



PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CARTAGENA 2012

CARLOS OTERO GERDTS
Alcalde Mayor de Cartagena (D)

TOMAS RODRIGUEZ MANOTAS
Director DADIS

KATTYA MENDOZA SALEME
Director Operativo de Salud Pública

ELABORADO POR:

WALTER A. TORRES VILLA
Profesional Especializado

MAYELIS GUERRERO GOMEZ .ENF
Profesional Especializado

RAQUEL MERCADO SALCEDO
Profesional Especializado

**PROGRAMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD – DADIS
CARTAGENA DE INDIAS D. T. y C
2013**

AGRADECIMIENTOS

Dra. Kelly Hodeg Durango	Directora Operativa de Planeación y Desarrollo
Dr. Abraham Curi Vergara	Director Operativo de Vigilancia y Control
Dr. Alberto Soto García	Director Operativo de Aseguramiento
Dra. Diana Pereira	Oficina de Participación Ciudadana
Dr. Roberto Martelo	Director Administrativo y Financiero
Dr. Álvaro Cruz Quintero	Director del Centro Regulador del emergencias y desastres - CRUED
Dra. Jovanna Vallejo Plaza	Líder del programa de Vigilancia en Salud Pública
Lic. Luisana Cárcamo Marrugo	Líder del programa de Tuberculosis y Lepra
Dra. Ángela Armesto	Líder del programa de Salud Mental
Lic. Edelia Pájaro	Líder del programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI
Dr. Jorge Luis Morelos	Líder del programa de Ambiente y Salud
Dr. Gustavo Orozco	Líder del programa de Medicamentos y Alimentos
Dra. Claudia Velásquez Aguas	Líder del programa de SSR
Dra. Liz Karime Morales Aguas	Referente Crónicas no transmisibles
Lic. Diana Palmett	Referente de Maternidad Segura
Dra. Viviana Barrios	Referente de Inmunoprevenibles
Dr. Carlos Guerra	Referente de vectores
Dra. Adriana González Orozco	Referente de ITS
Dra. Sandra Zúñiga Rivas	Referente de Zoonosis
Dra. Elizabeth López	Profesional de apoyo a grupo Sivigila y SIANIESP
Tec. Delis Bonet	Técnico en Sivigila
Tec. Eleicy Flores Castrillo	Técnico en Salud

REVISION GENERAL

Dr. Tomas Rodríguez Manotas	Director DADIS
Dr. Walter Torres Villa	Profesional Especializado

Tabla de contenido

	TEMA	Pág.
	Introducción	4
1	Justificación	5
2	Objetivos	6
2.1	Objetivo general	6
2.2	Objetivos específicos	6
3	Caracterización del territorio	7
3.1	Aspectos generales	7
3.2	Conformación político administrativa	11
3.3	Localidades	14
3.4	Descentralización en salud	14
3.5	Organización del sector salud en el distrito turístico y cultural de Cartagena	15
4	Morbilidad general	30
4.1	Morbilidad por consulta externa médica – Año 2012	30
4.2	Consulta médica de urgencias - Año 2012	32
4.3	Morbilidad odontológica por consulta externa	36
4.4	Consulta odontológica de urgencias – Año 2012	39
5	Programa Ampliado De Inmunizaciones - PAI	43
6	Morbilidad de eventos bajo vigilancia en salud pública	44
6.1	Accidente ofídico	44
6.2	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	46
6.3	Leptospirosis	47
6.4	Infecciones Transmitidas Sexualmente en Cartagena año 2012	51
6.5	Inmunoprevenibles	64
6.6	Evento Adverso Suspeestamente Atribuido a Vacuna o Inmunobiológico	67
6.7	Tuberculosis	69
6.8	Lepra	77
6.9	Enfermedades Transmitidas por Vectores	80
6.9.1.	Dengue	80
6.9.2	Malaria	83
6.9.3	Leishmaniasis	85
6.10	Mortalidad Asociada a Desnutrición	86
6.11	Maternidad segura	87
6.12	Violencia intrafamiliar	99
6.13	Leucemias Pediátricas	102
6.14	Hipotiroidismo congénito	104
6.15	Malformación congénita	104
6.16	Intoxicaciones	106
6.17	Lesiones por pólvora	110
6.18	Enfermedades Transmitidas por Alimentos o agua	112
6.19	Salud mental	115
7	Mortalidad	119
7.1	Mortalidad general de causa natural	119
7.2	Muertes de Causa Externa	127
7.2.1	Homicidios	128
7.2.2	Muertes por accidente de tránsito	131
7.2.3	Muertes No Intencionales	134
7.2.4	Muertes por Suicidio	136
	Bibliografía	140



ALCALDÍA MAYOR
DE CARTAGENA

Introducción

En el presente trabajo se expone la situación de salud de Cartagena, utilizando la información sobre mortalidad según la causa de defunción, morbilidad según el reporte de la vigilancia en salud pública y demás información necesaria para entender la dinámica actual y así poder reorientar las intervenciones con el ánimo de promover y proteger la salud pública.

Las acciones en salud obligan a la rentabilidad financiera pero de igual manera al bienestar social es decir a la relación costo efectividad y costo beneficio, estrategias como AIEPI, maternidad Segura, Movilización Social para generar cambios conductuales para contrarrestar la transmisión de enfermedades transmisibles, la inclusión de nuevas vacunas se han convertido en políticas de estado local que significativamente cambiaran la tendencia epidemiológica del Distrito.

El distrito de Cartagena en los últimos 25 años ha experimentado una transformación compleja de sus condiciones de salud, estos cambios han tenido profundas repercusiones en la organización de los servicios de salud y otros tipos de servicios que influyen en el desarrollo social de una ciudad como Cartagena, las enfermedades transmisibles, la desnutrición y los problemas de la salud reproductiva mantienen su predominio.

Este documento, además, puede erigirse como patrón de referencia para la toma de determinaciones y decisiones, es decir, que puede ser utilizado como un instrumento que permita adoptar u orientar conductas que logren mejorar el *Status Vivendis* de la población Cartagenera y también dinamizar, agilizar y modernizar los procesos de salud en la ciudad.

La utilidad de los perfiles en epidemiología, como un proceso en la toma de decisiones relativas a la organización y la gestión de los servicios de salud, que se presta actualmente en un municipio, es medida en que los servicios tengan como objetivo final atender las verdaderas necesidades de una población, la Epidemiología y la gestión son socios, aliados lógicos. Las decisiones relativas a la asignación de recursos, a la definición de las prioridades y a los objetivos que los servicios quieren lograr no pueden tomarse sin una base de información que permita conocer los problemas y su distribución en la población objetivo.

1. JUSTIFICACION

Los profesionales de la salud, y las entidades prestadoras y las administradoras de los recursos del sistema de seguridad social en salud actual, deben aceptar el análisis riguroso de esos datos, para determinar cuáles son las variaciones aceptables y las que deben eliminarse.

El perfil epidemiológico no sustituye ni sustituirá la decisión; su papel es introducir más racionalidad en la toma de decisiones. Los campos en los que puede influir son numerosos:

- 1) En las políticas públicas de salud, apoyando la definición de prioridades, objetivos y estrategias.
- 2) En la configuración de los servicios, examinando las consecuencias de la integración de los servicios en los programas.
- 3) en las prácticas de los profesionales, estudiando las variaciones de la eficacia y de la eficiencia.
- 4) en las prácticas de la gestión.
- 5) en las prioridades de investigación. Esa contribución es necesaria tanto en el contexto de la disminución de recursos disponibles, que caracteriza a los países ricos, como en el contexto del aumento de las inversiones en el sector de la salud, que ocurre en los países de América Latina que han estado controlando la inflación y crecieron.

Por consiguiente, el desafío es lograr políticas y estrategias que tengan un mayor impacto en el bienestar de las poblaciones.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

2.1.1. Realizar una aproximación al Diagnóstico de la Situación de salud de la población Cartagenera, teniendo en cuenta el análisis de los factores de riesgo, morbi-mortalidad, indicadores de vigilancia centinela, para la visualización de los aspectos de servicios de salud, las necesidades en salud y utilizar las herramientas necesarias para la planeación de acciones de salud en el Distrito.

2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Analizar los factores de riesgos de la población, teniendo en cuenta a la distribución de frecuencias, número de casos, porcentajes, proporciones de incidencia y prevalencia de la demanda de servicios de atención en salud de la población Cartagenera

2.2.2. Presentar el comportamiento y seguimiento epidemiológico a los indicadores de vigilancia para establecer estrategias de calidad e intervención en el distrito de Cartagena.

2.2.3. Analizar la situación demográfica de la población Cartagenera, teniendo en cuenta el comportamiento local de los indicadores demográficos del distrito.

2.2.4. Establecer los patrones de salud y enfermedad y desarrollo de las mismas, identificando los factores que predisponen la presencia de las mismas.

2.2.5. Dar a conocer las metas de acción de protección específica y detección temprana, comparando con los niveles del orden nacional, exigiendo los ajustes y replantear estrategias de mejoramiento en la población.

2.2.6. Describir la oferta y demanda de servicios de salud que actualmente se viene llevando en la población Cartagenera.

3. CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO

3.1. Aspectos generales

3.1.1. Geografía

El Distrito Cultural y Turístico de Cartagena de Indias, funge como capital del Departamento de Bolívar desde su creación, es ante todo una ciudad histórica y turística, fundada en 1.533 por Pedro de Heredia, alcanzando su independencia de la corona española el 11 de Noviembre de 1811, fecha que se celebra cada año dentro del marco de las fiestas tradicionales del 11 de noviembre y el Concurso Nacional de Belleza, lo cual mantiene un flujo turístico importante en la ciudad. Esto, sumado a su condición de ciudad costera con grandes atractivos naturales, la convierte en un destino turístico importante tanto nacional como internacional. Cartagena fue declarada Patrimonio Histórico y Cultural de la Humanidad por la UNESCO en el año 1985 y erigida como Distrito mediante el Acto Legislativo N° 1 de 1987. En el año 2004 se hizo su reglamentación mediante la Ley 278 del Congreso de la República, modificada por la ley 1617 de 2013.

Está localizada al norte de la República de Colombia, sobre el Mar Caribe, dentro de las coordenadas 10 Grados 25'30" de latitud norte y 75 Grados 33' 50" de longitud oeste, a una altitud de 5 metros sobre el nivel del mar. Es la capital del Departamento de Bolívar, se encuentra a una distancia aérea de 600 kilómetros y por carretera de 1.204 km de Bogotá, Capital de Colombia. Limita al Norte con el Mar Caribe, al Sur con el municipio de San Onofre, al Este con Santa Catalina, Santa Rosa, Turbaco y Turbana y al Oeste con el Mar Caribe.

Cartagena cuenta con un área de 60.900 has, de las cuales 7.590,8 (el 12.5%) corresponden a suelo urbano y 53.309 has a suelo rural (87.5%). El área total, de 623 Km², equivale a 2.3% del total de la extensión del departamento de Bolívar (24.978 Km²). Su población según cifras del DANE para el 2012 estaba en 967.103 habitantes, y estimada para el año 2013 en 978.600 se concentra en el área urbana donde reside aproximadamente el 95.5% (934.563 habitantes) y el 4.5% (44.037) restante vive en el área rural e insular. Ver mapa 1.

Mapa 1. Ubicación del departamento de Bolívar en Colombia



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital

3.1.2. **Clima**

Cartagena de Indias tiene un clima tropical cálido-húmedo influenciado por fenómenos climatológicos como los vientos Alisios entre diciembre y marzo, con períodos de lluvia y períodos secos. Las temperaturas medias varían entre 24°C y 32°C, suavizadas por los vientos marinos del noreste; la humedad relativa promedio es del orden del 76% y las lluvias están distribuidas durante el año en dos períodos, entre marzo y junio; y de agosto a noviembre, alternados con épocas secas como el denominado “Veranillo de San Juan”. Las tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

Aunque el clima tiende a ser caluroso, generalmente todo el año, siempre es ventoso, de lo que resulta un clima soportable e incluso confortable. Los meses de

noviembre a febrero son los más ventosos del año, resultado en un extra enfriamiento, a las temperaturas de esos meses del invierno boreal.

Cartagena de Indias, aunque es una ciudad caribeña marítima, muy raras veces es tocada por huracanes que si afectan a otras ciudades del Caribe como La Habana, Santo Domingo, Cancún, Kingston, San Juan. La razón de ello es que la ciudad se encuentra al sur de la ruta de los huracanes.

3.1.3. Hidrografía

El Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias es un ente territorial con diversidad geográfica extrema, la máxima extensión de su territorio se encuentra ubicado en la zona rural y de esta, un número muy representativo lo conforman, además de las zonas costeras, las islas e islotes que tiene su jurisdicción. Más allá del concepto de ciudad bahía, Cartagena es una gran llanura a nivel del mar, dominada por el Cerro de la Popa, bañada en toda su parte nororiental por el Mar Caribe, e internamente circundada por numerosos cuerpos de agua, dentro del cual se destaca la Ciénaga de la Virgen, la cual recibe afluentes como son los de Arroyo Grande y Cucumán desde Turbaco, y otros cuerpos de agua como son las canalizaciones de diversas cursos de agua de la ciudad. Su ubicación y extensión han hecho pensar en la posibilidad de un sistema interno de transporte masivo basado en la conectividad de estos cuerpos de agua. El cerro de la Popa y la formación rocosa de Punta Canoa, son los accidentes geográficos más importantes.

3.1.4. Educación en Cartagena

De acuerdo con la información, manejada por la agencia nacional para la Superación de la Pobreza Extrema, la tasa de alfabetismo (mayores de 5 años) en Cartagena es de 91%. El acceso a la educación se evalúa a través de los indicadores tasa de cobertura bruta (118,88% en el 2011) que relaciona la totalidad de los alumnos matriculados en instituciones privadas y públicas de calendario A y B en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y media, con la población total entre 5 y 16 años. La tasa de cobertura neta (96,11% en el 2011) relaciona la totalidad de alumnos entre 5 y 16 años matriculados en instituciones educativas públicas o privadas de calendario A o B, con respecto a la población total de Cartagena en el mismo grupo de edad.

Por nivel educativo, la mayor cobertura neta se presenta en primaria (113,27%), secundaria (98,27%) y preescolar (78,78%).

3.1.5. Empleo y salario

La Tasa de desempleo en el 2011 fue de 8,8%, así, de cada 100 cartageneros, aproximadamente 9 están desempleados. La tasa de subempleo fue 36% y la tasa de informalidad del 59,4%. A Diciembre de 2007 Cartagena presentaba una tasa de desempleo del 13,6 por ciento.

Los sectores comercio, hoteles y restaurantes se consolidaron como los mayores aportantes de empleo en la ciudad, junto con el sector servicios, en conjunto aportan más de 200 mil empleos. La industria manufacturera aporta algo más de 46 mil empleos, la construcción registra 27 mil y las actividades inmobiliarias 24 mil.

3.1.6. Pobreza

La incidencia de la pobreza que se presenta se refiere al porcentaje de la población con ingresos inferiores al valor de una canasta de bienes, que ya no sólo incluye alimentos, sino también vivienda, vestuario, educación, esparcimiento, entre otros.

En el último decenio, la pobreza en Cartagena se ha mantenido en niveles relativamente altos, observándose un empeoramiento en la distribución del ingreso. Según el último informe de la evolución distrital de las Metas de Desarrollo del Milenio, la incidencia de la pobreza en Cartagena paso del 36% en 2009 (MESEP, 2009) al 34.2% (PNUP, 2012), y la pobreza extrema evolucionó en ese mismo periodo del 8.9% al 6.2%. No obstante esta ostensible mejoría en las líneas de pobreza e indigencia, el coeficiente de Gini que mide la desigualdad en los ingresos ha venido empeorando, situándose en 0.52 desde el año 2009.

3.1.7. Medios de transporte

Cartagena tienen una gran dificultad de vías, debido a la estreches de las mismas y alto volumen de vehículos que diariamente circulan, fenómeno este que se ha agravado con el incremento del mototaxismo como alternativa informal al transporte público. A pesar de las dificultades de sus vías internas el transporte terrestre es el de mayor incidencia en la generación de la actividad de la ciudad, de igual forma es la actividad con la cual se relaciona el mayor número de pacientes politraumatizado. Existe además un intenso accionar de transporte marítimo hacia las islas e islotes, tanto en lanchas, como embarcaciones de pequeño calado. Cartagena es uno de los puertos marítimos más importante del país: La actividad portuaria es intensa, desde todas partes del mundo, siendo destacada la que mueve el turismo, Cartagena se une con el resto del país por el río Magdalena canal del dique, por la carretera de la costa y a través del aeropuerto de la ciudad conocido como Aeropuerto Internacional



Rafael Núñez de Cartagena, con vuelos diarios a Bogotá, Medellín, Cali y varias rutas internacionales hacia Norteamérica y Europa.

A pesar de las dificultades de sus vías internas, el transporte terrestre es el más usado al interior del Distrito, la congestión vehicular al interior de la ciudad es casi permanente, no obstante haber mejorado ostensiblemente su sistema de interconexión vial interno, hacia algunos actores que antes carecían de una vía en buen estado, de tal forma que sectores que se han poblado densamente en los últimos cuentan con vías de acceso pavimentadas y en buen estado, eso cubre sectores de la localidad 3 que comprende barrios como los Jardines, la Montañita, Ciudadela 2.000, Villa Corelca, Nelson Mándela, entre otros. De igual el acceso a los corregimientos hoy se hace por vías nuevas y pavimentada, es el caso de manzanillo del mar, punta canoa, arrollo de piedra, pasacaballos, etc. Actualmente la administración está en el proceso de construir la vía que penetra a la isla de Barú; como una prolongación de la carretera interna del corregimiento de Pasacaballos, es válido comentar que el proyecto denominado Sistema Transcribe aunque surgió como una solución para los problemas de movilidad urbana en el Distrito se ha convertido en una tortura para los ciudadanos y presenta atrasos de casi dos (2) años y un tiempo aproximado de ejecución de siete (7) años.

Cartagena es una ciudad por excelencia portuaria, con barrios muelles de carga y turísticos, permanentemente llegan barcos navieros, turísticos y mercantes provenientes de Asia, Norte América y Europa

3.2. Conformación político administrativa

Por todas las características, población, productividad tributaria propia y por su condición de ente territorial especial Cartagena está definida como una entidad territorial de categoría especial.

De acuerdo al Decreto 873 de agosto 9 de 1995 se adecua la división Territorial del distrito de la siguiente manera:

El Distrito de Cartagena, a partir de 1997 hasta 1998, estuvo dividida administrativamente en cinco (5) Zonas, correspondientes a cinco Alcaldías Menores, según lo dispuesto en el Acuerdo Distrital N° 19/97, sin embargo esta división político administrativa fue declarada inexecutable por el Concejo de Estado.

El artículo 318 de La Constitución Política de Colombia y el 117 de la Ley 136 de 1994, establecen que el territorio municipal se puede dividir en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las zonas rurales, esto a



fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos de carácter local.

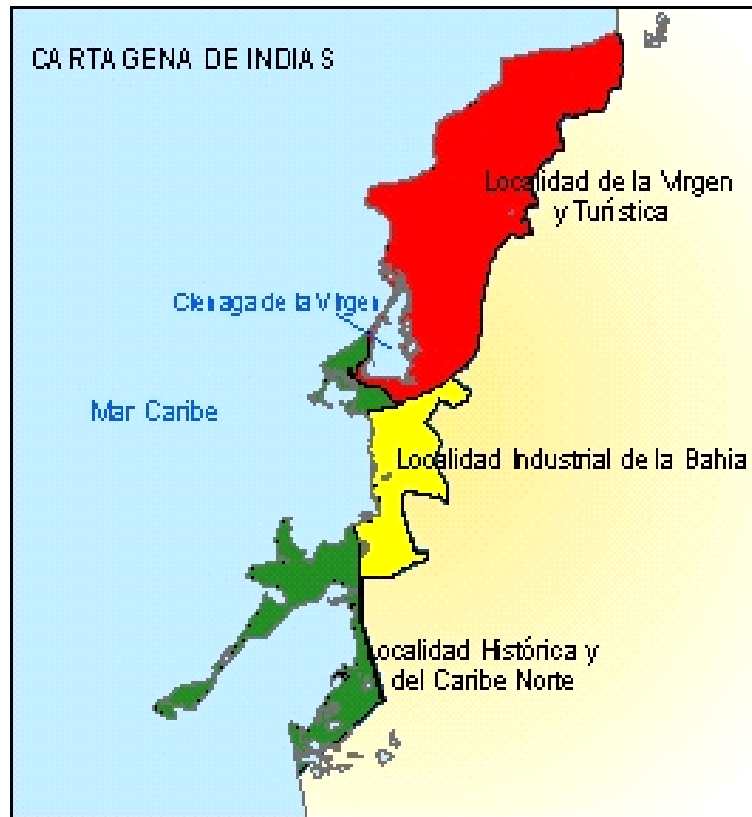
En cada una de estas comunas y corregimientos existe una Junta Administradora Local cuyos miembros se escogen por elección popular, y cumplen las funciones que están establecidas en el mencionado artículo 318 constitucional. En municipios de categoría especial como Cartagena, las comunas deben ser organizadas con no menos de 10.000 habitantes.

Las autoridades administrativas de los corregimientos se denominan Corregidores, quienes coordinadamente con la participación de la comunidad, cumplen las funciones de inspectores de policía y las que le deleguen los Alcaldes. Estos corregidores son designados por los alcaldes, de ternas que les presentan las respectivas juntas administradoras locales. En el Distrito de Cartagena, a través del Acuerdo 19 de 1997 se dividió el territorio distrital en 15 comunas y 15 corregimientos, estableciéndose igualmente su denominación y límites territoriales.

En el área urbana se considera como Comuna a la división del territorio urbano distrital, que tiene como propósito el mejoramiento de la prestación de los servicios y la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos de carácter local.

Para el cumplimiento de lo anterior la ciudad se divide en una unidad mínima que se denomina Barrio y que comprende a los sectores residenciales que tienen una identidad y unos límites geográficos claros. Estos sectores residenciales mediante su asociación comunitaria o vecinal pueden constituir una Junta de Acción Comunal para adquirir una organización social legítima que es reconocida oficialmente por el municipio. Se considera como la unidad mínima de organización de las zonas urbanas y el barrio como unidad básica de la organización territorial local, las comunas existentes según el acuerdo 19 de 1997 son las que se indican a continuación. Ver mapa 2.

Mapa 2. División política del distrito de Cartagena



Fuente: Secretaría de Planeación Distrital

De igual forma encontramos una serie de islas, penínsulas y cuerpos interiores de agua, que conforman el área insular y un área continental. Estas condiciones y la presencia de los cuerpos de agua, hacen de Cartagena una ciudad con características morfológicas especiales y un hermoso paisaje natural pero al mismo tiempo lo constituyen en un sistema de gran fragilidad ambiental.

Cartagena hace parte del ZODES DIQUE, en la organización política administrativa asumida por el departamento de Bolívar, para efectos del desarrollo sectorial. El ZODES DIQUE lo conforman además del distrito de Cartagena, los municipios de Arjona, Calamar, Clemencia, Mahates, San Cristóbal, San Estanislao de Kostka, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Soplaviento, Turbaco, Turbana, Villanueva, Arroyo Hondo. El principal accidente geográfico lo constituye el Canal del Dique. Los pisos térmicos son cálidos y la fertilidad de los suelos es moderada, con susceptibilidad a la erosión. Estos suelos, sin embargo, están sub-utilizados en la actividad pecuaria, en detrimento de las explotaciones agrícolas. Entre los factores

que limitan el crecimiento y desarrollo de las actividades agrícolas se destaca la cercanía a Cartagena, por lo que prevalece el empleo industrial y manufacturero.

3.3. Localidades

Actualmente, de acuerdo a la última organización de la estructura político administrativa, el Distrito está dividido en 3 regiones de características geográficas con polos de desarrollo perfectamente diferenciados.

En la Localidad Histórica y del Caribe Norte se concentra el 39% (n=378.424) de la población Cartagenera; en las Localidades Industrial y de la Bahía y Virgen y Turística se concentran un 31% (n=301.630) y 30% (n=287.049) respectivamente. Ver tabla 1.

Tabla 1. Distribución de la Población por Localidades en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias – Año 2012

No.	Localidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Histórica y Caribe Norte (1)	378.424	39%
2	Virgen y Turística(2)	287.049	30%
3	Industrial de la Bahía(3)	301.630	31%
	Total	967.103	100%

Fuente: Oficina de Planeación y desarrollo DADIS

3.4. Descentralización en salud

El Distrito de Cartagena fue certificado como ente descentralizado por el Ministerio de Salud mediante Resolución No 5221 de agosto de 1990, bajo el esquema del Ley 10 de 1.990.

Desde el año 1.992 maneja de manera autónoma los recursos del sector salud de primer nivel, segundo y tercer nivel de atención en Salud.

El DADIS, Departamento Administrativo Distrital de Salud, ha venido realizando funciones de dirección desde el año 1.993 desde su creación como un ente semiautónomo de conformidad con el Acuerdo 080 de diciembre 23 del 93. Su organización y naturaleza ha sido modificada por actos administrativos subsecuentes, en los años 2.001, mediante el Decreto 0418 del 29 de junio de 2001 y en el año 2.003 por el decreto 343 de Junio del 2.003. Sin embargo, estos proceso de ajuste institucional no se han hecho de cara a las complejidad del sector salud; si



no que obedecen a criterios financieros del ente territorial, Acuerdo de Reorganización de la deuda pública del Distrito, en donde se halla inmerso el DADIS como una dependencia adscrita al despacho del Alcalde.

Durante las vigencias de la Ley 60/1993, la dirección Distrital de salud se hizo bajo la figura del Distrito Integrado de Salud de Cartagena, que a su vez fue una regional del departamento de Bolívar.

La Descentralización en salud y la asunción de competencias territoriales en este sector social en el Distrito de Cartagena, se dio sin realizar la preparación institucional, humana, técnica y económica que requería la ciudad, para el adecuado cumplimiento de tal responsabilidad. Desde el mismo año 1.994, año en que comenzó el proceso de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Cartagena, con la operación autónoma del primer nivel de atención en salud, desde la Dirección Distrital de Salud, se debió iniciar el proceso de fortalecimiento institucional de las DDS y de las unidades hospitalarias que articulan la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, condiciones indispensables que requería y precisa aun esta gran responsabilidad.

La planeación que se requería desde el proceso de asunción de competencias, y que aún es necesaria, para organizar, en debida forma, la oferta de servicios asistenciales de la salud en Cartagena, debe estar acorde no solo con la población objeto pobre y vulnerable asegurada y no asegurada; con el escenario económico del sector y la administración distrital. Y lógicamente con los presupuestos de las necesidades que se desprenden de la diversidad política administrativa de sus localidades y las características sui generis de la conformación ambiental y geográfica del distrito de Cartagena.

La única Empresa Social del Estado creada durante el proceso de descentralización, ha sido la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, entidad de baja complejidad, la cual inicialmente se hizo como tres entidades, que luego se fusionaron en lo que es la actual Empresa.

3.5. Organización del sector salud en el distrito turístico y cultural de Cartagena

El Distrito de Cartagena fue certificado como ente descentralizado por el Ministerio de Salud mediante Resolución No 5221 de agosto de 1990, bajo el esquema de la Ley 10 de 1.990. Desde este año se halla certificado para el manejo autónomo de los servicios de salud y su financiación.

El funcionamiento del sistema actual de salud de Cartagena obedece a la organización generada de manera análoga a cómo se organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud a nivel nacional: Es decir, en la cabeza del sistema está la máxima autoridad ejecutiva, el Alcalde Distrital, el cual delega en la DLS Dirección Local de Salud (En el caso de Cartagena el Departamento Administrativo Distrital de Salud DADIS), las competencias para operativizar las responsabilidades del sector en la jurisdicción. El Distrito por ser un ente territorial de naturaleza especial organiza la prestación servicios asistenciales en salud de baja, media y alta complejidad, de igual forma realiza el proceso integral de aseguramiento y las acciones de promoción y prevención en salud y la vigilancia y control del sistema.

Estas responsabilidades son complejas y muy exigentes en un ente territorial que posee una población de algo más de un millón de habitantes; no solo para efectos de garantizar el acceso a la atención en salud o para el aseguramiento (régimen subsidiado) sino también para efectos de la operativización de las acciones de salud pública y de vigilancia y control a los actores del sistema: EPS IPS, Cajas de Compensación, etc.

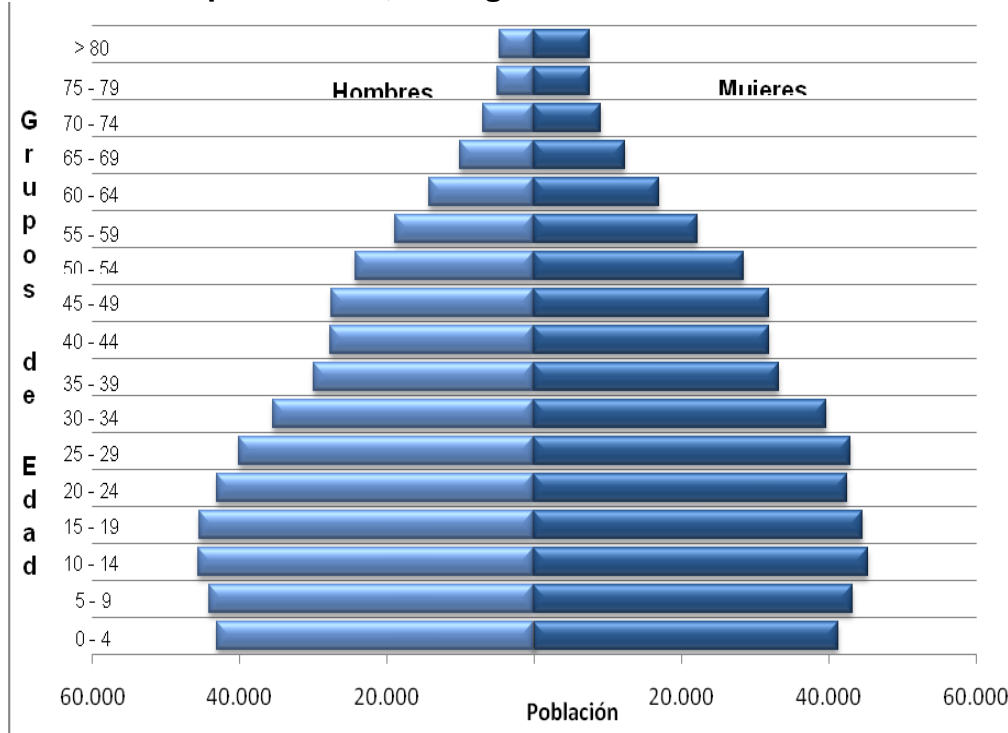
3.5.1. Análisis de la población y demanda de servicios de salud

El análisis de la población se aborda desde su distribución y dinámica demográfica, perfil epidemiológico y exposición a factores de riesgos producto de los determinantes sociales de la salud. Como demanda de servicios se entienden las necesidades de servicios de salud, las cuales se consideran proporcionales al tamaño de la población y características demográficas, socioeconómicas y culturales, dispersión geográfica, ruralidad, entre otras (OPS 1999). El análisis de demanda se aborda desde la demanda atendida y potencial.

3.5.2. Distribución y dinámica demográfica

La pirámide poblacional del distrito de Cartagena tiene una forma progresiva *progresiva, triangular, de parasol o pagoda*: indica una destacada importancia de población joven, con una base ancha por las altas tasas de natalidad, y una rápida disminución de la población conforme nos acercamos a la cima (es decir, con una reducción del número de ancianos), por unas tasas de mortalidad elevadas en adultos mayores y una esperanza de vida bajas. Ver grafica 1.

Grafico 1. Pirámide poblacional, Cartagena – Año 2012



Fuente: Proyecciones poblacionales DANE-Censo 2005

Teniendo en cuenta la estructura poblacional del distrito de Cartagena para el año 2012 se evidencia que el grupo quinquenal de 10 a 14 años es quien observa el mayor porcentaje con un 9,4% (n=90.945), seguido del grupo de 15 a 19 con un 9,3% (n=90.100), el tercer lugar lo ocupó el rango de 5 a 9 años con un 9,0% (n=87.400), el cuarto y quinto lugar le correspondió a los grupos de 20 a 24 y de 0 a 4 años con un 8,8% (n=85.529) y 8,7% (n=84.440) respectivamente. Los menores porcentajes los ocuparon los rangos de 75 a 79 años de 80 y mas con un 1,3% (n=12.271) para cada uno. Ver tabla 2.

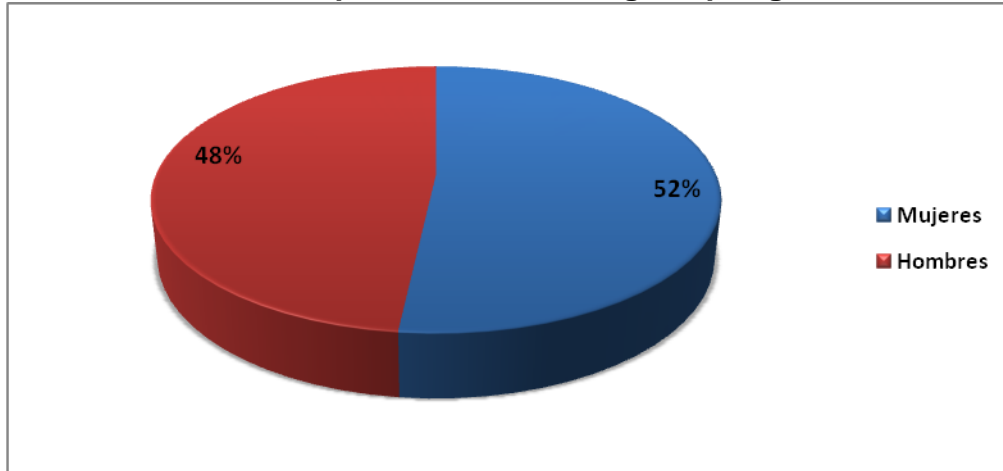
Tabla 2. Estructura poblacional de Cartagena – Año 2012

No.	Rango de edad	Hombres	Mujeres	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia Relativa acumulada
1	0-4	43.092	41.348	84.440	8,7%	8,7%
2	5-9	44.213	43.187	87.400	9,0%	17,8%
3	10-14	45.566	45.379	90.945	9,4%	27,2%
4	15-19	45.554	44.546	90.100	9,3%	36,5%
5	20-24	43.053	42.476	85.529	8,8%	45,3%
6	25-29	40.177	42.979	83.156	8,6%	53,9%
7	30-34	35.509	39.604	75.113	7,8%	61,7%
8	35-39	29.999	33.257	63.256	6,5%	68,2%
9	40-44	27.734	31.875	59.609	6,2%	74,4%
10	45-49	27.531	31.864	59.395	6,1%	80,5%
11	50-54	24.287	28.472	52.759	5,5%	86,0%
12	55-59	18.867	22.139	41.006	4,2%	90,2%
13	60-64	14.326	16.931	31.257	3,2%	93,5%
14	65-69	10.028	12.349	22.377	2,3%	95,8%
15	70-74	6.876	9.054	15.930	1,6%	97,4%
16	75-79	5.047	7.513	12.560	1,3%	98,7%
17	80 y MÁS	4.670	7.601	12.271	1,3%	100,0%
		466.529	500.574	967.103	100%	100%

Fuente: Proyecciones poblacionales DANE-Censo 2005

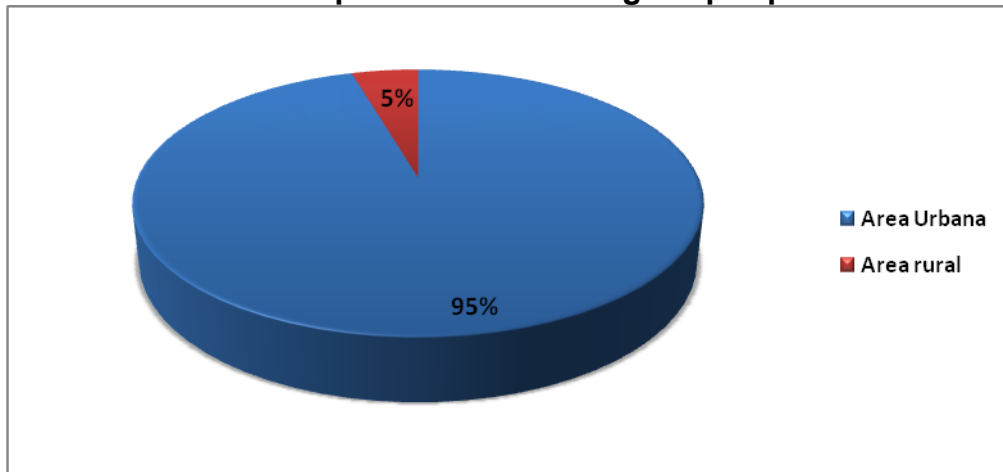
Del total de la población del distrito de Cartagena del año 2012, un 52% (n=500.574) pertenecen al género femenino, mientras que un 48% (n=466.529) al sexo masculino. Ver gráfica 2.

Gráfica 2. Distribución de la población de Cartagena por género



En lo concerniente al comportamiento según procedencia se observa que un 95% (n=923.414) de la población Cartagenera se concentra en el área urbana, mientras que un 5% (n=43.689) en el área rural. Ver gráfica 3.

Gráfica 3. Distribución de la población de Cartagena por procedencia



3.5.3. Determinantes Sociales de Salud

Observando el comportamiento de la población de Cartagena para el año 2012 y de acuerdo a las proyecciones oficiales realizadas por el DANE, se estima que durante este periodo, el Distrito presento una población total 967.103 de la cual el 52% corresponde al sexo femenino y el 48% restante al sexo masculino. Se promedió una densidad poblacional fue de 1587,76 habitantes por kilómetro cuadrado.

En demografía, sociología y geografía de la población, es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad total de efectivos del mismo periodo, la tasa de natalidad (NV/Pob. Total)*1000, a Diciembre del 2012 en Cartagena se encuentra en el orden de 20,31 nacimientos por cada 1.000 habitantes

Fecundidad. Si bien en Colombia la fecundidad ha venido decreciendo desde mediados de la década de los años sesenta, se encuentran aún hoy día grupos de población con fecundidad relativamente alta. La reducción de la fecundidad es importante, además, porque conlleva la reducción de la mortalidad infantil y materna.

En Cartagena la tasa General de fecundidad (TGF) es de 83,68 nacimientos por mil mujeres en edad fértil. Ver tabla 3.

Tabla 3. Indicadores demográficos de Cartagena – Año 2012

No.	Dinámica de la población	
1	Tasa general de Fecundidad por 1.000 mujeres en edad fértil (MEF)	83,68
2	Tasa general de Mortalidad por 1.000 habitantes	3,51
3	Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes	20,31
4	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	12,57
5	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1000 nacidos vivos	19,70
6	Tasa de mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	45,81
7	Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 nacidos vivos	11,87

Fuente: Oficina de planeación y desarrollo - DADIS

3.5.4. Relación Población y SGSSS

El gobierno y el sector se enfocan en: Favorecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano; lograr que el sistema brinde servicios de mayor calidad, incluyente, cada vez más equitativo y en un marco de sostenibilidad; resolver ineficiencias aún presentes en el flujo de recursos y que a la postre perjudican la prestación del

servicio; y, hacer todos los ajustes institucionales para fortalecer el sistema y su vigilancia y control

Por otra parte, el crecimiento no proyectado de los eventos no incluidos en el plan de beneficios (o “No POS”), con incentivos inadecuados, hace fundamental mantener actualizado un Plan Básico en Salud, que a su vez promueva la racionalización del gasto. Mediante el Acuerdo 29 de 2011 se realizó la primera actualización completa del Plan de Beneficios en Salud en 15 años, algo que ya era necesario para mejorar la atención. Dicha actualización del Plan otorga las herramientas para permitir que todos los usuarios del sistema tengan acceso a un plan amplio, a más servicios y tratamientos de mayor calidad para las enfermedades que más los afectan, no teniendo que acudir a acciones de tutela para su autorización. La actualización arrojó 196 inclusiones, sin embargo, mantener el plan actualizado es un proceso dinámico que debe responder a las necesidades de la población, incluyendo nuevas tecnologías que demuestren su seguridad, eficacia y costo efectividad.

Algo esencial para los ciudadanos son los medicamentos por lo que este aspecto debe abordarse desde una perspectiva integral y articulada, basada en la primacía de la salud pública, la transparencia, la sana competencia del mercado, el estímulo al desarrollo e innovación en la industria farmacéutica y de dispositivos médicos, que garantice el uso adecuado y el control al gasto, a la vez que se mejora la calidad y el acceso de los usuarios a los mismos.

Respecto a las IPS, en especial los hospitales, el gobierno tiene como prioridad rescatar, potencializar y dar gran relevancia a la red pública hospitalaria como eje fundamental del sistema priorizando apoyar el saneamiento de la cartera. Se exige entonces a hospitales, resultados, para garantizar el uso adecuado de los recursos, que sean utilizados exclusivamente para mejorar la prestación del servicio, mejorar la calidad, la oportunidad, sus indicadores de gestión y de resultados en salud.

En cuanto al aseguramiento en el sistema de salud, la labor principal de las administradoras es hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera fuerte y atender las enfermedades. Para esto, las administradoras deben cumplir con una buena labor de administración del riesgo, prestación de servicios con calidad basándose en indicadores de salud, buenos indicadores de gestión y financieros

El fortalecimiento de la regulación, inspección, vigilancia y control - IVC es uno de los factores críticos que permiten que las reformas implementadas en el sector salud logren los resultados esperados.

No se puede desconocer que el sistema aún enfrenta dificultades, algunas acumuladas de tiempo atrás y con causas múltiples. En parte radican en la persistente fragmentación del sistema de salud colombiano y en las dificultades en las acciones de supervisión, vigilancia y control en distintas instancias, a saber: Nación, territorios, Entidades Promotoras de Salud – EPS e Instituciones Prestadoras de Salud - IPS. Existen necesidades de mejoramiento en su funcionamiento, en la calidad del servicio, en la situación financiera y de operación de hospitales y clínicas, en la fragilidad de algunas Entidades Promotoras de Salud y en ser más eficientes y transparentes en el manejo de los recursos públicos.

Tabla 4. Cobertura de Afiliación a la Seguridad Social en Salud en Cartagena - Año 2013.

MUNICIPIO	Población Total (Fuente DANE)	Población SISBEN 1 y 2	Afiliados Régimen Subsidiado		Afiliados Contributivo		Afil. Subidiado + Contributivo	
			Población total	%	Población total	%	Total	% Cobertura
Cartagena	978.600	623.681	459.943	47%	508.065	52%	968.575	99%

Fuente: Dirección Operativa Aseguramiento 2013 - Departamento Administrativo Distrital de Salud

Tabla 5. Población y cobertura de afiliación por EPS-S:

MUNICIPIO	EPS-S	Afiliados RS EPS-S	Pob. Total (Fuente DANE 2005)	Pob. Sisben1 y 2	Afiliados al RS	% Afilia RS	Afiliados al RC	% Afiliados al RC	Total Población Asegurada (RS + RC)	Porcentaje Cobertura Aseguramiento (RS + RC)
CARTAGENA	Comfamiliar	106.404	978.600	623681	460510	47%	508065	51,92%	968.575	98,98%
	Comfacor	36.995								
	Caprecom	31.937								
	Solsalud	17.721								
	Coosalud	133.449								
	Ambuq	16.152								
	Comparta	22.917								
	Mutual Ser	94.368								
Subtotal Mpio		459.943								

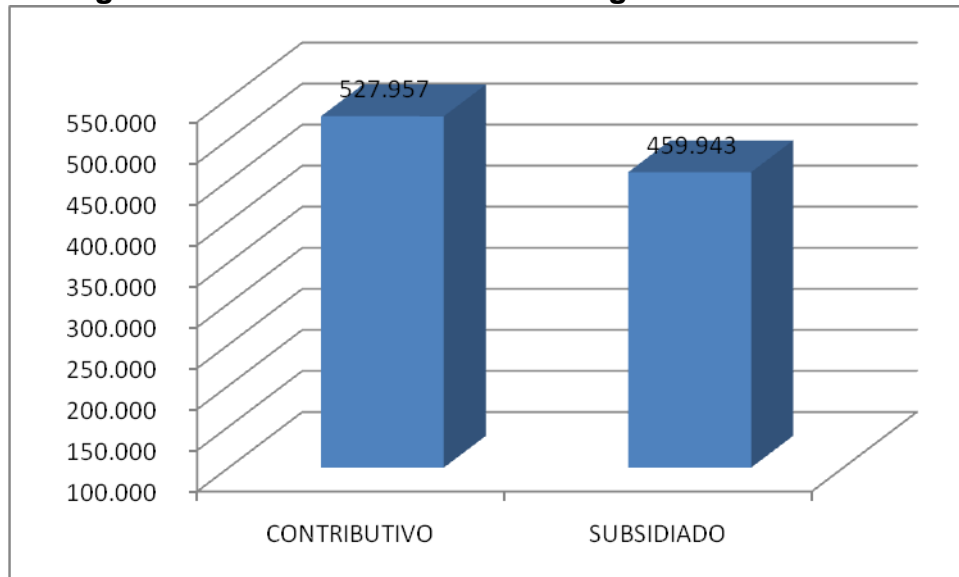
Fuente: Dirección Operativa Aseguramiento 2013 - Departamento Administrativo Distrital de Salud

Los cambios observados en las gráficas, indican la movilidad al interior del SGSSS, es decir los traslados del Régimen Contributivo y viceversa o al Régimen de excepción. No tenemos cuantificado el número de usuarios del Régimen de Excepción en lo que respecta a las fuerzas militares debido a su grado reserva en las bases de datos.

En cuanto a los vinculados, no solamente están registrados nuevos sisbenizados (Versión III) sino, las actualizaciones de la versión I y II.

Del total de la población del distrito de la Cartagena un 53,4% (n=527.857) se encuentra afiliada al Régimen Contributivo, y un 46,6% (n=459.943) al Régimen Subsidiado. Ver grafica 4.

Grafica 4. Aseguramiento en el Distrito de Cartagena – Año 2012



Fuente: Maestro del Fosyga (BUDA)

3.5.5. Análisis de la oferta de servicios de salud

Otros agravantes relacionados con fallas en la oferta de servicios de salud en la ciudad de Cartagena, lo constituyen la falta de habilitación de servicios de unidad de cuidados intensivos pediátricos y los cierres desmesurados de los servicios de urgencias y los servicios obstétricos realizados por prestadores de servicios de salud, quienes sin pensar en sus consecuencias negativas sobre la población y argumentando solamente la poca rentabilidad de los mismos, agravan la situación de accesibilidad existente y aumentan los tiempos en la oportunidad para la prestación de estos servicios, con el consecuente colapso de los mismos.

Y por ultimo muy a pesar de que la salud hace parte de uno de los derechos fundamentales estipulados en nuestra constitución política y que el estado está en la obligación de brindarlo, son los prestadores de servicios de salud privados los que les ha tocado asumir este rol, quienes manifiestan públicamente su inconformismo

por el pago oportuno de los servicios prestados y algunos por obvias razones crean barreras de acceso para la prestación de los mismos.

Tabla 6. Prestadores habilitados

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	PROFESIONALES INDEPENDIENTES	OBJETO SOCIAL DIFERENTE	TRANSPORTE ESPECIAL DE PACIENTES
542 = de las cuales 3 son públicas y 539 privadas	857	34	4

Fuente: Dirección Operativa Vigilancia y Control -DADIS

Tabla 7. IPS públicas inscritas ante el DADIS - 2012

PRESTADOR	CARÁCTER TERRITORIAL		NIVEL			Certificados
	Departamental	Distrital	I	II	III	
ESE HOSPITAL LOCAL DE CARTAGENA DE INDIAS		X	X			NO
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	X				X	NO
ESE MATERNIDAD RAFAEL CALVO	X			X		NO

Fuente: Dirección Operativa Vigilancia y Control -DADIS

Tabla 8. IPS con servicio de urgencia de mediana y alta complejidad

No.	Servicios de Urgencias Mediana y Alta complejidad	Barrio de ubicación	Localidad
1	IPS CENTRO MEDICO CRECER LTDA.	El Prado	1
2	IPS CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS MISIONERAS DE MARIA AUXILIADORA	La Providencia	3
3	CLINICA BLAS DE LEZO S.A	El Country	1
4	IPS E.S.E. CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO CASTAÑO	Amberes	2
5	IPS HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	Bruselas	1
6	ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	Zarragocilla	2
7	FUNDACION CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	Bosque - Troncal	1
8	NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	Castillogrande	1
9	SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES S.A.S	Torices	1
10	CLÍNICA CARTAGENA DEL MAR	Pie de la Popa	1
Total urgencias de mediana y alta complejidad		10	

Fuente: Dirección Operativa Vigilancia y Control -DADIS

Tabla 9. Camas habilitadas por servicios en la ciudad de Cartagena 2009-2013

SERVICIOS	2009	2010	2011	2012	2013
CUIDADO INTENSIVO ADULTO	20	20	116	136	137
CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	52	69	69	89	94
CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	29	25	32	74	66
CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO	20	15	18	23	19
CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	99	85	96	113	103
CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	90	82	110	105	92
CAMAS HOSPITALIZACION ADULTOS	741	839	835	987	947
CAMAS HOSPITALIZACION PEDIATRICOS	254	238	274	266	229
CAMAS OBTETRICAS	225	212	195	209	195
PSIQUIATRICAS	45	45	5	63	63
FARMACODEPENDENCIA	3	5	5	5	5
CUIDADO AGUDO MENTAL	8	8	8	7	7
CUIDADO INTERMEDIO MENTAL	7	7	7	7	7
SALUD MENTAL PSIQUIATRICA	0	17	17	18	7
SALAS DE PARTO	11	12	28	27	23
SALAS DE CIRUGIA	42	48	8	93	84

Fuente: Dirección Operativa Vigilancia y Control -DADIS-REPS

En el distrito de Cartagena se encuentran inscritas un total de 81 ambulancias, de las cuales un 51,8% (n=42) son de traslado Básico; un 46,9% (n=38) y 1,2% (n=1) son de traslado Medicalizado y Marítimo respectivamente. En el distrito de Cartagena no existe ambulancia para trasporte aéreo. Ver grafica 5.

Grafica 5. Distribución de las ambulancias en el Distrito de Cartagena – Año 2012

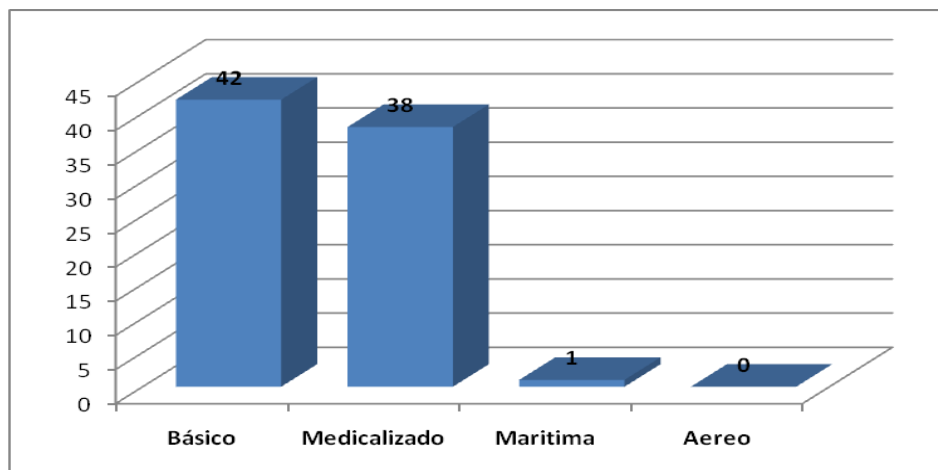


Tabla 10. Capacidad Instalada del Distrito de Cartagena 2013 - Unidad De Cuidados Intensivos E Intermedios

ENTIDAD	Cuidado Intensivo Adulto	Cuidado Intermedio Adulto	Cuidado Intensivo Pediátrico	Cuidado Intermedio Pediátrico	Cuidado Intensivo Neonatal	Cuidado Intermedio Neonatal	Total camas
CLINICA UNIV.SAN JUAN DE DIOS	23	21	0	0	0	0	44
NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE	9	9	0	0	4	12	34
UCI ESTRIOS	12	9	0		7	4	32
FUNDACION UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DOÑA PILAR	0	0	23	0	8	0	31
UCI DEL CARIBE - MATERNIDAD BOCAGRANDE	4	2	0	0	11	13	30
MATERNIDAD RAFAEL CALVO	0	0	0	0	7	22	29
IPS GEMEVA EU		5	10	4	6	4	29
CENTRO MEDICO CRECER	5	3	0	0	14	6	28
CLINICA MADRE BERNARDA	5	6	11		6		28
UCI ESTRIOS	0	0	6	5	6	6	23
CUNA NATAL S.A	0	0	5	4	6	6	21
SOCIEDAD SAN JOSE DE TORICES	11	0	0	0	0	10	21
CLINICA CARTAGENA DEL MAR	6	4	0	0	4	6	20
CLINICA BLAS DE LEZO	5	5	0	2	6	0	18
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE	10	8	0	0	0	0	18
Clínica HIGEA IPS S.A.	4	0	7	0	7	0	18
GESTIÓN SALUD S.A	10	6	0	0	0	0	16
CLINICA GENERAL DEL CARIBE	11	4	0	0	0	0	15
UCI NEONATAL CRECER	0	0	2	1	7	3	13
CLINICA CARDIOVASCULAR JESUS DE NAZARET	8	4	0	0	0	0	12
GRUPO AMIR S.A.S CLINICA SOL DE LAS AMERICAS	8	4	0	0	0	0	12
MEDIHELP	4	1	2	1	0	0	8
UCI COMFAMILIAR	0	0	0	2	4	0	6
F. C. COLOMBIANO DE EPILEPSIA Y ENFERMEDADES NEUROLOGICAS-FIRE	2	3	0	0	0	0	5
Total	137	94	66	19	103	92	511

El Distrito de Cartagena de Indias debe definir la organización de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas de su jurisdicción. En este sentido, el Distrito ha hecho el diagnóstico funcional de su sector y viene desarrollando estrategias y acciones para que su ajuste y reorganización se haga de manera organizada, racional y técnica. El actual gobierno, posee claridad de la integralidad de los servicios de salud y tiene el firme convencimiento que su articulación de manera complementaria con la propuesta de red del departamento de Bolívar, redundará en un proceso de economía operativa de ambos entes territoriales y de sostenibilidad institucional para las ESE e IPS privadas que integren la organización de la Red.

Es también consecuente el Distrito de Cartagena, que para realizar eficientemente y en debida forma, la totalidad de las competencias que la ley y el orden nacional le asigna, dentro de los procesos de dirigir, organizar, supervisar, facilitar y controlar la salud y seguridad social de los cartageneros, el esfuerzo de la gestión debe ser integral; por ello dentro del plan de desarrollo distrital de Salud se contempla el eje programático de prestación y desarrollo de servicios de salud que tiene por objeto garantizar el acceso efectivo y oportuno a servicios de salud de buena calidad. Para lograrlo se requiere contar con una red de servicios adecuada y suficiente, que preste sus servicios con calidad y una población consciente de sus derechos y deberes, que se involucre activamente en el cuidado de su salud y en la participación social en el sistema y fortalecer las capacidades del DADIS para la Evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud en el Distrito. Igualmente se requiere fortalecer la capacidad de la red pública distrital para la prestación de servicios, ampliando y adecuando la infraestructura y fomentando el desarrollo del talento humano, a fin de lograr un funcionamiento más eficiente y adecuado de la misma. Se hará especial énfasis en la atención a la población de la zona rural e insular mediante la disponibilidad de transporte asistencial oportuno así como servicios de telemedicina y el desarrollo del modelo de atención primaria en salud basado en la atención comunitaria y la medicina preventiva.

En este eje, vale la pena mencionar el especial énfasis en el desarrollo y consolidación del sistema distrital de urgencias a fin de una respuesta efectiva ante las situaciones de emergencias y desastres que se basan en una adecuada preparación, derivada de un diagnóstico cuidadoso, una planificación pertinente y el fortalecimiento de la capacidad de organización y dirección del ente territorial, sumado a la capacidad de respuesta de la red de urgencias.

La Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias, expidió el Decreto 0877 de 27 de junio de 2007, donde se define la Red Pública Hospitalaria del Distrito de Cartagena y se dictan otras disposiciones, y en el artículo sexto, define la conformación de las subredes de atención teniendo en cuenta la división política del Distrito, estas son:



Subredes de la localidad N1 o Histórica y del Caribe Norte.
Subredes de localidad N2 o de la Virgen y Turística.
Subredes de la localidad N3 o Industria y de la Bahía.

La Red de Servicios de Salud de Cartagena está organizada por niveles de complejidad relacionados entre sí mediante el régimen de referencia y contrarreferencia estipulados en el decreto 4747 de 2007, en concordancia con las normas legales, científicas, técnicas y administrativas vigentes, con el fin de prestar al usuario, servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de integralidad, calidad, equidad, suficiencia, pertinencia, eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de la Protección Social.

Se pretende que los servicios a nivel del Distrito se presten mediante la integración de subredes locales, buscando la integración funcional en la prestación de servicios a nivel de grupos de Unidades Comuneras de Gobierno con el fin de, mejorar el acceso y la calidad, continuidad de las intervenciones y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos en beneficio de la población en general con prioridad a la población pobre y vulnerable, así como la racionalizar los recursos existentes en el sector a nivel territorial destinados a la atención en salud.

En concordancia con conceptos establecidos se entiende por Red de Servicios de Salud, el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud, jerarquizadas, articuladas y organizadas por niveles de atención definidos, de acuerdo con la capacidad de resolver problemas de salud a la comunidad, en un espacio poblacional determinado e interrelacionadas funcionalmente por normas operacionales, sistemas de información, recursos logísticos, que en su conjunto garanticen la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Así mismo, está definido el Nivel de Atención como una instancia en la organización de la prestación de servicios de salud, a través de una o varias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sus recursos humanos y físicos para satisfacer las necesidades de salud de su población.

La determinación de los niveles de complejidad para los diferentes servicios, es la base para la definición y establecimiento de las responsabilidades mínimas en salud de cada Institución Prestadora de Servicios de Salud y de los servicios que por sus características específicas deban tener carácter permanente o transitorio.

Siguiendo lineamientos trazados por el Ministerio de la Protección Social, las normas vigentes y teniendo en cuenta que la organización de la prestación de los servicios de salud debe responder a criterios, ya señalados, de racionalidad técnica, administrativa y financiera, así como a elementos relacionados con el área de influencia de la población a atender, accesibilidad a los servicios de salud y de su



funcionamiento en red, una vez aplican los mencionados criterios la prestación de servicios en el Distrito de Cartagena se organizará a partir de cada localidad, agrupando las Unidades Comuneras de Gobierno de acuerdo con la facilidad de acceso geográfico en torno a una de mayor desarrollo, mediante la conformación de Subredes en cada una de las localidades 3 de la Ciudad.

La nueva organización de la red de prestadores de servicios de salud del distrito se encuentra formulada y se está a la espera del concepto del Ministerio de Salud y de la protección social para entrar en vigencia.

4. MORBILIDAD GENERAL

En el presente perfil epidemiológico solo está contenido el análisis de la morbilidad atendida por el Hospital Local Cartagena de Indias.

4.1. Morbilidad por consulta externa médica – Año 2012

En el presente análisis la morbilidad revisada solo hace referencia a la atendida por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias.

Durante el año 2012 se registraron un total de 426.569 consultas en el servicio de Consulta externa; siendo el evento Rinofaringitis aguda (Resfriado común) quien reportará la mayor proporción con un 11,7% (n=49.740) del total de casos; seguida muy de lejos por la Cefalea, con un 2,9% (n=12.403; el tercer lugar lo ocuparon las Parasitosis Intestinales, sin otra especificación con un 2,7% (n=11.515) registros; el cuarto y quinto lugar lo registraron el Lumbago no especificado y la Anemia por deficiencia de Hierro sin otra especificación con un 2,1% (n=8.995) y 1,8% (n=7.638) respectivamente.

Dentro de las primeras 20 causas de consulta externa médica, las frecuencias más bajas la registraron la Dermatitis atópica no especificada y la amigdalitis aguda no especificada con un 0,7% (n=2.967) y 0,6% (n=2.657) respectivamente. Ver Tabla 11.

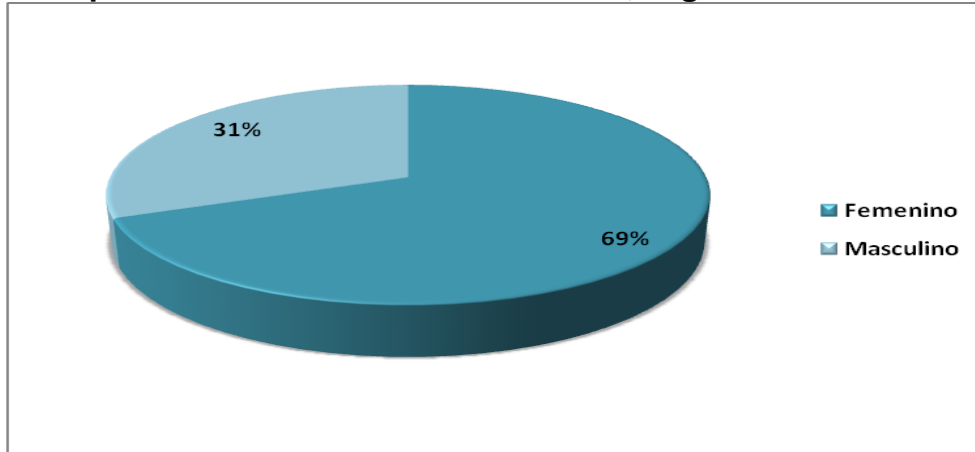
Tabla 11. Morbilidad médica por Consulta Externa – Año 2012

No.	CAUSAS	F	%	M	%	TOTAL
1	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	29.417	59,1%	20.323	40,8%	49.799
2	CEFALEA	9.680	78,0%	2.723	21,8%	12.481
3	PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	6.510	56,5%	5.005	43,3%	11.572
4	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	6.090	67,7%	2.905	32,1%	9.063
5	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	5.757	75,4%	1.881	24,4%	7.713
6	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	5.136	75,3%	1.684	24,4%	6.895
7	DOLOR EN ARTICULACION	4.841	74,7%	1.640	25,0%	6.556
8	VAGINITIS AGUDA	6.139	100,0%	0	0,0%	6.239
9	PITIRIASIS VERSICOLOR	3.709	66,5%	1.867	33,1%	5.643
10	VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA	4.557	100,0%	0	0,0%	4.657
11	INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	2.364	56,5%	1.818	42,9%	4.239
12	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2.214	45,4%	1.780	44,1%	4.039
13	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	2.883	73,2%	1.055	26,3%	4.011
14	ASMA, NO ESPECIFICADA	1.971	55,1%	1.607	44,2%	3.633
15	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	1.949	44,7%	1.611	44,7%	3.605
16	DOLOR EN MIEMBRO	2.486	73,3%	907	26,2%	3.466
17	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2.254	68,9%	1.018	30,5%	3.341
18	DERMATITIS, NO ESPECIFICADA	1.998	62,3%	1.208	37,0%	3.268
19	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	1.918	75,4%	1.049	34,6%	3.032
20	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	1.717	75,3%	940	34,5%	2.722
	TOTAL 20 PRIMERAS CAUSAS	103.590	74,7%	51.021	33,0%	154.678
	TOTAL OTRAS CAUSAS	191.289	100,0%	80.669	29,7%	272.028,3
	TOTAL CONSULTA EXTERNA	294.879	66,5%	131.690	30,9%	426.569

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

En lo concerniente al comportamiento según el género, observamos que el 69% (n=294.879) de las personas atendidas en la Consulta Externa de la institución pertenecían al sexo femenino, mientras que el porcentaje restante al género masculino (n=131.690). Ver grafica 6.

Tabla 6. Comportamiento de la Consulta Externa, según edad – Año 2012



Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

Teniendo en cuenta el análisis de la Morbilidad por Consulta Externa según la edad, se evidencia que el grupo de 1 a 4 años fue quien se viera más afectado con un 11,3% (n=48.032) del total de los casos; seguido por el rango de 5 a 9 años con un 8,9% (n=38.160); el tercer lugar le correspondió al grupo de 45 a 49 años con un 7,04% (n=30.033); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 50 a 54 años y de 15 a 19 años con un 7,01% (n=29.885) y 6,86% (n=29.282). Los menores porcentajes los ocuparon los grupos de 30 a 34 años y de 35 a 39 años con un 5,2% (n=22.344) y 5,1% (n=21.900). Es de anotar que el 51,4% de las consultas se registraron en personas con edades inferiores a 34 años. Ver tabla 4. Ver tabla 12.

4.2. Consulta médica de urgencias - Año 2012

En la ESE Hospital Local Cartagena de Indias de la ciudad de Cartagena, durante el año 2012 se presentaron un total de 191.117 consultas médicas de urgencias, siendo el evento Fiebre no especificada quien registrara el mayor porcentaje con un 12,6% (n=24.138); seguida por Otros Dolores Abdominales y los no especificados con un 10,1% (19.219); el tercer lugar lo ocuparon Cefaleas con un 9,9% (n=18.943); el cuarto y quinto puesto lo ocuparon el asma no especificada y la Rinofaringitis aguda (Resfriado común) con un 5,4% (n=10.260) y 5,2% (n=10.030) respectivamente.

Dentro de las primeras 20 causas de consulta médica de urgencias, las frecuencias más bajas la registraron la Otagia y Heridas de otras partes del pie con 0,81% (n=1.544) y 0,80% (n=1.521) eventos respectivamente. Ver Tabla 13.

Tabla 12. Comportamiento de la Consulta Externa, según edad – Año 2012

No.	Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	< 1	5	0,001%	0,001%
2	1 a 4	48.032	11,3%	11,3%
3	5 a 9	38.160	8,9%	20,2%
4	10 a 14	27.830	6,5%	26,7%
5	15 a 19	29.336	6,9%	33,6%
6	20 a 24	29.282	6,9%	40,5%
7	25 a 29	24.465	5,7%	46,2%
8	30 a 34	22.344	5,2%	51,4%
9	35 a 39	21.900	5,1%	56,6%
10	40 a 44	26.322	6,2%	62,8%
11	45 a 49	30.033	7,0%	69,8%
12	50 a 54	29.885	7,0%	76,8%
13	55 a 59	24.437	5,7%	82,5%
14	60 y +	74.538	17,5%	100,0%
	Total	426569	100,0%	100,0

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

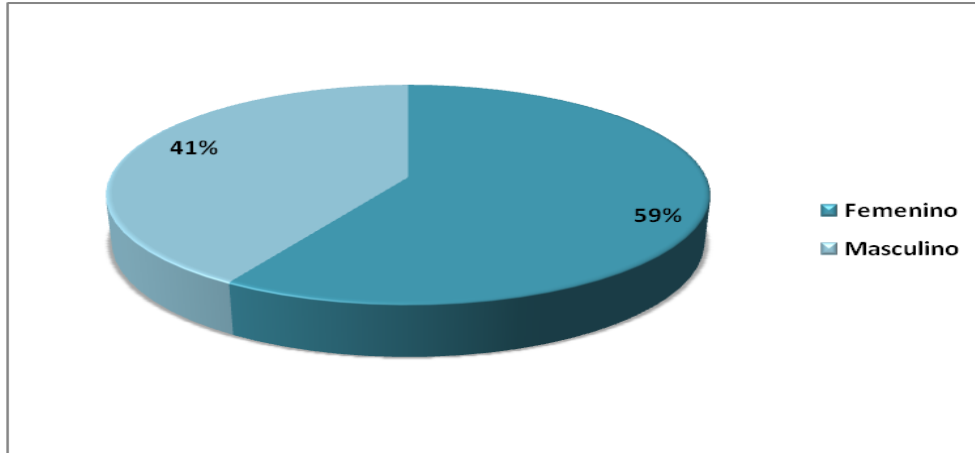
Tabla 13. Morbilidad Médica por Urgencias – Año 2012

No.	CAUSAS	F	%	M	%	TOTAL
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	12.678	52,5%	11.460	47,5%	24.138
2	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	13.342	69,4%	5.877	30,6%	19.219
3	CEFALEA	14.450	76,3%	4.493	23,7%	18.943
4	ASMA, NO ESPECIFICADA	5.305	51,7%	4.955	48,3%	10.260
5	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	5.446	54,3%	4.584	45,7%	10.030
6	NAUSEA Y VOMITO	3.792	56,9%	2.872	43,1%	6.664
7	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	2.849	56,0%	2.243	44,0%	5.092
8	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	3.021	63,0%	1.776	37,0%	4.797
9	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	2.873	71,8%	1.126	28,2%	3.999
10	ESTADO ASMÁTICO	1.989	51,1%	1.902	48,9%	3.891
11	ALERGIA NO ESPECIFICADA	2.081	58,2%	1.496	41,8%	3.577
12	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	2.233	70,5%	935	29,5%	3.168
13	GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	1.989	77,5%	577	22,5%	2.566
14	DOLOR, NO ESPECIFICADO	1.424	62,1%	870	37,9%	2.294
15	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	1.273	63,7%	724	36,3%	1.997
16	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	1.381	74,6%	471	25,4%	1.852
17	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	1.350	75,6%	435	24,4%	1.785
18	HERIDA DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	493	29,6%	1.171	70,4%	1.664
19	OTALGIA	900	58,3%	644	41,7%	1.544
20	HERIDAS DE OTRAS PARTES DEL PIE	468	30,8%	1.053	69,2%	1.521
	TOTAL OTRAS CAUSAS	79.337	61,5%	49.664	38,5%	129.001
	TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS	32931	53,0%	29185	47,0%	62.116
	TOTAL GENERAL	112.268	52,5%	78.849	47,5%	191.117

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

En lo concerniente al comportamiento según el género, observamos que el 59% (n=112.268) de las personas atendidas en la Consulta de urgencias de la institución pertenecían al sexo femenino, mientras que el porcentaje restante al género masculino (n=78.849). Ver grafica 7.

Grafica 7. Comportamiento de la Consulta de Urgencias, según género – Año 2012



Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

Teniendo en cuenta el análisis de la Morbilidad por Consulta de urgencias según la edad, se evidencia que el grupo de 1 a 4 años fue quien se viera más afectado con un 17,5% (n=33.509) del total de los casos; seguido por el rango de 5 a 9 años con un 11,5% (n=21.997); el tercer lugar le correspondió al grupo de 20 a 24 años con un 9,5% (n=18.238); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 15 a 19 años y de mayores de 60 años con un 8,7% (n=16.669) y 8,2% (n=15.717). Los menores porcentajes los ocuparon los grupos de 55 a 59 años y de menores de 1 año con un 3,2% (n=6.036) y 0,01% (n=10). Es de anotar que el 55,1% de las consultas se registraron en personas con edades inferiores a 24 años. Ver tabla 14.

Tabla 14. Comportamiento de la Consulta Externa, según edad – Año 2012

No.	Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	< 1	10	0,01%	0,01%
2	1 a 4	33.509	17,5%	17,5%
3	5 a 9	21.997	11,5%	29,0%
4	10 a 14	14.916	7,8%	36,9%
5	15 a 19	16.669	8,7%	45,6%
6	20 a 24	18.238	9,5%	55,1%
7	25 a 29	14.829	7,8%	62,9%
8	30 a 34	12.026	6,3%	69,2%
9	35 a 39	9.596	5,0%	74,2%
10	40 a 44	9.708	5,1%	79,3%
11	45 a 49	9.550	5,0%	84,3%
12	50 a 54	8.317	4,4%	88,6%
13	55 a 59	6.036	3,2%	91,8%
14	60 y +	15.716	8,2%	100,0%
	Total	191.117	100,0%	100,0%

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

4.3. Morbilidad odontológica

4.3.1. Morbilidad odontológica por consulta externa– Año 2012

Las cinco (5) primeras causas de consulta externa odontológica para este periodo permanecen, guardando un comportamiento igual al de otros años. Las primeras 20 causas de consulta odontológica representaron el 58,6% (n=131.553) de la morbilidad por consulta externa odontológica, encontrándose entre las frecuencias más bajas la Periodontitis aguda y la caries dental no especificada con un 0,2% (n=408) y 0,1% (n=175) respectivamente.

Los mayores porcentajes los registraron la caries de la dentina y el Examen odontológico con un 45,9% (n=103.009) y 20,6% (n=46.164) respectivamente. Ver tabla 15.

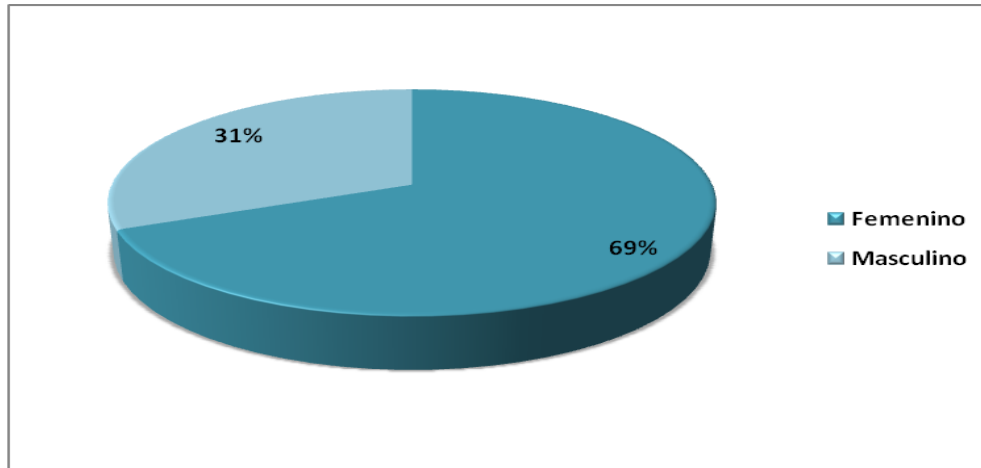
Tabla 15. Morbilidad Odontológica por Consulta Externa - Año 2012

No.	CAUSAS	F	%	M	%	TOTAL
1	CARIES DE LA DENTINA	75.129	72,9%	27.880	27,1%	103.009
2	GINGIVITIS CRONICA	18.895	66,2%	9.649	33,8%	28.544
3	GINGIVITIS AGUDA	12.052	73,6%	4.324	26,4%	16.376
4	CARIES LIMITADA AL ESMALTE	3.251	63,4%	1.880	36,6%	5.131
5	RAIZ DENTAL RETENIDA	3.246	65,3%	1.724	34,7%	4.970
6	PULPITIS	3.006	72,7%	1.131	27,3%	4.137
7	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS DIENTES	1.548	50,1%	1.539	49,9%	3.087
8	OTRAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	1.706	84,4%	316	15,6%	2.022
9	PERIODONTITIS CRONICA	1.292	63,9%	729	36,1%	2.021
10	CARIES DEL CEMENTO	1.249	84,4%	230	15,6%	1.479
11	ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	660	52,9%	587	47,1%	1.247
12	OTRAS CARIES DENTALES	811	75,0%	270	25,0%	1.081
13	PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA	584	69,4%	258	30,6%	842
14	ODONTOCLASIA	341	55,9%	269	44,1%	610
15	SINDROME DE LA ERUPCION DENTARIA	267	50,6%	261	49,4%	528
16	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	332	65,0%	179	35,0%	511
17	PERIODONTITIS APICAL CRONICA	320	65,6%	168	34,4%	488
18	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	301	62,6%	180	37,4%	481
19	PERIODONTITIS AGUDA	332	81,4%	76	18,6%	408
20	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	117	66,9%	58	33,1%	175
	TOTAL OTRAS CAUSAS	125.439	70,8%	51.708	29,2%	177.147
	TOTAL CONSULTA DE URGENCIAS	28.777	60,9%	18.449	39,1%	47.226
	TOTAL GENERAL	154.216	68,7%	70.157	31,3%	224.373

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

En lo concerniente al comportamiento según el género, observamos que el 69% (n=154.216) de las personas atendidas en la Consulta Externa odontológica de la institución pertenecían al sexo femenino, mientras que el porcentaje restante al género masculino (n=70.157). Ver grafica 8.

Grafica 8. Comportamiento de la Consulta Externa odontológica, según Género – Año 2012



Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

Teniendo en cuenta el análisis de la Morbilidad por Consulta externa odontológica según la edad, se evidencia que el grupo de 5 a 9 años fue quien se viera más afectado con un 13,5% (n=30.219) del total de los casos; seguido por el grupo de mayores de 60 años con un 11,6% (n=26.038); el tercer lugar le correspondió al grupo de 1 a 4 años con un 10,6% (n=23.710); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 20 a 24 años y de 25 a 29 años con un 8,8% (n=19.775) y 7,2% (n=16.177). Los menores porcentajes los ocuparon los grupos de 55 a 59 años y de menores de 1 año con un 4,5% (n=10.074) y 0% (n=0). Es de anotar que el 53,1% de las consultas se registraron en personas con edades inferiores a 29 años. Ver tabla 16.

Tabla 16. Comportamiento de la Consulta Externa, según edad – Año 2012

No.	Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	< 1	0	0,0%	0,00%
2	1 a 4	23.710	10,6%	10,6%
3	5 a 9	30.219	13,5%	24,0%
4	10 a 14	13.634	6,1%	30,1%
5	15 a 19	15.738	7,0%	37,1%
6	20 a 24	19.775	8,8%	45,9%
7	25 a 29	16.177	7,2%	53,1%
8	30 a 34	14.128	6,3%	59,4%
9	35 a 39	12.810	5,7%	65,2%
10	40 a 44	13.993	6,2%	71,4%
11	45 a 49	14.694	6,5%	77,9%
12	50 a 54	13.383	6,0%	83,9%
13	55 a 59	10.074	4,5%	88,4%
14	60 y +	26.038	11,6%	100,0%
	Total	224.373	100,0%	100,0%

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

4.4. Consulta odontológica de urgencias – Año 2012

La Situación de la Salud Bucal de una población en un momento dado refleja en primer lugar el acceso a la prevención y educación y en segundo lugar el acceso a los servicios para el tratamiento de los problemas.

En la ESE Hospital Local Cartagena de Indias (HLCl), de la ciudad de Cartagena, durante el año 2012, se registraron un total de 3.071 consultas odontológicas de urgencia.

Al análisis de las causas de consulta por urgencia, se evidencia que la Caries dental registró el mayor porcentaje con un 24,2% (n=743), seguida por la pulpitis con un 20,0% (n=614); el tercer lugar lo ocupó la Raíz dental retenida con un 11,4% (n=351), el cuarto y quinto puesto lo ocuparon la periodontitis apical aguda originada en la pulpa y los Abscesos Periapicales sin fistula con un 6,3% (192) y 6,2% (n=191) eventos respectivamente.

Dentro de las primeras 20 causas de consulta odontológica por urgencia, los porcentajes más bajos la registraron Otras Caries dentales y Otras enfermedades

específicas de los tejidos duros de los dientes con un 0,6% (n=18) y 0,5% (n=15) respectivamente. Ver tabla 7.

En general podemos observar que la Caries Dental y las Enfermedades Periodontales siguen siendo las causas más frecuentes; esto no significa que otras patologías de los tejidos duros y blandos de la Cavity Bucal de menos prevalencia, como son: Las Anomalías Dentó Maxilares, las Mala oclusiones, las Mal posiciones Dentales y el Cáncer Oral no sean importantes, no solo porque su atención demande recursos económicos altos; si no porque tiene que ver con el bienestar de las personas y en algunas ocasiones con su vida. Ver tabla 17.

Tabla 17. Morbilidad Odontológica por Consulta de Urgencia - Año 2012

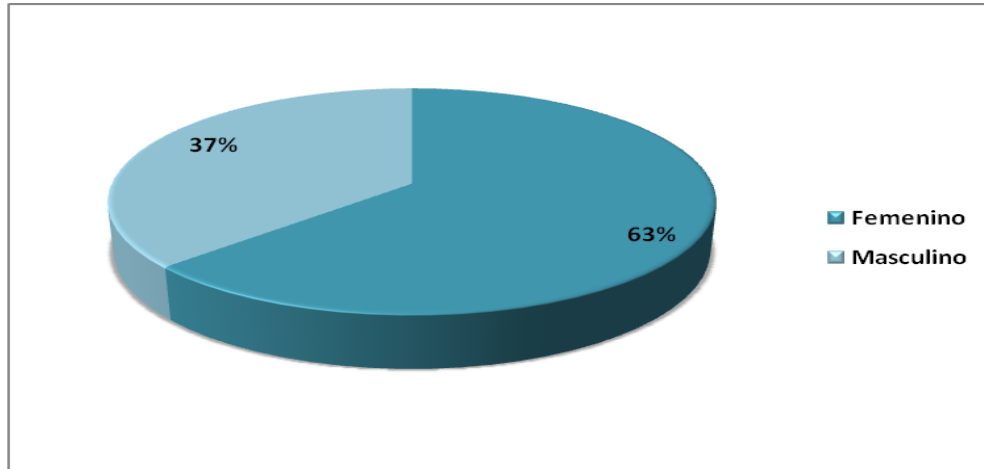
No.	CAUSAS	F	%	M	%	TOTAL
1	CARIES DE LA DENTINA	462	62,2	281	37,8	743
2	PULPITIS	394	64,2	220	35,8	614
3	RAIZ DENTAL RETENIDA	219	62,4	132	37,6	351
4	PERIODONTITIS APICAL AGUDA ORIGINADA EN LA PULPA	128	66,7	64	33,3	192
5	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	113	59,2	78	40,8	191
6	ABSCESO PERIAPICAL CON FISTULA	115	63,9	65	36,1	180
7	GINGIVITIS CRONICA	114	73,5	41	26,5	155
8	GINGIVITIS AGUDA	74	67,3	36	32,7	110
9	PERIODONTITIS APICAL CRONICA	45	62,5	27	37,5	72
10	CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA	29	61,7	18	38,3	47
11	OTRAS FORMAS DE ESTOMATITIS	21	45,7	25	54,3	46
12	ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	26	61,9	16	38,1	42
13	CARIES DENTAL, NO ESPECIFICADA	17	58,6	12	41,4	29
14	PERIODONTITIS CRONICA	14	51,9	13	48,1	27
15	PERIODONTITIS AGUDA	14	66,7	7	33,3	21
16	OTRAS ENFERMEDADES PERIODONTALES	14	70,0	6	30,0	20
17	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DE LOS DIENTES	12	66,7	6	33,3	18
18	OTRAS CARIES DENTALES	12	66,7	6	33,3	18
19	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LOS TEJIDOS DUROS DE LOS DIENTES	7	46,7	8	53,3	15
20	EXFOLIACION DE LOS DIENTES DEBIDA A CAUSAS SISTEMICAS	6	60,0	4	40,0	10
	TOTAL 20 PRIMERAS CAUSAS	1.836	63,3	1.065	36,7	2.901
	TOTAL OTRAS CAUSAS	50	62,5	30	37,5	80
	TOTAL CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL	1.886	61,4	1.095	38,6	3.071

Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

En lo concerniente al comportamiento según el género, observamos que el 69% (n=1.940) de las personas atendidas en la Consulta odontológica de urgencias de la

institución pertenecían al sexo femenino, mientras que el porcentaje restante al género masculino (n=1.131). Ver grafica 9.

Grafica 9. Comportamiento de la Consulta odontológica de urgencias, según género – Año 2012



Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCl 2012

Teniendo en cuenta el análisis de la Morbilidad por Consulta odontológica de urgencias según la edad, se evidencia que el grupo de 20 a 24 años fue quien se viera más afectado con un 12,2% (n=374); seguido por el rango de 5 a 9 años con un 12,1% (n=373) del total de los casos; el tercer lugar le correspondió al grupo de 25 a 29 años con un 11,5% (n=353); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 30 a 34 años y de 15 a 19 años con un 9,8% (n=301) y 8,0% (n=247).

Los menores porcentajes los ocuparon los grupos de 55 a 59 años y de menores de 1 año con un 3,7% (n=115) y 0,0% (n=0). Es de anotar que el 54,5% de las consultas se registraron en personas con edades inferiores a 29 años. Ver tabla 18.

Tabla 18. Comportamiento de la Consulta odontológica de urgencias, según edad – Año 2012

No.	Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	< 1	0	0,0	0,00
2	1 a 4	161	5,2	5,2
3	5 a 9	373	12,1	17,4
4	10 a 14	165	5,4	22,8
5	15 a 19	247	8,0	30,8
6	20 a 24	374	12,2	43,0
7	25 a 29	353	11,5	54,5
8	30 a 34	301	9,8	64,3
9	35 a 39	235	7,7	71,9
10	40 a 44	198	6,4	78,4
11	45 a 49	196	6,4	84,8
12	50 a 54	171	5,6	90,3
13	55 a 59	115	3,7	94,1
14	60 y +	182	5,9	100,0
	Total	3.071	100,0	100,0

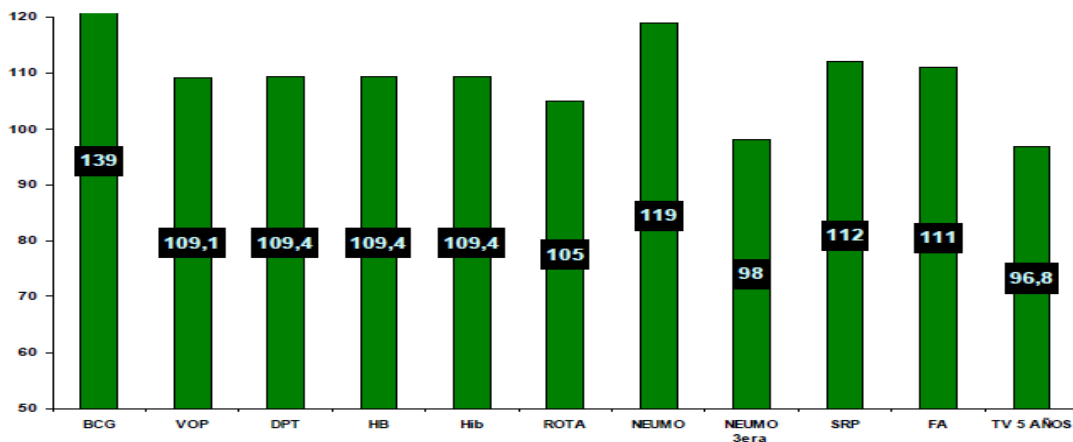
Fuente: Oficina de Epidemiología - ESE HLCI 2012

5. PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES - PAI

A pesar de la contratación tardía del equipo de vacunadores extramural se logró 94% de cobertura con la primera dosis con la vacuna contra el VPH con la participación directa de las EAPB, sin embargo esto afectó la cobertura de las segundas dosis ya que cuando se inició la vacunación extramural, las instituciones educativas estaban finalizando el año escolar y solo se alcanzó un 50% del 94% de las primeras.

Con el total de los biológicos del Programa PAI, se lograron coberturas superiores al 95%, lo que las configura como coberturas útiles de vacunación. Ver grafica 10.

Grafica 10. Cobertura de vacunación del programa permanente – Año 2012



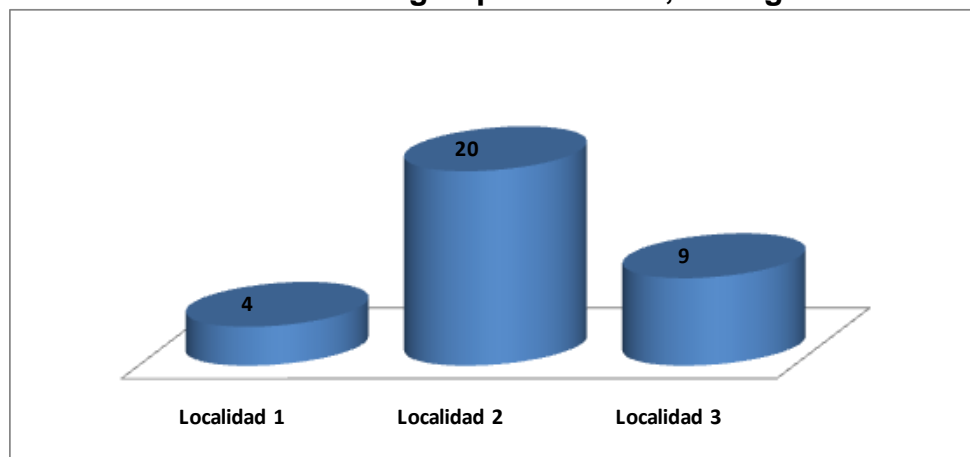
Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI

6. MORBILIDAD DE EVENTOS BAJO VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

6.1. Accidente ofídico

El accidente ofídico es causado por la mordedura de serpientes, que producen lesiones en los tejidos y provocan alteraciones fisiopatológicas. Ante un tratamiento inadecuado e inoportuno puede causar la muerte de la víctima. Anualmente en el mundo se presentan alrededor de 5.400.000 accidentes ofídicos, de los cuales en el 50% se produce envenenamiento y en 2,5%, la muerte. Para Latinoamérica se estiman 150.000 accidentes ofídicos y la muerte de 5.000 personas por esta causa. En Colombia, durante el 2010 se notificaron a través del SIVIGILA 3.945 casos de accidentes ofídicos confirmados. Según SIVIGILA 2012 en el Distrito de Cartagena se han reportado 33 casos de accidente ofídico para una incidencia de 3.4 casos por cada 100.000 habitantes, además de evidenciarse que el 45.5% de los casos ocurrieron en mujeres y el 54.5% de los casos reportados fueron en hombres. Ver grafica 11.

Grafica 11. Accidentes ofídicos según procedencia, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El cálculo de la media para la edad fue de 24 años, una mediana de 20 años, el 25% de los casos tenían menos de 13 años y el 75% menos de 28 años, la edad mínima de reporte fue de 4 años y la edad máxima fue de 77 años.

Tabla 19. Comportamiento del Accidente Ofídico según afiliación, Cartagena 2012

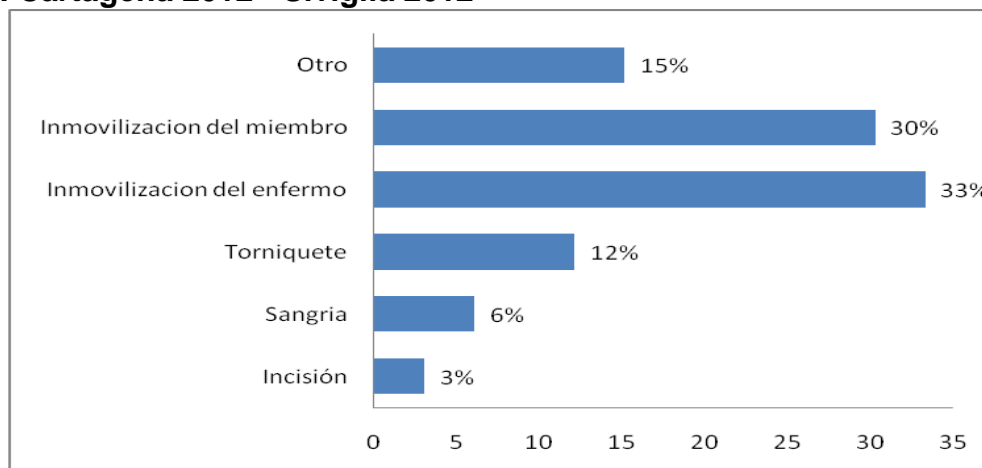
No.	Estado civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Subsidiado	24	72,7
2	Contributivo	4	12,1
3	Especial	0	0,0
4	Excepción	1	3,0
5	pobre no asegurado	4	12,1
	TOTAL DISTRITO	33	100,0

Fuente: SIVIGILA 2012

El 75% de los casos fueron hospitalizados, frente un 25% que no requirió hospitalización, el 100% de los casos tuvieron la condición final vivo.

Al examinar las actividades que realizaban al momento del accidente identificamos que caminar por senderos abiertos tuvo el mayor peso porcentual 51.5%, seguido de los oficios domésticos 18.2%, la recreación, personas dedicadas a la agricultura, la actividad acuática y caminar por trocha representaron el 6.1% respectivamente. Por lo anterior las estrategias de intervención para control de los accidentes ofídicos deben ser orientadas a caminatas o senderos seguros.

Grafica 12. Caracterización de la atención inicial de los casos de accidente ofídico. Cartagena 2012 - Sivigila 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Las prácticas no médicas que históricamente se evidencian en nuestras comunidades en el manejo inicial de los accidentes ofídicos en el 94% no se presentaron, pócmias y emplastos de hierbas se evidencian en el 3% de los casos.

Tabla 20. Caracterización accidente ofídico según agente agresor. Cartagena 2012

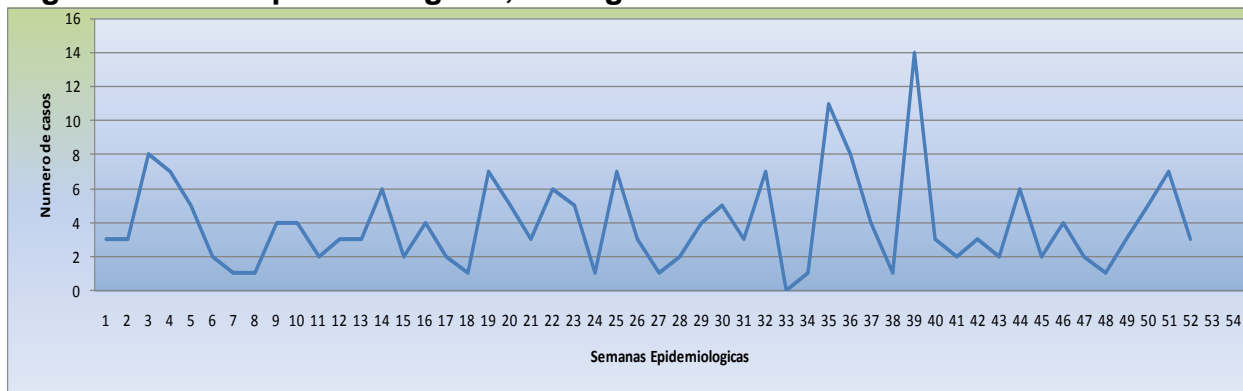
No.	Agente agresor, nombre común	Frecuencia	Porcentaje
1	Desconocido	14	42%
2	Mapaná	13	39%
3	Potoco/Patoquilla	3	9%
4	Cascabel	1	3%
5	Equis	1	3%
6	Otro	1	3%
	Total	33	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

6.2. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

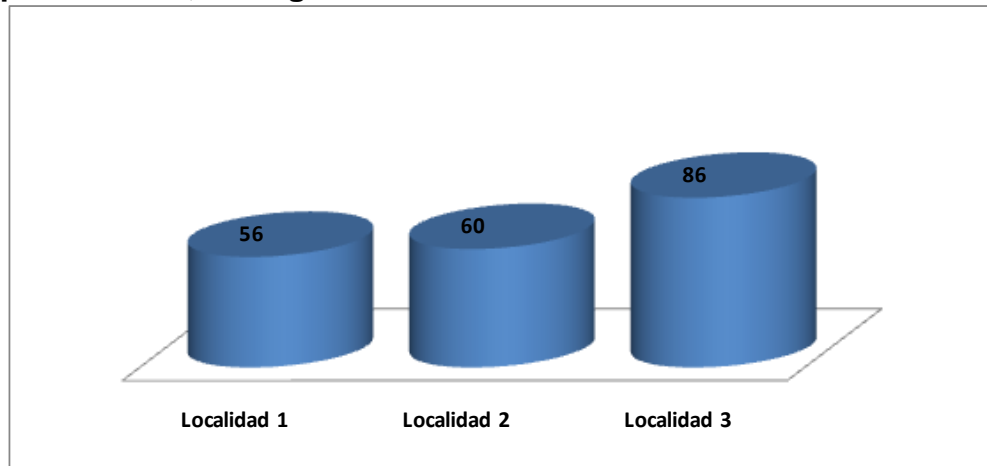
Para el 2012 en el Distrito de Cartagena fueron reportados 202 casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, el 38% fueron agresiones ocurridas en personas de género femenino y el 62% personas de género masculino.

Grafica 13. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Grafica 14. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia según procedencia, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 61.4% de las agresiones fueron no exposición, el 32.2% fueron clasificadas como exposición leve y el 6.4% como exposición grave, al 0.5% de las exposiciones graves se le administro vacuna antirrábica, en el 39.1% del total de las agresiones, el animal estaba vacunado, en un 19.8% de los animales no tenia antecedente de vacunación, en un 41.1% se desconoció este antecedente.

6.3. Leptospirosis

Durante el año 2012 se notificaron y confirmaron en el distrito de Cartagena un total de 38 casos de Leptospirosis; siendo el grupo de edad más afectado el de 20 a 24 años con un 15,8% (n=6); seguido por el rango de edad de 60 y más años con un 13,2% (n=5); el tercer y cuarto lugar lo ocuparon los rangos de 15 a 19 años y de 55 a 59 años con un 10,5% (n=4) para cada uno. El 52,6% de los casos se presentaron en personas de 34 años o menos. Ver tabla 21.

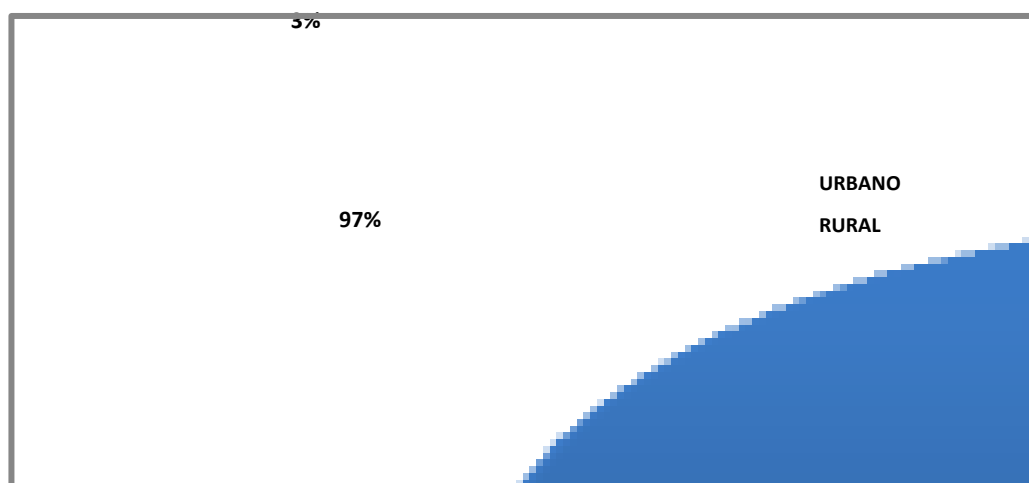
Tabla 21. Comportamiento de la Leptospirosis según Rango de edad- Año 2012

No.	EDAD	LEPTOSPIROSIS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	< 1 año	0	0%	0%
2	1- 4	2	5,3%	5,3%
3	5- 9	3	7,9%	13,2%
4	10- 14	1	2,6%	15,8%
5	15 - 19	4	10,5%	26,3%
6	20 - 24	6	15,8%	42,1%
7	25 - 29	1	2,6%	44,7%
8	30 - 34	3	7,9%	52,6%
9	35 - 39	3	7,9%	60,5%
10	40 - 44	2	5,3%	65,8%
11	45 - 49	1	2,6%	68,4%
12	50 - 54	3	7,9%	76,3%
13	55 - 59	4	10,5%	86,8%
14	60 y mas	5	13,2%	100,0%
	Total	38	100%	100%

Fuente: SIVIGILA 2012

Un 97% (n=37) de los casos de Leptospirosis residían en áreas urbanas; mientras que un 3% (n=1) lo hacía en áreas rurales. Ver gráfica.

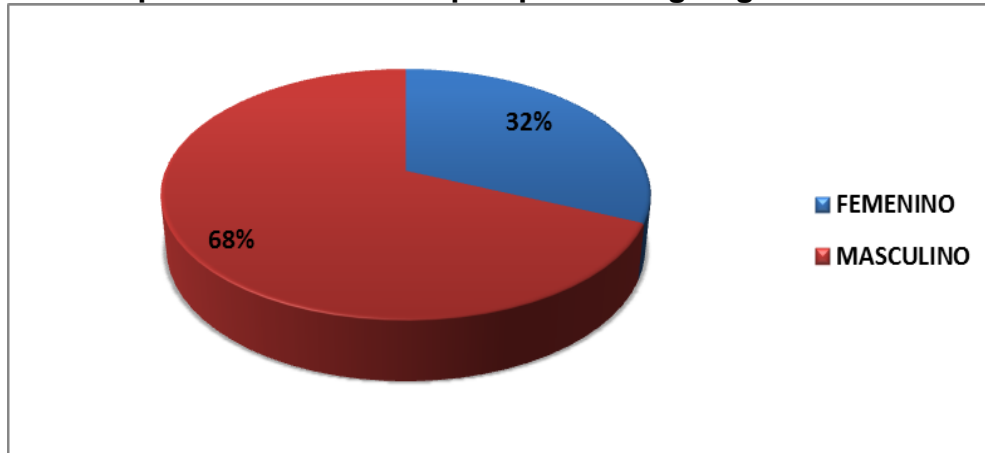
Grafica 15. Comportamiento de la Leptospirosis según procedencia- Año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Según el comportamiento por genero un 68% (n=26) de los casos pertenecían al género masculino; y un 32% (n=12) al sexo femenino. Ver gráfica.

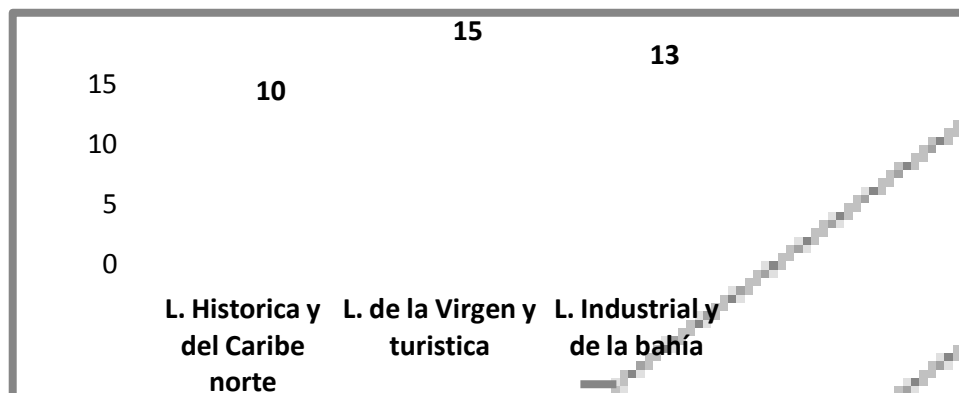
Grafica 16. Comportamiento de la Leptospirosis según género- Año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Un 39,5 (15) de los casos de Leptospirosis ocurrieron en la Localidad de la Virgen y Turística; mientras que un 34,2% (n=13) y un 26,4% (n=10) pertenecían a las localidades Industrial y de la Bahía e Histórica y del Caribe Norte respectivamente. Ver gráfica.

Grafica 17. Comportamiento de la Leptospirosis según Localidad- Año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 52,6% (n=20) de los casos presentados pertenecían al Régimen Subsidiado; seguida de un 28,9% (n=11) de afiliados al Régimen Contributivo; pacientes sin afiliación y afiliados

al Régimen Especial ocuparon porcentajes de 15,8% (n=6) y 2,6% (n=1) respectivamente. Ver tabla 26.

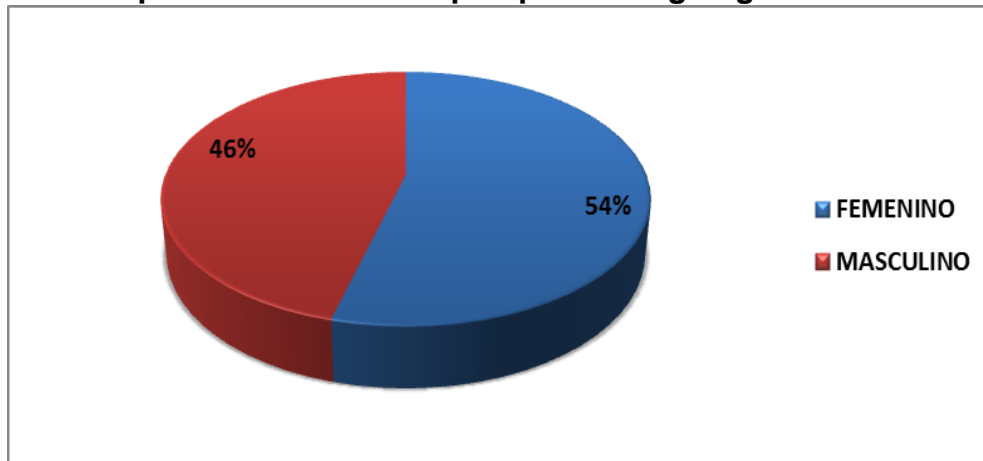
Tabla 22. Comportamiento de la Leptospirosis según afiliación al SGSSS- Año 2012

No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Contributivo	11	28,9%
2	Subsidiado	20	52,6%
3	Excepción	1	2,6%
4	Especial	0	0,0%
5	No afiliado	6	15,8%
	TOTAL CARTAGENA	38	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

Según el comportamiento por genero un 68,4% (n=26) de los casos pertenecían al género masculino; y un 31,6% (n=12) al sexo femenino. Ver gráfica.

Grafica 18. Comportamiento de la Leptospirosis según género - Año 2012



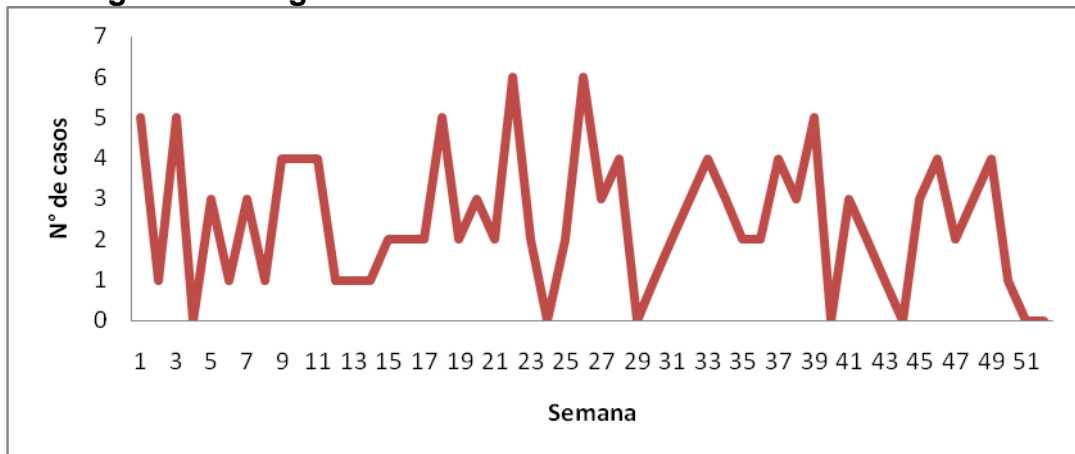
Fuente: SIVIGILA 2012

6.4. Comportamiento epidemiológico de Infecciones Transmitidas Sexualmente en Cartagena año 2012

6.4.1. Sífilis gestacional

Durante el año 2012, se han notificado al SIVigila un total de 127 casos de Sífilis gestacional, observándose el mayor número de casos en las semanas 22 y 26 (6 casos en cada una). El comportamiento de este evento muestra un incremento considerable con respecto al año 2011, en el cual se reportaron 87 casos. Esto se debe probablemente a la intensificación en la Búsqueda activa institucional de casos y a la sensibilización realizada al personal de salud a mejorar en los procesos captación y notificación de casos de este evento

Grafica 19. Comportamiento de sífilis gestacional por semanas epidemiológicas. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 32,2% de los casos notificados al SIVIGILA fueron reportados por la ESE Clínica de maternidad Rafael Calvo (n=42), seguido de la Clínica Universitaria San Juan de Dios (n=23) el tercer lugar en la notificación de este evento lo ocupa la UAB Santa Lucía salud Total (n=8), el cuarto lugar lo ocupa Somedyt IPS (n=7) y quinto lugar IPS Salud del Caribe (n=4).

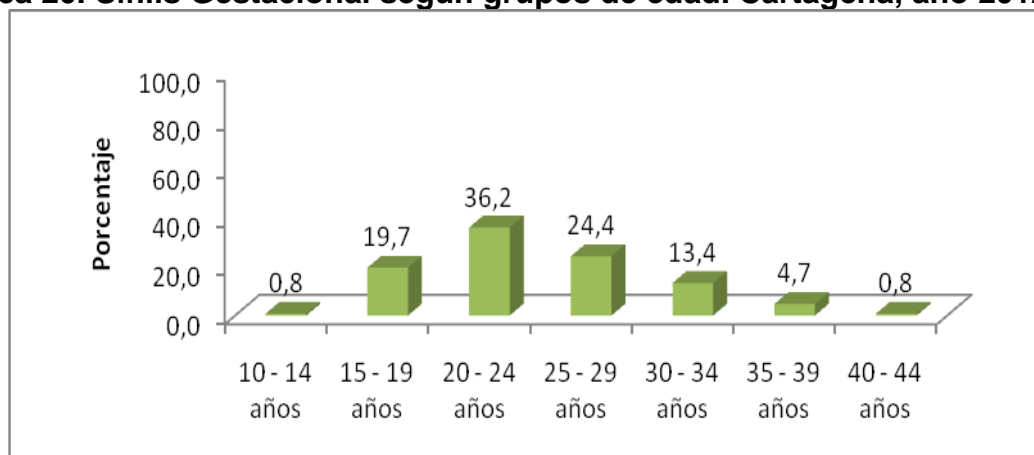
Tabla 23. Sífilis gestacional según UPGD notificadora. Cartagena 2012

No.	UPGD NOTIFICADORA	FREC. ABSOLUTA	FREC. RELATIVA
1	ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CASTAÑO	41	32,3%
2	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	23	18,1%
3	UAB SANTA LUCIA-SALUD TOTAL EPS-CARTAGENA	8	6,3%
4	SOMEDYT IPS EU	7	5,5%
5	IPS SALUD DEL CARIBE SA	4	3,1%
6	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA	3	2,4%
7	CLINICA GENERAL DEL CARIBE SA	3	2,4%
8	CLINICA MADRE BERNARDA	3	2,4%
9	COMEVA UBA BOSQUE CARTAGENA	3	2,4%
10	COOMEVA UBA SANTA LUCIA	3	2,4%
11	UAB PIE DEL CERRO-SALUD TOTAL EPS-CARTAGENA	3	2,4%
12	CAP ARROZ BARATO	2	1,6%
13	CAP LOS CERROZ	2	1,6%
14	CAP PASACABALLO	2	1,6%
15	ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS ESIMED SA	2	1,6%
	Total 15 primeras UPGD	109	85,8%
	Total otras UPGD	18	14,2%
	Total general	127	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

El 36,2% de los casos de sífilis gestacional se presentó en el grupo de edad de 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años con un 24,4% y del grupo de 15 a 19 años con 19,7%

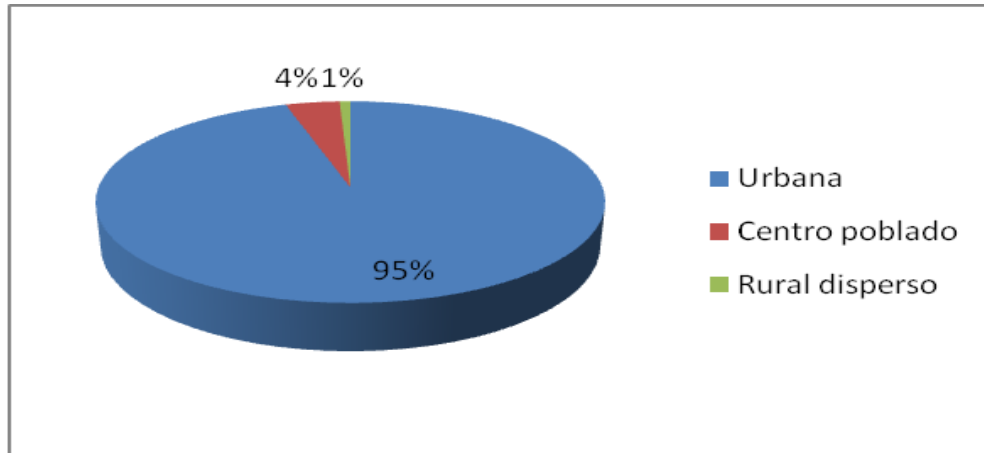
Grafica 20. Sífilis Gestacional según grupos de edad. Cartagena, año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

En el área urbana se concentran gran parte de los casos de sífilis gestacional (95%), en centro poblado y rural se registra 4% y 1% de los casos, respectivamente.

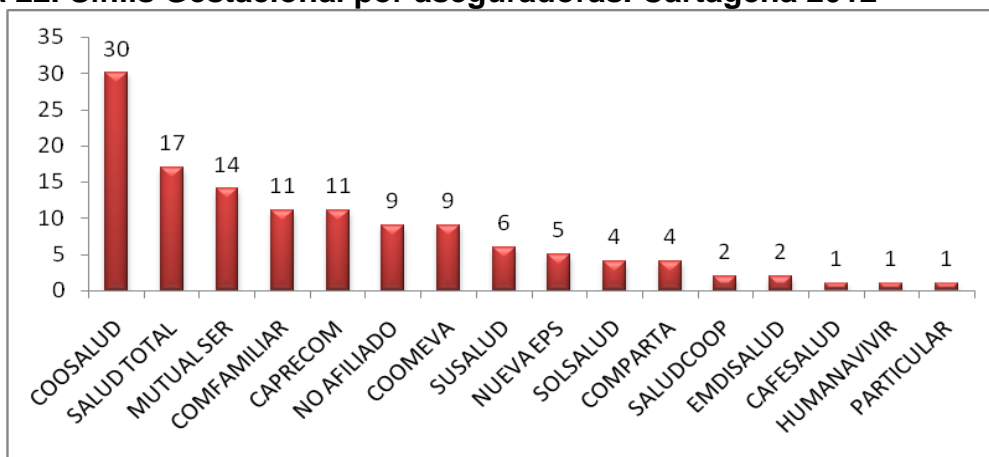
Grafica 21. Sífilis Gestacional y congénita según área de Procedencia. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 56,7% (n=72) de los casos de sífilis Gestacional se encuentran afiliados al régimen subsidiado, la aseguradora que presentan mayor número de casos es Coosalud (n=30), seguido de Mutua ser (n=14). El 36,2% (n=46) corresponden al régimen contributivo, La aseguradora con mayor número de casos es Salud Total (n=17), seguido de Coomeva (n=9 casos). A pesar de la gestión por alcanzar las metas de cobertura universal, aun se evidencian casos de sífilis gestacional no afiliados al sistema de seguridad social (n=9 casos).

Grafica 22. Sífilis Gestacional por aseguradoras. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

De la totalidad de los casos, 106 asistieron a control prenatal; de estas gestantes, solamente el 30,2% (n=32) inicio control prenatal en el primer trimestre y al 34,6% (n=44) se les tomo serología en ese trimestre.

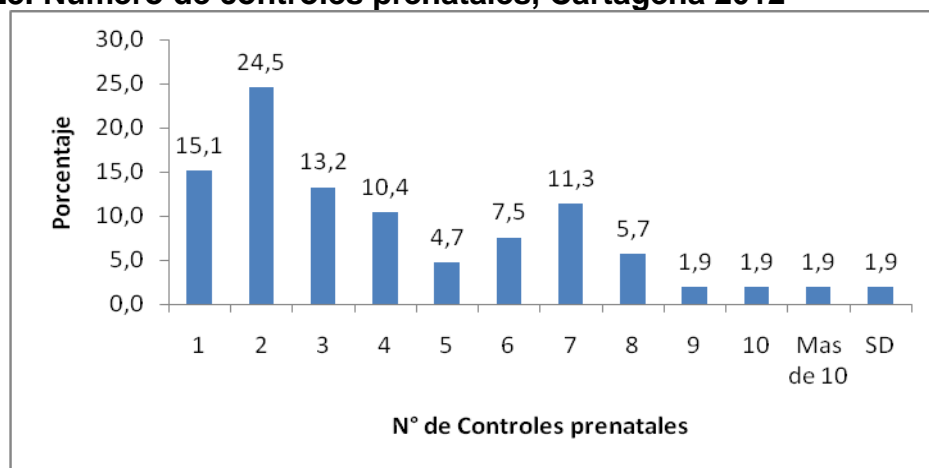
Tabla 24. Edad gestacional al inicio al momento del diagnóstico. Cartagena de 2012

Edad gestacional	inicio del control prenatal		Toma de serología	
	# de casos	%	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-12)	32	30,2%	44	34,6%
Segundo trimestre (Sem 13-26)	64	60,4%	31	24,4%
Tercer trimestre (Sem 27-42)	10	9,4%	52	40,9%
Total	106	100,0%	127	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

De acuerdo al número de controles prenatales realizados a las gestantes, el 15,1% recibieron solamente 1 control prenatal, 24,5% recibieron 2 controles prenatales, 13,2% recibieron 3 controles; lo que indica que el 52,8% de las gestantes que recibieron control prenatal, tuvieron menos de 4 controles. El 16,4% (21 casos) no recibieron control prenatal, correspondiente al régimen subsidiado 71,4% (15 casos), al régimen contributivo 9,5% (2 casos) y no afiliados 19% (4 casos)

Grafica 23. Número de controles prenatales, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 93,7% (n=119) del total de los casos de sífilis gestacional recibieron tratamiento, el cual se suministro de forma ambulatoria en el 61,4% (n=78) y hospitalario en el 32,3% (n=41). Solamente el 26,9% (n=32) inicio de tratamiento en el primer trimestre.

Con respecto al diagnóstico y tratamiento de contactos se observa que el 24,4% (n=31 casos) fueron diagnosticados y el 26,8% (n=34) fueron tratados.

Tabla 25. Edad gestacional al inicio del tratamiento. Cartagena - 2012

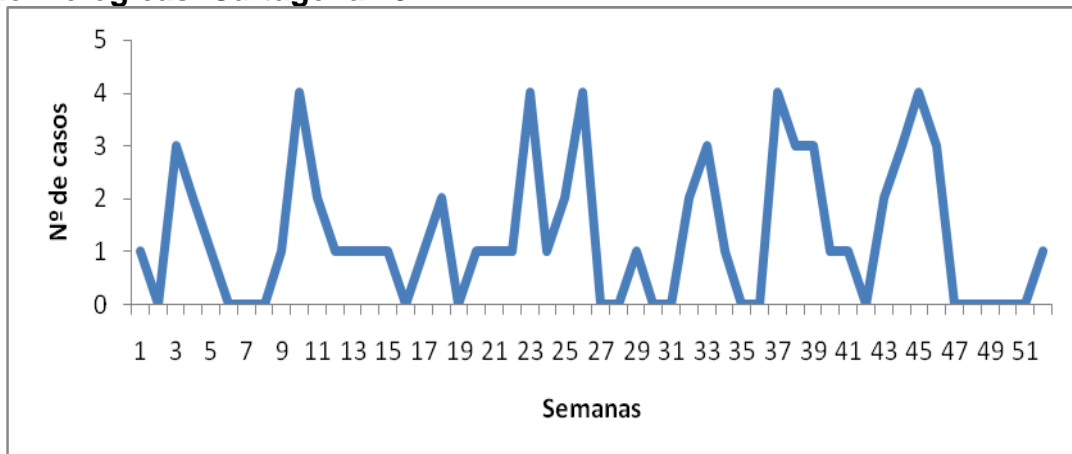
Edad gestacional	# de casos	%
Primer trimestre (Sem 1-13)	32	26,9%
Segundo trimestre (Sem 14-27)	23	19,3%
Tercer trimestre (Sem 28-42)	64	53,8%
Total	119	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

6.4.2. Sífilis congénita

Durante el año 2012 se notificaron un total de 67 casos de sífilis congénita. El comportamiento de este evento se muestra fluctuante, en las últimas semanas epidemiológicas se observa con tendencia al descenso. La notificación de casos para esta anualidad se nota considerablemente aumentada con respecto al 2011, donde se registraron 43 casos.

Grafica 24. Comportamiento de sífilis gestacional por semanas epidemiológicas. Cartagena 2012

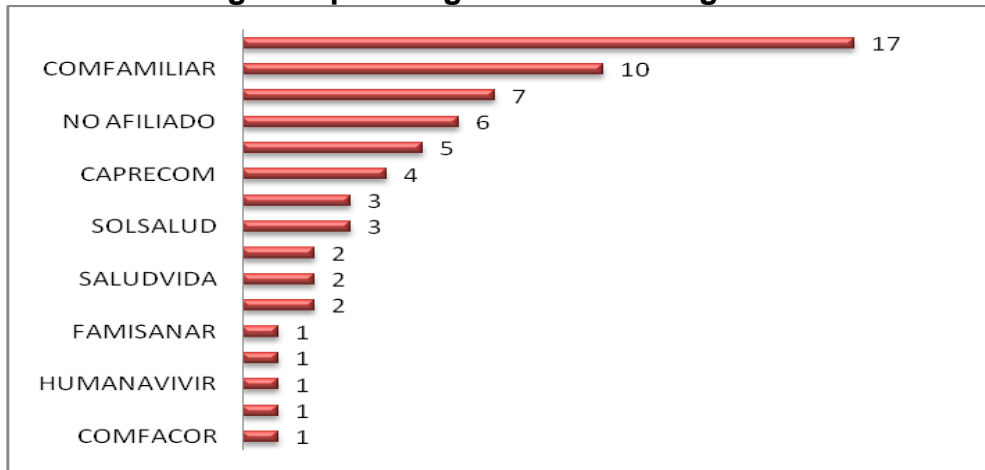


Fuente: SIVIGILA 2012

El 71,6% (n=48) de los casos se encuentran afiliados al régimen subsidiado, la aseguradora que presentó el mayor número de casos es Coosalud (n=17), seguido de Comfamiliar (n=10) y Mutual ser (n=7); el 17,9% (n=12) corresponden al régimen contributivo, siendo Salud Total la que presentó el mayor número de casos (n=5),

seguido de Nueva EPS (n=3) y Saludcoop (n=2); El 10,4% (n=7) no se encuentran afiliados a régimen de seguridad social.

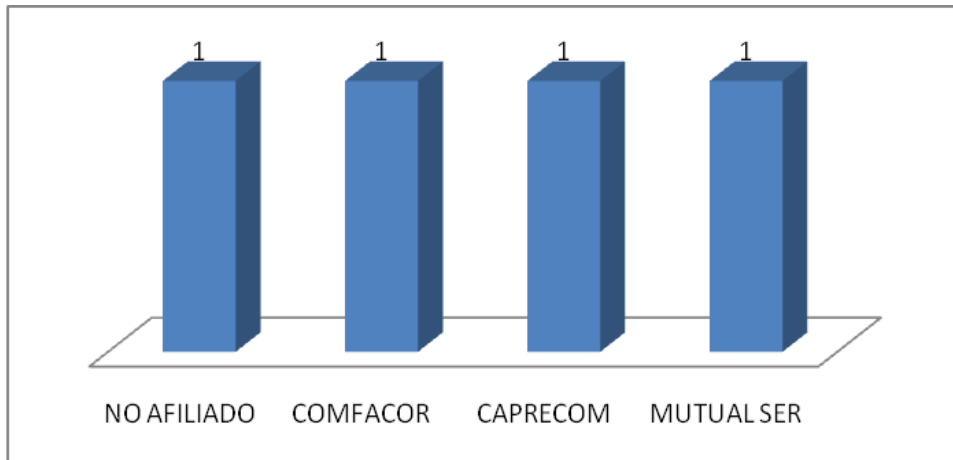
Grafica 25. Sífilis Congénita por aseguradoras. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

De la totalidad de los casos el 6% (n=4) fueron reportados como muertos, las madres de estos productos se encontraban afiliados a Comfacor, Caprecom, Mutual ser con un caso cada aseguradora y un caso no afiliado a régimen de seguridad social.

Grafica 26. Sífilis Congénita en condición final muerto por aseguradora. Cartagena 2012

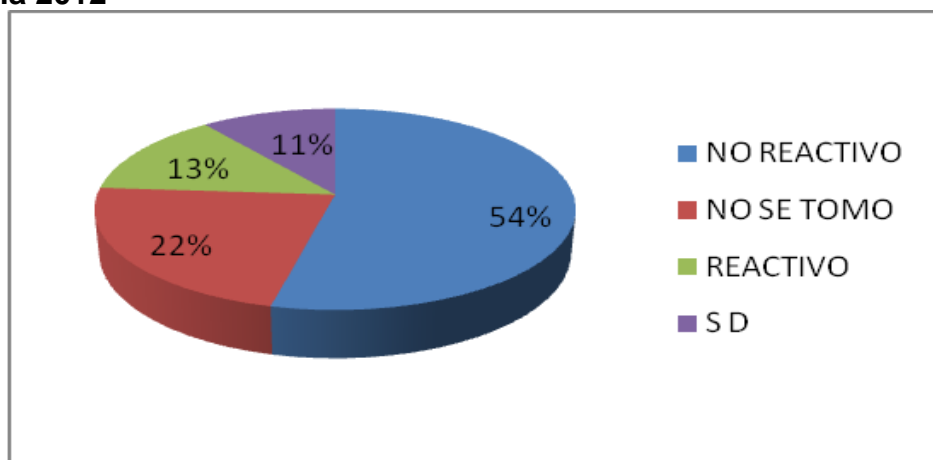


Fuente: SIVIGILA 2012

En el 54% de los casos de sífilis congénita, el resultado de VDRL en LCR fue No reactivo, en el 22% no se tomó muestra en LCR, evidenciándose el incumplimiento a las directrices estipuladas en guías y protocolos de atención para este evento, en el

13% de los casos se reporta resultado Reactivo y en el 11% no registra esta información.

Grafica 27. Resultado de VDRL en LCR, en casos de sífilis congénita, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 91% (n=61) de los casos recibió tratamiento con penicilina cristalina, 4,5% (n=3) con penicilina benzatinica y 4,5% (n=3) no recibieron tratamiento, por causa de fallecimiento.

Tabla 26. Indicadores de sífilis Gestacional y Congénita, Cartagena 2012

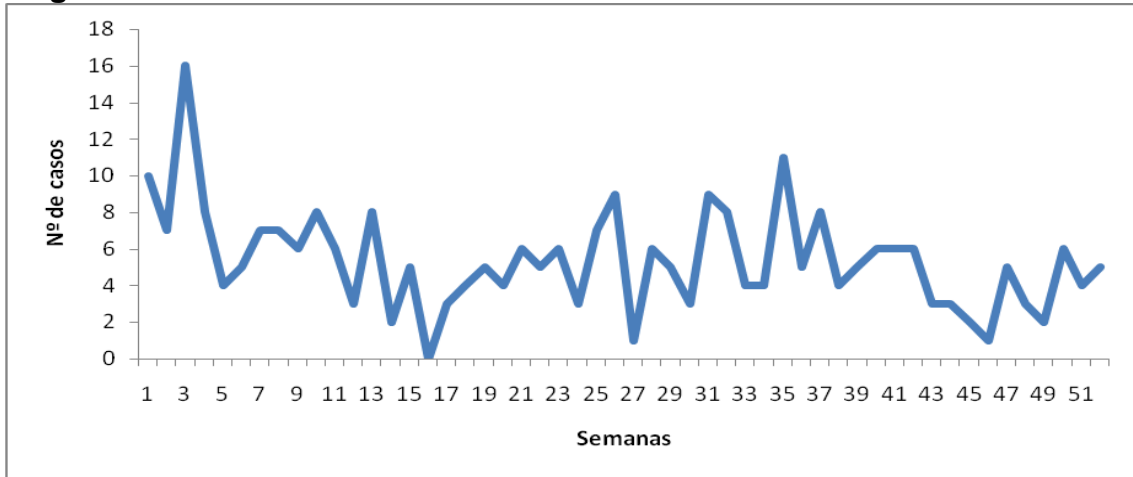
INDICADOR	META	VALOR INDICADOR
Porcentaje casos de muertes atribuibles a Sífilis Congénita analizados en Cove	0% de muerte por sífilis congénita	75%
Razón de Incidencia de Sífilis gestacional	Disminuir a 1 caso por 1000 N. V.	6,4 x 1000 N.V.
Incidencia de Sífilis Congénita	0,5 Casos por 1000 N. V.	3,4 x 1000 N.V.

Fuente: SIVIGILA 2012

6.4.3. VIH/SIDA

En el año 2012 se notificaron 279 casos de este evento, observando el mayor número de casos en la semana 3 con tendencia al descenso en las semanas posteriores. Con respecto al año 2011, se nota un descenso, en el cual se notificaron 301 casos.

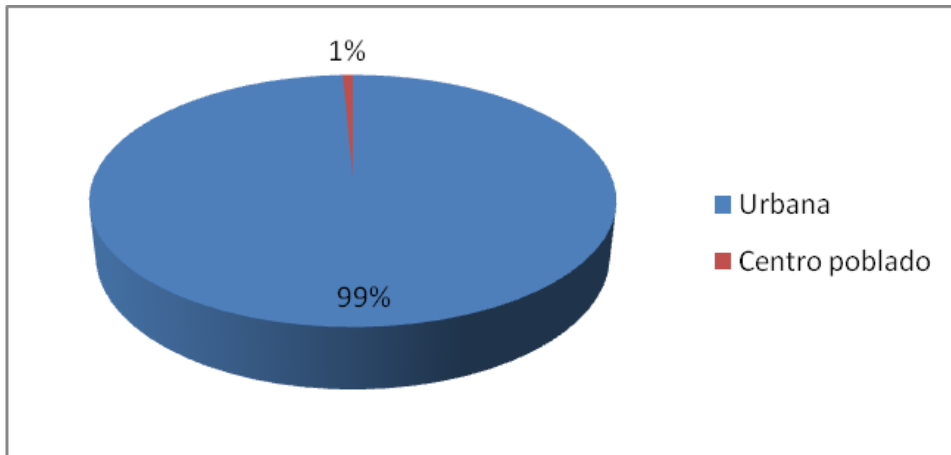
Grafica 28. Comportamiento de VIH/SIDA por semanas epidemiológicas. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Los casos de VIH/SIDA son procedentes en el 99% del área de cabecera municipal y 1% en el área centro poblado.

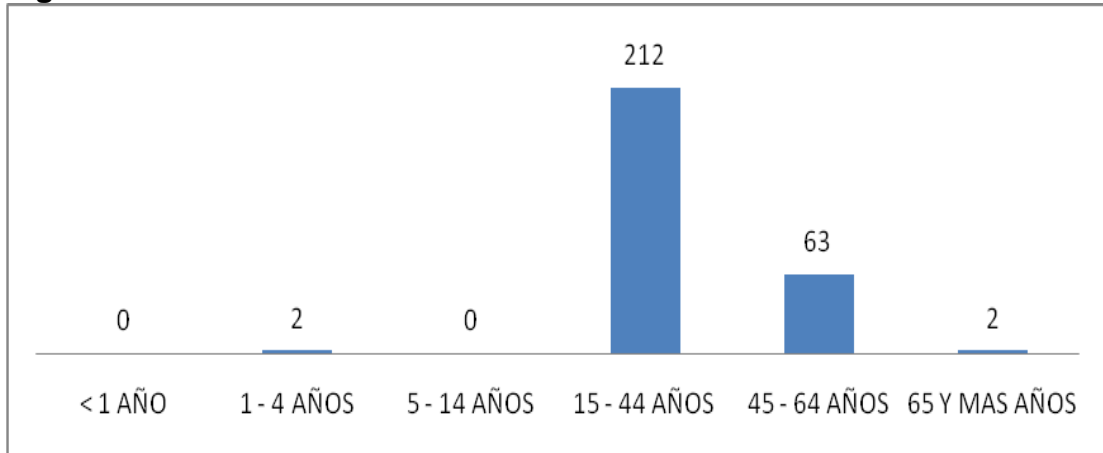
Grafica 29. Distribución de casos de VIH/SIDA según área de procedencia. Bolívar año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

De los casos de VIH/SIDA presentados, el 76% (n=212) se presentó en el grupo de 15 a 44 años, seguido del grupo de 45 a 59 años (n=63). Se reportaron 2 casos en el grupo de 1 a 4 años, lo que refleja casos de transmisión perinatal, no se han reportado casos en el grupo de 5 a 14 años y en menores de 1 año.

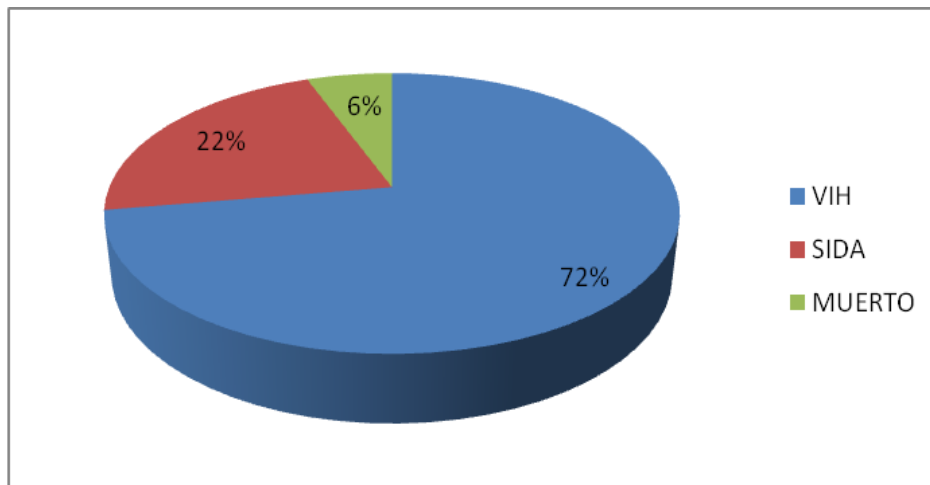
Grafica 30. Distribución de casos de VIH/SIDA según grupos de edad. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Con respecto a la distribución de casos de VIH/SIDA según estadio clínico, el 72% (n=202) fueron reportados como VIH, 22% (n=61) como SIDA y 6% (n=16) como muertos

Grafica 31. Distribución de casos de VIH/SIDA según estadio clínico. Cartagena 2012

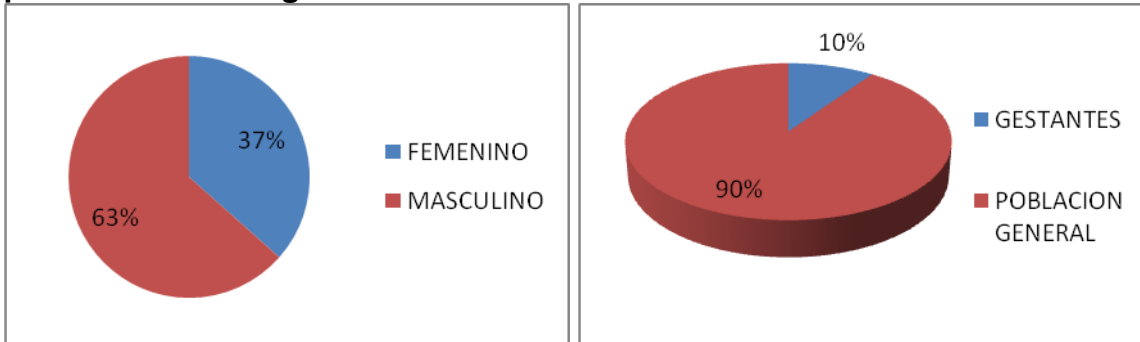


Fuente: SIVIGILA 2012

El 63% (n=177) de los casos corresponde al genero masculino y el 37% (n=102) al femenino. De la totalidad de los casos de VIH/SIDA el 10% (n=27) corresponde a gestantes, las cuales se encuentran afiliadas a Coosalud (n=8), Mutual ser (n=3), Salud Total (n=3) Cafesalud (n=29), Nueva EPS (n=2), Coopsagar (n=2);

Comfamiliar, Coomeva, Caprecom, Solsaud, Emdisalud y Comfenalco con 1 caso en cada una y 1 caso no afiliado al sistema de seguridad social .

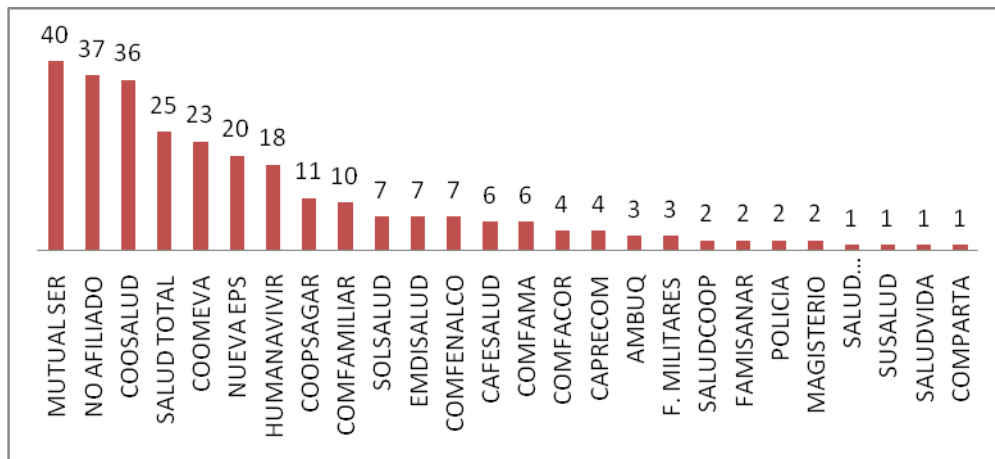
Gráfica 32. Distribución de casos de VIH/SIDA según género y grupo poblacional. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 46,6% (n=130) de los casos se encuentra afiliados al régimen subsidiado, la aseguradora que presenta el mayor número de casos es Mutual ser (40) y seguido de Coosalud (36); 38% (n=106) en el régimen contributivo, presentando el mayor número de casos Salud Total (n=25) seguido de Coomeva (n=23). Cabe anotar que se registran 37 casos no afiliados al Sistema de Seguridad en Salud.

Gráfica 33. Distribución de casos de VIH/SIDA por aseguradora – Cartagena año 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Tabla 27. Indicadores de VIH/SIDA. Cartagena 2012

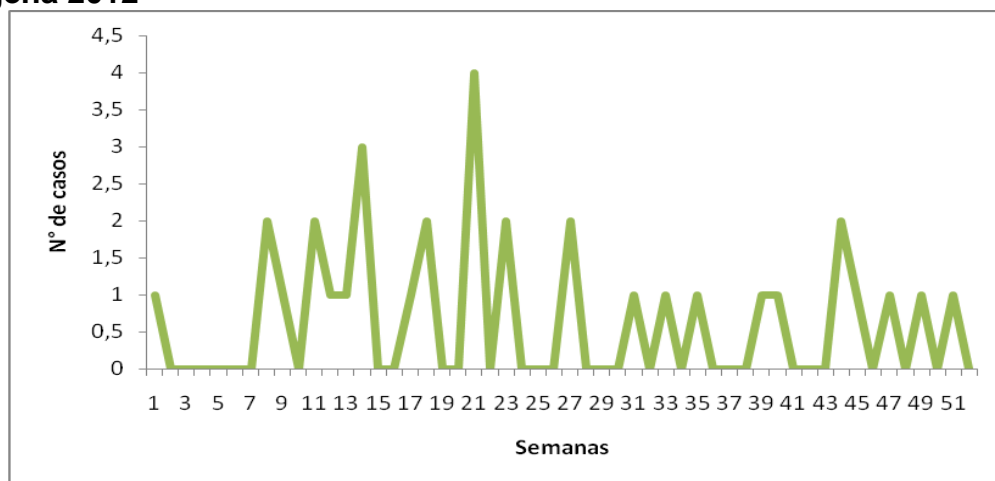
No.	INDICADOR	META	VALOR INDICADOR ANUAL 2012
1	Incidencia de infección por VIH	Para el 2015: prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en la población de 15 a 49 años.	28,8 x 100.000 habitantes
2	Proporción de transmisión por contacto sanguíneo	0%	0,3%
3	Proporción de transmisión por contacto perinatal	Para el 2012: 4%	7%

Fuente: SIVIGILA 2012

6.4.4. HEPATITIS B

Durante el año 2012, se ha notificado 33 casos de Hepatitis B. El comportamiento de este evento se observa con un ligero incremento con respecto al año 2011, en el cual se reportaron 26 casos, lo cual se puede explicar la adherencia al cumplimiento en la notificación de acuerdo a los lineamientos estipulados en protocolo, por parte del personal de salud de las UPGD. En la semana 21 se reporto el mayor número de casos (n=4), con tendencia al descenso en las últimas semanas del año.

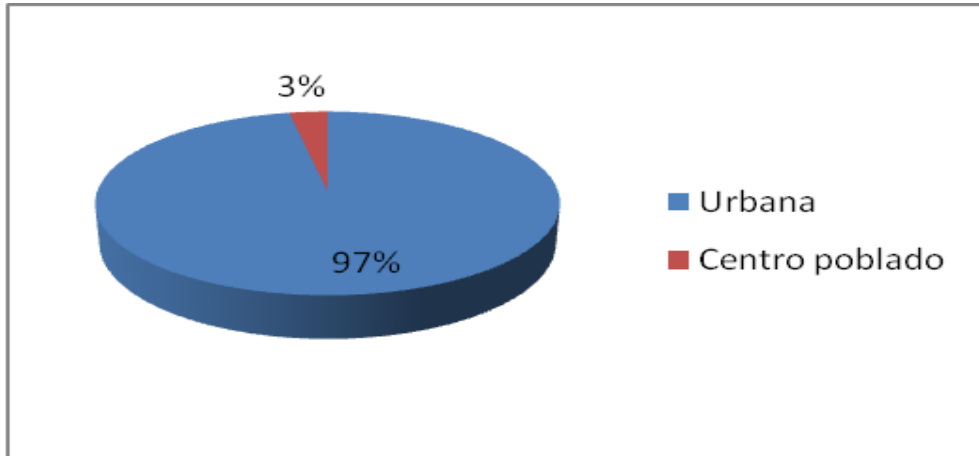
Grafica 34. Comportamiento de Hepatitis B por semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 97% (n=32) de los casos de Hepatitis B son procedentes del área urbana y el 3% (n=1) de centros poblados.

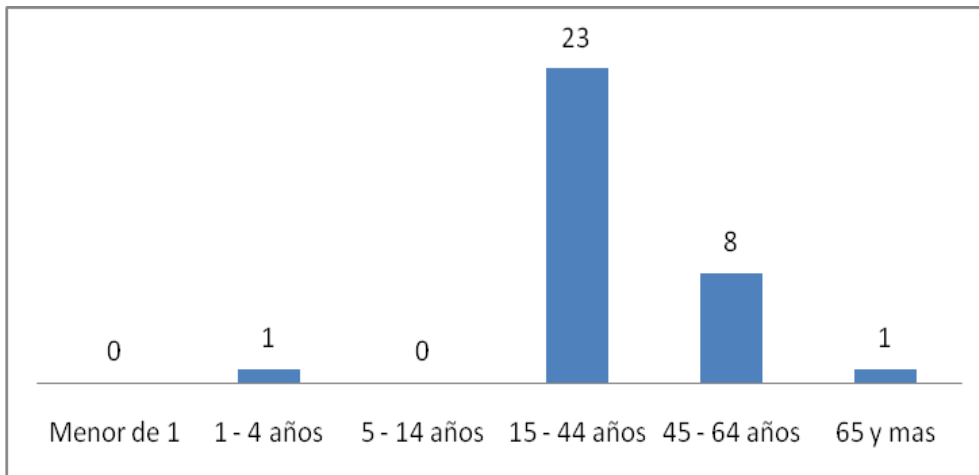
Grafica 35. Distribución de casos de Hepatitis B según área de procedencia. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 69,7% de los casos (n=23), se presentó en el grupo de edad de 15 a 44 años, el 24,2% (n=8) en el grupo de 45 a 64 años, 3% (n=1) en mayores de 65 años y 3% (n=1) en el grupo de 1 a 4 años. No se presentaron casos en los grupos menores de 1 año.

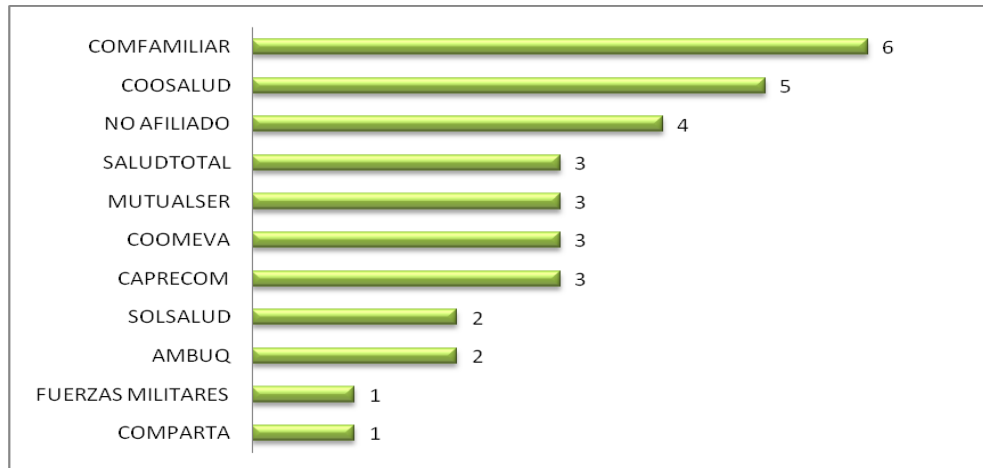
Grafica 36. Distribución de casos de Hepatitis B según grupo de edad. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 66,7% de los casos de Hepatitis B, se encuentran en el régimen subsidiado, el mayor número de casos se encuentran afiliados a Comfamiliar (n=4) y Coosalud (n=5); el 18,2% en el régimen contributivo, afiliado a Salud Total (n=3) y Coomeva (n=3); El 3% (n=1) al de excepción y el 12,1% (n=4) no se encuentran afiliados a ningún régimen de seguridad social.

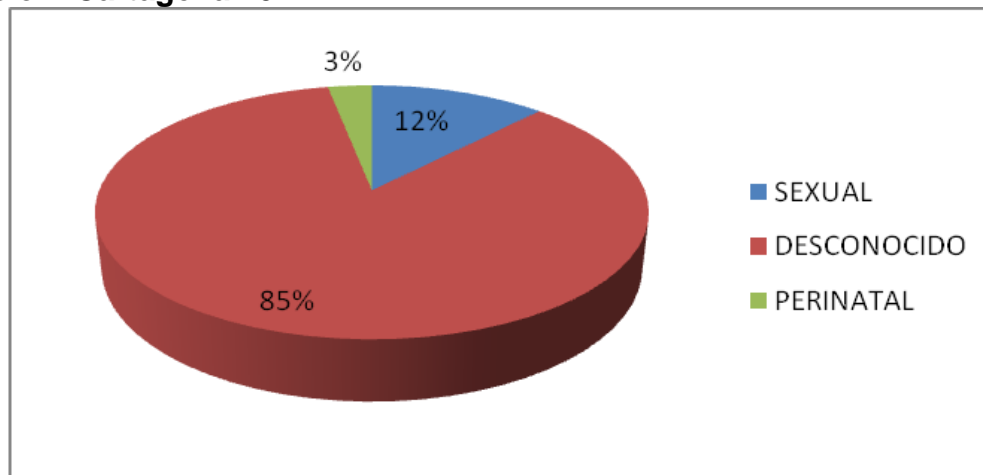
Grafica 37. Distribución de casos de Hepatitis B por aseguradora. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Con relación al probable mecanismo de transmisión, los casos registran desconocido en el 85% (n=28), sexual en el 12% (n=4) y perinatal en el 3% (n=1).

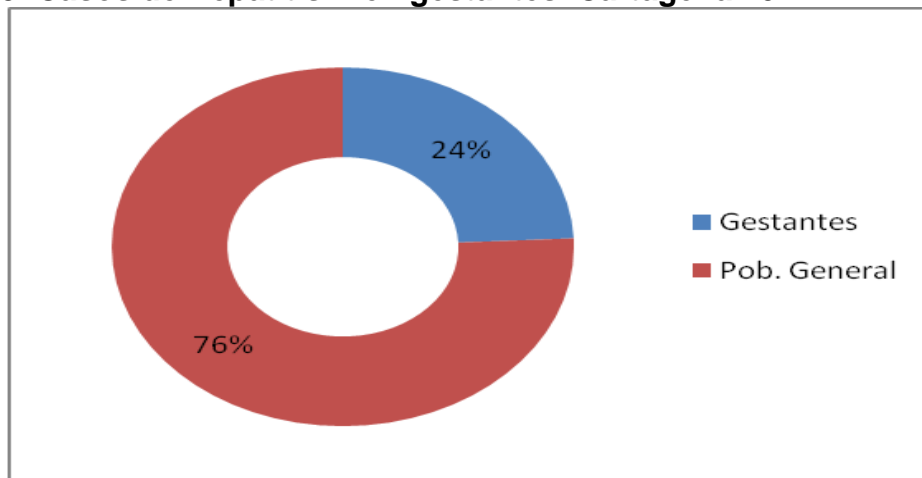
Grafica 38. Distribución de casos de Hepatitis B según mecanismo de trasmisión. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 24% (n=8) de los casos de Hepatitis B se presentó en gestantes, las cuales son afiliadas a Coosalud (n=4), Caprecom (n=2), Comfamiliar (n=1) y Coomeva (n=1)

Grafica 39. Casos de Hepatitis B en gestantes. Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

Tabla 28. Indicadores de Hepatitis B Bolivar año 2012

INDICADOR	META	VALOR INDICADOR ANUAL 2012
Proporción de casos en menores de 5 años	Cero casos de hepatitis B en el recién nacido y/o menores de 5 años.	3,0%
Incidencia de Hepatitis B	Reducir al 50% la incidencia del año anterior	3,4 x 100.000 habitantes

Fuente: SIVIGILA 2012

6.5. Inmunoprevenibles

6.5.1. Meningitis

Del total de casos de Meningitis notificados al SIVIGILA durante el año 2012 se confirmaron un total de 17; de estos un 64,7% (n=11) se debieron a Meningitis Meningocócica, siendo el rango de edad más afectado el de 1 a 4 años con un 27,3% (n=3); un 5,9% (n=1) y 29,4% (n=5) fueron por Haemophilus Influenzae y por Neumococos respectivamente; siendo los rangos de edad más afectados los de

1 a 4 años y mayores de 60 años con un 100% (n=1) y 40% (n=2) respectivamente. Ver tabla.

Tabla 29. Comportamiento de las Meningitis según rango de edad - Año 2012

No.	Rango de edad	Meningitis Meningocócica	%	Meningitis por haemophilus influenzae	%	Meningitis por neumococo	%	TOTAL
1	< de año	0	0	0	0	0	0	0
2	1 a 4	3	27,3	1	100	0	0	4
3	5 a 9	1	9,1	0	0	0	0	1
4	10 a 14	1	9,1	0	0	0	0	1
5	15 a 19	0	0	0	0	1	20	1
6	20 a 24	0	0	0	0	0	0	0
7	25 a 29	1	9,1	0	0	1	20	2
8	30 a 34	1	9,1	0	0	0	0	1
9	35 a 39	0	0	0	0	0	0	0
10	40 a 44	1	9,1	0	0	0	0	1
11	45 a 49	0	0	0	0	0	0	0
12	50 a 54	1	9,1	0	0	0	0	1
13	55 a 59	0	0	0	0	0	0	0
14	60 a 64	1	9,1	0	0	1	20	2
15	> 65	1	9,1	0	0	2	40	3
	TOTAL	11	100	1	100	5	100	17

Fuente: SIVIGILA - 2012

En lo concerniente al comportamiento según género, en las Meningitis meningocócica un 54,5% (n=6) pertenecieron al sexo femenino, el porcentaje restante al género masculino (n=5); el único caso de Meningitis por Haemophilus Influenzae pertenecía al género femenino; un 60% (n=3) de los casos de Meningitis por Neumococo pertenecieron al sexo masculino, mientras que el porcentaje restante al género femenino (n=2). Ver tabla 30.

Tabla 30. Comportamiento de las Meningitis según género - Año 2012

No.	Genero	Meningitis Meningocócica	%	Meningitis por haemophilus influenzae	%	Meningitis por neumococo	%	TOTAL
1	Femenino	6	54,5	1	100	2	40	9
2	Masculino	5	45,5	0	0	3	60	8
	TOTAL	11	100	1	100	5	100	17

Fuente: SIVIGILA 2012

El 100% de los casos de las Meningitis notificadas durante el año 2012, residían en la cabecera municipal del distrito de Cartagena.

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 81,2% (n=9) de los casos de Meningitis Meningocócica pertenecían al Régimen Subsidiado, el porcentaje restante al Régimen Contributivo (n=2); el único caso de Meningitis por Haemophilus influenzae perteneció al Régimen Subsidiado; mientras que un 80% (n=4) de los casos de Meningitis por Neumococo al Régimen subsidiado y un el porcentaje restante al Régimen Contributivo (n=1). Ver tabla 31.

Tabla 31. Comportamiento de las Meningitis según afiliación al SGSSS- Año 2012

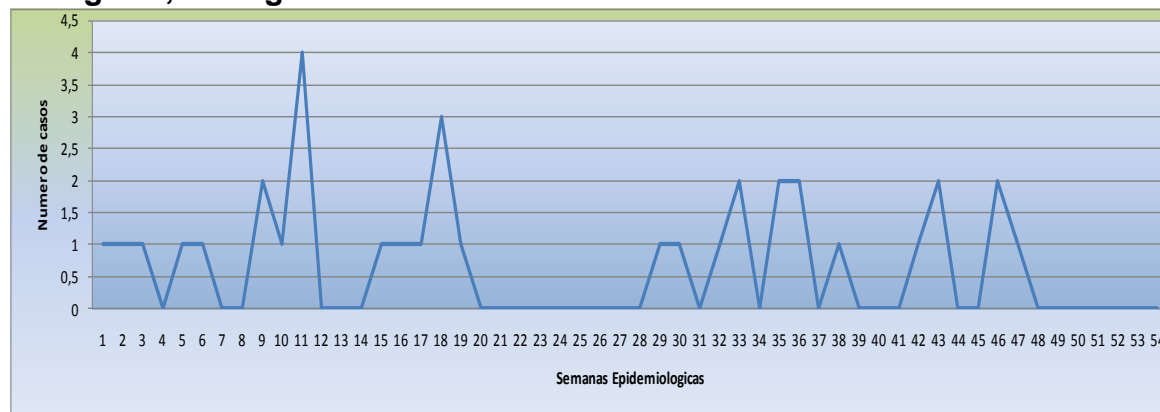
No.	SGSSS	Meningitis Meningocócica	%	Meningitis por haemophilus influenzae	%	Meningitis por neumococo	%	TOTAL
1	Contributivo	2	18,2	0	0	0	0	2
2	Subsidiado	9	81,8	1	100	4	80	14
3	No afiliado	0	0%	0	0	1	20,0	1
	TOTAL	11	100	1	100	5	100	17

Fuente: SIVIGILA 2012

6.5.2. PAROTIDITIS

Para el 2012 en el Distrito de Cartagena se reportaron a través de su sistema de vigilancia en salud pública 35 casos de parotiditis el 100% de ellos confirmados por clínica, el 54.3% de los casos fueron reportadas con género masculino frente a un 45.7% reportadas con género femenino.

Grafica 40. Comportamiento del evento Parotiditis según semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

En el 48.6% de los casos estos pertenecían al régimen contributivo, el 34.3% eran personas afiliadas al régimen subsidiado en salud, el 14.3% régimen especial y un 2.9% excepción, el 8.6% de los casos requirió servicio de hospitalización.

Tabla 32. Comportamiento del evento Parotiditis según grupo de edades, Cartagena 2012

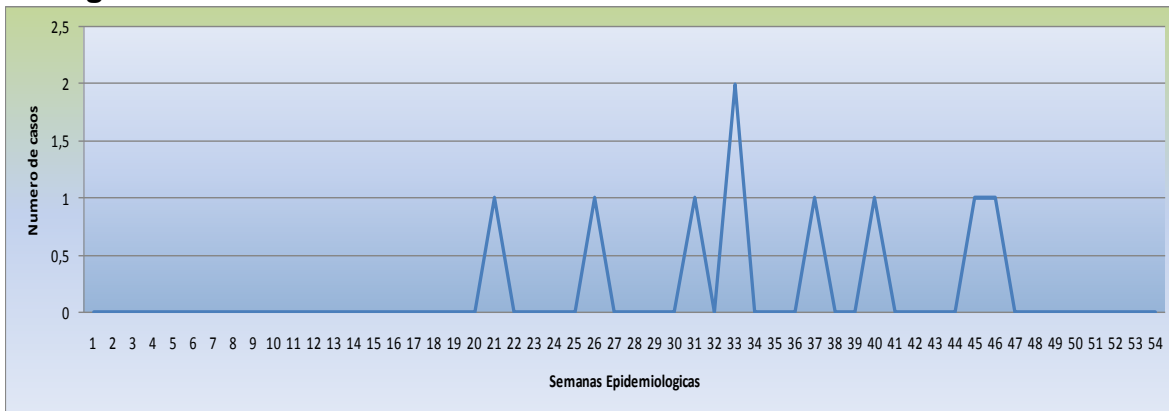
No.	EDAD	PAROTIDITIS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	< 1 año	0	0	0
2	1- 4	11	31,4	31,4
3	5- 9	6	17,1	48,6
4	10- 14	6	17,1	65,7
5	15 - 19	2	5,7	71,4
6	20 - 24	4	11,4	82,9
7	25 - 29	1	2,9	85,7
8	30 - 34	2	5,7	91,4
9	35 - 39	1	2,9	94,3
10	40 - 44	1	2,9	97,1
11	45 - 49		0,0	97,1
12	50 - 54	1	2,9	100,0
13	55 - 59		0,0	100,0
14	60 - 64		0,0	100,0
	Total	35	100	100

Fuente: SIVIGILA 2012

6.6. Evento Adverso Supuestamente Atribuido a Vacuna o Inmunobiológico

Según Sivigila 2012 en el distrito de Cartagena se evidencio un total de 9 casos o eventos supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización.

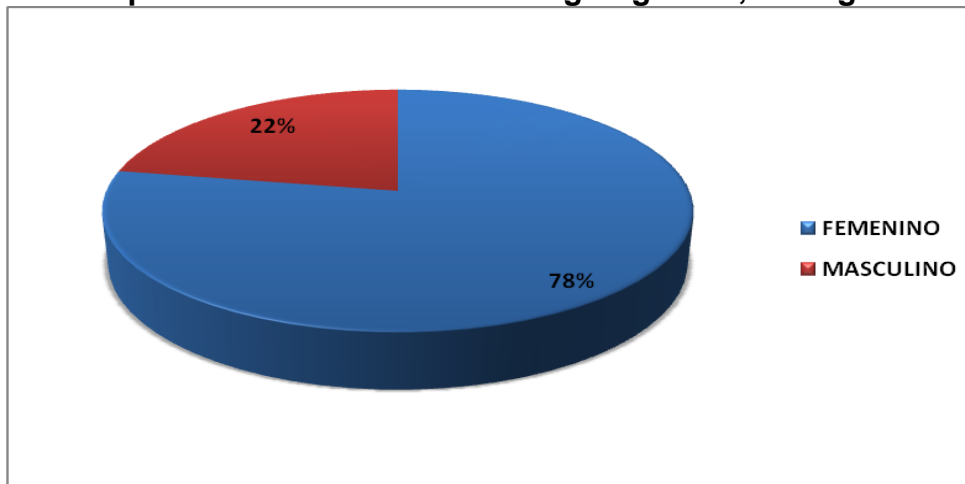
Grafica 41. Comportamiento de los ESAVI según semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

EL cálculo de media para la edad fue de 21, mediana de 17 años P25-P75= 1 año y 24 años, el 78% de los casos registraron género femenino y el 22% género masculino.

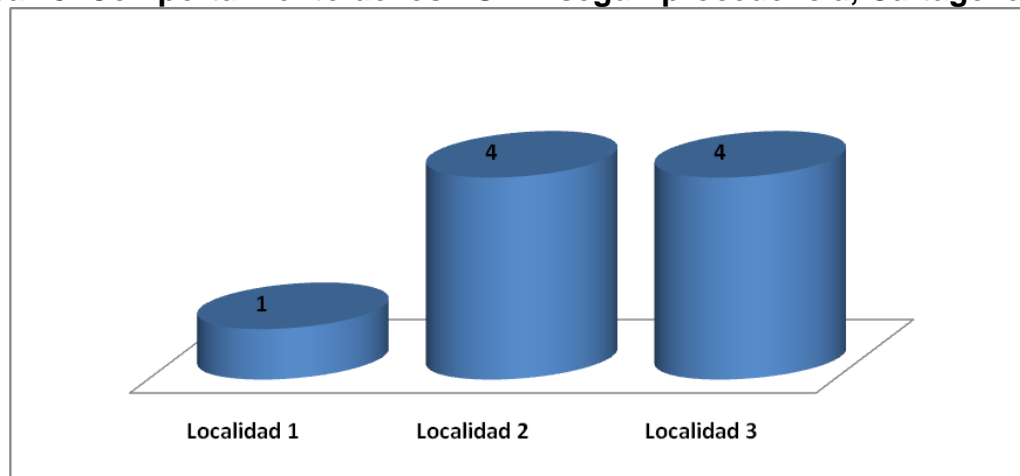
Grafica 42. Comportamiento de los ESAVI según género, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

La distribución de esta situación según la referenciación geopolítica del Distrito de Cartagena evidencia igual número de casos en localidad 2 y 3.

Grafica 43. Comportamiento de los ESAVI según procedencia, Cartagena 2012



Fuente: SIVIGILA 2012

El 88.9% de los casos registraron régimen contributivo y el 11.1% régimen subsidiado.

Tabla 33. Comportamiento de los ESAVI según afiliación, Cartagena 2012

No.	Aseguradora	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Subsidiado	1	11,1%
2	Contributivo	8	88,9%
3	Especial	0	0,0%
4	Excepción	0	0,0%
5	No afiliado	0	0,0%
	TOTAL DISTRITO	9	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2012

Dentro de los hallazgos semiológicos presentes se evidencia; absceso, fiebre, hipotonía, encefalopatía, Guillain Barre, celulitis, induración, dolor local y eritema, en un caso el estado y clasificación final fue recuperación con secuelas.

6.7. Tuberculosis

La Tuberculosis, es una enfermedad contagiosa producida por una micobacteria (bacilo de Koch), que afecta principalmente los pulmones, pero también otros órganos del cuerpo (forma Extra pulmonar), su forma de transmisión es por vía aérea, cuando una persona enferma sin tratamiento tose, estornuda, habla, esas microgotas en forma de aerosol transportan la micobacteria e ingresa al sistema

respiratorio superior de las personas que se encuentran alrededor generando una infección por tuberculosis denominada “TB Latente”, que es la forma inactiva de la enfermedad.

Para que la Tuberculosis se desarrolle, se hace necesario la presencia de factores de riesgo como: inmunosupresión o deficiencia del sistema inmunológico, otras comorbilidades como el VIH/SIDA, enfermedades debilitantes como la diabetes, el cáncer, el uso de corticoterapias, la malnutrición, el hacinamiento y las poblaciones vulnerables como habitantes de calle, personas privadas de la libertad, farmacodependientes, indígenas entre otros.

La situación actual de la TB en el mundo es un fiel reflejo de las enormes diferencias económicas y sociales que existen entre los distintos países, pudiendo evidenciarse como el 95% de los casos de enfermedad y el 98% de las muertes se dan en los países con menos recursos económicos

En 2010 cerca de 9 millones de casos nuevos de tuberculosis fueron reportados, más de un millón de personas murieron a causa de la enfermedad y otras 350.000 muertes se presentaron por tuberculosis asociada con infección por el VIH. Durante el 2010 la estimación de incidencia mundial fue de 128 casos por 100.000 habitantes, la mayor proporción se registra en Asia y África.

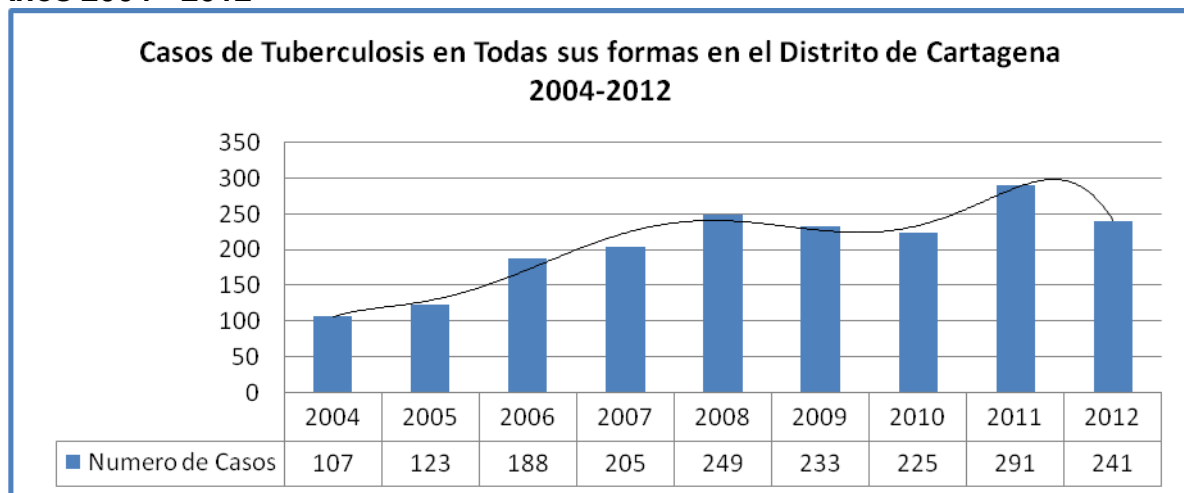
Sin tratamiento, las tasas de mortalidad son altas. El método más común para diagnosticar la TB en todo el mundo es la baciloscopia (desarrollado hace más de 100 años), en la que las bacterias se observan en muestras de esputo que se examinan bajo un microscopio.

Aunque desde 2012 se observa una disminución en la incidencia y el número de casos de TB en el mundo, aún no se logra el control de la enfermedad; esto se ha atribuido a múltiples factores, entre ellos la reemergencia de la enfermedad en países en donde se encontraba casi eliminada, la aparición de casos fármacorresistentes, el creciente número de personas infectadas con el VIH.

En Colombia anualmente se notifican cerca de 12.000 casos de Tuberculosis, registrándose incidencias entre 24 a 26 casos x 100.000 habitantes; cada año se reportan alrededor de 1000 muertes por la tuberculosis, no obstante, la tasa de mortalidad por TB ha disminuido cerca del 40%, pasando de 3,45 casos por 100 mil habitantes en 1999 a 2,1 en 2010. La TB infantil, con 719 casos (6,3%), para una incidencia de 5,47 casos por 100.000 menores de 15 años. La coinfección de Tuberculosis con VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos antituberculosos, se constituye en un gran desafío para el sistema de salud y los programa de Promoción y Prevención.

El Distrito de Cartagena ha tenido un comportamiento con tendencia al aumento en el número de casos diagnosticado en los últimos años; sin embargo entre 2011 a 2012 disminuyó de 291 a 241 respectivamente, situación que motiva al programa Distrital en el fortalecimiento de las acciones de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios de manera permanente apuntada hacia la intervención de sitios de interés epidemiológicos, entre los contactos y convivientes de los casos existentes y comunidades de alta carga para la enfermedad, teniendo en cuenta que para 2012 se vieron afectadas estas actividades por la irregularidad en la contratación de las mismas.

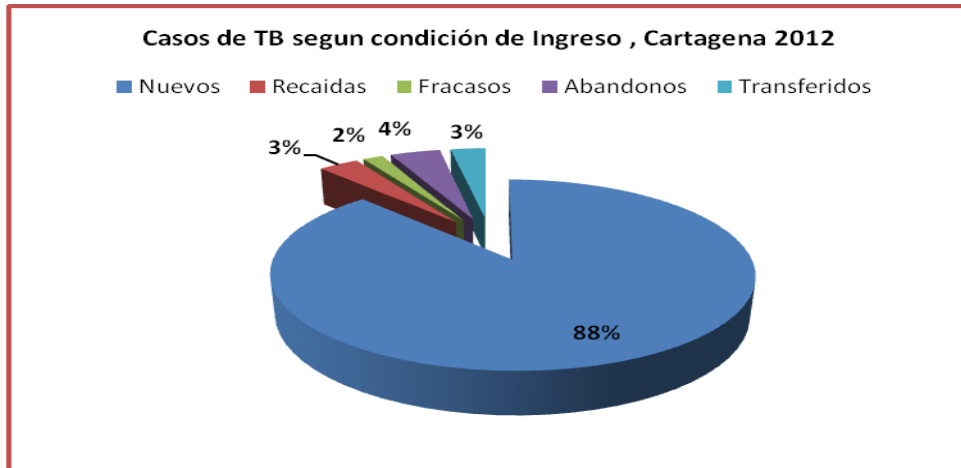
Grafica 44. Tendencia del evento Tuberculosis en el distrito de Cartagena – Años 2004 - 2012



Fuente: Programa de Prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

De los 241 casos de tuberculosis diagnosticados durante el 2012 en Cartagena, el 88%, corresponden a los casos nuevos para una proporción de incidencia de 22 casos x 100.000 habitantes; el 9% representado en los pacientes previamente tratados; es decir, recaídas (8/22), reingresos recuperados tras abandonos de los esquemas de tratamiento (10/22) y fracasos terapéuticos (4/22), que representan un alto riesgo de resistencia a los fármacos antituberculosos; el 3% restante fueron ingresos transferidos de otros departamentos.

Grafica 45. Comportamiento de la Tuberculosis según condición al ingreso – año 2012



Fuente: Programa prevención y control de la Tuberculosis – DADIS

Los casos diagnosticados en un 56% pertenecen al régimen subsidiado, el 27% son del régimen contributivo, 2% a regímenes especiales y existe aun el 15% de población pobre no asegurada que son asumidos por la secretaria de salud distrital.

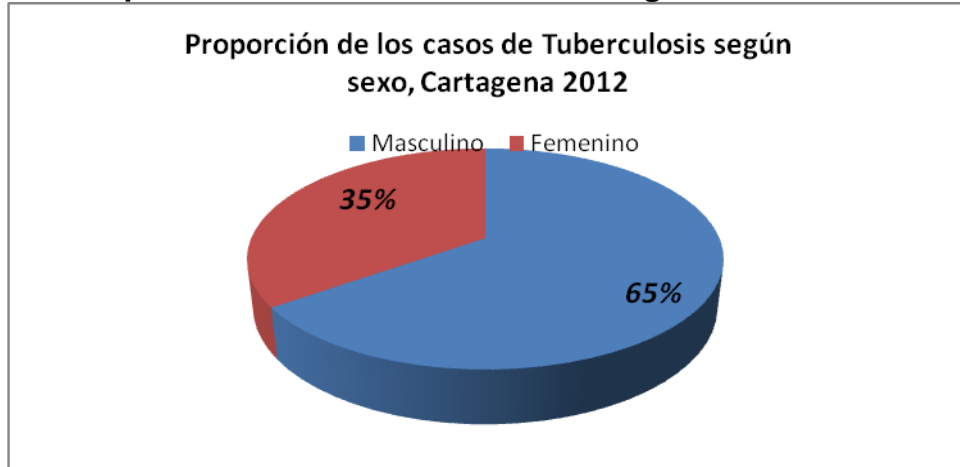
Tabla 34. Comportamiento de la Tuberculosis según Régimen de afiliación

No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	R. Contributivo	66	27%
2	R. Subsidiado	134	56%
3	R. Especial	6	2%
4	PNA	35	15%
	Total	241	100%

Fuente: Programa prevención y control de la Tuberculosis – DADIS

Dentro de los casos identificados sigue siendo la población masculina la más afectada por tuberculosis en un 65%, con relación a la población femenina con el 35%, comportamiento que se viene registrando desde hace 6 años.

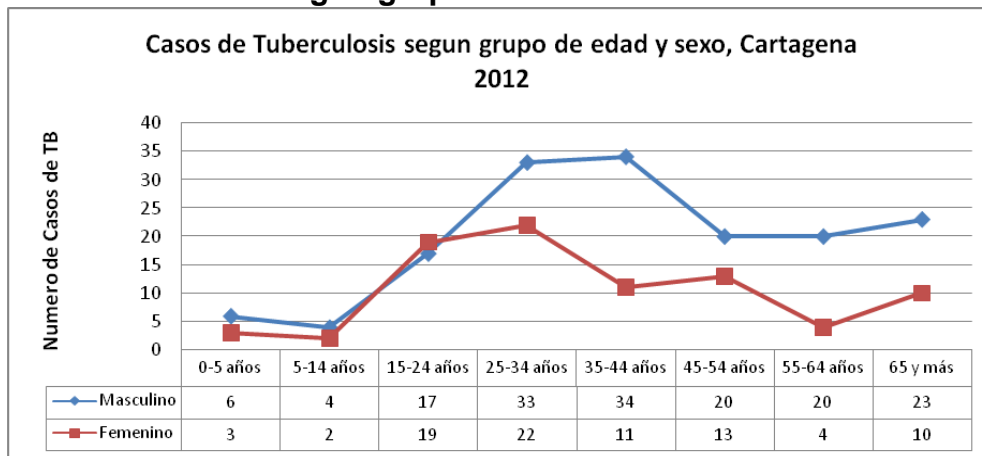
Grafica 46. Comportamiento de la Tuberculosis según Género



Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

Los grupos de edades que presentaron más casos de tuberculosis están entre 25 a 44 años con un 42%, considerada una población joven, social y económicamente productiva; los casos en menores de 15 años representan el 6%, cifras que ha disminuido con relación a los años anteriores, no desconociendo las dificultades y deficiencias en el diagnóstico de la TB infantil que presenta el Distrito.

Grafica 47. Tuberculosis según grupo de edad – Año 2012



Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

Cartagena está dividida en tres localidades; en donde podemos establecer que la Localidad # 2 (De la Virgen y turística), presenta el mayor número de casos con 39% y las Localidades # 1 y 3, conservan un comportamiento similar con un 31% y 30% respectivamente.

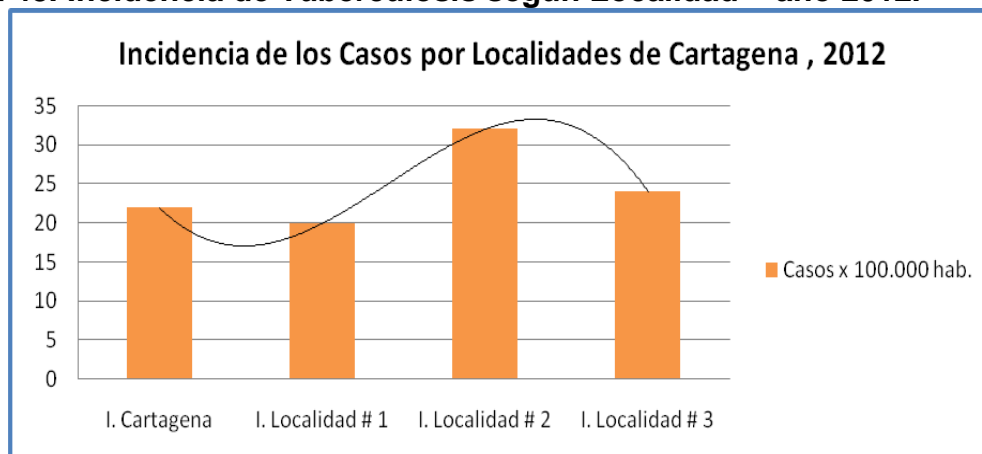
Mapa 4. Casos de Tuberculosis TF por Localidades, Cartagena 2012



Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

Sin embargo teniendo en cuenta la frecuencia de los casos con respecto a la población de las diferentes localidades, las incidencias por localidad muestran algunas diferencias significativas como lo vemos en la localidad No. 3 que a pesar de tener menos casos que la localidad No.1 su incidencia es más alta.

Grafica 48. Incidencia de Tuberculosis según Localidad – año 2012.

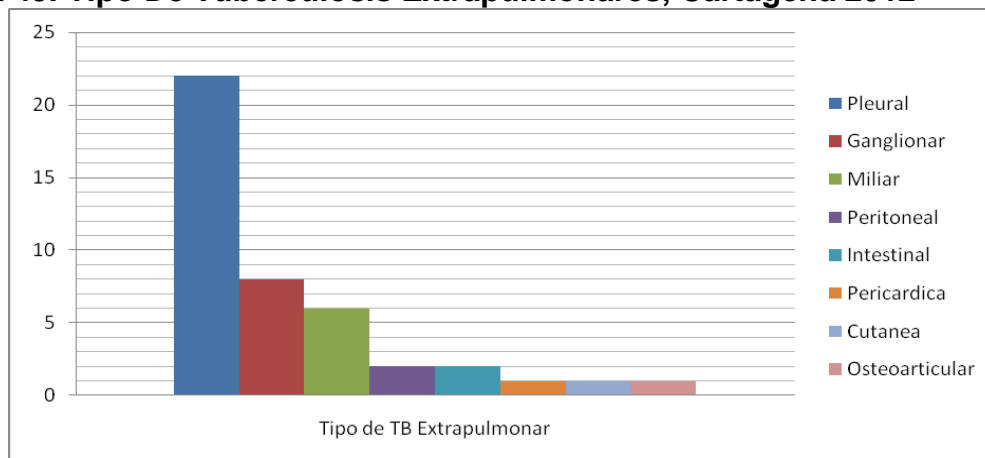


Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

La clasificación de los casos de tuberculosis con relación a su forma, podemos decir, que para el año 2012, los casos pulmonares bajaron del 87% al 82%, de los cuales el 71% fueron diagnosticados a través de la baciloscopia de esputo, el 2% mediante cultivo positivo y el 27% con otros criterios diagnósticos complementarios.

Las formas extrapulmonares fueron un 18% (n=43), donde la TB pleural fue la más frecuente.

Grafica 49. Tipo De Tuberculosis Extrapulmonares, Cartagena 2012

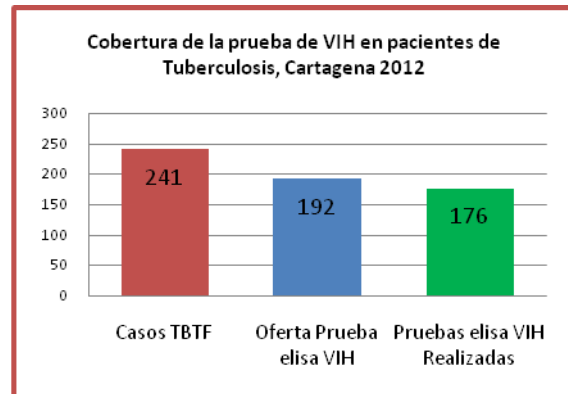
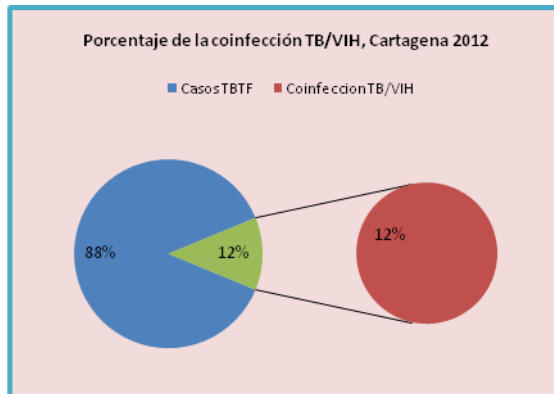


Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

Con relación a la coinfección de Tuberculosis y VIH; en el 2010 el porcentaje era de 7,5%, en el 2011 subió al 14.4% y en el 2012 alcanzó el 12,4%; estas cifras que superan el promedio nacional son el reflejo en el fortalecimiento de las acciones colaborativas entre el programa de TB y VIH, relacionado a la cobertura en la oferta de la prueba de VIH a todo paciente diagnosticado con tuberculosis, como parte del protocolo de atención, que para el 2011 fue del 70% y en el 2012 el 80% de los pacientes con tuberculosis recibieron la asesoría pre y post de la prueba de Elisa para VIH de los cuales el 92% se la realizaron de manera voluntaria. Sin embargo todavía hay un porcentaje significativo que no se tiene información.

Grafica 50. Coinfección VIH/TB con relacion – Años 2006 – 2011

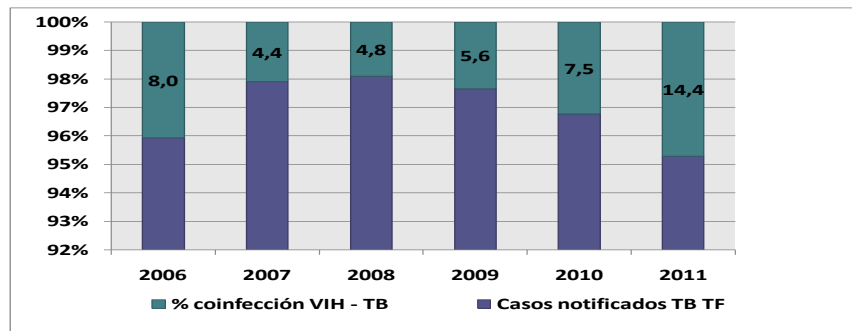
Cobertura de la Prueba de VIH en pacientes con TBC



Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

Grafica 51. Coinfección VIH/TB con relacion – Años 2006 - 2011

Proporción de la coinfección VIH/TB con relación a los casos de TBTF Cartagena 2006 - 2011



Fuente: Programa de prevención y control de la Tuberculosis- DADIS

El Distrito de Cartagena cuenta con un programa de Tuberculosis fortalecido gracias al interés institucional y el compromiso político frente al cumplimiento de las estrategias mundiales y lineamientos nacionales que han permitido la continuidad del recurso humano de planta en el liderazgo de las acciones de prevención y control de la Tuberculosis.

Para el 2012, el cumplimiento en los indicadores del programa fue todo un desafío teniendo en cuenta, las dificultades administrativas y de contratación que atravesó la alcaldía de Cartagena, lo cual se vio reflejado en algunas de las metas establecidas pese a los esfuerzos del equipo distrital.

Tabla 35. Indicadores programa de Tuberculosis distrito de Cartagena - 2012

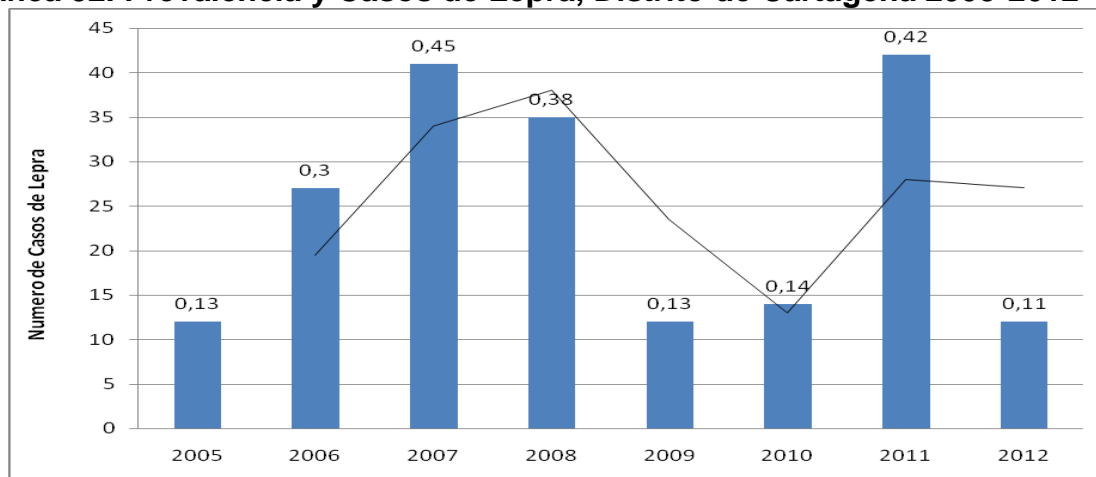
No.	INDICADORES	2012
1	POBLACION 2012	967.103
2	SR PROGRAMADOS	16.924
3	SR CAPTADOS	10.537
4	SR EXAMINADOS	10.056
5	% CAPTACION	59,4
6	BK DIAGNOSTICO REALIZADAS	24.053
7	% CONCENTRACIÓN	2,4
8	% POSITIVIDAD	1,6
9	CASOS A DETECTAR X BK	423
10	CASOS DETECTADOS X BK	164
11	% DETECCION	39%
12	CASOS NUEVOS TBTF	212
13	INCIDENCIA	22 X 100.000 hab.

Fuente Programa TB- DADIS Cartagena

6.8. Lepra

En el Distrito de Cartagena, para el año 2012 se reportaron 12 casos al programa de prevención y control de la Lepra, de los cuales 9 son casos nuevos y 3 son recidivas de años anteriores, para una prevalencia de 0,11 casos x 10.000 habitantes, cumpliendo con la meta nacional de eliminación para la lepra en los últimos años.

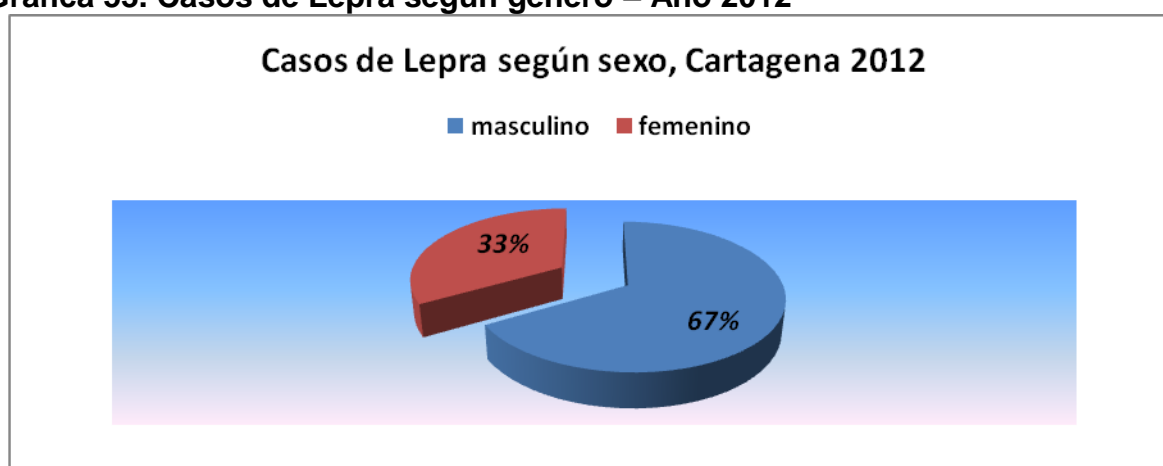
Grafica 52. Prevalencia y Casos de Lepra, Distrito de Cartagena 2005-2012



Fuente Programa TB- DADIS Cartagena

Con respecto a la clasificación de los casos según el tipo de lepra, el 58,3% (7/12) corresponde a lepra tuberculoide, que es la forma paucibacilar de la enfermedad junto con la lepra indeterminada que fue del 8,3% (1/12); las formas multibacilares que son las que transmiten el bacilo de la lepra, estuvieron entre el 25% para la lepra lepromatosa con (3/12) y 8,3 para lepra bordenline (1/12) entre los casos notificados. En la distribución de los casos según sexo, el mayor porcentaje se presentan en personas del sexo masculino con 67% y 33% en el sexo femenino.

Grafica 53. Casos de Lepra según genero – Año 2012



Fuente: Programa Distrital de Lepra - DADIS

Los grupos de edades más afectados se encuentran en los adultos mayores de 45 años representado en el 58,3 %, teniendo en cuenta que esta enfermedad es de evolución muy lenta y en algunos casos el diagnostico es tardío; lo cual también se ve reflejado en la presencia de 2 casos con discapacidad GI en este mismo grupo poblacional.

Tabla 36. Casos de Lepra según grupo de edades y sexo, Cartagena 2012

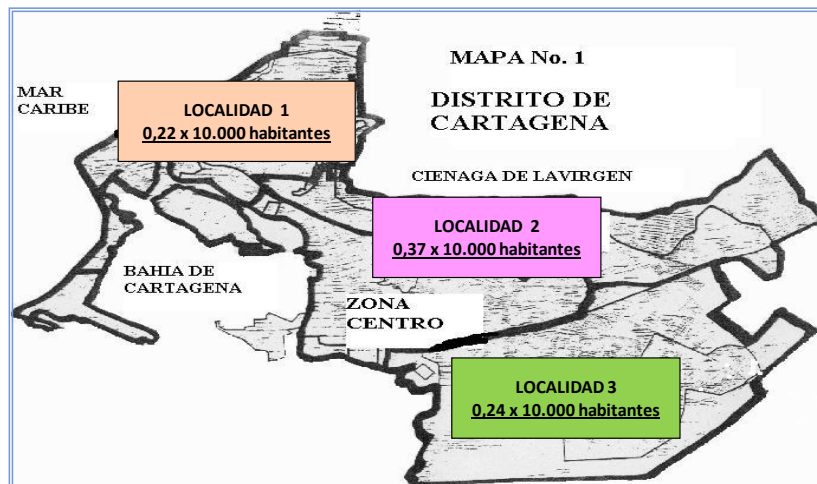
No.	EDADES	M	F	Total	%
1	0-14 años	0	1	1	8,3%
2	15-24 años	2	0	2	16,7%
3	25-34 años	0	1	1	8,3%
4	35-44 años	0	1	1	8,3%
5	45-54 años	3	1	4	33,3%
6	55 y más	3	0	3	25,0%
	Total	8	4	12	100,0%

Fuente: Programa Distrital de Lepra - DADIS

Al realizar la distribución de los casos por las localidades del Distrito, podemos identificar que la localidad # 2 (de la virgen y turística), se encuentra con un clasificación de alta carga para lepra teniendo en cuenta el histórico de los casos en los últimos 7 años; razón por la cual esta zona se prioriza al programas las intervenciones de prevención y control.

Mapa 5. Prevalencia de Lepra por localidad en Cartagena

**PREVALENCIA DE LEPROA POR LOCALIDAD DEL
 DISTRITO DE CARTAGENA**



Escenario	Localidad	Escenario	Localidad
Alta Carga	Localidad # 2	Baja Carga	Localidad #1
			Localidad #3

En la actualidad se mantiene las acciones de búsqueda activa de sintomáticos de piel en comunidades de riesgo epidemiológico, grupos vulnerables y entre los contactos y convivientes de los pacientes diagnosticados en años anteriores.

Los centros de salud de primer nivel de atención del distrito (Red pública y privada) dentro del plan de Abogacía, Comunicación y movilización social, desarrollan talleres institucionales a usuarios, búsqueda pasiva institucional, los cuales son informados al programa trimestralmente.

El Distrito cuenta desde hace más de 15 años con un grupo organizados de pacientes, expacientes y familiares, los cuales han implementado y mantenido

fortalecida la estrategia de RBC Rehabilitación Basada en Comunidad, creando espacios de desarrollo social, mejoramiento de las condiciones físicas, socioeconómicas de sus asociados y son reconocidos como líderes a nivel nacional.

6.9. Comportamiento de la Enfermedades Transmitidas por Vectores

6.9.1. Dengue

Durante el año 2012 en el distrito de Cartagena se presentaron un total de 183 casos de Dengue, de los cuales un 95,6% (n=75) correspondientes a la subclasificación clínica de casos de Dengue sin signos de alarma, un 4,4% (n=8) a casos de Dengue Grave, de los cuales hubo un caso de muerte por Dengue en un niño de año de edad, para una letalidad de un 12.5%. Al distrito de Cartagena le correspondió para ese año una tasa de incidencia de 18,9 por 100.000 habitantes, y una mortalidad de 0,5% sobre todos los casos.

Teniendo en cuenta el comportamiento del evento Dengue según el rango de edad, se evidencia que el grupo etario más afectado fue el de 5 a 9 años con un 26,8% (n=49), seguido del grupo de 10 a 14 años con un 20,8% (n=38); el tercer lugar le correspondió al grupo de 15 a 19 años con un 10,4% (n=19); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 1 a 4 años y de 20 a 24 años con un 10,0% (n=20) y 9,8% (n=18) respectivamente. Ver tabla 37.

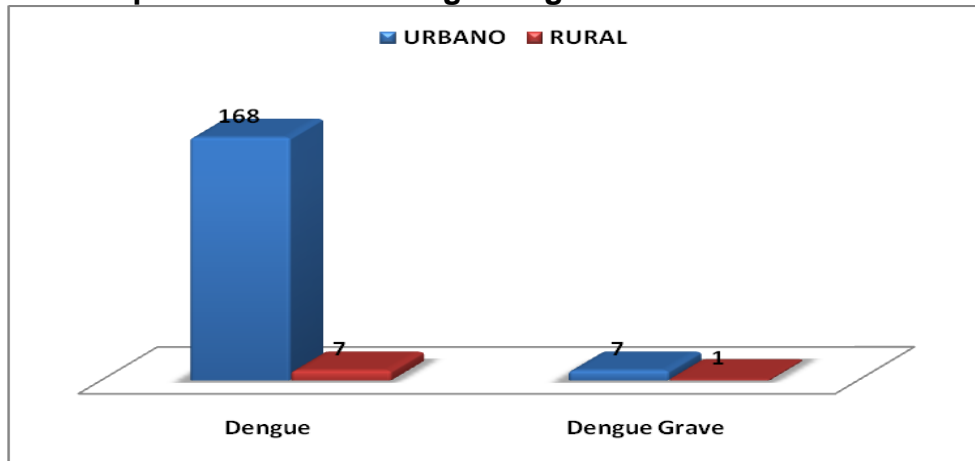
Tabla 37. Comportamiento del Dengue según edad – Año 2012

No.	Edad	Dengue	Dengue Grave	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	< 1 año	0	0	0	0%
2	1 - 4	19	1	20	10, 0%9
3	5 - 9	48	1	49	26,8%
4	10 - 14	36	2	38	20,8%
5	15 - 19	18	1	19	10,4%
6	20 - 24	18	0	18	9,8%
7	25 - 29	12	0	12	6,6%
8	30 - 34	2	0	2	1,1%
9	35 - 39	10	0	10	5,5%
10	40 - 44	1	2	3	1,6%
11	45 - 49	3	0	3	1,6%
12	50 - 54	2	0	2	1,1%
13	55 - 59	3	0	3	1,6%
14	60 - 64	3	1	4	2,2%
	Total	175	8	183	100%

Fuente: Sivigila Cartagena

Según la distribución de casos por procedencia, tanto para los casos de Dengue sin signos de alarma como para los casos de Dengue Grave, los mayores porcentajes se presentaron en el área urbana con un 96,0% (n=168) y 87,5% (n=7) respectivamente. Ver Gráfica 54.

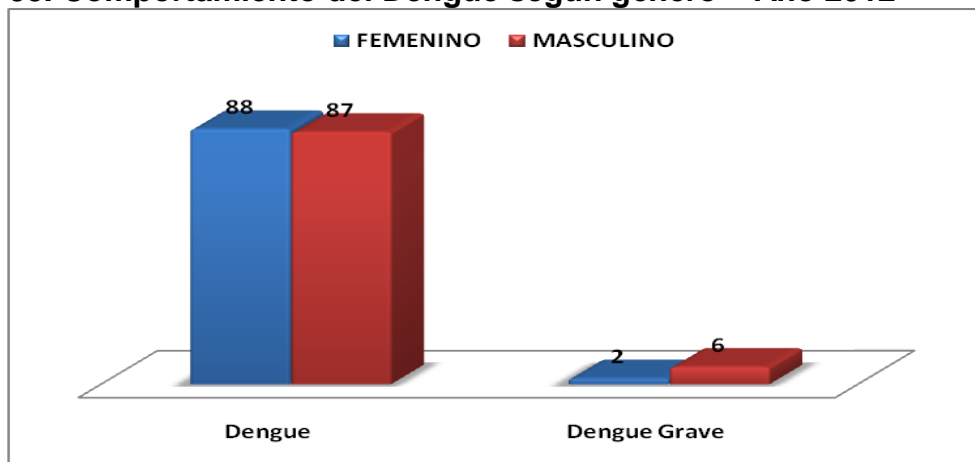
Gráfica 54. Comportamiento del Dengue según edad – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Teniendo en cuenta el comportamiento según género, en los casos de Dengue sin signos de alarma el sexo más afectado fue el femenino con un 50,3% (n=88); mientras que el género masculino fue el más afectado en los casos de Dengue Grave con un 75% (n=6). Ver gráfica 55.

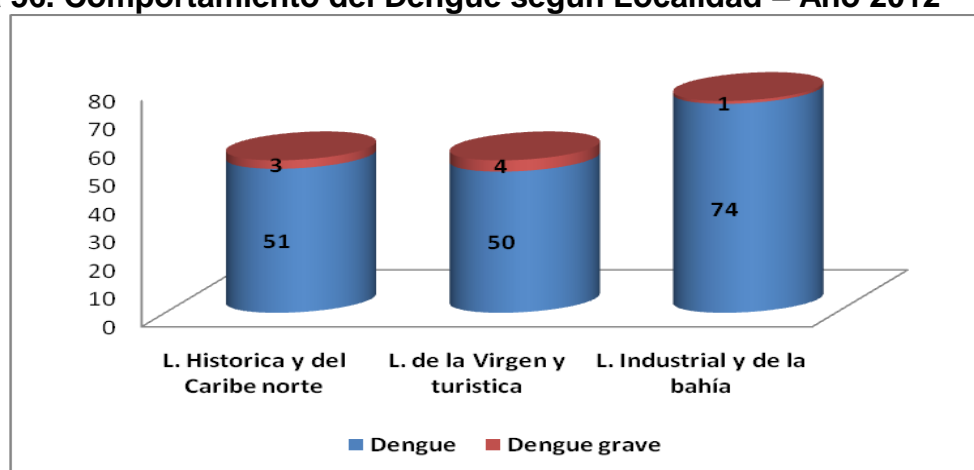
Gráfica 55. Comportamiento del Dengue según género – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Al revisar el comportamiento de casos de Dengue sin signos de alarma según localidad de residencia, se observa que la Localidad Industrial y de la Bahía fue en donde se registrara el mayor número con un 42,3% (n=74); seguida de las Localidades Histórica y del Caribe norte y Virgen y Turística con un 28,1% (n=51) y 28,6% (n=50) respectivamente. En los casos de Dengue grave en las Localidades de la Virgen y Turística e Histórica y del Caribe norte fue en donde se presentaron los mayores casos con un 50,0% (n=4) y 37,5% (n=3) respectivamente. Ver Gráfica 56.

Gráfica 56. Comportamiento del Dengue según Localidad – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Teniendo en cuenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los casos de Dengue sin signos de alarma el Régimen subsidiado fue quien presentara el mayor número con un 69,3% (n=121); seguida del Régimen Contributivo con un 18,9% (n=33); los menores porcentajes los ocuparon los pacientes sin seguridad social y los afiliados al Régimen Especial con un 5,1% (n=9) y 0,6% (n=1) respectivamente. Ver Tabla 38.

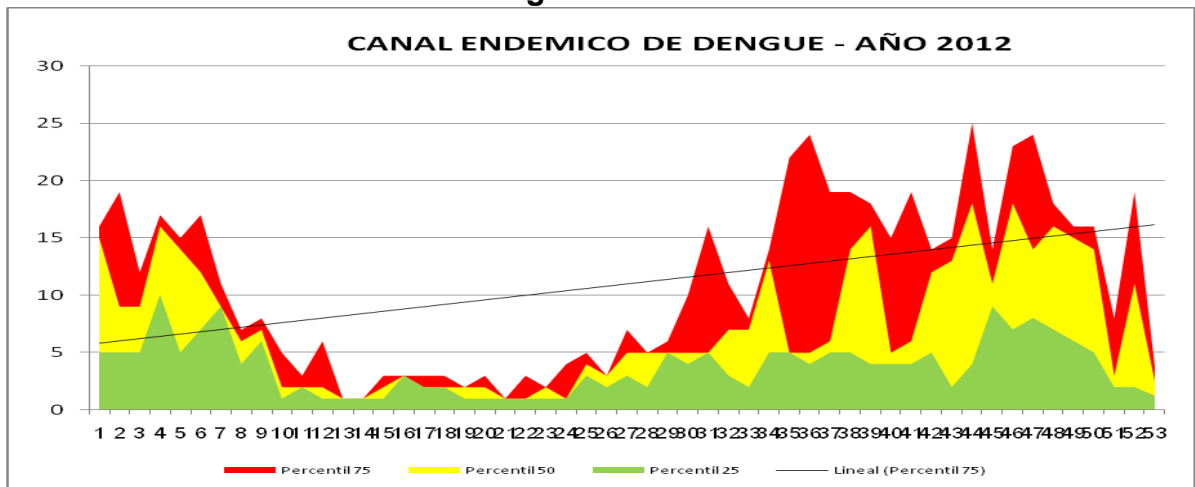
Tabla 38. Comportamiento del Dengue según Sistema de aseguramiento – Año 2012

No.	Tipo de Seguridad social	DENGUE		DENGUE GRAVE		TOTAL
		Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	
1	Contributivo	33	18,9%	3	37,5%	36
2	Subsidiado	121	69,1%	3	37,5%	124
3	Excepción	11	6,3%	0	0%	11
4	Especial	1	0,6%	1	12,5%	2
5	No afiliado	9	5,1%	1	12,5%	10
	TOTAL	175	100,0%	8	100%	183

Fuente: Sivigila Cartagena

Revisando el corredor endémico de los últimos 6 años para Dengue, se evidencia que, el comportamiento de la frecuencia de casos notificados durante el año 2012, se observa que el distrito de Cartagena presentó dos picos en la notificación de casos, uno a inicios de año y otro más sostenido y prolongado a finales de año, configurándose en situación de brote; con marcada tendencia hacia el incremento en la notificación del número de casos. Ver gráfica 57.

Gráfica 57. Canal endémico de Dengue - Año 2012

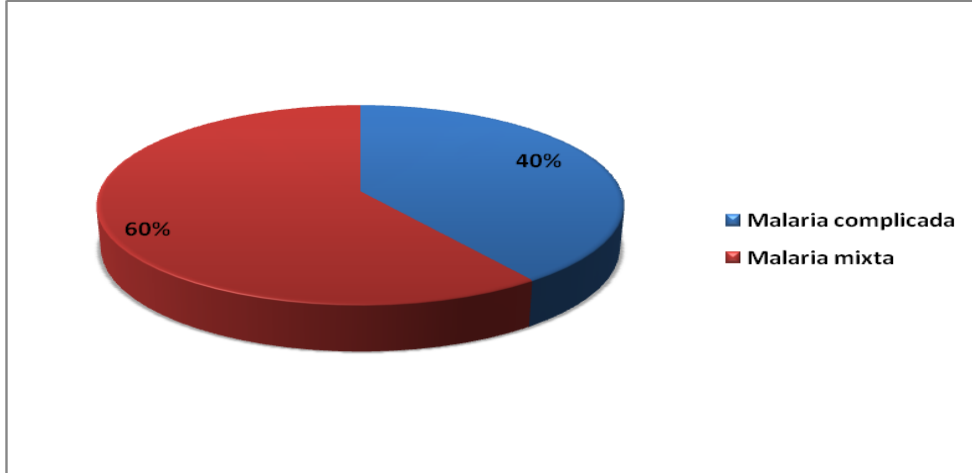


Fuente: Sivigila Cartagena

6.9.2. Malaria

Durante el año 2012 se notificaron al Sivigila del distrito de Cartagena un total de 5 casos de Malaria, un 60% (n=3) de los casos correspondientes a formas asociadas o mixtas y un 40% (n=2) a Malaria complicada; todos estos casos correspondieron a casos importados de zonas endémicas (Antioquia y Bolívar); todos estos casos residentes en zonas urbanas. Ver gráfica 58.

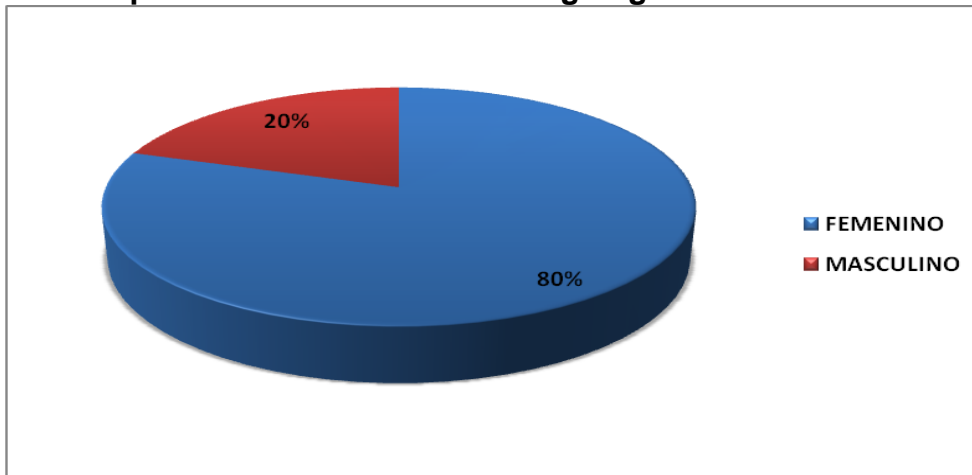
Gráfica 58. Comportamiento de la Malaria según clasificación - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Teniendo en cuenta el género un 80% (n=4) de los casos pertenecían al sexo femenino; mientras que el porcentaje restante (n=1) al género masculino. Ver gráfica 59.

Gráfica 59. Comportamiento de la Malaria según género- Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 60% (n=3) pertenecían al Régimen Subsidiado; mientras que un 40% (n=2) al Régimen Contributivo. Ver tabla 39.

Tabla 39. Comportamiento de la Malaria según afiliación al SGSSS- Año 2012

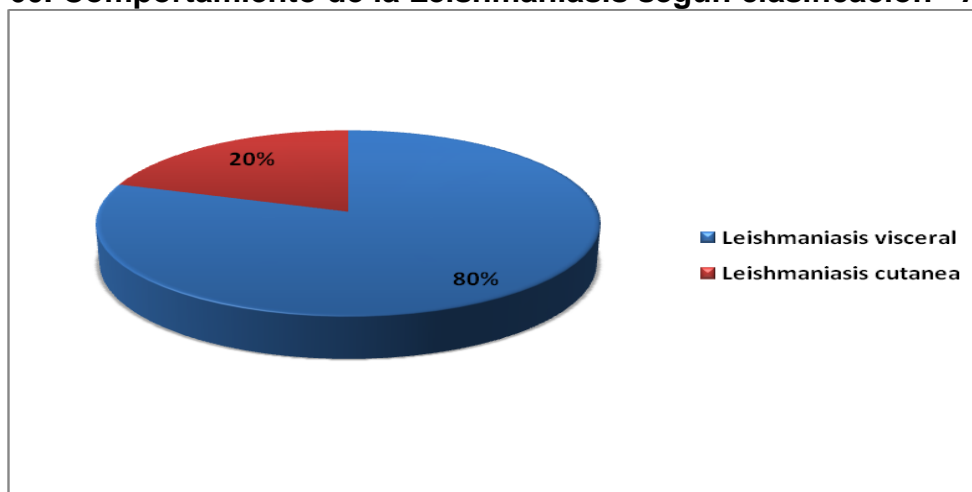
No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Contributivo	2	40,0%
2	Subsidiado	3	60,0%
3	Especial	0	0,0%
4	Excepción	0	0,0%
5	No afiliado	0	0,0%
	TOTAL DEPARTAMENTO	5	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena

6.9.3. Leishmaniasis

Durante el año 2012 se notificaron al Sivigila del distrito de Cartagena un total de 5 casos de Leishmaniasis, un 80% (n=4) correspondientes a Leishmaniasis visceral y un 20% (n=1) a Leishmaniasis cutánea; todos estos casos correspondieron a casos importados de zonas endémicas. Ver gráfica 60.

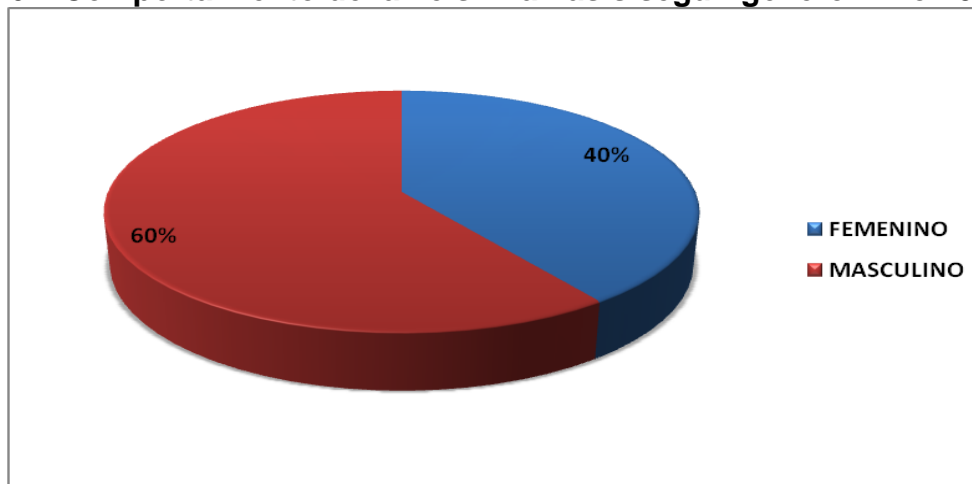
Gráfica 60. Comportamiento de la Leishmaniasis según clasificación - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Según el comportamiento por género un 60% (n=3) de los casos pertenecían al género masculino; y un 40% (n=2) al sexo femenino. Ver gráfica 61.

Gráfica 61. Comportamiento de la Leishmaniasis según género- Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 60% (n=3) pertenecían al Régimen Subsidiado; mientras que un 40% (n=2) al Régimen Contributivo. Ver tabla 40.

Tabla 40. Comportamiento de la Leishmaniasis según afiliación al SGSSS- Año 2012

No.	ASEGURADORA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Contributivo	0	0,0%
2	Subsidiado	3	60,0%
3	Excepción	2	40,0%
4	Especial	0	0,0%
5	No afiliado	0	0,0%
	TOTAL DEPARTAMENTO	5	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena

6.10. Mortalidad Asociada A Desnutrición

Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que la desnutrición es la causa subyacente de un 35% de las muertes de menores de 5 años. La proporción de niños con insuficiencia ponderal en los países en desarrollo ha disminuido del 28% al 17% entre 1990 y 2011. Este ritmo de progreso se encuentra cerca del necesario para cumplir con la meta de los ODM, pero las mejoras se han distribuido de forma desigual entre las diferentes regiones y dentro de ellas.

En el Distrito de Cartagena en el año 2012 según Sivigila se registraron 2 muertes asociadas a Desnutrición entre las edades de 5 y 8 meses, ambas de sexo femenino, residentes en la localidad 2 del Distrito, específicamente en los barrios Pozón y Olaya Herrera respectivamente, pertenecientes a el régimen subsidiado en salud; EPS Mutual ser y Comfamiliar.

Lactante con peso adecuado para la edad gestacional, no ingresos a programa de detección temprana de alteraciones en el menor de 10 años, y comorbilidades de base como Neumonía y Enfermedad Diarreica Aguda.

6.11. Maternidad segura

6.11.1. Mortalidad Materna

Durante el año 2012 se notificaron al Subsistema de Vigilancia en Salud Publica – SIVIGILA, del distrito de Cartagena un total de 13 Muertes Maternas (MM), de las cuales solo 9 entran para el cálculo del indicador razón de mortalidad Materna y son las que están contenidas en el presente informe.

Las Unidades Primarias Generadoras de Datos – UPGD, UCI Gestión Salud, Clínica Madre Bernarda y Clínica San José de Torices presentaron los mayores porcentajes con un 22,2% (n=2) para cada una; mientras que la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, la Clínica Universitaria San Juan de Dios y la Clínica Sol de las Américas presentaron un porcentaje de 11,1% (n=1) para cada una. Ver tabla 41.

Tabla 41. Comportamiento de la MM según UPGD que notifica – Año 2012

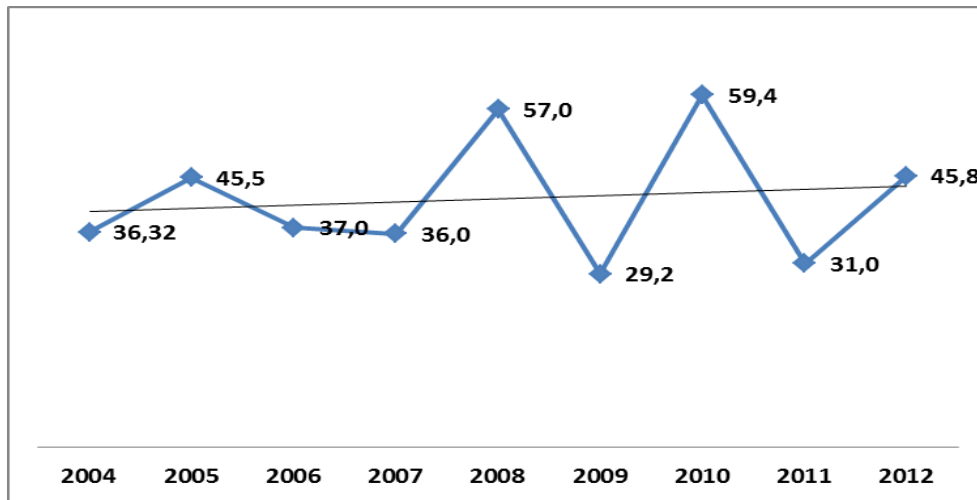
No.	UPGD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	GESTION SALUD	2	22,2%	22,2%
2	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS	2	22,2%	44,4%
3	CLINICA SAN JOSE DE TORICES	2	22,2%	66,7%
4	ESE HLCI	1	11,1%	77,8%
5	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	1	11,1%	88,9%
6	CLINICA SOL DE LAS AMERICAS	1	11,1%	100,0%
	Total	9	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena

Aunque el distrito de Cartagena no está lejos de cumplir con la meta propuesta en el objetivo 5° de los objetivos del Nuevo Milenio, durante los últimos 9 años ha

observado una ligera tenencia hacia el incremento del indicador razón de Mortalidad Materna, siendo así como en el año 2004 pasó de una razón de MM de 36,32 por 100.000 nacidos vivos a una razón de 45,8 por 100.000 nacidos vivos en el año 2012; la razón de MM más baja se registró en el año 2009, mientras que la más alta en el año 2010. Ver grafica 62.

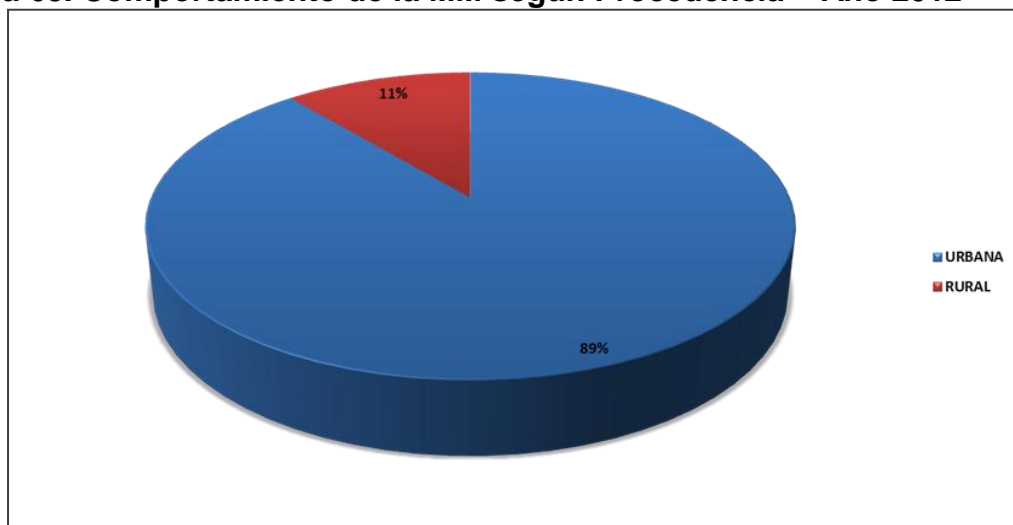
Grafica 62. Tendencia de la razón de MM



Fuente: Sivigila Cartagena

Del total de casos notificados durante el año 2012, un 88% (n=8) residían en el caso urbano del distrito de Cartagena, mientras que un 12% residen en áreas rurales. Ver grafica 63.

Grafica 63. Comportamiento de la MM según Procedencia – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

Un 55,6% (n=5) de las MM notificadas pertenecían al Régimen Subsidiado; mientras que un 22,2% (n=2) pertenecían al Régimen Contributivo y No afiliados. Ver tabla 42.

Tabla 42. Comportamiento de la MM según SGSSS – Año 2012

No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	CONTRIBUTIVO	2	22,2%
2	SUBSIDIADO	5	55,6%
3	NO AFILIADO	2	22,2%
	TOTAL DEPARTAMENTO	9	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena

La mayoría de los casos de MM registrados durante el año 2012, un 44,4% (n=4), correspondieron a pacientes residentes en la Localidad de la Virgen y Turística; mientras que la Localidad Histórica y del Caribe Norte con un 33,3% (n=3) y 22,2% (n=2) respectivamente. Ver tabla 43.

Tabla 43. Comportamiento de la MM según Localidad de residencia – Año 2012

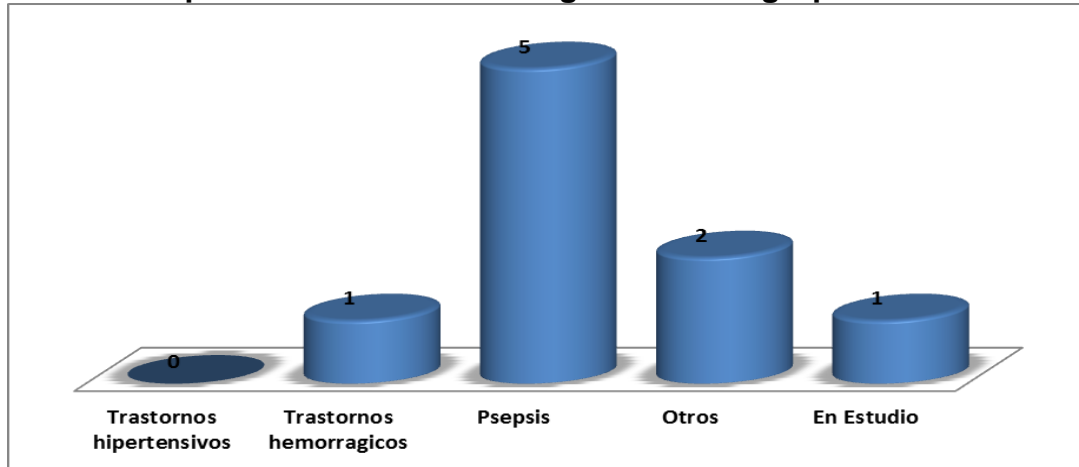
No.	Localidad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Histórica y del Caribe Norte (1)	3	33,3%
2	Virgen y Turística (2)	4	44,4%
3	Industrial y de la Bahía (3)	2	22,2%
	Total	9	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena

Teniendo en cuenta las causas agrupadas llama poderosamente la atención que el Distrito d Cartagena durante el año 2012 no presentó MM relacionadas con los Trastornos Hipertensivos, siendo esta la primera causa a nivel nacional e internacional de defunción, y en esto Cartagena ha avanzado ostensiblemente; pero se ha cedido terreno en el manejo de los procesos sépticos ocupando estos la primera causa de defunción con un 55,5% (n=5); un 22,2% (n=2) pertenecen a causas de defunción no agrupables en ninguna categoría, una MM se encuentra en

estudio por que se le hizo necropsia médico legal y aún no ha sido posible que Medicina legal nos facilite copia del informe pericial para poder cerrar el caso. Ver grafica 64.

Grafica 64. Comportamiento de la MM según causas agrupadas – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena

6.11.2. Morbilidad Materna Extrema en Cartagena – año 2012

Durante el año 2012 se notificaron al Subsistema de Vigilancia en Salud Publica – SIVIGILA un total de 272 casos de Morbilidad Materna Extrema (MME), correspondiéndole al distrito de Cartagena una razón de MME de 13,8 x 1.000 nacidos vivos.

La UPGD que presentó más casos de MME fue la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo con un 47,8% (n=130); seguido por la Clínica Universitaria San Juan de Dios con un 21,7% (n=59); el tercer lugar lo ocupó la UCI del Caribe de Santa Cruz de Boca grande con un 8,8% (n=24); el cuarto y quinto lugar le correspondieron a la Clínica Crecer y Clínica Madre Bernarda con un 6,3% (n=17) y 5,5% (n=15) del total de casos presentados.

Los casos notificados por estas cinco UPGD (Unidades Primarias Generadoras de Datos) concentran el 90% del total de casos presentados en el distrito de Cartagena; y la sola Maternidad Rafael Calvo cerca del 50% del total de casos. Ver tabla 44.

Tabla 44. Morbilidad Materna Extrema según Localidad de residencia – Año 2012

No.	UPGD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CASTAÑO	130	47,8%	47,8%
2	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	59	21,7%	69,5%
3	UCI DEL CARIBE SA SANTA CRUZ DE BOCAGRANDE	24	8,8%	78,3%
4	CLINICA CRECER	17	6,3%	84,6%
5	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANC	15	5,5%	90,1%
6	CLINICA SAN JOSE DE TORICES	8	2,9%	93,0%
7	CLINICA BLAS DE LEZO	7	2,6%	95,6%
8	CLINICA CARTAGENA DELMAR	7	2,6%	98,2%
9	HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	4	1,5%	99,6%
10	CLINICA SOL DE LAS AMERICAS	1	0,4%	100,0%
	Total	272	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Revisando el comportamiento según Localidad de residencia, se evidencia que la Localidad No. 2 (Virgen y Turística) es en donde se presentan la mayor proporción de casos de MME con un 43,0% (n=117); mientras que las Localidades No. 3 (Industrial y de la Bahía) y 1 (Histórica y del Caribe Norte) presentaron un 28,3% (n=77) y 25,0% (n=68) respectivamente. Ver tabla 45.

Tabla 45. Morbilidad Materna Extrema según Localidad de residencia – Año 2012

No.	LOCALIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
1	Histórica y del Caribe Norte (1)	68	25,0%
2	Virgen y Turística (2)	117	43,0%
3	Industrial y de la Bahía (3)	77	28,3%
	SD	10	3,7%
	Total	272	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Según el comportamiento de la variable edad, se evidencia que el mayor porcentaje de casos se presentaron en mujeres entre los 20 a 24 años y 25 a 29 años con un

25,4% (n=69) para cada uno; seguida del grupo de 15 a 19 años con un 17,5% (n=48); el cuarto y quinto lugar le correspondió a los grupos de edad de 30 a 34 y 35 a 39 años con un 16,2% (n=44) y 10,7% (n=29) respectivamente.

Se destaca que el 69,9% de los casos se presentaron en mujeres de 29 años de edad o menos; y un porcentaje importante de casos de mujeres que por su edad no debieron embarazarse (menores de 14 años y mayores de 35), lo que indica debilidad de los programas de demanda inducida a la planificación familiar. Lo cual queda de manifiesto al observar que la edad mínima en que se presentaron casos de MME fue de 12 años y la máxima de 45 años. Ver tablas 46 y 47.

Tabla 46. Morbilidad Materna Extrema según rango de edad – Año 2012

No.	Rango de edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	10 a14	4	1,5%	1,5%
2	15 a 19	48	17,6%	19,1%
3	20 a 24	69	25,4%	44,5%
4	25 a 29	69	25,4%	69,9%
5	30 a 34	44	16,2%	86,0%
6	35 a 39	29	10,7%	96,7%
7	> 40	9	3,3%	100,0%
	Total	272	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

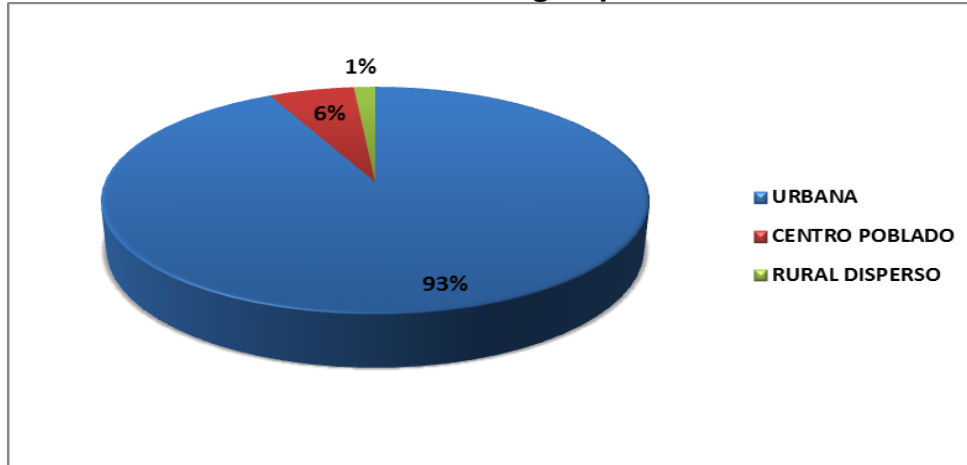
Tabla 47. Análisis descriptivo de la variable edad – Año 2012

	N	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
EDAD	272	12	45	26,14	6,75

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Teniendo en cuenta la procedencia el 93% (n=252) de los casos pertenecieron a pacientes residentes en áreas urbanas; mientras que un 6% (n=16) y 1% (n=4) pertenecían a Centros poblados y zonas rurales dispersa respectivamente. Ver gráfica 65.

Gráfica 65. Morbilidad Materna Extrema según procedencia – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Según el Sistema General de Seguridad Social un 52,9% (n=144) de los casos pertenecían al Régimen Subsidiado; el segundo y tercer lugar lo ocuparon el Régimen Contributivo y de pacientes No Afiliados con un 35,7% (n=97) y 8,5% (n=23) respectivamente; los Regímenes de Excepción y Especial presentaron un 1,5% (n=4) para cada uno. Ver Tabla 48.

Tabla 48. Morbilidad Materna Extrema según SGSSS – Año 2012

No.	Afiliación al SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	CONTRIBUTIVO	97	35,7%
2	SUBSIDIADO	144	52,9%
3	ESPECIAL	4	1,5%
4	EXCEPCION	4	1,5%
5	NO AFILIADO	23	8,5%
	TOTAL	272	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Teniendo en cuenta el No. De criterios de MME reunidos por cada paciente, se observa que el 72,3% (n=196) de los casos presentaron 3 o menos criterios; mientras que un porcentaje de 27,7% (n=49) presentaron más de 3 criterios de MME, lo que los configura como casos de Morbilidad Materna Extremadamente grave, es decir, estas pacientes estuvieron más cerca de morir que las que presentaron 3 o menos criterios. Ver tabla 49.

Tabla 49. Morbilidad Materna Extrema según No. De criterios

No. De criterios	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	77	28,4%	28,4%
2	72	26,2%	54,6%
3	48	17,7%	72,3%
4	27	10,0%	82,3%
5	17	6,3%	88,6%
6	18	6,6%	95,2%
7	5	1,8%	97,0%
8	3	1,1%	98,2%
9	4	1,5%	99,6%
12	1	0,4%	100,0%
Total	272	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Cabe destacar que un 36,4% (n=99) de las pacientes que desarrollaron MME eran primigestantes; y un 23,9% (n=65) y 15,1% (n=41) tenían 2 y 3 gestaciones respectivamente. Un 24,6% (n=67) presentaron 4 o más gestaciones, lo que igualmente evidencia debilidad de los programas de demanda inducida a la planificación familiar. Ver tabla 50.

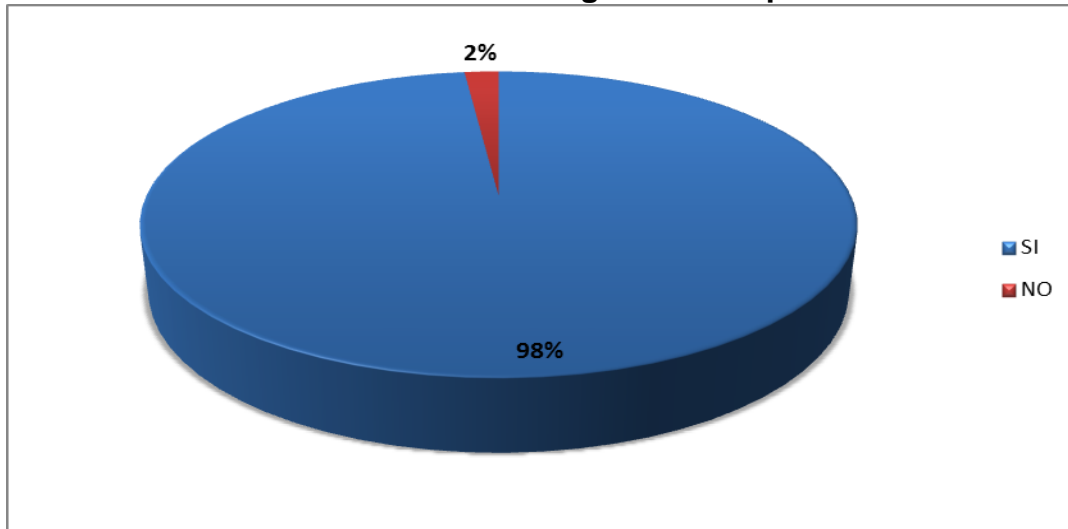
Tabla 50. Morbilidad Materna Extrema según No. De gestaciones

No. De Gestaciones	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	99	36,4%	36,4%
2	65	23,9%	60,3%
3	41	15,1%	75,4%
4	30	11,0%	86,4%
5	17	6,3%	92,6%
6	9	3,3%	96,0%
7	6	2,2%	98,2%
8	2	0,7%	98,9%
9	1	0,4%	99,3%
10	1	0,4%	99,6%
12	1	0,4%	99,6%
Total	272	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

En lo concerniente al control prenatal un 98% (n=267) de las pacientes que presentaron MME se encontraban en programas de Control Prenatal o tenían controles adecuado en número; por lo que se deben desprender acciones de auditoria a los programas de control prenatal que se llevan en municipios del departamento de Bolívar. Ver gráfica 66.

Gráfica 66. Morbilidad Materna Extrema según control prenatal



Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

Según el análisis de la MME por causas agrupadas, se observa que la principal causa fue por Trastornos hipertensivos con un 54,2% (n=147); seguida de las Complicaciones hemorrágicas con un 26,9% (n=73); el tercer lugar le correspondió a Causas no agrupables en ninguna categoría con un 5,9% (n=16); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon sepsis de origen no obstétrico y Complicaciones del aborto con un 4,8% (n=13) y 3,7% (n=10) respectivamente. Ver tabla 51.

Tabla 51. Morbilidad Materna Extrema según causas agrupadas

No.	Causa agrupadas	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	Trastornos hipertensivos	148	54,2%	54,2%
2	Complicaciones hemorrágicas	73	26,9%	26,9%
3	Otras causas	16	5,9%	5,9%
4	Sepsis de origen no obstétrico	13	4,8%	4,8%
5	Complicaciones del aborto	10	3,7%	3,7%
6	Sepsis de origen obstétrico	5	1,8%	1,8%
7	Enfermedad preexistente que se complica	4	1,5%	1,5%
	Sepsis de origen pulmonar	3	1,1%	1,1%
	Total	272	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena – 2012

6.11.3. Mortalidad Perinatal en Cartagena – año 2012

Durante todo el año 2012 se notificaron al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, un total de 236 Muertes Perinatales, siendo la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo la institución de salud en donde más se registraron casos durante el año 2012 con un 44,9% (n=106); seguida muy de lejos por la Clínica Universitaria San Juan de Dios con 11,4% (n=27); el tercer lugar lo obtuvo la Clínica Madre Bernarda con un 9,7% (n=23); el cuarto y quinto lugar le correspondieron a la UCI Santa Cruz de Boca Grande y a la Clínica Crecer con un 8,1% (n=19) y 7,1% (n=17) respectivamente.

Cabe destacar que estas 5 UPGD están concentrando el 81% (n=192) de la Muertes Perinatales registradas durante el año 2012. Ver tabla 52.

Tabla 52. Muertes perinatales según UPGD de ocurrencia

No.	Municipio	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	ESE CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO CASTAÑO	106	44,9%	44,9%
2	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	27	11,4%	56,4%
3	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS	23	9,7%	66,1%
4	UCI DEL CARIBE SANTA CRUZ DE BOCAGRANDE	19	8,1%	74,2%
5	CLINICA CRECER	17	7,2%	81,4%
6	CLINICA HIGEA	11	4,7%	86,0%
7	CLINICA CARTAGENA DELMAR	7	3,0%	89,0%
8	CLINICA GENERAL DEL CARIBE SA	7	3,0%	91,9%
9	CLINICA SAN JOSE DE TORICES	7	3,0%	94,9%
10	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA	4	1,7%	96,6%
	Total 10 primeras UPGD	228	96,6%	96,6%
	Total otras UPGD	8	3,4%	3,4%
	Total Cartagena	236	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena - 2012

En lo concerniente al comportamiento de las muertes perinatales según Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se observa que el Régimen Subsidiado es quien presenta el mayor peso estadístico con un 64,8% (n=153); seguido por el Régimen Contributivo con un 25% (n=59); el tercer lugar le correspondió a sin seguridad social (No afiliados) con un 9,3% (n=22); los Régimen de Excepción y Especial ocuparon los menores porcentajes con un 0,4% (n=1) para cada uno. Ver gráfica 67.

Gráfica 67. Muertes perinatales según Seguridad Social

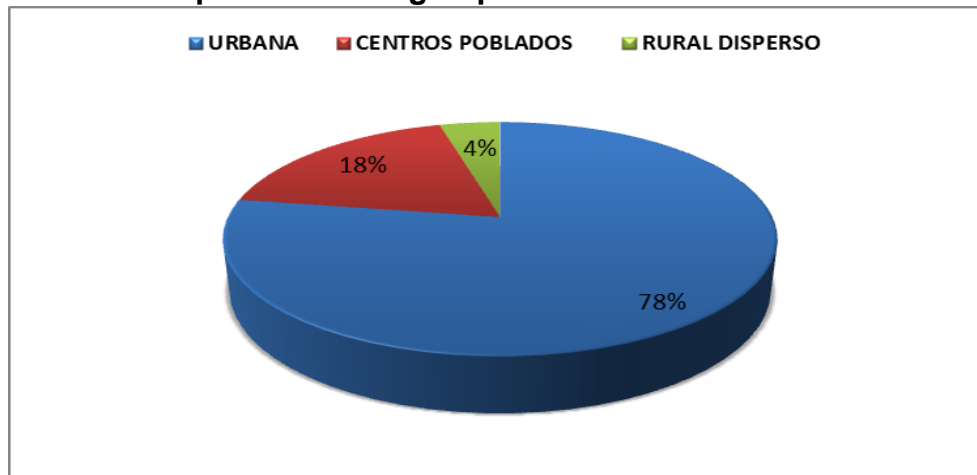


Fuente: Sivigila Cartagena - 2012

Teniendo en cuenta la procedencia, un 51% (n=183) de las maternas madres de estos pacientes fallecidos residen en el área urbana; un 18% (n=43) en Centros poblado y un 4% (n=10) aéreas rurales dispersas respectivamente. Ver gráfica 67.

Hasta hace pocos años uno de los factores que más fuertemente incidían en la ocurrencia de las Muertes Perinatales era la residencia en área rural justificado por la distancia que se debía recorrer para llegar al centro de salud más cercano; se observa con asombro que el 78% de las muertes perinatales ocurridas correspondían a gestantes que residían en el área urbana, por lo que se debe valorar con ojo de lupa la calidad de los controles prenatales que están recibiendo las gestantes en el distrito de Cartagena.

Gráfica 67. Muertes perinatales según procedencia



Fuente: Sivigila Cartagena - 2012

6.11.3.1. Matriz BABIES

Analizando la herramienta Matriz Babies, elaborada para el periodo objeto de estudio, se evidencia que la tasa de mortalidad perinatal global fue de 11,87 por 1000 nacidos vivos; discriminado por periodos perinatales de riesgo la tasa más alta se relaciona con la salud materna de 6,94 x 1.000 nacidos vivos; le sigue la tasa que se relaciona con cuidados del recién nacido institucionales con una tasa de 2,57 por 1000 nacidos vivos; en orden descendente el tercer lugar le correspondió a cuidados prenatales (Control prenatal) con un 1,86 por 1000 nacidos vivos; los cuidados intraparto y los cuidados del recién nacido y neonato registraron las tasas más bajas con un 0,30 y 0,20 por 1000 nacidos vivos. Ver tablas 53 y 54.

Tabla 53. Matriz BABIES - Año 2012

Grupos de peso	Anteparto	Intraparto	Prealta	Postalta	Total muertes por peso	Tasa muertes por peso *	Nacidos Vivos **	vivos + muertos
< 1000 g	1,31	0,45	3,02	0,10	97	4,88	102	199
1000 a 1499	0,55	0,10	1,31	0,10	41	2,06	146	187
1500 a 2499	1,06	0,05	1,46	0,10	53	2,67	1482	1535
2500 a 3999	0,75	0,25	1,06	0,10	43	2,16	17142	17185
4000 +	0,05	0,00	0,05	0,00	2	0,10	772	774
Total	3,72	0,86	6,89	0,40	236	11,87	19644	19880

(*) Tasa calculada por 1.000 Nacidos vivos
(**) Fuente RUAF 2012 – SIVIGILA 2012

Fuente: Sivigila Cartagena – Estadísticas vitales – 2012

Tabla 54. Tasas de Mortalidad Perinatal por periodos perinatales de riesgo

6,94	SALUD MATERNA
1,86	CUIDADOS PRENATALES
0,30	CUIDADOS INTRAPARTO
2,57	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO INSTITUCIONALES
0,20	CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO Y NEONATAL TARDIA POSTALTA
11,87	TOTAL TASA DE MUERTE PERINATAL 2012, CON NACIDOS VIVOS DE 2012

6.12. Violencia intrafamiliar

Durante el año 2012 se notificaron en el distrito de Cartagena un total de 922 casos de Violencia Intrafamiliar (VIF); de los cuales un 31,6% (n=291) fueron de naturaleza Físico/Psicológica; seguida por las Psicológicas con un 30,7% (n=283); la tercera fue por causas de naturaleza Física con un 22,6% (n=208); el cuarto y quinto lugar fueron por Abuso sexual y Privación y Negligencia con un 11,6% (n=107) y 3,4% (n=31) respectivamente. Ver tabla 55.

Tabla 55. Comportamiento de la VIF según naturaleza de la agresión - Año 2012

No.	NATURALEZA DE LA AGRESIÓN	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	FISICO/PSICOLOGICO	291	31,6%	31,6%
2	PSICOLOGICO	283	30,7%	62,3%
3	FISICA	208	22,6%	84,8%
4	ABUSO SEXUAL	107	11,6%	96,4%
5	PRIVACION Y NEGLIGENCIA	31	3,4%	99,8%
6	ACOSO SEXUAL	1	0,1%	99,9%
7	ASALTO SEXUAL	1	0,1%	100,0%
	TOTAL	922	100,0%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Del total de casos presentados, el rango de edad más afectado fue el de 35 a 39 años con un 14,4% (n=133); seguido por el grupo de 30 a 39 años con un 12,0% (n=111); el tercer lugar le correspondió al rango de 25 a 29 años con un 11,7% (n=108); el cuarto y quinto lugar le correspondieron los grupos de 20 a 24 años y 40 a 44 años con un 11,4% (n=105) y 8,5% (n=78) respectivamente. Ver tabla 56.

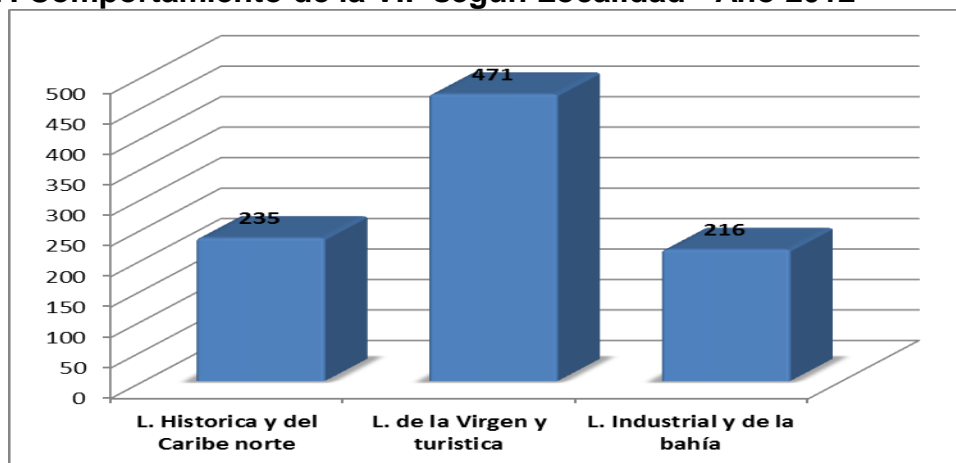
Tabla 56. Comportamiento de la VIF según Rango de edad - Año 2012

No.	EDAD	VIF	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	< 1 año	0	0%	0%
2	1- 4	11	1,2%	1,2%
3	5- 9	58	6,3%	7,5%
4	10- 14	65	7,0%	14,5%
5	15 - 19	66	7,2%	21,7%
6	20 - 24	105	11,4%	33,1%
7	25 - 29	108	11,7%	44,8%
8	30 - 34	133	14,4%	59,2%
9	35 - 39	111	12,0%	71,3%
10	40 - 44	78	8,5%	79,7%
11	45 - 49	72	7,8%	87,5%
12	50 - 54	41	4,4%	92,0%
13	55 - 59	25	2,7%	94,7%
14	60 y mas	49	5,3%	100,0%
	Total	922	100%	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Un 51,1 (n=471) de los casos de Leptospirosis ocurrieron en la Localidad de la Virgen y Turística; mientras que un 25,5% (n=235) y un 23,4% (n=216) pertenecían a las localidades Histórica y del Caribe Norte e Industrial y de la Bahía respectivamente. Ver gráfica 57.

Tabla 57. Comportamiento de la VIF según Localidad - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 51,5% (n=475) pertenecían al Régimen Subsidiado; seguida del Régimen Contributivo con un 30% (n=277); el tercer lugar le correspondió al pacientes No afiliados con un 6,3% (n=58); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los Regímenes de Excepción y Especial con un 2,5% (n=23) y 0,8% (n=7) respectivamente. Ver tabla 58.

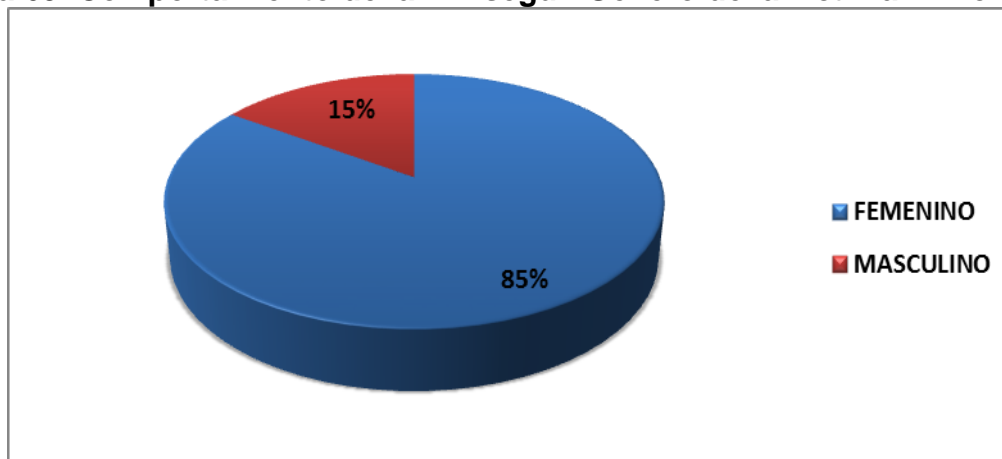
Tabla 58. Comportamiento de la VIF según SGSSS - Año 2012

No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Contributivo	277	30,0%
2	Subsidiado	475	51,5%
3	Excepción	23	2,5%
4	Especial	7	0,8%
5	No afiliado	58	6,3%
	SD	82	8,9%
	TOTAL CARTAGENA	922	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Según el comportamiento por genero un 85% (n=780) de los casos pertenecían al género femenino; y un 15% (n=142) al sexo masculino. Ver gráfica 69.

Gráfica 69. Comportamiento de la VIF según Genero de la víctima - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

6.13. Leucemias Pediatricas

Durante el año 2012 se notificaron un total de 13 Leucemias Pediatricas; un 65,1% (n=8) correspondieron a Leucemias Agudas Linfoides (LAL) y un 34,9% (n=5) a Leucemias Mieloides (LAM).

Las UPGD Clinica Blas de lezo, Clinica Universitaria San Juan de Dios, Fundacion UCI Doña Pilar y el Hospital Infantil Napoleon Franco Pareja notificaron un 25% (n=2) cada una los casos de Leucemias Agudas Linfoides; mientras que la Fundacion UCI Doña Pilar notificó el 100% de los casos de Leucemias Mieloides. Ver tabla 59.

Tabla 59. Comportamiento de la Leucemia Agudas según UPGD que notifica- Año 2012

No.	UPGD	EVENTO				Total
		LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	%	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	%	
1	CLINICA BLAS DE LEZO	2	25%	0	0%	2
2	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	2	25%	0	0%	2
3	FUNDACION UCI DOÑA PILAR	2	25%	5	100%	7
4	HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	2	25%	0	0%	2
	TOTAL	8	100%	5	100%	13

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 75% (n=6) de las LAL pertenecían al Régimen Contributivo, el porcentaje restante al Régimen Subsidiado (n=2); mientras que el 100% (n=5) de los casos de las LAM pertenecieron al Régimen Contributivo. Ver tabla 60.

Tabla 60. Comportamiento de la Leucemia Agudas según afiliación al SGSSS- Año 2012

No.	UPGD	EVENTO				Total
		LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	%	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	%	
1	CONTRIBUTIVO	6	75%	5	100%	11
2	SUBSIDIADO	2	25%	0	0%	2
	TOTAL	8	100	5	100	13

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

En las LAL un 50% (n=4) se encontraban en el rango de edad de 5 a 9 años; seguido de los rangos de 1 a 4 años y de 10 a 14 años con un 25% (n=2) respectivamente; mientras que en las LAM se observó el mismo comportamiento. Ver tabla 61.

Tabla 61. Comportamiento de la Leucemias según rango de edad - Año 2012

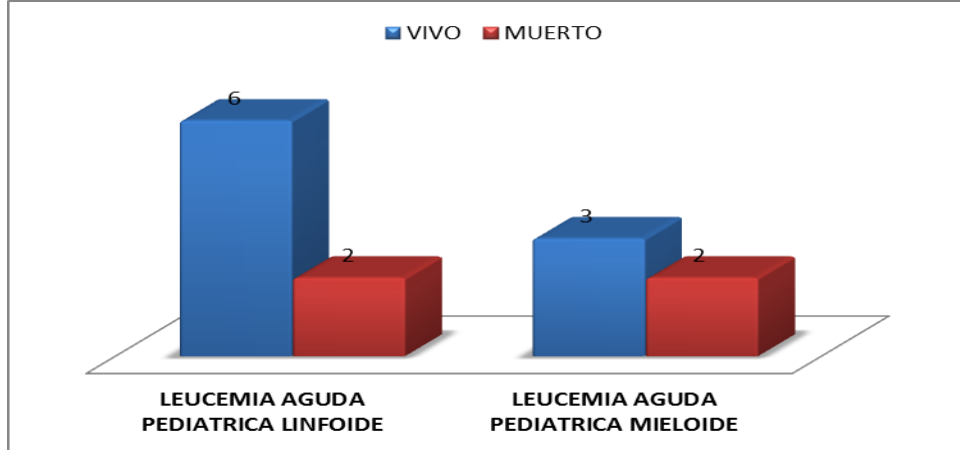
No.	Rango de edad	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	%	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	%	TOTAL
1	< de 1 año	0	0%	0	0%	0
2	1 a 4 años	2	25%	1	25%	3
3	5 a 9 años	4	50%	2	50%	6
4	10 a 14 años	2	25%	1	25%	3
	TOTAL	8	100%	4	100%	12

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

El 100% de los casos de las Leucemias pediátricas notificadas durante el año 2012, tanto las Linfoides como las Mieloides como Linfoides residen en la cabecera municipal del distrito de Cartagena.

Del total de casos de LAL un 25% (n=2) fallecieron; mientras que en las LAM un 66,7% (n=2) presentaron este desenlace fatal. Ver gráfica 62.

Grafica 62. Comportamiento de la Leucemia según condición final - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

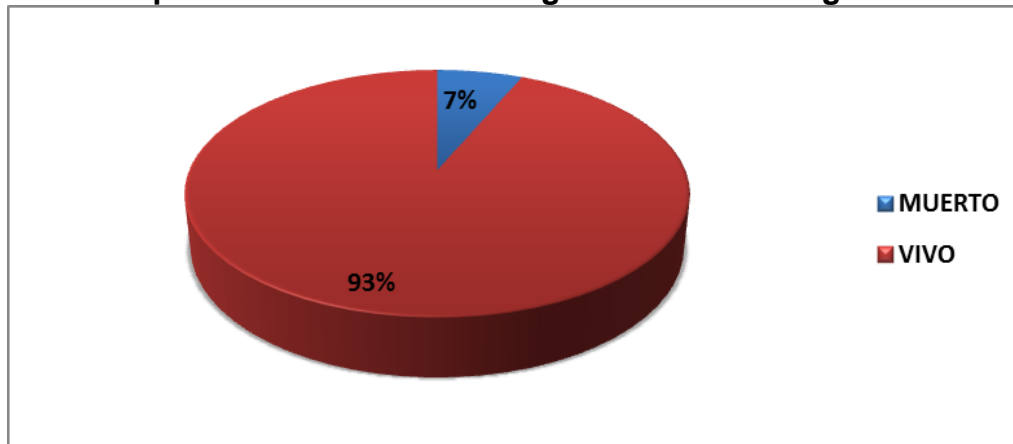
6.14. Hipotiroidismo congénito

Según Sivigila 2012 en el Distrito de Cartagena en la semanas epidemiológicas No 16, 24 y 32 se registraron 3 casos de hipotiroidismo congénito, de sexo masculino, de edades de 5, 23 y 25 días de nacido a término, con peso adecuado para la edad gestacional el 100% de los casos pertenecían al régimen contributivo en salud, de las EPS; sura, nueva EPS y aliensalud.

6.15. Malformacion congenita

Durante el año 2012 se notificaron un total de 61 casos de Malformaciones congénitas (MC) en el distrito de Cartagena, de los cuales hubo un 7% (n=4) fallecimientos. Ver grafica 71.

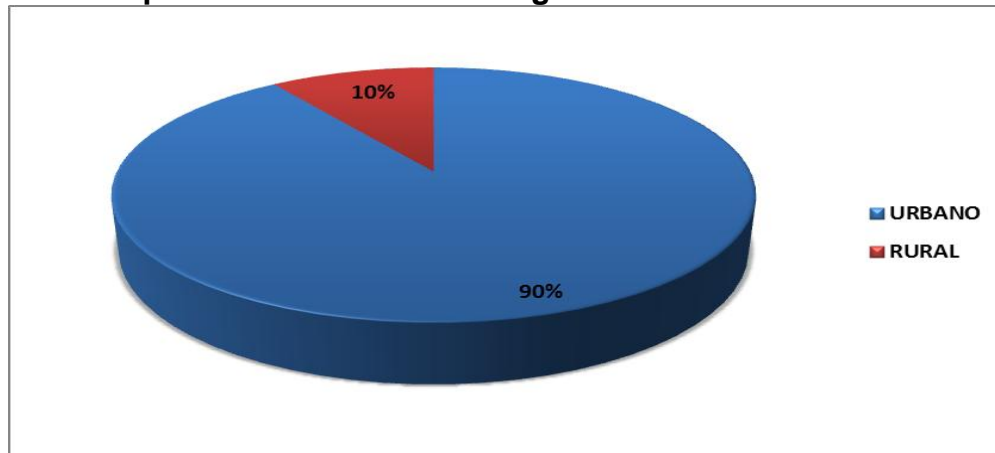
Grafica 71. Comportamiento de las MC según condición al egreso - Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Un 90% (n=55) de los casos presentados residían en áreas urbanas; mientras que un 10% (n=6) residía en áreas rurales. Ver gráfica 72.

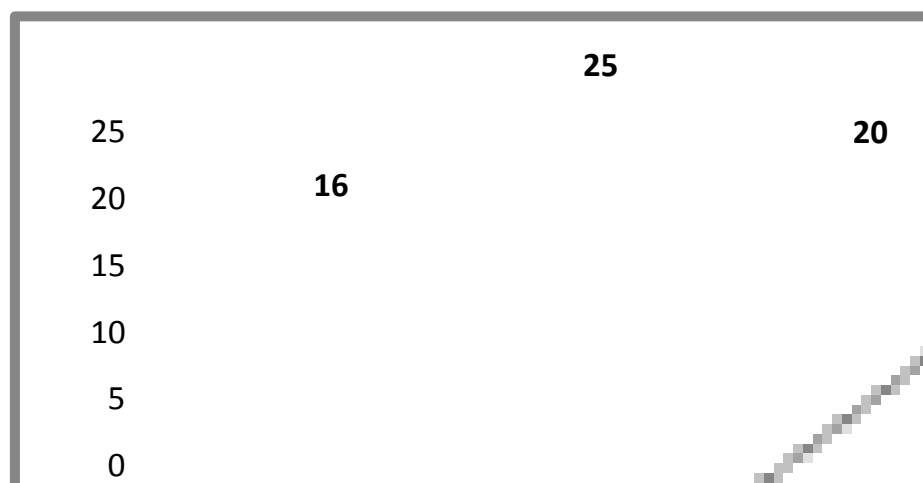
Gráfica 72. Comportamiento de las MC según Procedencia - Año 2012



Fuente: SiviGila Cartagena 2012

Un 41,0 (25) de los casos de MC ocurrieron en la Localidad de la Virgen y Turística; mientras que un 32,8% (n=20) y un 26,2% (n=16) pertenecían a las localidades Industrial y de la Bahía e Histórica y del Caribe Norte respectivamente. Ver gráfica.

Gráfica 73. Comportamiento de las MC según Localidad - Año 2012



Fuente: SiviGila Cartagena 2012

Según la afiliación al Sistema General en Seguridad Social (SGSSS) un 65,6% (n=40) pertenecían al Régimen Subsidiado; un 23% (n=14) al Régimen Contributivo; pacientes No afiliados y pertenecientes al Régimen de excepción ocuparon un 8,2% (n=5) y 3,3% (n=2) respectivamente. Ver tabla 63.

Tabla 63. Comportamiento de las MC según afiliación al SGSSS- Año 2012

No.	SGSSS	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Contributivo	14	23,0%
2	Subsidiado	40	65,6%
3	Excepción	2	3,3%
4	Especial	0	0,0%
5	No afiliado	5	8,2%
	TOTAL DISTRITO	61	100,0%

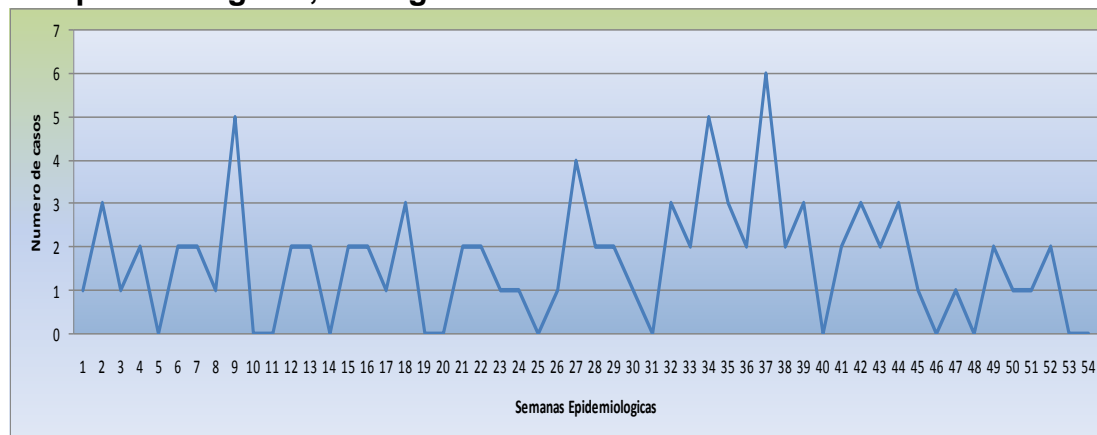
Fuente: Sivigila Cartagena 2012

6.16. Intoxicaciones

6.16.1. Fármacos

En el Distrito de Cartagena según SIVIGILA 2012 se reportaron 89 situaciones correspondientes a intoxicaciones por fármacos. El 61.8% de los casos pertenecen al sexo femenino y el 38.2% al sexo masculino, el cálculo de la media para la edad fue de 21 años, con una mediana de 20 años P25-P75= 14 y 26 años respectivamente, con un rango mínimo de 1 mes y rango máximo de 83 años.

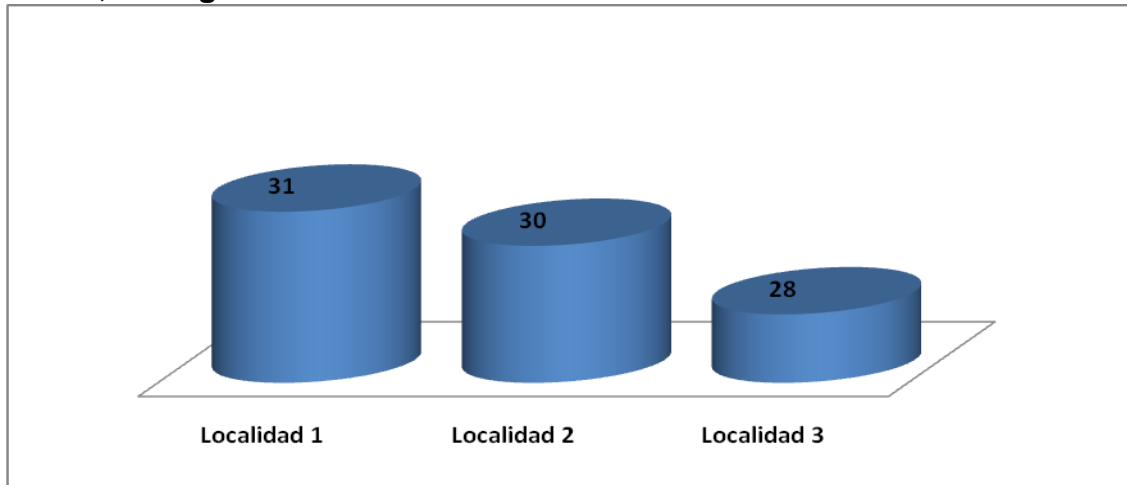
Grafica 74. Comportamiento de las intoxicaciones por fármacos según semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

El 34.8% de los casos se presentaron en personas que residen en la localidad 1, el 33.7% pertenecen a la localidad 2 y un 31.5% la localidad 3.

Grafica 75. Comportamiento de las intoxicaciones por fármacos según procedencia, Cartagena 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

El 47.2% de los casos presentados se dieron en personas afiliadas al régimen subsidiado, seguido de un 38,2% afiliado a régimen contributivo.

Tabla 64. Comportamiento de las intoxicaciones por fármacos según afiliación, Cartagena 2012

No.	ASEGURADORA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Subsidiado	42	47,2%
2	Contributivo	34	38,2%
3	Especial	1	1,1%
4	Excepción	0	0,0%
5	No afiliado	12	13,5%
	TOTAL DISTRITO	89	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Con relación al tipo de exposición en un 22.5% fue accidental, en el 73% fue por intento de suicidio, en un 4.5% se desconoce, en el 96.6% la vía de exposición fue la vía oral, en el 2.2% se tenía la condición del embarazo, en el 16.9% los casos no registraron nivel de escolaridad, el 9% registraron nivel del escolaridad primaria, en el 57.3% nivel secundaria, en el 16.9% nivel universitario, el 100% de los casos fueron casos aislados.

Tabla 65. Comportamiento de las intoxicaciones por fármacos según Estado Civil, Cartagena 2012

No.	Estado Civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Soltero	64	71,9%
2	Casado	20	22,5%
3	Unión Libre	2	2,2%
4	Viudo	1	1,1%
5	Divorciado	2	2,2%
	TOTAL DISTRITO	89	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

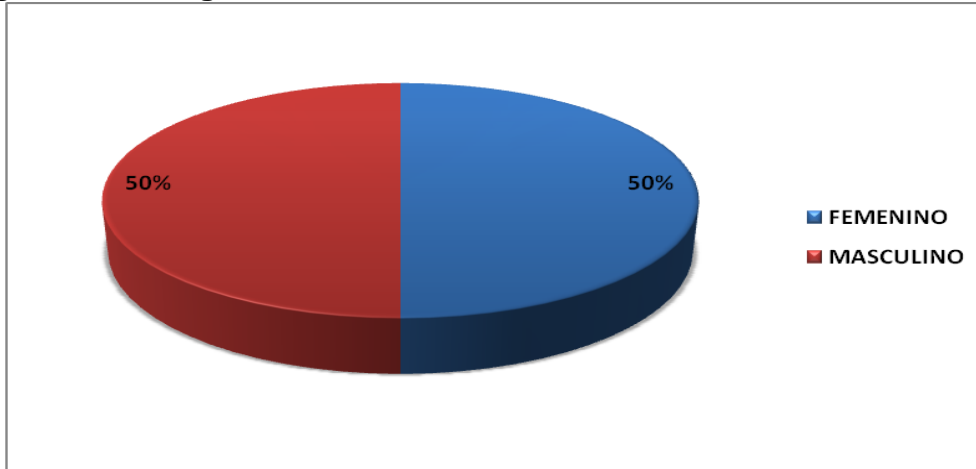
6.16.2. Metanol

Según SIVIGLA 2012 en el Distrito de Cartagena se captaron 2 eventos correspondientes a intoxicaciones por Metanol, de edades 19 y 49 años, el 100% de los casos fueron hombres, los casos pertenecían a régimen subsidiado y población pobre no afiliada.

6.16.3. Monóxido De Carbono

Para el 2012 se captaron 6 eventos de intoxicaciones por monóxido de carbono, relacionado con fuente de contaminación común en un contexto laboral, el cálculo de la media para la edad fue de 28 años con un media de 25,5 años P25-P75= 22-28 años el rango mínimo de presentación fue de 18 años y el rango máximo fue de 46 años, la distribución por sexo fue homogénea para los dos sexo, con una proporción del 50% respectivamente, el 100% de los casos estaban afiliados

Grafica 76. Comportamiento de las intoxicaciones por monóxido de carbono según género, Cartagena 2012

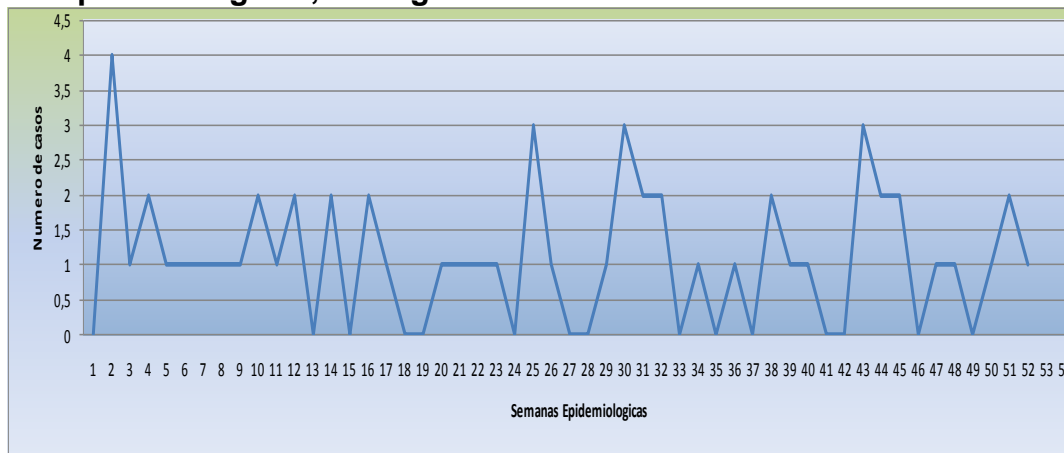


Fuente: Sivigila Cartagena 2012

6.16.4. Otras Sustancias

En el Distrito de Cartagena según SIVIGILA 2012 se reportaron 57 situaciones correspondientes a intoxicaciones por otras sustancias_. El 47.4% de los casos pertenecen al sexo femenino y el 52.6% al sexo masculino, el cálculo de la media para la edad fue de 23 años, con una mediana de 21 años P25-P75= 14 y 35 años respectivamente, con un rango mínimo de 1 mes y rango máximo de 66 años.

Grafica 77. Comportamiento de las intoxicaciones por otras sustancias según semanas Epidemiológicas, Cartagena 2012

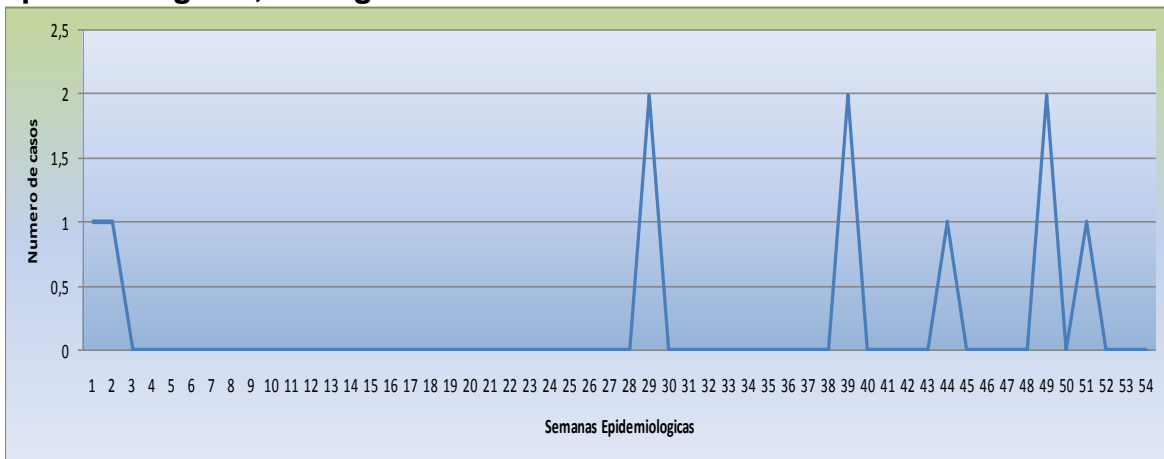


Fuente: Sivigila Cartagena 2012

6.17. Lesiones por pólvora

Durante el 2012 en el Distrito de Cartagena se captaron a través de su sistema de vigilancia en salud 10 situaciones relacionadas a lesiones por pólvoras. Cuyos picos tienen concordancia con las festividades del Distrito.

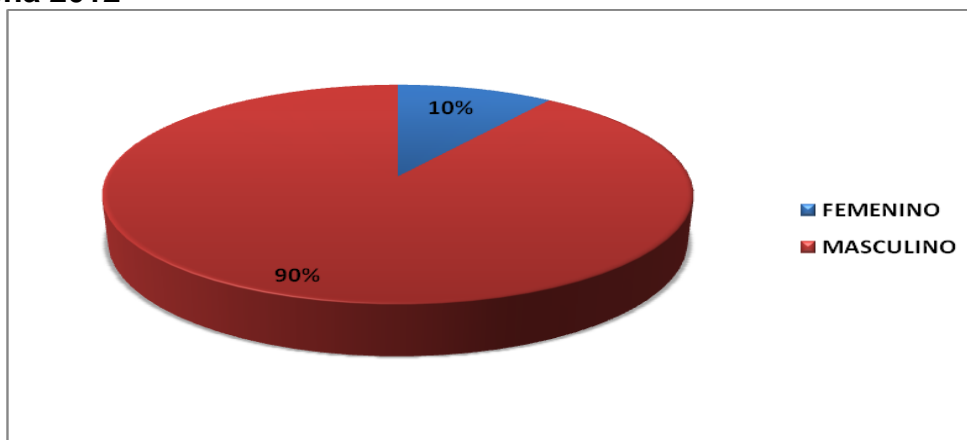
Grafica 78. Comportamiento de las lesiones por pólvoras según semanas epidemiológicas, Cartagena 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

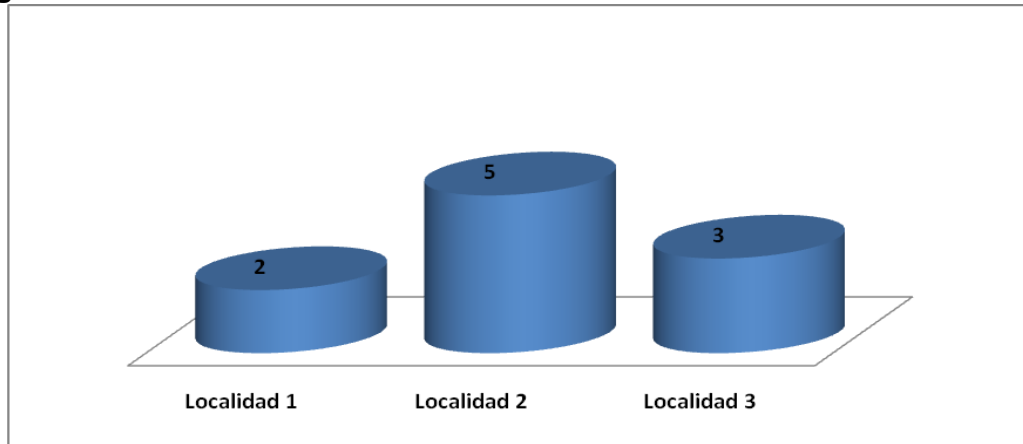
El cálculo de la media para la edad fue de 17 años, mediana de 10 y P25-P75= 7 años y 15 años, el rango máximo fue de 51 años y el rango mínimo fue de 4 años, lo que reafirma el uso o manipulación de pólvora en menores de edad, predominantemente de género masculino, según el nivel de escolaridad en el 60% de los casos cursaban primaria.

Grafica 79. Comportamiento de las lesiones por pólvoras según género, Cartagena 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Grafica 80. Comportamiento de las lesiones por pólvoras según procedencia, Cartagena 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

El 70% de los casos estaban afiliados al régimen subsidiado en salud, en el 50% de los casos estaban afiliados específicamente a la EPS Comfamiliar.

Tabla 66. Comportamiento de las lesiones por pólvoras según afiliación, Cartagena 2012

No.	ASEGURADORA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Subsidiado	7	70,0%
2	Contributivo	2	20,0%
3	Especial	0	0,0%
4	Excepción	0	0,0%
5	No afiliado	1	10,0%
	TOTAL DISTRITO	10	100,0%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

La condición de hospitalización se observó en el 70% de las situaciones, el 100% egresaron vivo, según las características clínicas de este evento, el 100% de los casos presentaron quemaduras, de estas el 60% presentó compromiso de 2 grado, un 20% de 3 grado, un 10% compromiso de cuarto grado, un 10% compromiso de primer grado, en un 10% se presentó extensión entre un 10 a un 50%, el 20% presentó amputación y un 10% laceración.

Los sitios anatómicos comprometidos por las lesiones fueron; ojos 20%, oreja 10%, cara 10%, extremidades inferiores 10%, manos 10%, dedos de las manos 60%.

En el 60% de los casos la circunstancias en las que se presentó la lesión fue a través de la manipulación, en el 30% fue por ser observador y en 10% por situación de almacenamiento, en el 70% de los casos el lugar de ocurrencia de la lesión guarda relación directa con la residencia o vivienda, en el 10% de los casos hubo consumo de alcohol previa a la lesión por pólvora, los tipos de artefactos pirotécnicos fueron variados en su presentación.

6.18. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o agua

Durante el año 2012 en el distrito de Cartagena se presentaron un total de 124 casos de Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua (ETA), de los cuales un 39,5% (n=49) fueron notificados por el Batallón de Fusileros de Infantería de Marina; seguida de la Clínica Madre Bernarda con un 21,0% (n=26); el tercer lugar le correspondió a el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja con un 9,7% (n=12); el cuarto y quinto lugar le correspondió a la Clínica San José de Torices y a la Clínica Blas de Lezo con un 7,3% (n=9) y 5,6% (n=7) respectivamente. Ver tabla 70.

El 100% de los casos se presentaron en personas residentes en el caso urbano de la ciudad de Cartagena.

Tabla 67. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua según UPGD que notifica

No.	UPGD	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	BATALLON DE FUSILEROS DE INFANTERIA DE MARINA	49	39,5%	39,5%
2	CLINICA MADRE BERNARDA COMUNIDAD DE HERMANAS FRANCISCANAS	26	21,0%	60,5%
3	HOSPITAL INFANTIL NAPOLEON FRANCO PAREJA	12	9,7%	70,2%
4	CLINICA SAN JOSE DE TORICES	9	7,3%	77,4%
5	CLINICA BLAS DE LEZO	7	5,6%	83,1%
6	CLINICA UNIVERSITARIA SAN JUAN DE DIOS	6	4,8%	87,9%
7	CAP BLAS DE LEZO	5	4,0%	91,9%
8	HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	2	1,6%	93,5%
9	IPS EXCLUSIVA NUEVA EPS SAN JUAN DE DIOS	2	1,6%	95,2%
10	UUBC SANTA LUCIA-SALUD TOTAL EPS-CARTAGENA	2	1,6%	96,8%
11	CLINICA CARTAGENA DEL MAR	1	0,8%	97,6%
12	COOMEVA EPS MANGA	1	0,8%	98,4%
13	MEDIHELP SERVICES COLOMBIA	1	0,8%	99,2%
14	UNIDAD MEDICA CARTAGENA DE INDIAS	1	0,8%	100,0%
	TOTAL	124	100%	100%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Teniendo en cuenta el comportamiento de las ETA según el rango de edad, se evidencia que el grupo etario más afectado fue el de 20 a 24 años con un 28,2% (n=35), seguido del grupo de 15 a 19 años con un 15,3% (n=19); el tercer lugar le correspondió al grupo de 25 a 29 años con un 11,3% (n=14); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 40 a 44 años y de 20 a 24 años con un 9,7% (n=12) y 8,1% (n=10) respectivamente. Ver tabla 68.

Tabla 68. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua según rango de edad

No.	EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	< 1 año	0	0%	0%
2	1- 4	8	6,5%	6,5%
3	5- 9	8	6,5%	12,9%
4	10- 14	2	1,6%	14,5%
5	15 - 19	19	15,3%	29,8%
6	20 - 24	35	28,2%	58,1%
7	25 - 29	14	11,3%	69,4%
8	30 - 34	8	6,5%	75,8%
9	35 - 39	10	8,1%	83,9%
10	40 - 44	12	9,7%	93,5%
11	45 - 49	2	1,6%	95,2%
12	50 - 54	2	1,6%	96,8%
13	55 - 59	2	1,6%	98,4%
14	60 y mas	2	1,6%	100,0%
	Total	124	100%	100%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

La edad mínima de las personas que presentaron ETA fue de 2 años, la edad máxima fue de 83 años, con una media de 25,35 años y una desviación estándar de 13,49. Ver tabla 69.

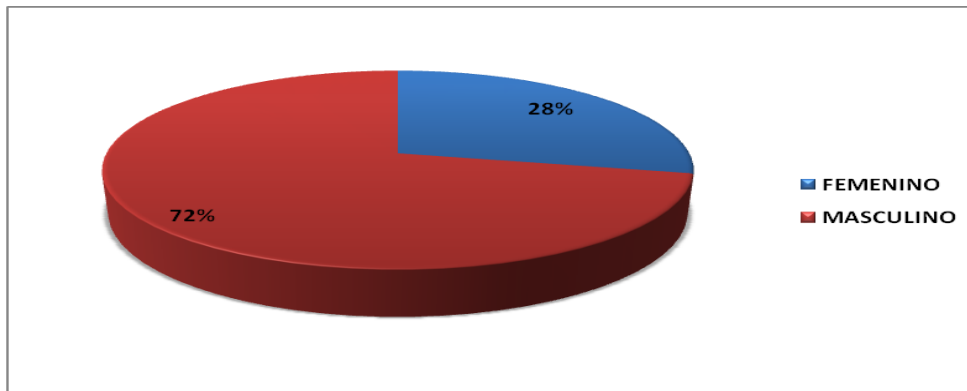
Tabla 69. Análisis descriptivo de la variable edad de las ETA

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Std. Deviation
Edad	124	2	83	25,35	13,491

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Teniendo en cuenta el comportamiento de las ETA según género, se observa que el sexo masculino fue quien registrara el mayor porcentaje con un 72% (n=89), mientras que el género femenino ocupó un 28% (n=35). Ver grafica 81.

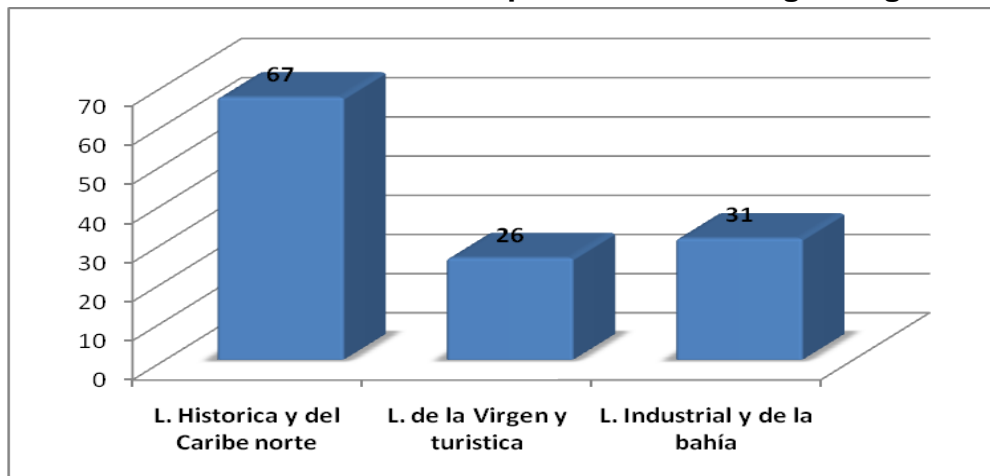
Grafica 81. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua según rango de edad



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Según la distribución por Localidad de residencia fue en la Localidad Histórica y del Caribe Norte en donde se presentaron el mayor número de casos con un 54% (n=67); mientras que en las Localidades Industrial y de la Bahía y de la Virgen y Turística se presentaron un 25% (n=31) y 21% (n=26) respectivamente. Ver grafica 82.

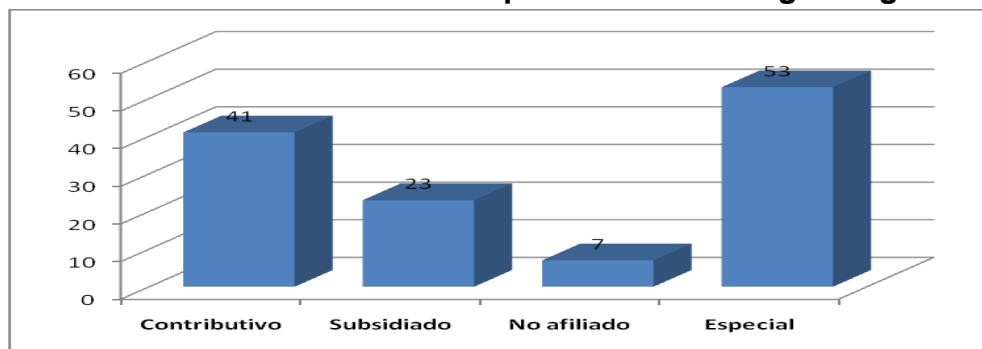
Grafica 82. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua según Localidad



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

En lo que respecta a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se evidencia que el mayor porcentaje de casos se encontraban afiliados al Regimen Especial con un 42,7% (n=53), seguido del Regimen Contributivo con un 33,1% (n=41); el tercer y cuarto lugar lo ocuparon el Regimen Subsidiado y pacientes no afiliados a ningún Regimen en seguridad social con un 18,5% (n=23) y 5,6% (n=7) respectivamente. Ver grafica 83.

Grafica 83. Enfermedades Transmitidas por Alimentos o Agua según SGSSS



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

6.19. Salud mental

Durante el año 2012 se notificaron al distrito de Cartagena se presentaron un total de 2.922 casos de Enfermedades Mentales, siendo la Esquizofrenia la patología que registrara el mayor porcentaje con un 21,9% (n=640); seguida de el Episodio Depresivo con un 17,4% (n=507); el tercer lugar lo ocupó el Abuso o Consumo Perjudicial con un 13,3% (n=388); el cuarto y quinto lugar le correspondió al Trastorno Bipolar y a los Trastornos de Ansiedad con un 9,1% (n=266) y 7,4% (n=217) respectivamente. Dentro de las primeras 20 causas de patologías mentales se encuentran el Trastorno Mental debido a lesión Cerebral y los Trastornos Hiperquinéticos con un 0,6% (n=18) y 0,5% (n=16) respectivamente. Ver tabla 70.

Tabla 70. Comportamiento de las Enfermedades Mentales en Cartagena – Año 2012.

No.	Patología	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	ESQUIZOFRENIA	640	21,9%	21,9%
2	EPISODIO DEPRESIVO	507	17,4%	39,3%
3	ABUSO O CONSUMO PERJUDICIAL	388	13,3%	52,5%
4	TRANSTORNO BIPOLAR	266	9,1%	61,6%
5	TRASTORNO DE ANSIEDAD	217	7,4%	69,1%
6	RETARDO MENTAL	82	2,8%	71,9%
7	TRASTORNO ADAPTATIVO	77	2,6%	74,5%
8	TRASTORNO PISCOTICO AGUDO	76	2,6%	77,1%
9	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	74	2,5%	79,6%
10	DEMENCIA	71	2,4%	82,1%
11	TRASTORNO MENTAL DEBIDO A LESION CEREBRAL O ENFERMEDAD SOMATICA	51	1,7%	83,8%
12	ESTRÉS POST TRAUMATICO	43	1,5%	85,3%
13	SINDROME DE DEPENDENCIA	31	1,1%	86,3%
14	OTROS	25	0,9%	87,2%
15	TRASTORNOS HIPERCINETICOS	23	0,8%	88,0%
16	EPISODIO MANIACO	20	0,7%	88,7%
17	TRASTORNO MENTAL DEBIDO A LESIONES CEREBRAL	20	0,7%	89,4%
18	TRASTORNO DEL SUEÑO	19	0,7%	90,0%
19	TRASTORNO MENTAL DEBIDO A LESION CEREBRAL	18	0,6%	90,6%
20	TRASTORNO HIPERCINETICOS	16	0,5%	91,2%
	Total 20 primeras causas	2.664	91,2%	
	Total otras causas	258	8,8%	
	Total general	2.922	100,0%	

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Teniendo en cuenta el comportamiento de las Enfermedades Mentales según el rango de edad, se evidencia que el grupo etario más afectado fue el de 60 años y mas con un 15,1% (n=441), seguido del grupo de 25 a 29 años con un 13,3% (n=389); el tercer lugar le correspondió al grupo de 30 a 34 años con un 9,2% (n=270); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon los rangos de 20 a 24 años y de 45 a 49 años con un 9,0% (n=263) y 8,6% (n=252) respectivamente. Ver tabla 71.

Tabla 71. Enfermedades Mentales según rango de edad – Año 2012.

No.	EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA RELATIVA ACUMULADA
1	< 1 año	0	0%	0%
2	1- 4	10	0,3%	0,3%
3	5- 9	91	3,1%	3,5%
4	10- 14	121	4,1%	7,6%
5	15 - 19	212	7,3%	14,9%
6	20 - 24	263	9,0%	23,9%
7	25 - 29	389	13,3%	37,2%
8	30 - 34	270	9,2%	46,4%
9	35 - 39	229	7,8%	54,2%
10	40 - 44	244	8,4%	62,6%
11	45 - 49	252	8,6%	71,2%
12	50 - 54	232	7,9%	79,2%
13	55 - 59	168	5,7%	84,9%
14	60 y mas	441	15,1%	100,0%
	Total	2.922	100%	100%

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

La edad mínima de las personas que presentaron Enfermedades Mentales fue de 2 años, la edad máxima fue de 97 años, con una media de 39,28 años y una desviación estándar de 18,632. Ver tabla 72.

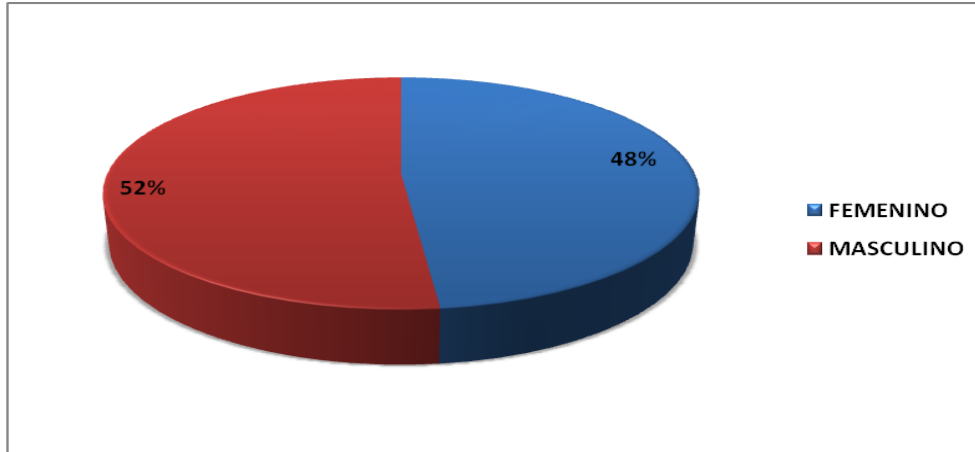
Tabla 72. Análisis descriptivo de la variable edad de las Enfermedades Mentales – Año 2012

N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR
2.847	2	97	39,28	18,632

Fuente: Sivigila Cartagena 2012

Teniendo en cuenta el comportamiento de las Enfermedades Mentales según genero, se observa que el sexo masculino fue quien registrara el mayor porcentaje con un 52% (n=1.519), mientras que el género femenino ocupó un 48% (n=1.403). Ver grafica 84.

Grafica 84. Enfermedades Mentales según género – Año 2012



Fuente: Sivigila Cartagena 2012

En lo que respecta a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se evidencia que el mayor porcentaje de casos se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado con un 53,4% (n=1.559), seguido del Régimen Contributivo con un 26,0% (n=759); el tercer lugar lo ocuparon pacientes no afiliados a ningún Régimen en seguridad social con un 4,0% (n=116); el cuarto y quinto lugar le correspondió a los Regímenes Especial y de Excepción con un 2,3% (n=67) y 0,8% (n=23) respectivamente. Ver tabla 73.

Tabla 73. Enfermedades Mentales según SGSSS – Año 2012.

No.	ASEGURADORA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
1	Subsidiado	1.559	53,4%
2	Contributivo	759	26,0%
3	No afiliado	116	4,0%
4	Especial	67	2,3%
5	Excepción	23	0,8%
	SD	398	13,6%
	TOTAL	2.922	100,0%

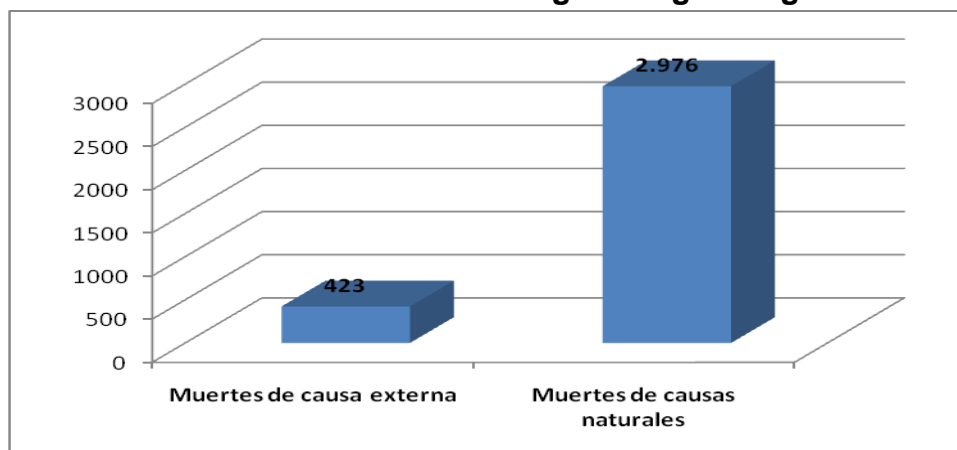
Fuente: Sivigila Cartagena 2012

7. MORTALIDAD

7.1. Mortalidad general de causa natural

Durante el año 2012 se presentaron en el distrito de Cartagena un total de 3.399 defunciones, por debajo de la registrada de estas defunciones un 87,6% (n=2.976) fueron por causas naturales y un 12,4% (n=423) por causas externas o violentas. Ver grafica 86.

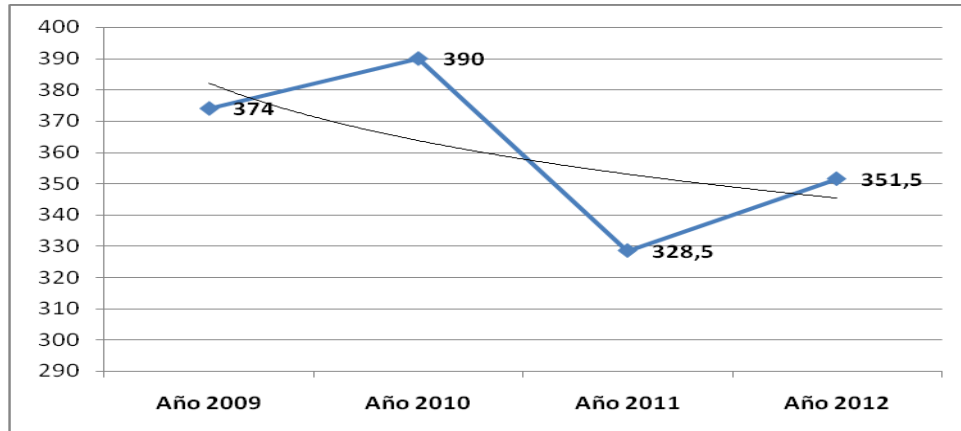
Gráfica 86. Mortalidad en el distrito de Cartagena según origen – Año 2012.



Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

Al distrito le correspondió a una tasa global de mortalidad de 351,5 por 100.000 habitantes, por encima de la registrada en el año 2011 en el distrito de Cartagena (328,5), igualmente por debajo de la registrada en el nivel nacional (437,8); en términos generales la tendencia de la tasa de mortalidad general en el distrito de Cartagena va con tendencia hacia el descenso. Ver grafica 87.

Gráfica 87. Línea de tendencia de la Mortalidad en el distrito de Cartagena – Año 2012.



Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

La patología que ocupó la principal causa de defunción fue el Infarto Agudo al Miocardio con un 15,4% (n=459) del total de las defunciones registradas durante el año 2012; seguida de el Choque séptico/Septicemia de origen no especificado con un 13,1% (n=391); el tercer lugar le correspondió a la Disfunción Orgánica Múltiple con un 6,6% (n=196); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon el Choque carcinogénico y el Cáncer de pulmón con un 4,6% (n=136) y 2,5% (n=73) respectivamente. Dentro de las 20 primeras causas de defunción los menores porcentajes los registraron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y las malformaciones congénitas con un 0,91% (n=27) y 0,87% (n=26) respectivamente. Ver tabla 74.

Tabla 74. Mortalidad general en el distrito de Cartagena – Año 2012

No.	PATOLOGIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	459	15,4%	15,4%
2	CHOQUE SEPTICO/SEPTICEMIA DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	391	13,1%	28,6%
3	DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE	196	6,6%	35,1%
4	CHOQUE CARDIOGENICO	136	4,6%	39,7%
5	CANCER DE PULMON	73	2,5%	42,2%
6	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA	73	2,5%	44,6%
7	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	66	2,2%	46,8%
8	NEUMONIA	63	2,1%	49,0%
9	CANCER DE MAMA	59	2,0%	50,9%
10	FALLA RESPIRATORIA	48	1,6%	52,6%
11	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	47	1,6%	54,1%
12	CHOQUE HIPOVOLEMICO	46	1,5%	55,7%
13	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICA VS ISQUEMICO	43	1,4%	57,1%
14	CANCER DE PROSTATA	34	1,1%	58,3%
15	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	34	1,1%	59,4%
16	DIABETES MELLITUS	32	1,1%	60,5%
17	HIPERTENSION ARTERIAL	29	1,0%	61,5%
18	CANCER DE COLON	28	0,9%	62,4%
19	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	27	0,9%	63,3%
20	ANOMALIAS CONGENITAS	26	0,9%	64,2%
	Total 20 primeras causas	1884	63,3%	
	Total otras causas	1092	36,7%	
	Total general	2.976	100,0%	100,0%

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

7.1.1. Mortalidad por neoplasias

Del total de las defunciones registradas durante el año 2012 en el distrito de Cartagena, un 13,8% (n=410) se debieron a muertes de origen Neoplásico; correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad de origen Neoplásico de 42,4 por 100.000 habitantes; muy por debajo de la nacional (78,03), pero por encima de la registrada en el año 2011 en el distrito de Cartagena (18,0). La principal causa de defunción de origen Neoplásico fue el Cáncer de Pulmón con un 17,8% (n=73); seguido del Cáncer de Mama con un 14,4% (n=59), el tercer lugar le correspondió al

Cáncer de Próstata con un 8,3% (n=34); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon el Cáncer de Colon y de Cérvix con un 6,8% (n=24) y 5,9% (n=23) respectivamente. Dentro de las primeras causas de defunción de origen Neoplásico los menores porcentajes los registraron el Cáncer de Ovario y el de Laringe con un 2,4% (n=10) y 2,0% (n=8) respectivamente Ver tabla 75.

Tabla 75. Mortalidad de origen Neoplásico en el distrito de Cartagena – Año 2012

No.	PATOLOGIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	CANCER DE PULMON	73	17,8%	17,8%
2	CANCER DE MAMA	59	14,4%	32,2%
3	CANCER DE PROSTATA	34	8,3%	40,5%
4	CANCER DE COLON	28	6,8%	47,3%
5	CANCER DE CERVIX	24	5,9%	53,2%
6	CANCER GASTRICO	23	5,6%	58,8%
7	CANCER DE PANCREAS	13	3,2%	62,0%
8	CANCER DE HIGADO	11	2,7%	64,6%
9	CANCER DE OVARIO	10	2,4%	67,1%
10	CANCER DE LARINGE	8	2,0%	69,0%
	Total 20 primeras causas	283	69,0%	
	Total otras causas	127	31,0%	
	Total general	410	100,0%	100%

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

7.1.2. Mortalidad por Cáncer de Pulmón

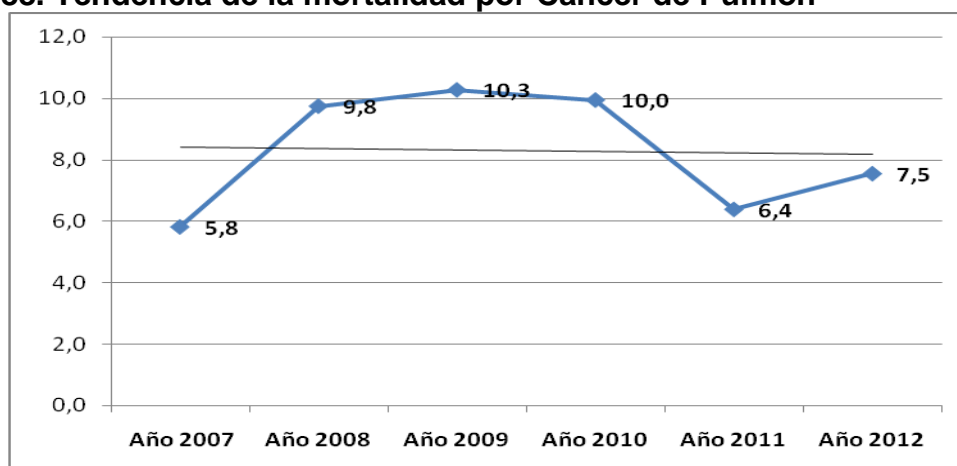
Si bien el Cáncer de Pulmón ha venido registrando un ligero descenso en su frecuencia y tasa de mortalidad, esta sigue siendo la principal causa de defunción de origen neoplásico en el distrito de Cartagena; en los últimos 6 años la tasa de mortalidad mas alta se registraron en los años 2009 y 2010 con 10,3 y 9,9 por 100.000 habitantes respectivamente; las tasas mas bajas se evidenciaron en los años 2007 (Probable subregistro) y 2011 con 5,8 y 6,4 por 100.000 habitantes respectivamente. Ver Grafica 88 y tabla 76.

Tabla 76. Comportamiento de la mortalidad por Cáncer de Pulmón

No.	AÑO	Muertes por Ca. De Pulmón	Tasa por 100.000 Hab.
1	2007	53	5,8
2	2008	90	9,7
3	2009	96	10,3
4	2010	94	9,9
5	2011	61	6,4
6	2012	73	7,5

Fuente: Planeación DADIS

Grafica 88. Tendencia de la mortalidad por Cáncer de Pulmón



Fuente: Planeación DADIS

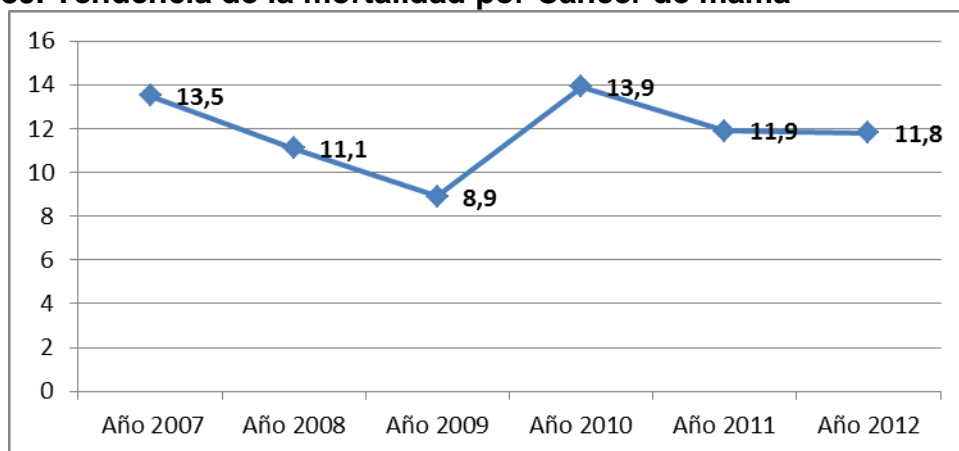
7.1.3. Mortalidad por Cáncer de Mama

El comportamiento de las muertes por Cáncer de mama muestra un comportamiento contrario al de muertes por Cáncer de Cuello uterino, en donde no se han presentado variaciones sustanciales y denota una tendencia muy leve hacia el descenso; es así como en el año 2010 se presentaron 68 defunciones por Cáncer de Mama, correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad para este evento de 13,9 por 100.000 mujeres, esta tasa es la más alta de los últimos 6 años; la tasa más baja se evinció en el año 2008 con 8,9 por 100.000 mujeres; en el año 2012 se presentaron 59 defunciones por este evento para una tasa de mortalidad de 11,8 por 100.00 mujeres. Ver tabla 81 y grafica 77.

Tabla 77. Comportamiento de la mortalidad por Cáncer de Mama

No.	AÑO	Muertes por Ca. De mama	
		Frecuencia absoluta	Tasa x 100.000 mujeres
1	2007	64	13,5
2	2008	53	11,1
3	2009	43	8,9
4	2010	68	13,9
5	2011	59	11,9
6	2012	59	11,8

Grafica 89. Tendencia de la mortalidad por Cáncer de mama



7.1.4. Mortalidad por cáncer de Cuello Uterino

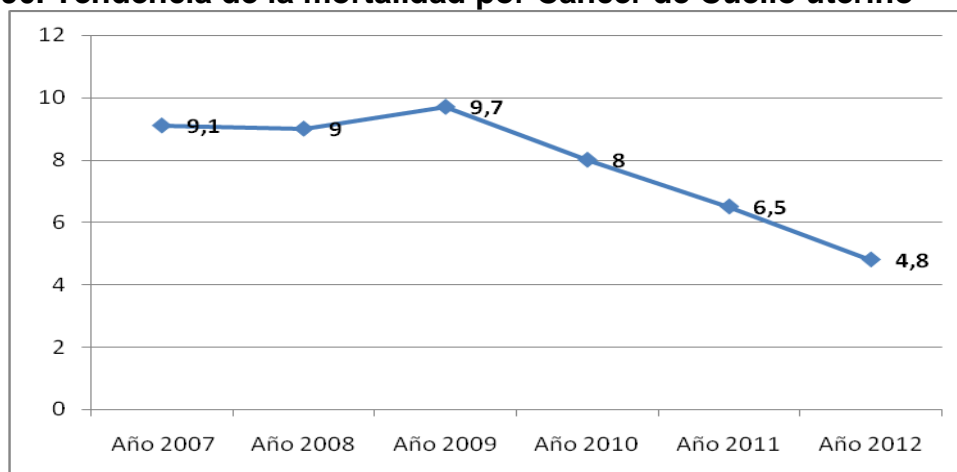
Durante el año 2007 se presentaron en el distrito de Cartagena un total de 43 defunciones por Cáncer de Cuello uterino, correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad por este evento de 9,1 por 100.000 mujeres, siendo esta la tasa más alta de las registradas en los últimos 6 años; a partir de este año el comportamiento de este evento presentó una tendencia marcada hacia el descenso, siendo así que durante el año 2012 se presentaron un total de 234 defunciones por este mismo evento, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 4,8 por 100.000 mujeres; la más baja en los últimos 6 años; si bien el número de casos de mujeres con Cáncer de Cuello uterino es cada día mayor, el número de defunciones por año es cada vez menos; este comportamiento bien pudiera justificarse por las amplias coberturas de

tamizaje de citologías cervico uterinas, en donde se diagnostican tempranamente estos casos, realizándose intervenciones oportunas. Ver tabla 82 y grafica 78.

Tabla 78. Comportamiento de la mortalidad por Cáncer de Cuello uterino

No.	AÑO	Muertes por Ca. De cuello uterino	
		Frecuencia absoluta	Tasa x 100.000 mujeres
1	2007	43	9,1
2	2008	43	9,0
3	2009	47	9,7
4	2010	39	8,0
5	2011	32	6,5
6	2012	24	4,8

Grafica 90. Tendencia de la mortalidad por Cáncer de Cuello uterino



7.1.5. Mortalidad de origen Cardio vascular

Del total de las defunciones registradas durante el año 2012 en el distrito de Cartagena, un 29,7 % (n=885) se debieron a muertes por causas cardio vasculares; correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad de origen Cardio vascular de 91,5 por 100.000 habitantes; por encima de la registrada en el año 2011 en el distrito de Cartagena (69,7). La principal causa de defunción de origen cardio vasculares fue el Infarto Agudo al Miocardio con un 59,9% (n=459); seguido del Choque cardiogénico con un 15,4% (n=136), el tercer lugar le correspondió a la Insuficiencia Cardiaca Congestiva con un 7,5% (n=66); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon el Choque hipovolémico y la Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica Vs Hemorrágica con un 5,2% (n=46) y 4,9% (n=43) respectivamente. Dentro de las primeras causas

de defunción de origen cardio vascular, los menores porcentajes los registraron la Hipertensión endocraneana y el Choque mixto con un 0,7% (n=6) y 0,6% (n=5) respectivamente Ver tabla 79.

Tabla 79. Mortalidad de origen Cardio vascular en el distrito de Cartagena – Año 2012

No.	PATOLOGIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO	459	51,9%	51,9%
2	CHOQUE CARDIOGENICO	136	15,4%	67,2%
3	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	66	7,5%	74,7%
4	CHOQUE HIPOVOLEMICO	46	5,2%	79,9%
5	ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICA VS ISQUEMICA	43	4,9%	84,7%
6	HIPERTENSION ARTERIAL	29	3,3%	88,0%
7	TROMBO EMBOLISMO PULMONAR	13	1,5%	89,5%
8	ARRITMIA CARDIACA	10	1,1%	90,6%
9	HIPERTENSION ENDOCRANEANA	6	0,7%	91,3%
10	CHOQUE MIXTO	5	0,6%	91,9%
	Total 20 primeras causas	813	91,9%	
	Total otras causas	72	8,1%	
	Total general	885	100,0%	100%

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

7.1.6. Mortalidad de origen Infeccioso

Del total de las defunciones registradas durante el año 2012 en el distrito de Cartagena, un 17,0 % (n=507) se debieron a muertes por causas de origen infeccioso; correspondiéndole al distrito una tasa de mortalidad de origen infeccioso de 52,4 por 100.000 habitantes. La principal causa de defunción de origen Infeccioso fue el Choque séptico/Septicemia de origen no especificado con un 77,1% (n=391); seguido de la Neumonía con un 12,4% (n=63), el tercer lugar le correspondió a la infección por VIH/SIDA con un 3,6% (n=18); el cuarto y quinto lugar lo ocuparon la Tuberculosis pulmonar y la Infección de tejidos blandos con un 1,0% (n=5) y 0,4% (n=2) respectivamente. Dentro de las primeras causas de defunción de origen infeccioso, los menores porcentajes los registraron la Endocarditis Bacteriana y la Enterocolitis Necrotizante con un 0,2% (n=1) para cada una. Ver tabla 80.

Tabla 80. Mortalidad de origen infeccioso en el distrito de Cartagena – Año 2012

No.	PATOLOGIA	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
1	CHOQUE SEPTICO/SEPTICEMIA DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	391	77,1%	77,1%
2	NEUMONIA	63	12,4%	89,5%
3	VIH/SIDA	18	3,6%	93,1%
4	TUBERCULOSIS PUMONAR	5	1,0%	94,1%
5	INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS	2	0,4%	94,5%
6	BRONCONEUMONIA	2	0,4%	94,7%
7	BRONCONEUMONIA CONGENITA	1	0,2%	94,9%
8	DIARREA Y GATROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	1	0,2%	95,1%
9	ENDOCARDITIS BACTERIANA	1	0,2%	95,3%
10	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	1	0,2%	95,5%
	Total 20 primeras causas	484	95,5%	
	Total otras causas	23	4,5%	
	Total general	507	100,0%	100,0%

Fuente: Oficina de Planeación y Desarrollo - DADIS Cartagena 2012

7.2. Muertes de Causa Externa

El resumen de MCE para este año deja un saldo total de 423 víctimas en todas las tipologías, además de que se observan incrementos en todas ellas con respecto al número total de casos ocurridos durante el año 2011.

En primera instancia, cabe resaltar el aumento en más del 20% en el número de homicidios, los cuales a su vez estuvieron determinados en gran parte por el aumento en el número de riñas y casos de violencia intrafamiliar.

Por otro lado, las motocicletas finalizaron el año como el vehículo de más alta peligrosidad en la ciudad, al ser protagonistas en más de 30 de los casos ocurridos este 2012.

Las Muertes No Intencionales – MNI, y los Suicidios, aunque en una proporción menor, también se observan incrementados con respecto a lo observado en 2011.

Aumentan los homicidios en más del 20% para este 2012 con comparación con el año inmediatamente anterior

- La Mayoría de las víctimas mortales de accidentes de tránsito de este 2012, se transportaban en motocicletas al momento del suceso.
- Las Muertes No Intencionales en 2012 estuvieron marcadas principalmente por la alta ocurrencia de casos de sumersión al igual que las electrocuciones.
- Los suicidios terminan el año siendo un total de 38 casos, los cuales a su vez representan un aumento con respecto a lo observado durante el año inmediatamente anterior.

7.2.1. Homicidios

El año 2012 estuvo signado por un creciente deterioro de la percepción de la seguridad, tal como lo registra la reciente encuesta de CCV en la cual se observa que en el 2012 el porcentaje de los encuestados que dicen sentirse poco seguro en la ciudad se incrementó en 9 puntos con relación al año anterior cuando estos representaron el 34%; pero también por el aumento de las cifras de homicidios ocurridos durante el lapso del año cuyo total ascendió a 261 casos registrados, 48 casos más que en el año anterior, equivalente a un crecimiento del 22.5% con referencia a 2011 . En enero por ejemplo, se tuvo un registro de 22 casos que rompían con la tendencia a la disminución observada desde octubre de 2011.

Lo que sí es cierto es que todos estos acontecimientos han afectado la percepción de seguridad de la ciudad, lo cual se comprueba en la última encuesta de Cartagena Como Vamos, Por lo tanto esta cifra de 261 casos de homicidios totales para el año 2012, que es 22.5% mayor que la del año anterior, si bien representa un deterioro de las condiciones de seguridad de la ciudadanía y una agudización de los conflictos interpersonales, también debe ser observado como un gran reto no solo para la administración y demás entes encargados de velar por la seguridad, sino también para la ciudadanía en general de poder afianzarse en valores como la tolerancia, la responsabilidad y el respeto a la dignidad y la vida, lo cual muy seguramente impactaría mucho más sobre el bienestar colectivo.

Al hablar de las características de las víctimas de este 2012, se encuentra en una primera instancia que el número total de víctimas femeninas se ve disminuido en 8 casos con respecto al del 2011 cuando hubo en total 23 víctimas de este sexo. Además de ello, sobresale el observar que la mayoría de las víctimas durante los últimos 5 años tenían edades de entre 20 y 24 años, mostrando el perfil joven de la población que es asesinada. Ver tabla 81.

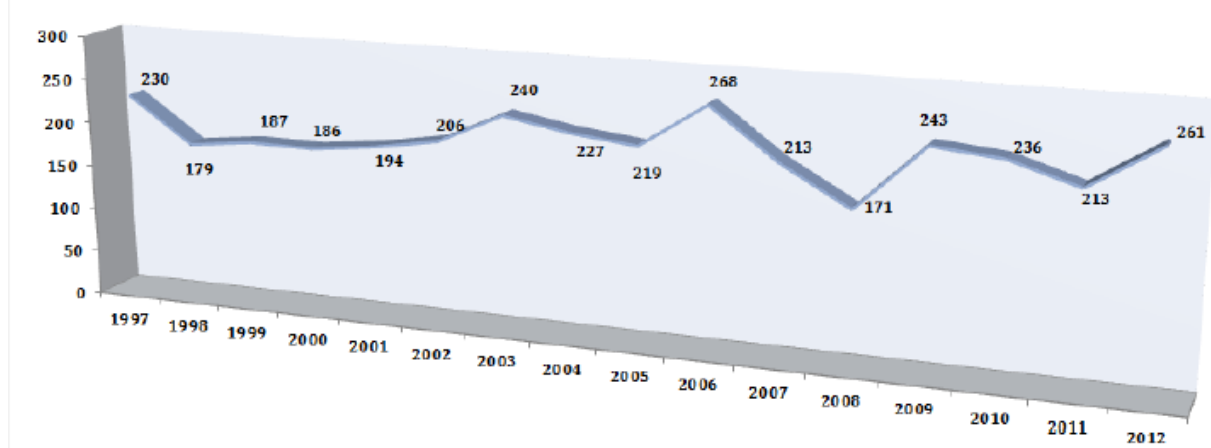
Tabla 81. Homicidios por edad y sexo de la víctima. Últimos 3 años

Rango edad	2010		2011		2012		
	F	M	F	M	F	M	N/e
De 0 - 4		1		1			
De 5 - 9	1			1			
De 10 - 14		1		1		2	
De 15 - 19	1	23	6	28	2	35	
De 20 - 24	1	32	3	36	1	63	
De 25 - 29	2	35	2	30	8	37	
De 30 - 34	1	32	3	22	2	31	
De 35 - 39	1	36	2	22	1	27	
De 40 - 44	2	27	2	17		17	
De 45 - 49	2	17		16		13	
De 50 - 54	1	5	3	7	1	4	
De 55 - 59	1	7	1	3		5	
De 60 - 64	1	2		1			
De 65 - 69		2		3		4	
70 o más		1	1	1		2	
N/a		1					4
S/d				1			2
Total	14	222	23	190	15	240	6

Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

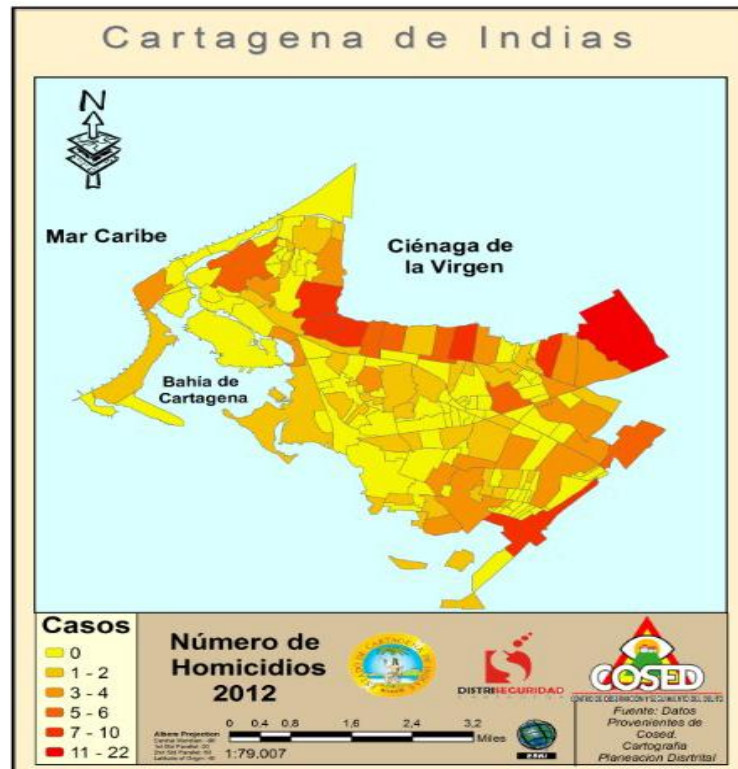
La tendencia de las muertes por homicidios en el distrito de Cartagena viene observando una ligera tenencia hacia el aumento, siendo en la Localidad Histórica y de la Virgen en donde se registró el mayor número. Ver grafica 91 y 92.

Gráfica 91. Tendencia de muertes por homicidio- 1997 - 2012



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Gráfica 92. Georeferenciación de las muertes por homicidio- 1997 - 2012



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

7.2.2. Muertes por accidente de tránsito

Un aumento aproximado del 15% en el número total de víctimas fatales en accidentes de tránsito, deja este 2012 en comparación al año inmediatamente anterior. Cabe señalar que de estos 68 casos, 10 de ellos ocurrieron durante el mes de diciembre, el cual a su vez se consolidó como el mes de mayor número de casos de todo el año corrido. Es importante tener en cuenta en esta parte que este incremento debe ser interpretado como el resultado de situaciones particulares atípicas que dejaron saldos de más de una víctima en un mismo incidente, como la reportada en el informe del mes anterior en la que un accidente ocurrido en la vereda Palmarito dejó saldo negativo de 5 víctimas. Así, este mes de diciembre asciende a 10 muertes, considerando que en 1 de los incidentes dejó un total de 3 víctimas en el corregimiento de Bayunca.

El perfil de las víctimas que fallecen a partir de sufrir un accidente de tránsito durante el año 2012, muestra ser más que todo de sexo masculino y con edades de entre 20 y 30 años, tal y como se observa en la tabla No. 2, la cual sintetiza las edades y sexo de las víctimas no solo de este 2012 sino de los 5 años anteriores, teniendo en cuenta una desagregación por rangos etarios quinquenales.

Para completar el perfil, el análisis por ocupación muestra que la mayoría de las víctimas solían ser mototaxistas, lo que no solo corrobora el análisis anterior-mente referenciado en cuanto a la incidencia de las motocicletas, sino que lo complementa en el sentido de que puede inferirse una posible relación de causalidad entre el fenómeno del mototaxismo, la altísima actividad vehicular y la accidentalidad con víctimas mortales que se han visto aumentadas para este 2012. Ver tabla 82.

Tabla 82. Muertes en Accidente de Tránsito por edad y sexo de la víctima. Noviembre. Últimos 5 años

Rango Edad	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
De 0 - 4			1		1			1			3
De 5 - 9						1		1	1	2	5
De 10 - 14			1	1	1					1	4
De 15 - 19		6		4				4	2	2	18
De 20 - 24		6	1	9			2	7		9	34
De 25 - 29		11	1	8		4		6	2	7	39
De 30 - 34		13	1	5	2	6		4	1	4	36
De 35 - 39	1	6	1	3		6		4	1	3	25
De 40 - 44		4	1	7	1	6	1	2	1	4	27
De 45 - 49	1	5		8	1	3	2	2		2	24
De 50 - 54	2	3		1		2		6	1	8	23
De 55 - 59	1	1		3		4		3	4	7	23
De 60 - 64		3	1	2	1	3	1	2			13
De 65 - 69	1	1		3		3	1	2		1	12
70 ó Más	2	10	3	5		6	2	4	1	4	37
S/D					1	1		2			4
Total	8	69	11	59	8	45	9	50	14	54	327

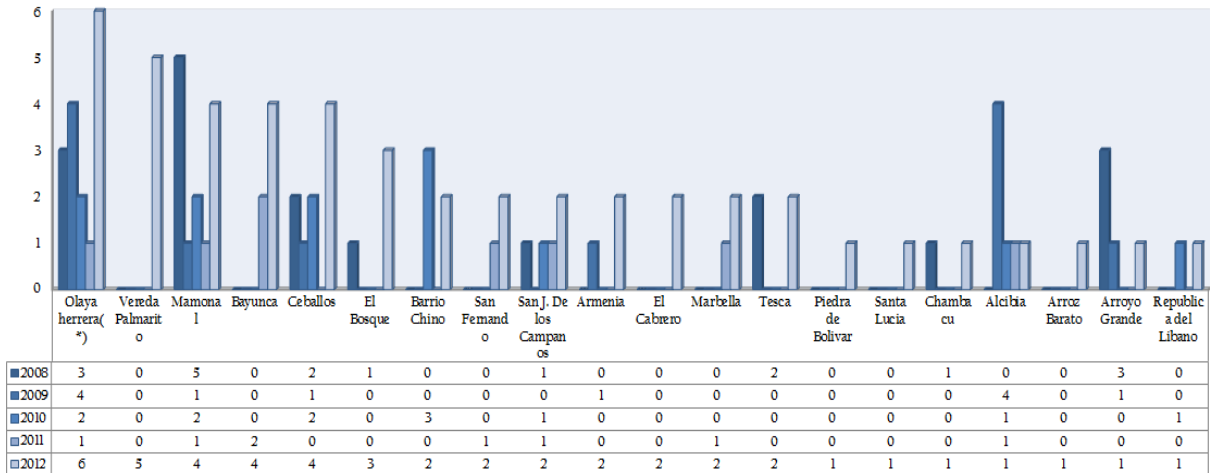
Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

En cuanto a la distribución por barrios, Olaya Herrera aparece nuevamente liderando el listado en orden descendente según los casos ocurridos en el año 2012. En este sentido, este barrio se consolida como uno de los de mayor incidencia de Muertes por Causa Externa si se tiene en cuenta lo observado en el apartado anterior en cuanto a la ocurrencia de homicidios en esa zona de la ciudad.

Como se comentó con anterioridad, aparecen los 5 casos ocurridos en la vereda Palmarito, lo que ubica a este como el segundo de mayor ocurrencia y corrobora lo expresado anteriormente en el sentido de ser una situación muy fortuita y atípica en tanto a que no se tenían registros de casos en años anteriores para este barrio o vereda en específico.

Por su parte, La sectorización para el barrio Olaya Herrera en cuanto a la ocurrencia de accidentes de tránsito con víctimas mortales, no se muestra tan especificada como para el caso de los homicidios ya que en la mayoría de los incidentes observados en este barrio el hecho sucede en una zona o punto don-de es difícil determinar el sector al que se hace referencia al momento del levantamiento, por tratarse, además, de una avenida o vía de confluencia vehicular.

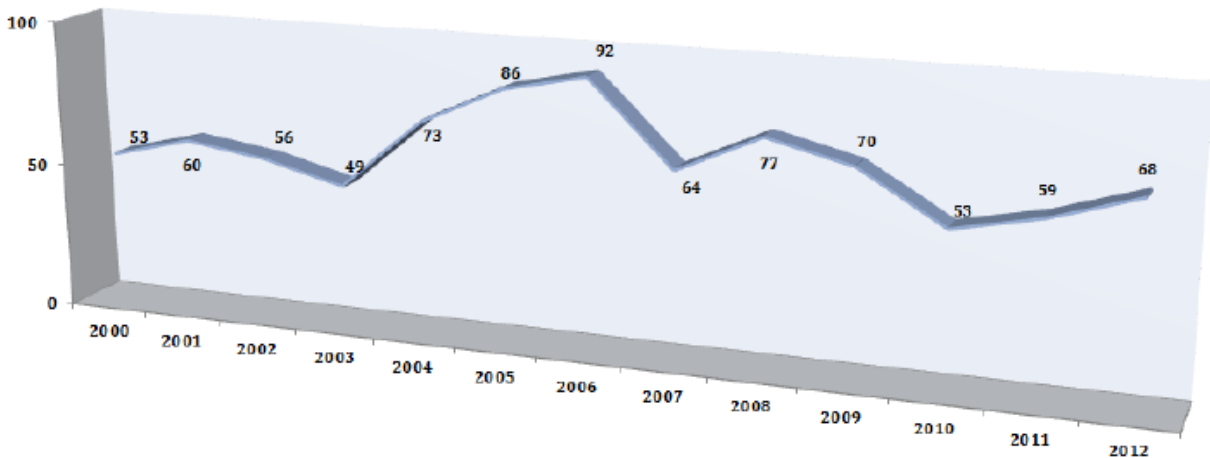
Gráfica 93. Muertes en Accidentes de Tránsito por barrios de ocurrencia. Últimos 5 años



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Al igual que sucede con los homicidios la tendencia de las muertes por Accidente de tránsito en el distrito de Cartagena viene observando una marcada tendencia hacia el aumento. Ver grafica 94.

Gráfica 94. Tendencia de muertes en accidentes de tránsito – 2000 - 2012



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

7.2.3. Muertes no intencionales

Todas aquellas Muertes que ocurren de manera accidental, diferente a los accidentes de tránsito, y que llevan consigo un contexto enmarcado por un acto violento, se consideran Muerte No Intencional, y son tratados en este apartado del informe. Este tipo de muerte aunque es menos frecuente que las anteriores, este año finalizó con un ligero incremento de 5 casos con respecto al año anterior, cuando en total fueron 51. Además de ello, sobresale el hecho de que diciembre finaliza con un saldo de 7 víctimas de este tipo, cuando se observada una tendencia hacia la disminución desde el mes de septiembre. La gráfica 25 muestra dicha afirmación y abre el preámbulo para el análisis del resto de variables que se muestran a continuación y que están referidas, por una parte, al contexto y aspectos relacionados con el hecho y por otra a las características de la víctima.

Al analizar el perfil de las víctimas de Muertes No Intencionales, se observa que una fracción importante de ellas corresponden a niños menores de 15 años, los cuales este 2012 sumaron en total 9, los cuales son 5 casos más que los ocurridos el año anterior. Esta situación resulta preocupante en el sentido que se hace referencia a situaciones en las cuales muy probablemente no se están tomando las medidas de seguridad pertinente al interior de las viviendas y en el uso de las playas. Ver tabla 83.

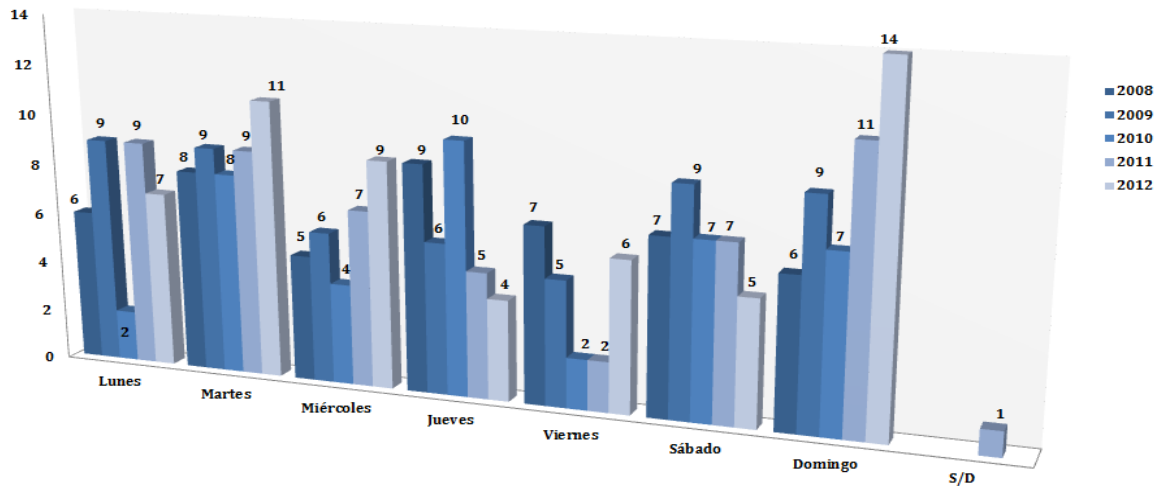
Tabla 83. Muertes no intencionales por edad y sexo de la víctima. Noviembre. Últimos 5 años

Rango edad	2008		2009		2010		2011		2012		Total
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
De 0 a 4 años	2	2	4	1	1	1	4	6	2	2	25
De 05 a 09 años		3	3	2		1		2	1	3	15
De 10 a 14 años			1		1	4			1	4	11
De 15 a 19 años	1	6		5	2	5	1	9		4	33
De 20 a 24 años		7	1	6		4	1	6	2	5	32
De 25 a 29 años		2		3	2	6		3		6	22
De 30 a 34 años		2	1	1	1		2	6		5	18
De 35 a 39 años		6		5	1			3		4	19
De 40 a 44 años		3	1	2		2		4		3	15
De 45 a 49 años		3		3	2	1		1		2	12
De 50 a 54 años		3		3		1		1		2	10
De 55 a 59 años		2		2		3			1	2	10
De 60 a 64 años	1	1		1		1				2	6
De 65 a 69 años		2		4		1				2	9
70 años o más		2	1	2				2	2		9
S/d				1						1	2
Total	4	44	12	41	10	30	8	43	9	47	248

Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Por día de la semana se entiende el hecho de observar que el domingo lidera la lista de frecuencia de casos, ya que por costumbre este es el día dedicado al disfrute lúdico, lo cual en Cartagena se traduce en el aprovechamiento de las playas. Por otro lado, llama la atención el observar que el segundo día de mayor ocurrencia de casos es el martes, el cual finaliza con un total de 11 casos para este 2012 y que además se consolida como el segundo día de la semana de mayor ocurrencia durante los últimos 5 años.

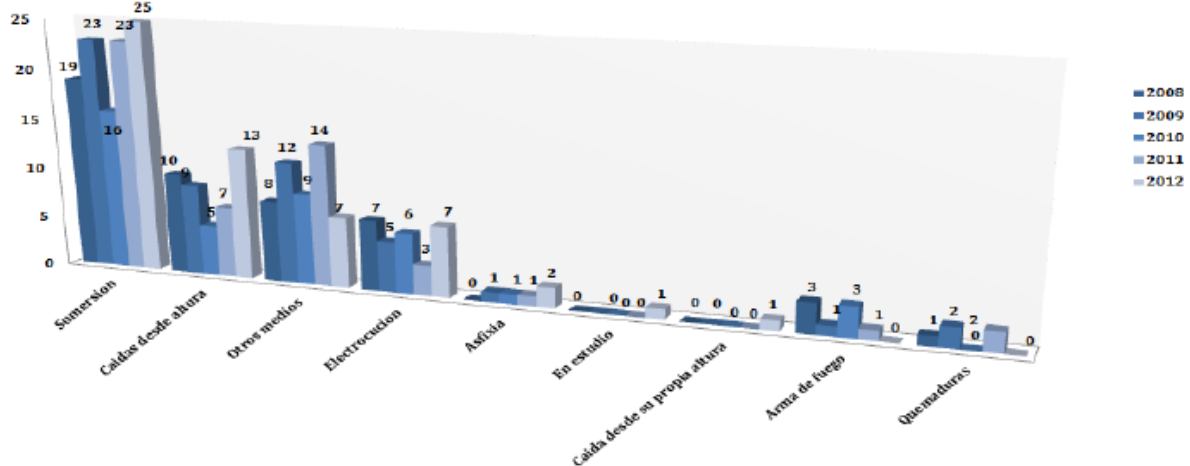
Gráfica 95. Muertes No Intencionales por día de la semana. Últimos 5 años



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Considerando todo lo expresado anteriormente, el análisis según mecanismo muestra que de este tipo de muerte lo más común es la sumersión o ahogamiento, la cual para el 2012 dejó un saldo total de 25 víctimas, aumentando a su vez en 2 casos con respecto al año anterior. En segundo lugar aparecen las caídas desde altura, que para este caso se observan incrementadas a 13 casos en total, seguidas por las electrocuciones, las cuales de igual manera se ven aumentadas con respecto al año anterior. Ver gráfica 96.

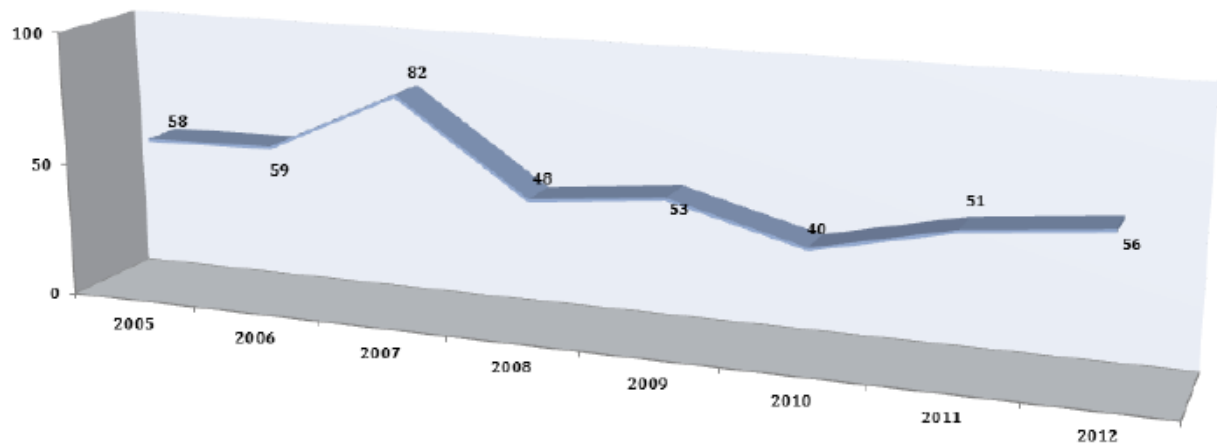
Gráfica 96. Muertes No Intencionales por mecanismo de muerte. Noviembre. Últimos 5 años.



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Al contrario de lo que sucede con los homicidios y con las muertes por Accidente de tránsito, las Muertes no intencionales vienen registrando una tendencia hacia el descenso. Ver grafica 97.

Grafica 97. Tendencia de muertes no intencionales– 2005 - 2012



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

7.2.4. Muertes por suicidio

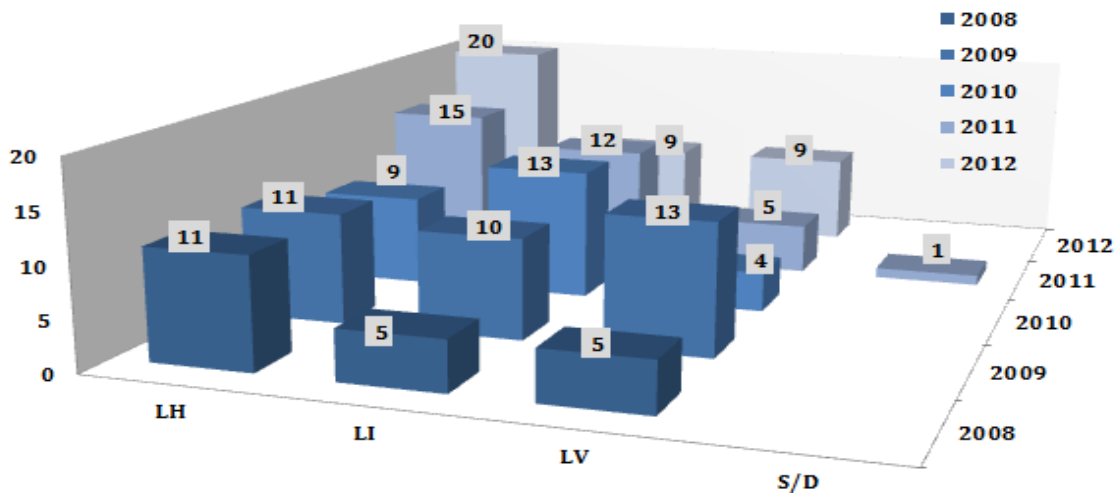
El registro de casos de suicidios para el año 2012 fue superior a los registrados en los últimos 5 años por lo menos, al sumar 38 casos, 5 más que en 2011 equivalentes a un aumento del 13.1%. Julio fue el mes de mayor frecuencia de casos, con 6 registrados que se convierte en la segunda mayor cifra de los 60 meses

comprendidos entre 2008 y 2012. Las razones más referidas son en su mayoría de conflictos de pareja, aunque con datos incompletos.

Los suicidios en Cartagena de Indias durante 2012 se distribuyeron en barrios de todo el espectro de la estratificación socioeconómica pe-ro sin embargo es llamativo la frecuencia en el barrio de Manga con tres casos, aunque vale decir que no todos, según los protocolos de Medicina Legal, residentes en este barrio.

La localidad Histórica es la de mayor concentración de los casos de suicidios durante 2012. En general este comportamiento es observable en el cuadro que antecede. Las Localidades Industrial y de la Virgen siguen en el mismo orden que se observa para el periodo de análisis. Ver grafica 98.

Gráfica 98. Suicidios por hora Localidad Últimos 5 años

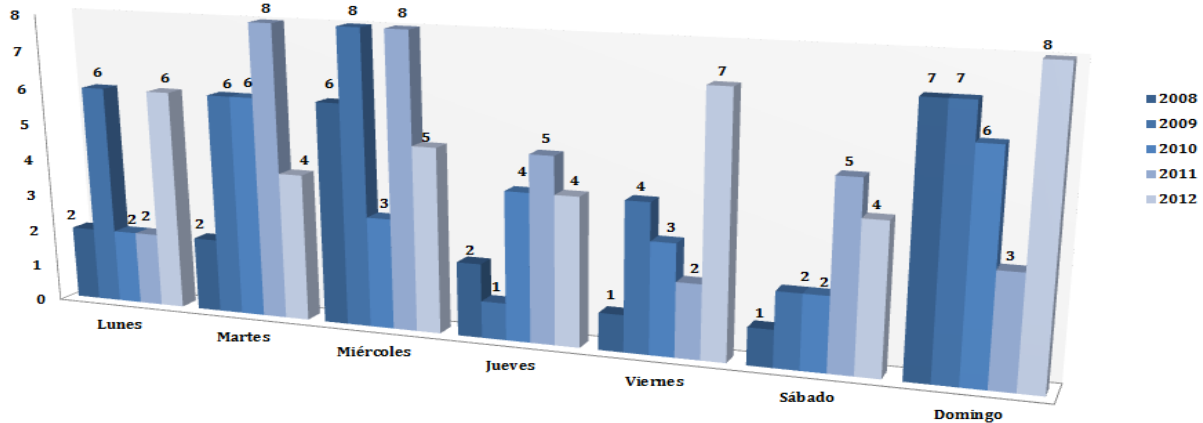


Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

El lugar de mayor frecuencia de ocurrencia de suicidios es la casa que en este año 2012 registraron 30 casos, 78.9% del total registrado en el año. Ese comportamiento es el más frecuente en los años comprendidos entre 2008 y 2012.

Observados los suicidios por el día de ocurrencia es el domingo el de mayor frecuencia de suicidios, para este año fueron 8 casos, seguido por el viernes con 7 y el día lunes con 6. Ver gráfica 99.

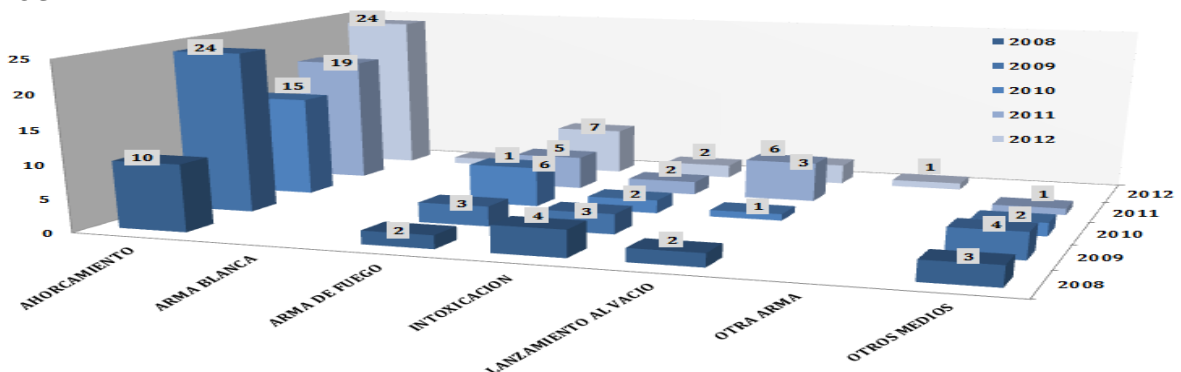
Gráfica 99. Suicidios por día de la semana .Noviembre. Últimos 5 años



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

El mecanismo más usual en los suicidios ocurridos en Cartagena es el ahorcamiento con 24 casos registrados que equivalen al 63.1% del total de los ocurridos en el año. Le siguen el arma de fuego con 23 casos y luego intoxicación.

Gráfica 100. Suicidios según el evento relacionado con el hecho. Últimos 5 Años

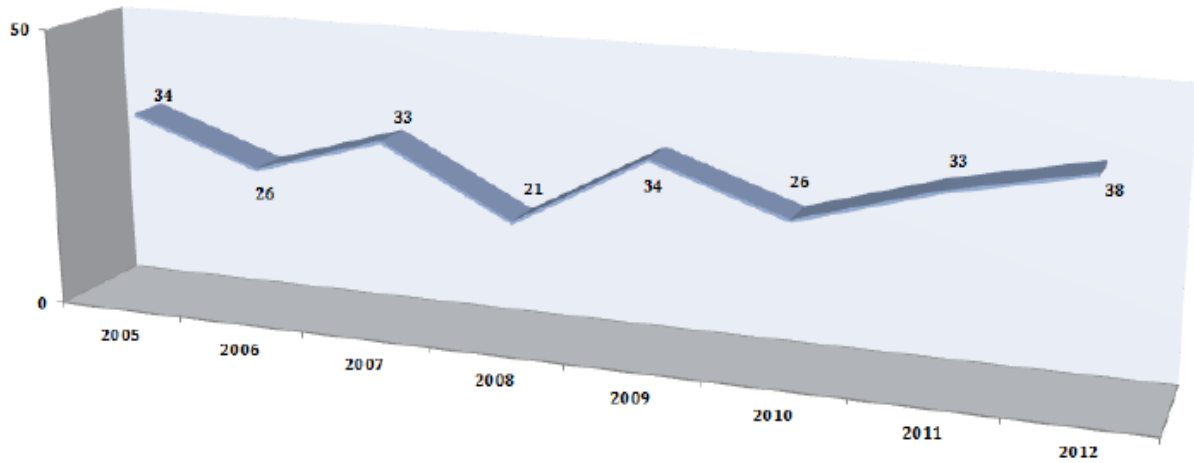


Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

Los casos de suicidios se concentran mayormente en la población hasta 50 años. Para resaltar el rango etario de 25 a 29 años que registra 8 casos en este año, pero que igualmente es el rango de mayor frecuencia de suicidios en los últimos 5 años. Las mayores frecuencias por rangos, además del anterior referenciado, son los que van de 20 a 24 con 5 casos.

Al igual de lo que sucede con los homicidios y con las muertes por Accidente de tránsito, las Muertes por Suicidio vienen registrando una tendencia hacia el aumento en el Distrito de Cartagena. Ver gráfica 101.

Gráfica 101. Tendencia de muertes por suicidio



Fuente: COSED con base en Medicina Legal, CTI, Policía Nacional y DATT

BIBLIOGRAFIA

1. Sola R, Cruz de Castro E, Hombrados M, Prevalencia de las hepatitis B y C en diversas comarcas de cataluña: estudio transversal, Societa Catalana de Digestologia ESP, PMID : 12106536 ISSN : 0025-7753, Medicina clinica (Ed. impresa) Y. 2002, vol. 119, No. 3, pages 90-95 [6 pages]
2. Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). Med Clin (Barc) 2000; 114: 530537.
3. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita en Colombia. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://new.paho.org/blogs/esp/?p=1348>. Consultada: 10 de abril de 2012: 400 pm.
4. MedlinePlus. Varicela. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001592.htm>. Consultada 1 de junio de 2012: 9:30 am.
5. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>. Consultada 20 de junio de 2012: 10:00.
6. Ortiz E, Jaramillo C, Mejía J, Vélez E. Ospino L, Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME), Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, Línea de gestión del conocimiento - convenio 620.