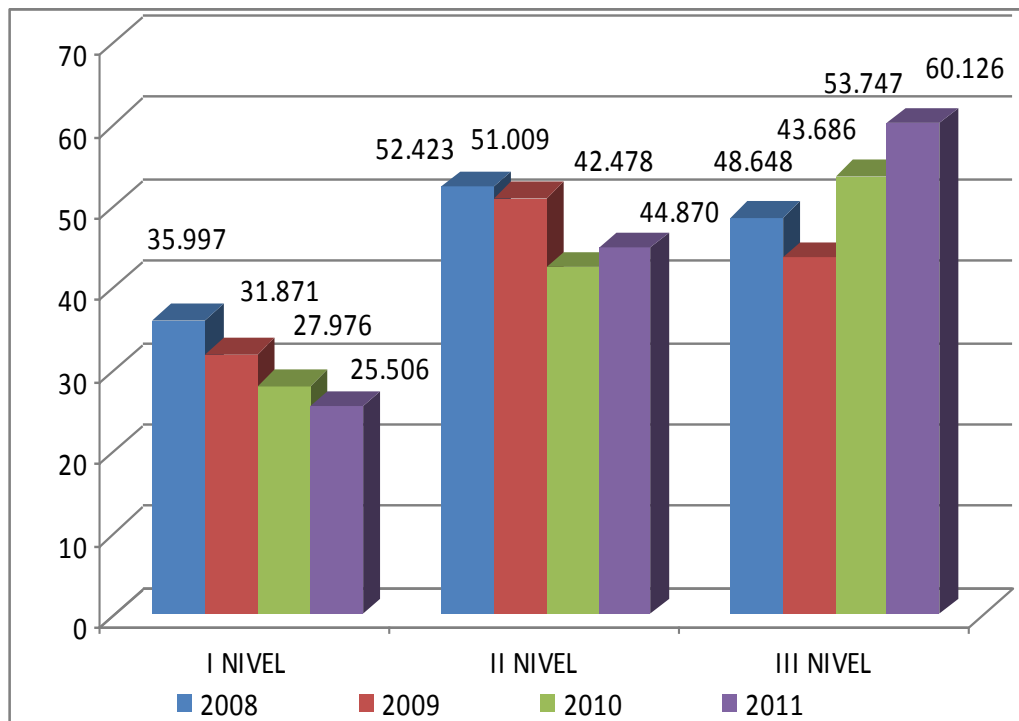
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD AÑO 2008-2011

TOTAL INVERSIÓN AÑO 2008 - 2011: \$740.980.483.766 Millones

CONCEPTO	2008	2009	2010	2011
CONTRATACIÓN RED PÚBLICA	\$137.069.789.269	\$126.566.976.394	\$124.202.669.436	\$130.502.130.476
CONTRATACIÓN RED PRIVADA	\$27.897.000.000	\$24.578.870.428	\$20.763.935.928	\$19.128.656.562
PAGO CARTERA RECURSOS MPS	\$0	\$0	\$32.647.741.000	\$11.422.899.584
PAGOS CARTERA URGENCIAS Y CONCILIACIONES	\$0	\$29.867.930.064	\$14.838.728.839	\$41.433.938.250
TOTAL EJECUTADO	\$164.966.789.269	\$181.013.776.886	\$192.453.075.203	\$202.546.842.408

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud – Contratación, Dirección Administrativa (Matriz de ejecución presupuestal).

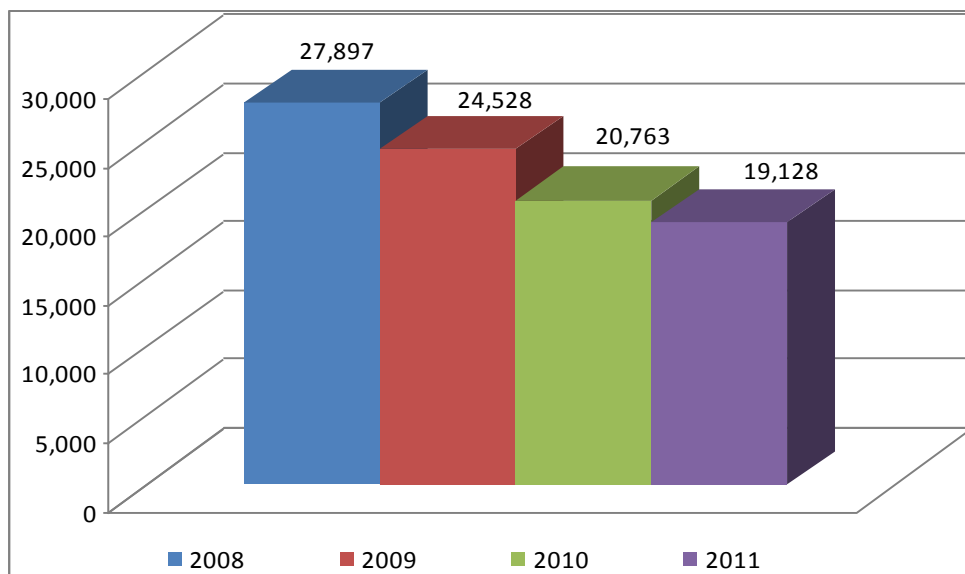
CONTRATACIÓN RED ADSCRITA 2008-2011 (Cifras en millones de pesos)



Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud - Contratación

Se refleja una reducción en la contratación de la red adscrita en los niveles I Y II esto debido al incremento de la afiliación al Régimen Subsidiado por lo cual los hospitales facturan con cargo a la demanda y no a la oferta; mientras que el incremento de la contratación de III Nivel obedece básicamente al incremento de los eventos NO POS-S lo cual se factura con cargo a los recursos de oferta y a la apertura de servicios de alta complejidad en los Hospitales de Samaritana y Girardot.

CONTRATACIÓN RED PRIVADA AÑOS 2008-2011 (Cifras en millones de pesos)



Fuente: Dirección de Aseguramiento de Aseguramiento - Contratación

Con respecto a la disminución de la contratación con la red privada no adscrita al Departamento esto obedece al cambio de la normatividad donde los menores de 18 años están a cargo de la EPS-S lo cual disminuyó la demanda de estos servicios con cargo al subsidio a la oferta. Adicionalmente el incremento de la afiliación de la población al régimen subsidiado se refleja en estas estadísticas.

PAGO DE CARTERA AÑO 2010 - MECANISMOS DE PAGO

COMPORTAMIENTO DE LA CARTERA AÑOS 2008-2011

Cifras expresadas en millones de pesos

CONCEPTO	SALDO INICIAL	CARTERA ADICIONAL AUDITA	SUBTOTAL DE LA VIGENCIA	PAGOS REALIZADOS EN LA VIGENCIA	SALDO FINAL	RELATIVA
VIGENCIA 2008	66.057	NO INFORMACION	66.057	24.123	41.934	-36,52%
VIGENCIA 2009	41.934	38.628	80.562	21.723	58.839	40,31%
VIGENCIA 2010	58.839	40.787	99.626	47.705	51.921	-11,76%
VIGENCIA 2011	51.921	27.739	79.660	64.279	15.381	-70,38%

Fuente de información. Dirección de Aseguramiento – Base de datos de Cartera

Para la vigencia 2011 con un saldo inicial de cuentas por pagar por la suma de \$51.921 millones de pesos, se incorporan auditorías por la suma de \$16.316 millones de peso, para un total de cuentas por pagar por la suma de \$68.237 millones de pesos, se realizaron pagos por la suma de \$52.856 millones de pesos, disminuyendo en un 70% las cuentas por pagar quedando así a 31 de diciembre de 2011 la suma de \$15.381 millones de pesos de cuentas por pagar o cartera adeudada a las I.P.S y EPS-S

H. VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO CON GARANTIA DE DERECHOS

COMPORTAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD Y OTRAS GENERALIDADES PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DE DESPLAZAMIENTO QUE RESIDE EN EL DEPARTAMENTO

Como resultado del ejercicio planteado de caracterización para la Población Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento, se **encontraron 10.914 hogares con un total de 56.786 personas residentes en Cundinamarca, en donde se concentra mayoritariamente en los Municipios de Soacha, Fusagasugá, Viotá y Girardot.**

En la siguiente tabla, se describe los Grupos Poblacionales dispuestos por la Resolución 2321 de 2011, determinando la codificación No. 9 para la Población Víctima del Desplazamiento Forzado.

DIAGNÓSTICO SOBRE LA DINÁMICA DEL DESPLAZAMIENTO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Tomando como fuente primaria de información el Registro Único de Población Desplazada (RUPD), se tiene que el departamento de Cundinamarca no representa una gran participación a Nivel Nacional como departamento expulsor (1.62% del total nacional), sin embargo tiene un poco más de representatividad en el papel de receptor (2.37% del total nacional), esta condición puede ser una consecuencia de la gran acogida de población desplazada que a nivel general tienen municipios como Soacha con aproximadamente el 0.98% y Fusagasugá con el 0.17% de la recepción total a nivel nacional.

En lo que refiere a los hogares víctimas del desplazamiento (es decir que se presentan como expulsados de algún municipio de Cundinamarca, la cifra corresponde a 14.000 hogares con un promedio de 4 a 5 miembros en el hogar) se puede argumentar que:

- En su mayoría provienen de los municipios de La Palma y Viotá. La Palma presenta su mayor pico de desplazamiento en el año 2002, con 4.299 personas desplazadas, quienes sustentan no conocer el actor armado que provoca su desplazamiento. Viotá presenta su mayor pico de desplazamiento en el año 2003, con 4.975 personas desplazadas, quienes sustentan en su mayoría no conocer el actor armado que provoca su desplazamiento.

- Teniendo en cuenta la información suministrada, el grupo armado de mayor presencia en el departamento del Cundinamarca y que más genera desplazamientos corresponde a los Grupos Guerrilleros con 38.42%, por otra parte los Grupos No Identificados generan el 21.38% de los desplazamientos en el departamento.
- La mayor cantidad de desplazamientos históricos registrados en el departamento de Cundinamarca se presentaron durante el periodo 2002 – 2003, sumando el 43.50% del total de desplazamientos registrados.

Respecto a las víctimas del desplazamiento que arriban al departamento de Cundinamarca, estas alcanzan las 82.043 personas (cifra correspondiente a 20.408 hogares, es decir, un promedio de 4 personas por hogar) se puede argumentar que:

- En su mayoría son personas que elijen como municipio de arribo la ciudad de Soacha (8.411 hogares), presentando la recepción más alta en el año 2007 con 4.400 personas (representadas en 1.066 hogares).

En cuanto a las personas víctimas del desplazamiento que declaran los hechos en el departamento de Cundinamarca, 79.941 según el registro (corresponde a 20.093 hogares, es decir un promedio de 4 personas por hogar) se puede argumentar que: El 38.62% de las declaraciones tomadas en todo el departamento, corresponden al municipio de Soacha, con 7.691 hogares, y el mayor pico se presentó entre el año 2002 - 2008 con 5.606 hogares.

a. Caracterización de la Población en Situación de Desplazamiento

En el RUPD hay un total de 20.093² hogares que han declarado su situación de desplazamiento en el departamento de Cundinamarca y han sido incluidos en el Registro Único de Población Desplazada - RUPD. Sin embargo, no puede afirmarse que este es el universo de atención, toda vez que estos hogares no necesariamente residen actualmente en el departamento, dada la alta movilidad que caracteriza a la población en situación de desplazamiento, así como se espera encontrar hogares que fueron registrados en otros departamentos pero que residen actualmente en Cundinamarca. Por esta razón se hace necesario, avanzar en la caracterización de la población, partiendo de su ubicación, continuando con la identificación de necesidades capacidades, para la posterior focalización y priorización.

² Fuente: RUPD - Corte 31 de mayo de 2011

A partir de la consulta de registros en el SISBEN, el Sistema de Información de Familias en Acción - SIFA, el sistema de información de la Estrategia UNIDOS – INFOUNIDOS, y el RUPD, sistemas que hacen parte de la Red Nacional de Información y que sirven de soporte para establecer la ubicación actual de la población, se identificó la población que reside actualmente en Cundinamarca.

Como resultado del ejercicio planteado de caracterización, se **encontraron 10.914 hogares con un total de 56.786 personas residentes en Cundinamarca**, que constituyen la población a atender. Dicha población por municipio de residencia se encuentra distribuida de la siguiente manera:

Distribución municipal de la población desplazada en Cundinamarca. 2011

Municipio	Personas	Porcentaje
Agua De Dios	114	0,2%
Albán	82	0,1%
Anapoima	274	0,5%
Anolaima	208	0,4%
Apulo	232	0,4%
Arbeláez	381	0,7%
Beltrán	114	0,2%
Bituima	14	0,0%
Bojacá	50	0,1%
Cabrera	349	0,6%
Cachipay	195	0,3%
Cajicá	420	0,7%
Caparrapí	1346	2,4%
Caqueza	287	0,5%
Carmen De Carupa	14	0,0%
Chaguaní	212	0,4%
Chía	992	1,7%
Chipaque	37	0,1%
Choachí	116	0,2%
Chocontá	127	0,2%
Cogua	57	0,1%
Cota	169	0,3%

Municipio	Personas	Porcentaje
Cucunubá	36	0,1%
El Colegio	596	1,0%
El Peñón	522	0,9%
El Rosal	220	0,4%
Facatativá	2516	4,4%
Fomeque	75	0,1%
Fosca	18	0,0%
Funza	818	1,4%
Fúquene	13	0,0%
Fusagasugá	3987	7,0%
Gachala	52	0,1%
Gachancipá	120	0,2%
Gachetá	35	0,1%
Gama	4	0,0%
Girardot	1243	2,2%
Granada	136	0,2%
Guachetá	199	0,4%
Guaduas	889	1,6%
Guasca	263	0,5%
Guataquí	66	0,1%
Guatavita	10	0,0%
Guayabal De Siquima	201	0,4%
Guayabetal	146	0,3%
Gutiérrez	94	0,2%
Jerusalén	55	0,1%
Junín	14	0,0%
La Calera	88	0,2%
La Mesa	504	0,9%
La Palma	1838	3,2%
La Peña	117	0,2%
La Vega	286	0,5%
Lenguazaque	12	0,0%

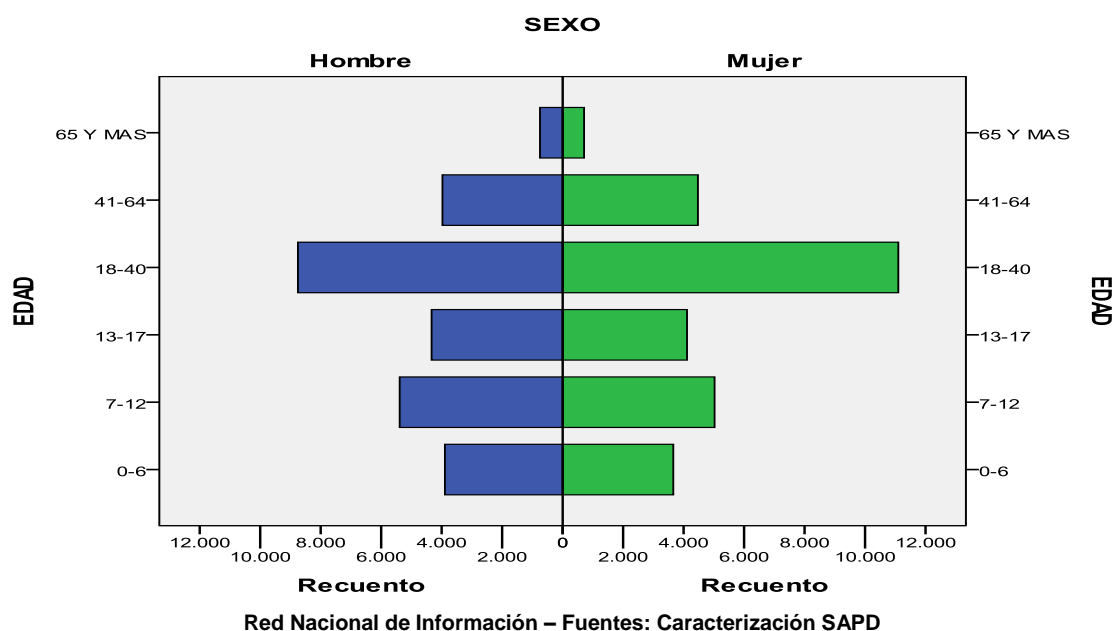
Municipio	Personas	Porcentaje
Machetá	6	0,0%
Madrid	840	1,5%
Manta	7	0,0%
Medina	965	1,7%
Mosquera	612	1,1%
Nemocón	54	0,1%
Nilo	181	0,3%
Nimaima	61	0,1%
Nocaima	111	0,2%
Pacho	553	1,0%
Paima	111	0,2%
Pandi	289	0,5%
Paratebuena	404	0,7%
Pasca	162	0,3%
Puerto Salgar	376	0,7%
Pulí	213	0,4%
Quebradanegra	169	0,3%
Quetame	51	0,1%
Quipile	177	0,3%
Ricaurte	250	0,4%
San Antonio Del Tequendama	140	0,2%
San Bernardo	117	0,2%
San Cayetano	52	0,1%
San Francisco	276	0,5%
San Juan De Río Seco	581	1,0%
Sasaima	365	0,6%
Sesquilé	41	0,1%
Sibaté	508	0,9%
Silvania	1298	2,3%
Simijaca	29	0,1%
Soacha	18384	32,4%

Municipio	Personas	Porcentaje
Sopó	56	0,1%
Subachoque	43	0,1%
Suesca	91	0,2%
Supatá	46	0,1%
Susa	5	0,0%
Sutatausa	74	0,1%
Tabio	51	0,1%
Tausa	13	0,0%
Tena	178	0,3%
Tenjo	185	0,3%
Tibacuy	172	0,3%
Tibirita	47	0,1%
Tocaima	204	0,4%
Tocancipá	355	0,6%
Topaipí	608	1,1%
Ubalá	136	0,2%
Ubaque	56	0,1%
Une	129	0,2%
Útica	187	0,3%
Venecia	501	0,9%
Vergara	362	0,6%
Vianí	136	0,2%
Villa de San Diego de Ubate	106	0,2%
Villagómez	25	0,0%
Villapinzón	171	0,3%
Villeta	263	0,5%
Viotá	2888	5,1%
Yacopí	696	1,2%
Zipacón	68	0,1%
Zipaquirá	588	1,0%
Total	56786	100,0%

Red Nacional de Información – Fuentes: Caracterización SAPD

De estos, el 51.8% son mujeres y el 48.2% hombres; la mayor proporción de la población se concentra entre los 18 y los 40 años (35.3%) seguido por el grupo entre los 7 y 12 años (18.5%). Cabe aclarar que hay un total de 912 personas para las cuales no se cuenta con información de la fecha de nacimiento; es necesario que como Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada - SNAIPD, desde el nivel nacional y territorial se promueva la actualización del RUPD, como fuente oficial de información de la población en situación de desplazamiento, lo que permitirá tener información más confiable para la focalización y priorización de la atención.

Clasificación por género y edad población desplazada en Cundinamarca. 2011



De acuerdo con la información suministrada por la población en la declaración, el 2.1% (1.210) de las personas se auto-perciben como afro-colombianos y el 1.3% (756) como indígenas, es importante mencionar que el 81.6% de la población no responde cuando se le indaga por su pertenencia a estos grupos.

En cuanto a la proporción de la población con discapacidad, solo el 0.55% manifestaron en su declaración tener algún tipo de discapacidad, como se presenta a continuación.

Caracterización de la Población Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento. Cundinamarca. 2011

		0 - 5 años	6 - 12 años	13 - 17 años	18 - 26 años	27 - 60 años	61 años y mas	Sin Dato	Total personas del enfoque	TOTAL	%
MUJERES		2.569	5.673	4.112	5.329	10.130	1.390	137	29.340	51,67%	
HOMBRES		2.799	5.984	4.385	4.803	7.847	1.467	161	27.446	48,33%	
TOTAL		5.368	11.657	8.497	10.132	17.977	2.857	298	56.786	100%	100,00%
		9,45%	20,53%	14,96%	17,84%	31,66%	5,03%	0,52%	100%		
Indígenas	hombres	17	100	51	66	105	15	1	355		
	mujeres	20	69	57	85	160	10	-	401		
	total	37	169	108	151	265	25	1	756	756	1,33%
Afrodescendientes	hombres	40	136	112	82	185	25	1	581		
	mujeres	28	121	81	135	245	18	3	631		
	total	68	257	193	217	430	43	4	1.212	1.212	2,13%
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	hombres	-	5	5	1	3	-		14		
	mujeres	-	6	2	2	7	-	1	18		
	total	-	11	7	3	10	-	1	32	32	0,06%
Rom	hombres	12	63	58	39	75	9	-	256		
	mujeres	12	51	35	62	95	13	2	270		
	total	24	114	93	101	170	22	2	526	526	0,93%
Mujeres Cabeza de Hogar			100	12	562	5.092	401	14	6.181	6.181	10,88%
Población en condición de	hombres	5	19	27	20	68	35	9	183		

		0 - 5 años	6 - 12 años	13 - 17 años	18 - 26 años	27 - 60 años	61 años y mas	Sin Dato	Total personas del enfoque	TOTAL	%
discapacidad	mujeres	5	18	15	26	52	20	5	141		
	total	10	37	42	46	120	55	14	324	324	0,57%
Niños y niñas sin acompañamiento de un adulto	hombres	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	
	mujeres	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	
	total	4	SD	SD	SD	SD	SD	SD	4	4	0,01%

SISBEN - FAMILIAS EN ACCION - RUPD - UTC ACCION SOCIAL, 2011

Tipos de Discapacidad Registrada para la Población Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento. Cundinamarca. 2011

Tipo de discapacidad	Personas	Porcentaje
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	3	0.96
Caminar, correr, saltar	48	15.29
Hablar y comunicarse-pensar, memorizar	1	0.32
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos	42	13.38
Llevar, mover, utilizar objetos con las manos-caminar, correr, saltar	4	1.27
Oír, aun con aparatos especiales	48	15.29
Oír, aun con aparatos especiales-hablar y comunicarse	4	1.27
Oír, aun con aparatos especiales-llevar, mover, utilizar objetos con las manos	1	0.32
Pensar, memorizar	96	30.57
Pensar, memorizar – Caminar, Correr Saltar	1	0.32
Pensar, memorizar-llevar, mover, utilizar objetos con las manos – Caminar, Correr Saltar	1	0.32
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usa lentes o gafas	63	20.06
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usa lentes o gafas-oír, aun con aparatos especiales	2	0.64
Total	314	100,0

Red Nacional de Información – Fuentes: Caracterización SAPD, 2011

De las 56.786 personas en situación de desplazamiento residentes en el departamento de Cundinamarca, se encontró que el 56.3% están plenamente identificadas, estas son las personas para las que, con la colaboración de la Registraduría Nacional del Estado Civil,

se ha podido verificar que el documento con el que aparecen en el RUPD es el que les corresponde. Considerando que los resultados de la medición del Goce Efectivo de Derechos en el 2010, así como la información de la población con acompañamiento en UNIDOS, muestran grandes avances en el derecho a la identificación, los resultados pueden ser interpretados como la necesidad de realizar la gestión para la identificación de las personas de la mano con su correspondiente actualización en el RUPD, ya que si bien la población puede contar con su documento de identificación, se evidencia que las entidades que trabajan por su atención no lo conocen, lo que dificulta la implementación de estrategias de focalización efectivas.

**Recursos Financieros utilizados durante el Año 2011 para el Pago
De las Atenciones en Salud de la Población Pobre Víctima del Conflicto Armado
en Condición de Desplazamiento, que reside en el Departamento.**

RANGOS DE EDAD: Prestación de servicios de Salud / Población No Afiliada y Eventos NO POSS	SEXO		TOTAL	ETNIA					CONDICIONES ESPECIALES	
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL PERSONAS (MUJERES + HOMBRES)	INDIGENAS	AFRO COLOMBIANOS	RAIZALES	PUEBLO ROM	OTROS	MUJERES CABEZA DE FAMILIA	PERSONAS CON DISCAPACIDAD
0 - 5 (Primera Infancia)	12.079.049,0	43.926.614,0	56.005.663,0	-	-	-	-	56.005.663,0	-	-
6 - 12 (Niños)	2.412.828,0	41.371.981,0	43.784.809,0	-	-	-	-	43.784.809,0	-	118.075,0
13 - 17 (Adolescentes)	11.739.773,0	71.960.949,0	83.700.722,0	-	-	-	-	83.700.723,0	-	40.920,0
18 - 26 (Jóvenes)	57.005.553,0	108.793.752,0	165.799.305,0	282.746,0	-	-	-	165.516.558,0	1.285.403,0	-
27 - 60 (Adultos)	684.578.205,0	582.756.961,0	1.267.335.166,0	15.549.258,0	443.224,0	-	54.473,0	1.251.288.213,0	67.624.909,0	7.675.019,0
61 + Adelante (Adultos Mayores)	269.654.910,0	344.209.293,0	613.864.203,0	-	-	-	-	613.864.203,0	270.966,0	8.701.450,0
TOTAL	1.037.470.318,0	1.193.019.550,0	2.230.489.868,0	15.832.004,0	443.224,0	-	54.473,0	2.214.160.169,0	69.181.278,0	16.535.464,0

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Enero / 2012

Recursos Financieros utilizados durante el Año 2010 para el Pago de las Atenciones en Salud de la Población Pobre Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento, que reside en el Departamento.

ATENCIONES EN SALUD			CONDICIONES ESPECIALES			
GRUPO ETAREO	NÚMERO DE PERSONAS	COSTO TOTAL (\$)	MUJERES CABEZA DE FAMILIA (\$)	NÚMERO DE PERSONAS	PERSONAS CON DISCAPACIDAD (\$)	NÚMERO DE PERSONAS
0 - 5 (Primera Infancia)	2,585	295.244.601,00			3.378.987,00	19
6 - 12 (Niños)	1,32	102.983.087,00			1.720.871,00	27
13 - 17 (Adolescentes)	1,414	208.131.204,00	263.900,00	7	406.156,00	11
18 - 26 (Jóvenes)	3,123	313.584.771,00	24.861.110,00	197	4.545.573,00	31
27 - 60 (Adultos)	14,322	1.701.086.138,00	72.489.668,00	1,000	30.308.072,00	327
61 + Adelante (Adultos Mayores)	5,128	1.117.169.869,00	3.049.853,00	87	25.605.851,00	89
TOTAL	27,892	\$ 3.738.199.670,00	\$ 100.664.531,00	1,291	\$ 65.965.510,00	504

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Enero / 2011

COMPORTAMIENTO DEL ASEGURAMIENTO DE LA POBLACION VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN CONDICIÓN DESPLAZAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Según Información extraída de Registros Administrativos (Registro Único de Afiliado – RUAF), y al analizar si la población desplazada del departamento de Cundinamarca contaba con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se encontró que el 56.4% de los 56.786 personas víctimas del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento, cuentan con vinculación a algún régimen de salud. Así:

Afiliación por régimen al SGSSS de la población desplazada. Cundinamarca. 2011

Régimen	Personas	Porcentaje
Contributivo	9520	16.8%
Subsidiado	22506	39.6%
Sin Información	24760	43.6%
Total	56786	100,00%

Red Nacional de Información – Fuente: RUAF

En este orden de ideas, se tiene que el 39.6% de la población analizada está afiliada al régimen Subsidiado en salud y el 16.8% al régimen Contributivo, el porcentaje restante no reporta información de vinculación al SGSSS. Así, de acuerdo con el régimen de vinculación al SGSSS se presentan los siguientes tipos de afiliación:

**Tipo de Afiliación por régimen al SGSSS de la población desplazada.
Cundinamarca. 2011**

Estado Afiliación	Contributivo		Subsidiado	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Activo	7081	25,46%	20736	74,54%
Afiliado Fallecido	44	16,48%	223	83,52%
Desafiliado	1389	100,00%		0,00%
Retirado	874	36,10%	1547	63,90%
Suspendido	132	100,00%		0,00%
Total	9520	29,73%	22506	70,27%

Red Nacional de Información – Fuente: RUAF

Con base en la información anterior, del total de la población analizada (32.026 personas), se observa que el 86.9%, son usuarios activos; así mismo, se tiene que el 14.6% de las personas vinculadas al Régimen Contributivo se encuentran desafiliadas.

Así mismo, en InfoUnidos se encuentra que un total de 12.890 personas en el departamento de Cundinamarca, vinculadas en dicha estrategia, están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS -, lo que indica que un total de 12% de la población desplazada con acompañamiento en UNIDOS manifiesta no encontrarse afiliada al SGSSS (es decir 1.752 personas),

**Afiliación al SGSSS de la población con línea base finalizada en UNIDOS por
municipios. Cundinamarca. 2011**

MUNICIPIO	SALUD AFILIACIÓN			
	NO CUMPLE		CUMPLE	
	No. personas	%	No. Personas	%
Agua de Dios	7	10,8%	58	89,2%
Albán	1	2,1%	47	97,9%

Anapoima	13	24,1%	41	75,9%
Anolaima	0	,0%	40	100,0%
Apulo	60	65,2%	32	34,8%
Arbeláez	31	44,3%	39	55,7%
Beltrán	11	13,4%	71	86,6%
Bituima	0	,0%	9	100,0%
Cabrera	27	30,0%	63	70,0%
Cachipay	0	,0%	25	100,0%
Cajicá	3	4,1%	70	95,9%
Caparrapí	101	14,7%	585	85,3%
Caqueza	4	6,7%	56	93,3%
Chaguani	0	,0%	50	100,0%
Chía	9	4,5%	192	95,5%
Chipaque	1	9,1%	10	90,9%
Choachí	0	,0%	36	100,0%
Chocontá	0	,0%	49	100,0%
Cogua	0	,0%	21	100,0%
Cota	0	,0%	86	100,0%
Cucunubá	0	,0%	4	100,0%
El colegio	19	19,2%	80	80,8%
El peñón	10	4,4%	217	95,6%
El rosal	4	4,8%	79	95,2%
Facatativá	67	10,6%	567	89,4%
Fomeque	0	,0%	35	100,0%
Funza	35	20,0%	140	80,0%
Fusagasugá	276	34,2%	532	65,8%
Gachala	13	100,0%	0	,0%
Gachetá	0	,0%	10	100,0%
Girardot	60	18,8%	260	81,3%
Granada	4	22,2%	14	77,8%
Guachetá	6	12,8%	41	87,2%

Guaduas	47	11,5%	361	88,5%
Guasca	0	,0%	103	100,0%
Guataquí	0	,0%	11	100,0%
Guayabal de Siquima	1	1,8%	55	98,2%
Guayabetal	0	,0%	48	100,0%
Gutiérrez	9	20,5%	35	79,5%
Jerusalén	7	36,8%	12	63,2%
Junín	0	,0%	5	100,0%
La calera	0	,0%	22	100,0%
La mesa	0	,0%	37	100,0%
La palma	3	,4%	788	99,6%
La peña	3	7,0%	40	93,0%
La vega	2	2,1%	93	97,9%
Machetá	3	37,5%	5	62,5%
Madrid	5	2,4%	202	97,6%
Medina	13	3,3%	386	96,7%
Mosquera	11	6,3%	165	93,8%
Nemocón	7	33,3%	14	66,7%
Nilo	21	56,8%	16	43,2%
Nimaima	18	85,7%	3	14,3%
Nocaima	0	,0%	36	100,0%
Pacho	5	2,3%	212	97,7%
Paima	3	4,6%	62	95,4%
Paratebuena	0	,0%	42	100,0%
Pasca	14	43,8%	18	56,3%
Puerto salgar	7	3,3%	208	96,7%
Pulí	0	,0%	36	100,0%
Quebradanegra	1	1,1%	90	98,9%
Quetame	1	5,0%	19	95,0%
Quipile	1	2,0%	50	98,0%
Ricaurte	4	6,1%	62	93,9%

San Bernardo	0	,0%	7	100,0%
San Cayetano	0	,0%	29	100,0%
San Francisco	5	4,2%	115	95,8%
San Juan de Río Seco	32	12,4%	226	87,6%
Sasaima	0	,0%	83	100,0%
Sibaté	2	1,9%	105	98,1%
Silvania	26	7,6%	318	92,4%
Simijaca	5	62,5%	3	37,5%
Soacha	587	16,0%	3074	84,0%
Sopó	0	,0%	16	100,0%
Suesca	5	25,0%	15	75,0%
Supatá	0	,0%	13	100,0%
Sutatausa	4	15,4%	22	84,6%
Tabio	0	,0%	20	100,0%
Tena	4	23,5%	13	76,5%
Tenjo	0	,0%	4	100,0%
Tibirita	1	4,8%	20	95,2%
Tocaima	1	1,9%	51	98,1%
Tocancipá	8	6,9%	108	93,1%
Topaipí	37	11,7%	279	88,3%
Ubalá	1	1,2%	84	98,8%
Une	2	3,4%	57	96,6%
Útica	2	3,4%	57	96,6%
Venecia	1	1,2%	83	98,8%
Vergara	7	5,4%	123	94,6%
Vianí	0	,0%	64	100,0%
Villa de San Diego de Ubate	0	,0%	17	100,0%
Villagómez	0	,0%	13	100,0%
Villapinzón	7	7,0%	93	93,0%
Villeta	0	,0%	64	100,0%
Viotá	57	11,5%	440	88,5%

Yacopí	2	,6%	337	99,4%
Zipacón	1	5,6%	17	94,4%
Zipaquirá	7	5,3%	125	94,7%
Total	1752	12,0%	12890	88,0%

Red Nacional de Información – Fuente: INFOUNIDOS

Como ejercicio complementario, se realizó el cruce de las Bases de Datos de la Población víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento con las cargadas en el SISBEN en la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se evidencia un comportamiento aproximado de la afiliación a los Regímenes Contributivo y Subsidiado al SGSSS (Tabla No.11 y 12), en donde es importante considerar que el número de desplazados por municipio y el total puede ser mayor al encontrado por el ejercicio liderado por Acción Social, hoy Departamento para la Prosperidad, debido a que en el SISBEN se encuentra la afiliación efectiva del usuario y no el Municipio del último desplazamiento

Afiliación al Régimen Contributivo del SGSSS de la Población Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento por Ciclo vital y Municipio. Cundinamarca. Diciembre/ 2011

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
AGUA DE DIOS		7	16	9	11	13	1	57
ALBAN	1		2	1	1	12	2	19
ANAPOIMA	1	2	4	3	7	22	1	40
ANOLAIMA		2	7	4	4	15		32
APULO		1	3	1	4	13		22
ARBELAEZ		2	1	6	1	15		25
BITUIMA						2		2
BOJACA		1	5	3	5	9		23
CABRERA			2	2	1	3		8
CACHIPAY			1	2	2	12		17
CAJICA	2	40	46	30	81	121	8	328
CAPARRAPI		2	1	2	6	19		30
CAQUEZA			5	5	5	17	5	37
CARMEN DE CARUPA		1	1		1			3

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
CHAGUANI	1		1	1	1	6		10
CHIA	9	93	96	83	242	341	27	891
CHIPAQUE					4	2	1	7
CHOACHI	1	2	1		2	1		7
CHOCONTA	1	2	4	6	18	27	2	60
COGUA	2	3	5	3	10	17	1	41
COTA	1	22	26	20	43	103	10	225
CUCUNUBA	1	2	4	1	5	6	1	20
EL COLEGIO		9	12	15	15	41	3	95
EL PEÑON						2	2	4
EL ROSAL		28	27	28	57	96	8	244
FACATATIVA	6	125	170	180	348	619	53	1.501
FOMEQUE				1	1	9		11
FUNZA	4	42	33	36	111	146	17	389
FUSAGASUGA	10	112	147	164	202	487	72	1.194
GACHALA				1	1	1		3
GACHANCIPA	1	5	7	5	30	32	3	83
GACHETA		1		2	4	2		9
GAMA				2		1		3
GIRARDOT	1	59	69	73	152	293	47	694
GRANADA			2	1	6	4	5	18
GUACHETA	3	26	31	22	45	97	1	225
GUADUAS		10	17	20	29	86	9	171
GUASCA		18	31	34	24	52	3	162
GUATAVITA				1	4			5
GUAYABAL DE SIQUIMA		1	2	1	4	4		12
GUAYABETAL		1	1	3	10	4		19
GUTIERREZ		2		1		3		6
JERUSALEN			1			2		3
JUNIN						2		2
LA CALERA	1	13	11	17	16	49	3	110
LA MESA	1	28	49	34	80	181	18	391
LA PALMA		8	6	7	21	70	21	133
LA PEÑA			1	2		4		7
LA VEGA	1	4	7	5	12	28	1	58
LENGUAZAQUE		1	2	1	4	4		12

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
MACHETA					1			1
MADRID	3	64	93	97	188	323	13	781
MANTA					1			1
MEDINA		9	9	13	13	28	1	73
MOSQUERA	4	46	61	63	145	206	12	537
NARIÑO					1	1		2
NEMOCON		2	7	4	6	17		36
NILO		5	3	5	2	12		27
NIMAIMA						1		1
NOCAIMA		1		1		1		3
PACHO	1	6	12	9	10	46	11	95
PANDI						1		1
PARATEBUENO		1	1			3		5
PASCA				3	1	2	2	8
PUERTO SALGAR		3	2	4	6	12	2	29
PULI				2	2	5	1	10
QUEBRADANEGRA		1		1		2		4
QUETAME					1	3		4
QUIPILE			1			2		3
RICAUORTE					2	1		3
SAN BERNARDO		1			1	1		3
SAN FRANCISCO		5	3	5	8	15	1	37
SAN JUAN DE RIO SECO			2	2	1	8	1	14
SASAIMA	1	3	11	6	10	27	2	60
SESQUILE		3	4	14	11	18	4	54
SIBATE		9	11	14	25	46	4	109
SILVANIA	1	4	7	2	6	21	2	43
SIMIJACA							1	1
SOACHA	9	327	436	391	723	1.191	88	3.165
SOPO		6	10	16	24	50	3	109
SUBACHOQUE		6	14	16	11	42	1	90
SUESCA	1	8	22	15	12	26		84
SUPATA			1	2	2	3		8
SUTATAUSA			1	1	2	8	1	13
TABIO		5	8	9	13	19	2	56
TAUSA		2	1		1	2		6

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
TENA				3	1	3		7
TENJO		11	17	10	14	48	6	106
TIBACUY						3	1	4
TOCAIMA			3		8	12	1	24
TOCANCIPA	3	38	36	30	79	145	9	340
TOPAIFI			2	2	2	7	2	15
UBALA					1			1
UBAQUE						1		1
UBATE	3	44	50	53	108	155	6	419
UNE	1	1	4	5	2	9		22
UTICA						2		2
VENECIA						4		4
VERGARA			1	1		3	2	7
VIANI				3	2	1		6
VILLAGOMEZ						2		2
VILLAPINZON			1	6	2	6		15
VILLETA	1	8	11	13	34	43	7	117
VIOTA	1	4	5	16	8	49	4	87
YACOPI		1	4	2	1	7		15
ZIPACON				1	1			2
ZIPAQUIRA	1	40	56	70	124	232	21	544
Total general	78	1.339	1.767	1.748	3.246	5.970	536	14.684

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Febrero, 2012

Afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS de la Población Víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento por Ciclo vital y Municipio. Cundinamarca. Diciembre/ 2011

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
AGUA DE DIOS		17	17	21	24	56	18	153
ALBAN		19	25	51	22	81	15	213
ANAPOIMA	3	38	37	47	45	100	23	293
ANOLAIMA	1	26	29	48	22	86	15	227
APULO		25	33	41	36	86	16	237
ARBELAEZ	1	33	42	48	59	119	38	340
BELTRAN		7	16	18	27	36	6	110

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
BITUIMA		1	7	5	4	17	2	36
BOJACA		2	10	8	8	25	5	58
CABRERA		47	46	49	51	108	17	318
CACHIPAY	1	17	30	43	26	59	17	193
CAJICA		39	44	66	43	79	19	290
CAPARRAPI	1	105	147	152	134	438	174	1.151
CAQUEZA		9	33	35	30	52	11	170
CARMEN DE CARUPA					3	5		8
CHAGUANI	2	22	30	42	30	86	25	237
CHIA	2	72	77	98	85	163	35	532
CHIPAQUE	1	6	9	14	14	27	8	79
CHOACHI	1	13	11	19	16	25	10	95
CHOCONTA		13	15	23	16	31	4	102
COGUA		5	11	20	8	21	6	71
COTA	3	18	27	26	28	50	11	163
CUCUNUBA		2	1	8	4	9		24
EL COLEGIO	4	51	78	100	82	175	42	532
EL PEÑON	45	13	37	42	32	165	79	413
EL ROSAL		15	23	27	16	46	12	139
FACATATIVA	10	105	127	186	173	406	84	1.091
FOMEQUE	1	13	18	28	19	38	3	120
FOSCA		1	2	4	8	7	1	23
FUNZA	4	46	50	79	81	139	29	428
FUQUENE		1		2	3		1	7
FUSAGASUGA	7	313	364	470	435	948	208	2.745
GACHALA		3	12	11	15	30	10	81
GACHANCIPA		4	10	4	8	19	1	46
GACHETA	1	3	11	15	7	19	6	62
GAMA		1	3	9	5	5	2	25
GIRARDOT	5	108	128	193	166	360	93	1.053
GRANADA	4	16	22	25	30	47	9	153
GUACHETA		9	16	20	12	19	2	78
GUADUAS	4	72	111	158	127	305	80	857
GUASCA		19	22	31	30	43	6	151
GUATAQUI		3	2	7	8	9	6	35
GUATAVITA		1		2		1		4

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
GUAYABAL DE SIQUIMA		11	30	33	13	78	27	192
GUAYABETAL	2	23	31	42	33	63	11	205
GUTIERREZ		4	18	20	15	52	9	118
JERUSALEN		4	9	10	9	20	6	58
JUNIN		1	1	3	2	4	1	12
LA CALERA	1	24	26	17	24	37	4	133
LA MESA	2	44	55	82	59	142	34	418
LA PALMA	34	95	198	314	282	1.053	534	2.510
LA PEÑA		11	25	27	23	83	27	196
LA VEGA		29	32	55	41	91	16	264
LENGUAZAQUE		4	2	6	5	4		21
MACHETA		5	2	4	5	11		27
MADRID	3	22	67	97	70	149	48	456
MANTA				2	1	5		8
MEDINA	3	153	197	233	194	370	88	1.238
MOSQUERA	3	41	80	117	101	210	37	589
NARIÑO		2	5	2	2	2		13
NEMOCON		7	14	20	6	23	2	72
NILO	1	14	22	34	19	55	10	155
NIMAIMA	3	4	7	9	16	36	4	79
NOCAIMA	1	8	12	18	10	33	8	90
PACHO	2	49	82	90	62	176	53	514
PAIME		6	12	27	19	43	22	129
PANDI	1	20	33	46	24	75	15	214
PARATEBUENO	3	67	76	72	63	120	21	422
PASCA	1	22	28	32	30	50	10	173
PUERTO SALGAR	2	17	40	46	47	87	18	257
PULI		6	25	36	26	53	26	172
QUEBRADANEGRA		10	13	29	17	66	28	163
QUETAME		3	8	12	9	14	5	51
QUIPILE	1	20	27	42	27	74	26	217
RICOURTE	1	21	25	25	19	57	15	163
SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA		10	14	36	20	38	12	130
SAN BERNARDO		9	25	36	32	50	3	155
SAN CAYETANO		8	10	8	13	25	3	67
SAN FRANCISCO	2	14	24	30	30	76	16	192

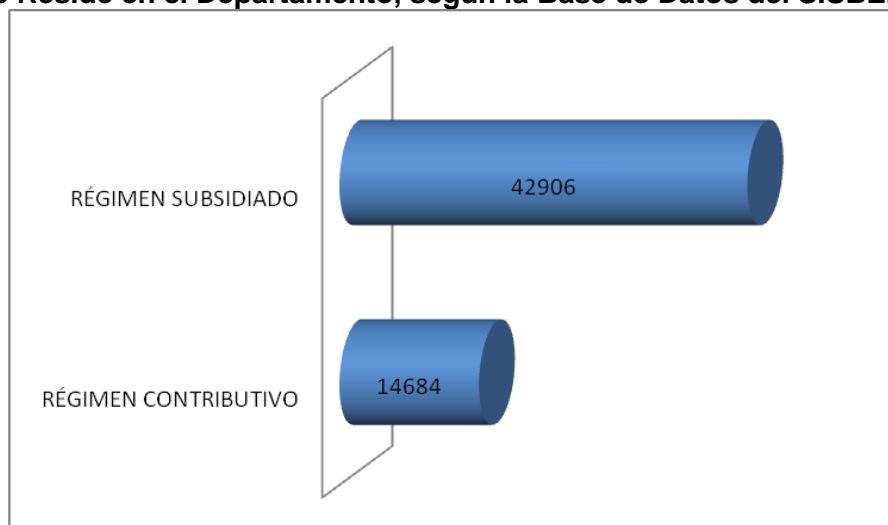
MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
SAN JUAN DE RIO SECO	2	40	53	83	68	169	57	472
SASAIMA	3	29	35	51	48	100	25	291
SESQUILE		3	2	6	2	7	1	21
SIBATE	1	49	73	88	62	142	32	447
SILVANIA	1	80	133	184	134	334	89	955
SIMIJACA		3	4	6	1	8	1	23
SOACHA	13	1.408	1.499	1.802	1.581	3.342	721	10.366
SOPO		6	7	13	6	13	1	46
SUBACHOQUE		7	12	11	9	28	2	69
SUESCA		7	9	8	3	7	4	38
SUPATA		1	12	12	4	20	1	50
SUSA		1	1		1	3	1	7
SUTATAUSA		1	6	10	6	16	3	42
TABIO		11	15	14	6	27	4	77
TAUSA		1		2	5	1		9
TENA		8	12	18	13	27	10	88
TENJO		19	17	23	24	39	7	129
TIBACUY	3	20	33	49	24	98	37	264
TIBIRITA		4	9	4	5	16	3	41
TOCAIMA	1	18	36	33	35	67	18	208
TOCANCIPA	1	13	20	26	28	55	9	152
TOPAIPÍ	1	28	59	86	61	172	52	459
UBALA		12	27	42	29	50	14	174
UBAQUE		5	11	19	6	23	6	70
UBATE	1	14	20	27	17	33	4	116
UNE	2	18	24	38	34	56	3	175
UTICA	1	16	14	21	31	62	33	178
VENECIA	2	45	59	95	68	145	23	437
VERGARA		31	50	68	43	118	23	333
VIANI		13	27	17	7	46	11	121
VILLAGOMEZ		2	7	5	8	11	8	41
VILLAPINZON	1	7	19	20	17	52	10	126
VILLETA	1	40	37	56	63	107	31	335
VIOTA	63	176	320	352	265	860	403	2.439
YACOPI	7	36	85	99	68	247	121	663
ZIPACON		5	9	6	9	13	8	50

MUNICIPIO	0.S/D	0 A 5 AÑOS	6-11 AÑOS	12-17 AÑOS	18-28 AÑOS	29-59 AÑOS	60 y MAS AÑOS	TOTAL
ZIPAQUIRA	2	35	53	60	68	123	37	378
Total general	273	4.333	5.817	7.461	6.219	14.702	4.101	42.906

Fuente: Dirección de Aseguramiento en Salud, Febrero, 2012

En resumen, y considerando el cruce realizado por la Secretaría de Salud, se identifica una proporción de 3:1 de la afiliación al Régimen Subsidiado con relación al Régimen Contributivo

Proporción de la Afiliación por al SGSSS por Régimen de la Población Desplazada que Reside en el Departamento, según la Base de Datos del SISBEN. (*)



Fuente: Cruce de las Bases de Datos de la Población víctima del Conflicto Armado en Condición de Desplazamiento con las cargadas en el SISBEN, Febrero 2012. No se evidencia la población no afiliada.

(*) Es importante considerar que el número de desplazados por municipio y el total puede ser mayor al encontrado por el ejercicio liderado por el Departamento para la Prosperidad, debido a que en el SISBEN está la afiliación efectiva del usuario al SGSSS y no el Municipio del último desplazamiento

ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO A NIVEL NACIONAL

A continuación presenta un breve análisis de las cifras del Registro Único de Población Desplazada (RUPD) con corte a 31 de diciembre de 2011, en el que se resume las cifras totales del Desplazamiento Forzado histórico, las tendencias del año 2011 y un comparativo entre el RUPD de noviembre y diciembre de 2011.

1. Descripción General de la Cifras Totales del Desplazamiento Forzado Histórico

A 31 de diciembre de 2011, el RUPD registra un total de 3.943.509 personas desplazadas forzadamente (923.218 hogares), con una relación de 4 personas en promedio por hogar. Frente al tipo de desplazamiento, el 14% han sido expulsadas masivamente (544.480 personas) y el 86% lo ha hecho individualmente (3.399.028 personas). Gráfico No.2.

a. Expulsión

Históricamente, los departamentos que registran mayores cifras de expulsión de población desplazada son Antioquia (18,4% - 725.689 personas), Bolívar (8,4% - 332.678 personas), Magdalena (5,9% - 234.108 personas), Chocó (5,5% - 218.209 personas), Nariño (5,2% - 205.040 personas) y Cesar (5,1% - 203.405 personas).

De igual manera, los municipios más expulsores son Buenaventura - Valle del Cauca (2,41% - 95.368 personas); El Carmen de Bolívar (1,83% - 72.258 personas); Turbo - Antioquia (1,75% - 69.180 personas); Tierralta - Córdoba (1,59% - 62.807 personas); San Andrés de Tumaco (1,54% - 60.755 personas); Santa Marta - Magdalena (1,47% - 58.125 personas); Río Sucio - Chocó (1,46% - 57.883 personas); Medellín - Antioquia (1,20% - 47.576) y Valledupar - Cesar (1,16% - 45.975 personas).

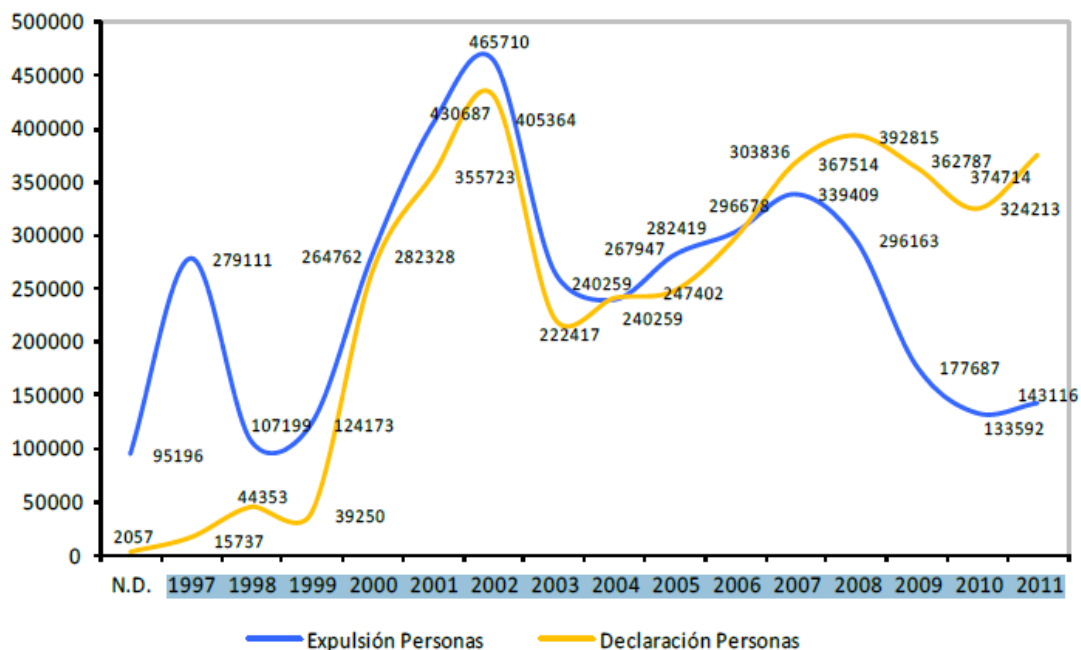
b. Recepción

De otra parte, los departamentos que reportan mayores cifras de recepción de población desplazada son Antioquia (18% - 708.565 personas), Bogotá D.C. (8,3% - 325.904 personas), Bolívar (5,9% - 232.941 personas), Valle del Cauca (5,9% - 231.959 personas), Magdalena (4,8% - 188.251 personas) y Nariño (4,6% - 182.361 personas).

En cuanto a los municipios más receptores se encuentra Bogotá D.C. (8,26% - 325.904 personas); Medellín - Antioquia (5,79% - 228.397 personas); Santa Marta - Magdalena (2,93% - 115.675 personas); Sincelejo - Sucre (2,28% - 90.221 personas); Cali - Valle del Cauca (2,15% - 84.940 personas), Valledupar - Cesar (1,94% - 76.630 personas),

Villavicencio - Meta (1,89% - 74.751 personas) y Buenaventura - Valle del Cauca (1,88% - 74.437 personas).

Desplazamiento Forzado (Expulsión y Declaración Personas) 1997 - 2011*



Fuente: RUPD *31 diciembre 2011

Fuente: RUPD, 31 de Diciembre de 2011 – Observatorio Nacional de Desplazamiento Forzado

C. Diferenciales

En cuanto al género de las víctimas de desplazamiento forzado, el 49% son hombres (1.930.995 personas), frente a un 51% de género femenino (2.012.514 personas).

Frente a la pertenencia étnica, el 2,7% de los desplazados se identificaron como indígenas (108.262 personas), el 10,1% como afrocolombianos (398.490 personas), el 0,7% como gitanos (26.339 personas) y el 0,1% como raizal (4.832 personas). El 86,5%

de la población desplazada no se identifica o no sabe a qué grupo étnico pertenece (3.405.586 personas).

Frente a la edad de la población en el momento en que se presentó la expulsión, se encontró que el 7,75% (306.005 personas) correspondía a niños de primera infancia (0 a 5 años), el 21,72% (856.778 personas) eran niños, niñas y adolescente entre los 6 y 14 años, el 10,16% (400.980 personas) eran jóvenes entre los 15 y 18 años, el 15,82% (624.046 personas) eran jóvenes adultos (19 – 26 años), el 31,25% (1.232.369 personas) se encontraban en la etapa de la adultez en el momento de la expulsión (27 a 59 años) y el 5,83% (230.273 personas) ya eran adultos mayores de 60 años. Del 7,43% de la población registrada como desplazada, no se cuenta con esta información (293.058 personas).

D. Presuntos Autores

Asimismo, el 35,9% de la población desplazada declararon haberse movilizado como consecuencia del accionar de grupos guerrilleros (1.417.686 personas), el 16,7% por autodefensas ilegales (659.055 personas), el 1,5% por las bandas criminales (59.630 personas), el 0,5% por acciones de la Fuerza Pública (18.202 personas), el 2,9% por más de un autor (113.420 personas), el 14,8% por Otros (586.948 personas) y en el 27,6% de los casos no se tiene información sobre el autor (1.088.568 personas).

2. Comportamiento Desplazamiento Forzado 2011

a. General

En 2011, 155.061 hogares declararon ante el Ministerio Público ser víctimas de desplazamiento forzado (524.080 personas), de éstos, 113.469 hogares (72,9%) fueron Incluidos como desplazados (374.714 personas); frente a 38.953 hogares (27,1%) que están en estado de No inclusión (140.922 personas).

Del total de personas que declararon en 2011 y fueron incluidas (374.714 personas – 113.469 hogares), el 38,2% fueron expulsadas en este mismo año (143.116 personas – 41.011 hogares) y el 61,8% (231.598 personas) salieron expulsadas en años anteriores (1952 – 2010).

De acuerdo al RUPD, el 11% de las personas expulsadas en este año se han desplazado masivamente (15.782 personas) y el 89% lo ha hecho de forma individual (127.334 personas).

El Observatorio Nacional de Desplazamiento informa que: se han presentado 83 eventos de desplazamiento masivo, en estos eventos se movilizaron 20.004 personas (5.755 hogares), de los cuales 2.252 personas (539 hogares) no serán incluidos, debido a la no presentación de declaración.

b. Expulsión 2011

Durante el año 2011 y de acuerdo con el RUPD, los departamentos que registran mayores cifras de expulsión son Antioquia (20,3% - 29.170 personas), Valle del Cauca (15,8% - 22.608 personas, Nariño (15% - 21.571 personas), Cauca (9,5% - 13.647 personas), Córdoba (7,1% - 10.257 personas), Caquetá (5,6% - 8.066 personas), Chocó (4,9% - 7.033 personas) y Tolima (3,9% - 5.549 personas).

Los municipios más expulsores durante los primeros once meses del año han sido: Buenaventura – Valle del Cauca (12,7% - 18233 personas), Medellín – Antioquia (7,9% - 11401 personas), San Andrés de Tumaco – Nariño (7,6% - 10898 personas), Anorí - Antioquia (3,3% - 4834 personas), Tierralta – Córdoba (1,9% - 2757 personas), Montelíbano – Córdoba (1,8% - 2.615 personas) Timbiquí – Cauca (1,3% - 1.953 personas), Argelia – Cauca (1% - 1.536 personas), El Tambo – Cauca (1% - 1.533 personas) y Quibdó - Chocó (0,9% - 1.418 personas).

c. Recepción 2011

De otra parte, los departamentos que reportan mayores cifras de recepción de población desplazada son Antioquia (20,9% - 32625 personas), Bogotá D.C. (17,7% - 27639 personas), Nariño (11,6% - 18026 personas), Valle del Cauca (7,1% - 11158 personas), Cauca (6,6% - 10290 personas), Córdoba (5% - 7922 personas) y Caquetá (4% - 6322 personas).

En cuanto a los municipios más receptores se encuentran: Bogotá D.C. (17,7% - 27639 personas); Medellín - Antioquia (12,7% - 19792 personas); San Andrés de Tumaco - Nariño (6,3% - 9858 personas); Popayán - Cauca (3,4% - 5355 personas); Cali – Valle del Cauca (3% - 4788 personas); Anorí – Antioquia (2,8% - 4417 personas); Buenaventura – Valle del Cauca (2,2% - 3462 personas); Florencia – Caquetá (2% - 3243 personas) y Quibdó - Chocó (1,4% - 2268 personas).

d. Diferenciales 2011

En cuanto al género de las víctimas de desplazamiento forzado, el 47,6% (68.105) de las personas expulsadas son hombres y el 52,4% mujeres (75.011).

Frente a la pertenencia étnica, se han registrado 1.134 hogares que se identificaron como indígenas (3,5% - 4.961 personas), 7.616 hogares afrocolombianos (24,3% - 34.851 personas), 20 hogares se registraron como raizales de San Andrés (0,05% - 84 personas) y 262 hogares que se declaró como gitanos (0,6% - 805 personas). El 71,2% no se identifica o no sabe a qué grupo étnico pertenece (71,5% - 102.415 personas).

Frente a la edad de la población en el momento en que se presentó la expulsión, se encontró que el 18% (25.363 personas) correspondía a niños de primera infancia (0 a 5 años), el 25% (36.276 personas) eran niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 14 años, el 10% (13.753 personas) eran jóvenes entre los 15 y 18 años, el 14% (20.218 personas) eran jóvenes adultos (19 – 26 años), el 27% (38.241 personas) se encontraban en la etapa de la adultez en el momento de la movilización (27 – 59) y el 4% (5.684 personas) ya eran adultos mayores de 60 años. Del 2% de la población registrada como desplazada en el 2011, no se cuenta con esta información (3.581 personas).

3. Variación cifras de desplazamiento RUPD Noviembre /RUPD Diciembre 2011

En el total del RUPD (personas incluidas) de diciembre de 2011 se presentó un aumento de 55.206 personas expulsadas (1,4%), respecto al total del RUPD de noviembre de 2011. En el mes anterior se tenía un registro de 3.888.303 personas expulsadas y en este mes se cuentan con 3.943.509 personas.

Comparado con el RUPD de noviembre, en diciembre se presentó un aumento de 27.058 personas expulsadas en 2011 registradas en el RUPD (23,3%). El mes anterior se tenía un registro de 116.058 personas y 143.116 en éste se tiene personas expulsadas.

3.2. OBJETIVO 2 SOSTENIBILIDAD Y RURALIDAD

A. PROGRAMA GESTION DEL RIESGO Y LA ADAPTACION AL CAMBIO Y VARIABILIDAD CLIMATICA

Durante los años 2008 - 2012 el Centro Regular de Urgencias y Emergencias de la Secretaria de Salud coordinó, acompañó y ubicó según la complejidad en la red prestadora de salud del departamento los diferentes usuarios que presentaron afectaciones en salud como consecuencia de los diferentes eventos notificados como emergencias. Observamos que el mayor número de eventos notificados al CRUE son los accidentes de tránsito, que en el transcurso de los 5 años consolidados se mantienen en un alto número.

COMPARATIVO EMERGENCIAS 2008-2012

TIPO DE EVENTO	AÑOS					TOTAL GENERADOS
	2008	2009	2010	2011	2012	
ACCIDENTES DE TRANSITO	149	92	52	95	39	427
OTRAS EMERGENCIAS	43	38	10	11	15	117
DESLIZAMIENTO, VENDAVALES	10	5	2	13		30
EMERGENCIAS POR EXPLOSION	6		4	12	2	24
EMERGENCIAS POR INCENDIOS	9	10		4	2	25
EMERGENCIAS POR INTOXICACION	13	1	2	2	3	21
EMERGENCIAS POR POLVORA	2	2	4	2	5	15
EMERGENCIAS POR INUNDACION	4		4	10		18
EMERGENCIAS SISMICAS	3	3			1	7
ACCIDENTE AEREO	1			1		2
ACCIDENTE DE TRABAJO	2			1		3
EXPLOSION POR CALDERA		1				1
TOTAL	242	152	78	151	67	690

Fuente: Dirección de Emergencias y Desastres

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

El centro regulador de Urgencias de Cundinamarca, regula los pacientes de urgencias y los hospitalizados atendidos en la red no adscrita ya sea contratada o no y las remisiones que mediante el proceso de referencia y contra-referencia efectúen las diferentes IPS hacia un nivel diferente, de la población pobre y vulnerable no incluida con subsidios a la demanda y de los eventos no POSS de la población afiliada al régimen Subsidiado.

Durante el 2008, las variables obtenidas en la base de datos existente en el CRUE, no permite efectuar el análisis por etapa de ciclo de vida y origen. Las bases de datos de 2009, 2010 y 2011, permiten este análisis, previa corrección de errores en el diligenciamiento de las variables, el cual se efectuó de manera rápida para este primer borrador que constituye una aproximación real a lo trabajado en este periodo por el CRUE Cundinamarca.

A continuación se presentará la población atendida (regulada) por cada una de las variables con su respectivo análisis a través del tiempo.

POBLACION REGULADA CRUE CUNDINAMARCA POR ETAPA DE CICLO DE VIDA PERIODO 2009 - 2011

CICLO DE VIDA		CASOS REGULADOS					
		2009	%	2010	%	2011	%
0~5	PRIMERA INFANCIA	2859	14,9	1198	7,9	782	5,4
06~11	INFANCIA	1304	6,8	600	4,0	216	1,5
12~17	ADOLESCENTE	3141	16,3	2754	18,3	426	2,9
18~28	JOVEN	5517	28,7	4902	32,5	2675	18,4
29~59	ADULTO	848	4,4	295	2,0	5127	35,2
60 +	ADULTO MAYOR	5528	28,8	5322	35,3	5343	36,7
TOTAL		19197	100%	15071	100%	14569	100%

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

La población regulada por el CRUE disminuyó en un 25% de 2009 a 2011 al pasar de 19197 casos regulados en el 2009 a 14569 en el 2011. Esto obedece a la actualización del POSS (acuerdo 27 y 29 de la CRES) que al unificar, transfiere responsabilidades a las EPS del régimen Subsidiado sobre eventos No POSS que antes era responsabilidad del ente Territorial. De igual manera se disminuye la cantidad de población pobre y vulnerable no atendida con subsidio a la demanda al acercarnos progresivamente a la universalización del aseguramiento en salud.

En la primera infancia se pasa de 2859 casos en el 2009 a 782 en el 2011 (disminución de un 73% en dos años); en la infancia se tiene una disminución en los dos años de un 84% y en el grupo de adolescentes se observa una disminución del 87%.

Además el peso porcentual de cada etapa de ciclo de vida con respecto al total de pacientes regulados, sufre también una variación notable en el grupo de primera infancia pasa de representar el 14,9% en el 2009 al 5,4% en el 2011. Situación similar acontece con la infancia y con el grupo de adolescentes.

Se resalta el hecho de aumentar los casos regulados en el grupo de adultos (19 a 59 años), que pasan de 848 casos en el 2009 a 5127 en el 2011 con un incremento superior al 500%.

El grupo de 60 y más años se mantiene uniforme en el número de casos, y su variación por efecto de la unificación del POSS solo podrá ser vista a partir de 2012.

En términos generales la población regulada por el CRUE presenta una tendencia a la disminución a través de los años, lo cual generará que la atención del CRUE deberá centrarse en otros aspectos como garantizar la calidad con énfasis en la oportunidad de los casos de urgencias y hospitalizaciones referidos por las EPS del régimen Subsidiado en el Departamento de Cundinamarca.

MORBILIDAD REGULADA POR EL CRUE POR CICLO DE VIDA DURANTE EL PERIODO 2008-2011.

Durante el periodo de 2009 a 2011, se tomaron los diagnósticos principales con los cuales fueron reportados al Centro Regulador de Urgencias de Cundinamarca.

Una de las principales dificultades es la mala calidad de los registros, el predominio de síntomas en los reportes aún en instituciones de mediana y alta complejidad, lo cual impone un trabajo hacia futuro con un sistema que garantice la unidad y agrupación de diagnósticos y una severa revisión inicial por el profesional que regula el caso para exigir como mínimo diagnósticos presuntivos y no síntomas.

Se procederá a hacer el análisis de la morbilidad por cada ciclo de vida.

3.1 MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE PRIMERA INFANCIA PERIODO 2009-2011

DIAGNOSTICO	CASOS 2009	%	CASOS 2010	%	CASOS 2011	%
S. DIFICULTAD RESPIRATORIA	296	10,4	54	4,5	51	6,5
SINDROME FEBRIL	199	7,0	110	9,2	75	9,6
BRONQUEOLITIS	129	4,5				
TRAUMA CRANEO EN CEFALICO	116	4,1				
SINDROME CONVULSIVO	114	4,0				
RECIEN NACIDO COMPLICADO	96	3,4	33	2,8		
DIARREA	80	2,8				
NEUMONIA	79	2,8	52	4,3	28	3,6
BRONCONEUMONIA	69	2,4	32	2,7	23	2,9
BRONQUIOLITIS			82	6,8	71	9,1
ICTERICIA R.N.			33	2,8	39	5
RINOFARINGITIS			38	3,2	22	2,8
SINDROME CONVULSIVO					27	3,5
TRAUMA.C. ENCEFALICO					40	5,1
OTROS DIAGNOSTICOS	1681	58,8	764	63,8	406	51,9
TOTAL	2859	100	1198	100	782	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

La morbilidad total para la primera infancia en los casos regulados por el CRUE disminuyó de manera radical por la unificación del POSS, disminución que en porcentaje representa el 73%.

Se resalta en esta etapa de ciclo de vida la presencia de problemas respiratorios que reunidos representan un poco más del 25% en el último año y que al igual que en los años anteriores se convierte en la primera causa de morbilidad en este grupo.

Hay que resaltar la presencia del síndrome febril no especificado como una de las dos primeras causas en los tres años, lo que constituye un reto para mejorar la capacidad diagnóstica de nuestras IPS.

De igual manera debe resaltarse la aparición del Trauma craneo encefálico como una de las diez primeras causas en esta etapa del ciclo de vida en el último año, con 40 casos y un peso porcentual del 5%.

**MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE CUNDINAMARCA INFANCIA
PERIODO 2009-2011**

DIAGNOSTICOS	2009	%	2010	%	2011	%
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	63	7,4	12	4,1	7	3,2
DOLOR ABDOMINAL	59	7,0			25	11,2
FRACTURAS	55	6,5	30	10,2	55	6,5
SINDROME CONVULSIVO	44	5,2	7	2,4		
APENDICITIS	32	3,8	7	2,4	21	9,7
OTRAS HERIDAS	31	3,7				
OTROS TRAUMAS	30	3,5				
SINDROME FEBRIL	28	3,3	13	4,4	10	4,6
DIFICULTAD RESPIRATORIA	24	2,8				
ASMA					14	6,5
QUEMADURAS			10	3,4	8	3,7
LUXACION					7	3,2
DENGUE					5	2,3
DOLOR ABDOMINAL			27	9,2		
DIARREA			5	1,7		
CEFALEA			5	1,7		
OTROS DIAGNOSTICOS	482	56,8	170	57,6	92	42,6
TOTAL	848	100	295	100	216	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

Al igual que en el grupo de la primera infancia se presenta una disminución notoria en el número total de casos regulados (más del 400%).

Se destaca la apendicitis como diagnóstico en los tres años analizados, así como el trauma craneo encefálico con una disminución en el número de casos que podría deberse a la disminución de los pacientes sin afiliación en régimen subsidiado.

Es preocupante la reaparición con altos pesos porcentuales de diagnósticos mal definidos, síntomas como dolor abdominal, cefalea y diarrea, en el proceso de referencia de pacientes de urgencia u hospitalización.

**MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE CUNDINAMARCA ADOLESCENCIA
 PERIODO 2009-2011**

DIAGNOSTICO	2009	%	2010	%	2011	%
EMBARAZO PARTO PUERPERIO	176	13,5	109	18,2	113	26,5
DOLOR ABDOMINAL	79	6,1	42	7	27	6,3
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	69	5,3			12	2,8
INTOXICACION EXOGENA	47	3,6	17	2,8	24	5,6
SINDROME CONVULSIVO	45	3,5	10	1,7		
OTRAS HERIDAS	40	3,1				
FRACTURAS	38	2,9	19	3,2	19	4,5
DIFICULTAD RESPIRATORIA	36	2,8				
OTROS TRAUMAS	33	2,5				
OTROS DIAGNOSTICOS	741	56,8	403	67,2	231	54,2
TOTAL	1304	100	600	100	426	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

Durante este período resalta el hecho de que el Embarazo y sus complicaciones ocupa el primer lugar dentro de la juventud con una relación superior de 4 a 1 con los demás diagnósticos.

Continúa presentándose en este grupo la presencia de los diagnósticos mal definidos como dolor abdominal sin otra especificación.

Se destaca también la aparición de las intoxicaciones exógenas como una causa importante de morbilidad en todos los años en el grupo de adolescentes.

**MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE CUNDINAMARCA JUVENTUD
 PERIODO 2009-2011**

DIAGNOSTICO	2009	%	2010	%	2011	
EMBARAZO PARTO PUERPERIO	847	27,0	427	15,5	363	7,9
DOLOR ABDOMINAL	177	5,6	185	6,7	157	5,9
OTRAS HERIDAS	162	5,2	84	3,1		
INTOXICACION EXOGENA	107	3,4	83	3	64	2,4
HERIDA ARMA CORTOPUNZANTE	80	2,5			62	2,3
TRAUMA CRANEO EN CEFALICO	76	2,4				
OTRAS FRACTURAS	69	2,2	80	2,9		

DIAGNOSTICO	2009	%	2010	%	2011	
OTROS TRAUMAS	65	2,1				
TRASTORNO PSIQUIATRICO					172	3,9
INTENTO SUICIDIO					63	2,4
OTROS DIAGNOSTICOS	1558	49,6	1895	68,8	1794	67,1
TOTAL	3141	100	2754	100	2675	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

En esta etapa del ciclo de vida las patologías del embarazo parto y puerperio constituyen la primera causa de morbilidad dentro de los pacientes regulados por el CRUE, situación que se sostiene a través de los años analizados.

Aparecen los trastornos psiquiátricos en el 2011 como una causa importante de atención por hospitalización y urgencias, junto con el intento de suicidio que unidos se convertirían en la tercera causa de morbilidad en este año.

MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE CUNDINAMARCA ADULTEZ PERIODO 2009-2011

DIAGNOSTICO	2009	%	2010	%	2011	%
DOLOR ABDOMINAL	292	5,3	259	5,3	254	5
EMBARAZO PARTO PUERPERIO	207	3,8				
OTRAS HERIDAS	197	3,6				
TRASTORNOS PSIQUIATRICOS	285	5,2	302	6,2	475	9,3
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO	147	2,7			94	1,8
DOLOR TORACICO	138	2,5				
OTRAS FRACTURAS	134	2,4	125	2,5		
NEUMONIA			109	2,2	200	3,9
OTROS TRAUMAS	122	2,2				
ANGINA INESTABLE			92	1,9	213	4,2
E. C. V.			85	1,7		
DIABETES					104	2
OTROS DIAGNOSTICO	3995	72,4	3930	80,2	3787	73,9
TOTAL	5517	100,0	4902	100	5127	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

En esta etapa de ciclo de vida empiezan a aparecer como causa principal de atención de urgencias y hospitalización los trastornos psiquiátricos que van aumentando del 2008 al 2011 en cerca del 80%.

De otro lado se continúa presentando casos de diagnósticos mal definidos como dolor abdominal, dolor torácico que representan la falta de capacidad para establecer diagnósticos clínicos presuntivos valederos.

Además se inicia la presentación de casos de diabetes primordialmente significativos en el año 2011, así como los trastornos respiratorios.

MORBILIDAD PACIENTES REGULADOS CRUE CUNDINAMARCA ADULTO MAYOR PERIODO 2009-2011

DIAGNOSTICO	2009	%	2010	%	2011	%
EVENTO CEREBRO VASCULAR	381	6,9	347	6,5	325	6,1
ENF. PULMONAR	694	12,6	438	8,1	806	15,1
HEMORRAGIAGASTROINTESTINAL			114	2,1	221	4,1
DOLOR ABMINAL	221	4,0	112	2,1	131	2,5
DOLOR TRACICO	192	3,5				
DIABETES	159	2,9	133	2,5	143	2,7
ANGINA INESTABLE	148	2,7	168	3,1	293	5,5
INSUFICIENCIA CARDIACA	124	2,2			261	4,9
NEUMONIA						
I.A.M.			89	1,7		
OTROS DIAGNOSTICOS	3609	65,3	3984	74	3163	59,2
TOTAL	5528	100	5385	100	5343	100

Fuente. BASE DE DATOS REGISTRO DIARIO CRUE CUNDINAMARCA

En esta etapa del ciclo de vida las patologías pulmonares representan la primera causa de morbilidad en los pacientes regulados por el CRUE, seguido de los eventos cerebrovasculares y problemas cardiovasculares. Unidas estas patologías representan el 31% de los casos en los pacientes adultos mayores.

3.3. **OBJETIVO 3 COMPETITIVIDAD INNOVACION Y MOVILIDAD**

A. PROGRAMA CUNDINAMARCA INNOVADORA CON CIENCIA Y TECNOLOGIA

AGENDA DE INVESTIGACION DESARROLLO TECNOLOGICO E INNOVACION PARA EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA³

La propuesta de la Agenda del IDTI para el Sistema Público de Salud de la Gobernación de Cundinamarca se desarrolla en torno a dos ejes de consolidación del conocimiento como insumo fundamental del sistema y otros dos ejes de soporte:

1. Modernización tecnológica bajo una lógica costo beneficio a largo plazo considerando los avances nacionales e internacionales sobrepasando la lógica del cumplimiento de los estándares de habilitación. El desarrollo tecnológico debe abarcar el campo medico asistencial relacionado con la tecnología médico - hospitalaria con especial atención lo relacionado con la resolutividad en atención primaria; y el área de prevención, la promoción y la salud pública en general involucrando estudios sociales, demográficos, biológicos, climáticos entre otros.
2. Canalizar procesos de investigación hacia las necesidades de la red bajo las modalidades de Integración con el sistema nacional, regional e internacional y la consolidación de la investigación en la Red como condición de un sistema basado en el conocimiento.

Como ejes de soporte se encuentran:

1. Fortalecer las capacidades humanas en el **Sistema Público De Salud Del Departamento De Cundinamarca** precisando esto en los siguientes puntos:
 - a. Desarrollar líneas fuertes de educación a distancia bajo el liderazgo del Hospital Universitarios de la Samaritana y el Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca.

³FEDESARROLLO. Agendas de Investigación, Desarrollo Tecnológico e innovación para el –departamento de Cundinamarca Sectores: Salud, Educación, Desarrollo Social y agrícola

- b. Integrar a la Universidad de Cundinamarca y las universidades que trabajan con la gobernación en sus programas de educación superior, teniendo como herramienta la educación virtual.
2. Las TIC son el medio tecnológico sobre el cual se desarrolla la Red Basada sobre el conocimiento. El desarrollo de las TIC para salud parte desde la conectividad y abarca diversos aspectos como:
 - a. Modernización de la gestión de información dentro del sistema a través de proyectos ambiciosos del tipo del “Proyecto Red Hospitalaria Inteligente”
 - b. Instauración de proyectos de telemedicina.

Para llevar a cabo estas propuestas se requiere crear capacidades institucionales fuertes que hoy no existen o son demasiado débiles:

1. Un grupo de Gestión de Tecnología de alto nivel del SPSDP para cumplir las funciones de asesoría de tecnológica a la Red, estudios prospectivos de tecnología biomédica, estudios de innovación en APS y Salud Pública, evaluaciones costo beneficio y costo efectividad.
2. Un grupo o núcleo de Gestión de la Investigación para la Red que se encargue de cumplir con los objetivos de este eje.

3.4. OBJETIVO 4 FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA GENERAR VALOR DE LO PÚBLICO

A. PROGRAMA MODERNIZACION DE LA GESTION

RED PÚBLICA PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTAL

La red departamental en el año 2008 estaba organizada en 12 microredes conformada por 53 instituciones prestadoras de servicios de salud, distribuidas por grados de complejidad, 43 de baja complejidad, 8 de media complejidad y 2 de alta complejidad. La Administración Departamental durante el período 2008-2011, previo análisis de la operatividad de las microredes, replanteo la organización de la red en cuatro subredes, teniendo en cuenta la georeferenciación, mejorando así el acceso por parte de los usuarios; dentro de cada subred se definió como hospital nodo la IPS de mayor grado de complejidad la cual se constituye en centro de referencia de la subred.

De otro lado, como parte del proceso de ajuste y modernización de la red, en el año 2008 se realizó la liquidación de la ESE San Rafael de Girardot y en el 2009 la de los hospitales de Zipaquirá y de la Vega. Lo anterior con llevo a modificar la conformación de la red quedando definida hasta la fecha como se presenta a continuación:

COMPOSICION DE LA RED DEPARTAMENTAL

IPS	NUMERO
IPS BAJA COMPLEJIDAD	25 ESES DEPARTAMENTALES
	15 ESES MUNICIPIOS DESCENTRALIZADOS
	1 ESE MUNICIPAL
IPS MEDIANA COMPLEJIDAD	7 ESES DEPARTAMENTALES
IPS ALTA COMPLEJIDAD	2 ESES DEPARTAMENTALES
TOTAL	50 ESES

CONFORMACION DE CADA SUBRED

SUBRED NORTE

En la subred norte se concentra el mayor número de habitantes que corresponde al 32.2% del total de la población cundinamarquesa, al igual que el mayor número de IPS públicas.

Cabe mencionar que en el mes de julio de 2010 se concluyó la liquidación de la ESE Hospital de Zipaquirá, importante IPS de la sub red norte, la cual a la fecha está siendo

operado transitoriamente como una unidad de la ESE Hospital Universitario de la Samaritana buscando asegurar la prestación de los servicios de segundo y tercer nivel a la población del área de influencia y de la subred.

SUBRED SUR

La población objeto de la subred sur corresponde al 19.2% del total de población del departamento.

En esta subred encontramos la E.S.E. de Girardot, resultado de la liquidación durante el año 2008 de la E.S.E. San Rafael de Girardot. Esta E.S.E. se constituye en el nodo de la subred para la atención de alta complejidad y está siendo operada transitoriamente por CAPRECOM para garantizar la atención a la población de su área de influencia en tanto se surte el trámite para la definición de operador de esta IPS.

En la subred se tienen tres (3) municipios descentralizados (Ricaurte; San Antonio de Tequendama y Silvania) que ofertan servicios de primer nivel a través de sus Empresas Sociales del Estado y atienden a su población municipal correspondiente.

SUBRED ORIENTE

En la subred oriente se concentra el 24,3 % de la población del departamento, condición dada por el peso que ejerce la población correspondiente a la E.S.E. Mario Gaitán Yanguas de Soacha, que concentra el 83.8% de la población de la subred.

El nodo de esta subred es la E.S.E. Hospital de La Samaritana para la alta complejidad y para la media complejidad para la ESE de Soacha, mientras esta desarrolla en su totalidad el portafolio de este grado de complejidad. En la zona de oriente la E.S.E. de Cáqueza es el nodo para la mediana complejidad. La ESE Samaritana es centro de referencia departamental.

Las ESE de los municipios certificados de esta subred son 2 (Une y Fosca), su rol es ser institución de servicios de primer nivel y atender a su población municipal correspondiente, el segundo y tercer nivel de estas será atendido por las IPS de segundo y tercer nivel de la subred. En esta subred encontramos la ESE Municipal Centro de Salud de Soacha: que es de carácter municipal. Su rol es ser institución de primer nivel de atención y atiende usuarios del régimen subsidiado del municipio de Soacha y presta servicios del PIC municipal y a población desplazada.

SUBRED OCCIDENTE

La subred occidente es la segunda más grande tanto en población como en número de IPS. En esta subred se encuentra el 24.3% de la población del departamento

El nodo de esta subred es la E.S.E. hospital San Rafael de Facatativá, IPS de alta complejidad.

Como se menciona anteriormente en junio de 2010 se terminó el proceso de liquidación de la ESE San Antonio de La Vega, en la actualidad se está operando como unidad funcional del Hospital Universitario de la Samaritana, garantizando así la prestación del servicio a la población.

Las ESE de los municipios certificados de esta subred 4 (San Francisco, Nimaima, Mosquera, Viani), su rol es ser institución de servicios de primer nivel y atienden a su población municipal correspondiente; el segundo y tercer nivel de estas es atendido por las IPS de segundo y tercer nivel de la subred.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud se encarga de la Administración del Registro Especial de Prestadores, lo cual incluye la inscripción y reporte de novedades, con la consecuente asesoría en el proceso de inscripción y registro y en el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas legales vigentes del Sistema Único de Habilitación. Con corte a diciembre de 2011 se realizaron 1878 procesos de inscripción/registro, con una oportunidad de respuesta en promedio de 3 días.

En el Departamento de Cundinamarca se encuentran habilitados 1355 prestadores de servicios de salud (públicos y privados) y 1762 sedes de acuerdo con el siguiente detalle:

Prestadores	Sedes	Servicios	Camas	Salas	Ambulancias
1.353	1.754	8.813	2.916	143	176

Fuente: Registro especial de prestadores Ministerio de Salud enero 2012

En cuanto a la capacidad instalada pública y privada del Departamento se cuenta con:

Camas Pediátricas	Camas Adultos	Camas Obstetricia	Camas Cuidado Intermedio Neonatal	Camas Cuidado Intensivo Neonatal	Camas Cuidado Intermedio Pediátrico	Camas Cuidado Intensivo Pediátrico	Camas Cuidado Intermedio Adulto	Camas Cuidado Intensivo Adulto	
488	1.232	407	60	44	23	17	76	84	
Camas Quemados Adulto	Camas Quemados Pediátrico	Camas Psiquiatría	Camas agudo mental	Camas Intermedio Mental	Camas Farmaco_ dependencia	Salas Quirófano	Salas Partos	Ambulancias básicas	Ambulancias Medicalizadas
10	5	322	10	0	10	80	64	158	25

Registro especial de prestadores Ministerio de Salud marzo 2012

SEDES POR TIPO DE PRESTADOR

El Departamento de Cundinamarca con corte a enero de 2012 cuenta con 1755 sedes de prestación de servicios de salud, de las cuales 862 corresponden a IPS pública y privadas, 1024 a profesionales independientes, 12 a empresas de transporte asistencial y 57 a entidades con objeto social diferente.

SEDES POR CLASES DE PRESTADORES

Año de corte: 2012

Fecha de
reporte: 1/3/2012

DEPARTAMENTO / DISTRITO	IPS				Profesionales		Transporte Especial				Objeto Social Diferente				TOTAL SEDES
	Públicos	Privados	Total	Participación Porcentual	Profesionales Independientes	Participación Porcentual	Públicos	Privados	Total	Participación Porcentual	Públicos	Privados	Total	Participación Porcentual	
Cundinamarca	236	426	662	100 %	1024	100 %	0	12	12	100 %	0	57	57	100 %	1755
Total País	236	426	662	100 %	1024	100 %	0	12	12	100 %	0	57	57	100 %	1755

Fuente: Registro Especial de Prestadores de
Servicios de Salud

Prestadores de Servicios de Salud Privados

La oferta de servicios de salud por parte de prestadores de servicios de salud de naturaleza jurídica y natural privados es de 1296 prestadores, de los cuales los profesionales independientes constituyen el 74,6%, y el porcentaje restante corresponde a instituciones prestadoras de servicios de salud con y sin ánimo de lucro.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS

Fecha de corte: 1/3/2012 Fecha de reporte: 1/3/2012

DEPARTAMENTO	Sin ánimo de lucro	Con ánimo de lucro	Mixtos	Profesionales Independientes	Total
Cundinamarca	58	277	1	960	1296
Total País	58	277	1	960	1296

Según Información reportada por las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud

Prestadores de servicios de salud Públicos

Se encuentran inscritos en el Registro Especial de Prestadores 53 prestadores de servicios de salud de naturaleza jurídica pública, de los cuales 9 se encuentran registrados como de II Nivel de Atención y 44 de I Nivel de Atención. Estos prestadores cuentan con 236 sedes.

PRESTADORES PUBLICOS POR NIVELES DE ATENCION

Fecha de corte: 1/3/2012 Fecha de reporte: 1/3/2012

DEPARTAMENTO	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Sin definir	Total
Cundinamarca	44	9	0	0	53
Total	44	9	0	0	53

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

PRESTADORES PUBLICOS POR NIVELES DE ATENCION

Fecha de corte: 03/01/2012 Fecha de reporte: 03/01/2012

DEPARTAMENTO	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Sin definir	Total
Cundinamarca	156	80	0	0	236
Total	156	80	0	0	236

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Los servicios Hospitalarios y Quirúrgicos que presentan escasa o nula oferta en el Departamento son:

Servicios Hospitalarios:

Primera infancia e infancia: Cuidado Intermedio e Intensivo Pediátrico, Unidad de Quemados Pediátrica

Para las etapas de adolescencia, juventud, adultez y adulto mayor: Unidad de Salud Mental, Farmacodependencia, Cuidado Agudo en Salud Mental, Cuidado Intermedio en Salud Mental, Hospitalización día.

Servicios Quirúrgicos:

Para todas las etapas del ciclo vital: Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Cardiovascular, Cirugía Vascular y Angiológica, Trasplante renal, Trasplante de Corazón, Trasplante de Hígado, de Pulmón, de Páncreas, de Médula Ósea, Cirugía Plástica Oncológica, Implante de Piel, Trasplante de Cornea, Otros Implantes y Trasplantes, Implante de tejido óseo, implante de válvulas cardiacas, cirugía de mama y tumores blandos, cirugía gastrointestinal,

Para Primera Infancia e infancia: Cirugía Oncológica Pediátrica,

SERVICIOS OFERTADOS EN TELEMEDICINA EN EL DEPARTAMENTO

En el Departamento de Cundinamarca se cuenta con escasa prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, con corte a marzo de 2012 en modalidad de institución remitora se cuenta con 17 servicios, siendo el mayor porcentaje de instituciones de naturaleza privada. Únicamente se cuenta con 2 Empresas Sociales del Estado con servicio de Teleradiología, la ESE de Caqueza en teleradiología y la ESE de Facatativá en servicios de Teleconsulta en Dermatología y Medicina Interna.

INSTITUCION REMISORA

Departamento	Municipio	Código	Sede	Nombre	Servicio	Distintivo
Cundinamarca	CAQUEZA	2515100016	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL II NIVEL CAQUEZA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	181794
Cundinamarca	CHÍA	2517500200	04	PUNTO COOMEVA CHIA	ELECTRODIAGNÓSTICO	262059
Cundinamarca	FACATATIVÁ	2526900049	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	DERMATOLOGÍA	105300
Cundinamarca	FACATATIVÁ	2526900049	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	MEDICINA INTERNA	183109
Cundinamarca	GIRARDOT	2530700149	13	Instituto de Diagnóstico Médico S.A	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	181739
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	CARDIOLOGÍA	182836
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	CIRUGÍA GENERAL	
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	DERMATOLOGÍA	264366
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	ENDOCRINOLOGÍA	264540
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	GASTROENTEROLOGÍA	264531
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	GINECOBSTERICIA	264392
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	11738
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	MEDICINA INTERNA	264362
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	PEDIATRÍA	264358
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	REUMATOLOGÍA	261564
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	UROLOGÍA	13799
Cundinamarca	MADRID	2543002157	01	CENTRO AMBULATORIO GUSTAVO ESCALLON CAYZEDO	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	181786

Situación similar se encuentra en lo relacionado con Centros de Referencia en Telemedicina, con 2 IPS habilitadas como tal, 1 de naturaleza privada y 1 de naturaleza pública, siendo esta última la ESE Hospital San Rafael de Facatativá que presta Tele radiología como Centro de Referencia.

CENTRO DE REFERENCIA

Departamento	Municipio	Código	Sede	Nombre	Servicio	Distintivo
Cundinamarca	FACATATIVÁ	2526900049	01	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	181679
Cundinamarca	LA MESA	2538602225	01	CENTRO DE REHABILITACION BERAJOT	FISIOTERAPIA	102220
Cundinamarca	LA MESA	2538602225	01	CENTRO DE REHABILITACION BERAJOT	FONOAUDILOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	263890
Cundinamarca	LA MESA	2538602225	01	CENTRO DE REHABILITACION BERAJOT	PSICOLOGIA	102298
Cundinamarca	LA MESA	2538602225	01	CENTRO DE REHABILITACION BERAJOT	TERAPIA OCUPACIONAL	102106
Cundinamarca	LA MESA	2538602225	01	CENTRO DE REHABILITACION BERAJOT	TERAPIA RESPIRATORIA	182804

El Desarrollo de la Telemedicina en la red pública de prestadores de servicios de salud de Cundinamarca ha sido a lo largo de los últimos años de la siguiente manera:

La Dirección de Desarrollo de Servicios, a través del Grupo de Garantía de la Calidad, ha trabajado en el desarrollo de la prestación de servicios bajo la modalidad de Telemedicina en el Departamento de Cundinamarca, incluyendo para ello en el proyecto de Fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el componente de habilitación, la dotación de equipos biomédicos para las instituciones de la red pública para los diferentes servicios habilitados en las modalidades aprobadas por el Ministerio de la Protección Social, incluyendo las modalidades de institución remitora y centro de referencia de Telemedicina.

DISTINTIVOS DE HABILITACION

En la aplicación de la estrategia de identificación de servicios habilitados por parte de los usuarios de los servicios de salud se han entregado distintivos el 94% de los servicios inscritos en el Departamento.

Tablero de Control Distintivos de habilitación

Fecha de corte: 31/12/2011

Fecha de reporte: 1/3/2012

DEPARTAMENTO / DISTRITO	No Distintivos Entregados a ETS	Servicios Habilitados	No Distintivos Entregados a Prestador	Cumplimiento Entrega a prestador	No Distintivos Anulados	No Distintivos Devueltos a MPS	Inventario Disponibles en ETS	No Distintivos Faltantes
Cundinamarca	24002	8816	8261	94 %	0	0	15741	0
Total	24002	8816	8261	94 %	0	0	15741	

Fuente: Ministerio de la Protección Social - Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

A la fecha los distintivos de habilitación se entregan de forma posterior a la inscripción y cargue de información al Ministerio de Salud y Protección Social.

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

En el desarrollo e implementación del componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad se ha encontrado que el 100% de las instituciones de la red pública y privada presentan al momento de la inscripción el correspondiente documento: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y en un 90% de los casos deben ser asesorados para ajustarlo por cuanto a pesar de ser una estrategia definida por el Ministerio desde el año 2002 aún se presenta escaso conocimiento en cuanto a su formulación e implementación, lo que hace evidente la necesidad de continuar desarrollando estrategias de capacitación y asistencia técnica.

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Corresponde a las IPS públicas y privadas reportar indicadores de calidad, relacionados a continuación:

Todos
I.1.1.0 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general
I.1.2.0 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medica especializada
I.1.2.1 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna
I.1.2.2 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia
I.1.2.3 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría
I.1.2.4 - Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general
I.1.3.0 - Proporción de cancelación de cirugía programada
I.1.4.0 - Oportunidad de atención en consulta de urgencias
I.1.5.0 - Oportunidad en la atención en servicios de imagenología
I.1.6.0 - Oportunidad en la atención en consulta de odontología general
I.1.7.0 - Oportunidad en la realización de cirugía programada
I.2.1.0 - Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
I.2.2.0 - Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada
I.3.1.0 - Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
I.3.2.0 - Tasa de infección intrahospitalaria
I.3.3.0 - Proporción de vigilancia de eventos adversos
I.4.1.0 - Tasa de satisfacción global

Los indicadores se reportan a la superintendencia nacional de salud semestralmente, y a las IPS públicas reportarlos adicionalmente al Ministerio de Salud en la misma periodicidad, los resultados de estos indicadores para Cundinamarca con corte a junio de 2011, último periodo cargado en el Observatorio de Calidad en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

Cundinamarca cuenta con una sola IPS acreditada, la ESE Hospital San Francisco de Viotá. Cinco Hospitales han contado con apoyo del Ministerio de salud y Protección Social: ESE Hospital Universitario La Samaritana, ESE Hospital San Rafael de Caqueza, ESE Hospital Mario Gaitán Yanguas, ESE Hospital San Rafael de Facatativá, y su momento la ESE Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá, hoy Unidad Funcional de La Samaritana.

Se cuenta con 60 funcionarios de las ESEs capacitados en acreditación y 70 funcionarios de la Secretaria de Salud. La Secretaria de Salud realizo la autoevaluación de estándares de acreditación de direcciones territoriales de salud en el año 2011 obteniendo una calificación de 1.

ACCIONES DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL.

Verificación de Condiciones básicas de capacidad tecnológica, científica, de suficiencia patrimonial y técnico-administrativa de los prestadores de servicios de salud en el departamento de Cundinamarca.

De los prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores, se visitó en el año 2008, el 24% (287 prestadores/1196), en el 2009, el 34% (457 prestadores/1346), en el 2010, el 32% (471 prestadores/1474 y en el año 2011 el 20% (268/1357), realizando durante el cuatrienio, el 110%. En el año 2011, se realizó visita efectiva al 20% de los prestadores inscritos, con un (1) grupo verificador y con un sistema de gestión extramural ONTRACK, comparado con la gestión de los años 2008 al 2010 que se realizó con dos equipos verificadores con un proceso eminentemente manual.

Nota: Prestadores inscritos (Registro Especial de Prestadores Departamento de Cundinamarca), año de corte 2011: 1357.

VISITAS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA 2011.

TIPO DE VISITA	No. DE VISITAS	IPS PRIVADAS	IPS PUBLICAS	OBJETO SOCIAL DIFERENTE	PROFESIONAL INDEPENDIENTE
Verificación de Condiciones de Habilitación.	268	155	1	3	149
Visitas no efectivas (acta general)	273	150	6	2	115
Visitas de Inspección y Seguimiento	193	119	0	0	74
TOTAL	734	384	7	5	338

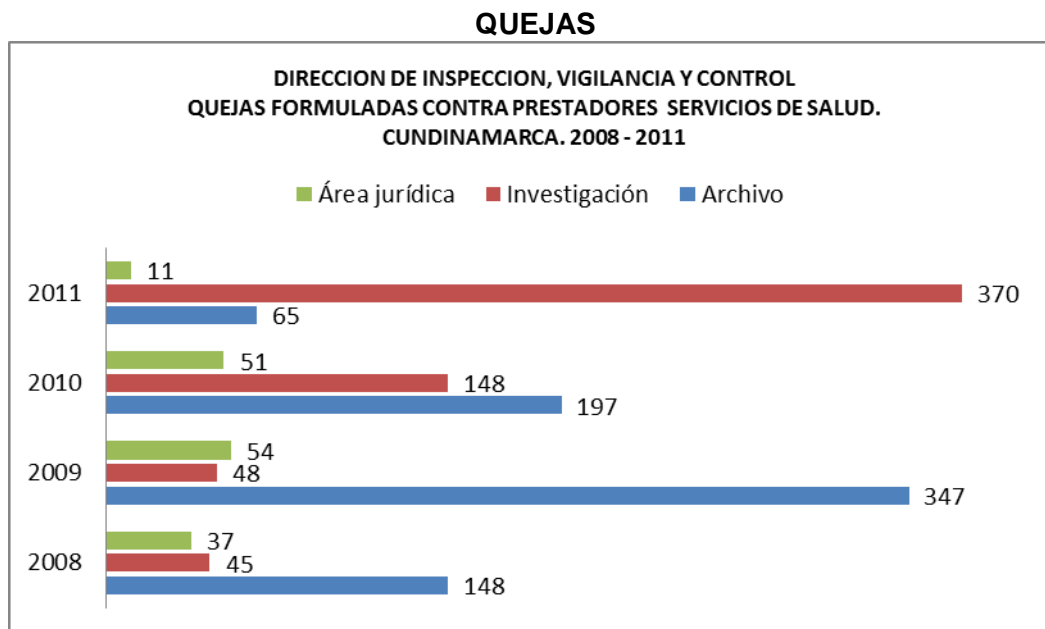
Fuente: Sistema de Gestión Extramural ONTRACK – Dirección de Inspección, Vigilancia y Control.

Durante la vigencia 2008 – 2011 se impusieron 890 medidas sanitarias de seguridad a prestadores de servicios de salud, de las cuales el 65% fueron levantadas, lo que indica que en el 35% persiste el incumplimiento y es necesario reforzar las visitas de seguimiento y de verificación de condiciones de habilitación.

Evaluación de tecnología biomédica y verificación del programa de tecnovigilancia.

De octubre de 2010 a diciembre de 2011, se realizaron 434 visitas, haciendo énfasis a profesionales independientes.

Se verificaron entre enero de 2011 y diciembre 30 de 2011 **1042** equipos biomédicos de los cuales 20 fueron sacados de funcionamiento por no cumplir con las condiciones de capacidad tecnológica y científica.



Fuente: Base de Datos Quejas – Dirección de Inspección, Vigilancia y Control.

Se ha incrementado el número de quejas en los años 2009, 2010 y 2011, las cuales se encuentran en diferentes etapas de la investigación. El incremento puede deberse a: mayor conocimiento de los derechos que tienen los usuarios dentro del sistema de salud, fallas en la calidad en la prestación de los servicios de salud que ha ido en aumento, direccionamiento de todas las quejas a la Dirección de inspección, vigilancia y control, se ha evidenciado que llegan quejas de tipo disciplinario, fiscal entre otras que no son competencia de la Dirección.

Investigaciones Administrativas.

En el área jurídica de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, se adelantan diferentes procesos sancionatorios: por incumplimiento de normatividad de diferentes procesos, tales como: habilitación, Residuos Hospitalarios (PGIRH) 2008-2009-2010-

2011, Sistema de Información para la Calidad e incumplimiento de normatividad sanitaria de Salud Pública y Quejas. En la actualidad el mayor volumen son los expedientes de habilitación y PGRH, sin embargo son los procesos de Quejas los que conllevan más dedicación y esfuerzo por su contenido e individualización.

Actualmente se encuentran aproximadamente 3700 expedientes en curso y se cuenta con 6 abogados: 5 de Contrato y uno de planta.

Para los procesos de la Dirección, se utiliza la herramienta de gestión documental MERCURIO, disminuyendo al máximo el manejo de documentos y expedientes en físico, a través de la digitalización que se realizó por la Empresa Aurea, consulta y generación de documentos a través del sistema MERCURIO Y ONTRACK, facilitando el archivo de documentos, evitando pérdida de los mismos, garantizando fidelidad en la información, facilitando las labores diarias, la disponibilidad permanente de los documentos y expedientes, para lo cual sólo se requiere acceso a internet, y la clave pertinente. Con esto la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, está cumpliendo la normatividad de manejo de archivos y gestión documental, además de disminuir el impacto ambiental al disminuir la generación de documentos físicos.

Vigilancia, inspección y control a fabricantes y comercializadores de productos farmacéuticos.

En el año 2010, se estructuró y materializó el Proyecto “Apoyo en las acciones de inspección vigilancia y control de establecimientos farmacéuticos, medicamentos y dispositivos médicos en el Departamento de Cundinamarca”, para enfrentar la difícil situación por el abandono de las acciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los medicamentos y productos farmacéuticos por casi diez años, esto debido a la falta de recurso humano para realizar estas actividades.

Se efectuaron en 2011, 1.639 visitas a establecimientos farmacéuticos distribuidos por todo el Departamento, en 56 visitas se contó con el apoyo de la SIJIN y en desarrollo de las mismas fueron capturadas y judicializadas 11 personas por la comisión de delitos contra la salud pública.

En estas acciones también se aplicaron medidas sanitarias de seguridad de carácter preventivo encaminadas a proteger la salud y la vida de las personas; las medidas aplicadas fueron:

APLICACIÓN DE MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD DE CARÁCTER PREVENTIVO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA (ART. 576 DE LA LEY 09 DE 1979)

MEDIDAS APLICADAS	No. DE ESTABLECIMIENTOS
-------------------	-------------------------

MEDIDAS APLICADAS	No. DE ESTABLECIMIENTOS
SUSPENSION TOTAL TEMPORAL DE SERVICIOS DE INYECTOLOGIA	147
SUSPENSION TOTAL TEMPORAL DE SERVICIOS DE MONITOREO DE GLICEMIA CON EQUIPO POR PUNCIÓN	11
CLAUSURA TOTAL TEMPORAL DE ESTABLECIMIENTOS (CIERRE)	37
DECOMISO DE PRODUCTOS	288
TOTAL MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD IMPUESTAS	483

Fuente: IVC medicamentos 2011

Los productos decomisados según la causal se relacionan a continuación:

TABLA. No. DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DECOMISADOS POR CAUSAL EN 2011

PRODUCTOS FARMACEUTICOS DECOMISADOS	CANTIDAD (EN UNIDAD POSOLOGICA)
MEDICAMENTOS MARCADOS USO INSTITUCIONAL EN ESTABLECIMIENTOS NO CONTRATADOS CON EL SGSSS PARA LA DISPENSACION	198.658
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS CON FECHA DE EXPIRACIÓN VENCIDA	126.195
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SIN REGISTRO SANITARIO	101.016
MEDICAMENTOS MARCADOS MUESTRA MEDICA PROHIBIDA SU VENTA	16.558
FALSIFICACIONES DE MEDICAMENTOS	1.408
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS MAL ALMACENADOS	96.386
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS CON PÉRDIDA DE IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD	43.597
PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DE CONTRABANDO	2.691
OTROS HALLAZGOS DE MEDICAMENTOS	7.984
TOTAL	594.520

Fuente: IVC medicamentos 2011

Como producto de las medidas de seguridad se generó 16 toneladas de residuos hospitalarios los cuáles fueron pertinentemente incinerados por medio de una empresa que cumple los requisitos ambientales para ello.

Actualmente se adelantan las visitas con un grupo conformado por una (1) química farmacéutica vinculada de planta y ocho (8) regentes de farmacia vinculados por contrato de prestación de servicios.

Vigilancia, Inspección y Control a Residuos Hospitalarios.

Los generadores de ésta clase de residuos son los prestadores de servicios de salud, las personas naturales o jurídicas que trabajan con docencia e investigación con organismos vivos o con cadáveres; bioterios, laboratorios de biotecnología; cementerios, morgues, funerarias, hornos crematorios, farmacias, centros de pigmentación y/o tatuajes, laboratorios veterinarios, centros de zoonosis, zoológicos, laboratorios farmacéuticos y productores de insumos médicos. De ellos, actualmente se realizan actividades de inspección, vigilancia y control en residuos a los prestadores de servicios de salud de los 116 municipios del departamento, por medio de las siguientes actividades:

- Verificación de condiciones de manejo de residuos hospitalarios a prestadores de servicios de salud (Grupo de habilitación).
- Consolidación y retroalimentación de informes reportados por prestadores de servicios de salud.
- Remisión al área jurídica de los prestadores que incumplan con el deber de información.

De manera progresiva se observa el aumento gradual del cumplimiento en el reporte de los informes de caracterización y pesaje de residuos (formato RH1) y avance del plan de manejo de residuos hospitalarios (anexo 4 circular 018 de 2008) de carácter semestral o anual dependiendo de la complejidad de la IPS; ya que en la vigencia 2008 presentaron 523 prestadores informes representando el 44,7% de la totalidad de inscritos, y en el 2011, 1.198 prestadores presentan sus informes representando el 80,9%. (Ver tabla).

TABLA. NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD INSCRITOS EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA POR AÑOS (2008, 2009, 2010 Y 2011)

AÑO	No de prestadores inscritos en el REPS	No. de prestadores que remitieron los informes y fueron conceptuados	No. de prestadores remitidos al área jurídica por incumplimiento	% de cumplimiento en el deber de informar
2008	1169	523	646	44,7
2009	1419	1009	410	71,1
2010	1565	1176	389	75,1
2011	1480	1198	282	80,9

Fuente: IVC de residuos hospitalarios Febrero de 2012

INSPECCIÓN Y VIGILANCIA AL FLUJO DE RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Se han legalizado progresivamente desde el 2007 a la fecha los fondos locales de salud y cuentas maestras de los 116 municipios del Departamento, iniciando en el 2007 con 45 municipios equivalentes al 38,97%, durante el año 2008, 96 municipios equivalentes al 82,76% y en el año 2010 los 116 municipios del Departamento.

A través de auditorías administrativas y financieras se logró que 83 municipios del Departamento para el año 2010 realizaran la liquidación de los contratos de aseguramiento de régimen subsidiado de las vigencias anteriores suscritos entre los municipios y la EPSS.

77 municipios del Departamento se encuentran al día en los reportes concernientes al movimiento de las cuentas maestras según la resolución 1021 de 2009, equivalentes al 66,37%.

Respecto a la auditoria al Plan de Intervenciones Colectivas se realizó a los 116 municipios sobre la ejecución de los recursos de salud pública de la vigencia 2010 se han logrado emitir 102 certificaciones.

B. PROGRAMA CUNDINAMARCA CON ESPACIOS DE PARTICIPACION REAL

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ATENCION CIUDADANA

La Participación Social en Salud en el Departamento de Cundinamarca históricamente se realizó por la Dirección de Salud Pública en lo que se refiere a asistencia técnica a veedurías y Copacos, y en la Dirección de Desarrollo de Servicios en lo referente a asociaciones de usuarios.

Desde el año 2009, fecha en la que la Oficina entro en funcionamiento, los procesos se vienen desarrollando de manera coordinada con el fin de asumir la totalidad de las funciones.

INDICADORES DEPARTAMENTALES

Actualmente encontramos el siguiente estado de estos mecanismos de participación social en el Departamento:

Municipios con COPACO (Comité de Participación Comunitaria) conformados 70, que corresponde a un 60%, cuando referimos a conformado indica que tiene un documento (acta de conformación, decreto de conformación, reglamento interno) que soportan su funcionamiento. Sin embargo esto no garantiza que tengan procesos activos de acuerdo a sus competencias., puesto que de estos municipios 9 no son activos, paralelamente existen municipios que pese a no tener un soporte de conformación, adelanta acciones participativas garantizando el objetivo de funcionamiento de este mecanismo.

En cuanto al 40% restante (46 municipios), es la falta de compromiso por parte de alguno de los actores del proceso, (Gerente de Hospital, Coordinador PIC, Alcalde Municipal) lo que impide su adecuado desempeño.

En relación con las veedurías el 47% de municipios (55) tienen un acta de conformación pero solo un 25% (30) realizan acciones pertinentes a su quehacer.

En los municipios donde no se identifican avances existen dificultades en la convocatoria y escaso compromiso por parte de los Personeros Municipales que de alguna manera son quienes lideran el proceso.

Al respecto de Asociaciones de Usuarios, los 37 Hospitales (100%) del Departamento cuentan con una Asociación de Usuarios, que en su parte organizacional y funcional,

requiere un acompañamiento permanente del Departamento con el fin de cumplir la misión para la cual fueron creadas.

COMPARACION

La Información que se presenta a continuación corresponde al Distrito Capital según la Dirección de Participación Social de la Secretaria de Salud de Bogotá.

RED HOSPITALARIA	22 HOSPITALES
LOCALIDADES	20
ASOCIACIONES DE USUARIO	24 (KENNEDY Y SUBA TIENEN DE A 2 AU)
ASOCIACIONES DE USUARIOS EPSS	8
ASOCIACIONES DE USUARIOS EPSC	10
COMITES DE ETICA HOSPITALARIA	20
COPACOS	20 POR ACUERDO LOCAL

En los municipios donde no se identifican avances existen dificultades en la convocatoria y escaso compromiso por parte de los Personeros Municipales que de alguna manera son quienes lideran el proceso.

Del total de integrantes de estos mecanismos de Participación Social el 58% son hombres y el 42% corresponde a las mujeres.

Igualmente el 63% pertenecen a la zona rural, lo que justifica en algunas ocasiones la dificultad de acceso a las reuniones y a concretar las actividades propias de sus funciones. El restante es decir 37% viven en la cabecera municipal.

En cuanto a la participación de la personas en condiciones de discapacidad este espacio corresponde al 8% y naturalmente de los municipios donde están más consolidados los mecanismos de participación social (Soacha, Girardot, Pacho, Suputa)

C. PROGRAMA TIC'S EN CUNDINAMARCA

TELEMEDICINA

Se realizó estudio conjunto entre las Oficina de Planeación sectorial y la dirección de Desarrollo de Servicios sobre el cumplimiento de requerimientos iniciales para participar en el Proyecto de Telemedicina Segunda Fase, para los servicios de Radiología e Imágenes Diagnosticas y servicio responsable de la electrocardiografía, en Empresas Sociales del Estado de la red pública centralizada reportado por 14 de las 34 Empresas Sociales del Estado objeto del estudio: Arbelaez, Caqueza, El Colegio, Fomeque, Nemocón, Sopo, Tocaima, Villeta, Chia, Choconta, La Mesa, Gacheta, Pacho y Soacha. Los Gerentes de las Instituciones manifestaron contar y/o comprometerse a contar para Tele electrocardiografía con: Provisión de línea telefónica exclusiva para la transmisión del examen en el sitio de instalación del equipo, en caso de poseer central telefónica tener habilitada la transmisión de voz y datos en la extensión exclusiva destinada a transmisión de electrocardiogramas, , disponer de correo electrónico exclusivo, computador con acceso a internet para recibir correo y adicionalmente la aplicación acrobat reader para visualizar archivos pdf, para exportación del examen, fax exclusivo. Para Tele radiología: Unidad generadora de rayos x, conectividad de internet ADSL de 4 megas o superior con uso exclusivo para el servicio de radiología, infraestructura apropiada de digitalización, cableado estructurado, circuito regulado, UPS, realización de obras civiles que sean necesarias; y compromiso para habilitar la modalidad de telemedicina en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

INSTITUCION	MUNICIPIO	SERVICIO INTERESADO EN DESARROLLAR	
		TELE RADIOLOGIA	TELE ELECTRO CARDIOGRAFIA
ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	FOMEQUE	X	X
ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO	GACHETA	X	X

INSTITUCION	MUNICIPIO	SERVICIO INTERESADO EN DESARROLLAR	
		TELE RADIOLOGIA	TELE ELECTRO CARDIOGRAFIA
ESE HOSPITAL PEDRO LEON ALVAREZ DIAZ	LA MESA	X	X
ESE HOSPITAL SAN VICENTRE DE PAUL	NEMOCON	X	X
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	CAQUEZA	X	
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	ARBELAEZ	X	X
ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	CHIA	X	X
ESE HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	CHOCONTA	X	X
ESE HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN	EL COELGIO	X	X
ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	PACHO	X	X
ESE HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS			X
ESE HOSPITAL DIVINO SALVADOR	SOPO	X	X
ESE HOSPITAL MARCO FELIPE AFANADOR	TOCAIMA	X	X
ESE HOSPITAL EL SALVADOR	UBATE	X	
ESE HOSPITAL SALAZAR	VILLETA	X	

SISTEMAS DE INFORMACION

1. Sistema de Información en Salud

Actualmente la Secretaría de Salud cuenta con los siguientes sistemas de información:

- Bsalud: Permite la interacción y control de los procesos de la dirección de Aseguramiento de la Secretaria de Salud garantizando la efectividad de los mismos para el beneficio de la población. El proveedor es Bankvision Software Ltda
- Promoción y Prevención: Consolida la información enviada por las EPS e IPS correspondiente a las actividades de Promoción y prevención en salud programada y ejecutada en el departamento de Cundinamarca. El proveedor es Megainformática Ltda .
- Winsisvan: Es un sistema que le permite evaluar a los profesionales de la salud el estado nutricional de la población. Esta desarrollado en FoxPro y funciona en los municipios del Departamento, y se cuenta con una versión consolidadora en el Nivel Central.
- Gestión Extramural de Inspección - Vigilancia y Control: Es un Sistema de información para la captura de Información en campo y la gestión extramural de la Dirección de Inspección – Vigilancia y Control (OnTRACK). Este sistema que está en capacidad de recibir “formularios”, capturados desde dispositivos móviles, bien sea PDA o Smartphones, con sistemas operativo Windows Mobile última versión y que permiten la utilización de Compact Framework .net 3.5. Se maneja un total de 280 formularios activos en el sistema así:
 - 240 instrumentos para el proceso de habilitación.
 - 20 instrumentos para el proceso de flujo de recursos.
 - 13 instrumentos para el proceso correspondiente a farmacias.
 - 1 instrumento para quejas.
 - 1 instrumento para mantenimiento.
 - 1 instrumento para entidades sin ánimo de lucro.
 - 2 instrumento de transporte especial de pacientes
 - 1 instrumento de tecnovigilancia
 - 1 instrumento de tecnología biomédica
- Gestión Extramural de Epidemiología: El sistema está en proceso de implementación. Se adquieren nuevas licencias de OnTrack Móvil (Sistema de

Gestión Extramural) para la Gestión, captura y registro de evidencias multimedia en las actividades de epidemiología para Salud.

- Modelo biopsicosocial: Es un sistema para la aplicación de un modelo biopsicosocial en la reducción de la morbilidad materna y perinatal. Se encuentra desarrollado en FoxPro.

Se utilizan los sistemas corporativos de la Gobernación SAP y Mercurio. La Secretaria es usuaria de los Sistemas de Información del Ministerio de Salud y Protección Social, a los cuales se ingresan a través del portal <http://www.minproteccion-social.gov.co>: REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud) y RUA-F-ND (Registro Único de Afiliados – Nacimientos y Defunciones) y Sistema de Información de Gestión de Hospitales Públicos.

En general son sistemas desarrollados en diferentes lenguajes, bases de datos, y arquitecturas, y atienden de forma independiente requerimientos de las diferentes Direcciones y Oficinas de la Entidad. Se adquieren licencias de uso de los diferentes sistemas, por lo tanto no se cuenta con el código fuente, y se hace necesario que la Gobernación suscriba contratos de Soporte, Mantenimiento y Actualización con cada uno de los proveedores de los Sistemas en operación para asegurar la usabilidad de los productos.

Por lo anterior se concluye que es necesario implementar un Sistema Integrado de Información que articule los logros y avances de cada una de las Direcciones y Oficinas de la Secretaria, y los nuevos desarrollos o adquisición

CONECTIVIDAD DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

Con el fin de fortalecer la conectividad de la Red Prestadora de Servicios de Salud Pública, a través de la Secretaría de Conectividad se cuenta ya con el servicio de telecomunicaciones en banda ancha en las siguientes sedes:

PROYECTO	MUNICIPIO	NOMBRE SEDE
MINTIC	ALBAN	CENTRO DE SALUD DE ALBAN
MINTIC	BOJACA	CENTRO DE SALUD BOJACA
MINTIC	CACHIPAY	CENTRO DE SALUD CACHIPAY
MINTIC	CACHIPAY	PUESTO DE SALUD PEÑA NEGRA

PROYECTO	MUNICIPIO	NOMBRE SEDE
MINTIC	CHIA	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
MINTIC	CHOACHI	CENTRO DE SALUD CHOACHI
MINTIC	COGUA	CENTRO DE SALUD DE COGUA- POLICLINICO
MINTIC	COTA	CENTRO DE SALUD COTA
MINTIC	EL COLEGIO	PUESTO DE SALUD EL TRIUNFO
MINTIC	EL COLEGIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EPC	EL ROSAL	CENTRO DE SALUD EL ROSAL
EPC	FACATATIVÁ	CENTRO DE SALUD MOLINOS
EPC	FUNZA	CENTRO DE SALUD DE FUNZA
EPC	GUADUAS	HOSPITAL SAN JOSE DE GUADUAS
MINTIC	LA MESA	PUESTO DE SALUD SAN JOAQUIN
MINTIC	LA MESA	PUESTO DE SALUD SAN JAVIER
MINTIC	LENGUAZAQUE	CENTRO DE SALUD LENGUAZAQUE
MINTIC	MACHETA	CENTRO DE SALUD DE MACHETA
MINTIC	MADRID	HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID
MINTIC	PANDI	CENTRO DE SALUD PANDI
MINTIC	PUERTO SALGAR	HOSPITAL DIOGENES TRONCOSO
MINTIC	SAN BERNARDO	CENTRO DE SALUD SAN BERNARDO
MINTIC	SAN JUAN DE RIOSECO	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
MINTIC	SILVANIA	HOSPITAL ISMAEL SILVA E.S.E SEDE SUBIA
EPC	SUBACHOQUE	CENTRO DE SALUD SUBACHOQUE
MINTIC	SUESCA	E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SENORA DEL ROSARIO
MINTIC	TABIO	HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
MINTIC	TENJO	HOSPITAL SANTA ROSA
MINTIC	VERGARA	E.S.E HOSPITAL SANTA BARBARA
EPC	VIANI	ESE MERCEDES TELLEZ DE PADILLA

Finalmente la Secretaría a través de convenios dota a las siguientes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Equipos de Cómputo, Switch, Gabinetes y cableado, más puntos de red, con el fin de optimizar el uso de los servicios de telecomunicaciones, así:

MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL	MUNICIP	NIVEL	CÓDIGO PRESTADOR	NOMBRE DEL PRESTADOR	SEDE	NOMBRE DE LA SEDE	PC	SWITCH	GABINETE	PUNTO
ARBELAEZ	PANDI	1	2505300023	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	05	CENTRO DE SALUD PANDI	2	1	1	2
	VENECIA	1	2505300023	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	04	CENTRO DE SALUD VENECIA	2	1	1	2
	SAN BERNARDO	1	2505300023	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	03	CENTRO DE SALUD DE SAN BERNARDO		1	1	1
CHOCONTA	MACHETÁ	1	2518300025	E.S.E. HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES DE CHOCONTA	04	PUESTO DE SALUD DE MACHETA	2	1	1	2
EL COLEGIO	EL COLEGIO	1	2524500057	ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	04	PUESTO DE SALUD EL TRIUNFO	2	1	1	2
LA MESA	CACHIPAY	2	2538600043	E.S.E. HOSPITAL PEDRO LEÓN ÁLVAREZ DÍAZ DE LA MESA	03	CENTRO SALUD DE CACHIPAY	2	1	1	2
PACHO	VILLAGÓMEZ	2	2551300028	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	09	PUESTO DE SALUD DE VILLAGOMEZ	2	1	1	2
SAN JUAN DE RIOSECO	BELTRÁN	1	2566200061	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE SAN JUAN DE RIOSECO	03	PUESTO DE SALUD BELTRAN	2	1	1	1
TENJO	TENJO	1	2579900056	E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	01	E.S.E. HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO	2	1	1	2
FOMEQUE	CHOACHI	1	2527900055	E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FOMEQUE	02	CENTRO DE SALUD DE CHOACHI		1	1	1

MUNICIPIO SEDE PRINCIPAL	MUNICIP	NIVEL	CÓDIGO PRESTADOR	NOMBRE DEL PRESTADOR	SEDE	NOMBRE DE LA SEDE	PC	SWITCH	GABINETE	PUNTO
LA VEGA	NOCAIMA	1	2540200062	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE LA VEGA	02	CENTRO DE SALUD DE NOCAIMA		1	1	1
MADRID	BOJACA	1	2543000021	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	06	CENTRO DE SALUD DE BOJACA		1	1	1
	SUBACHOQUE	1	2543000021	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	03	CENTRO DE SALUD DE SUBACHOQUE		1	1	1
	ZIPACÓN	1	2543000021	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	05	CENTRO DE SALUD DE ZIPACÓN		1	1	1
	ZIPACÓN	1	2543000021	E.S.E. HOSPITAL SANTA MATILDE DE MADRID	13	CENTRO DE SALUD DE EL OCASO	1	1	1	1
UBATE	LENGUAZQUE	2	2584300026	E.S.E. HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE	10	CENTRO DE SALUD DE LENGUAZQUE		1	1	1
TOTAL							17	16	16	23

3. Historia Clínica Única Electrónica

El Departamento de Cundinamarca no cuenta con una Historia Clínica Única Electrónica, que es de obligatoria aplicación de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, antes del 31 de diciembre de 2013, y esta tendrá plena validez probatoria.

Teniendo en cuenta los diferentes esfuerzos de inversión de Hospitales en la implementación de su Sistema de Información Administrativo y Hospitalario, es necesario aprovechar los logros de cada IPS y complementarlos para construir la Historia Clínica del Departamento.

3. IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA EN SALUD

Dentro del trabajo de identificación y priorización de la problemática en salud realizado en las diferentes mesas de trabajo por el equipo Plan de la Secretaria de Salud, en las diferentes etapas de ciclo vital por las cuatro categorías de derecho contempladas; existencia, desarrollo, protección y ciudadanía se enuncian a continuación identificando las principales causas y los efectos.

La salud como resultante en la que intervienen factores sociales, ambientales, bilógicos y físicos necesita de la articulación transectorial entre diferentes actores a nivel local, departamental, nacional e internacional. Los principales efectos de la categoría de existencia serán los resultados que se trabajaran en las metas para poder disminuir el problema e intervenir en las causas que desde la Secretaria de Salud se puedan influenciar directamente.

CATEGORIA DE DERECHO: EXISTENCIA

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
Existencia	EFFECTOS Mortalidad Infantil Mortalidad Materna por causas prevenibles PROBLEMA: Alta vulnerabilidad de padecer enfermedades prevenibles que pueden causar la muerte. Causas. Falta de autocuidado Deficiente utilización de los	EFFECTOS: - Morbo-mortalidad evitable en niños y niñas de 6 a 11 años - Maltrato físico, psicológico, emocional en niños y niñas de 6 a 11 años (abuso sexual, trabajo infantil) - Potenciación del ciclo pobreza de generación en generación. - No impactos de los programas	EFFECTOS: 1. Presencia de Enfermedades prevenibles en los adolescentes. 2. Adolescentes Malnutridos PROBLEMA: Los factores y modelos familiares, culturales, sociales y medio ambientales afectan a los adolescentes	EFFECTOS: 1. Jóvenes con estilos de vida poco saludables: violencia y suicidio 2. Presencia de enfermedades de origen profesional en el trabajo informal 3. Jóvenes sin atención en salud con problemas de salud mental	EFFECTOS: 1. Presencia de accidentes y enfermedades de origen común y ocupacional. 2. Alta incidencia de morbimortalidad, por ejemplo cáncer uterino, cáncer de próstata y de mama, Malnutrición, ITS, patologías gastrointestinales. 3. Discapacidad 4. Mala calidad de	EFFECTOS: 1. Mala calidad de vida. 2. Insuficiencia de la red prestadora de servicios de salud PROBLEMA: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICA Y DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS CAUSAS: 1. Falta de oportunidad y calidad en la

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
servicios de atención prenatal, vacunación, crecimiento y desarrollo y lactancia. Malnutrición. Problemas económicos. - inadecuadas pautas de crianza y creencias culturales. - Falta de construcción de proyecto de vida Perdida de valores Influencia negativa de los medios de comunicación Deficiente calidad sanitaria de los alimentos. - Barreras de acceso a los servicios de salud por insuficiencia de la red por parte de los aseguradores, geográfica,	sociales que se desarrollan en las comunidades. - Incremento de la probabilidad de daños ambientales, sociales, emocionales y económicos - Discriminación de los niños y niñas en situaciones y condiciones especiales y coartación del desarrollo de sus potencialidades. PROBLEMA: DEFICIENCIA DE NUCLEOS FAMILIARES QUE BRINDE A LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS, MODELOS BIOPSIICOSOCIALES DE CUIDADO, AUTOCUIDADO, FORTALEZAS EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ENTORNOS SALUDABLES. CAUSAS: - Falta de cuidadores (padres,	dadas sus características de vulnerabilidad repercutiendo directamente en sus condiciones de bienestar y salud para un desarrollo integral. CAUSAS 1. No hay una red de servicios pública con servicios de atención integral para los jóvenes. 2. No hay talento humano con capacidad técnica e interés para atender integralmente a los adolescentes y las adolescentes del departamento 3. No se ha dado la importancia a	PROBLEMA: Grupo huérfano sin diagnóstico previo y sin servicios de salud preventivos CAUSAS: 1. Programas no atractivos de promoción y prevención para los jóvenes y sin enfoque diferencial 2. La salud vista como ausencia de la enfermedad - problemas de accesibilidad e inclusión social deficiente, sobre todo para personas con discapacidades severas. 3. Falta de oportunidades laborales	vida. PROBLEMA: Estilos de Vida no Saludables en Adultos CAUSAS. 1. Otros grupos priorizados. 2. Falta de conciencia del autocuidado de los adultos. 3. Programas insuficientes para la Atención Integral al Adulto	atención en salud sin barreras de acceso. 2. Falta de programas de pyp en instituciones de cuidado del adulto mayor. 3. Falta de acceso a la seguridad alimentaria nutricional. 4. Ausencia de programas de manejo del tiempo libre.	

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
administrativa, económica tanto de las IPS como de los usuarios. Falta de acceso a los alimentos. Falta de acceso a servicios de salud Deficiente calidad de los servicios de salud. - Desconocimiento de los servicios de salud, por falta de promoción de los mismos. - Inadecuada garantía de calidad a los servicios de salud. - Maltrato. - Falta de afecto. Hacinamiento Infraestructura inadecuada de vivienda Inadecuados entornos de vivienda. - Falta de servicios básicos Materiales de construcción	profesores, grupos de apoyo) que conozcan los factores de riesgos propios de la edad y como los deben prevenir, mitigar y controlar. - Aspectos culturales que llevan a las familias a vivir de los programas de subsidio gubernamentales y no eliminar las barreras de la pobreza. - Falta de cobertura de los programas de información, educación y comunicación hacia los cuidadores que no tienen contacto directo con el sector educativo. - Concentración de poblaciones y familias en zonas de alto riesgo ambiental, social, emocional y económico por factores como el	la atención integral de los jóvenes de acuerdo a su individualidad y condición social.				

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
	inadecuados	conflicto armado, la falta de oportunidades en sus regiones de origen, y con las expectativas de mejorar su calidad de vida en las zonas receptoras. - Falta de redes de apoyo y de programas dirigidos a la familia, los escolares, los profesores, otros cuidadores y a la comunidad en general que eliminen paradigmas sociales y promuevan el desarrollo de los niños y niñas en situaciones o condiciones especiales. (discapacidad, víctimas del desplazamiento, grupos étnicos, entre otros)				

CATEGORIA DE DERECHO: DESARROLLO

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
Desarrollo	<p>EFFECTOS: Retraso en desarrollo, físico, mental, social y adaptativo que propicia desventajas frente a su adaptabilidad a su entorno</p> <p>Problema. Niños y niñas sin adecuado desarrollo de sus habilidades físicas, sociales y cognitivas.</p> <p>Causas. 1. Falta de vínculo afectivo. 2. Entornos desfavorables. 3. Discapacidad.</p> <p>1. Formación. - Cultura. - Valores. - Familia disfuncional. Situación económica. - Inseguridad. - Falta de</p>	<p>EFFECTOS: - Niños y niñas sin adecuado desarrollo de sus habilidades físicas, sociales y cognitivas. - Imitación de modelos sociales inadecuados. - Trabajo infantil, deserción escolar, manejo inadecuado de la sexualidad, el uso de drogas, la explotación sexual, entre otros. - Retraso en el desarrollo normal de los niños y niñas en condiciones especiales.</p> <p>PROBLEMA: LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS NO DESARROLLAN APROPIADAMENTE HABILIDADES FÍSICAS, SOCIALES Y COGNITIVAS.</p> <p>CAUSAS: - Deficiente promoción de</p>	<p>EFFECTOS: 1. Prostitución. 2. Abuso de sustancias Psicoactivas. 3. Embarazo temprano 4. Prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual 5. Malnutrición</p> <p>PROBLEMA: Influencia negativa de pares y medios de comunicación en el proceso de toma de decisiones de los adolescentes.</p> <p>CAUSAS: 1. Soledad 2. Abandono familiar y social. 3. Incomprensión</p>	<p>EFFECTOS: 1. Jóvenes desocupados 2. Drogadicción y alcoholismo 3. Alteraciones mentales: (baja autoestima, depresión, suicidio) 4. Prostitución</p> <p>PROBLEMA: Jóvenes sin oportunidades de desarrollo, con procesos formativos incompletos y con familias disfuncionales</p> <p>CAUSAS: 1. Deficientes oportunidades laborales, académicas y de socialización 2. Desagregación familiar asociada a la situación económica y/o</p>	<p>EFFECTOS: 1. Alteraciones mentales. (Depresión, Suicidio, ansiedad stress) 2. Alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo. 3. Violencia doméstica. 4. Frustración o angustia 5. Adultos sin capacidad de interactuar en comunidad</p> <p>PROBLEMA: Incapacidad de ajustes al proyecto de vida por incumplimiento de expectativas personales y familiares</p> <p>CAUSAS: 1. No oportunidad laboral. 2. Falta de conocimiento e interés que promuevan conductas de</p>	<p>EFFECTOS: 1. Adultos mayores solos e inactivos 2. Alteraciones mentales: depresión 3. Abandono</p> <p>PROBLEMA: Falta de reconocimiento y visualización del adulto mayor como ser humano activo y proveedor</p> <p>CAUSAS: 1. Falta de oportunidades laborales 2. Desprotección familiar 3. Falta de integración de los programas sociales 4. Falta de Reconocimiento a la población en proyectos productivos acordes a su condición.</p>

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
	<p>espacios recreativos. Falta de redes de apoyo. Falta de espacios para la atención integral de la primera infancia (Hogares de cuidado y estimulación) No hay programas de responsabilidad social empresarial para hijos de padres trabajadores.</p>	<p>programas que promuevan actividades físicas, sociales y cognitivas en los niños y niñas de 6 a 11 años. - Deficiente calidad en la educación y en la preparación ética y vocacional de los docentes. - Inadecuada infraestructura, deficiente recurso humano y de recursos técnicos pedagógicos en las instituciones educativas. - Aspectos culturales e imaginarios sociales que promueven el trabajo infantil, la deserción escolar, el manejo inadecuado de la sexualidad, el uso de drogas, la explotación sexual, entre otros. - Falta de redes de apoyo y de programas dirigidos a la</p>		<p>a la pérdida de valores 3. Pérdida de conciencia acerca del concepto de familia 4. No existen programas de formación acordes a las oportunidades laborales actuales</p>	<p>autocuidado. 3 Inadecuada uso del tiempo libre. 4. Falta de compromiso familiar de roles. 5. Falta de formulación de políticas de familia con enfoque equidad de género 6. No reconocimiento a la población en condición de discapacidad en proyectos productivos e inclusión social.</p>	<p>5. Falta de programas de protección enfocados a la familia con pautas de cuidado respeto y afecto.</p>

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
		familia, los escolares, los profesores, otros cuidadores y a la comunidad en general que eliminen paradigmas sociales y promuevan el desarrollo de los niños y niñas en situaciones o condiciones especiales. Por ejemplo: discapacidad, víctimas del desplazamiento, grupos étnicos, entre otros.				

CATEGORIA DE DERECHO: PROTECCION

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
Protección	EFFECTOS: Deficiente desarrollo de las habilidades físicas, sociales y cognitivas en los niños y niñas. Embarazo en edad temprana. Problema. Débil protección de la familia por el estado para la población de 0 a 5 años Causas Ambientes nocivos. Ambientes violentos. Falta presencia del estado y sector privado. Falta de programas integrales de prevención y atención frente a desastres Inadecuada red de	EFFECTOS: - Deficiente desarrollo de las habilidades físicas, sociales y cognitivas en los niños y niñas de 6 a 11 años. - Embarazo en edad temprana. - Deserción escolar - Uso de sustancias psicoactivas - Enfermedades de transmisión sexual PROBLEMA: EXPLOTACIÓN INFANTIL. CAUSAS: - Imaginario social y cultural que valida el trabajo infantil en algunas de sus manifestaciones como una forma de desarrollo de responsabilidades y apoyo a la familia. - Carencia de recursos	EFFECTOS: 1. Muertes violentas de adolescentes 2. Rechazo social a los grupos organizados de adolescentes. 3. Deserción Escolar 4. Explotación laboral PROBLEMA: Pertenecer a grupos al margen de la ley, menor trabajador, contraventor, pandillas CAUSAS: 1- Falta de ingresos en el hogar. 2- Bajas remuneraciones de los padres. 4- Falta de espacios recreativos, culturales y deportivos en los municipios.	EFFECTOS: 1. Mujeres cabeza de familia, maltrato y abuso sexual 2. Enfermedades de origen profesional 3. Alteraciones mentales: depresión, suicidio PROBLEMA: Falta de oportunidades y calidad en la educación con riesgos de ingreso a grupos al margen de la ley CAUSAS: 1. No hay acceso a la educación y presencia de bachillerato clásico 2. Dependencia, tradición cultural y costumbre. 3. Desconocimiento de la seguridad social integral y	EFFECTOS: 1. Situaciones o escenarios violentas - adultos desprotegidos 2. Muertes Violentas 3. Farmacodependencia PROBLEMA: ADULTOS EN SITUACION DE VULNERABILIDAD en escenarios violentos (Personales, familiares, social/comunitario, institucionales y laborales). CAUSAS: 1. Falta de oportunidades y condiciones que le permitan al adulto desarrollar ingresos para su estabilidad personal y familiar 2. Falta de generación de empleo acorde al entorno municipal y sin la seguridad social completa, (evasión, elusión), 3. Ausencia de factores protectores	EFFECTOS: 1. Maltrato 2. Soledad 3. Depresión 4. Discriminación PROBLEMA: ABANDONO SOCIAL CAUSAS: 1. Falta programas de gobierno específico para el adulto mayor. 2. Falta de hogares para el cuidado y desarrollo del adulto mayor 3. Pérdida del valor del respeto y protección hacia los mayores. 4. Falta de tiempo para el cuidado de los abuelos

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
	<p>cuidadores Falta de espacios recreativos seguros. Ambientes insalubres. Familias disfuncionales Falta de programas de intervención integral psico-social a la familia del niño, niña o mujer maltratada. Mendicidad. - Cuidadores no adecuados. - Maltrato físico. - Papas sin preparación y capacidad para educar hijos. - Hijos no planeados. - Bajos ingresos y condiciones sociales, culturales y económicas pobres. - Desarticulación de los actores. Agua no apta</p>	<p>económicos y adecuados ambientes sociales que promueven la explotación infantil como un medio de obtención de recursos. - Deficientes recursos técnicos, legales y humanos para implementar medidas de prevención, control y sanción ante casos de explotación infantil.</p>		<p>sus beneficios 5. Faltan condiciones laborales adecuadas, asociadas al trabajo informal.</p>	<p>de autonomía y protección.</p>	

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
	para el consumo. - Viviendas inadecuadas. - Mala disposición de basuras. Marginalidad. - Falta de infraestructura sanitaria. - Falta de planeación. Abandono del estado. - Falta de equidad en la distribución de recursos. - No sabemos elegir a nuestros dirigentes. Falta de articulación entre programas de gobierno- familia - cultura.					

CATEGORIA DE DERECHO: CIUDADANIA

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
Ciudadanía	<p>Efecto Falta de acceso a programas sociales</p> <p>Problema. No reconocimiento del niño a la ciudadanía</p> <p>Causas. Deficiente Accesibilidad. Deficientes servicios sociales. Desconocimiento de derechos. Pobreza... Baja escolaridad</p>	<p>EFFECTOS: Existe un marco legal amplio el cual no tiene un mecanismo de seguimiento y evaluación Falta de oportunidad para participar en la toma de decisiones Desconocimiento de los derechos y deberes de los niños y niñas y familias Los niños y las niñas no pueden ejercer sus derechos y convivir en comunidad .</p> <p>PROBLEMA: FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS COMO SUJETOS DE DERECHOS</p> <p>CAUSAS: - Desarticulación de los programas gubernamentales - Falta de espacios</p>	<p>EFFECTOS: 1.Adolsecetes desinteresados en pertenecer y desvinculados de la instituciones del territorio</p> <p>PROBLEMA. Edad límite generadora de ambivalencias entre lo permitido y no permitido legalmente entre lo deseado y no deseado.</p> <p>CAUSAS: 1. Falta de una red de apoyo Transitoria que atienda oriente a los adolescentes. 2. No hay articulación entre las diferentes instituciones públicas, privadas e internacionales</p>	<p>EFFECTOS: 1. Organizaciones juveniles 2. Grupos al margen de la ley 3. Poca participación ciudadana</p> <p>PROBLEMA: Pérdida de credibilidad en las instituciones gubernamentales.</p> <p>CAUSAS: 1. Grupo abandonado por parte del gobierno 2. Epicentro de acciones de los violentos 3. Problemas de corrupción</p>	<p>EFFECTOS: 1. Desaprovechamiento y poca participación en las Asociaciones de usuarios, veedurías, Juntas de Acción Comunal, espacios de debate público 2. Toma de decisiones públicas con un interés particular y beneficio a minorías. 3. Desinterés en los procesos de elección por voto popular</p> <p>PROBLEMA: Falta de conciencia ciudadana y poco compromiso colectivo.</p> <p>CAUSAS: 1. Falta de Programas de orientación para ejercer la ciudadanía de manera responsable, con sus consecuencias. 2. Desconocimiento de los derechos y deberes de los</p>	<p>EFFECTOS: 1. Manipulación para la participación electoral. 2. No goce efectivo de los derechos</p> <p>PROBLEMA: Desconocimiento de los derechos de los adultos mayores</p> <p>CAUSAS: 1. Manipulación del papel ciudadano del adulto mayor. 2. Falta de participación de los adultos mayores en la conformación de grupos organizados. 3. Falta de adopción e implementación de la Ley de Vejez y la política publica</p>

CATEGORIA DE DERECHO	ETAPA DE CICLO DE VITAL					
	1a. INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTO	ADULTO MAYOR
		adecuados de participación social de los niños - Desconocimiento de las normas cívicas - Perdida de valores de la sociedad	que trabajan con adolescentes		ciudadanos	