Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad y morbilidad, región orinoquia, 2014.....47

Ministro de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Directora General (E) Instituto Nacional de Salud

Martha Lucía Ospina Martínez

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Máncel Enrique Martínez Durán

Comité Editorial

Oscar Eduardo Pacheco García

Hernán Quijada

Pablo Enrique Chaparro Narváez

Orlando Castillo

Vilma Fabiola Izquierdo

Alfonso Rafael Campo Carey

Natalia Muñoz Guerrero

Santiago Fadul

Máncel Martínez Ramos

Edición y corrección de estilo

Máncel Enrique Martínez Durán

Diseño y Diagramación

Claudia P. Clavijo A.

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

Instituto Nacional de Salud

Avenida calle 26 n.º 51-20

Bogotá, D.C., Colombia

El Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN) es una publicación de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud.

Los datos y análisis pueden estar sujetos a cambio. Las contribuciones enviadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad, y todas deberán ceñirse a las normas y principios éticos nacionales e internacionales.

El comité editorial del IQEN agradece el envío de sus contribuciones a la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud; mayor información en el teléfono 220 77 00, extensiones 1382, 1486.

Cualquier información contenida en el IQEN es de dominio público y puede ser citada o reproducida mencionando la fuente.

Cita sugerida:

Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad y morbilidad, región amazónica, 2014; 21 (1): 1 - 45.

Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad y morbilidad, región orinoquia, 2014

Claudia Milena Ospina Beltrán¹
Diana Paola Bocanegra Horta²
Johanna Guevara Páez³
Grace Alejandra Ávila Mellizo⁴
Máncel Martínez Durán⁵

Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social denomina la mortalidad como un fenómeno demográfico inevitable, irrepetible e irreversible y su análisis reviste especial importancia tanto para la demografía, como para la economía y la salud pública; también es considerada un indicador indirecto de las condiciones de salud de una población, refleja las condiciones de vida, los patrones de utilización de los servicios de salud, los avances tecnológicos, los niveles de educación y el urbanismo planificado (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de las causas básicas de muerte codificadas por las autoridades nacionales correspondientes suministra los datos de mortalidad que reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil de los países miembros (2).

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se define la causa básica de defunción como la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal.

Las tasas de mortalidad en menores de cinco años han descendido en un 49 % en el periodo comprendido entre 1990 y 2013. Pese a que la media del ritmo de descenso anual se ha acelerado e incluso triplicado en algunos países, este progreso aún está lejos de alcanzar la meta mundial de la reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes para 2015 (3).

El informe de 2014 Niveles y tendencias en la mortalidad infantil revela que en 2013 murieron 6300000 menores de cinco años, en su mayor parte por causas prevenibles, cifra que representa un descenso de 200000 muertes respecto a 2012, pero que, aun así, se sigue traduciendo en 17000 muertes infantiles cada día (3).

En 2013 murieron 2800000 menores de un mes de vida, lo que representa cerca del 44 % de todas las muertes en menores de cinco años; dos terceras partes de estas muertes ocurrieron en diez países. Si bien el número de muertes neonatales ha disminuido, el progreso ha sido más lento que el logrado en relación con la tasa general de mortalidad de menores de cinco años.

Ocho de los 60 países designados como “países de mortalidad elevada” (países en los que se registran como mínimo 40 muertes de menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos) han alcanzado ya, o incluso superado, la meta del ODM (una reducción del 67 %). Estos países son Malawi (72 %), Bangladesh (71 %), Liberia (71 %), República Unida de Tanzania (69 %), Etiopía (69 %), Timor-Leste (68 %), Níger (68 %) y Eritrea (67 %); Asia oriental, América Latina y el Caribe y África del Norte ya han conseguido reducir su tasa de mortalidad de menores de cinco años en más de dos terceras partes desde 1990;

1, 2, 3, 4. Profesionales del equipo de mortalidad de eventos prioritarios de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

5. Médico, Epidemiólogo de campo FETP INS - CDC, Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública, INS

entre la India y Nigeria, se contabiliza más de una tercera parte de las muertes. En África subsahariana las tasas de mortalidad de menores de cinco años se han reducido en un 48% desde 1990, esta región continúa registrando el índice más elevado del mundo, con 92 muertes por cada 1000 nacidos vivos, lo que representa casi 15 veces el promedio de los países de ingresos altos (4).

Las principales causas de muerte en menores de cinco años son las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro (17%), la neumonía (15%), las complicaciones en el parto y el alumbramiento (11%), la diarrea (9%), el paludismo (7%); la subnutrición origina casi la mitad de todas las muertes en menores de cinco años (5).

En el 2013 la tasa de mortalidad infantil en Colombia fue de 15,6 x 1000 nacidos vivos representa una reducción importante en la última década; se observó un mayor número de muertes en menores de un año; las principales causas son las malformaciones congénitas, con un total de 2 229 muertes, seguido de afecciones del periodo perinatal con 1 152 muertes, en tercer lugar las infecciones respiratorias con 379 muertes para este año (6). En los menores de uno a cinco años, las principales causas de mortalidad son la infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda. En 2012 los departamentos con tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años más altas fueron Vaupés, Guainía, Choco y La Guajira con tasas de mortalidad de menores de cinco años por encima de 20 muertes por 1000 nacidos vivos (7).

Entre 1990 y 2013 la razón de mortalidad materna mundial ha disminuido en un 2,6% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM). El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional. La razón de mortalidad

materna en los países en desarrollo es de 230 por 1000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 16 por 1000 nacidos vivos (8).

Once países de América Latina y el Caribe han logrado avances significativos en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y el parto desde 1990; sin embargo, ningún país de la región está en condiciones de alcanzar el ODM de disminuir un 75% la mortalidad materna para 2015. Los once países de la región que más avanzaron son Barbados (-56%), Bolivia (-61%), Brasil (-43%), Ecuador (-44%), El Salvador (-39%), Guatemala (-49%), Haití (-43%), Honduras (-61%), Nicaragua (-38%), Perú (-64%) y República Dominicana (-57%).

A pesar de este progreso, en 2013 alrededor de 9300 mujeres perdieron su vida en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (7700 menos que las 17000 de 1990) (8).

En América Latina la mortalidad por enfermedades transmisibles disminuyó, la mortalidad por enfermedades no transmisibles y las originadas por lesiones de causa externa aumentó. Esta situación es el resultado del mejoramiento de las condiciones de vida, la disminución del riesgo de muerte por enfermedades transmisibles y el envejecimiento de la población, entre otros factores (9).

Las enfermedades transmitidas por vectores representan un 17% de la carga mundial estimada de enfermedades infecciosas en el año 2014. La más mortífera de todas ellas (el paludismo) causó 627000 muertes en 2012. No obstante, la enfermedad de este tipo con mayor crecimiento en el mundo es el dengue, cuya incidencia se ha multiplicado por 30 en los últimos 50 años (10).

En Colombia la malaria es endémica sobre todo en la costa pacífica, el Urabá, el bajo Cauca, el sur de Córdoba, el sur de Bolívar, la orinoquia y la Amazonía. En los tres últimos años, el país notificó cerca de 60000 casos, 450 pacientes graves y 15

muerres por esta causa; en la última década se logró una reducción importante en el número de casos.

Colombia ha experimentado una transición demográfica, económica y social importante desde mediados del siglo XX, lo que se ve reflejado en los cambios del perfil epidemiológico de la población. Las tasas brutas de mortalidad muestran una reducción sostenida en el país durante los últimos cuatro años censales (1973, 1985, 1993 y 2005) pasando de 7,1 muertes por 100 000 habitantes en 1973 a 4,4 muertes por 100 000 habitantes en 2005, cifras que hasta ese año registran reducción de la mortalidad general. Durante los años 2008 y 2009 la reducción fue de un 1,6%, sin embargo en el año 2010 ocurrieron ocho muertes más por cada 100 000 habitantes que en el año anterior (11).

El número de muertes y su distribución porcentual por sexo y grupos de edad en los años 1973, 1985, 1993, 2005 y 2013 registran un comportamiento similar entre hombres y mujeres (7, 8). En el 2013 el comportamiento de la mortalidad por edad y sexo muestra que en los hombres el 0,2% del total de las muertes ocurren en los menores de cinco años, mientras que en los escolares hasta los 14 años la mortalidad es baja. Posteriormente hay un incremento progresivo en la mortalidad por grupo de edad, siendo más alta entre los adultos de 80 a 84 años. La tasa de mortalidad más baja es la de la población de 10 a 14 años (12).

En la región orinoquia en el año 2011, la razón de mortalidad materna x 100 000 nacidos vivos en Arauca fue de 90,0 y en Meta del 94,6. La razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía x 1 000 nacidos vivos en el Meta fue de 9,3, en Vichada de 7,7, en Arauca de 3,6 y en Casanare de 2,4. La Tasa de mortalidad por EDA x 100 000 menores de cinco años en Vichada fue de 31,8, en Meta 11,1, en Arauca 6,0 y en Casanare 2,8. La tasa de mortalidad por IRA x 100 000 menores de cinco años en Meta fue de 31 x 100 000 encontrándose entre las más altas del país, en Arauca fue de 9,0 x 100 000 y en Casanare fue de 8,4 x 100 000 (13).

En relación con la atención de la morbilidad, la prevalencia de Enfermedad renal para el año 2012 en Casanare 36,6 y Vichada 14,4 fué más baja que la nacional, en Arauca 32,1, en Meta 36,4. El porcentaje de bajo peso al nacer en Meta fue de 6,9. Arauca de 5,7 Casanare de 3,9 y Vichada de 4,8. Las tasas de violencia contra la mujer en Casanare 1390,3 y Arauca 841,3 fueron más altas que la nacional. Meta 1 006,6 y Vichada con 353,0 (13).

Los eventos con vigilancia de mortalidad por el Sivigila son mortalidad perinatal y neonatal tardía, mortalidad materna, mortalidad asociada a desnutrición, mortalidad por EDA en menores de cinco años, mortalidad por dengue, mortalidad por malaria, mortalidad por VIH/ Sida y mortalidad por IRA en menores de cinco años (12).

Los eventos con vigilancia de morbilidad por el Sivigila son accidente ofídico, bajo peso al nacer a término, cáncer infantil, ceguera por tracoma, enfermedad de Chagas, cólera, Creutzfeld, defectos congénitos, difteria, enfermedades transmitidas por alimentos, ESAVI, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, hepatitis A, hepatitis B, C y Delta, intoxicaciones, leishmaniasis, lepra, leptospirosis, lesiones por artefactos explosivos, leucemias, malaria, meningitis, morbilidad materna extrema, oncocercosis, parálisis flácida aguda, parotiditis, rabia, rotavirus, sarampión, rubeola, sífilis gestacional y congénita, Síndrome de rubeola congénita, tétanos accidental, tétanos neonatal, tos ferina, tuberculosis, tuberculosis- resistente, varicela y violencia de género (12).

Estos eventos pueden causar la muerte por lo cual las instituciones de salud deben identificarlos, notificarlos, hacer un análisis y tomar los correctivos necesarios para que no vuelvan a presentarse.

Los objetivos específicos del estudio fueron realizar la correspondencia entre las muertes notificadas en el sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) del Instituto Nacional de Salud y el Sivigila del territorio con el módulo de defunciones del RUAF entregado por cada departamento, verificar el diagnóstico de muerte en cada caso registrado, identificar las características

clínicas y de atención de los casos, establecer las demoras en cada caso e identificar el riesgo de muerte por territorio.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo.

Población en estudio

La población en estudio fueron los casos de muerte por eventos de interés de Salud Pública con vigilancia de mortalidad, registradas en las entidades territoriales de la región orinoquia, notificados o no al Sivigila del Instituto Nacional de Salud en el año 2013.

Variables y su nivel de medición

Se crearon dos categorías de variables, unas generales para todos los casos y unas específicas para cada evento de interés en salud pública.

Como variables nominales están código del evento, departamento de ocurrencia, departamento de procedencia, departamento de residencia, municipio de ocurrencia, municipio de procedencia, municipio de residencia, área de ocurrencia del caso, cumple con definición de caso, tiene certificado de defunción, copia de la historia clínica, tiene visita de campo, tiene unidad de análisis, sexo del fallecido, escolaridad del fallecido, ocupación del fallecido, pertenencia étnica del fallecido, grupo poblacional del fallecido, estado civil de fallecido, régimen de afiliación en salud del fallecido, reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente, reconocimiento del problema con prontitud por parte de los familiares, reconocimiento de los signos y síntomas de peligro, conocimiento de derechos y deberes en salud, automedicación para la enfermedad, presencia de inconvenientes familiares, culturales y económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica, experiencias negativas en los servicios de salud que demoran la decisión de solicitar atención, inaccesibilidad geográfica, por orden

público, falta de estructura vial o de comunicaciones, falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio, remisión oportuna, programas de prevención de la enfermedad eficientes, adecuado diagnóstico, subestimación de la gravedad del paciente, solicitud de paraclínicos para diagnóstico, demoras en iniciar el tratamiento específico, dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos, cese injustificado del tratamiento, verificación de tolerancia a medicamentos e intervenciones, identificación y tratamiento de enfermedades asociadas, déficit de medicamentos, déficit de hemoderivados, atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad y adecuado diligenciamiento de la historia clínica.

Las variables de razón fueron edad del fallecido, número de muertes por evento, número de muertes por entidad territorial.

Plan de recolección de los datos

La recolección de datos se hizo a partir de las bases de datos obtenidas del Sivigila, identificando los casos de mortalidad por eventos de interés en salud pública en cada departamento y municipio. Adicionalmente se utilizó la información contenida en otras fuentes de información como:

Historias clínicas.

Información del módulo de defunciones del RUAF.

Datos de laboratorio en caso de ser pertinente.

Informes de investigación epidemiológica de campo.

Autopsias verbales en caso de ser pertinente.

Estudios de anatomía patológica (necropsias clínicas o médico legales)

Unidades de análisis.

Se construyó un registro de datos en el programa Microsoft Excel ® 2007, en la cual se incluyeron las dos categorías de variables.

Se realizó la correspondencia entre las muertes notificadas en Sivigila del INS con las registradas en el módulo de defunciones del RUAF, se identificaron las muertes por eventos de interés en Salud Pública en el módulo no registradas en el Sivigila; de estas muertes se solicitaron y se revisaron las historias clínicas para verificar el cumplimiento de las definiciones de caso; las que cumplieron con la definición de caso se registraron e incluyeron como muertes por estos eventos, al sumar las muertes notificadas al Sivigila con las registradas en el módulo de defunciones del RUAF no notificadas confirmadas por historia clínica como muertes por eventos de interés en salud pública se obtuvo el número total de muertes registradas de cada entidad territorial.

Plan de análisis

Los datos obtenidos fueron organizados en distribuciones de frecuencia que se presentan en tablas; a las variables numéricas se les calcula medidas de tendencia central y dispersión necesarias. Los resultados principales se midieron como proporción de correspondencia y como incidencia.

Aspectos Éticos

Se realizó una investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Resultados

Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad

La correspondencia entre muertes notificadas al Sivigila de las entidades territoriales por ocurrencia con las muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF en eventos con vigilancia de mortalidad con mayor proporción se registró Arauca (ver tabla 1).

Tabla N° 1. Muertes notificadas en Sivigila registradas en el módulo de defunciones del RUAF de eventos con vigilancia de mortalidad de las entidades territoriales por ocurrencia, región orinoquia a semana 52, 2014.

Entidad territorial	Muertes Sivigila	Muertes registradas en RUAF	Correspondencia	Muertes Sivigila no registradas en RUAF	
				N°	Subregistro
Arauca	57	57	100%	0	0
Casanare	60	38	63,3%	22	36,7 %
Meta	347	340	97,9%	7	2,1 %
Vichada	28	22	78,6%	8	28,6 %
Total regional	492	455	92,5%	37	7,5 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial y módulo de defunciones del RUAF, región orinoquia, 2014

En la orinoquia, la entidad territorial que presentó mayor proporción de muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF por eventos con vigilancia de mortalidad no notificadas en el Sivigila fue Vichada (ver tabla 2).

Tabla N° 2. Muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF no notificadas en Sivigila de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia, 2014.

Entidad territorial	Muertes Sivigila	Muertes en RUAF no notificadas en Sivigila		Total de muertes entidad territorial	Subregistro Sivigila
		N° inicial	Confirmadas por HC.		
Arauca	57	16	3	60	5,0 %
Casanare	60	10	5	65	7,7 %
Meta	347	15	15	362	4,1 %
Vichada	28	12	3	31	9,7 %
Total regional	492	53	26	518	5,0 %

Fuente: módulo de defunciones del RUAF, entidad territorial, región orinoquia, 2014.

Toda muerte sospechosa o probable de un evento prioritario en salud pública que ingresa al Sivigila requiere la investigación epidemiológica de campo y la revisión de la historia clínica que son la base fundamental para hacer la unidad de análisis; la entidad territorial que registró el mayor cumplimiento obteniendo las historias clínicas y realizando las unidades de análisis fué Vichada. El mayor cumplimiento en visitas epidemiológicas de campo fue en Casanare; el menor cumplimiento obteniendo la unidad de análisis y las visitas de campo fue Meta (ver tabla 3).

Tabla N° 3. Fuentes de información de las muertes de eventos con vigilancia de mortalidad notificadas en Sivigila de las entidades territoriales, región orinoquia, 2014.

Entidad territorial	Muertes Sivigila	Número de historias clínicas	Porcentaje de historias clínicas	Número de visitas de campo	Porcentaje visitas de campo	Número de unidades de análisis	Porcentaje unidades de análisis
Arauca	57	48	70,2 %	45	66,7 %	46	68,4 %
Casanare	60	50	83,3 %	46	76,6 %	52	86,6 %
Meta	347	326	94,0 %	60	17,3 %	115	33,1 %
Vichada	28	28	100 %	15	53,6 %	30	100 %
Total regional	492	397	80,7 %	166	33,7 %	243	49,4 %

Fuente: Secretaría de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

* El análisis por ser retrospectivo se realizó sobre los eventos notificados por el Sivigila.

En la orinoquia, la correspondencia entre muertes notificadas al Sivigila de la entidad territorial por ocurrencia con las muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF en eventos con vigilancia de mortalidad con menor proporción se encontró en Casanare (ver tabla 4).

Tabla N° 4. Muertes notificadas en Sivigila por ocurrencia registradas en el módulo de defunciones del RUAF de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia a semana 52, 2014

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muertes perinatales y neonatales tardías	41	100	48	64,6	253	97,6	15	9
Muertes por IRA en menores de cinco años	4	100	1	100	16	100	5	100
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	5	100	2	50,0	12	100	4	100
Muertes maternas	2	100	4	50,0	14	100	3	100
Muertes por malaria	0	0	0	0	4	100	0	0
Muertes por VIH/sida	3	100	3	66,6	28	96,4%	0	0
Muertes por EDA en menores de cinco años	2	100	0	0	7	100	1	100
Muertes por Dengue	0	0	2	50,0	13	100	0	0
Total entidad territorial	57	100	60	63,3	347	98,0	28	78,6

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, módulo de defunciones RUAF, región orinoquia, 2014

La entidad territorial que registró la mayor razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía y razón de mortalidad materna fue Vichada (ver tabla 5).

Tabla N° 5. Indicadores de mortalidad notificados en Sivigila, región orinoquia por residencia a semana 52, 2014

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Muertes perinatales y neonatales tardías Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	45	11,3	67	9,5	234	14,9	30	28,4
Muertes por IRA en menores de cinco años Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años	3	9,0	2	5,5	13	13,9	7	70,8
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos	3	0,7	4	0,5	5	0,3	10	9,4
Muertes maternas Razón de mortalidad por 100 000 nacidos vivos	2	50,6	4	57,2	7	44,7	6	568,1
Muertes por malaria Tasa de mortalidad por 1 000 habitantes	0	0	0	0	0	0	1	0,01
Muertes por VIH/sida Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	6	2,3	6	1,7	29	3,0	0	0
Muertes por Enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años	0	0	0	0	6	6,4	1	10,1
Muertes por dengue Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	0	0	2	0,5	11	1,1	0	0
Total muertes entidad territorial	60		85		305		55	

Fuente: Sivigila entidad territorial, proyecciones de población DANE, región orinoquia, 2014

*Tasa de mortalidad x 1 000 o 100 000 de acuerdo con los indicadores 2 000

El evento de mortalidad por IRA en menores de cinco años presentó mayor proporción de muertes registradas en el módulo de defunciones de RUAF en eventos con vigilancia de mortalidad no notificadas en el Sivigila que cumplieron con definición de caso, confirmadas por historia clínica (ver tabla 6).

Tabla N° 6. Muertes registradas en el módulo de defunciones de RUAF no notificadas en Sivigila de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muertes perinatales y neonatales tardías	0	0	0	0	10	3,8	2	11,8
Muertes por IRA en menores de cinco años	0	0	1	50,0	2	50,0	0	0
Muertes maternas	0	0	0	0	0	0	1	0
Muertes por malaria	0	0	0	0	0	0	0	0
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	1	16,6	1	33,3	0	0	0	0
Muertes por VIH/sida	2	40,0	3	50,0	2	6,6	0	0
Muertes por EDA en menores de cinco años	0	0	0	0	0	0	0	0
Muertes por dengue	0	0	0	0	1	7,1	0	0
Total entidad territorial	3	5,0	5	7,7	15	4,1	3	9,7

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, módulo defunciones RUAF, región orinoquia, 2014

En la orinoquia el evento de mortalidad por IRA en menores de cinco años registro la tasa más alta de mortalidad (ver tabla 7).

Tabla N° 7. Indicadores de mortalidad registrados en el módulo defunciones del RUAF no notificados en Sivigila, región orinoquia a semana 52, 2014

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Muertes perinatales y neonatales tardías Razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos	0	0	0	0	10	9,4	2	1,8
Muertes por IRA en menores de cinco años Tasa de mortalidad por 100 000 menores de cinco años	0	0	1	2,8	2	2,1	0	0
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos	1	0,3	1	0,02	0	0	0	0
Muerte materna Razón de mortalidad por 100 000 nacidos vivos	0	0	0	0	0	0	1	94,6
Muertes por VIH/sida Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	2	0,4	3	0,9	2	0,2	0	0
Muerte por dengue Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Total entidad territorial	3		5		15		3	

Fuente: Sivigila entidad territorial, proyecciones de población DANE, región orinoquia, 2014

*Tasa de mortalidad x 1 000 o 100 000 de acuerdo con los indicadores 2 000

El análisis del cumplimiento de los procedimientos de vigilancia necesario para hacer las unidades de análisis de las muertes se presenta para los eventos registrados en Sivigila.

En la orinoquia la entidad territorial que presento el mayor cumplimiento de obtención de historias clínicas fue el departamento de Vichada (ver tabla 8).

Tabla N° 8. Historias clínicas encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muertes perinatales y neonatales tardías	41	73,2	48	81,3	253	100%	15	100
Muertes por IRA en menores de cinco años	4	75,0	1	100	16	87,5	5	100
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	5	60,0	2	100	12	41,6	4	100
Muertes maternas	2	100	4	100	14	50	3	100
Muertes por malaria	0	0	0	0	4	0	0	0
Muertes por VIH/sida	3	33,3	3	66,6	28	100	0	0
Muertes por EDA en menores de cinco años	0	0	0	0	7	100	1	100
Muertes por Dengue	0	0	2	100	13	92,3	0	0
Total entidad territorial	57	70,2	60	83,3	347	94,0	28	100

Fuente: Secretaria de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

En la orinoquia la entidad territorial que presento el mayor cumplimiento en visitas de campo fue el departamento de casanare (ver tabla 9).

Tabla N° 9. Visitas epidemiológicas de campo encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muertes perinatales y neonatales tardías	41	70,7	48	75,0	253	10,7	15	60
Muertes por IRA en menores de cinco años	4	75,1	1	100	16	56,3	5	60
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	5	60,0	2	100	12	33,3	4	0
Muertes maternas	2	50,0	4	100	14	50,0	3	100
Muertes por malaria	0	0	0	0	4	0	0	0
Muertes por VIH/sida	3	33,3	3	33,3	28	0	0	0
Muertes por EDA en menores de cinco años	0	0	0	0	7	85,7	1	0
Muertes por Dengue	0	0	2	100	13	53,8	0	0
Total entidad territorial	57	66,7	60	76,6	347	17,3	28	53,6

Fuente: Secretaria de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

La entidad territorial que presentó el mayor cumplimiento en unidades de análisis fue el departamento de Arauca (ver tabla 10).

Tabla N° 10. Unidades de análisis encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de mortalidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muertes perinatales y neonatales tardías	41	73,2	48	83,3	253	29,6	15	100
Muertes por IRA en menores de cinco años	4	75,0	1	100	16	68,8	5	80
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	5	60,0	2	100	12	41,7	4	100
Muertes maternas	2	50,0	4	100	14	50,0	3	100
Muertes por malaria	0	0,0	0	0,0	4	0,0	0	0,0
Muertes por VIH/sida	3	33,3	3	100	28	0,0	0	0,0
Muertes por EDA en menores de cinco años	0	0,0	0	0,0	7	85,8	1	100
Muertes por Dengue	0	0,0	2	100	13	84,7	0	0,0
Total entidad territorial	57	68,4	60	86,6	347	33,1	28	96,4

Fuente: Secretaría de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

El análisis de las características demográficas y sociales se realizó a las muertes registradas en Sivigila y a las confirmadas como subregistro en el módulo de defunciones del RUAF de cada entidad territorial.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con residencia en el área urbana en Arauca y Casanare (ver tabla 11).

Tabla N° 11. Área de residencia de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Área de residencia					
	Arauca			Casanare		
	Urbana	Rural	Rural disperso	Urbana	Rural	Rural disperso
Muertes perinatales y neonatales tardías	53,4 %	6,6 %	40 %	62,5 %	16,4 %	20,9 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	66,6 %	0 %	33,4 %	100 %	0 %	0 %
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años en menores de cinco años	33,4 %	0 %	66,6 %	25,0 %	0 %	75,0 %
Muertes maternas	100 %	0 %	0 %	75,0 %	25,0 %	0 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	83,4 %	0 %	16,6 %	83,4 %	0 %	16,6 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por dengue	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %

Fuente: SIVIGILA entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con residencia en el área urbana en Meta (ver tabla 12).

Tabla N° 12. Características demográficas y sociales de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Área de residencia					
	Meta			Vichada		
	Urbana	Rural	Rural disperso	Urbana	Rural	Rural disperso
Muertes perinatales y neonatales tardías	75,3 %	6,6 %	18,1 %	46,7 %	16,6 %	36,7 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	56,2 %	0 %	43,8 %	42,9 %	14,2 %	42,9 %
Muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años	20,0 %	20,0 %	60,0 %	20 %	50,0 %	30 %
Muertes maternas	100 %	0 %	0 %	50,0 %	16,7 %	33,3 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Muertes por VIH/sida	80,7 %	6,4 %	12,9 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cuatro años	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0 %	0 %	100 %
Muertes por dengue	83,3 %	0 %	17,7 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con afiliación al régimen subsidiado en Arauca y Casanare (ver tabla 13).

Tabla N° 13. Regimen de afiliación de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Afiliación al SGSSS									
	Arauca					Casanare				
	S*	C*	N*	E*	P*	S*	C*	N*	E*	P*
Muertes perinatales y neonatales tardías	86,7 %	8,9 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	74,6 %	22,4 %	3,0 %	0 %	0 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes asociadas a desnutrición	66,6 %	0 %	33,4 %	0 %	0 %	75,0 %	25,0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes maternas	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	75,0 %	25,0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50,0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por dengue	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

*S: subsidiado, C: contributivo, *N: pobres no vinculados al Sistema, *E: especial, *P: excepción.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con afiliación al régimen subsidiado en Meta y Vichada; no fueron registradas, muertes por malaria en Meta (ver tabla 14).

Tabla N° 14. Regimen de afiliación de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Afiliación al SGSSS					
	Meta			Vichada		
	S*	C*	N*	S*	C*	N*
Muertes perinatales y neonatales tardías	55,1 %	33,3 %	9,5 %	63,3 %	10 %	26,7 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	68,7 %	6,3 %	25,0 %	14,3 %	28,6 %	57,1 %
Muertes asociadas a desnutrición	100 %	0 %	0 %	70 %	0 %	42,9 %
Muertes maternas	57,1 %	28,6 %	14,3 %	83,3 %	0 %	16,7 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	61,3 %	22,6 %	12,9 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	83,3 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes por dengue	58,3 %	33,3 %	8,3 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

*S: subsidiado, C: contributivo, N: pobres no vinculados al Sistema.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se registró en la pertenencia étnica "otros"; en la pertenencia étnica indígena la mayor proporción de casos se registró en el evento de mortalidad por desnutrición (ver tabla 15).

Tabla N° 15. Pertenencia étnica de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Pertenencia étnica					
	Arauca			Casanare		
	Indígena	Afro	Otro	Indígena	Afro	Otro
Muertes perinatales y neonatales tardías	15,5 %	2,2 %	82,3 %	0 %	0 %	100 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	33,4 %	0 %	66,6 %	0 %	0 %	100 %
Muertes asociadas a desnutrición	66,6 %	0 %	33,4 %	75,0 %	0 %	25,0 %
Muertes maternas	0 %	0 %	50,0 %	25,0 %	0 %	75,0 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	0 %	16,7 %	83,3 %	0 %	0 %	100 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muerte por dengue	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta fue en pertenencia étnica “otros” y en Vichada en pertenencia étnica indígena; se registró en mayor proporción muertes en pacientes con pertenencia étnica indígena en evento de muertes por asociada a desnutrición (ver tabla 16).

Tabla N° 16. Pertenencia étnica de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2013.

Evento	Pertenencia étnica					
	Meta			Vichada		
	Indígena	Afro	Otro	Indígena	Afro	Otro
Muertes perinatales y neonatales tardías	6,6 %	0,8 %	92,6 %	76,7 %	0 %	23,3 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	37,5 %	0 %	62,5 %	71,4 %	0 %	28,6 %
Muertes asociadas a desnutrición	80,0 %	0 %	20 %	100 %	0 %	0 %
Muertes maternas	0 %	0 %	100 %	66,7 %	0 %	33,3 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Muertes por VIH/sida	0 %	3,2 %	96,8 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0 %	0 %	50,0 %	100 %	0 %	0 %
Muerte por dengue	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes maternas y muertes perinatales y neonatales tardías se registró en mujeres en edades de 20 a 34 años en el departamento de Arauca y Casanare (ver tabla 17).

Tabla N° 17. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Edad							
	Arauca				Casanare			
	10 - 14	15-19	20 - 34	>35	10 -14	15-19	20 - 34	>35
Muertes perinatales y neonatales tardías	2,2 %	31,1 %	48,9 %	17,8 %	0 %	22,4 %	68,7 %	8,9 %
Muertes maternas	0,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0 %	25,0 %	50,0 %	25,0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes perinatales de Meta y Vichada se registró en hijos de madres con edades entre 15 y 19 años; la mayor proporción de muertes maternas se registró en Vichada en madres con edades entre 20 a 34 años (ver tabla 18).

Tabla N° 18. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2013.

Evento	Edad							
	Meta				Vichada			
	10 - 14	15-19	20-34	35 y más	10 - 14	15-19	20 - 34	35 y mas
Muertes perinatales y neonatales tardías	1,6 %	20,6 %	0 %	10,7 %	6,7 %	23,3 %	53,3 %	16,7 %
Muertes maternas	0 %	14,3 %	0 %	14,3 %	0 %	16,7 %	50,0 %	33,3 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, Región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por IRA y asociadas a desnutrición en menores de cinco años se registró en menores de un año en Arauca (ver tabla 19).

Tabla N° 19. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca				Casanare			
	Edad		Sexo		Edad		Sexo	
	<1	1-4	F	M	<1	1-4	F	M
Muertes por IRA en menores de cinco años	66,6 %	33,4 %	33,4 %	66,6 %	50,0 %	50,0 %	100 %	0 %
Muertes asociadas a desnutrición	66,6 %	33,4 %	66,6 %	33,4 %	50,0 %	50,0 %	75,0 %	25,0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por EDA, IRA y asociadas a desnutrición se registró en menores de un año en Meta y Vichada (ver tabla 20).

Tabla N° 20. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Meta				Vichada			
	Edad		Sexo		Edad		Sexo	
	<1	1-4	F	M	<1	1-4	F	M
Muertes por IRA en menores de cinco años	75,3 %	25,0 %	56,2 %	43,8 %	14,3 %	85,7 %	42,3 %	57,1 %
Muertes asociadas a desnutrición	60,0 %	40,0 %	20,0 %	80,0 %	85,7 %	57,1 %	50,0 %	50,0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	66,7 %	33,3 %	50,0 %	50,0 %	100 %	0 %	0 %	100 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2013.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por VIH/sida se registró en pacientes de 15 a 44 años de edad en Arauca y Casanare (ver tabla 21).

Tabla N° 21. Edad de casos de muertes por malaria y VIH/sida con vigilancia de mortalidad en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca						Casanare					
	Edad				Sexo		Edad				Sexo	
	1 – 4	15-44	45-64	65 y mas	F	M	1 – 4	15-44	45 - 64	65 y mas	F	M
Mortalidad por Malaria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Mortalidad por VIH/sida	0%	50,0%	16,7%	33,3%	16,7%	83,3%	0%	66,6%	33,4%	0%	33,3%	66,7%
Muertes por dengue	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50,0%	50,0%	0%	0%	50,0%	50,0%

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2013.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por VIH/sida se presentó en pacientes con edades entre 15 y 44 años en Meta (ver tabla 22).

Tabla N° 22. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Meta					Vichada				
	Edad			Sexo		Edad			Sexo	
	1 – 4	15-44	45-64	F	M	1 - 4	15-44	45-78	F	M
Mortalidad por Malaria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%
Mortalidad por VIH/sida	0%	70,9%	22,3%	12,9%	87,1%	0%	0%	0%	0%	0%
Mortalidad por dengue	25,0%	8,3%	25,0%	33,3%	66,7%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

El análisis de las cuatro demoras se realizó a las muertes registradas en SIVIGILA y a las confirmadas como subregistro en el módulo de defunciones del RUAF de cada entidad territorial.

La demora uno se registró en mayor proporción debido al desconocimiento en derechos y deberes en salud en Casanare y al no reconocimiento de signos y síntomas de peligro en Arauca (ver tabla 23).

Tabla N° 23. Demoras relacionadas con el reconocimiento del problema por parte de los pacientes en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	No reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente o familiares		No reconocimiento de signos y síntomas de peligro		Desconocimiento de derechos y deberes en salud		Automedicación para la enfermedad	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	61,0%	40,3%	61,0%	38,8%	58,5%	40,3%	0%	1,5%
Muertes por IRA en menores de cinco años	25,0%	100%	25,0%	100%	25,0%	100%	0%	50,0%
Muertes asociadas a desnutrición	20,0%	100%	60,0%	100%	60,0%	100%	0%	0%
Muertes maternas	0%	75,0%	0%	100%	0%	100%	0%	25,0%
Muertes por malaria	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes por VIH/sida	0%	50,0%	0%	50,0%	0%	50,0%	0%	16,6%
Muertes por EDA en menores de cinco años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muerte por Dengue	0%	0%	0%	50,0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2014.

La demora uno se presentó en mayor proporción debido al no reconocimiento del problema con prontitud por parte de los pacientes o familiares en Meta y Vichada (ver tabla 24).

Tabla N° 24. Demoras relacionadas con el reconocimiento del problema por parte de los pacientes en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	No reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente o familiares		No reconocimiento de signos y síntomas de peligro		Desconocimiento de derechos y deberes en salud		Automedicación para la enfermedad	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	6,2 %	94 %	54,3 %	94 %	37,4 %	94 %	0 %	21 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	31,3 %	71 %	31,3 %	71 %	31,3 %	71 %	0 %	29 %
Muertes asociadas a desnutrición	60,0 %	100 %	60,0 %	100 %	80,0 %	100 %	0 %	11 %
Muertes maternas	28,6 %	71 %	85,7 %	71 %	57,1 %	71 %	0 %	43 %
Muertes por malaria	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	78,1 %	0 %	28,1 %	0 %	21,9 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0 %	100 %	50,0 %	100 %	50,0 %	100 %	0 %	0 %
Muerte por Dengue	58,3 %	0 %	58,3 %	0 %	66,7 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2014.

La variable de automedicación no se tuvo en cuenta para el análisis de esta demora ya que según los registros ningún paciente se automedicó.

La demora dos se presentó en mayor proporción por inconvenientes culturales en Arauca y Casanare los pacientes se hacen tratamientos según sus creencias y cuando no hubo mejoría acudieron a los servicios de salud en Arauca y Casanare (ver tabla 25).

Tabla N° 25. Demoras relacionadas con la decisión oportuna de acudir al servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Presencia de inconvenientes para tomar la decisión oportuna de solicitar atención					
	Familiares		Culturales		Económicos	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	17,10 %	22,40 %	12,20 %	5,90 %	14,60 %	8,30 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	0 %	50,00 %	25,00 %	50,00 %	0 %	50,00 %
Muertes asociadas a desnutrición	40,00 %	50,00 %	60,00 %	75,00 %	40,00 %	50,00 %
Muertes maternas	0 %	25,00 %	0 %	50,00 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	0 %	16,60 %	0 %	33,30 %	0 %	16,60 %
Muertes por Enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años	50,00 %	0 %	100 %	0 %	50,00 %	0 %
Muertes por Dengue	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2013.

La demora dos se presentó en mayor proporción por inconvenientes Culturales en Vichada y Meta, el evento de muertes asociada a desnutrición fue el que registro en mayor proporción esta demora (ver tabla 26).

Tabla N° 26. Demoras relacionadas con la decisión oportuna de acudir al servicio de salud en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Presencia de inconvenientes para tomar la decisión oportuna de solicitar atención					
	Familiares		Culturales		Económicos	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	12,8 %	76 %	6,2 %	76 %	14,4 %	44 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	31,3 %	86 %	25,0 %	86 %	18,8 %	29 %
Muertes asociadas a desnutrición	40,0 %	100 %	80,0 %	100 %	80,0 %	33 %
Muertes maternas	0 %	43 %	0 %	57 %	0 %	14 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	65,6 %	0 %	49,6 %	0 %	18,8 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0 %	100 %	50,0 %	100 %	0 %	100 %
Muertes por Dengue	33,3 %	0 %	25,0 %	0 %	25,0 %	0 %

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2013.

En Arauca y Casanare la demora tres se registró en mayor proporción por inaccesibilidad geográfica en Arauca y remisión no oportuna en el departamento de Casanare (ver tabla 27).

Tabla N° 27. Demoras relacionadas con las barreras de acceso para acudir al servicio y diferentes niveles de atención en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Inaccesibilidad geográfica		Factores económicos que dificultan el traslado		Remisión no oportuna		Inaccesibilidad por orden público	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	14,6 %	1,5 %	4,8 %	7,5 %	14,6 %	38,8 %	2,4 %	1,5 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes asociadas a desnutrición	20,0 %	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por VIH / SIDA	0 %	16,6 %	0 %	0 %	0 %	50,0 %	0 %	16,6 %
Muertes maternas	0 %	25,0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por dengue	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2014.

La demora tres se registró en mayor proporción por remisión no oportuna en Meta y por inaccesibilidad geográfica en Vichada (ver tabla 28).

Tabla N° 28. Demoras relacionadas con las barreras de acceso para acudir al servicio y diferentes niveles de atención, Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Inaccesibilidad geográfica		Factores económicos que dificultan el traslado		Remisión no oportuna		Falta de estructura de comunicaciones		Falta de estructura vial	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	6,2%	53,0%	0%	0%	37,9%	6%	0%	0%	0%	0%
Muertes por IRA en menores de cinco años	18,8%	43,0%	18,8%	0%	31,3%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes asociadas a desnutrición	80,0%	56,0%	40,0%	11%	80,0%	33%	0%	67%	0%	43%
Muertes maternas	0%	57,0%	0%	14%	57,1%	29%	0%	29%	0%	57%
Muertes por malaria	0%	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	0%	100%
Muertes por VIH/sida	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0%	100%	16,7%	0%	66,7%	0%	0%	100%	0%	100%
Muertes por dengue	0%	0%	0%	0%	41,7%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 20140

La demora cuatro se registró en mayor proporción por programas de prevención de la enfermedad no eficientes en Arauca y Casanare (ver tabla 29).

Tabla N° 29. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Programas de prevención de la enfermedad no eficientes		No solicitud de paraclínicos para diagnóstico		Diagnóstico no adecuado	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	44,0%	41,8%	4,9%	19,4%	14,6%	15,0%
Muertes por IRA en menores de cinco años	25,0%	0%	25,0%	0%	0%	0%
Muertes asociadas a desnutrición	7,3%	100%	0%	0%	2,4%	0%
Muertes maternas	0%	100%	0%	25,0%	0%	25,0%
Muerte malaria	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes por VIH/sida	0%	16,6%	0%	16,6%	0%	16,6%
Muertes por EDA en menores de cinco años	100%	0%	0%	0%	50,0%	0%
Muertes por dengue	0%	100%	0%	100%	0%	100%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se registró en mayor proporción por programas de prevención de la enfermedad no eficientes en Meta y Vichada (ver tabla 30).

Tabla N° 30. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Programas de prevención de la enfermedad no eficientes		No solicitud de paraclínicos para diagnóstico		Diagnóstico no adecuado	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	83,5%	97,0%	8,2%	15,0%	29,6%	0%
Muertes por IRA en menores de cinco años	62,5%	71,0%	0%	29,0%	12,5%	0%
Muertes asociadas a desnutrición	100%	100%	20,0%	0%	60,0%	0%
Muertes maternas	100%	86,0%	0%	14,0%	57,1%	0%
Muertes por malaria	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Muertes por VIH/sida	65,6%	0%	46,9%	0%	28,1%	0%
Muertes por EDA en menores de cinco años	66,7%	100%	66,7%	0%	33,3%	0%
Muertes por dengue	58,3%	0%	16,7%	0%	50,0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por demora en iniciar el tratamiento oportuno en Arauca y Casanare (ver tabla 31).

Tabla N° 31. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Arauca, y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Demoras en iniciar el tratamiento específico		Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos		Subestimación de la gravedad del paciente	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	2,4%	28,2%	2,4%	7,1%	22,0%	21,2%
Muertes por IRA en menores de cinco años	0%	50,0%	0%	0%	25,0%	50,0%
Muertes asociadas a desnutrición	20,0%	50,0%	0%	0%	20,0%	50,0%
Muertes maternas	50,0%	50,0%	0%	25,0%	0%	25,0%
Muertes por VIH / SIDA	0%	33,3%	0%	0%	0%	33,3%
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes por dengue	0%	100%	0%	0%	0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se registró en mayor proporción por demoras en iniciar el tratamiento específico en Meta y Vichada (ver tabla 32).

Tabla N° 32. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Demoras en iniciar el tratamiento específico		Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos		Subestimación de la gravedad del paciente	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	12,8%	3,0%	0%	3%	37,9%	3%
Muertes por IRA en menores de cinco años	25,0%	14,0%	18,8%	0%	25,0%	14%
Muertes asociadas a desnutrición	20,0%	0%	0%	0%	60,0%	22%
Muertes maternas	42,9%	0%	28,6%	0%	57,1%	0%
Muertes por malaria	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Muertes por VIH/sida	78,1%	0%	0%	0%	18,8%	0%
Muertes por EDA en menores de cinco años	50,0%	0%	16,7%	0%	50,0%	0%
Muertes por dengue	66,7%	0%	33,3%	0%	75,0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Arauca y Casanare (ver tabla 33).

Tabla N° 33. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	No identificación y tratamiento de enfermedades asociadas		Déficit hemoderivados		Atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Muertes perinatales y neonatales tardías	9,7%	3,0%	0%	0%	26,9%	37,3%
Muertes por IRA en menores de cinco años	0%	50,0%	0%	0%	25,0%	50,0%
Muertes asociadas a desnutrición	0%	25,0%	0%	0%	20,0%	0%
Muertes maternas	0%	25,0%	0%	0%	50,0%	25,0%
Muertes por VIH/sida	0%	16,6%	0%	0%	0%	16,6%
Muertes por EDA en menores de cinco años	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Muertes por Dengue	0%	0%	0%	0%	0%	100%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se registró en mayor proporción por atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Meta y Vichada (ver tabla 34).

Tabla N° 34. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	No identificación y tratamiento de enfermedades asociadas		Déficit hemoderivados		Atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad		Déficit de medicamentos	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Muertes perinatales y neonatales tardías	3,7 %	6 %	0 %	0 %	39,5 %	43 %	0 %	6 %
Muertes por IRA en menores de cinco años	12,5 %	14 %	0 %	14 %	43,8 %	43 %	0 %	14 %
Muertes asociadas a desnutrición	60,0 %	0 %	0 %	0 %	60,0 %	11 %	0 %	0 %
Muertes maternas	28,6 %	0 %	0 %	0 %	14,3 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por malaria	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por VIH/sida	15,6 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por EDA en menores de cinco años	66,7 %	0 %	0 %	0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %
Muertes por Dengue	33,3 %	0 %	0 %	0 %	25,0 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad

La correspondencia entre muertes notificadas al Sivigila de las entidades territoriales por ocurrencia con las muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF en eventos con vigilancia de morbilidad con menor proporción se registró en Meta (ver tabla 35).

Tabla N° 35. Muertes notificadas en Sivigila registradas en el módulo de defunciones del RUAF de eventos con vigilancia de morbilidad de las entidades territoriales por ocurrencia, región orinoquia a semana 52, 2014.

Entidad territorial	Muertes Sivigila	Muertes registradas en RUAF	Correspondencia	Muertes Sivigila no registradas en RUAF	
				N°	Subregistro
Arauca	15	15	100%	0	0%
Casanare	27	15	55,6%	12	44,4%
Meta	95	41	43,1%	54	56,8%
Vichada	4	4	100%	0	0%
Total regional	141	75	53,2%	66	46,8%

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial y módulo de defunciones del RUAF, región orinoquia, 2014.

La entidad territorial que presentó mayor proporción de muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF por eventos con vigilancia de morbilidad no notificadas en el Sivigila fue Arauca (ver tabla 36).

Tabla N° 36. Muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF no notificadas en Sivigila de eventos con vigilancia de morbilidad, región orinoquia, 2014.

Entidad territorial	Muertes Sivigila	Muertes registradas en módulo defunciones RUAF no notificadas en Sivigila		Total de muertes entidad territorial	Subregistro Sivigila
		N° inicial	Confirmadas por HC.		
Arauca	15	10	6	21	28,6 %
Casanare	27	14	7	34	20,6 %
Meta	95	12	12	107	11,3 %
Vichada	4	3	0	4	0 %
Total regional	141	39	25	166	15,1 %

Fuente: módulo de defunciones del RUAF, entidad regional, región orinoquia, 2014.

La entidad territorial que presentó el mayor cumplimiento en visitas de campo y realizando las unidades de análisis para los eventos con vigilancia de morbilidad en la región fue Casanare (ver tabla 37).

Tabla N° 37. Fuentes de información de las muertes de eventos con vigilancia de morbilidad notificadas en Sivigila de las entidades territoriales, región orinoquia, 2014.

Entidad Territorial	Muertes Sivigila	Número de historias clínicas	Porcentaje de historias clínicas	Número de visitas de campo	Porcentaje visitas de campo	Número de unidades de análisis	Porcentaje unidades de análisis*
Arauca	15	11	73,3	7	46,7	7	46,7
Casanare	27	20	74,1	19	70,4	18	66,6
Meta	95	37	39,0	7	7,4	41	43,2
Vichada	4	4	100	0	0	1	25,0
Total regional	141	72	51,1	33	23,4	67	47,5

Fuente: Secretaria de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

* El análisis por ser retrospectivo se realizó sobre los eventos notificados por el Sivigila.

En la región, la correspondencia entre muertes notificadas al Sivigila de la entidad territorial por ocurrencia con las muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF en eventos con vigilancia de morbilidad con menor proporción se encontró en Meta (ver tabla 38).

Tabla N° 38. Muertes notificadas en Sivigila por ocurrencia registradas en el módulo de defunciones del RUAF de eventos con vigilancia de morbilidad, región orinoquia a semana 52, 2014

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Accidente ofídico	0	0	0	0	1	100	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0	0	1	0	0	0	0	0
Anomalías congénitas	0	0	0	0	9	100	0	0
Bajo peso al nacer	0	0	1	100	1	100	1	100
Cáncer infantil	0	0	1	100	3	100	0	0
Defectos congénitos	3	100	4	100	15	0	2	100
Enfermedad de Chagas	0	0	1	100	0	0	0	0
ESI / IRAG (vigilancia centinela)	0	0	0	0	4	100	0	0
Enfermedad transmitidas por alimentos o agua (ETA)	1	100	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B y C	0	0	0	0	1	100	0	0
Hipotiroidismo congénito	0	0	0	0	1	100	0	0
Intoxicación por otras sustancias químicas	1	100	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por plaguicidas	3	100	3	0	7	71,4	0	0
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0	0	0	0	1	0	0	0
Leptospirosis	0	0	1	100	1	0	0	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvoras y minas antipersona)	1	100	1	0	0	0	0	0
Meningitis meningocócica	0	0	0	0	1	100	0	0
Meningitis por neumococo	0	0	0	0	1	100	1	100
Sífilis congénita	0	0	0	0	1	100	0	0
Tétano accidental	0	0	1	0	2	100	0	0
Tuberculosis	5	100	8	62,5	33	0	0	0
Tuberculosis extrapulmonar	0	0	1	100	1	100	0	0
Tuberculosis farmacoresistente	0	0	0	0	1	100	0	0
Tuberculosis pulmonar	1	100	0	0	6	100	0	0
Varicela individual	0	0	1	0	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0	0	3	33,3	5	60	0	0
Total muertes	15	100	27	55,6	95	43,1	4	100

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, módulo de defunciones del RUAF, región orinoquia, 2014.

La tasa de mortalidad más alta de la región se registró en el evento de defectos congénitos seguido de vigilancia de la violencia de género y tuberculosis (ver tabla 39).

Tabla N° 39. Indicadores de mortalidad de eventos con vigilancia de morbilidad, notificados en Sivigila, por residencia región orinoquia a semana 52, 2014

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	1	0,3	0	0	0	0
Anomalías congénitas Tasa de mortalidad x 1 000 nacidos vivos	0	0	1	0,1	11	0,7	0	0
Bajo peso al nacer Tasa de mortalidad x 1 000 nacidos vivos	0	0	1	0,1	1	0,1	1	0,9
Cáncer en menor de 18 años Tasa de mortalidad x 10 000 menores de 18 años	0	0	1	0,1	0	0	0	0
Cáncer infantil Tasa de mortalidad x 10 000 menores de 18 años	0	0	1	0,1	7	0,2	0	0
Defectos congénitos Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos	4	1	6	0,9	13	0,8	3	2,8
Enfermedad de Chagas Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	0	0	3	0,9	0	0	0	0
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA) Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Fiebre amarilla Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes área rural	0	0	0	0	1	0,4	0	0
Hepatitis B,C y coinfección hepatitis B y delta Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Hipotiroidismo congénito Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela) Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	4	0,4	0	0
Intoxicación por otras sustancias químicas Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por plaguicidas Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	3	1,2	3	0,9	7	0,7	0	0
Intoxicación por sustancias psicoactivas Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Leptospirosis Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	1	0,3	2	0,2	0	0
Lesiones por artefactos explosivos Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	1	0,4	1	0,3	0	0	0	0
Meningitis Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Meningitis meningocócica Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Meningitis por neumococo Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	1	1,4
Tétano accidental Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	1	0,3	1	0,1	0	0
Tuberculosis Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes	6	2,3	7	2,0	31	3,3	1	1,4

Tuberculosis extrapulmonar Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	2	0,6	1	0,1	0	0
Tuberculosis farmacoresistente Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	0	0	1	0,1	0	0
Tuberculosis pulmonar Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	2	0,7	0	0	7	0,7	0	0
Varicela individual Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	1	0,3	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género Tasa de mortalidad x 100 000 habitantes	0	0	4	1,1	1	0,1	2	2,8
Total entidad territorial	19		34		93		8	

Fuente: Sivigila entidad territorial, proyecciones de población DANE, región Orinoquía, 2014.

Tasa de mortalidad x 1 000 o 100 000 de acuerdo con los indicadores 2 012

El departamento con mayor proporción de muertes registradas en el módulo de defunciones del RUAF de eventos con vigilancia de morbilidad no notificadas en el Sivigila que cumplieron con definición de caso, confirmadas por historia clínica (subregistro) fue Meta (ver tabla 40).

Tabla N° 40. Muertes registradas en RUAF-ND no notificadas en Sivigila de eventos con vigilancia de morbilidad, región Orinoquía, 2014.

Eventos registrados en módulo defunciones	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
RUAF no notificados al Sivigila	N	%	N	%	N	%	N	%
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1	100	0	0	0	0	0	0
Anomalías congénitas	0	0	0	0	12	48,0	0	0
Defectos congénitos	0	0	3	42,9	0	0	0	0
Enfermedad de Chagas	2	100	3	75,0	0	0	0	0
Tuberculosis	2	28,6	1	11,1	0	0	0	0
Sífilis congénita	1	100	0	0	0	0	0	0
Total entidad territorial	6	28,6	7	20,6	12	48,0	0	0

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, módulo defunciones de RUAF, región orinoquía, 2014.

La tasa más alta de los eventos registrados en el módulo de defunciones del RUAF y no notificados al Sivigila se presentó en Casanare en el evento de chagas (ver tabla 41).

Tabla N° 41. Indicadores de mortalidad de muertes registradas en el módulo defunciones del RUAF no notificadas en Sivigila, región orinoquia a semana 52, 2014

Eventos registrados en módulo defunciones	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
RUAF no notificados al Sivigila	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*	N	Tasa*
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1	0,4	0	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes								
Anomalías congénitas	0	0	0	0	12	0,8	0	0
Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos								
Defectos congénitos	0	0	3	0,4	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por 1000 nacidos vivos								
Enfermedad de Chagas	2	0,8	3	0,9	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes								
Tuberculosis	2	0,8	1	0,3	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por 100 000 habitantes								
Sífilis congénita	1	0,3	0	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por 1 000 nacidos vivos								
	6		7		12		0	0

Fuente: Sivigila entidad territorial, proyecciones de población DANE, región orinoquia, 2014.

*Tasa de mortalidad x 1 000 o 100 000 de acuerdo con los indicadores 2 012

El análisis del cumplimiento de los procedimientos de vigilancia necesario para hacer las unidades de análisis de las muertes se presenta para los eventos registrados en Sivigila.

La entidad territorial que presentó el mayor cumplimiento de disponibilidad de historias clínicas fue Vichada (ver tabla 42).

Tabla N° 42. Historias clínicas encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de morbilidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Accidente ofídico	0	0	0	0	1	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0	0	1	0	0	0	0	0
Anomalías congénitas	0	0	0	0	9	100	0	0
Bajo peso al nacer	0	0	1	0	1	100	1	100
Cáncer infantil	0	0	0	0	3	66,6	0	0
Defectos congénitos	3	66,6	4	100	15	0	2	100
Enfermedad de Chagas	0	0	1	100	0	0	0	0
ESI – IRAG	0	0	0	0	4	50,0	0	0
Enfermedad transmitidas por alimentos o agua (ETA)	1	100	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B y C	0	0	0	0	1	100	0	0
Hipotiroidismo congénito	0	0	0	0	1	100	0	0
Intoxicación por otras sustancias químicas	1	100	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por plaguicidas	3	100	3	66,6	7	100	0	0
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0	0	0	0	1	100	0	0
Leptospirosis	0	0	1	100	1	0	0	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	1	100	1	100	0	0	0	0
Meningitis meningocócica	0	0	0	0	1	100	0	0
Meningitis por neumococo	0	0	0	0	1	100	1	100
Sífilis congénita	0	0	0	0	1	0	0	0
Tétano accidental	0	0	1	100	2	50,0	0	0
Tuberculosis	5	40,0	8	62,5	33	0	0	0
Tuberculosis extrapulmonar	0	0	1	0	1	100	0	0
Tuberculosis farmacoresistente	0	0	0	0	1	100	0	0
Tuberculosis pulmonar	1	100	0	0	6	100	0	0
Varicela individual	0	0	1	100	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0	0	3	66,6	5	20,0	0	0
Total entidad territorial	15	73,3	27	74,1	95	39,0	4	100

Fuente: Secretaría de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

La entidad territorial que presento el mayor cumplimiento en visitas de campo fue Casanare (ver tabla 43).

Tabla N° 43. Visitas epidemiológicas de campo encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de morbilidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Accidente ofídico	0	0	0	0	1	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0	0	1	0	0	0	0	0
Anomalías congénitas	0	0	0	0	9	11,1	0	0
Bajo peso al nacer	0	0	1	100	1	0	1	0
Cáncer infantil	0	0	1	0	3	100	0	0
Defectos congénitos	3	66,6	4	100	15	0	2	0
Enfermedad de Chagas	0	0	1	100	0	0	0	0
ESI / IRAG (vigilancia centinela)	0	0	0	0	4	50,0	0	0
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	1	100	0	0	0	0	0	0
Hepatitis b y c	0	0	0	0	1	100	0	0
Hipotiroidismo congénito	0	0	0	0	1	0	0	0
Intoxicación por otras sustancias químicas	1	100	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por plaguicidas	3	33,3	3	100	7	0	0	0
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0	0	0	0	1	0	0	0
Leptospirosis	0	0	1	0	1	0	0	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	1	100	1	100	0	0	0	0
Meningitis meningococica	0	0	0	0	1	0	0	0
Meningitis por neumococo	0	0	0	0	1	0	1	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	1	0	0	0
Tétano accidental	0	0	1	100	2	0	0	0
Tuberculosis	5	0	8	62,5	33	0	0	0
Tuberculosis extrapulmonar	0	0	1	0	1	0	0	0
Tuberculosis farmacoresistente	0	0	0	0	1	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	1	100	0	0	6	0	0	0
Varicela individual	0	0	1	100	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de las violencias de genero	0	0	3	66,6	5	0	0	0
Total entidad territorial	15	46,7	27	70,4	95	7,4	4	0

Fuente: Secretaria de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

La entidad territorial que presento el mayor cumplimiento en unidades de análisis fue Casanare (ver tabla 44).

Tabla N° 44. Unidades de análisis encontradas en las entidades territoriales de eventos con vigilancia de morbilidad, región orinoquia, 2014.

Evento	Arauca		Casanare		Meta		Vichada	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Accidente ofídico	0	0	0	0	1	0	0	0
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0	0	1	0	0	0	0	0
Anomalías congénitas	0	0	0	0	9	88,9	0	0
Bajo peso al nacer	0	0	1	100	1	100	1	0
Cáncer Infantil	0	0	1	0	3	100	0	0
Defectos congénitos	3	66,6	4	100	15	0	2	50,0
Enfermedad de Chagas	0	0	1	100	0	0	0	0
ESI / IRAG	0	0	0	0	4	50,0	0	0
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	1	100	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B y C	0	0	0	0	1	100	0	0
Hipotiroidismo congénito	0	0	0	0	1	0	0	0
Intoxicación por otras sustancias químicas	1	0	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por plaguicidas	3	0	3	66,6	7	14,3	0	0
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0	0	0	0	1	100	0	0
Leptospirosis	0	0	1	100	1	0	0	0
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersona)	1	0	1	100	0	0	0	0
Meningitis meningocócica	0	0	0	0	1	0	0	0
Meningitis por neumococo	0	0	0	0	1	0	1	0
Sífilis congénita	0	0	0	0	1	100	0	0
Tétano accidental	0	0	1	0	2	50,0	0	0
Tuberculosis	5	20,0	8	62,5	33	30,3	0	0
Tuberculosis extrapulmonar	0	0	1	0	1	100	0	0
Tuberculosis farmacoresistente	0	0	0	0	1	0	0	0
Tuberculosis pulmonar	1	100	0	0	6	100	0	0
Varicela Individual	0	0	1	100	0	0	0	0
Vigilancia en salud pública de la violencia de género	0	0	3	66,6	5	0	0	0
Total unidades de análisis	15	46,7	27	66,6	95	43,2	4	25,0

Fuente: Secretaría de Salud entidad territorial y UPGD, región orinoquia, 2014.

El análisis de las características demográficas y sociales se realizó a las muertes registradas en Sivigila.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se registró en pacientes con residencia en el área urbana en Arauca y Casanare (ver tabla 45).

Tabla N° 45. Área de residencia de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Área de residencia					
	Arauca			Casanare		
	Urbano	Rural	Rural disperso	Urbano	Rural	Rural disperso
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Anomalías congénitas	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Cáncer en menores de 18 años	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer infantil	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	50,0 %	0 %	50,0 %	83,3 %	16,6 %	0 %
Enfermedad de Chagas	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	33,4 %	0 %	66,6 %	33,3 %	33,3 %	33,4 %
Leptospirosis	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Meningitis	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis	50,0 %	16,7 %	33,3 %	57,2 %	14,3 %	28,6 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Varicela Individual	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de genero	0 %	0 %	0 %	50,0 %	0 %	50,0 %

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se registró en pacientes con residencia en el área urbana en el departamento de Meta y rural en el departamento de Vichada (ver tabla 46).

Tabla N° 46. Área de residencia de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Área de residencia					
	Meta			Vichada		
	Urbano	Rural	Rural disperso	Urbano	Rural	Rural disperso
Anomalías congénitas	72,7 %	0 %	27,3 %	0 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer Infantil	28,6 %	42,8 %	28,6 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	69,2 %	7,7 %	23,1 %	66,6 %	0 %	33,4 %
Hepatitis B y C y coinfección hepatitis B y Delta	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %
Fiebre amarilla	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Hipotiroidismo congénito	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	14,3 %	14,3 %	71,4 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por sustancias psicoactivas	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Leptospirosis	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis meningocócica	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	80,6 %	13,0 %	6,4 %	0 %	100 %	0 %
Tuberculosis extra pulmonar	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis farmacoresistente	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se registró en pacientes con afiliación al régimen subsidiado en Arauca y Casanare (ver tabla 47).

Tabla N° 47. Régimen de afiliación de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Afiliación al SGSSS							
	Arauca				Casanare			
	S*	C*	N*	E	S*	C*	N*	E*
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Anomalías congénitas	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer infantil	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer en menores de 18 años	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	100 %	0 %	0 %	0 %	66,6 %	33,4 %	0 %	0 %
Enfermedad de Chagas	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	100 %	0 %	0 %	0 %	66,6 %	0 %	33,4 %	0 %
Leptospirosis	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Meningitis	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Tosferina	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	100 %	0 %	0 %	0 %	57,7 %	42,3 %	0 %	0 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	0 %	0 %	50,0 %	50,0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	50,0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Varicela Individual	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Violencia contra la mujer	0 %	0 %	0 %	0 %	75,0 %	25,0 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

*S: subsidiado, C: contributivo, N: pobres no vinculados al Sistema, E: especial.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se registró en pacientes con afiliación al régimen subsidiado en Meta y Vichada(ver tabla 48).

Tabla N° 48. Régimen de afiliación de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Afiliación al SGSSS					
	Meta			Vichada		
	S*	C*	N*	S*	C*	N*
Anomalías congénitas	63,6 %	27,2 %	9,2 %	0 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Cáncer Infantil	71,4 %	28,6 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénito	76,9 %	15,4 %	7,7 %	100 %	0 %	0 %
Hepatitis B y C con infección hepatitis B y Delta	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	75,0 %	0 %	25,0 %	0 %	0 %	0 %
Hipotiroidismo congénito	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	71,4 %	14,3 %	14,3 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por sustancias psicoactivas	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Leptospirosis	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis meningocócica	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Tétano accidental	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	67,7 %	25,9 %	6,4 %	50,0 %	0 %	50,0 %
Tuberculosis extra pulmonar	80,0 %	20,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis farmacoresistente	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	71,4 %	14,3 %	14,3 %	0 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	100 %	0 %	0 %	50,0 %	0 %	50,0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

*S: subsidiado, C: contributivo, N: pobres no vinculados al Sistema, P: Excepción.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con pertenencia étnica “otro” en Arauca y Casanare (ver tabla 49).

Tabla N° 49. Pertenencia étnica de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Pertenencia étnica					
	Arauca			Casanare		
	Indígena	Afro	Otro	Indígena	Afro	Otro
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Anomalías congénitas	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Cáncer infantil	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Cáncer en menores de 18 años	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Defectos congénitos	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Enfermedad de Chagas	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Leptospirosis	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Meningitis	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Tuberculosis	33,40 %	0 %	66,60 %	0 %	0 %	100 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Varicela Individual	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Violencia contra la mujer	0 %	0 %	0 %	66,60 %	0 %	33,4 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública se presentó en pacientes con pertenencia “otros” en Meta y étnica indígena en Vichada (ver tabla 50).

Tabla N° 50. Pertenencia étnica de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Pertenencia étnica					
	Meta			Vichada		
	Indígena	Afro	Otro	Indígena	Afro	Otro
Anomalías congénitas	9,1 %	0 %	90,9 %	0 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %
Cáncer Infantil	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	15,4 %	0 %	84,6 %	66,6 %	0 %	33,4 %
Hepatitis B y C coinfeccion hepatitis B y Delta	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	25,0 %	0 %	75,0 %	0 %	0 %	0 %
Hipotiroidismo congénito	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	14,3 %	0 %	85,7 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Leptospirosis	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis meningococica	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	9,7 %	0 %	90,3 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis farmacoresistente	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de genero	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %	0 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes se registró en pacientes con edades de 65 y más años en Arauca y 15 a 44 años en Casanare (ver tabla 51).

Tabla N° 51. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Edad											
	Arauca						Casanare					
	< 1	1-4	5-14	15-44	45 -64	65 y mas	< 1	1-4	5-14	15-44	45 - 64	65 y mas
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Anomalías congénitas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Bajo peso al nacer	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Cáncer infantil	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Cáncer en menores de 18 años	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%
Defectos congénitos	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Enfermedad de Chagas	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intoxicación por otras sustancias químicas	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Intoxicación por plaguicidas	0%	0%	0%	33,3%	33,3%	33,4%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
Leptospirosis	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Meningitis	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tétano accidental	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis	0%	0%	0%	16,7%	33,3%	50,0%	0%	0%	0%	42,9%	28,6%	28,5%
Tuberculosis extra pulmonar	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50,0%	50,0%	0%
Tuberculosis pulmonar	0%	0%	0%	50,0%	0%	50,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Varicela Individual	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Vigilancia en salud pública de las violencia de genero	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50,0%	25,0%	0%	25,0%	0%	0%

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2013.

La mayor proporción de muertes se registró en pacientes de 15 a 44 años en Meta y menores de un año en Vichada (ver tabla 52).

Tabla N° 52. Edad de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta y Vichada, región orinoquía, 2014.

Evento	Edad									
	Meta					Vichada				
	< 1	1-4	5-14	15-44	45 y más	< 1	1-4	5-14	15-44	45 y más
Anomalías congénitas	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Cáncer Infantil	0 %	42,8 %	42,8 %	14,4 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hepatitis B y C coinfección hepatitis B y Delta	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Infección respiratoria aguda grave (vigilancia centinela)	0 %	25,0 %	25,0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Fiebre amarilla	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Hipotiroidismo congénito	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	0 %	0 %	14,3 %	71,4 %	14,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Leptospirosis	0 %	0 %	0 %	50,0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis meningocócica	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	3,2 %	0 %	0 %	42,0 %	54,8 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis farmacoresistente	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	0 %	0 %	0 %	14,3 %	85,7 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %

Fuente: SIVIGILA INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquía, 2014.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de morbilidad se registró en pacientes de sexo femenino en Arauca y de sexo femenino y masculino en igual proporción en Casanare (ver tabla 53).

Tabla N° 53. Sexo de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Arauca y Meta, región orinoquia, 2014.

Evento	Sexo			
	Arauca		Casanare	
	F	M	F	M
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	0 %	0 %	100 %	0 %
Anomalías congénitas	0 %	0 %	0 %	100 %
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer infantil	0 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer en menores de 18 años	0 %	0 %	0 %	100 %
Defectos congénitos	100 %	0 %	50,0 %	50,0 %
Enfermedad de Chagas	0 %	0 %	0 %	100 %
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0 %	100 %	0 %	0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	100 %	0,0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	33,4 %	66,6 %	100 %	0 %
Leptospirosis	0,0 %	0,0 %	0 %	100 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	100 %	0 %	0 %	100 %
Meningitis	0 %	100 %	0 %	0 %
Tétano accidental	0 %	0 %	0 %	100 %
Tuberculosis	33,4 %	66,6 %	28,6 %	71,4 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	0 %	0 %	100 %
Tuberculosis pulmonar	50,0 %	50,0 %	0 %	0 %
Varicela Individual	0 %	0 %	100 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencia de genero	0 %	0 %	100 %	0 %

Fuente: SIVIGILA INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de morbilidad se registró en pacientes de sexo femenino en Meta y de sexo masculino en Vichada (ver tabla 54).

Tabla N° 54. Sexo de casos de muertes por eventos de interés en salud pública en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Sexo			
	Meta		Vichada	
	F	M	F	M
Anomalías congénitas	90,9 %	9,1 %	0 %	0 %
Bajo peso al nacer	100 %	0 %	100 %	0 %
Cáncer Infantil	42,8 %	57,1 %	0 %	0 %
Defectos congénito	46,1 %	53,8 %	33,4 %	66,6 %
Hepatitis B y C coinfeccion hepatitis B y Delta	0 %	100 %	0 %	0 %
Infección respiratoria aguda grave IRAG (vigilancia centinela)	75,0 %	25,0 %	0 %	0 %
Fiebre amarilla	0 %	100 %	0 %	0 %
Hipotiroidismo congénito	100 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	71,4 %	28,6 %	0 %	0 %
Intoxicación por sustancias psicoactivas	0 %	100 %	0 %	0 %
Leptospirosis	0 %	100 %	0 %	0 %
Meningitis meningococica	100 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	0 %	100 %	100 %	0 %
Tétano accidental	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	19,4 %	80,6 %	0 %	100 %
Tuberculosis extra pulmonar	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis farmacoresistente	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	17,1 %	82,9 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de genero	100 %	0 %	0 %	100 %

Fuente: Sivigila INS, entidad territorial, historias clínicas, región orinoquia, 2014.

El análisis de las cuatro demoras se realizó a las muertes notificadas en Sivigila. La demora uno se registró en mayor proporción, debido al no reconocimiento de signos y síntomas de peligro en Arauca y Casanare. En la región no se presentó esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, enfermedad transmitida por alimentos o agua, tuberculosis extrapulmonar y tuberculosis pulmonar (ver tabla 55).

Tabla N° 55. Demoras relacionadas con el reconocimiento del problema por parte de los pacientes en Arauca y Casanare, región orinoquía, 2014.

Evento	No reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente o familiares		No reconocimiento de signos y síntomas de peligro		Desconocimiento de derechos y deberes en salud	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Cáncer infantil	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Defectos congénitos	66,6 %	50,0 %	66,6 %	50,0 %	66,6 %	25,0 %
Enfermedad de Chagas	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	66,6 %	33,3 %	66,6 %	33,3 %	66,6 %	33,3 %
Leptospirosis	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas)	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Tétano accidental	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Tuberculosis	40,0 %	75,0 %	40,0 %	75,0 %	40,0 %	75,0 %
Varicela individual	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0 %	66,6 %	0 %	66,6 %	0 %	66,6 %

Fuente: SIVIGILA entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquía, 2014.

La demora uno se registró en mayor proporción debido al no reconocimiento del problema con prontitud por parte de los pacientes o familiares en el departamento de Meta y Vichada. En la región no se presentó esta demora en los eventos de accidente ofídico, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por sustancias psicoactivas, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, varicela individual y vigilancia en salud pública de la violencia de género (ver tabla 56).

Tabla N° 56. Demoras relacionadas con el reconocimiento del problema por parte de los pacientes en Meta y Vichada, región orinoquía, 2014.

Evento	No reconocimiento del problema con prontitud por parte del paciente o familiares		No reconocimiento de signos y síntomas de peligro		Desconocimiento de derechos y deberes en salud	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Anomalías congénitas	0 %	0 %	52,2 %	0 %	34,8 %	0 %
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Cáncer infantil	57,1 %	0 %	42,8 %	0 %	14,3 %	0 %
Defectos congénitos	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	50,0 %
ESI – IRAG	100 %	0 %	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %
Hepatitis b y c	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	100 %
Tétano accidental	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Tuberculosis extra pulmonar	60,0 %	0 %	40,0 %	0 %	20,0 %	0 %
Tuberculosis farmaco resistente	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis pulmonar	85,7 %	0 %	80,0 %	0 %	42,8 %	0 %

Fuente: Sivigila entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquía, 2014.

La variable de automedicación no se tuvo en cuenta para el análisis de esta demora ya que según los registros ningún paciente se automedicó. La demora dos se presentó en mayor proporción por inconvenientes familiares y culturales en Arauca y Casanare. En la región no se registró esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, cáncer infantil, enfermedad de Chagas, enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA), leptospirosis, tétano accidental y tuberculosis pulmonar (ver tabla 57).

Tabla N° 57. Demoras relacionadas con la decisión oportuna de acudir al servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquía, 2014.

Evento	Familiares		Culturales		Económicos	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Defectos congénitos	33,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	100 %	0 %	66,6 %	0 %	100 %	0 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas)	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis	0 %	25,0 %	20,0 %	12,5 %	0 %	12,5 %
Tuberculosis extrapulmonar	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Varicela individual	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0 %	33,3 %	0 %	33,3 %	0 %	33,3 %

Fuente: historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquía, 2014.

La demora dos se registró en mayor proporción por inconvenientes familiares en Meta y Vichada. En la región no se registró esta demora en los eventos de accidente ofídico, anomalías congénitas, hepatitis B y C, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, sífilis congénita, tétano accidental, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis farmacoresistente, tuberculosis pulmonar, varicela individual, vigilancia en salud pública de la violencia de género (ver tabla 58).

Tabla N° 58. Demoras relacionadas con la decisión oportuna de acudir al servicio de salud en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Presencia de inconvenientes para tomar la decisión oportuna de solicitar atención					
	Familiares		Culturales		Económicos	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Cáncer infantil	28,6 %	0 %	14,3 %	0 %	0 %	0 %
Defectos Congénitos	0 %	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %	100 %
ESI – IRAG	50,0 %	0 %	50,0 %	0 %	0 %	0 %
Meningitis por neumococo	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %
Tuberculosis	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	100 %

Fuente: SIVIGILA entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2014.

La variable de experiencias negativas en los servicios de salud no se tuvo en cuenta para el análisis de esta demora ya que según los registros no se presentó.

La demora tres se presentó en mayor proporción por remisión no oportuna en Casanare y Arauca. En la región no se presentó esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, cáncer infantil, enfermedad de Chagas, enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA) leptospirosis, tétano accidental, tuberculosis pulmonar, varicela individual (ver tabla 59).

Tabla N° 59. Demoras relacionadas con las barreras de acceso para acudir al servicio y diferentes niveles de atención en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	accesibilidad geográfica		Factores económicos que dificultan el traslado		Remisión no oportuna	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Bajo peso al nacer	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Defectos congénitos	0 %	0 %	0 %	0 %	33,3 %	75,0 %
Intoxicación por otras sustancias químicas	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Intoxicación por plaguicidas	0 %	33,3 %	0 %	0 %	0 %	33,3 %
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas)	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %
Tuberculosis	0 %	0 %	0 %	0 %	20,0 %	50,0 %
Tuberculosis extrapulmonar	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0 %	3,7 %	0 %	3,7 %	0 %	37,0 %

Fuente: SIVIGILA entidad territorial, historias clínicas, visitas epidemiológicas de campo, región orinoquia, 2014.

La demora tres se presentó con mayor proporción por inaccesibilidad geográfica en meta y vichada. En la región no se presentó esta demora en los eventos de accidente ofídico, anomalías congénitas, hepatitis B y C, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, meningitis por neumococo, tétano accidental, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis farmacoresistente, tuberculosis pulmonar y vigilancia en salud pública de la violencia de género (ver tabla 60).

Tabla N° 60. Demoras relacionadas con las barreras de acceso para acudir al servicio y diferentes niveles de atención en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Inaccesibilidad geográfica		Factores económicos que dificultan el traslado		Remisión no oportuna	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Bajo peso al nacer	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Cáncer infantil	14,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Defectos congénitos	0 %	100 %	0 %	50,0 %	0 %	0 %
ESI – IRAG	50,0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Tuberculosis	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por programas de prevención de la enfermedad no eficientes en Arauca y Casanare. En la región no se presentó esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, enfermedad transmitida por alimentos o agua, lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas) (ETA), tétano accidental, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis pulmonar y vigilancia en salud pública de las violencias de género (ver tabla 61).

Tabla N° 61. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Programas de prevención de la enfermedad no eficientes		No solicitud de paraclínicos para diagnóstico		Diagnóstico no adecuado	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Bajo peso al nacer	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Cáncer infantil	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Defectos congénitos	66,6%	50,0%	33,3%	75,0%	0%	25,0%
Enfermedad de Chagas	0%	0%	0%	100%	0%	100%
Intoxicación por otras sustancias químicas	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Intoxicación por plaguicidas	100%	0%	0%	33,3%	0%	0%
Leptospirosis	0%	100%	0%	100%	0%	100%
Tuberculosis	40,0%	50,0%	20,0%	0%	20,0%	0%
Varicela individual	0%	100%	0%	100%	0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por programas de prevención de la enfermedad no eficientes en Meta y Vichada. En la región no se presentó esta demora en los eventos de accidente ofídico, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicida, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, sífilis congénita y vigilancia en salud pública de las violencias de género (ver tabla 62).

Tabla N° 62. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud, Meta y Vichada en región orinoquía, 2014.

Evento	Programas de prevención de la enfermedad no eficientes		No solicitud de paraclínicos para diagnóstico		Diagnóstico no adecuado	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Anomalías congénitas	78,3%	0%	47,8%	0%	73,9%	0%
Bajo peso al nacer	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Cáncer infantil	57,1%	0%	28,6%	0%	42,8%	0%
Defectos congénitos	0%	100%	0%	0%	0%	0%
ESI - IRAG	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Hepatitis B y C	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Meningitis por neumococo	0%	100%	0%	100%	0%	0%
Tétano accidental	0%	0%	100%	0%	100%	0%
Tuberculosis	0%	100%	0%	100%	0%	100%
Tuberculosis extrapulmonar	80,0%	0%	0%	0%	10,0%	0%
Tuberculosis farmacoresistente	100%	0%	0%	0%	100%	0%
Tuberculosis pulmonar	74,3%	0%	11,4%	0%	22,8%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquía, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por iniciar el tratamiento específico de manera tardía en Arauca y Casanare. En la región no se presentó esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, bajo peso al nacer y tuberculosis pulmonar (ver tabla 63).

Tabla N° 63. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	Demoras en iniciar el tratamiento específico		Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos		Subestimación de la gravedad del paciente	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Cáncer infantil	0%	100%	0%	0%	0%	0%
Enfermedad de Chagas	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA)	0%	0%	100%	0%	100%	0%
Defectos congénitos	66,6%	75,0%	0%	0%	33,3%	50,0%
Intoxicación por otras sustancias químicas	100%	0%	0%	0%	0%	0%
Intoxicación por plaguicidas	33,3%	33,3%	0%	0%	0%	66,6%
Leptospirosis	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas)	100%	0%	0%	0%	100%	0%
Tétano accidental	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis	40,0%	62,5%	0%	37,5%	40,0%	37,5%
Tuberculosis extrapulmonar	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Varicela individual	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0%	33,3%	0%	0%	0%	33,3%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por iniciar el tratamiento específico de manera tardía en Meta y Vichada. En la región no se presentó esta demora en los eventos de accidente ofídico, bajo peso al nacer, defectos congénitos, ESI – IRAG, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, sífilis congénita y vigilancia en salud pública de la violencia de género (ver tabla 64).

Tabla N° 64. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	Demoras en iniciar el tratamiento específico		Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos		Subestimación de la gravedad del paciente	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Anomalías congénitas	34,8%	0%	0%	0%	13,0%	0%
Bajo peso al nacer	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Cáncer infantil	42,8%	0%	14,3%	0%	42,8%	0%
Hepatitis B y C	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Meningitis por neumococo	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Tétano accidental	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Tuberculosis	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis extrapulmonar	50,0%	0%	0%	0%	30,0%	0%
Tuberculosis farmacoresistente	0%	0%	100%	0%	100%	0%
Tuberculosis pulmonar	20,0%	0%	2,8%	0%	5,7%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014.

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Casanare y Arauca. En la región no se presentó esta demora en los eventos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, enfermedad de Chagas, Enfermedad transmitida por alimentos o agua (ETA), leptospirosis y tuberculosis pulmonar (ver tabla 65).

Tabla N° 65. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Arauca y Casanare, región orinoquia, 2014.

Evento	No identificación y tratamiento de enfermedades asociadas		Déficit hemoderivados		Atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad	
	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare	Arauca	Casanare
Bajo peso al nacer	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Cáncer infantil	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Defectos congénitos	33,3%	0%	0%	0%	33,3%	25,0%
Intoxicación por plaguicidas	0%	0%	0%	0%	100%	33,3%
Intoxicación por otras sustancias químicas	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonas)	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Tétano accidental	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis	0%	25,0%	0%	0%	40,0%	0%
Tuberculosis extrapulmonar	0%	25,05	0%	0%	0%	50,0%
Varicela individual	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	0%	33,3%	0%	0%	05	33,3%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014.

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por no identificación y tratamiento de enfermedades asociadas en Meta y atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Vichada. En la región no se registró esta demora en los eventos de accidente ofídico, Bajo peso al nacer, defectos congénitos, ESI / IRAG, hipotiroidismo congénito, intoxicación por plaguicida, intoxicación por sustancias psicoactivas, leptospirosis, meningitis meningocócica, sífilis congénita, tétano accidental, tuberculosis farmacoresistente y violencia de género (ver tabla 66).

Tabla N° 66. Demoras relacionadas con la atención en el servicio de salud en Meta y Vichada, región orinoquia, 2014.

Evento	No identificación y tratamiento de enfermedades asociadas		Déficit hemoderivados		Atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad	
	Meta	Vichada	Meta	Vichada	Meta	Vichada
Anomalías congénitas	17,4%	0%	0%	0%	21,7%	0%
Cáncer infantil	42,8%	0%	0%	0%	28,6%	0%
Hepatitis B y C	100%	0%	0%	0%	100%	0%
Meningitis por neumococo	0%	0%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Tuberculosis extrapulmonar	20,0%	0%	0%	0%	0%	0%
Tuberculosis pulmonar	5,7%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: historias clínicas entidades territoriales, región orinoquia, 2014.

El análisis de las muertes con los determinantes sociales de la salud proporciona información complementaria al método de las demoras ya que permiten identificar las condiciones de salud de la población y a su vez los factores que influyen; la información registrada de características sociales y demográficas en Sivigila junto con las visitas epidemiológicas de campo permitió la identificación de factores sociales, económicos, biológicos y ambientales determinantes en las muertes de los eventos ocurridos.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad y mortalidad se presentó en pacientes con afiliación al régimen subsidiado, con residencia en área urbana a diferencia de Vichada donde se presentaron en área rural. de pertenencia étnica “otro” en Arauca, Casanare y Meta e indígena en Vichada en vigilancia de morbilidad.

En el área rural dispersa de Arauca se registraron eventos de muertes asociadas a desnutrición en menores de cinco años, en Meta por malaria y EDA en menores de cinco años, en Casanare por muerte perinatal, neonatal tardía y VIH / Sida; en Vichada por mortalidad perinatal y neonatal tardía, muerte por EDA en menores de cinco años y muerte por dengue.

En los residentes de áreas rurales dispersas la mayoría de las muertes ocurrieron en población infantil, la ubicación geográfica fue un factor determinante en el acceso a los servicios de salud de forma oportuna y demora en la remisión, por las vías de acceso, disponibilidad de transporte, distancias de recorrido, disponibilidad de recursos económicos para el pago de transporte para recibir atención por los servicios de salud.

Los factores culturales retrasaron la respuesta oportuna a tratamientos médicos porque en algunos casos se prefirió el uso de tratamientos no médicos que complicaron la situación de los pacientes.

Los eventos registrados en población indígena en Arauca fueron muerte materna, muerte asociadas a desnutrición en menores de cinco años, muerte por IRA en menores de cinco años y muerte perinatal y neonatal tardía, en Meta muerte perinatal y neonatal tardía, muerte por IRA, muerte asociada a desnutrición en menores de cinco años y muerte por EDA en menores de cinco años.

La mayor proporción de muertes en la región se registró en pacientes con edades de 35 y más años en eventos con vigilancia de mortalidad y en La mayor proporción de muertes se registró en pacientes con edades de 65

y más años en Arauca y 15 a 44 años en Casanare, Meta y Vichada en eventos de vigilancia de morbilidad.

Discusión

En la región orinoquia en eventos de vigilancia de mortalidad el 7,5 fue subregistro RUAF correspondiente a muertes notificadas al Sivigila y no registradas en el módulo de defunciones; en comparación con el año 2013 en el 11,8 %. En el año 2014 este subregistro fue menor en comparación con las regiones atlántica de 16,5%, Bogotá de 7,3%, central de 9,0% y pacífica de 15,9% posiblemente debido a que las instituciones no cumplieron con la oportunidad en el cargue de los certificados de defunción (14, 16).

En la orinoquia en eventos de vigilancia de morbilidad el 46,8 % de subregistro RUAF correspondiente a muertes notificadas al Sivigila y no registradas en el módulo de defunciones con vigilancia de morbilidad, en comparación con el año 2013 registró 30,6%. En el año 2014 este subregistro fue mayor en comparación con la región atlántica de 17,7% y pacífica de 20,1% posiblemente debido a que las instituciones no cumplieron con la oportunidad en el cargue de los certificados de defunción (15,18 y 19).

En la región orinoquia en eventos de vigilancia de mortalidad se registró el 5,0 % de subregistro SIVIGILA correspondiente a muertes encontradas en el módulo de defunciones del RUAF que cumplían con definición de caso de muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad que no se notificaron al SIVIGILA, en comparación con el año 2013 se presentó el 6,2%, pudo deberse al desconocimiento de los protocolos de vigilancia en salud pública, por no realizar búsqueda en la base del RUAF de muertes que cumplen con definiciones de caso, por debilidades en el trabajo de vigilancia, debilidades en la capacitación, desinterés en la búsqueda permanente en otras fuentes e insuficiente recurso humano capacitado. En la región atlántica 19,9%, Bogotá 3,9, central 4,4% y pacífica 19,7% (14, 16 y 17).

En la orinoquia en eventos de vigilancia de morbilidad, se registró 15,1 % de subregistro SIVIGILA correspondiente a muertes encontradas en el módulo de defunciones del RUAF que cumplían con definición de caso de muertes por eventos de interés en salud pública que no se notificaron al SIVIGILA, en comparación con año 2013 esta región registró el 3,6%; el subregistro que se encontró, pudo deberse al desconocimiento de los protocolos de vigilancia en salud pública, por no realizar búsqueda en la base del RUAF de muertes que cumplen con definiciones de caso, por debilidades en el trabajo de vigilancia, debilidades en la capacitación, desinterés en la búsqueda permanente en otras fuentes. En la región atlántica el 37,4% y pacífica de 13,5% (15, 18, 19).

Al realizar la búsqueda de muertes en el módulo de defunciones del RUAF que cumplían con definición de caso de eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad en la región de la orinoquia el número confirmado en la revisión de la historia clínica fue una vez menor al inicial, a diferencia del año 2013 que fue dos veces dos veces menor al inicial, probablemente por mal diligenciamiento de las variables causa directa, causa antecedente b, c y d, al igual que las variables de tiempo de gestación, peso del feto y edad del fallecido en el evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía. La calidad del dato es deficiente, para realizar las búsquedas en el RUAF por números de certificado de defunción o número de identificación por lo cual se debió revisar otras variables para hacer la correspondencia de los eventos.

En la región orinoquia en eventos de vigilancia de mortalidad se revisó historia clínica del 80,7% de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 en el que se revisó el 92,9%, posiblemente porque se dificulta la búsqueda en casos que se encontraban en medio físico. Las secretarías de salud disponían de esta información de las unidades de análisis realizadas, no todos los eventos se analizan por que los protocolos no lo establecían. En el año 2014 este registro fue menor en comparación con región atlántica 98,8, Bogotá de 88,6, central de 97,2 y pacífica de 87,6% (14 y 16).

En la orinoquia en eventos de vigilancia de morbilidad, se revisó el 51,1% de las historias clínicas de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 que se registró el 61,8%, posiblemente porque se dificultó la búsqueda de historias clínicas que se encontraban en medio físico. En el año 2014 este registro fue menor en comparación con la región atlántica con 99,0% y pacífica con 87,0% (15, 18, 19).

En la región orinoquia se realizó visita de campo en eventos de vigilancia de mortalidad al 33,7 % de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 que se realizó al 45,0 % de las muertes notificadas, posiblemente porque no hay un lineamiento por parte del INS que establezca realizarla en todos los eventos con vigilancia de mortalidad, por falta de recurso humano, recursos económicos para el desplazamiento, por dificultades en la accesibilidad geográfica, o aprobación de ingreso a resguardos por parte de la comunidad indígena o por desconocimiento de los protocolos que tienen formato de visita de campo. En el año 2014 este registro fue similar en comparación con la región atlántica con el 48,1%, Bogotá con el 40,7%, central con el 64,4% y pacífica con el 46,2% (14,16, 17).

En la orinoquia en eventos de vigilancia de morbilidad, se realizó visita de campo al 23,4% de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 que registró el 27,2%, posiblemente porque no hay un lineamiento por parte del INS que establezca realizarla en todos los eventos con vigilancia de mortalidad, por falta de recurso humano, recursos económicos para el desplazamiento, por dificultades en la accesibilidad geográfica o aprobación de ingreso a resguardos por parte de la comunidad indígena o por desconocimiento de los protocolos que tienen formato de visita de campo. En el año 2014 este registro fue menor en comparación con la región atlántica 44,9% y mayor en comparación con región pacífica 5,9% (15, 18, 19).

En la región orinoquia en eventos de vigilancia de mortalidad, se realizó unidad de análisis al 49,4 % de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 al 56,4% posiblemente porque no hay un lineamiento por parte del INS que establezca realizarlas en todos

los eventos, por desconocimiento de la metodología de análisis, por insuficiente personal o por desinterés. La realización de las unidades de análisis es necesaria ya que permite identificar las debilidades que se presentan en el acceso y atención en los servicios de salud y la generación de acciones de mejoramiento y seguimiento para el control en la ocurrencia de las muertes. En el año 2014 este registro fue bajo en comparación con la región atlántica con el 66,0%, Bogotá con el 86,5%, central con el 69,0% y pacífica con el 46,2% (14,16, 17).

En la orinoquia, en eventos de vigilancia de morbilidad, se realizó unidad de análisis al 67,0% de las muertes notificadas, en comparación con el año 2013 realizó el 37,2%, por desconocimiento de la metodología de análisis, por insuficiente personal o por desinterés. La realización de las unidades de análisis es necesaria ya que permite identificar las debilidades que se presentan en el acceso y atención en los servicios de salud y la generación de acciones de mejoramiento y seguimiento para el control en la ocurrencia de las muertes. En el año 2014 este registro fue bajo en comparación con la región atlántica con el 51,8% y pacífica con el 41,4% (15, 18, 19).

La entidad territorial que presentó el mayor cumplimiento en visitas de campo y realizando las unidades de análisis para los eventos con vigilancia de morbilidad en la región fue el departamento de Casanare y en disposición de historias clínicas Vichada. En los departamentos de la región no se realiza unidad de análisis a todas las muertes notificadas al Sivigila porque en protocolos de los eventos generados por el INS no se establece, sin embargo el análisis de las muertes que ocurren en las entidades territoriales requieren ser analizadas para la detección de las fallas en la atención en salud, así como la generación de correctivos mediante la ejecución de planes de mejoramiento y seguimiento a los mismos, que conlleven a la disminución de las muertes en la región.

Con relación, las visitas de campo no se realizan a todas las muertes notificadas por desconocimiento de los protocolos que lo establecen, falta de recurso humano y recursos económicos para el desplazamiento hasta

el sitio de residencia de los casos notificados, dificultad por orden público, accesibilidad geográfica o permiso de ingreso a resguardos por parte de indígenas.

En los eventos de vigilancia de mortalidad, la demora uno se registró en mayor proporción debido al desconocimiento en derechos y deberes en salud en Arauca, no reconocimiento de signos y síntomas de peligro en Casanare y no reconocimiento del problema con prontitud por parte de los pacientes o familiares en Meta y Vichada, situación similar a las regiones atlántica, central y pacífica.

La demora dos se presentó en mayor proporción por inconvenientes culturales en Arauca Casanare, Meta y Vichada. El evento de muertes asociada a desnutrición fue el que registro en mayor proporción esta demora, los pacientes se hacen tratamientos según sus creencias y cuando no hubo mejoría acudieron a los servicios de salud en Arauca y Casanare. En la región atlántica, central y pacífica se presentó de igual forma por inconvenientes culturales.

La demora tres se registró en mayor proporción por inaccesibilidad geográfica en Arauca y Vichada, por remisión no oportuna en el departamento de Casanare y Meta. Esta situación también se presentó en las regiones atlántica, central y pacífica.

La demora cuatro se registró en mayor proporción por programas de prevención de la enfermedad no eficientes, por demora en iniciar el tratamiento específico y por atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad. Esta situación fue similar a la región atlántica, central y pacífica donde se presentó por programas de promoción no eficientes y por subestimar la gravedad de los pacientes (14 y 16).

En los eventos de vigilancia de morbilidad, la demora uno se registró en mayor proporción, debido al no reconocimiento de signos y síntomas de peligro a diferencia del año 2013 donde se registró esta demora por no reconocimiento del problema con prontitud por los pacientes o familiares. Situación similar a la región atlántica y pacífica. relacionada posiblemente con la baja escolaridad o inadecuadas estrategias de

comunicación e información en salud por dificultades en el lenguaje en los casos presentados en las familias indígenas.

La demora dos se presentó por inconvenientes familiares y culturales situación similar presentada en el año 2013 donde se registra esta misma demora. En las regiones atlántica y pacífica se presentó de igual forma por inconvenientes culturales, ya que en las familias indígenas prefieren el uso de la medicina tradicional y en casos en los que no ven mejoría acuden a los centros de salud, complicándose la respuesta al tratamiento medico.

La demora tres se presentó con mayor proporción por remisión no oportuna en Casanare y Arauca por inaccesibilidad geográfica en Meta y Vichada, situación similar registrada en el año 2013 en la que se presenta esta demora en Arauca y Vichada con mayor proporción por inaccesibilidad geográfica y en Casanare por remisión no oportuna, posiblemente debido a dificultad en el acceso a transporte publico en habitantes de área rural y rural dispersa, en debilidad en sistema de referencia y autorización de servicios por parte de las aseguradoras. Esta tipo de demora también se presentó en las regiones pacífica y atlántica.

La demora cuatro se presentó en mayor proporción por atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Arauca, Casanare y Vichada, en el año 2013 se registró por no identificación y tratamiento de enfermedades asociadas en Meta y atención en niveles no acordes con la gravedad de la enfermedad en Vichada, situación presentada también en región pacífica y atlántica.

La mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública en eventos de vigilancia de mortalidad, se presentó en pacientes con residencia en el área urbana, con afiliación al régimen subsidiado, pertenencia étnica "otros" en Arauca, Casanare, Meta y Vichada a diferencia de Arauca donde la mayor proporción fue en pertenencia étnica indígena en donde el evento de muertes asociadas a desnutrición fue el más frecuente en esta población. La mayor

proporción de muertes maternas y muertes perinatales y neonatales tardías se registró en mujeres en edades de 20 a 34 años en los departamentos de Arauca, Casanare y Vichada; en Meta se registró en hijos de madres con edades entre 15 y 19 años. La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por IRA y asociadas a desnutrición en menores de cinco años se registró en menores de un año en Arauca, Meta y Vichada. La mayor proporción de muertes en eventos con vigilancia de mortalidad por VIH/Sida se registró en pacientes de 15 a 44 años de edad en Casanare y Meta.

En la región la mayor proporción de muertes por eventos de interés en salud pública en eventos de vigilancia de morbilidad, se presentó en pacientes con afiliación al régimen subsidiado, con residencia en área urbana a diferencia de Vichada donde se presentaron en área rural disperso. De pertenencia étnica “otro” en Arauca, Casanare, Meta y pertenencia étnica indígena en Vichada. En los residentes de áreas rurales, donde los afectados generalmente fueron población menor de cuatro años de pertenencia indígena, la ubicación geográfica es un factor determinante en el acceso a los servicios de salud de forma oportuna y oportunidad en la remisión, por las vías de acceso, disponibilidad de transporte, distancias de recorrido para llegar a recibir atención por los servicios de salud, además que en algunos casos se prefiere el uso de medicina tradicional que al no resultar en la cura de la enfermedad acceden a servicios de salud cuando se complica la situación y a la vez la respuesta a los tratamientos médicos. La mayor proporción de muertes se registró en pacientes con edades de 65 y más años en Arauca y 15 a 44 años en Casanare, Meta y Vichada. La tasa de mortalidad más alta de la región se registró por evento de defectos congénitos seguido de vigilancia de la violencia de género y tuberculosis la no identificación oportuna de los signos y síntomas por parte de los familiares y falta de seguimiento en los servicios de salud a estos eventos ya que en algunas ocasiones ya se habían tenido antecedentes.

En la población indígena las prácticas culturales no permiten la oportunidad al acudir a los servicios de

salud ya que cuando no presentan mejoría con su medicina tradicional acuden al servicio de salud más cercano con complicaciones, muertes en menores de un año se presentan por deficiencias en su cuidado, por deficiente manejo de excretas cerca a las viviendas, por ausencia e insuficientes controles prenatales, partos inseguros, inadecuados cuidados neonatales, por detección tardía de la enfermedad, deficiencias en la atención y en el seguimiento de los casos, algunos habitantes en áreas de zona fronteriza con Venezuela la dificultades de desplazamiento por largas distancias, hasta los centros de salud así como no facilidad de acceso a transporte público y no seguimiento a las guías de práctica clínica.

En las muertes registradas en menores de cinco años como las asociadas a desnutrición por EDA y por IRA, la edad de los cuidadores y su bajo nivel de escolaridad se relacionan con la detección del riesgo ante los signos y síntomas de peligro, que se refleja en la demora para acudir oportunamente al servicio de salud; un nivel mayor de escolaridad posiblemente facilita el reconocimiento del problema con prontitud por parte de los cuidadores.

Conclusiones

Los registros del módulo de defunciones del RUAF son una buena fuente de identificación de muertes por eventos de interés en salud pública.

Las unidades de análisis y visitas epidemiológicas de campo no se realiza a todas las muertes por eventos de interés en salud pública así como los debidos planes de mejoramiento y seguimiento posiblemente por no estar establecido en todos los protocolos.

Las unidades de análisis no siempre se realizan completas, la mayor parte son resúmenes incompletos de las historias clínicas sin análisis así como la visita de campo a la totalidad de las muertes de eventos de interés en Salud Pública registradas en cada departamento.

En la región la población más vulnerable en presentar muertes por eventos de interés en salud pública se encuentran ubicados en el área rural dispersa, con edades de 65 y más años y 15 a 44 años, algunos personas de pertenencia étnica indígena y en general afiliados al régimen subsidiado en salud.

En la región se presentan debilidad en la atención de servicios en programas de promoción y prevención con enfoque a población indígena, remisión oportuna a niveles de mayor complejidad en salud y diagnóstico y tratamiento así como debilidad en el sistema de referencia y dificultad en acceso a los servicios de salud por accesibilidad geográfica. La oportunidad en la atención y afiliación al sistema de salud en habitantes de zona fronteriza entre Venezuela y Colombia es un factor determinante que se deber tener en cuenta en la vigilancia y control de las muertes por eventos de interés en salud pública.

Las Secretarías de Salud de los departamentos no disponen de información de la totalidad de las muertes que se registran en cada departamento.

Este estudio es útil como línea de base para realizar otros estudios similares, para autoevaluación y mejora en el sistema de vigilancia epidemiológica en las entidades territoriales.

Recomendaciones

Las entidades territoriales deben realizar de forma periódica búsqueda de muertes de eventos de interés en salud pública en el módulo de defunciones del RUAF que no estén notificadas en SIVIGILA y verificar por historia clínica si cumplen con definición de caso para notificarlas.

Considerar la disponibilidad o acceso al módulo defunciones de RUAF como fuente de vigilancia rutinaria de las muertes y evaluar la viabilidad de la sustitución progresiva de la ficha de notificación por el módulo de defunciones del RUAF a fin de simplificar el Sivigila en la vigilancia de las muertes.

Aunque se debe realizar búsquedas activas institucionales para notificar la totalidad de las muertes que se registran por eventos de interés en Salud Pública, se deben observar los que se presentaron con mayor frecuencia como subregistro en las muertes por infección respiratoria aguda y desnutrición en menor de cinco años, VIH / SIDA, muertes perinatales y neonatales tardías, enfermedad de chagas y defectos congénitos.

La capacitación permanente del personal de Vigilancia en Salud Pública en todo el territorio Colombiano, es una acción necesaria que puede aportar al mejoramiento en la realización de los análisis de las muertes desde el método de las cuatro demoras y los determinantes sociales en salud, la generación de un grupo al interior del Instituto Nacional de Salud que se encargue de hacer el seguimiento facilitaría el proceso de la información de manera permanente y oportuna.

Las UPGD deben capacitar y evaluar a su personal en cuanto a los protocolos de eventos de interés en salud pública y las Guías de Práctica Clínica, esto permite aumentar la notificación de eventos de interés en salud pública y que el manejo brindado por las instituciones sea el correspondiente.

Es necesario generar un lineamiento desde el INS para el análisis de las muertes en los protocolos de los eventos de interés en salud pública, la generación y unificación de formatos de unidades de análisis, visitas de campo y planes de mejoramiento, para capturar la completa información de lo determinantes sociales, las demoras en la atención, factores que influyen en el desenlace del evento así como la verificación de las acciones que se realizan para conocer los avances y dificultades en la implementación de los planes de mejoramiento. En las asistencias técnicas se debe garantizar que se maneje el análisis de los eventos de la misma forma en la totalidad de los municipios mediante reuniones departamentales evitando así que se produzcan sesgos en la información.

Para el análisis de los determinantes sociales en salud es relevante herramientas como la visita epidemiológica de campo, autopsia verbal o entrevistas a familiares, para reconocer aspectos sociales, ambientales, económicos y culturales que influyeron en el desenlace del evento. Aspectos que no siempre quedan registrados en la historia clínica..

Mejorar la eficiencia en programas de promoción y prevención en salud enfocada a población indígena, población rural dispersa, población infantil con énfasis en eventos de enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y muertes asociadas a desnutrición. Mejoramiento por parte de aseguradoras en la oportunidad en la atención en exámenes para el diagnósticos y atención con especialistas, así como la remisión a niveles de mayor complejidad.

La oportuna identificación, afiliación y atención en el sistema de salud en habitantes de zona fronteriza entre Venezuela y Colombia para la disminución de barreras de acceso a los servicios de salud.

Los resultados del presente estudio aportan información del accionar en la vigilancia epidemiológica y la situación de la población en el acceso a los servicios de salud, contribuyendo a la identificación de fallas en el sistema que se deben mejorar para la disminución de las muertes por eventos de interés en salud pública en la región orinoquia.

Bibliografía

1. Ministerio de Protección Social. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Tomo VII. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20VII--Situacion%20de%20Salud%20en%20Colombia%202002-2007-%20Resumen.pdf>
2. Ministerio De Salud. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Tomo I características socio-demográficas de la población colombiana. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20I Caracter%C3%ADsticas%20sociodemogr%C3%A1ficas%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20colombiana.pdf>. Consultado el 11 de Septiembre de 2012.
3. Organización Mundial de Salud. Temas de salud. Mortalidad. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/topics/mortality/es/>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo 2, Condiciones de salud y sus tendencias. 2007. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www1.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA07%20Regional%20SPA%20Cap%202.pdf>
5. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de Salud. Salud en las Américas. Colombia. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf
7. Departamento Nacional De Planeación, Acción Social. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia. Objetivos de desarrollo del milenio 2005. Reducir la mortalidad infantil. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/Reducir_la_mortalidad_infantil.pdf.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2011. Situación de Salud en Colombia. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicosp.aspx>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia. Consultado el 27 de septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20B%C3%A1sicos%202010.pdf>
10. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Bogotá. Diario Oficial; 2006.
11. Ministerio de Protección Social. Análisis de la situación de salud 2002 - 2007. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2011.
12. Instituto Nacional de salud. SIVIGILA. Protocolos eventos de interés en salud pública. Disponible en

<http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Sivigila/Paginas/protocolos.aspx>

13. Ministerio de Protección Social. Análisis de la situación de salud Colombia 2013. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Consultado el 19 de Agosto de 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS%2024022014.pdf>

14. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad, Región orinoquia, 2013. IQEN Volumen 20 número 17. Bogotá: 15 de Septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN>

15. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad, Región orinoquia, 2013. IQEN Volumen 20 número 18. Bogotá: 30 de Septiembre de 2015. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQE>

16. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad, Región central 2014. IQEN Volumen 20 número 24. Bogotá: 31 de Diciembre de 2015. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%2024.pdf>

17. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de mortalidad, Región central 2014. IQEN Volumen 20 número 19. Bogotá: 15 de Octubre de 2015. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%2023.pdf>

18. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad, Región pacifica 2014. IQEN Volumen 20 número 20. Bogotá: 31 de Octubre de 2015. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%2020.pdf>

19. Instituto Nacional de Salud. Muertes por eventos de interés en salud pública con vigilancia de morbilidad, Región atlantica 2014. IQEN Volumen 20 número 22. Bogotá: 30 de Noviembre de 2015. Disponible en <http://www.ins.gov.co/iqen/IQUEN/IQEN%20vol%2020%202015%20num%2022.pdf>