



Boletín Epidemiológico

Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

Versión 3

Número 1

2007

MIEMBROS

Dr. Álvaro Archbold Nuñez
Gobernador Departamental

Dr. Asher Robinson Gallardo
Secretario Departamental de Salud

Dra. Elizabeth Mera García
Coordinadora Salud Pública

M.Sc. Liza Hayes
Estadística Informática y Demografía

GRUPOS FUNCIONALES

Aseguramiento

Unidad de Promoción y Prevención

Control de Factores de riesgo del Ambiente y del Consumo

Grupo de promotoras de Salud

Secretaría Departamental de Salud

Calle 6 Nº 1-22 Bloque 1 - Piso 1 – Av. Newball contiguo

Coral Palace – San Andrés, Isla

E-Mail: sivigila_sanandres@yahoo.com.mx

Teléfono: (098) 5131115 / 6784 / 3946

CONTENIDO

PROLOGO.....	1
CORREDORES EPIDEMIOLÓGICOS 2006.....	2
FECUNDIDAD 2005 - 2006.....	3
○ La Fecundidad por Edad	3
○ Tipo de parto	5
○ Bajo peso.....	7
○ Nacimientos régimen de afiliación	7
MORTALIDAD 2005 – 2006	7
○ Mortalidad por Grupo	8
○ Mortalidad por causa violentas.	10
○ Mortalidad Infantil y Perinatal .	11
ESTILO DE VIDA SALUDABLE	13
ANÁLISIS ESPACIAL EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA	15
HOSPITALES SEGUROS	16

PROLOGO

El Boletín Epidemiológico representa un esfuerzo adicional de los funcionarios de este despacho por promover el intercambio de información en el Departamento.

La Secretaría Departamental de Salud, tiene la responsabilidad de coordinar las actividades de vigilancia y control Epidemiológico tales como el análisis de los datos, la toma de decisiones y la puesta en marcha de programas de control y prevención. Para ello, es imprescindible que la difusión de la información se establezca en tiempo oportuno y de manera clara.

En la actualidad este despacho busca educar a la población mediante la publicación permanente, por ello hoy en día la información Epidemiológica generada no se dirige tan sólo a los profesionales sanitarios, también, se hace accesible a la población general.

Es nuestra meta, como institución que la información Epidemiológica publicados en estos boletines, sea implantado como un recurso más, que facilite a los profesionales sanitarios y usuarios en general la toma de decisiones basados en datos reales, y la consulta académica permanente.

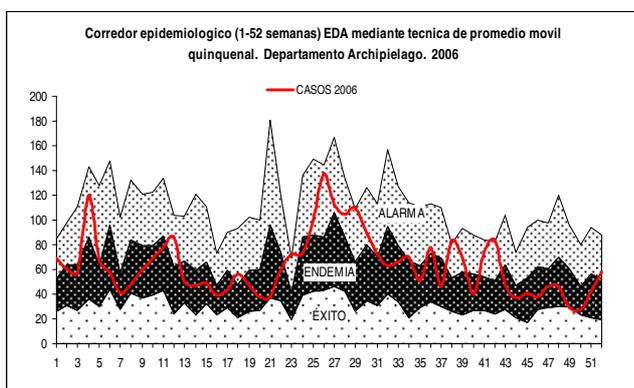
ASHER ROBINSON GALLARDO
Secretario de Salud Departamental



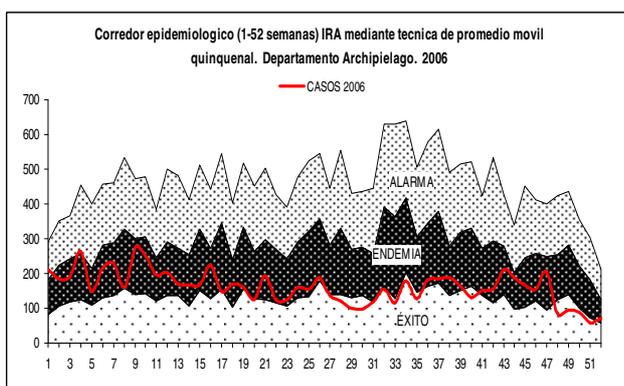
CORREDORES EPIDEMIOLÓGICOS 2006

DEPARTAMENTAL

a. ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDA)

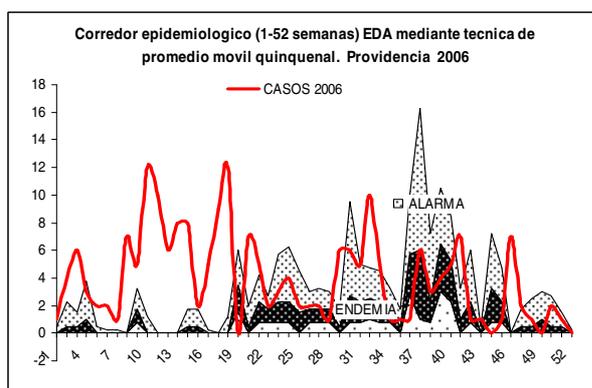


b. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

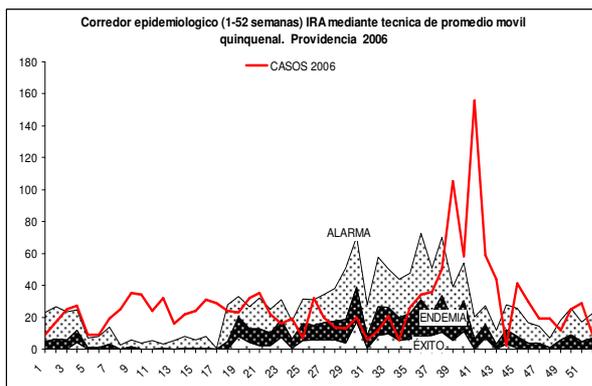


PROVIDENCIA

a. ENFERMEDAD DIARRÉICA AGUDA (EDA)



b. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)



Debido a la poca o casi no notificación de los casos de Providencia, la notificación de los casos de EDA e IRA están en el límite de alarma, se espera que a partir de estos últimos años se mejore la notificación de los casos.



FECUNDIDAD 2005 - 2006

Los elementos que determinan la fecundidad de una población son de diversos órdenes; demográficas, fisiológicas, sociales, económicos, culturales, políticos y geográficas. Los primeros factores como la edad y estado civil son fundamentales para explicar el proceso reproductivo de una población. Sin embargo, otros factores tales como el modelo de atención, el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el nivel educativo o de instrucción, las tradiciones culturales y religiosas también determinan el comportamiento de la fecundidad.

El 2006 con respecto al 2005 en cuanto a la fecundidad se refiere se presenta muy por debajo en todos sus indicadores; es decir se ha presentado un descenso en la fecundidad en el 2006 en relación con el año inmediatamente anterior.

La tasa bruta de Natalidad (TBN), la cual se entiende como el total de Nacimientos sobre el total de la población se ha reducido pasando de ser en el 2005 de 15,6 a 14,4 nacimientos por cada 1.000 habitantes del Departamento en el 2006 (véase cuadro 2). Según los datos publicados por PROFAMILIA en el 2005 la tasa bruta de natalidad a nivel nacional era de 20 nacimientos por cada mil habitantes. Lo cual implica que la TBN Departamental esta muy por debajo del nacional.

Lo que realmente se presentó es una reducción en el total de la población residente en el Departamento.

Según la proyección poblacional del Departamento realizado por el DANE, en el Departamento para el 2002 la población era de 77.446 habitantes y 81.453 en el 2004. Acorde a los resultados del censo del 2005 la población total del Departamento era de 59455 en el 2002, lo cual representa un descenso importante en la estructura poblacional y esto afecta de manera directa y proporcional los indicadores demográficos.

La Fecundidad por Edad

Del análisis de las datos de las estadísticas vitales del periodo comprendido entre el 2005 y el 2006 se observó que el nivel de la fecundidad expresado por la tasa global de fecundidad o TGF (el número de hijos que la mujer tendría al término de su vida reproductiva si en cada año de edad tuviese hijos de acuerdo a las tasas observadas), se ha reducido pasando de ser 2,6 a 2,4 hijos por mujer a diferencia entre el 2005 y el 2006 (véanse cuadro 2).

Las tasas específicas de fecundidad por edad del cuadro 2 muestran el patrón usual, una relativa alta en la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) que aumenta hasta alcanzar su máximo en el grupo



de 20 a 24 años; pero luego experimentan un fuerte descenso entre las mujeres de mayor edad.

La fecundidad en el Departamento al igual que al nivel Nacional es de cúspide temprana. El grupo de edad con la mayor tasa de fecundidad en las mujeres de 20 y 24 años. En el 2005 y el 2006 la tasa se redujo pasando de ser 136,9 hasta llegar a ser de 103,9 nacimientos por cada 1000 mujeres en este grupo de edad.

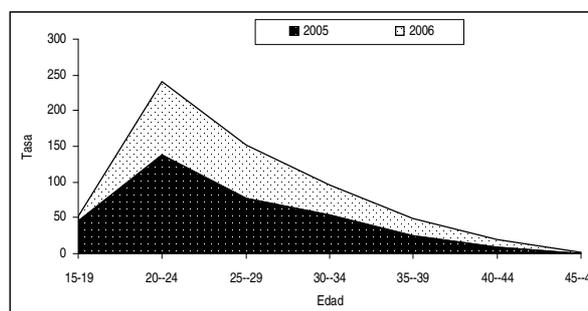
Cuadro 2. Total de nacimientos y tasa específica de Nacimientos por edad de la madre (grupo quinquenal). Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2002-2005

Grupo Edad	2005		2006	
	Total Nacimientos	TEF	Total Nacimientos	TEF
De 15-19 años	116	4,60	160	6,34
De 20-24 años	328	136,92	249	103,94
De 25-29 años	215	75,90	214	75,55
De 30-34 años	169	54,12	131	41,95
De 35-39 años	81	25,08	77	23,84
De 40-44 años	20	8,76	23	10,07
De 45-49 años	0	0,00	2	1,29
TBN	15,63		14,4	
TFG	51,78		47,71	
TGF	2,6		2,4	

TEF (Tasas específicas de fecundidad) Es el cociente entre el número de nacimientos de mujeres de un grupo quinquenal de edad y el total de mujeres dentro de ese grupo de edad por mil.
 TBN (Tasa Bruta de Natalidad) Es la razón entre el número total de nacimientos ocurrido en el período de interés, entre el tiempo vivido por la población en ese período por mil.
 TFG (Tasa de Fecundidad General). Es la razón de nacimientos entre el número de mujeres en edad fértil dentro de la población por mil
 TGF (Tasa Global de Fecundidad). Es la suma de las tasas específicas de fecundidad para cada edad individual, o de n veces esta suma por mil
 Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud

Otro grupo en el que se presentó una reducción en la tasa de natalidad fueron en las mujeres de 30-34 años en donde la tasa pasa de 54,1 a 41,9 nacimientos por cada 1000 mujeres. Contrario de lo que ocurrió en las mujeres de 40-44 años en donde la tasa se incrementó de 8,8 a 10,1 (véanse cuadro 2 y Gráfico 3). Este tipo de patrón por edad es indicativo de un grado apreciable de control de la fecundidad que tiende naturalmente a aumentar con la edad.

Gráfico 3. Tasa Específica de Fecundidad (TEF) por edad. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por grupos quinquenales, 2002, 2004 y 2005



Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud

Como se puede apreciar en el gráfico 3, el descenso de la fecundidad es evidente en todos los grupos de edad, pero resulta mucho más marcado a partir del grupo de 25 a 29 años.



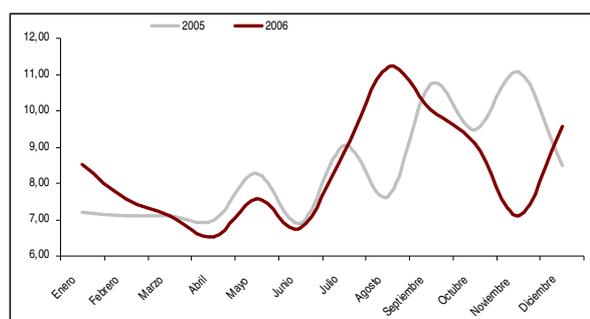
Para el total del Departamento, en el periodo 2005-2006, los mayores niveles de fecundidad tienden a concentrarse en los grupos de edad de 20-24 y de 30-34 años. Según los datos de las estadísticas vitales del Departamento.

La edad de la madre es un importante indicador demográfico, en donde el postergar el nacimiento de los hijos contribuye al descenso global de la fecundidad, por otra parte, la aceleración de este proceso constituye un factor importante en los problemas de orden social, económico y de salud.

En el Departamento para el 2005 la edad media era de 26,0 años la cual ha venido decreciendo hasta llegar a ser del 25,7 años en el 2006; Es decir las mujeres del Departamento esperan tener sus hijos cada vez más jóvenes este factor esta determinado por el nivel de educación de la mujer, el lugar de residencia y el tiempo de intervalo protogenésico (tiempo de espera entre la unión y el primogénito).

En el Departamento es obvio el efecto que tiene la temporalidad (festividades) sobre los nacimientos. El mes de ocurrencia del mayor número de nacimientos en el Departamento en el 2005 fue el mes de Noviembre y el mes de Agosto en el 2006 con un 11 por ciento (véase gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de los recién nacidos según el mes de ocurrencia. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por grupos quinquenales, 2005-2006



Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud

Es decir tanto en el 2005 como en el 2006 la posible fecha de gestación coincide con las festividades de fin de año (Noviembre-Febrero)

Tipo de parto

El departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina tiene la tasa de cesárea más alta a nivel nacional, por lo cual la Secretaria Departamental de Salud piensa someter a vigilancia epidemiológica los centros de atención tanto privada como publica con vista a disminuir este indicador de manera progresiva hasta aproximarse a los estándares nacionales.



Cuadro 3. Tasa de Cesárea. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2006

Institución	2005	2006
Clinica Villareal	10,54	12,49
Hospital Timothy Britton	62,47	52,04
Hospital Old Providence	0,00	0,00
Unidad Medica	0,00	0,00
Tasa Departamental	73,01	64,53

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública.
Secretaría Departamental de Salud

La tasa de cesáreas en el Departamento para el 2005 fue de 73 por cada 100 partos. En el la tasa en el 2006 decrece un 11,6 por ciento hasta llegar a ser d 64,5 por cada 100 partos (véase cuadro 3).

En cuanto a los centros de atención, el Hospital Timothy Britton mantiene las tasas de cesárea más elevada en el Departamento con 52,4 en el 2006, no obstante de haberse reducido esta en un 16,7 por ciento en relación con el año anterior (véase cuadro 3).

El centro privado de atención la Clínica Villareal empezó en el 2005 con una tasa cercana a lo recomendado por la OMS (10,5 por ciento), y contrario de lo que se presento en el Hospital la tasa en este centro se incremento en un 18,5 por ciento (12,5 por ciento en el 2006), esto último puede deberse en primer lugar al incremento en los beneficios económicos que implica este tipo de intervención y no, a los riesgos en la salud tanto

para la madre como para el recién nacido (véase cuadro 3).

Es de anotar como en el Municipio de Providencia la tasa de parto por cesárea es baja, o bien, casi nula, lo cual se puede explicar por los factores culturales propios de la región o debido a que las complicaciones en los partos son remitidos al Hospital de Timothy Britton.

La elevada tasa de cesáreas en el Departamento se puede explicar por varios factores. Uno de los factores se refiere al profesional quien atiende el parto. En los países con menor tasa de cesárea se ha comprobado que la asistencia a los partos normales está a cargo de las matronas, en cambio, allí donde los ginecólogos atienden los partos, la tasa de cesárea aumenta (Revista Chilena Obstétrica y Ginecología, 2004). Por ese motivo, la OMS recomienda explícitamente: *Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión.*



Bajo peso

Cuando un recién nacido pesa menos de 2.500 gramos (5 libras, 8 onzas) este es considerado como de Bajo Peso al Nacer (BPN). El recién nacido promedio, pesa alrededor de 3,2 kg (7 libras).

El 6,5 por ciento de los bebés recién nacidos en el Departamento en el 2005 era de BPN, para el año 2006 el porcentaje se reduce en un 25,9 por ciento hasta ser del 4,8 por ciento.

Nacimientos régimen de afiliación

Al analizar la distribución de los nacimientos según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social se encontró una mayor cantidad de embarazadas pertenecían al régimen contributivo.

Cuadro 4. Porcentaje de nacimientos según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2005-2006

Régimen de Salud	2005		2006	
	Total Nacimientos	%	Total Nacimientos	%
Contributivo	422	45,4	413	48,2
Subsidiado	403	43,3	383	44,7
Vinculado	55	5,9	20	2,3
Particular	19	2,0	10	1,2
Otro	31	3,3	0	0,0
Total	930	100,0	857	100,0

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud

El 45 por ciento de los nacimientos atendidos en el Departamento en el 2005 pertenecían al régimen contributivo y el 43 por ciento al subsidiado.

El comportamiento en el 2006 es muy similar al que se presentó en el año anterior, en donde el 48 por ciento de los nacimientos atendidos eran de mujeres afiliadas al régimen contributivo y el 45 por ciento al contributivo (véase cuadro 4).

MORTALIDAD 2005 – 2006

La tasa de mortalidad indica el número de defunciones de una población cada mil habitantes.

$$\text{Tasa bruta de mortalidad} = (\text{Defunciones} / \text{Población}) \times 100.000$$

En el año 2006 se produjeron en el Departamento 254 defunciones, de las que 128 correspondieron a varones y 216 a mujeres. La tasa bruta de mortalidad se sitúa en 304,5 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone una disminución del 17 por ciento respecto al año anterior.



Cuadro 5. Porcentaje de nacimientos según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2005-2006

GRUPO / CAUSA DEFUNCION		2005			2006		
		Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
GRUPO I	TRANSMISIBLES	6	2,8	7,2	1	0,5	1,2
GRUPO II	TUMORES MALIGNOS	35	16,1	42,0	31	14,3	37,2
GRUPO III	CARDIO-CEREBRO-VASCULAR	75	34,6	89,9	91	41,9	109,1
GRUPO IV	PERINATAL	17	7,8	20,4	10	4,6	12,0
GRUPO V	VIOLENTAS	46	21,2	55,2	27	12,4	32,4
GRUPO VI	MIXTAS	33	15,2	39,6	88	40,6	105,5
GRUPO VII	MAL DEFINIDOS	5	2,3	6,0	6	2,8	7,2
TOTAL DEFUNCIONES		217	100,0	260,2	254	117,1	304,5

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud

El grupo de causas de muerte de mayor incidencia se mantiene estable, si bien se destacan las enfermedades cardiovasculares como primer grupo de causa de defunción en el Departamento, representando el 41,9 y 34,6 por ciento del total de defunciones en el 2006 y el 2005 respectivamente.

La segunda causa cambió radicalmente. En el 2006 el segundo grupo de causa de muerte eran las Mixtas, las cuales explican el 40,6 por ciento del total de las defunciones; mientras que en el año anterior fueron las violentas, las cuales explicaban el 21,2 por ciento del total de las defunciones ocurridas en el Departamento a lo largo del 2005 (véase cuadro 5).

Mortalidad por Grupo

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte en el Departamento. Entre las causas cardiovasculares más frecuentes, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, Enfermedad Cardíaca Hipertensiva).

También se mantienen en tercer lugar los tumores como responsables del 14,3 por ciento del total de fallecimientos. En el año 2006 se produjeron 31 defunciones por esta causa, frente a las 35 de 2005, lo que supone un decrecimiento del 11,4 por ciento (Véase cuadro 6).

En el 2006 las mixtas fueron la segunda causa de muerte, y entre estas las primeras causas fueron la necrosis epidermica y la Obstrucción intestinal (con



34,8 defunciones por cada 100.000 habitantes) y la segunda en este grupo fueron las defunciones por Diabetes Mellitas tipo 2 en el 2006 con 6

defunciones por cada 100.000 habitantes (véase cuadro 6)

Cuadro 6. Tasa de defunción de las ocho primeras causas de defunción por Enfermedades Cardio vasculares, Mixtas y Tumores Malignos. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2006

CAUSA DEFINITIVA		2005			2006		
		Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
CARDIO VASCULARES	Infarto agudo del miocardio	7,0	7,5	7,2	23,2	29,8	26,4
	Enfermedad cardiaca hipertensiva	7,0	5,0	6,0	11,6	19,9	15,6
	Accidente cerebro vascular (ACV)	13,9	7,5	10,8	13,9	14,9	14,4
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc)	7	5,0	6,0	18,5	2,5	10,8
	Aneurisma cerebral	2,3	0,0	1,2	7,0	5,0	6,0
	Schock cardiogenico	11,6	2,5	7,2	9,3	2,5	6,0
	Insuficiencia cardiaca	9,3	17,4	13,2	4,6	5,0	4,8
	Otras enfermedades isquemia del corazón	7,0	0,0	3,6	7,0	2,5	4,8
MIXTAS	Necrosis epidérmica toxica	2,3	0,0	1,2	25,5	44,7	34,8
	Obstrucción intestinal	0,0	2,5	1,2	25,5	44,7	34,8
	Diabetes mellitus tipo 2	4,6	7,5	6,0	0,0	12,4	6,0
	Sepsis	2,3	2,5	2,4	4,6	7,5	6,0
	Arteroesclerosis	0,0	0,0	0,0	0,0	9,9	4,8
	Schock séptico	0,0	2,5	1,2	7,0	2,5	4,8
	Senelitud	0,0	9,9	4,8	0,0	7,5	3,6
	Desnutrición	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	2,4
TUMOR MALIGNO	Cáncer pulmón	9,3	5,0	7,2	7,0	2,5	4,8
	Cáncer esófago	0,0	2,5	1,2	4,6	2,5	3,6
	Cáncer mama	0,0	5,0	2,4	0,0	7,5	3,6
	Cáncer vías biliares	0,0	0,0	0,0	4,6	2,5	3,6
	Cáncer estomago	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	2,4
	Cáncer laringe	0,0	2,5	1,2	2,3	2,5	2,4
	Cáncer páncreas	2,3	9,9	6,0	0,0	5,0	2,4
	Cáncer próstata	20,9	0,0	10,8	4,6	0,0	2,4

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud



Mortalidad por causa violentas

Si bien es cierto que las muertes por causas violentas ha crecido en el Departamento hasta llegar a convertirse en un evento de interés en salud pública así como objeto de políticas y acciones a fin de mitigar sus resultados, es de resaltar como en este último año 2006, la tasa de defunciones por esta causa ha decrecido en un 41,3 por ciento (véase cuadro 5). No obstante no deja de llamar la atención las causas de defunción dentro de este grupo.

Cuadro 7. Tasa de defunción por Causas Violentas. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2006

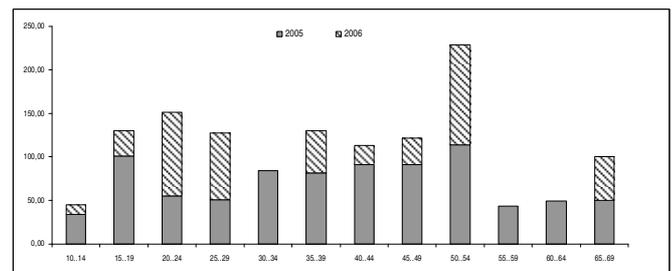
Causa definitiva	2005		2006	
	Total	tasa	Total	tasa
Accidente transito	20	24,0	14	16,8
Herida proyectil arma fuego	7	8,4	7	8,4
Otras causas externas	3	3,6	1	1,2
Sumersión/ahogamiento	0	0,0	5	6,0

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud

La principal causa de defunción en este grupo sigue siendo los accidentes de transito. En el año 2006 se produjeron 14 de las 27 defunciones por este grupo de causa, con respecto a 20 del 2005, lo que supone un decrecimiento del 30 por ciento. Las heridas con proyectil de arma de fuego se mantiene homogéneo con 7 defunciones (lo que representa una tasa de 8,4 defunciones por cada 100.000 habitantes).

En el año anterior no se presentaron muertes por ahogamiento mientras que en el 2006 se presentaron 5 defunciones por esta causa (Véase cuadro 7).

Gráfico 5. Tasa específica de Defunción por causa Violentas según grupo de edad. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina por grupos quinquenales, 2005-2006



Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud

El grupo poblacional el cual se ve en mayor medida afectado por este grupo de causa es la población adulta mayor (50 a 54 años) con una tasa de 114,25 defunciones por cada 100.000 habitantes. Seguido por la población adulta joven (25 a 29 años) con una tasa de 76,4.

En cuanto al año anterior el segundo grupo se presentaban en la población joven-adolescente (15 a 19 años) con una tasa de 101,5 defunciones por cada 100.000 habitantes. En cambio en el 2006 se presentaron en este grupo tan sólo 29 por cada



100.000 habitantes. El hecho de haber reducido la mortalidad en este grupo es el resultado de las políticas y acciones sociales y gubernamentales en el control del tráfico y reducción de accidentes de tránsito en el Departamento (véase gráfico 5)

Mortalidad Infantil y Perinatal

La tasa de mortalidad infantil (TMI) señala el número de defunciones en una población de niños menores de un año por cada mil nacimientos.

Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños menores de 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niños menores de 5 años.

$$\text{TMI} = (\text{Defunciones niños} < 1 \text{ año} / \text{Total de nacidos vivos al año}) \times 1000$$

La tasa promedio de mortalidad infantil según el Informe de Desarrollo Humano del PNUD es:

Países de desarrollo	Menores de 1 años	Menores de 5 años
Alto	9‰	10‰
Medio	46‰	61‰
Bajo	108‰	183‰

Cuadro 8. Tasa de Mortalidad Infantil. Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, 2005-2006

	2005	2006
0--1 año	16	11
1--4 años	1	2
Total Defunciones	17	7
Total Nacimientos	929	856
M.I. < 1 año	17,22	12,85
M.I. < 5 años	18,30	15,18

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Departamental de Salud

En el 2006 la tasa de mortalidad Infantil en población menor de un año se redujo en un 25,4 por ciento; es decir la TMI en niños menores de un año fue de 12,9 por mil nacidos vivos.

En cuanto a la Tasa de Mortalidad en la población menor de 5 años, en el 2006, la reducción fue del 17 por ciento; es decir se presentaron en el 2006 15,2 defunciones en niños menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos. El Departamento resultado de las políticas, acción, seguimiento y control de las mujeres en embarazo y gestante contempla un indicador demográfico similar al de los países con un alto grado de desarrollo social.



Cuadro 9. Distribución de las Causas de las defunciones Perinatales Departamento Archipiélago de San Andrés, providencia y Santa Catalina, 2005-2006

Causa definitiva	2005			2006		
	Total	%	Tasa	Total	%	Tasa
Prematurez	4	25,00	4,31	2	18,18	2,34
Síndrome de aspiración neonatal	3	18,75	3,23		0,00	0,00
Hipoxia neonatal	2	12,50	2,15		0,00	0,00
Insuficiencia respiratoria	2	12,50	2,15		0,00	0,00
Malformación congénita	2	12,50	2,15	1	9,09	1,17
Recién afectado por cordón/placenta	1	6,25	1,08	1	9,09	1,17
Mal definidos	1	6,25	1,08	1	9,09	1,17
Trastorno del parto	1	6,25	1,08		0,00	0,00
Hipoxia fetal		0,00	0,00	2	18,18	2,34
Insuficiencia cardiaca congestiva		0,00	0,00	2	18,18	2,34
Anoxia		0,00	0,00	1	9,09	1,17
Enfermedad Membrana Hialina		0,00	0,00	1	9,09	1,17
Total	16	100,00	17,22	11	100,00	12,85

Fuente: Estadísticas Vitales, Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Departamental de Salud
Tasa: Total de casos / Total de nacidos vivos * 1000

La salud infantil en el Departamento ha sido uno de los principales retos de la actividad de vigilancia en Salud Pública. Como resultado de los grandes esfuerzos que se han hecho en nuestro departamento por medio de la atención médica, la mortalidad Perinatal observa un comportamiento decreciente.

No obstante, aun nos falta mucho por hacer como incrementar la conciencia de la importancia y relevancia de la planificación familiar.

En donde según estudios se ha comprobado que el espaciar suficiente los embarazos constituye un antecedente de salud, dado que mitiga la influencia de los antecedentes patológicos.

La principal causa de mortalidad perinatal en el 2005 y 2006 fue producto de la prematurez con 4 y 2 defunciones respectivamente. En el 2005 el síndrome de aspiración neonatal fue la segunda causa de mortalidad, sin embargo en el 2006 no existen estos casos, pero, no obstante aparecen la Hipoxia fetal, la Insuficiencia cardiaca como uno de las principales causas de defunción.



ESTILO DE VIDA SALUDABLE ¹

La Diabetes Mellitus es considerada actualmente un importante problema de salud pública, que tiende a incrementarse en la medida que la población envejece y desarrolla factores de riesgo reconocidos tales como hábitos de alimentación inadecuados y sedentarismo, que conducen a la obesidad y son producto de una acelerada urbanización e industrialización.

Las autoridades mundiales de la salud han puesto en evidencia un incremento en la prevalencia de la enfermedad, sobre todo en los países en vía de desarrollo como Colombia, por lo que se espera que para el año 2025 existan en el mundo más de 300 millones de personas afectadas por este mal. En el país la situación es igualmente abrumadora: se estima que el 7% de la población adulta que vive en las grandes ciudades la presenta y un 40% de ella desconocen tenerla.

En un buen número de casos la diabetes y sus complicaciones pueden prevenirse mediante la implementación de programas educativos que promuevan Estilos de Vida Saludables, el manejo de factores de riesgo modificables y el tratamiento adecuado de la enfermedad, requiriéndose un equipo, en el que tanto la persona con diabetes, el personal de salud y el educador cumplen un papel preponderante.

Por todo lo anterior La Secretaría de Salud Departamental por medio del proyecto de Estilos de Vida Saludables desea impulsar un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población San Andrésana con respecto a la diabetes para reorganizar las actividades alrededor de este evento, disminuir la incidencia de la Diabetes Mellitus, reducir las secuelas y la mortalidad ocasionada por esta patología, y mejorar la calidad de vida de

aquellos que sufren actualmente o que tienen riesgo de padecerla.

Por lo tanto, a fin de poder contextualizar las características de la población del Departamento y definir los posibles factores de riesgos, se realizó en el Departamento una investigación de tipo descriptivo donde la muestra fue tomada en forma aleatoria simple en diferentes sectores de la isla, se aplicaron dos tipos de encuesta, una a 326 personas sin diabetes y la otra a 128 personas con diabetes encuestadas de las diferentes IPS.

ANALISIS DE RESULTADOS

a. personas sin diabetes

- El 53% (172 personas) de la población encuestada (326 encuestados) no realiza actividad física mínimo 30 minutos al día durante mínimo 5 días a la semana.
- El 86%(279 personas) de la población encuestada no fuma lo que favorece una vida saludable. De la población fumadora 12 personas fuman entre 1 y 5 cigarrillos diarios 8 personas entre 6 y 10 y una persona fuma entre 11 y 15 cigarrillos diarios.
- El 78%(253 personas) se consideran gordos lo que favorece al desarrollo de la diabetes y lo que nos motiva a promover una dieta saludable, el 21% (67 personas) no se consideran gordos y el 1% (6 personas) no responden.
- En la pregunta, ¿usted cree que se puede curar la diabetes tipo 1 o 2 a alguien que ya la tiene? El 41%(133 personas) respondió que si, lo que demuestra un alto porcentaje de desconocimiento sobre la enfermedad y nace la necesidad de crear más estrategias educativas para que la comunidad conozca la enfermedad y su manejo.
- El 81% (263 personas) considera que la diabetes se puede prevenir, mediante una dieta saludable baja en harinas, ejercicio, controles médicos.

¹ Documento preparado por las licenciadas Diana Rodríguez Villa y Arlette Arroyo Newball. Profesionales contratistas adscritos a la Secretaria Departamental de Salud



- En cuanto a la dieta sobre comer alimentos y bebidas dulces y el exceso de peso corporal (obesidad) pueden llevar a que una persona se vuelva diabética el porcentaje mayor fue para la respuesta si 89%, 87% y 95%.
- Teniendo en cuenta que los alimentos Light como los chocolates, los helados y postres no se pueden consumir cuanto se quiera según las respuestas, el 59% (193 personas) cree que si se pueden consumir la cantidad que se desee, lo que muestra la necesidad de informar sobre el contenido de azúcar de este tipo de alimento.
- La mayoría de la población encuestada 69% (224 personas) cree que la insulina daña los ojos, así mismo creen que entre más dosis de insulina requiere una persona más grave es el daño.
- El 88% (286 personas) creen que la mayoría de hijos de personas con diabetes tipo 1 serán también diabéticos.
- La mayoría de la población cree que las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir con un buen control de la enfermedad y controlando la tensión arterial, 85% y 71%.



b. personas con diabetes

- El 98% (125 personas) asisten a controles de su diabetes.
- El 95% de la población encuestada sabe que en su IPS existe un programa especial para personas con diabetes. El 88% (113 personas) ha recibido charlas educativas.
- El 71% de la población encuestada esta satisfecha con el servicio que presta su IPS.
- Solamente el 19% (24 personas) asisten a medico particular, internista y casa del diabético.
- El 56% de los diabéticos le han revisado los pies alguna vez, lo que muestra fallas en la atención brindada. Asimismo durante el tiempo que han sido diabético, al 74% le han revisado los ojos 1 vez al año, al 13% rara vez y al otro 13% nunca le han revisado los ojos.
- De la población encuestada el 47% se controla con dieta y ejercicio, el 45% utiliza antidiabéticos en tabletas, el 2% antidiabéticos en tabletas más insulina y el 6% utiliza solo insulina.
- El 84% de los diabéticos encuestados NO tienen glucómetro, lo que dificulta el auto monitoreo.
- El 5% de la población encuestada camina mínimo 30 minutos una vez por semana, el 32% camina de 2 a 3 veces por semana.
- En cuanto a como se siente la persona por tener diabetes el 78% respondió que su vida no ha cambiado para nada, pues a pesar de los cambios su vida sigue siendo normal.
- En cuanto a si el exceso de peso corporal puede llevar a que una persona se vuelva diabética el 86% respondió si.
- A la pregunta, ¿usted considera que los alimentos dietéticos o Light como los chocolates, los helados y los postres dietéticos pueden comerse, cuando uno quiera, pues estos tienen muy pocas calorías?, el 28% respondió si.
- El 42% de los diabéticos utilizan hierbas, agüitas u otros compuestos diferentes a medicamentos. Entre los más utilizados están el te de mandarina, de uña de gato, de achote, de oréga y de hoja de níspero.
- El 31% de los diabéticos creen que la insulina daña los ojos u riñones y el 585 creen que si. Asimismo El 86% de los diabéticos creen que



entre más dosis de insulina requieran más grave es su diabetes.

- El 100% de los diabéticos creen que las complicaciones de la diabetes se pueden prevenir con un buen control de la diabetes, lo que demuestra la importancia del conocimiento de la enfermedad.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS IPS

Teniendo en cuenta las encuestas aplicadas en las IPS se hace un análisis comparativo de la atención según respuestas de los usuarios.

Todas las IPS cuentan con un programa especial para diabéticos. La población de CAJASAI; CAPRECOM, CLINICA VILLAREAL y PREVIMEDIC se encuentra satisfechas con el servicio que presta la IPS, mientras que la población de ISS y MEJOR SALUD se encuentran insatisfechas por la oportunidad en la entrega de medicamentos.

CONCLUSIONES

El conocimiento sobre diabetes en la población en general encuestada es muy superficial y errónea por lo se recomienda más campañas educativas para mejorar la prevención de la enfermedad.

Se recomienda promoción en una dieta saludable y seguir fomentando estilos de vida saludable.

La mayoría de los diabéticos se controlan la diabetes lo que favorece la prevención de las complicaciones de la diabetes y la mayoría conoce sobre la enfermedad.

Un gran porcentaje de los pacientes diagnosticado con Diabetes, no cuentan con un Glucómetro personal.

Fortalecer la estrategia IEC, con la temática de Diabetes.

Difundir esta información a las diferentes EPS/IPS para sensibilizar a los entes acerca de la necesidad de prevenir a través de la educación y a los grupos de diabéticos establecidos

ANÁLISIS ESPACIAL EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA ²

La Secretaria Departamental de Salud con el fin de estar a la vanguardia de las nuevas tecnologías ha adquirido un sistema de Georeferenciación, con el cual se busca mejorar el estudio de la magnitud y distribución de problemas de salud en el Departamento, agilizar el análisis de la situación de salud, la vigilancia de eventos de salud, el análisis epidemiológico, la planeación y evaluación de intervenciones, así como la gestión y toma de decisiones.

En los últimos años ha habido un interés creciente de los Ministerios de Salud y otras Instituciones del sector en el uso de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) como herramienta para fortalecer las capacidades de análisis, gestión, monitoreo y toma de decisiones en salud pública, así como elemento de abogacía y comunicación de los grupos técnicos con quienes definen políticas y programas y con el público en general.

La adopción de los SIG por los niveles locales del sector salud ha estado limitada debido principalmente al bajo acceso a programas de SIG comerciales por sus costos, su complejidad para los usuarios y poca disponibilidad de técnicas y métodos analíticos especializados para solución de problemas de epidemiología y salud pública.

² Artículo tomado de Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Vol. 25, No.4 del 2004. http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n4-cover.htm



En respuesta, en los últimos años se han dedicado esfuerzos en el desarrollo de paquetes de programas de SIG, herramientas de mapeo e implementación de métodos de análisis estadístico de datos espaciales en diversos ambientes para superar dichas limitaciones. Por lo general, los SIG contienen las siguientes funciones:

- ✓ Entrada, acceso y edición de datos cartográficos y de atributos.
- ✓ Despliegue y control de múltiples capas cartográficas.
- ✓ Visualización de los datos en forma de mapas, tablas, gráficos.
- ✓ Manejo de múltiples escalas y sistemas de proyección tanto en las capas como en el mapa.
- ✓ Creación de diversos tipos de mapas temáticos.
- ✓ Selección y consulta espacial de datos, incluyendo operaciones geográficas sobre una o varias capas cartográficas y atributos de las capas.
- ✓ Realización de operaciones geográficas.
- ✓ Medición de distancias sobre el mapa y entre objetos geográficos.
- ✓ Georeferencia y geocodificación de datos.

Entre los SIG comerciales disponibles actualmente, se destacan ArcView™, ArcGIS™, MapInfo™, Maptitude™, Idrisi™ y Geomedia™ entre otros, siendo ArcView™ y MapInfo™ los más utilizados en estudios epidemiológicos y aplicaciones de salud pública.

El Programa de Mapeo en Salud Pública del departamento de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles y Respuesta (CRS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado la herramienta HealthMapper, para responder a necesidades de información crítica para la vigilancia en salud pública y programas de prevención y control de enfermedades transmisibles.

El interés de la epidemiología y la salud pública en el estudio y análisis de la distribución geográfica de las

enfermedades y su relación con factores de riesgo potenciales, ligado a la posibilidad de manejo de la dimensión espacial de los datos epidemiológicos a través de los SIG, ha impulsado el desarrollo de métodos estadísticos relevantes para ambas disciplinas, particularmente los métodos de estadística espacial.

HOSPITALES SEGUROS³

En enero de 2008 la Secretaría de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres y la Organización Mundial de la Salud lanzarán la campaña global de reducción de desastres sobre el tema de hospitales seguros.

La EIRD y la OMS/OPS formarán alianzas con otros organismos, agencias e individuos alrededor del mundo para crear conciencia y redoblar los esfuerzos con el fin de proteger las instalaciones de salud y asegurar que continúan funcionando durante y después de los desastres.

Debido a la trascendencia e importancia del tema, la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, que se celebró del 1 al 5 de octubre en Washington con la presencia de los ministros de salud de todos los países americanos, resolvió instar a los países a tomar medidas políticas y técnicas con el fin de reducir considerablemente el riesgo de desastres en la región y contribuir a lograr la seguridad integral de los hospitales, incluida la seguridad de los pacientes y del personal sanitario.

Para acceder a la información más detallada de los artículos publicados: www.sanandres.gov.co, al correo sivigila_sanandres@yahoo.com.mx O bien la Oficina de Vigilancia de Salud Pública de la secretaría Departamental de Salud: Estadística.



**DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA**
Reserva de Biosfera Seaflower

³ Artículo tomado de Boletín Desastres, mitigación y preparación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), No.108 del 2007. <http://www.disaster-info.net/newsletter/108/esp/conference.htm>