

## Análisis de Situación de Salud con el Modelo de Determinantes Sociales Departamento Norte de Santander 2018



Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

Coordinación de Vigilancia en Salud Pública

Norte de Santander, 2018

**WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO**  
Gobernador de Norte de Santander

**JUAN ALBERTO BITAR MEJIA**  
Director Instituto Departamental de Salud

**MARIA VICTORIA GIRALDO RUIZ**  
Coordinador de Planeación

**NOHORA ERLINDA CADENA**  
Coordinadora Salud Pública

**SANDRA MLENA CORREDOR**  
Coordinadora de Vigilancia en Salud Pública

**NIDIA STELLA CACERES SANDOVAL**  
Enfermera Profesional - Epidemióloga

**MILENA PINEDA SIERRA**  
Bacterióloga- Epidemióloga

**JUAN ENRIQUE GALVIS ESPITIA**  
Bacteriólogo

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	9
METODOLOGÍA .....	10
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES .....	11
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO .....	13
1.1 Contexto territorial .....	13
1.1.1 Localización .....	13
1.1.2 Características físicas del territorio .....	16
1.1.3 Accesibilidad geográfica .....	23
1.2 Contexto demográfico .....	27
1.2.1 Estructura demográfica .....	31
1.2.2 Dinámica demográfica .....	35
1.2.3 Movilidad forzada .....	37
1.2.4 Dinámica migratoria .....	39
2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES .....	45
2.1 Análisis de la mortalidad .....	45
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas .....	45
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo .....	53
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	67
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez .....	71
2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil ..	82
2.2 Análisis de la morbilidad .....	87
2.2.1 Principales causas de morbilidad .....	87
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo .....	91
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo .....	95
2.2.4. Morbilidad de eventos precursores .....	96
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria .....	97
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2018 .....	101
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad .....	102
2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS .....	107
3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD .....	123
3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente .....	123
3.2. Priorización de los problemas de salud .....	124
3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud - INS .....	126

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los municipios de Norte de Santander por extensión territorial y área de residencia, 2017.....	14
Tabla 2. Zonas de riesgo por categorías, Norte de Santander, 2017.....	18
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Norte de Santander, 2017.....	24
Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2017.....	25
Tabla 5. Población por área de residencia departamento Norte de Santander, 2018.....	28
Tabla 6. Distribución de la población por etnia, Norte de Santander, 2017.....	30
Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital, departamento Norte de Santander 2010, 2017 y 2020.....	32
Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica para Norte de Santander, 2005, 2018, 2020.....	34
Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población del departamento Norte de Santander, 2016.....	36
Tabla 10. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Norte de Santander, 2017.....	38
Tabla 11. Índice demográfico en población extranjera en Norte de Santander 2017.....	41
Tabla 12. Atención a población extranjera por tipo de servicio en Norte de Santander, 2017.....	41
Tabla 13. Atención a población extranjera por lugar de procedencia, Norte de Santander, 2017.....	42
Tabla 14. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Norte de Santander, 2005-2015.....	66
Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil y de la niñez, (menores de 1 año) según la lista de las 67 causas en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	68
Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años, según la lista de las 67 causas en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	69
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según la lista de las 67 causas en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	70
Tabla 18. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Norte de Santander, 2005-2016.....	71
Tabla 19. Análisis de desigualdades de la mortalidad materno – infantil por NBI en Norte de Santander, 2016.....	78
Tabla 20. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI del departamento, 2016.....	80
Tabla 21. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2009 – 2016.....	81
Tabla 22. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, 2009 – 2016.....	82

Tabla 23. Identificación de prioridades en Mortalidad, Norte de Santander, 2016 .....	83
Tabla 24. Principales causas de morbilidad por ciclo vital a nivel general, Norte de Santander, 2009 – 2017	88
Tabla 25. Principales causas de morbilidad en hombres, Norte de Santander 2009 – 2017 .....	89
Tabla 26. Principales causas de morbilidad en mujeres, Norte de Santander, 2009 – 2017.....	90
Tabla 27. Morbilidad específica por subgrupo en población total, Norte de Santander 2009 – 2017 .....	92
Tabla 28. Morbilidad específica en hombres, Norte de Santander 2009 – 2017 .....	93
Tabla 29. Morbilidad específica en las mujeres, Norte de Santander, 2009 – 2017 .....	94
Tabla 30. SemafORIZACIÓN y tendencia de los eventos de alto costo, Norte de Santander, 2009-2016 .....	96
Tabla 31. Eventos precursores Norte de Santander, 2009 -2017.....	96
Tabla 32. Tabla de semafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria del departamento Norte de Santander, 2007-2017 .....	98
Tabla 33. Distribución de las alteraciones permanentes Norte de Santander, 2018 .....	101
Tabla 34. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en Norte de Santander, 2009 – 2017.....	104
Tabla 35. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida del departamento Norte de Santander, 2005 – 2017.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 36. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento, 2005-2016.....	109
Tabla 37. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales en Norte de Santander, 2006 - 2017 .....	111
Tabla 38. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento Norte de Santander, 2006 - 2017.....	113
Tabla 39. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en Norte de Santander, 2016 .....	113
Tabla 40. Otros indicadores de sistema sanitario en norte de Santander, 2016 .....	118
Tabla 41. Cobertura de educación, en Note de Santander, 2017.....	119
Tabla 42. NBI por municipios de Norte de Santander, a diciembre de 2011.....	120
Tabla 43. Priorización de los problemas de salud en Norte de Santander, 2017 .....	125
Tabla 44. Índice de Necesidades en Salud del departamento Norte de Santander, 2017 .....	126

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional del departamento Norte de Santander, 2005, 2018, 2020 .....	31
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, departamento Norte de Santander 2010, 2015, 2020 .....	32
Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del departamento Norte de Santander, 2018 .....	33
Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad, 2005 al 2015 .....	35
Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento, 1885 – 2020 .....	37
Figura 6. Pirámide de atención a población extranjera, Norte de Santander 2017 .....	39
Figura 7. Atención de población extranjera, según afiliación al SGSSS- Norte de Santander, 2017 .....	42
Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general, Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	45
Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	46
Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	47
Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	48
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	49
Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	50
Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	51
Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los hombres de Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	52
Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	53
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	54
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	55
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	56
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	57

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	58
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Norte de Santander, 2005 – 2016.....	59
Figura 23. Casos de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	60
Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	61
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	62
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016.....	63
Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	64
Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016 .....	65
Figura 29. Razón de mortalidad materna, Norte de Santander, 2005 -2016 .....	72
Figura 30. Tasa de mortalidad neonatal, Norte de Santander, 2005- 2016.....	72
Figura 31. Tasa de mortalidad infantil, Norte de Santander, 2005- 2016 .....	73
Figura 32. Tasa de mortalidad en la niñez, Norte de Santander, 2005- 2016 .....	73
Figura 33. Tasa de mortalidad por EDA, Norte de Santander, 2005- 2016 .....	74
Figura 34. Tasa de mortalidad por IRA, Norte de Santander, 2005- 2016.....	75
Figura 35. Tasa de mortalidad por Desnutrición, Norte de Santander, 2005- 2016.....	76
Figura 36. Tasa de mortalidad infantil por NBI en Norte de Santander, 2016 .....	79
Figura 37. Curvas de concentración para los indicadores de mortalidad materno – infantil según NBI .....	80
Figura 38. Letalidad por Chagas crónico y agudo, Norte de Santander 2007 - 2016.....	99
Figura 39. Letalidad por Meningitis tuberculosa, Norte de Santander, 2007 – 2016 .....	99
Figura 40. Tasa de Dengue, Norte de Santander, 2007 – 2017 .....	100
Figura 41. Pirámide de personas en situación de discapacidad, Norte de Santander 2018.....	102
Figura 42. Proporción de necesidades básicas insatisfechas, Norte de Santander, a diciembre de 2011.....	121
Figura 43. Otros indicadores de ingreso, Norte de Santander, 2008-2017.....	122
Figura 44. Tasa Global de participación, Ocupación y Desempleo - Norte de Santander, 2007 – 2017 .....	123

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y límites, Norte de Santander, 2017 .....	15
Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del departamento Norte de Santander, 2017 .....	22
Mapa 3. Vías de comunicación del departamento Norte de Santander, 2017 .....	26
Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado en Norte de Santander, 2017 .....	27



## INTRODUCCIÓN

Como un elemento fundamental para mejorar las condiciones de salud en el Departamento Norte de Santander, y con el fin de dar a conocer a través de una estrategia metodológica sobre las necesidades de salud y problemas de salud de nuestra comunidad, se hace necesario la elaboración de un documento analítico que posibilite la explicación sobre determinantes y condicionantes que generan o agravan los problemas de salud; esto con el acompañamiento de los diferentes actores sociales involucrados, a fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida, formulando el Análisis de Situación en Salud.

Uno de los propósitos principales del Análisis de Situación en Salud – ASIS – es permitir la caracterización medible y explicativa sobre el proceso de salud enfermedad en un individuo, una familia o una comunidad; identificando con base en la equidad y comprendiendo varias dimensiones como las políticas, sociales, económicas, culturales y ambientales para dar como resultado la identificación de problemas claves y realizar un enfoque de intervención inmediata que pueda traducir en el mejoramiento de la salud de nuestra población Nortesantandereana.

La metodología utilizada para la elaboración del ASIS, es la que se encuentra estandarizada desde el Nivel Nacional, donde por medio de pasos que guardan el orden secuencial y mediante diferentes fases se hace el proceso de recolección de información, con la interacción de los actores sociales involucrados y teniendo en cuenta las características propias de cada una de las regiones del Departamento, por lo que los resultados de dicho documento son dinámicos de acuerdo a la vulnerabilidad de cada territorio buscando identificar, analizar, comprender y medir los factores determinantes en Norte de Santander.

Finalmente y teniendo en cuenta que de todo este trabajo, lo que se busca es entender básicamente las causas y consecuencias de los problemas de Salud en el Departamento, permitiendo el cálculo de indicadores que ya sea por su componente biológico, o de comportamientos y estilos de vida, sean de interés para facilitar la toma de decisiones de los líderes políticos y sociales del Norte de Santander, para que se formulen y ejecuten proyectos que tengan bases fundamentadas con enfoque diferencial y determinantes de salud claros, garantizando la optimización de recursos y acciones de mayor impacto en la población

## METODOLOGÍA

Los resultados presentados en este documento corresponden a información recolectada de datos primarios y secundarios.

A continuación, se detalla las fuentes a utilizar en cada capítulo: Se usó como fuentes de información las estimaciones y proyección de la población de los censos 1985, 1993 y 2005 y los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad del departamento se utilizó la información del periodo entre el 2005 al 2016, de acuerdo con las bases de datos de Estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.

Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimó las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.0.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2016; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2008 al 2016 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2016; se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

## AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Al Doctor Juan Alberto Bitar Mejía, Director del Instituto Departamental de Salud, la Doctora Nohora Erlinda Cadena, Coordinadora de Salud Pública y demás funcionarios responsables de cada línea de acción en el Departamento, quienes colaboraron con el equipo de Vigilancia en Salud Pública en la labor de desarrollar el proceso de la elaboración del ASIS por regional, para los diferentes municipios, y nuestro ASIS Departamental.

Agradecimiento especial al Ministerio de Salud y Protección Social, la doctora Astrid Berena Herrera López y demás funcionarios, quienes acompañaron todo el proceso de elaboración del documento a nivel Departamental.

## SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud  
AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos  
CAC: Cuenta de Alto Costo  
CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10  
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
Dpto: Departamento  
DSS: Determinantes Sociales de la Salud  
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda  
ESI: Enfermedad Similar a la Influenza  
ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización  
ERC: Enfermedad Renal Crónica  
ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos  
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual  
ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores  
HTA: Hipertensión Arterial  
IC95%: Intervalo de Confianza al 95%  
INS: Instituto Nacional de Salud  
IRA: Infección Respiratoria Aguda  
IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave  
LI: Límite inferior  
LS: Límite superior  
MEF: Mujeres en edad fértil  
Mpio: Municipio  
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social  
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas  
No: Número  
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio  
OMS: Organización Mundial de la Salud  
OPS: Organización Panamericana de Salud  
RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios  
RAP: Riesgo Atribuible Poblacional  
PIB: Producto Interno Bruto  
SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.  
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social  
SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública  
TB: Tuberculosis  
TGF: Tasa Global de Fecundidad  
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano

## 1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

### 1.1 Contexto territorial

#### 1.1.1 Localización

Norte de Santander es uno de los 32 departamentos de Colombia. Está ubicado en la zona nororiental del país, sobre la frontera con Venezuela. Hace parte de la Región Andina y de la Región de los Santanderes. Su capital es San José de Cúcuta, una de las ciudades más importantes del país.

El departamento está conformado por 40 municipios agrupados en 6 subregiones de acuerdo con la división de la Secretaria de Planeación Departamental:

- **Región Norte:** Bucarasica, El Tarra, Sardinata y Tibú.
- **Región Occidente:** Abrego, Cáchira, Convención, El Carmen, La Esperanza, Hacarí, La Playa de Belén, Ocaña, San Calixto, Teorama.
- **Región Oriente:** Cúcuta, El Zulia, Los Patios, Puerto Santander, San Cayetano, Villa del Rosario.
- **Región Centro:** Arboledas, Cucutilla, Gramalote, Lourdes, Salazar de Las Palmas, Santiago, Villa Caro.
- **Región Sur-Occidente:** Cácuta, Chitagá, Mutiscua, Pamplona, Pamplonita, Silos.
- **Región Sur-Oriente:** Bochalema, Chinácota, Durania, Herrán, Labateca, Ragonvalia, Toledo.

Norte de Santander está ubicado en la región nororiental de la República de Colombia sobre la cordillera oriental. Limita al norte y el oriente con la República Bolivariana de Venezuela, al sur con los departamentos de Boyacá y Santander, departamento con el que también limita al occidente, así como con el Cesar.

El Departamento está conformado por tres regiones naturales: la parte más quebrada está representada por la Cordillera Oriental, se inicia en el sitio conocido como Nudo de Santurbán y luego se convierte en la Serranía de los Motilones. Por su parte, las llanuras del Río Catatumbo y del Río Zulia se ubican al noroeste y al sur está el valle del Río Magdalena.

El Departamento tiene una extensión de 22.130 km<sup>2</sup>, que equivalen al 1,91% del millón ciento cincuenta y nueve mil ochocientos setenta y un kilómetros cuadrados (1.159.871,41 km<sup>2</sup>) del territorio Nacional.

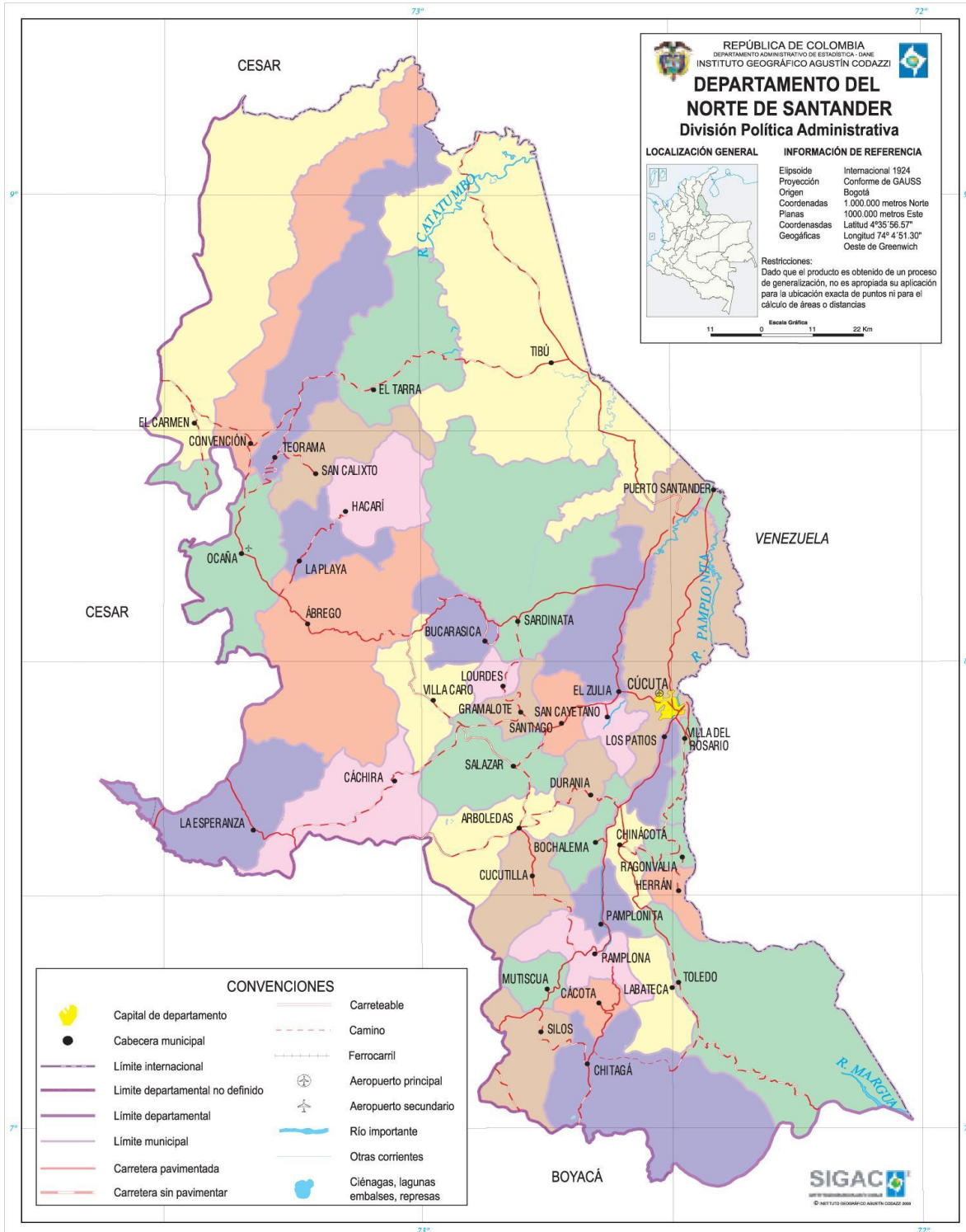
**Tabla 1. Distribución de los municipios de Norte de Santander por extensión territorial y área de residencia, 2017**

Código DANE	Municipio	Área Km2	Altitud m.s.n.m	Temperatura °C	Año Fundación
54001	Cúcuta	1.098	325	27,6	1733
54003	Ábrego	917	1.395	20,6	1810
54051	Arboledas	449	920	24,3	1756
54099	Bochalema	171	1.058	23,9	1759
54109	Bucarasica	263	1.100	23,3	1870
54128	Cáchira	1.058	2.020	16,7	1811
54125	Cácota	135	2.400	15,4	1760
54172	Chinácota	187	1.230	20	1535
54174	Chitagá	1.172	2.337	16,3	1804
54206	Convención	907	1.020	21,9	1829
54223	Cucutilla	367	1.300	20,5	1780
54239	Durania	170	950	24	1890
54245	El Carmen	1.500	950	24	1686
54250	El Tarra	687	150	26,8	1943
54261	El Zulia	528	204	27,2	1750
54313	Gramalote	145	1.047	22,4	1857
54344	Hacarí	597	1.000	22,8	1780
54347	Herrán	108	2.000	13,6	1860
54385	La Esperanza	666	174	28,1	1811
54398	La Playa de Belén	248	1.500	19,9	1862
54377	Labateca	249	1.534	18,4	1620
54405	Los Patios	131	403	26,8	1815
54418	Lourdes	86	1.411	19,9	1905
54480	Mutiscua	156	2.600	13,1	1841
54498	Ocaña	463	1.205	21,2	1570
54518	Pamplona	313	2.288	14,9	1549
54520	Pamplonita	176	1.700	19,2	1550
54553	Puerto Santander	44	51	27,7	1926
54599	Ragonvalia	100	1.555	16,8	1877
54660	Salazar de Las Palmas	480	850	21,8	1561
54670	San Calixto	387	1.650	19	1602
54673	San Cayetano	142	240	25,5	1773
54680	Santiago	170	411	27,7	1742
54743	Santo Domingo de Silos	376	2.750	12	1531
54720	Sardinata	1.907	300	26,2	1876
54800	Teorama	865	1.000	21,7	1779
54810	Tibú	2.737	55	27,3	1945
54820	Toledo	1.486	1.644	18,6	1795
54871	Villa Caro	396	1.600	19,4	1869
54874	Villa del Rosario	93	435	28	1761
Total		22.130			

Fuente: IGAC – DANE – [www.todacolombia.com](http://www.todacolombia.com)

\* Población Proyección DANE 2018

Mapa 1. División política administrativa y límites, Norte de Santander, 2017



Fuente: DANE – Dirección de Geoestadística

## 1.1.2 Características físicas del territorio

### Altitud y Relieve

El departamento de Norte tiene un clima tropical modificado y suavizado por la altitud y las variaciones del relieve, lo cual hace que se presenten marcadas diferencias entre los elementos climáticos. La variación en altitud va desde alturas inferiores a 100 m.s.n.m., al noreste del departamento en las cuencas hidrográficas de los ríos Catatumbo, del río Magdalena hasta alturas superiores a los 4.000 m.s.n.m. en el sector de los páramos al sur del departamento. Las cabeceras municipales de más baja altitud son Tibú con 75 m.s.n.m. y el Zulia con 220 m.s.n.m., mientras las más altas son las de Silos y Mutiscua con 2.700 y 2.600 m.s.n.m., respectivamente. Los principales factores que caracterizan la variación climática son: precipitación, temperatura y humedad relativa.

### Hidrografía

Los principales ríos del departamento son los siguientes:

- Río Zulia

Nace en la Serranía de Santurbán a 4.000 m.s.n.m., en su recorrido hacia el norte recibe los ríos Arboledas, Cucutilla, Peralonso, Pamplonita y Salazar. Atraviesa el valle de su nombre, zona de gran perspectiva agroindustrial donde se aplica la técnica de represamiento y diques de contención para controlar las inundaciones y permitir la utilización de sus aguas para riego. El río baña los municipios de Arboledas, Cúcuta, Cucutilla, Durania, Mutiscua, El Zulia, San Cayetano, Salazar, Santiago, Puerto Santander y Tibú.

- Río Catatumbo

Nace con el nombre de Oroque, en el cerro de Jurisdicciones al sur de Ábrego; corre hacia el norte hasta una depresión de la cordillera entre Abrego y Ocaña donde empieza a llamarse Algodonal, cruza la mesa de Ocaña y continúa su curso con el nombre de Catatumbo. En el municipio de El Tarra recibe las aguas del río Tarra y en el de Tibú las del río de Oro, que sirve de límite entre Venezuela y Colombia; desembocan sus aguas en el lago de Maracaibo (República de Venezuela) al norte de la ensenada de Aguas Muertas.

El río Catatumbo tiene un curso aproximado de 450 km, de los cuales 240 están o pertenecen al territorio colombiano.

- Río Pamplonita

Constituye el principal afluente del río Zulia, nace en el Páramo de Fontibón a 3.100 m.s.n.m., al sureste de Pamplona; tiene una dirección general al norte y corre paralelo a los ríos Táchira y Zulia, sirve de límite entre Colombia y Venezuela en un trayecto de 13 km. Atraviesa los municipios de, Bochalema, Cúcuta, Chinácota, Los Patios, Pamplona, Pamplonita y Puerto Santander.

La subcuenca del río Pamplonita está bastante intervenida ambientalmente, lo cual se explica por atravesar una región densamente poblada.



- Río Táchira

Nace a inmediaciones del páramo de Tamá, en el cerro de Las Banderas, a una altura de 3.368 metros sobre el nivel del mar; siguiendo su curso hacia el norte, marca límites entre las repúblicas de Colombia y Venezuela, a lo largo de los municipios de Herrán, Ragonvalia, Villa del Rosario y Cúcuta, pertenecientes a la primera; Delicias, San Antonio, Ureña de la segunda. Rinde sus aguas al Pamplonita antes mencionado, arriba de la quebrada de Piedras Negras, no muy lejos del caserío de El Escobal.

Entre otras, al Táchira vierten sus aguas las quebradas de El Salado, La Margarita, El Naranjal, Palogordo, El Palito, Agua Sucia y la Horma.

- Río Sardinata

Nace en el páramo de Guerrero a 3.400 m.s.n.m., en su territorio colombiano tiene una dirección noreste y en el sitio llamado Tres Bocas (municipio de Tibú) recibe las aguas de los ríos Tibú y Presidente, adentrándose en territorio venezolano, donde es conocido con el nombre de Tarra. Tiene una longitud aproximada de 170 km; en su recorrido, el río Sardinata baña los municipios de Bucarasica, Lourdes, Sardinata Tibú y Villacaro.

Recibe en el trayecto que recorre: por la banda izquierda, las quebradas San Juana, La Amarilla, La Esperanza y La Vega; por la derecha, los ríos Riecito y San Miguel, y las quebradas de La Sapa, José, La Esmeralda, La Resaca y la de Pedro José que desemboca en Puerto Reyes. De este sitio sigue el Sardinata por territorio colombiano hasta el punto de Tres Bocas, para continuar luego por territorio venezolano hasta ofrendar sus aguas en el Catatumbo.

- Río Cáchira Del Espíritu Santo

Baña los municipios de Cáchira, La Esperanza (Norte de Santander), Rionegro (Santander) y Río de Oro (Cesar), nace en el páramo de Guerrero a 3.400 m.s.n.m., desciende por el costado occidental de dicho páramo, recibe las aguas del río San Alberto del Espíritu Santo y desemboca en el río Lebrija, afluente del río Magdalena.

- Río Margua

Nace en la confluencia de los ríos Chitagá y Valegrá en el municipio de Toledo. En el límite con el departamento de Boyacá forma con el río Cubugón las fuentes del río Arauca. Sus afluentes principales son los ríos Colorado, Culagá, Chitagá, Saraito y Talco.

## Temperatura y Humedad

El sector de influencia del Río Catatumbo tiene temperaturas promedio de 24° centígrados, mientras que, en la zona de Cúcuta, varía de seco a muy seco; y en el área montañosa, se presenta gran variedad de climas que van desde los templados hasta los muy fríos, inclusive inferiores a los 12 °C. Entre los principales accidentes orográficos encontramos la serranía de los Motilones, el cerro Babalí y los páramos de Cáchira, Santurbán y Tamá; en el territorio departamental están presentes los pisos térmicos cálido, medio, frío y páramo con una temperatura predominante para el departamento entre 16 y 26 grados centígrados.

Según el IDEAM a lo largo de la franja oriental, hacia la frontera con Venezuela, se registran las mayores temperaturas medias anuales que, en ocasiones, pueden incluso superar los 28°C en promedio, en municipios como Tibú y Cúcuta. Las menores temperaturas se registran a lo largo de los límites con Santander, en sectores altos de los municipios de Mutiscua, Silos y Cacota.

### Zonas de Riesgo

En Norte de Santander el riesgo de amenazas identificada en cualquiera de sus categorías, corresponden a Riesgo Natural, siendo las inundaciones la más frecuente, sobre todo en época de invierno donde la mayoría de grandes afluentes que sostienen al Departamento suelen ganar cantidad y rebosar ocasionando graves inundaciones en las diferentes comunidades como en el siguiente cuadro se puede observar.

También en la subcategoría geológicas, se encuentran las amenazas de avalanchas o deslizamientos, vendavales y riesgo sísmico las cuales afectan diferentes regiones del Departamento, para lo cual, en los Municipios se ha creado un sistema de alerta a través de los Concejos Municipales de Gestión del Riesgo a fin de prepáralos de cierta manera, para que ante una situación de emergencia natural en la que no se puede revertir se pueda evitar a toda costa la pérdida de vidas humanas en el hecho.

Dentro de la categoría de riesgos socio naturales, se encuentran los incendios forestales que por el tiempo y la vegetación son más frecuentes en los Municipios de Cúcuta, área metropolitana y el sur del Departamento. También son frecuentes las heladas en las regiones más frías del departamento y atentados terroristas por donde pasa la tubería petrolera de caño limón Coveñas.

En cuanto a categorías tecnológicas se tiene designado una alerta para riesgo de accidentes aéreos debido a las altas zonas montañosas que se encuentran por la vía aérea y que influye directamente en la densidad de neblinas que pueden ocasionar desastres como el sucedido con el vuelo de AVIANCA en marzo de 1987 cuando se estrelló contra el Cerro del Espardillo.

**Tabla 2. Zonas de riesgo por categorías, Norte de Santander, 2017**

Categorías	Subcategoría	Tipo de amenaza	Zonas de riesgo en el departamento
Naturales	Hidro-metereológicas	Inundaciones	Zona urbana de Cúcuta por el Rio Pamplonita, Rio Táchira, el canal de Bogotá; la Urbanización Las Margaritas por el desbordamiento de un canal de aguas lluvias
			Los corregimiento de Puerto León y Villamizar del Municipio de Cúcuta por acción del Rio Zulia
			Zona Urbana de Ocaña por el Rio Tejo y Rio Chiquito
			Zona Urbana de Pamplona por las Quebradas Cariongo y Zulia que forman el Rio Pamplonita
			Zona Urbana de Sardinata por el Rio Riecito

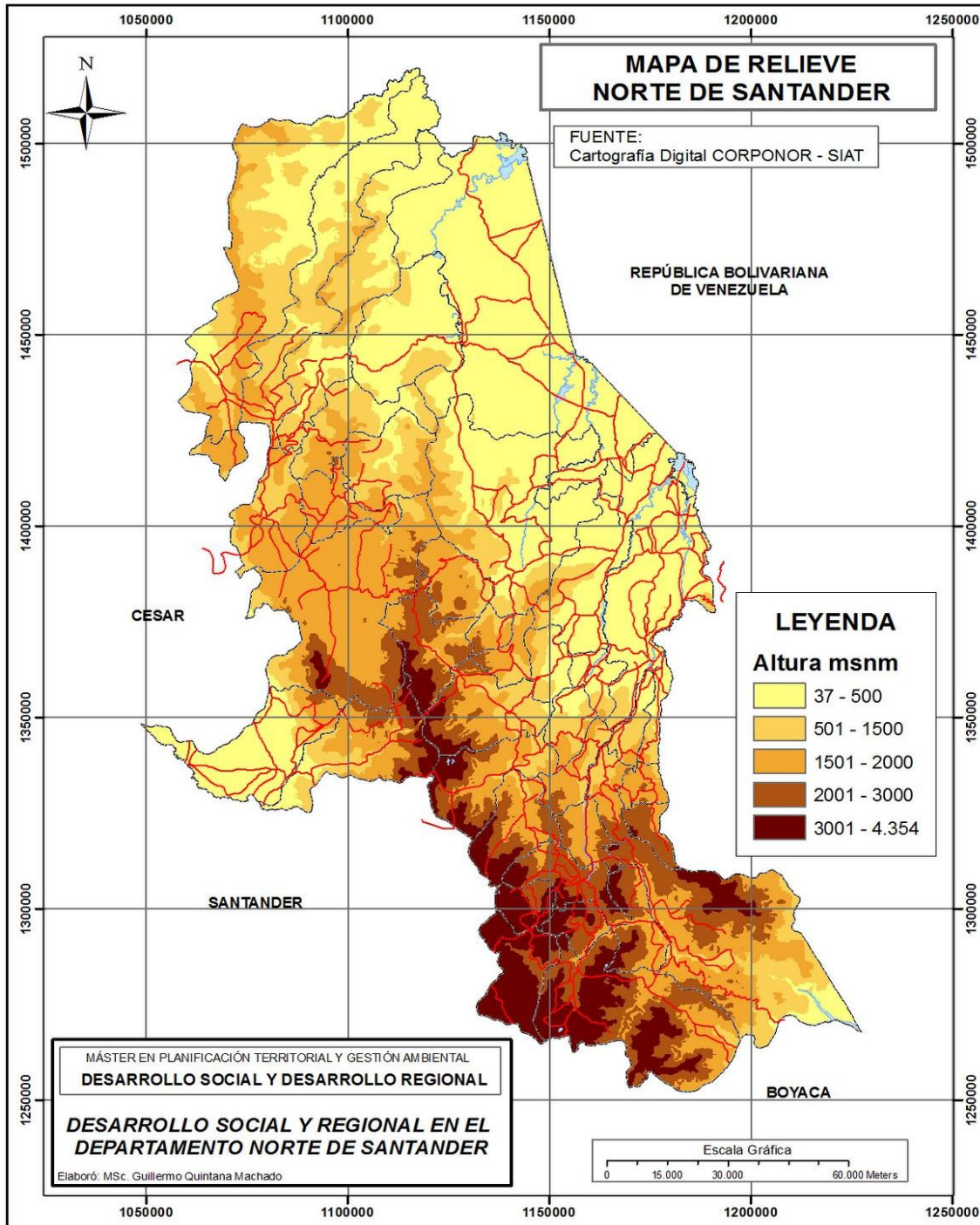
Categorías	Subcategoría	Tipo de amenaza	Zonas de riesgo en el departamento
			<p>Zona Urbana y Rural del Municipio de Salazar por el Rio Salazar</p> <p>Zona Urbana y Rural del Municipio de Cucutilla por el Rio Cucutilla</p> <p>Sector rural y poblado del Corregimiento La Nueva Donjuana del Municipio de Chinácota</p> <p>Sector poblado del Corregimiento de La Garita, Municipio de Los Patios por la quebrada La Garza</p> <p>Sector del Corregimiento Tres Bocas del Municipio de Tibú por el Ríos Presidente y Sardinata</p> <p>En Santa Cecilia sector rural del Municipio de Tibú por desbordamiento de los Ríos Oro y San Antonio por acción del Catatumbo</p> <p>En el Corregimiento de La Gabarra del Municipio de Tibú por el Rio Catatumbo</p> <p>Sector del Corregimiento de La Parada de Villa del Rosario por el rio Táchira</p> <p>El Sureste del Casco Urbano de Puerto Santander por la afluencia de los Ríos Pamplonita y Zulia</p> <p>En otros sectores de los Municipios de Sardinata, Cáchira y Tibú pueden presentarse inundaciones en afluencias del Rio Cáchira y Rio Catatumbo</p>
Naturales	Geológicas	Deslizamientos, derrumbes y/o avalanchas	<p>Veredas Los Rampacho, Corregimiento El Tabaco del Municipio de Abrego.</p> <p>Veredas Balaeará, Veredas Ima, El Retiro, San Bernardo de Bata, Municipio de Toledo.</p> <p>Vereda Negavita, casco urbano y rural del Municipio de Pamplona</p> <p>Vereda La Tiradera, caserío el Aserrío, inspección la Cecilia, Municipio de Teorama</p> <p>Vereda Vega del Río, Corregimiento de Bábega, Municipio de Silos</p> <p>Casco urbano del Municipio de Labateca.</p> <p>Sector las Terrazas del Barrio Alto Pamplonita, Barrio La Victoria, Barrio Tucunaré donde se presenta un fenómeno continuado de remoción en masa sector la Floresta del Barrio Santo Domingo, sector las Minas del Barrio Pueblo Nuevo, Barrio San Rafael, Municipio de San José de Cúcuta.</p> <p>Cerro Bolívar o Monte Triste, Vereda La Mutis, Corregimiento de La Garita</p> <p>En la carretera que conduce de Cúcuta a Pamplona en épocas de invierno se presentan deslizamientos en los sectores Los Vados, Peñas Blancas y Mate Mamón.</p>

Categorías	Subcategoría	Tipo de amenaza	Zonas de riesgo en el departamento
		Vendavales	Los cambios de los tiempos producen riesgo y en el Departamento se han presentado problemas de vendavales fuertes en los Municipios de Tibú y El Zulia
		Riesgo Sísmico	Norte de Santander es de Alto riesgo sísmico en la mayoría de sus regiones en la zona del Catatumbo, y en la zona sur oriente y occidente del Departamento
Socio-naturales	Incendios forestales		Las áreas más susceptibles a incendios forestales se ubican en las siguientes regiones del Departamento.
			- Municipio de Salazar
			- Municipio de Bochalema
			- Municipio de Chitagá
			- Municipio de Pamplona
			- Municipio de Lourdes
			- Municipio de Chinácota
			- Municipio de Ragonvalia
			- Municipio de Pamplonita
			- Municipio de Cúcuta
			- Municipio de Puerto Santander
			- Municipio Los Patios
			- Municipio de Durania
	- Municipio de Toledo		
	- Municipio de Labateca		
	- Municipio de Abrego		
	Heladas	Aunque no se presenta frecuentemente es un riesgo que se puede presentar, este afecta principalmente los cultivos en algunas regiones como al Sur del Departamento y hacia Abrego, Cáchira en los páramos circunvecinos a la zonas.	
	Terroristas	Uno de los principales objetivos de los Grupos Armados al Margen de la ley es el oleoducto Caño Limón – Coveñas el cual ha soportado varios atentados por los diferentes municipios donde atraviesa; En el Municipio de Cúcuta también se han presentado diversos atentados terroristas siendo uno de los más importantes el del Centro Comercial Alejandría en el año 2003.	
Tecnológicas	Accidentes aéreos	Ubicación en un corredor aéreo, cercanía a un aeropuerto, maniobras de fumigación aérea, igualmente existen puntos críticos por constantes neblinas que pueden afectar el tráfico aéreo y terrestre como son el Páramo Tamá, Páramo Almorzadero y el sector El Picacho, entre la inspección de la Laguna y Caserío de Berlín. También se presentan situaciones de riesgo debido a los vuelos ilegales generados por los cultivos ilícitos en el Catatumbo.	



Fuente. Gobernación de Norte de Santander - Secretaria de Planeación Departamental

Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, del departamento Norte de Santander, 2017



Fuente: <http://desarrollo-social-regional.blogspot.com/2008/05/descripcin-fsica-presenta-un-relieve.html>

### 1.1.3 Accesibilidad geográfica

Las posibilidades de conectividad del Norte de Santander con el mundo son múltiples: primero, tenemos una salida natural al Lago de Maracaibo y por él al mar Caribe; segundo, la ubicación de nuestra capital sobre la carretera Panamericana (el sistema vial más importante de Suramérica que recorre el continente de norte a sur) nos conecta hacia el nororiente, con el interior de Venezuela y hacia el suroccidente, con el interior de Colombia y varios países de América Latina; y tercero, la posibilidad de atravesar la Cordillera Oriental en diversos puntos nos permite actualmente conectarnos con el río Magdalena y los Llanos Orientales.

La conexión terrestre del Norte de Santander con el interior del País y con la vecina República Bolivariana de Venezuela descansa en los ejes primarios Cúcuta – Sardinata – Ocaña y Cúcuta – Pamplona – Cuesta Boba, con sus extensiones desde Pamplona hasta Chitagá y Presidente pasando por el punto conocido como La Lejía y desde allí hasta Saravena en el departamento de Arauca.

El primer eje señalado, permite la comunicación con la línea fronteriza de algunos municipios ubicados del noroccidente del Departamento y facilita la conexión de Cúcuta y todo el corredor fronterizo colombo-venezolano con la zona de la costa norte colombiana al empalmar con la vía Bucaramanga – Fundación a través del trayecto Ocaña – Aguachica en el departamento del Cesar, siendo ésta en el momento, la única opción de salida de nuestro carbón a los puertos marítimos para su posterior exportación a los mercados internacionales. De igual manera, esta situación permite el acceso de productos de esa región de Colombia hacia el mercado venezolano.

La vía Cuesta Boba - Pamplona – Cúcuta permite la comunicación con el cordón fronterizo del centro, suroccidente y suroriente del Departamento. Esta ha sido la única vía de conexión de la zona de frontera del departamento con el centro del País, bien por el corredor Cúcuta - Pamplona – Bucaramanga – Tunja – Bogotá, o bien por Cúcuta – Pamplona - Chitagá - Málaga – Duitama – Bogotá.

En el departamento se encuentra un aeropuerto de carácter nacional, el Aeropuerto Aguas Claras en Ocaña y otro de carácter internacional; Aeropuerto Internacional Camilo Daza en Cúcuta, teniendo de igual manera varios aeropuertos de carácter regional. Norte de Santander cuenta con la terminal de transporte ubicada en la ciudad san José de Cúcuta

La ciudad capital del Departamento se encuentra ubicada estratégicamente en el centro de todas las regiones, pero aún así existen municipios muy distantes como los ubicados en la Regional Ocaña y Pamplona, de los cuales observando distancia en Kilómetros Cácuta sería el más distante con 497 Km que se recorren en 145 minutos, seguido de El Carmen con una distancia de 313 Km recorridos en 420 minutos y Cáchira a 312 Km de la ciudad Capital que se recorre en 450 minutos; sin embargo debido al estado deteriorado de la malla vial en algunas regiones por tiempo de traslado son más distantes los municipios de El Tarra, donde para recorrer los 203 Km se requieren un promedio de 10 Horas de traslado o 600 minutos, o el Municipio de San Calixto que para recorrer 300 Km se requieren 450 Minutos, como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Norte de Santander, 2017**

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Abrego	240 Minutos	178	Terrestre
Arboledas	150 Minutos	75	Terrestre
Bochalema	75 Minutos	45	Terrestre
Bucarasica	240 Minutos	100	Terrestre
Cácota	145 Minutos	497	Terrestre
Cáchira	450 Minutos	312	Terrestre
Chinácota	75 Minutos	45	Terrestre
Chitagá	160 Minutos	123	Terrestre
Convención	360 Minutos	232	Terrestre
Cucutilla	210 Minutos	101	Terrestre
Durania	95 Minutos	47	Terrestre
El Carmen	420 Minutos	313	Terrestre
El Tarra	600 Minutos	203	Terrestre
El Zulia	15 Minutos	12	Terrestre
Gramalote	80 Minutos	49	Terrestre
Hacarí	330 Minutos	266	Terrestre
Herrán	190 Minutos	87	Terrestre
Labateca	210 Minutos	113	Terrestre
La Esperanza	390 Minutos	285	Terrestre
La Playa	270 Minutos	200	Terrestre
Los Patios	5 Minutos	7	Terrestre
Lourdes	120 Minutos	65	Terrestre
Mutiscua	145 Minutos	102	Terrestre
Ocaña	300 Minutos	203	Terrestre
Pamplona	100 Minutos	75	Terrestre
Pamplonita	120 Minutos	59	Terrestre
Puerto Santander	85 Minutos	55	Terrestre
Ragonvalia	160 Minutos	72	Terrestre
Salazar	90 Minutos	58	Terrestre
San Calixto	450 Minutos	300	Terrestre
San Cayetano	30 Minutos	17	Terrestre
Santiago	60 Minutos	33	Terrestre
Sardinata	95 Minutos	65	Terrestre
Silos	175 Minutos	123	Terrestre
Teorama	390 Minutos	274	Terrestre
Toledo	190 Minutos	98	Terrestre
Tibú	240 Minutos	125	Terrestre
Villacaro	300 Minutos	98	Terrestre
Villa del Rosario	5 Minutos	5	Terrestre

Fuente: Página WEB Oficial de la Gobernación de Norte de Santander



Algunos municipios como los del área metropolitana suelen ser muy cercanos a la Ciudad de Cúcuta, capital del Departamento pero distantes del resto de Municipios de las diferentes regiones, es así como de Los Patios a Villa del Rosario (ambos del área metropolitana) guardan una distancia de tan solo 5 km que en transporte público se recorren en 10 minutos; y otros tan distantes de los municipios vecinos como es la situación de Tibú y Puerto Santander, donde por su ubicación geográfica comparten la misma Empresa Social del Estado y sin embargo, distan en 180 Km para un recorrido de 5 horas 45 minutos, siendo más cercano el desplazamiento desde estos municipios a la ciudad capital.

**Tabla 4. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, 2017**

Municipio	Municipio vecino	Distancia Kilómetros entre municipio y municipio vecino*	en el su	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino*	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino*	
					Horas	minutos
Abrego	Ocaña	25		Terrestre	1	00
Arboledas	Salazar	23		Terrestre	2	30
Bochalema	Pamplona	33		Terrestre	0	45
Bucarasica	Sardinata	25		Terrestre	1	00
Cácota	Pamplona	24.11		Terrestre	0	45
Cáchira	La Esperanza	22.37		Terrestre	1	00
Chinácota	Los Patios	38		Terrestre	1	00
Chitagá	Pamplona	28.17		Terrestre	0	56
Durania	Los Patios	40		Terrestre	1	00
El Carmen	Ocaña	110		Terrestre	2	00
El Tarra	Tibú	78		Terrestre	6	00
El Zulia	Sardinata	53		Terrestre	1	20
Gramalote	Santiago	16		Terrestre	0	20
Hacarí	La Playa	66		Terrestre	1	00
Herrán	Ragonvalia	15		Terrestre	0	30
Labateca	Toledo	15		Terrestre	0	10
La Esperanza	Ocaña	82		Terrestre	1	20
La Playa	Ocaña	35		Terrestre	0	20
Los Patios	Bochalema	38		Terrestre	1	10
Lourdes	Gramalote	16		Terrestre	0	40
Mutiscua	Pamplona	27		Terrestre	0	45
Ocaña	Abrego	25		Terrestre	0	60
Pamplona	Pamplonita	16		Terrestre	0	20
Pamplonita	Bochalema	15		Terrestre	0	40
Puerto Santander	Tibú	180		Terrestre	5	45
Ragonvalia	Villa del Rosario	67		Terrestre	2	00
Salazar	Santiago	25		Terrestre	0	30
San Calixto	Teorama	26		Terrestre	1	00
San Cayetano	El Zulia	5		Terrestre	0	15
Santiago	San Cayetano	16		Terrestre	0	30
Sardinata	Ocaña	140		Terrestre	3	25
Silos	Pamplona	48		Terrestre	1	15
Teorama	Ocaña	71		Terrestre	1	30
Toledo	Chinácota	53		Terrestre	1	55
Tibú	El Zulia	113		Terrestre	3	25
Villacaro	Gramalote	49		Terrestre	4	00
Villa del Rosario	Los Patios	5		Terrestre	0	10

Fuente: Página WEB Oficial de la Gobernación de Norte de Santander

Mapa 3. Vías de comunicación del departamento Norte de Santander, 2017



Fuente: DANE – Dirección de Geoestadística

## 1.2 Contexto demográfico

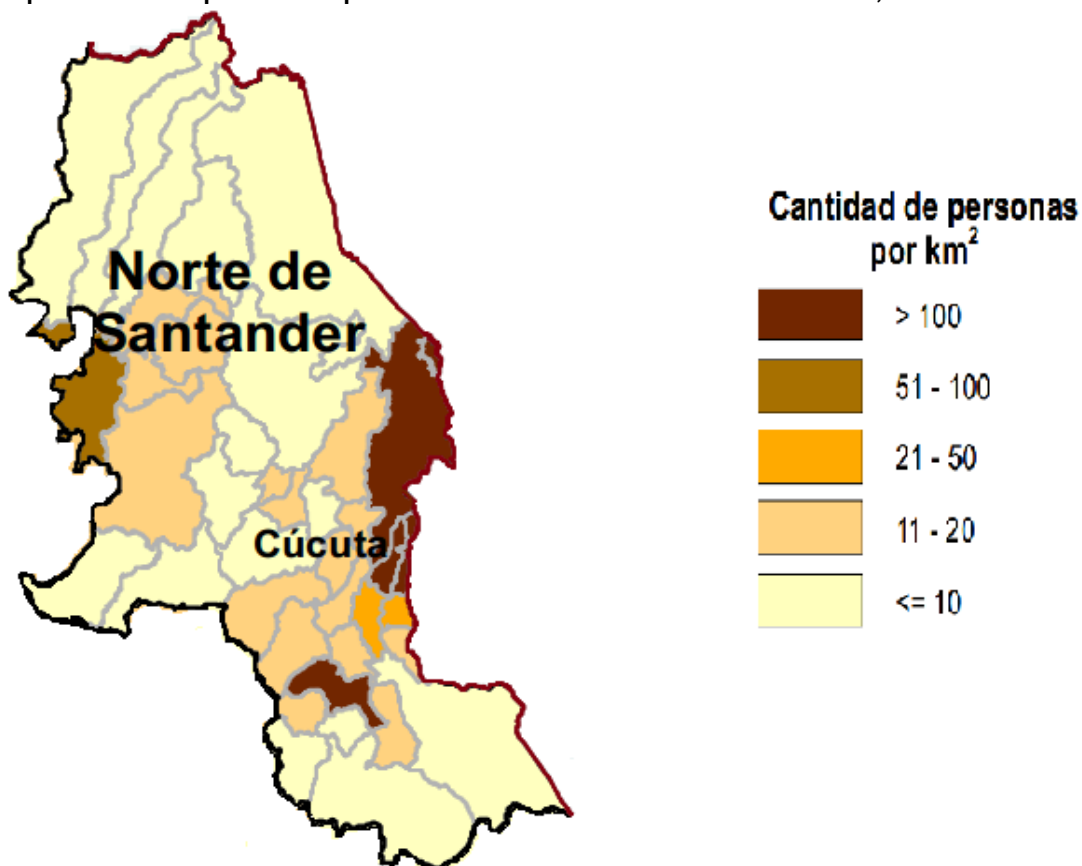
### Población total

La población estimada para el año 2018 en el departamento fue de 1.391.239 habitantes, que comparada con la población del 2005 presentó un aumento en aproximadamente 147.378 personas durante lo corrido de los últimos 14 años.

### Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

Norte de Santander presenta una extensión de 21.658 Km<sup>2</sup>, para una densidad poblacional de aproximadamente 64 Habitantes por Kilómetro cuadrado. Lo anterior se debe a que gran parte del territorio es rural; El 80% de los municipios tienen una densidad poblacional por debajo del promedio departamental; Los municipios con mayor densidad poblacional son Villa del Rosario, Cúcuta y Los Patios. Los municipios con menor densidad poblacional son Chitagá, El Carmen y Cáchira.

Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado en Norte de Santander, 2017



Fuentes: DANE – Dirección de Geoestadística  
Ministerio de Salud y Protección Social

## Población por área de residencia urbano/rural

Del total de habitantes en el Departamento, el 78,9% reside en el área urbana de los municipios, el 21,1% reside en el área rural. Esto se ve influenciado por que la mayor parte de la población habita en la capital (48% del total de la población); no obstante, la mayoría de los municipios son predominantemente rurales, y la población que reside en corregimientos y/o veredas supera el 80%, como es el caso de La Playa, Hacarí, Teorama, Bucarasica, La Esperanza, Mutiscua, Cáchira, San Calixto, Cucutilla, El Carmen, Pamplonita.

**Tabla 5. Población por área de residencia departamento Norte de Santander, 2018**

Municipio	Población General	%	Área Urbana	Área Rural	Grado De Urbanización (%)
Cúcuta	668.838	48%	646.345	22.493	97%
Abrego	39.090	3%	17.836	21.254	46%
Arboledas	8.946	1%	2.527	6.419	28%
Bochalema	7.103	1%	2.551	4.552	36%
Bucarasica	4.573	0%	602	3.971	13%
Cácota	1.763	0%	515	1.248	29%
Cáchira	11.091	1%	1.744	9.347	16%
Chinácota	16.848	1%	11.554	5.294	69%
Chitagá	10.427	1%	3.700	6.727	35%
Convención	12.765	1%	4.911	7.854	38%
Cucutilla	7.491	1%	1.206	6.285	16%
Durania	3.679	0%	1.773	1.906	48%
El Carmen	13.363	1%	2.252	11.111	17%
El tarra	11.025	1%	4.582	6.443	42%
El Zulia	23.663	2%	14.394	9.269	61%
Gramalote	5.370	0%	2.658	2.712	49%
Hacarí	10.860	1%	1.256	9.604	12%
Herrán	3.924	0%	1.010	2.914	26%
Labateca	5.898	0%	1.475	4.423	25%
La esperanza	12.370	1%	1.804	10.566	15%
La playa	8.563	1%	639	7.924	7%
Los patios	79.336	6%	77.039	2.297	97%
Lourdes	3.351	0%	1.221	2.130	36%
Mutiscua	3.727	0%	521	3.206	14%
Ocaña	100.461	7%	91.418	9.043	91%
Pamplona	58.592	4%	55.825	2.767	95%
Pamplonita	4.971	0%	917	4.054	18%
Puerto Santander	10.757	1%	9.996	761	93%
Ragonvalia	6.907	0%	2.918	3.989	42%
Salazar	8.870	1%	3.757	5.113	42%
San Calixto	13.880	1%	2.249	11.631	16%
San Cayetano	5.753	0%	2.248	3.505	39%
Santiago	2.872	0%	1.411	1.461	49%
Sardinata	22.596	2%	9.281	13.315	41%
Silos	4.198	0%	992	3.206	24%
Teorama	22.910	2%	2.858	20.052	12%
Tibú	37.098	3%	14.141	22.957	38%
Toledo	17.287	1%	4.528	12.759	26%
Villa caro	5.227	0%	1.997	3.230	38%
Villa del Rosario	94.796	7%	90.712	4.084	96%
Total general	1.391.239	100%	1087975	291.558	78,9

Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020

## Grado de urbanización

A 2018, el 78,9% de la población del Departamento reside en áreas urbanas, principalmente porque la mayor parte de la población reside en la ciudad de Cúcuta con un 48% de la población del departamento; sin embargo, el grado de urbanización a nivel general es bajo. El 80% de los municipios tiene un grado de urbanización por debajo del 50%. Los municipios con menor grado de urbanización son La Playa, Hacarí y Teorama (entre el 7 y 13%), todos pertenecientes a la regional de Ocaña.

## Número de viviendas

A 2018, el número de viviendas ocupadas estimadas en el departamento fue 383.018, de las cuales el 80% están ubicadas en la zona urbana y el 20% en la zona rural. De 2005 a 2018 el número de viviendas en el departamento ha aumentado un 22%. Según fuente SISPRO.

## Número de hogares

Para el 2018, el número de hogares según DANE es de 379.207 para el departamento Norte de Santander. De acuerdo con la encuesta de Calidad de vida del DANE, el promedio de personas por hogar en el departamento es de 4, el cual es similar al comportamiento del país.

## Población por pertenencia étnica

Los grupos étnicos minoritarios de Norte de Santander son el 2,45% de la población total del departamento, están compuestos por afrocolombianos, ROM e indígenas, principalmente Motilón-Barí, y otros grupos indígenas que habitan el departamento son U'wa y Yukpa, que si bien no es un alto porcentaje es importante y su estudio el cual permitirá en el futuro plantear soluciones a sus deficiencias en cuanto a calidad de vida. Los Indígenas Motilón Barí pertenecen a una etnia milenaria, conformada por 23 comunidades en Colombia que habitan la cuenca del Río Catatumbo, en nuestro Departamento y Frontera con Venezuela, poseen conciencia Colectiva, cultura propia y conservan su territorio, usos, costumbres, valores y tradiciones; pertenecen a la familia ARAWAK y su lengua se denomina BARÍ ARA; el dios Sabaseba fue quien organizó el mundo y sus vidas, y el más temido de los espíritus es Dabiddu, dueño de la noche, espíritu que causa el mal y quien con su fatalidad trae al Barí la enfermedad y la muerte.

Dentro de las 23 comunidades Barí, están ubicadas 417 familias Barí, distribuida en cinco municipios (Tibú, El Tarra, Teorama, El Carmen, Convención) y los cuatros núcleos o zonas de la siguiente manera:

Núcleo 1: Iquiacarora, Ayatuina, Aratocbarí, Adosarida, Caxbaring – cayra, Batroctrora, Saphandana.

Núcleo 2: Shubacbaria, Yera, Asacbaring – cayra, Ogbabuda, Suerera, Brubucanina, Pathuina.

Núcleo 3: Bridicayra, Corrongcayra, Ichirringda – cayra.

Núcleo 4: Caricacha – boquira, Isthoda, Beboquira, Bacuboquira, Irocobin – cayra, Sacacdú.

Las comunidades con más incursiones y blancos del conflicto armado en Norte de Santander son: Batroctrora, Saphadana, Brubucanina, Suerera, Ogbabuda, Yera, Beboquira, Bacuboquira, Irocobin-cayra, Sacacdú, Corrongcayra. Las más cercanas a la comercialización ilegal de madera son: Caxbaring-cayra, Brubucanina, Pathuina, y Suerera y en las comunidades que se presentan más deforestación están: Batroctrora, Saphadana, Brubucanina, Suerera, Ogbabuda, Yera, Beboquira, Bacuboquira, Irocobin-cayra, Sacacdú y Corrongcayra.

Por otra parte, el Departamento también cuenta con la comunidad indígena U'wa que traduce "Gente Inteligente Que Sabe Hablar". Este pueblo conserva su lengua nativa la cual pertenece al grupo lingüístico Chibcha, y se caracteriza por su alto sentido de respeto al medio natural y gran conocimiento sobre las plantas medicinales, así como por la histórica lucha que han mantenido frente a las transnacionales explotadoras de hidrocarburos en sus tierras ancestrales.

Las mujeres U'wa se encargan del cuidado de los hijos, la cocina, el hogar y el desarrollo de algunas actividades como el manejo y cuidado de las huertas caseras y de los animales de cría que se establecen cerca de las casas de vivienda; también desarrollan actividades tradicionalmente masculinas como la recolección de algunos alimentos. Otra actividad relevante en la cotidianidad de las mujeres U'wa es tejer las mochilas propias y enseñar a las niñas a tejer, además están culturalmente relacionados al cuidado del Ayu u hoja de coca por parte de las mujeres, motivo por el cual estas plantas se siembran cerca de la casa familiar.

Las autoridades U'wa son generalmente masculinas, el Gobernador del Cabildo, el Werjaya (medico tradicional), los cantores (se consideran la autoridad que orienta y recuerda las leyes escritas por el dios Sira), los caciques, los ancianos, los padres de familia y otros líderes, son quienes participan en la organización y cumplimiento de las leyes dentro de cada comunidad. Aunque las mujeres también pueden desempeñar cargos de importancia relacionados con la sabiduría y conocimiento tradicional y espiritual.

**Tabla 6. Distribución de la población por etnia, Norte de Santander, 2017**

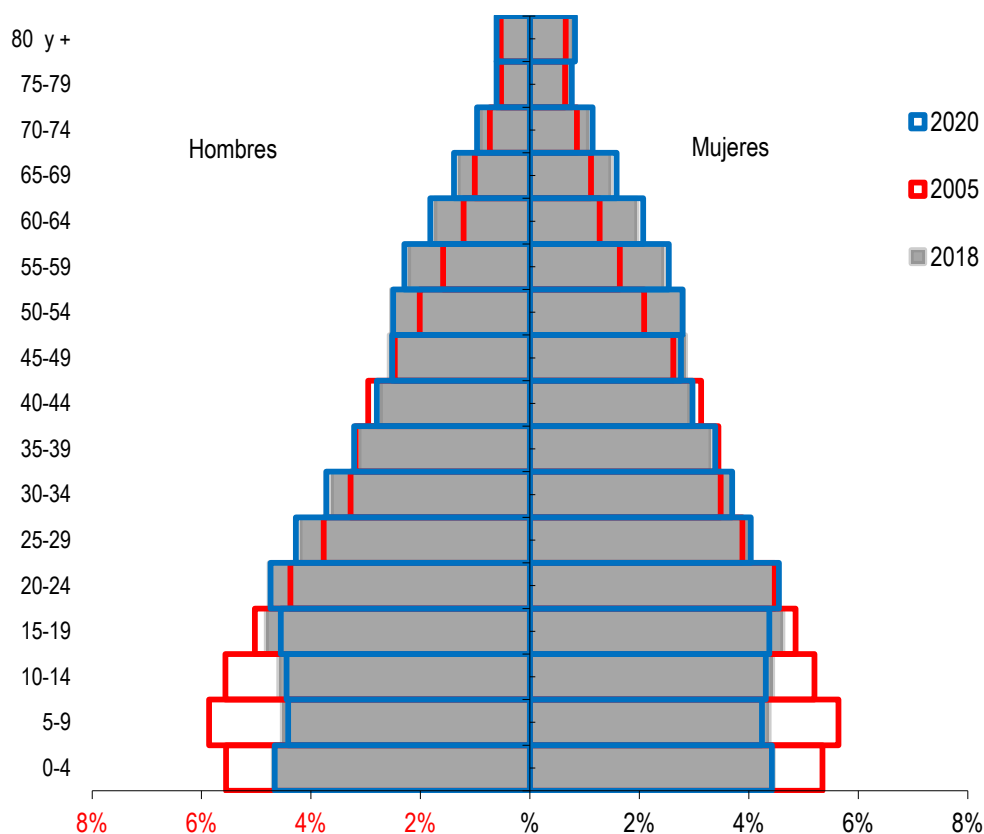
Etnia	Grupo	Hombres	Mujeres	Total Habitantes	Porcentaje
Indígena	Barí, Uwa	3.701	3.546	7.247	1%
Rom	-	92	95	187	0,01%
Raizal	-	51	47	98	0,01%
Negro	-	11.359	10.764	22.123	2%
Ninguno	-	668.202	681.676	1.349.878	98%
Total		683.405	696.128	1.379.533	100%

Fuente: <http://sige.dane.gov.co:81/gruposEtnicos/index.phtml>

### 1.2.1 Estructura demográfica

La población estimada para Norte de Santander en el 2018 fue 1.391.239 habitantes, 689.069 son hombres y 702.170 son mujeres. El 27% de la población es menor de 15 años y el 11% es población de 65 o más años. El 62% de la población se encuentra en edad productiva. Al realizar la comparación de los cambios en las pirámides poblacionales 2005, 2018 y 2020, se observa un estrechamiento en la base, es decir, una disminución en la población menor de 10 años y un aumento en los grupos de edad que conforman la cúspide, comportamiento característico de una pirámide estacionaria, donde se refleja una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad.

Figura 1. Pirámide poblacional del departamento Norte de Santander, 2005, 2018, 2020



Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020

**Población por ciclo vital**

**Tabla 7. Proporción de la población por ciclo vital, departamento Norte de Santander 2010,2018 y 2020**

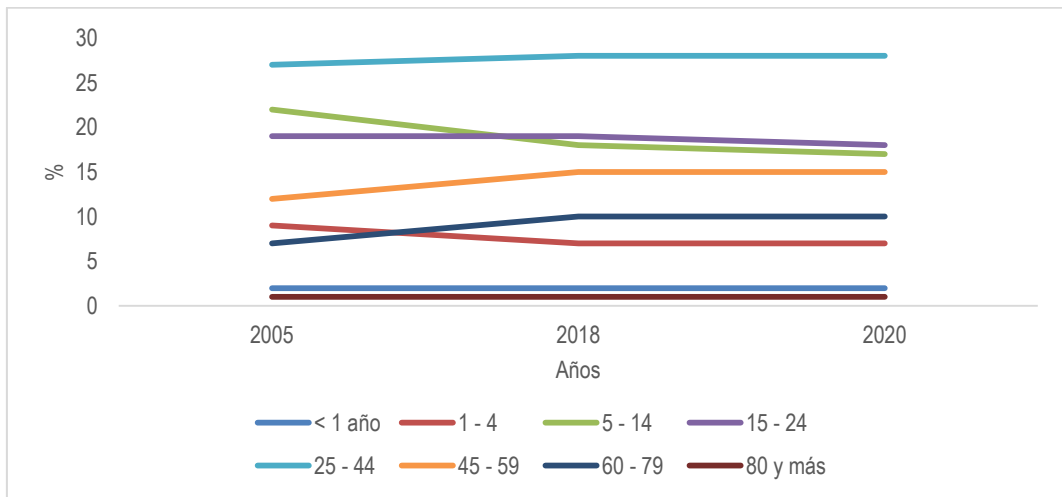
Ciclo vital	2005		2018		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	164.286	13%	151.886	11%	153.068	11%
Infancia (6 a 11 años)	169.282	14%	148.543	11%	147.028	11%
Adolescencia (12 a 17 años)	154.093	12%	154.262	11%	149.523	11%
Juventud (14 a 26 años)	298.699	24%	333.649	24%	331.352	24%
Adulthood (27 a 59 años)	452.172	36%	550.885	39%	566.168	40%
Persona mayor (60 años y más)	106.439	9%	155.991	11%	166.536	12%
Total población DANE	1.243.861	100%	1.391.239	100%	1.413.837	100%

Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 – 2020

Al analizar los cambios en el tamaño poblacional en el departamento por ciclo vital para los años 2005, 2018, 2020, se logró identificar una disminución en la proporción de población en los grupos de infancia y primera infancia y adolescencia del año 2018 comparado con el 2005. En la juventud pasa se conserva en un 24% entre el 2005 y 2020. En la adultez tiene una tendencia a la disminución, pasa de 4% en 2005 a un 2% a 2020. En el ciclo vital persona mayor, a diferencia de los anteriores se observa un incremento pasa de un 9% en 2005 a un 12% para el 2020, lo cual refleja un aumento en la esperanza de vida de la población.

**Cambio en la proporción de la población por grupo etarios**

**Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, departamento Norte de Santander 2010, 2018, 2020**



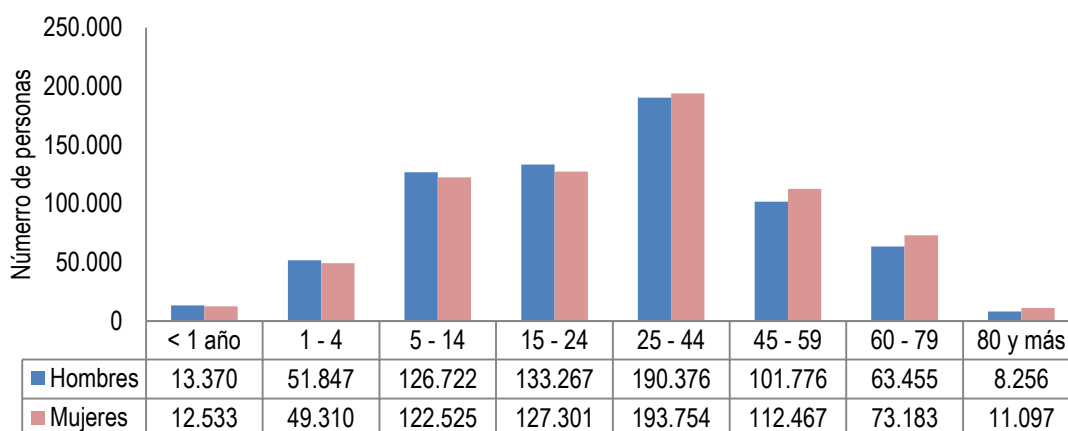
Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 – 2020



En cuanto a los cambios en la proporción de población por grupos de edad, podemos observar que el departamento los grupos de edad de 25 a 44 años, presenta una disminución en la proporción entre los años 2005-2018 y 2020, al igual que los grupos de 5 a 24 y de 5 a 14 años. Los demás grupos, mantienen la proporción de su población en estos tres años analizados.

### Población por sexo y grupo de edad

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad del departamento Norte de Santander, 2018



#### Año-2018

Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020

En cuanto al comportamiento poblacional por grupos de edad y sexo, para el 2018 se observa mayor cantidad de hombres en población menor de 25 años, mientras que para los grupos de 25 a 44, 45 a 59, 60 a 79 y 80 o más años, el género más representativo es el femenino; no obstante, no existen diferencias significativas con respecto a la composición de la población por grupos de edad y sexo.

### Otros indicadores demográficos

Relación hombres/mujer	En el año 2005 por cada 99 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2018 por cada 98 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2005 por cada 42 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2018 por cada 35 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2005 de 100 personas, 33 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2018 este grupo poblacional fue de 27

Índice de juventud	personas En el año 2005 de 100 personas, 26 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2018 este grupo poblacional fue de 27 personas
Índice de vejez	En el año 2005 de 100 personas, 9 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2018 este grupo poblacional fue de 11 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2005 por cada 100 personas menores de 15 años, había 26 de 65 años o más, mientras que para el año 2018 por cada 100 menores de 15 años, había 41 personas de 65 o más años
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 65 personas menores de 15 años o mayores de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2018 de cada 100 personas entre los 15 a 64 años, había 53 personas menores de 15 años o mayores de 65 años.
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, 55 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2018 fue de 41 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2005, 10 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que para el año 2018 fue de 11 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

**Tabla 8. Otros indicadores de estructura demográfica para Norte de Santander, 2005, 2018, 2020.**

Índice Demográfico	Año		
	2005	2018	2020
Población total	1.243.861	1.391.239	1.413.837
Población Masculina	617.449	689.069	700.087
Población femenina	626.412	702.170	713.750
Relación hombres: mujer	98,57	98,13	98
Razón niños: mujer	42	35	35
Índice de infancia	33	27	27
Índice de juventud	26	27	27
Índice de vejez	9	11	12
Índice de envejecimiento	26	41	44
Índice demográfico de dependencia	64,57	52,83	52,41
Índice de dependencia infantil	54,57	41,34	40,39
Índice de dependencia mayores	10,00	11,49	12,02
Índice de Friz	175,19	146,98	141,35

Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020

1.2.2. Dinámica demográfica

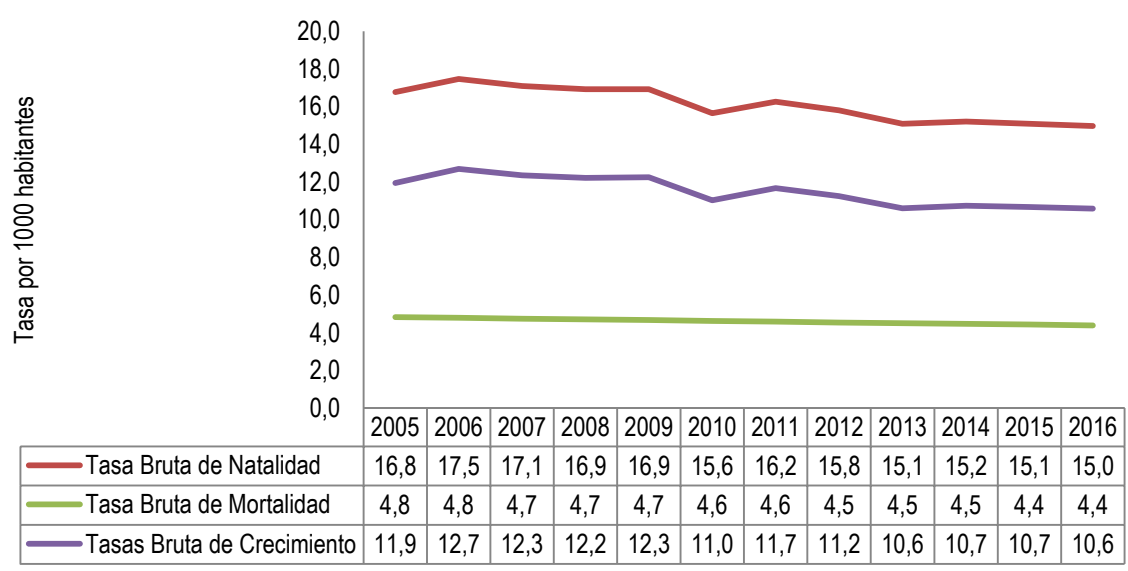
**Tasa de Crecimiento Natural:** Para el 2015 la tasa de crecimiento natural se ubicó en 10,6 por cada 100 mil habitantes.

**Tasa Bruta de Natalidad:** En el 2016 se tuvo una tasa de 15 nacimientos por cada 1000 habitantes. El comportamiento de la natalidad se ha mantenido sin cambios significativos desde el 2005 a 2009. En el año 2010 reduce la tasa, lo cual se explica no como una reducción de la natalidad como tal en el departamento, sino como consecuencia de la implementación del registro de estadísticas vitales en línea a través del RUAF-ND, estrategia desarrollada en todo el país.

**Tasa Bruta de Mortalidad:** Durante la vigencia 2016 la tasa de mortalidad fue de 4.1 defunciones por cada mil habitantes. Igualmente, la tasa de mortalidad se mantenido sin cambios significativos durante lo corrido del 2005 al 2009. En 2010 y 2011 hubo leve descenso, también explicado por la implementación del registro de estadísticas vitales en línea a través del RUAF-ND.

**Tasa Neta de Migración:** En el 2016 la tasa de migración fue negativa, con un valor igual a -3,98, evidenciándose un predominio de las salidas sobre las llegadas al territorio departamental, principalmente debido al proceso de desplazamiento forzado, junto con los desplazamientos fronterizos hacia Venezuela.

Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad, 2005 al 2015



Fuente: DANE – Proyecciones de población 1985 - 2020

### Otros indicadores de la dinámica de la población

- **Tasa General de Fecundidad:** Para el 2016, en el departamento se registró una tasa general de fecundidad igual a 57.5 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil, valor por debajo del nivel nacional para ese mismo periodo (69,6 por cada 1000 mujeres en edad fértil).
- **Tasa Global de Fecundidad –TGF:** Durante esta vigencia se estimó para el departamento un promedio de hijos nacidos vivos por mujer en edad fértil igual a 1,8 también por debajo del nivel nacional que se encuentra en 2,3.
- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años:** En el 2016 se logró estimar una tasa específica de fecundidad en menores de 10 a 14 años igual a 2,2 nacimientos por cada mil niñas en ese rango de edad, que en el país fue de 2,6 nacimientos por cada 1000 niñas en ese rango de edad
- **Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años:** Para el mismo periodo se estimó una tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años igual a 61,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en ese rango de edad.
- **La Edad Media de Fecundidad:** La edad promedio de la fecundidad durante este año se ubicó en 26 años, promedio por debajo del nacional ubicado en 28.
- **La Tasa de Reproducción neta:** El promedio de hijas por mujer en edad fértil para el 2015 se ubicó en 1, tasa de reproducción similar a la observada a nivel nacional.

**Tabla 9. Otros indicadores de la dinámica de la población del departamento Norte de Santander, 2016**

Indicador	Colombia 2016	Norte de Santander 2016
Tasa de Crecimiento Natural	12,8	10,6
Tasa Bruta de Natalidad (por mil)	18,03	15.1
Tasa Bruta de Mortalidad (por mil)	5,95	4,4
Tasa de reproducción Neta (estimada)	1,09	1,10
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	69,6	57,5
Tasa global de fecundidad – TGLF	2,3	1,8

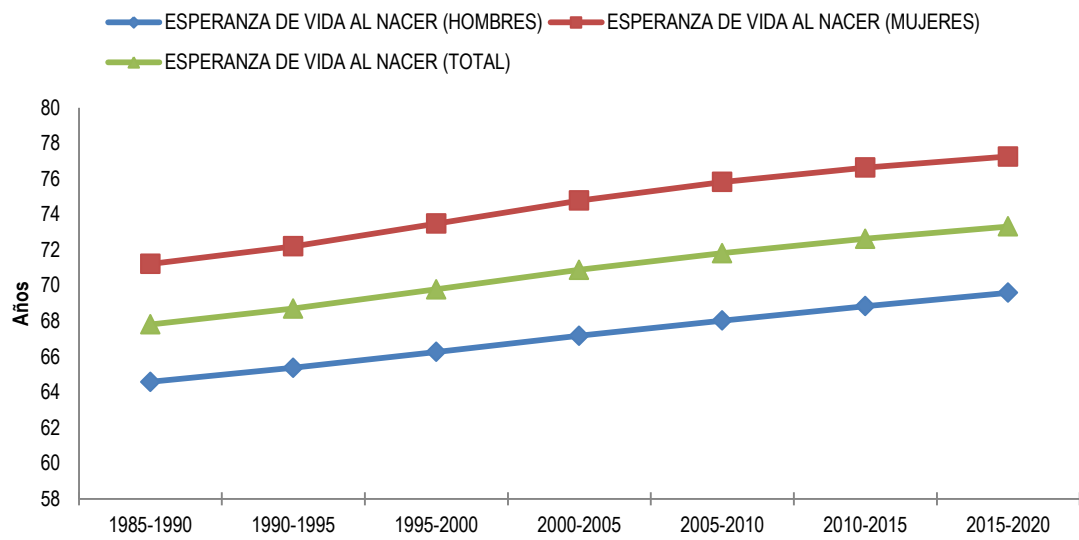
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales, 2016

### Esperanza de vida

La Esperanza de Vida es expresión del desarrollo socioeconómico del país, el desarrollo integral del sistema de salud representa el número de años promedio que se espera que un individuo viva desde el momento que nace, si se mantienen estables y constantes las condiciones de mortalidad.

Evaluando su comportamiento desde 1985 y su proyección a 2020, se observa que la esperanza de vida en el departamento ha ido aumentando paulatinamente pasando de 67,8 años en el periodo 1985 – 1990 a una estimación de 72,6 años para el periodo 2010 – 2015; es decir, un aumento en la expectativa de vida en aproximadamente 5 años. La esperanza de vida en el departamento es mayor en las mujeres, observándose similar comportamiento a la esperanza de vida del país, se refleja una diferencia de aproximadamente 8 años entre géneros, para el periodo 2010 – 2015. Se estima que para el periodo 2015 – 2020 la expectativa de vida aumente en 0,5 años para ambos géneros.

**Figura 5. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Departamento, 1885 – 2020**



Fuente: DANE –Proyecciones de Población 1985 - 2020

**1.2.3 Movilidad forzada**

El desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad. En norte de Santander se han registrado un total de 127130 personas en situación de desplazamiento, de las cuales el 51.4% son mujeres; El 22,3% de la población desplazada es menor de 15 años y el 6,2% es población adulta de 65 o más años. El resto de población está en edad productiva lo cual incide directamente en la capacidad laboral y el sostenimiento de los hogares de los cuales son responsables, siendo un factor que sin duda viene contribuyendo al aumento del desempleo en el departamento.

La principal causa de desplazamiento en el departamento es el conflicto armado y la usurpación ilegal de predios por parte de los grupos armados para cultivos ilegales. Los municipios receptores de población desplazada principalmente son Cúcuta, Tibú, Ocaña, San Calixto y Teorama, entre otros.

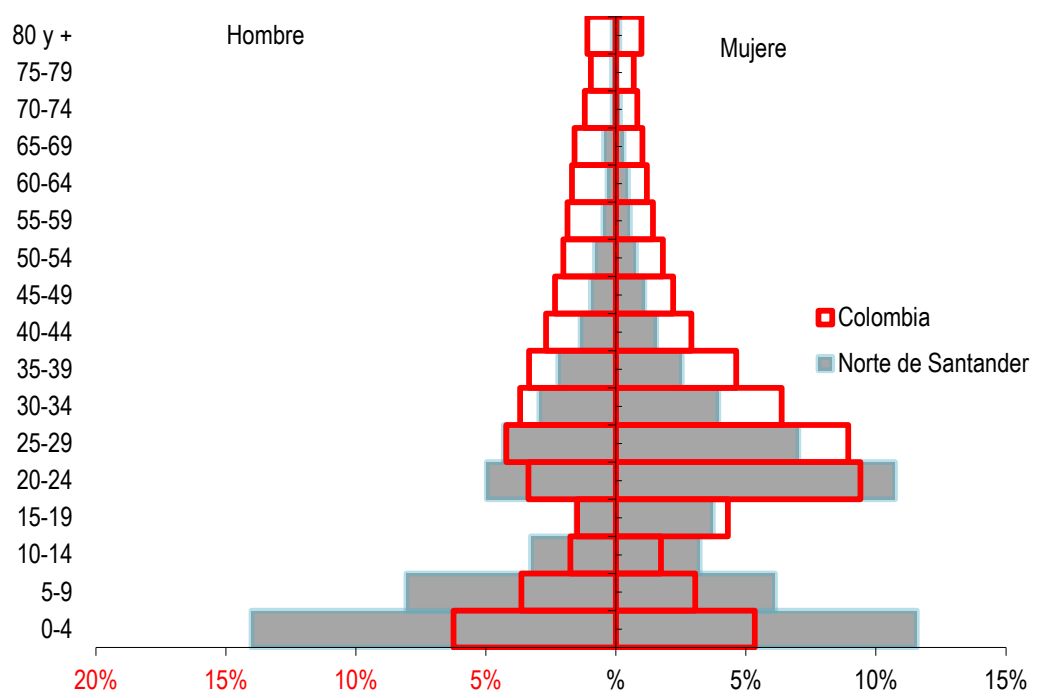
**Tabla 10. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Norte de Santander, 2017**

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento	Total	%
0 a 4 años	3.765	3.882	7.647	4%
05 a 09 años	10.592	11.469	22.061	10%
10 a 14 años	12.718	13.666	26.384	12%
15 a 19 años	12.527	12.919	25.446	12%
20 a 24 años	14.481	13.091	27.572	13%
25 a 29 años	10.551	9.526	20.077	9%
30 a 34 años	9.000	7.333	16.333	8%
35 a 39 años	8.362	6.464	14.826	7%
40 a 44 años	6.735	5.302	12.037	6%
45 a 49 años	5.832	4.747	10.579	5%
50 a 54 años	4.621	3.971	8.592	4%
55 a 59 años	3.668	3.341	7.009	3%
60 a 64 años	2.777	2.485	5.262	2%
65 a 69 años	1.967	1.969	3.936	2%
70 a 74 años	1.343	1.494	2.837	1%
75 a 79 años	1.002	1.130	2.132	1%
80 años o más	1.679	1.866	3.545	2%
No definido	4	3	7	0,003%
No reportado	33	56	89	0,04%
<b>Total</b>	<b>111.657</b>	<b>104.714</b>	<b>216.371</b>	<b>100%</b>

Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV

### 1.2.4 Dinámica migratoria

Figura 6. Pirámide de atención a población extranjera, Norte de Santander 2017



Fuente: SISPRO

En la pirámide poblacional de atención a población extranjera, podemos apreciar que el grueso de atenciones a esta población se encuentra localizado en hombres de 0 a 4 años con un 14%, a este le sigue el grupo de 0 a 4 años de mujeres con un 12%. En tercer lugar, tenemos el grupo de mujeres de 20 a 24 años con un 11% de atenciones. Se puede notar una estrechez en atenciones en el grupo de 10 a 19 años de ambos sexos. A partir de los 30 años, las atenciones comienzan su descenso para dar forma a una pirámide de atención expansiva

### Otros indicadores demográficos en población extranjera

#### Índices demográficos e Interpretación

Relación hombres/mujer: En Norte de Santander para el año 2017 por cada 86 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para el país en el año 2017 por cada 76 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud

Razón niños mujer: En Norte de Santander para el año 2017 por cada 84 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron

atenciones en salud, en contraste en el país para el año 2017 por cada 30 niños y niñas (0-4 años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud.

Índice de infancia: En Norte de Santander en el año 2017 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 46 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en el Colombia para el año 2017 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 22 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de juventud: En Norte de Santander en el año 2017 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 32 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en el Colombia en el año 2017 este grupo poblacional fue de 32 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de vejez: En Norte de Santander en el año 2017 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 2 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2017 este grupo poblacional fue de 11 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de envejecimiento: En el Norte de Santander en el año 2017 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 5 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en el Colombia en el año 2017 este grupo poblacional fue de 52 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice demográfico de dependencia: En el Norte de Santander de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 91 personas migrantes menores de 15 años o de 65 años y más (dependientes), mientras que en el Colombia este grupo poblacional fue de 43 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia infantil: En Norte de Santander, 88 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años, dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años, mientras que en el Colombia fue de 31 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de dependencia mayores: En Norte de Santander, 3 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años, mientras que en el Colombia fue de 12 personas migrantes con atenciones en salud.

Índice de Friz: Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.



**Tabla 11. Índice demográfico en población extranjera en Norte de Santander 2017**

Índice Demográfico	2017	
	Norte de Santander	Colombia
Población total	10.047	62.796
Población Masculina	4.632	27.109
Población femenina	5.415	35.687
Relación hombres: mujer	85,54	76
Razón niños:mujer	84	30
Índice de infancia	46	22
Índice de juventud	32	32
Índice de vejez	2	11
Índice de envejecimiento	5	52
Índice demográfico de dependencia	91,26	43,08
Índice de dependencia infantil	88,44	31,12
Índice de dependencia mayores	2,82	11,96
Índice de Friz	310,44	97,83

Fuente: SISPRO

**Tabla 12. Atención a población extranjera por tipo de servicio en Norte de Santander, 2017**

Tipo de servicio	Total Migrantes atendidos Departamento Norte de Santander		Total Migrantes atendidos Colombia		Concentración Departamento
	2017	Distribución	2017	Distribución	2017
Consulta Externa	8.279	42%	41.582	40%	20%
Servicios de urgencias	1.146	6%	8.971	9%	13%
Hospitalización	223	1%	3.984	4%	6%
Procedimientos	7.298	37%	40.480	39%	18%
Medicamentos	2.475	13%	9.237	9%	27%
Nacimientos	255	1%	779	1%	33%
Total	19.676	100%	105.033	100%	19%

Fuente: SISPRO

En esta tabla, podemos apreciar que la concentración de atención por nacimientos en Norte de Santander, representa un 33% de las atenciones realizadas a nivel nacional en este servicio. A este le sigue la entrega de medicamentos con un 27% y en tercer lugar tenemos la consulta externa con un 20%.

Tabla 13. Atención a población extranjera por lugar de procedencia, Norte de Santander, 2017

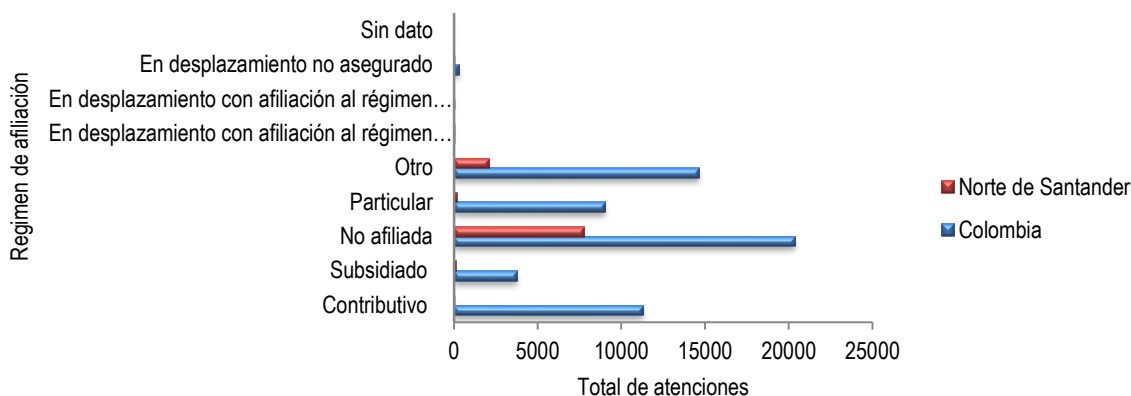
Departamento	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Colombia	País de procedencia del migrante	Total de Atenciones en salud según procedencia		Concentración de la atención población migrante 2017
		2017	Proporción			2017	Distribución	
Norte de Santander	Brasil	2	0%	Colombia	Brasil	882	1%	0,2%
	Ecuador	6	0%		Ecuador	677	1%	0,9%
	Nicaragua	0	0%		Nicaragua	26	0%	0,0%
	Otros	1	0%		Otros	6.666	11%	0,0%
	Panamá	0	0%		Panamá	200	0%	0,0%
	Perú	3	0%		Perú	314	1%	1,0%
	República Bolivariana de Venezuela	8.493	86%		República Bolivariana de Venezuela	27.722	45%	30,6%
	Sin identificador de país	1.398	14%		Sin identificador de país	25.622	41%	5,5%
	<b>Total</b>	<b>9.903</b>	<b>100%</b>		<b>Total</b>	<b>62.109</b>	<b>100%</b>	<b>15,9%</b>

Fuente: SISPRO

En cuanto a la procedencia, en Norte de Santander el 30,6% son provenientes de Venezuela seguido de 0,9% de personas que provienen de Ecuador. También se han atendido personas provenientes de Perú y Brasil y un 5,5% de atenciones en población en las que no se ha identificado su procedencia.

Figura 7. Atención de población extranjera, según afiliación al SGSSS- Norte de Santander, 2017

Atenciones en salud población migrante - según regimen de afiliación 2017.



Fuente: SISPRO

En cuanto al régimen de afiliación por afiliación al SGSSS, en Norte de Santander, la mayor proporción de población extranjera atendida fueron población no afiliada, seguido de otro. Coincide este comportamiento con el nivel nacional.

## Conclusiones del componente territorial y demográfico

En el componente territorial, tenemos que, a partir del 2017, se inicia la entrega de viviendas a las personas del municipio de Gramalote, en el nuevo asentamiento del casco urbano. Se tiene estimado entregar 1.007 casas de este municipio. El nuevo asentamiento quedó ubicado en la vereda Miraflores.

En la zona metropolitana del municipio de Cúcuta se adelanta la obra de un puente que comunica a Cúcuta con el municipio de Los Patios, que mejorará la movilidad entre estas localidades.

En cuanto al componente demográfico, la población estimada para Norte de Santander durante el 2018 fue de 1.391.239 habitantes, con una razón de 98 hombres por cada 100 mujeres.

Entre el 2010, 2018, 2020, ha disminuido la población menor de 10 años y se ha registrado un leve aumento en los grupos de edad que conforman la cúspide, que refleja un aumento en la esperanza de vida de la población. La mayoría de la población se viene concentrando en los grupos de edad centrales. Se nota de la misma forma un descenso en las tasas de natalidad y mortalidad. El 62% de la población se encuentra en edad productiva. Los grupos de infancia y primera infancia han disminuido. Las proporciones de población adolescente y joven se mantienen estables, con una leve disminución para el 2020.

El territorio del Departamento presenta una densidad poblacional de aproximadamente 64 habitantes por Kilómetro cuadrado; su extensión es predominantemente rural. El grado de urbanización en el departamento es del 78.9%, pero éste se ve concentrado en la capital y municipios del área metropolitana, además de municipios como Ocaña y Pamplona.

Norte de Santander tiene dentro de su población comunidades indígenas, las cuales están ubicadas principalmente en los municipios de Toledo donde se encuentra la comunidad U'wa, y los municipios Tibú, El Carmen y Teorama, donde se concentran los núcleos de la población Motilón Barí.

La tasa de crecimiento para la vigencia 2016 fue de 10,6 por cada 1000 habitantes; Las tasas de mortalidad y natalidad se han mantenido durante los años 2005 a 2009, presentándose un leve descenso para los años 2010 y 2011, explicado no por una reducción de la natalidad y mortalidad, sino por la implementación de la estrategia de registro en línea de las estadísticas vitales en todo el país.

La tasa general de fecundidad en el Departamento es menor a la observada para el país (57.4 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil). En Norte de Santander se siguen registrando embarazos en menores de 15 años, siendo una problemática de salud pública a priorizar no solo a nivel territorial, la cual sin duda trae repercusiones en el comportamiento de la morbilidad y la mortalidad.

En el Departamento contempla escenarios donde se describen los diferentes riesgos, predominando los de tipo geológico y por conflicto armado, principal causa de desplazamiento. Igualmente respecta a la inseguridad e incremento de ventas ambulantes, principalmente por personas provenientes de Venezuela, que se ha convertido en un fenómeno migratorio para Colombia.

A 2017 se han registrado mediante el registro único de víctimas a 216.371 personas en situación de desplazamiento. El 52% corresponde a mujeres y población en edad productiva, aunque existe gran cantidad de población dependiente (menor de 15 años y mayores de 65). Los municipios con mayor recepción de población son Cúcuta, Tibú, Ocaña, San Calixto y Teorama, entre otros.

El fenómeno migratorio de población proveniente de Venezuela, ha puesto al sector salud en crisis, dada la superación de la capacidad instalada en el departamento, para la atención de población vulnerable, como las gestantes y personas con patologías de alto costo. A 2017 se atendieron en el departamento 19.676 extranjeros, el 42% de estos en atención por consulta externa en servicios de salud públicos. El 86% de ellos provenían de Venezuela.

El municipio de Cúcuta, es trazador en índices de desempleo, el cual ha progresado vertiginosamente en el último año situando al municipio hasta el segundo lugar a nivel nacional, de acuerdo a un reporte realizado por el diario la opinión en junio de este año. Las ventas informales, la percepción de inseguridad, así como el aumento del riesgo de enfermedades de transmisión sexual, los hurtos y la violencia, son otros indicadores de la crisis que ha provocado el incremento en el flujo de ingreso de venezolanos en esta región del país. Los municipios de Villa del Rosario, Tibú, Puerto Santander, Ragonvalia y también se han visto afectados por este fenómeno, aunque podría decirse que la presencia de venezolanos ha incrementado en todo el territorio Nortesantandereano y el país.

Otra situación que se ha agudizado con el fenómeno mencionado es el desplazamiento masivo de indígenas de la comunidad Yukpa en las inmediaciones del municipio de Cúcuta. Los cuales viven en situaciones precarias y presentan diversas y complejas situaciones psicosociales que afectan su calidad de vida. Se vienen realizando diferentes acciones por parte de las autoridades de salud junto con organizaciones de apoyo, sin embargo, la situación de esta población no se ve reflejada en las acciones debido al reflujo constante de esta comunidad.

## 2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

### 2.1 Análisis de la mortalidad

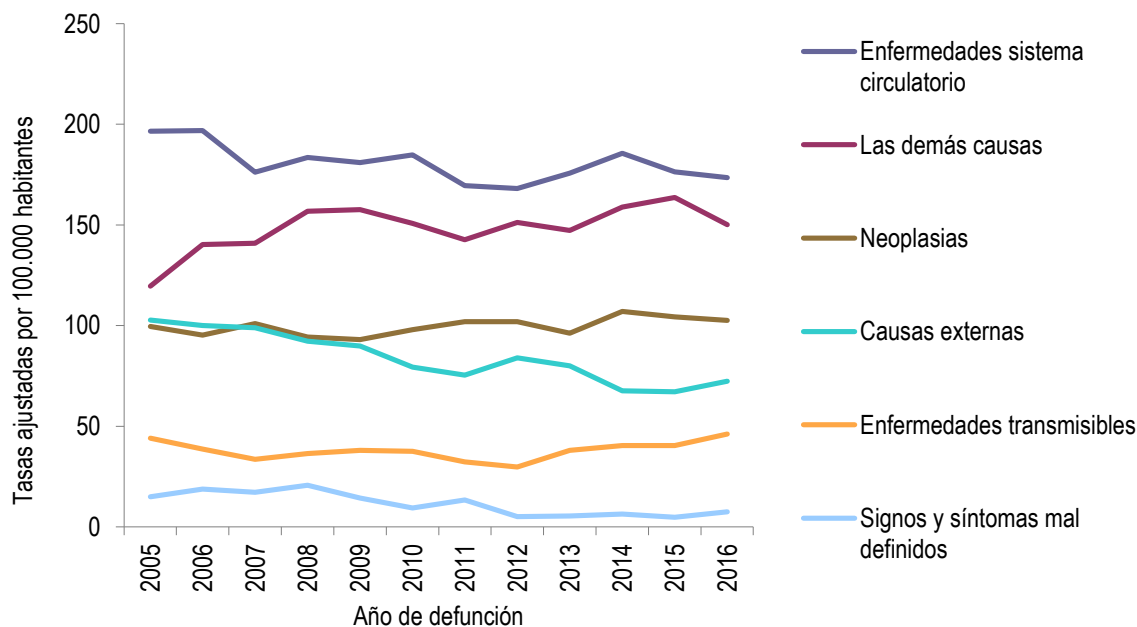
#### 2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

##### Ajuste de tasas por edad en población general

Para el análisis de mortalidad se tomaron como referencia los listados de agrupación de mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud. Este análisis está desagregado por cada quinquenio y sexo en el periodo comprendido del 2005 al año disponible (2016). El análisis de mortalidad general por grandes causas se hizo por la estimación y ajuste de tasa por edad según el método directo, por 100.000 Hbts.

A nivel general, el grupo de causas que presentan mayor tasa de mortalidad ajustada por 100.000 Hbts. En el departamento Norte de Santander son las enfermedades del sistema circulatorio, cuya tendencia ha sido a la disminución durante el periodo evaluado, pasando de una tasa de 197 a 173 entre 2005 y 2016. En segundo lugar, se encuentra el grupo de “demás causas”, observándose con tendencia a la disminución respecto al año anterior, pasando de una tasa de 164 en el 2015 a una tasa de 150 en el 2016. El tercer lugar lo ocupan las neoplasias de comportamiento variable, ubicándose en una tasa de 103 para este último año.

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad en población general, Norte de Santander, 2005 – 2016



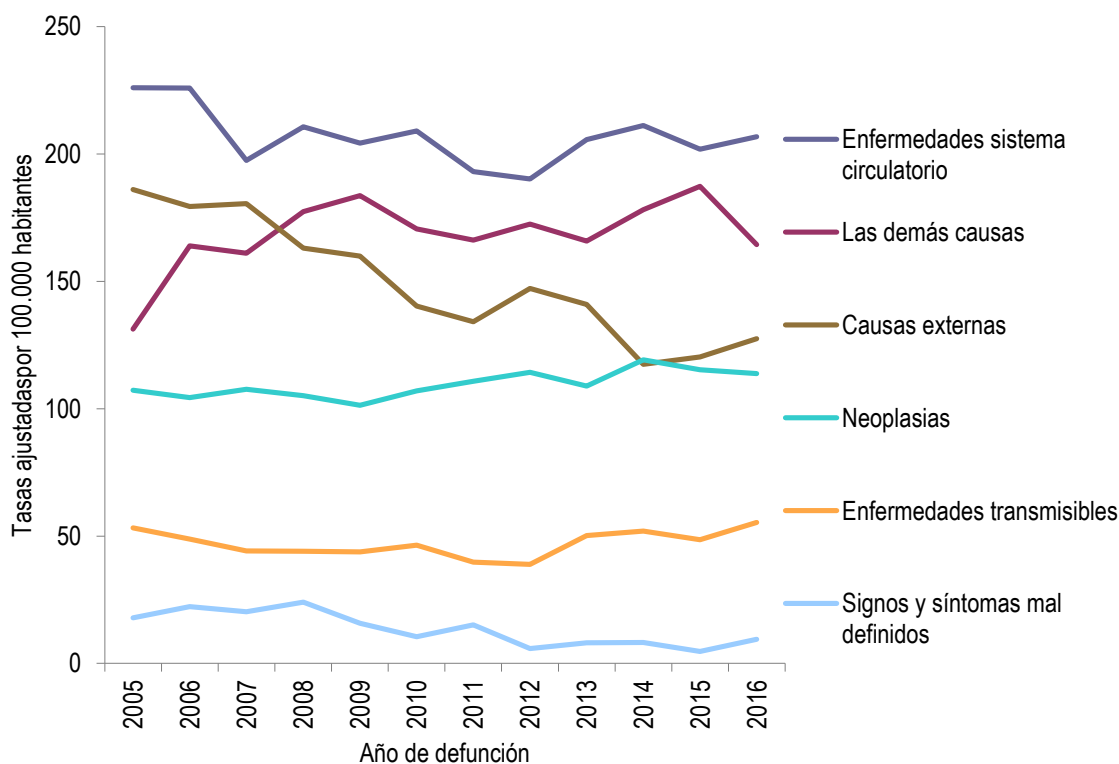
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 - 2016

### Ajuste de tasas por edad en hombres

El grupo de causas que presenta mayor tasa de mortalidad ajustada por 100.000 Hbts. en el género masculino, son las enfermedades el sistema circulatorio, que para el 2016 tuvo una leve tendencia al aumento con una tasa de 206, en comparación con el año anterior. En segundo lugar, está el grupo de “demás causas”, con tendencia a la disminución con una tasa de 164,3. En tercer lugar están las causas externas, con leve tendencia al aumento quedando en este último año con una tasa de 127,4. En esta última causa se puede observar un decremento significativo a partir del año 2007, pasando de una tasa de 186 a 120 en el 2015.

El comportamiento de tasas ajustadas en la población masculina del Departamento, es similar al de la población general.

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016



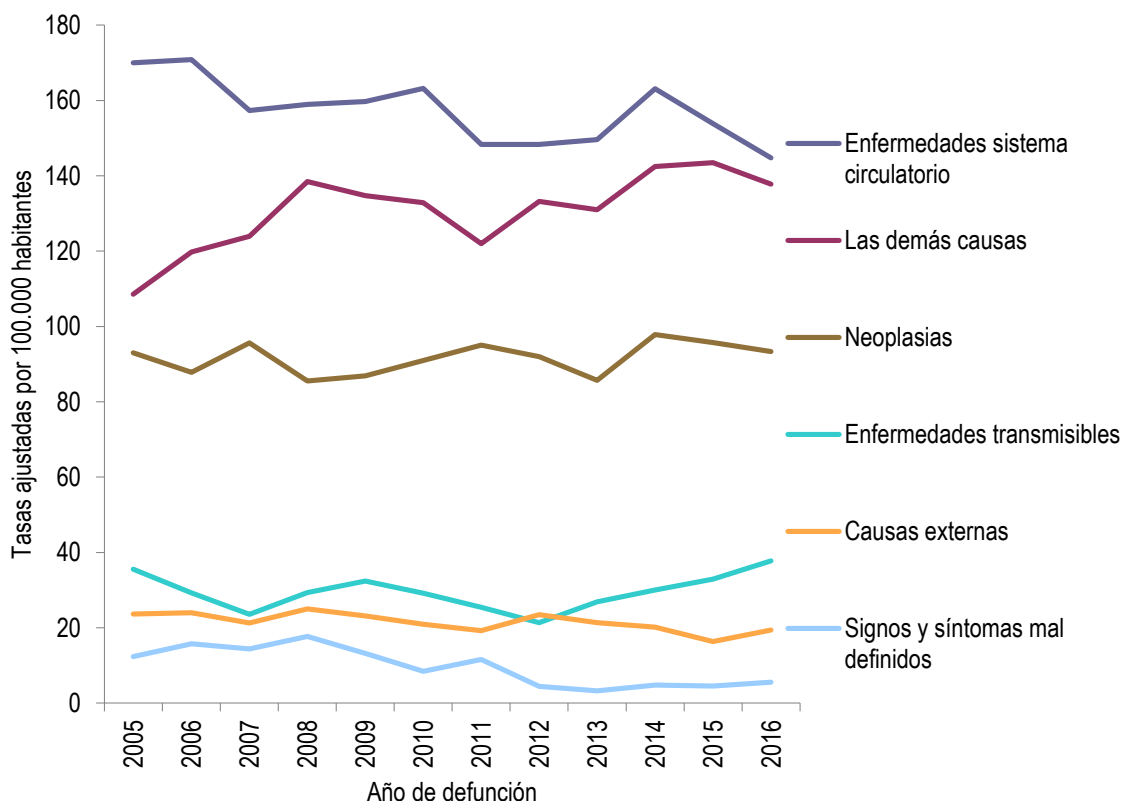
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 - 2016

### Ajuste de tasas por edad en mujeres

El grupo de causas que presenta mayor tasa de mortalidad ajustada por 100.000 Hbts. en el género femenino son las enfermedades del sistema circulatorio, con una tendencia cíclica a la disminución durante el periodo analizado, pasando de una tasa 170 en 2005 a una de 144,8 en 2016; en segundo lugar está el grupo de “demás causas”, que muestra un comportamiento cíclico al aumento, durante el periodo analizado, sin embargo muestra una leve disminución para el año 2016, quedando con una tasa de 137,8. En tercer lugar están las neoplasias, con una tendencia variable, durante el 2005 inicia con una tasa de 93 y para el 2016 queda con una tasa de 93,3.

Las tasas ajustadas de mortalidad en hombres y mujeres conservan un comportamiento similar al de la población general, donde prevalecen las enfermedades del sistema circulatorio como mayor causa de mortalidad, seguido de las demás causas y las neoplasias.

Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

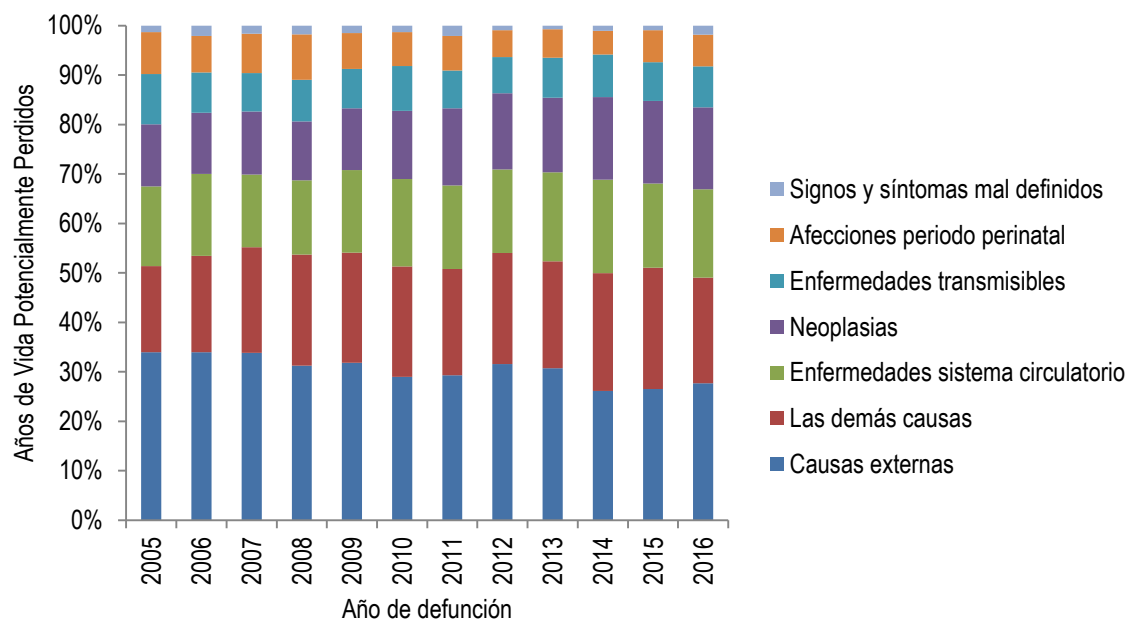
**Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP**

Al analizar los años de vida potencialmente perdidos, el principal grupo de causas que contribuyen a la mortalidad prematura en la población general, son las “causas externas”, que para 2016 aportaron un total de 27.136 años de vida potencialmente perdidos. Durante el 2005 a 2016, las causas externas han abarcado entre el 26% y 33% del total de años de vida potencialmente perdidos en la población de Norte de Santander. El segundo grupo de causas que aportan mayor carga a la mortalidad prematura se encuentran “las demás causas”, cuya proporción ha oscilado en el periodo evaluado entre el 17,4% y 24,6%, y que para el 2016 aportó 32.389 AVPP. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, donde la proporción ha fluctuado entre el 14,7% y 18,9%, para la vigencia actual aportó 27.136 AVPP que equivalen a un 17,9% de los aportes a la mortalidad.

Durante el periodo evaluado, 2005-2016 se puede observar, que a pesar de que la mayor carga de años de vida potencialmente perdidos, los han aportado las “causas externas” también se puede apreciar su tendencia a la disminución. La tendencia en el grupo de las demás causas es cíclica. En cuanto a las enfermedades del sistema circulatorio la proporción ha sido casi estacionaria, con leves cambios en el periodo 2005 a 2016.

El año con mayor carga de la mortalidad prematura fue el 2006, con un total de 164174 años de vida potencialmente perdidos., que representa un 8,9% del consolidado de los AVPP del periodo 2005-2016.

**Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en Norte de Santander, 2005 – 2016**



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016



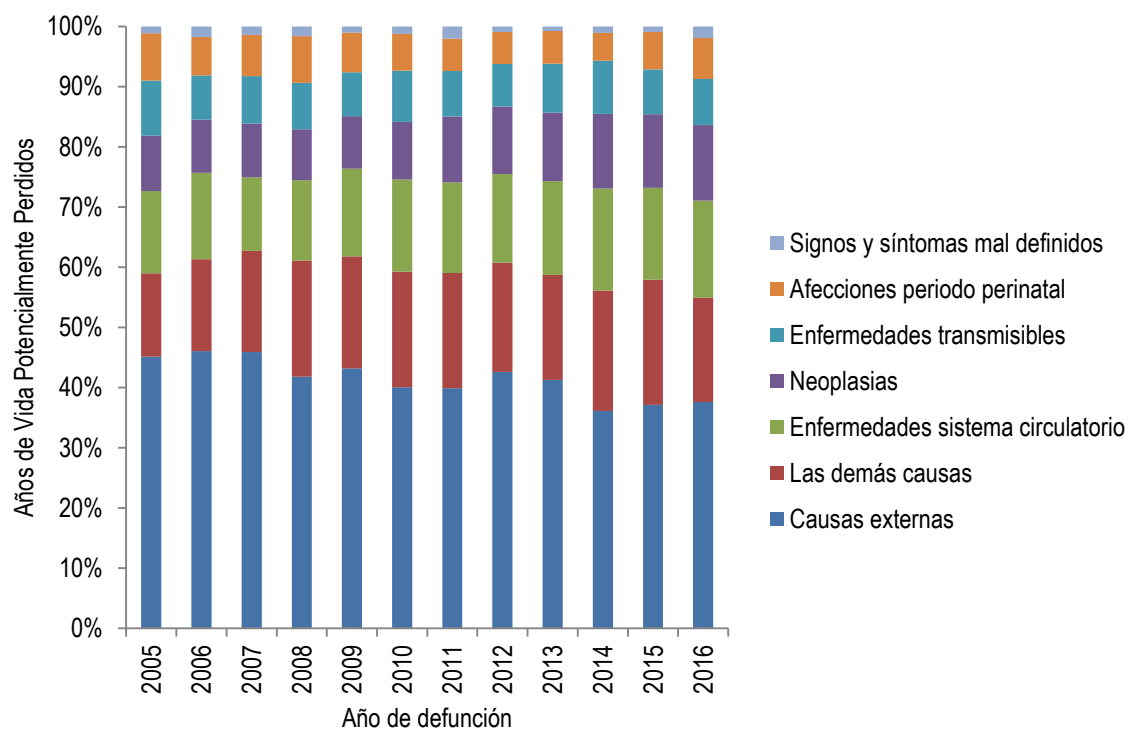
**Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en hombres**

Durante la vigencia actual, en los hombres la principal fuente de años de vida potencialmente perdidos, son las causas externas, las cuales abarcaron el 37,6% del total de la carga de la mortalidad prematura durante el 2016 con 36.188 AVPP; en segundo lugar están “las demás causas” (enfermedades crónicas no transmisibles), con un 17,4% (16.734 AVPP) y en tercer lugar están las enfermedades del sistema circulatorio con el 16,1% (15.504 AVPP) del total de la carga de años de vida potencialmente perdidos para el mismo periodo.

El año 2005 fue el periodo con mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población masculina (106.091 AVPP). La tendencia del número de años de vida potencialmente perdidos en hombres es al incremento. Para el 2016, el número de años de vida potencialmente perdidos fue igual a 96.309 AVPP.

Las proporciones de la carga de la mortalidad prematura por grupos de causas en los hombres se han comportado de forma similar a la carga de mortalidad en población general durante el periodo de años evaluados.

**Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016**



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

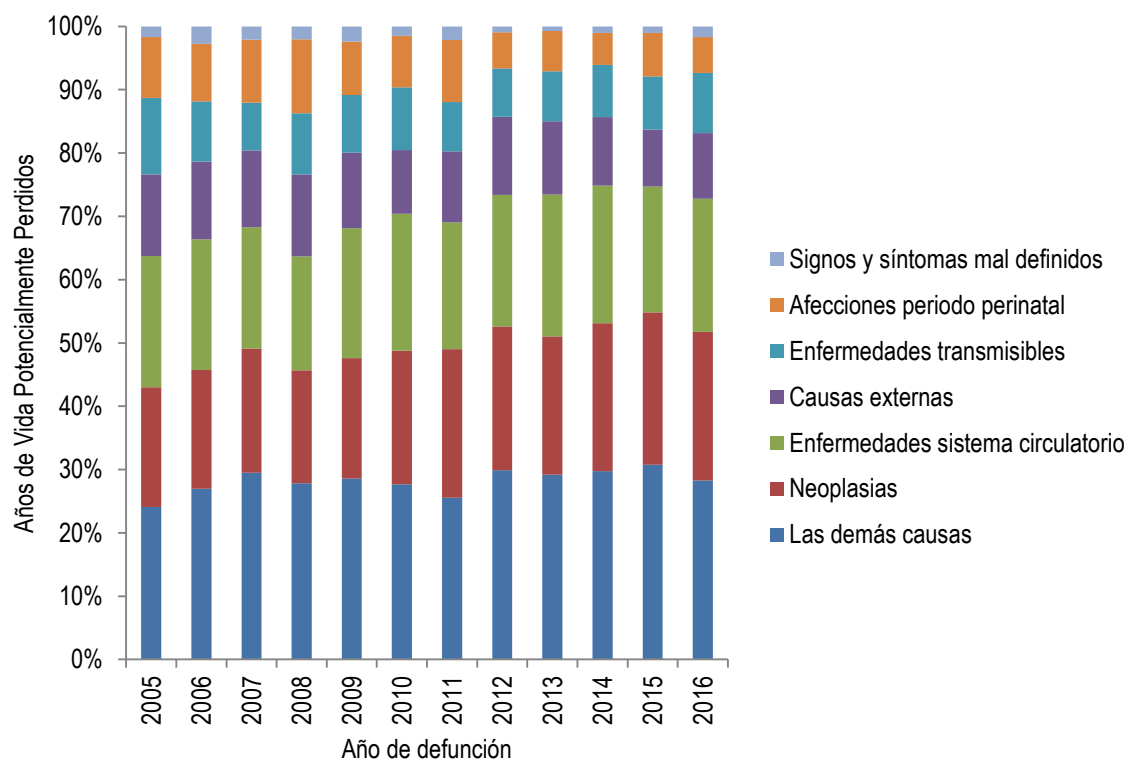
**Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP en mujeres**

Para la vigencia 2016 en las mujeres, la principal fuente de años de vida potencialmente perdidos es “las demás causas” (enfermedades crónicas no transmisibles), las cuales abarcaron el 28,3% (15.655 AVPP) del total de la carga de la mortalidad prematura; en segundo lugar, están las neoplasias, con el 23,5% (12.982 AVPP). En tercer lugar, están las enfermedades del sistema circulatorio con el 21% (11.632 AVPP) del total de la carga de años de vida potencialmente perdidos para el mismo periodo.

El año 2008, se presentó el periodo con mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población femenina, 60.089 AVPP. La tendencia del número de años de vida potencialmente perdidos en mujeres durante el 2005 a 2008 fue al aumento, de 2009 a 2015 tendió a su disminución. Para el 2016 la cifra fue de 55.337 AVPP.

Las proporciones de la carga de la mortalidad prematura por grupos de causas para mujeres a diferencia del género masculino y población general prevalecen la carga de mortalidad por las demás causas. Estas no han presentado cambios significativos durante el periodo 2005 - 2016.

**Figura 13. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016**

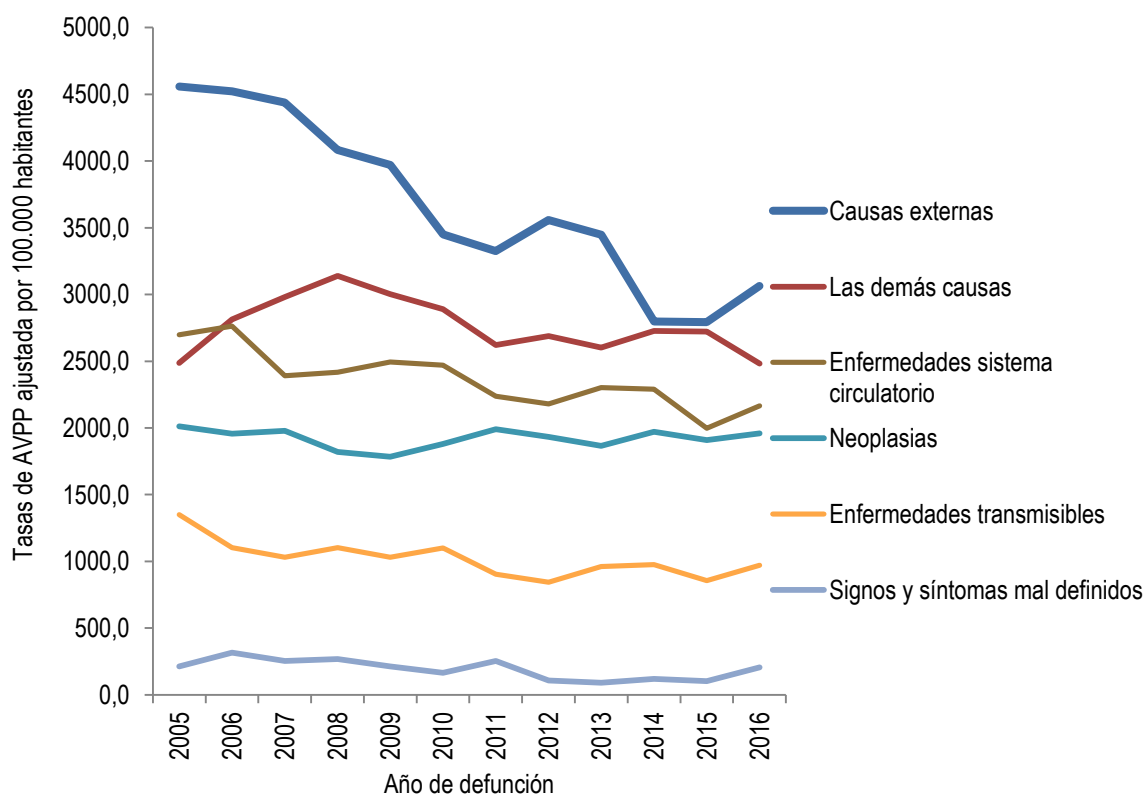


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Al analizar el comportamiento de las tasas de AVPP ajustadas por 100.000 Hbts., se puede observar que la principal causa a nivel general de la población son las causas externas, cuyo comportamiento ha tenido una tendencia general a la disminución, pero para la vigencia 2016, presentó una leve tendencia al aumento con una tasa de 3.061 AVPP. En segundo lugar, se encuentran las “demás causas” con una tasa de 2.482 AVPP, y en tercer puesto, las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 2.164 AVPP.

**Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 en población general del departamento Norte de Santander, 2005 – 2016**



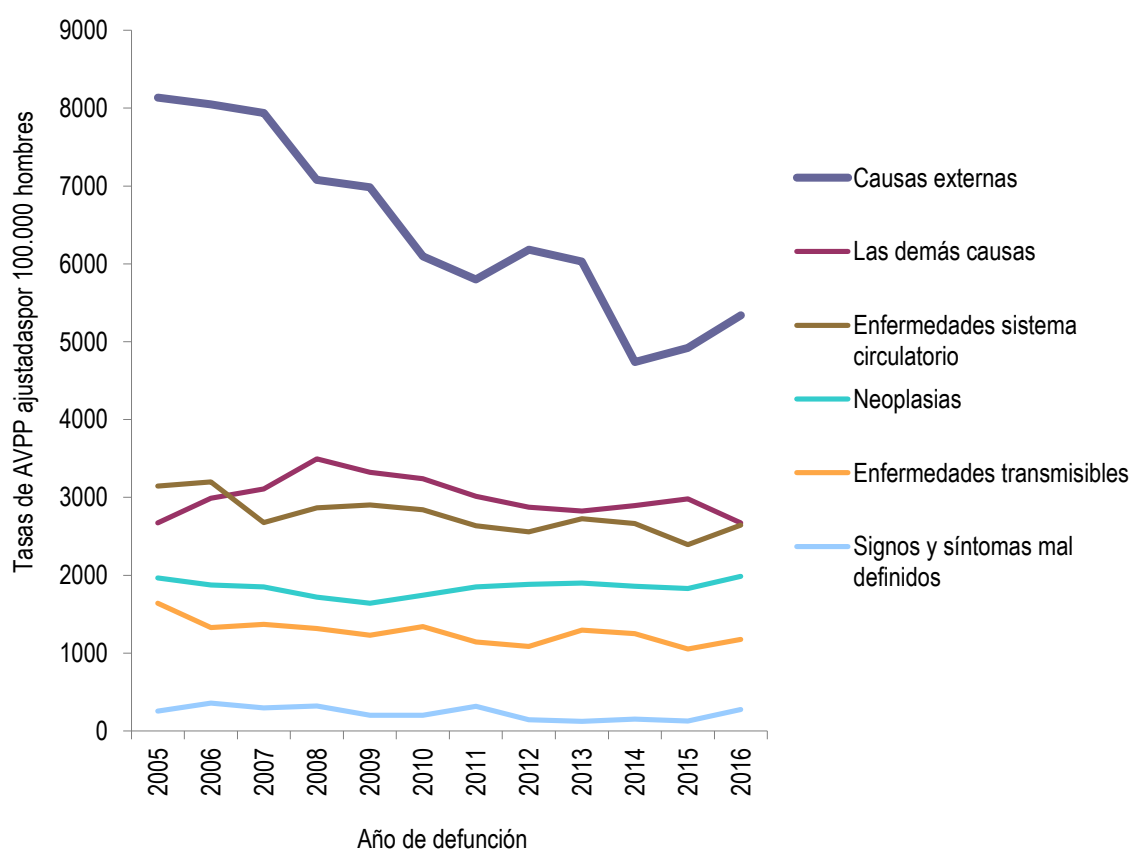
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

El comportamiento de las tasas de AVPP por grandes causas ajustadas por edad en los hombres por cada 100.000 Hbts. para el 2016, presenta similar comportamiento que a nivel general. El grupo de causa con mayor tasa de AVPP en los hombres son las causas externas, que presenta una leve tendencia al aumento respecto al año anterior con una tasa de 5.339 AVPP. En segundo lugar, se encuentran las “demás causas”

con una tasa de 2.671 AVPP y tercer lugar, las enfermedades del sistema circulatorio con 2.646 AVPP. En general el comportamiento de las causas externas tuvo una clara tendencia a la disminución hasta el año 2014, donde empieza de nuevo su ascenso. Las demás causas han mantenido su comportamiento con poca variabilidad.

**Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los hombres de Norte de Santander, 2005 – 2016**

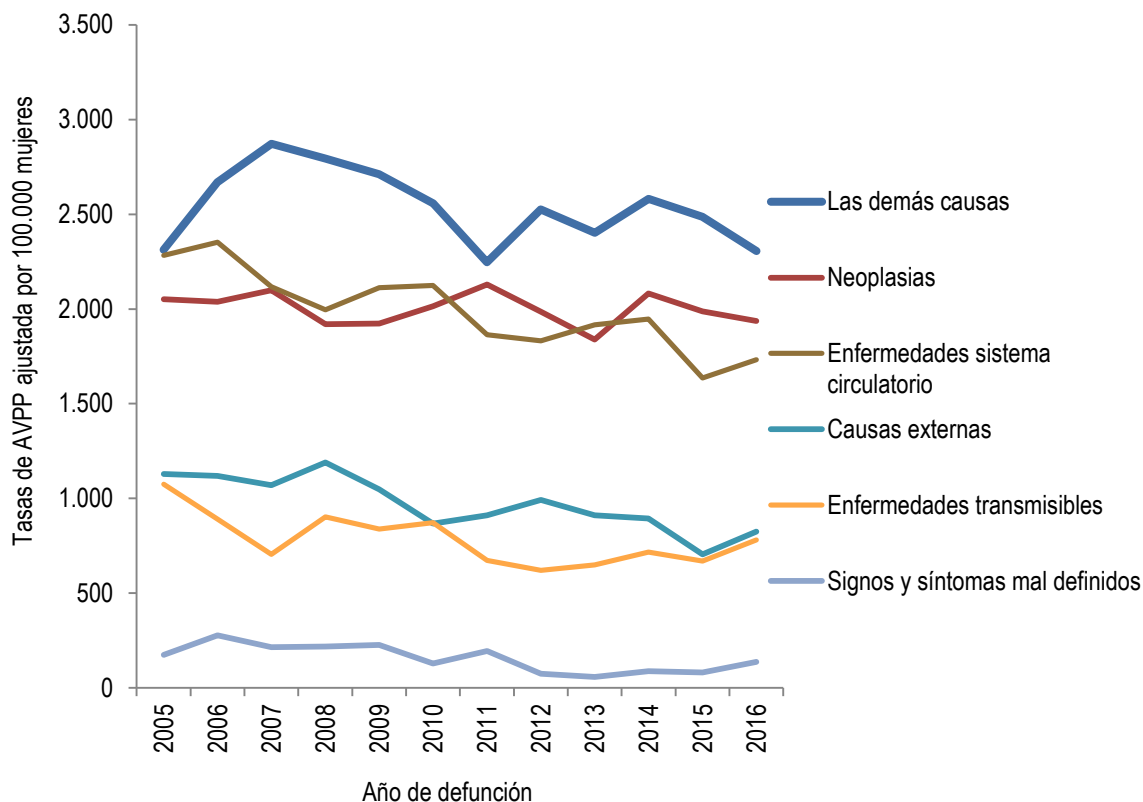


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres**

En las mujeres el grupo de causas que aporta mayor tasa ajustada de AVPP por 100.000 Hbts. Durante el año 2016 son las “demás causas” con una tasa de 2.035 AVPP, seguido por las neoplasias con una tasa de 1.937 AVPP y en tercer lugar tenemos a las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 1.731 AVPP. Las tasas ajustadas por edad por estas tres grandes causas han tendido una tendencia a la disminución durante el periodo 2005-2016.

Figura 16. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en las mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

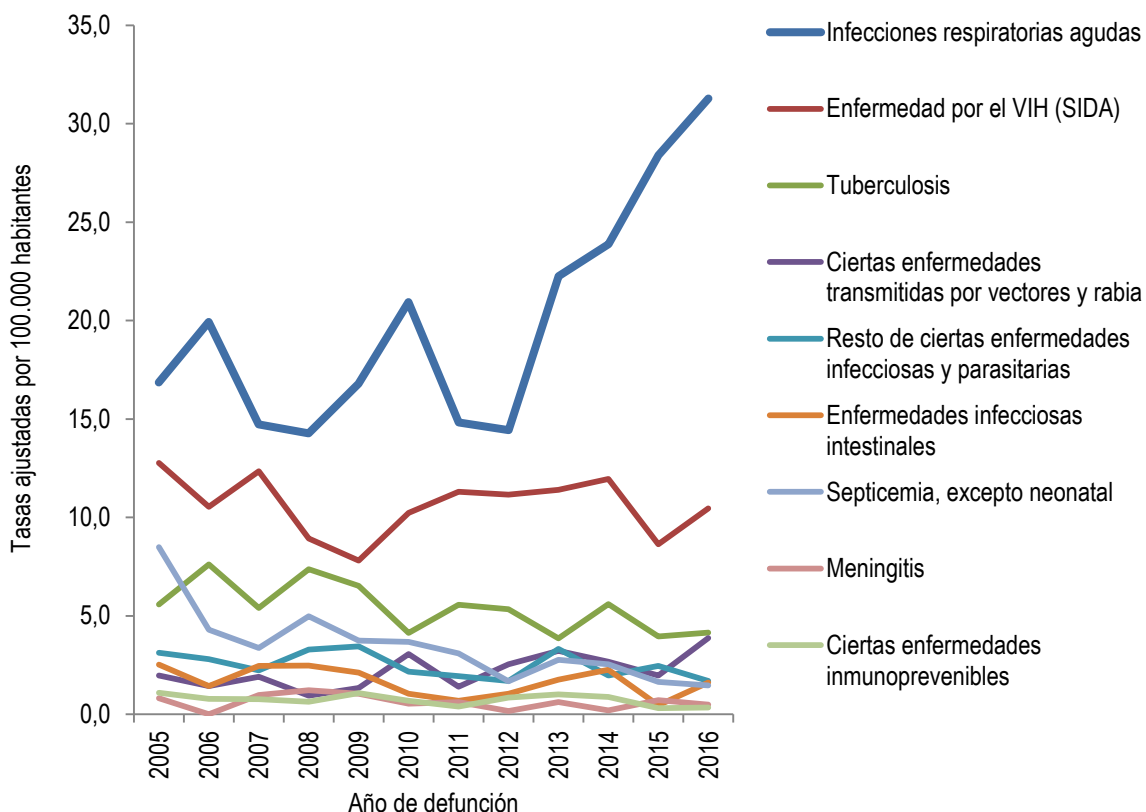
### 2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

#### Tasas ajustadas por la edad

#### Enfermedades transmisibles hombres

Revisando las tasas de mortalidad ajustada por 100.000 Hbts. Durante el año 2016, según el subgrupo de enfermedades transmisibles en la población masculina, tenemos que aporta el primer lugar en la carga de la mortalidad son las infecciones respiratorias agudas, con una tasa de 31,3; con una tendencia al incremento desde el 2012. En segundo lugar, está la mortalidad por VIH-SIDA, con tendencia al aumento respecto al año anterior, con una tasa de 10,5. La mortalidad por tuberculosis ocupa el tercer puesto con una tasa de 4,1 y muestra una clara tendencia a la disminución en el periodo 2005 a 2016.

**Figura 67. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016**

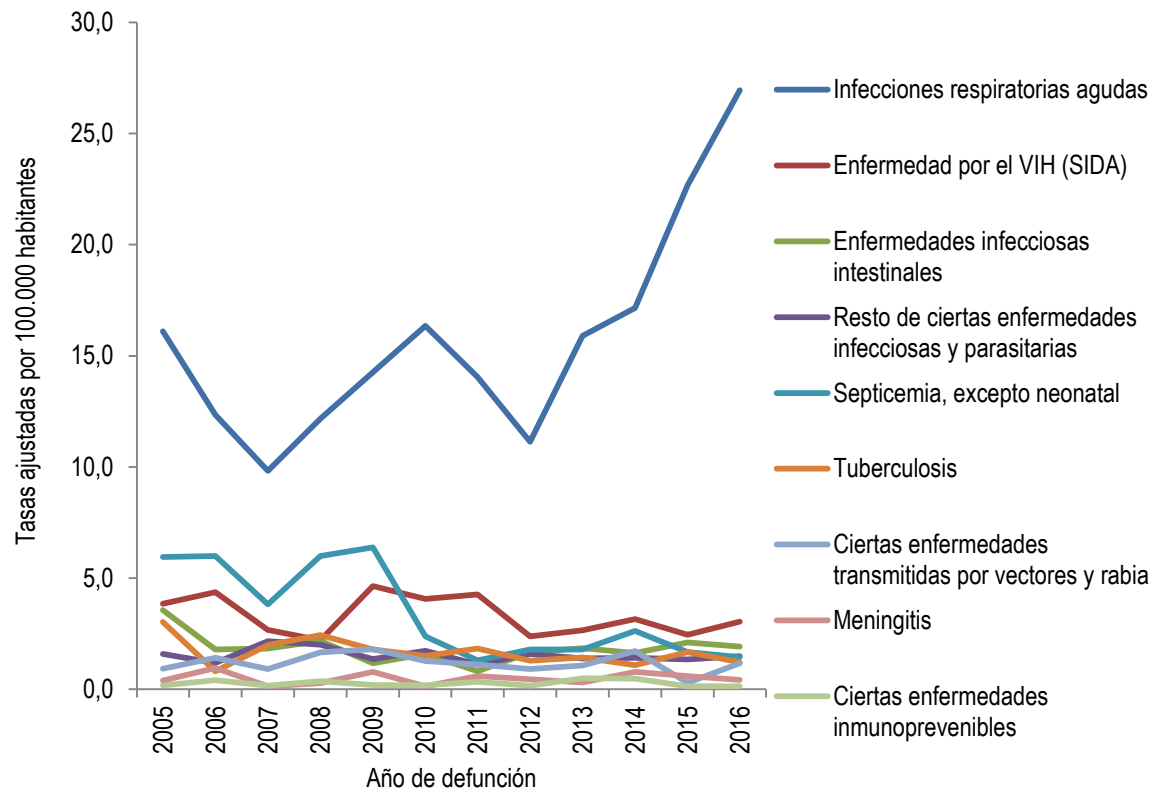


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Enfermedades transmisibles mujeres

En el 2016, en cuanto a las tasas de mortalidad de las enfermedades transmisibles por 100.000 Hbts. en mujeres, al igual que en la población masculina, las infecciones respiratorias agudas son las que aportan mayor mortalidad en este grupo con una tasa de 26,9 con una tendencia al aumento desde el año 2012. Seguida a esta causa, tenemos la enfermedad por VIH/SIDA con una tasa de 3 para este último año con una leve tendencia al aumento. En tercer lugar, tenemos las enfermedades infecciosas intestinales, con una tasa de 1,9 con tendencia leve a la disminución para el último año.

**Figura 187. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Norte de Santander, 2005 – 2016**

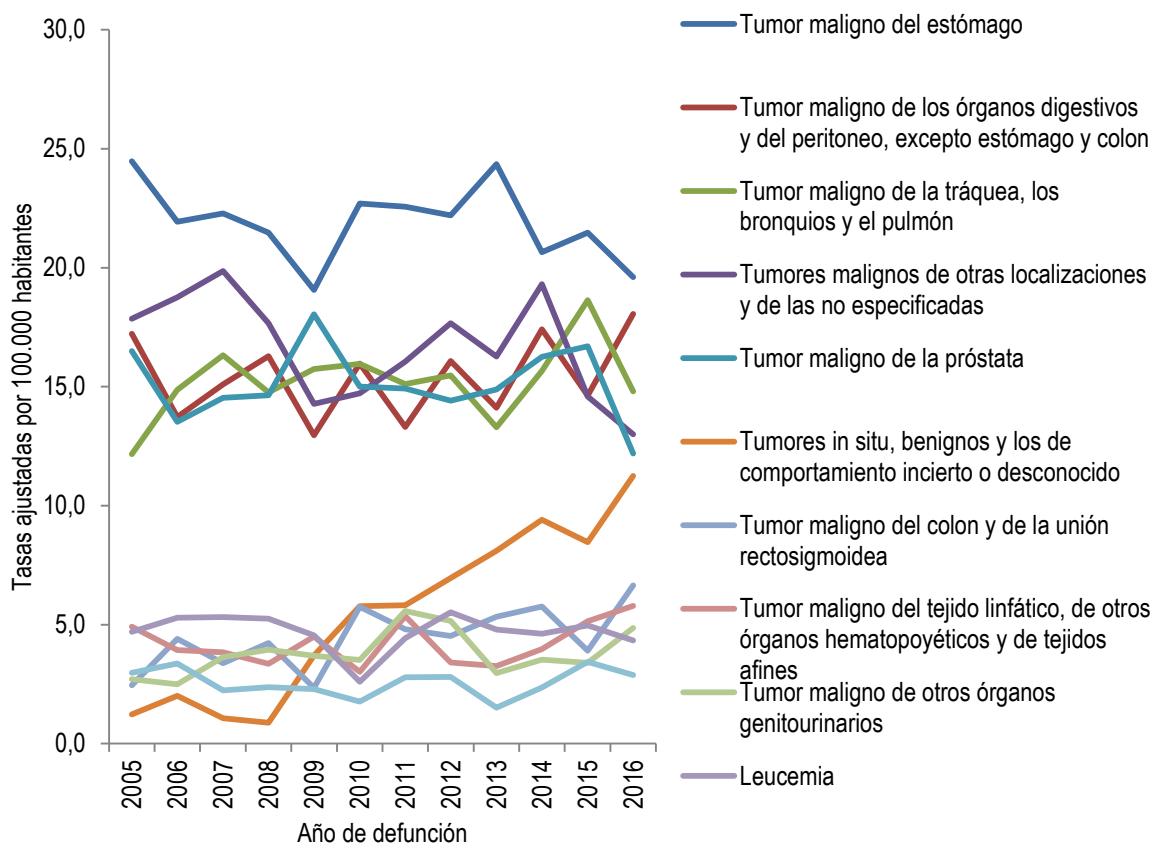


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Neoplasias en hombres**

Durante la revisión para el 2016 de las tasas mortalidad por neoplasias por 100.000 Hbts. de género masculino, el tumor maligno de estómago es la principal causa, con una tasa ajustada de 19,6 con una tendencia leve a la disminución; el segundo lugar es para el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa de 18,1 con una tendencia leve a la disminución en el último año. En tercer lugar, se encuentra la mortalidad por tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, con una tasa de 14,8 para el último año, con tendencia a la disminución.

Figura 89. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016



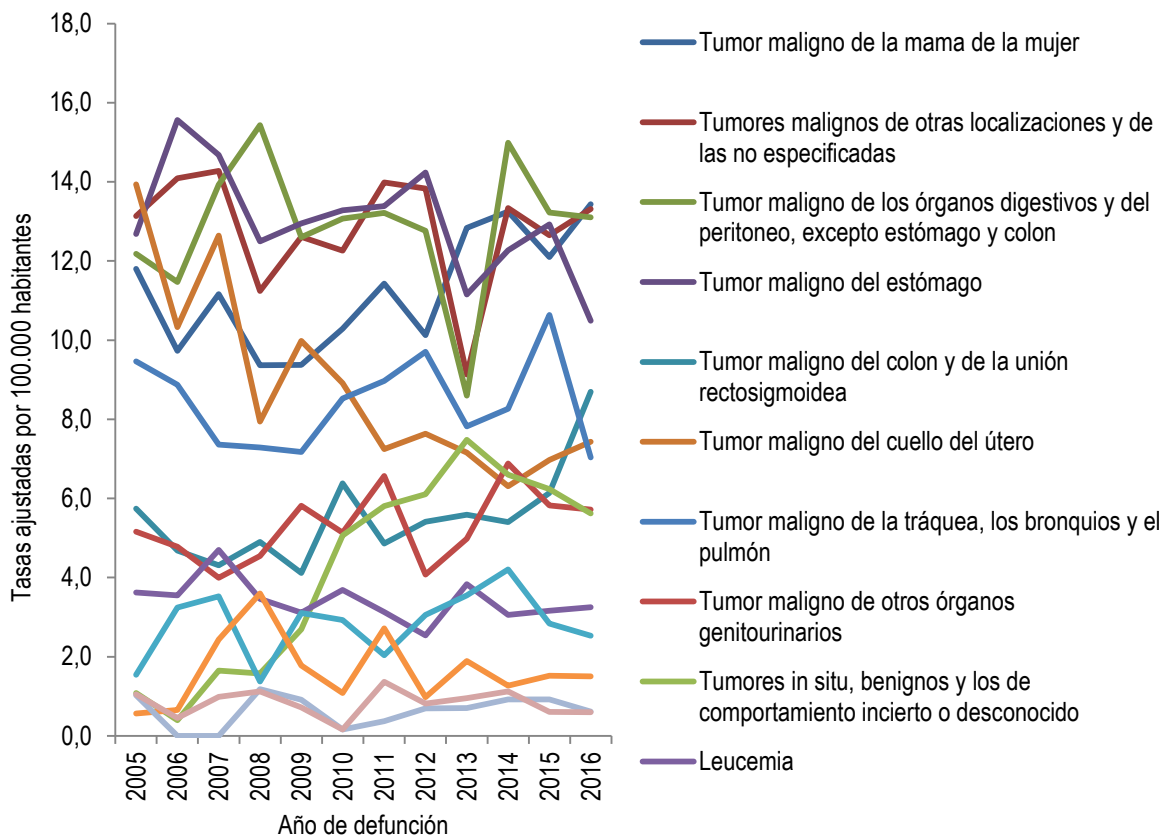
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Neoplasias en mujeres

En el comportamiento de la mortalidad por neoplasias por 100.000 mujeres durante el 2016, se observa como primera causa la mortalidad por el tumor maligno de la mama de la mujer con una tasa de 13,4 con tendencia al incremento en la vigencia actual. Como segunda causa se encuentra la mortalidad por tumores malignos de otras localizaciones y las no especificadas, de comportamiento al aumento igualmente, pasando de una tasa igual a 12 muertes en el 2005, a 13 muertes por 100.000 mujeres en el 2015 con una tasa de 13,3 y una tendencia al aumento para esta vigencia. La tercera casilla, la ocupa el Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon con una tasa de 13,1 para esta vigencia. La mortalidad por neoplasias en las mujeres muestra diferente localización a la de hombres en las primeras causas a excepción del tumor maligno de los órganos digestivos y de peritoneo excepto estómago y colon que también está en las primeras causas de la población masculina.



Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016

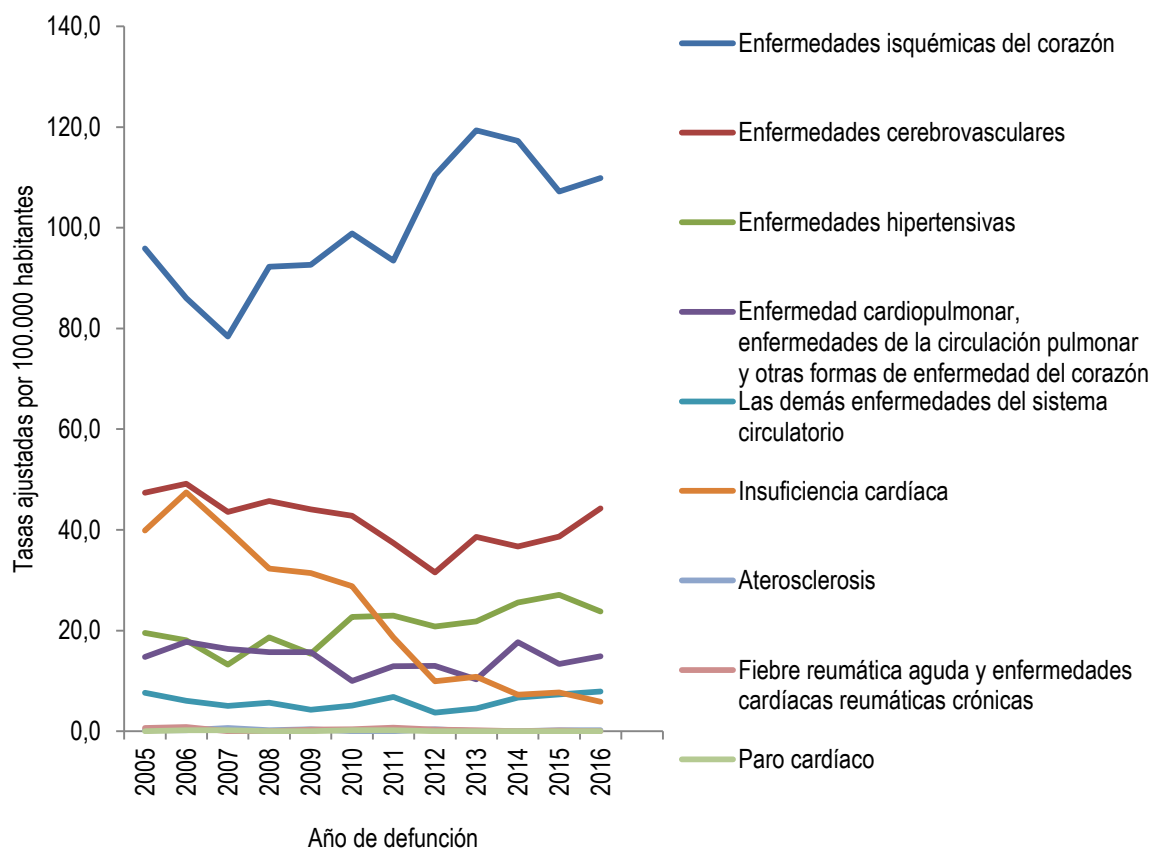


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Enfermedades del sistema circulatorio en hombres

Dentro de la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio por 100.000 hombres durante el 2016, sobresalen las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 109,9 con tendencia al aumento. En segundo lugar, se pueden apreciar para este grupo poblacional, las enfermedades cerebro-vasculares con una tasa de 44,3 con tendencia al aumento en esta vigencia. El tercer lugar lo ocupa las enfermedades hipertensivas con una tasa de 23,8 con tendencia a la disminución. Las patologías asociadas a estas sub-causas están relacionadas con la ausencia de estilos de vida saludables.

Figura 29. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016

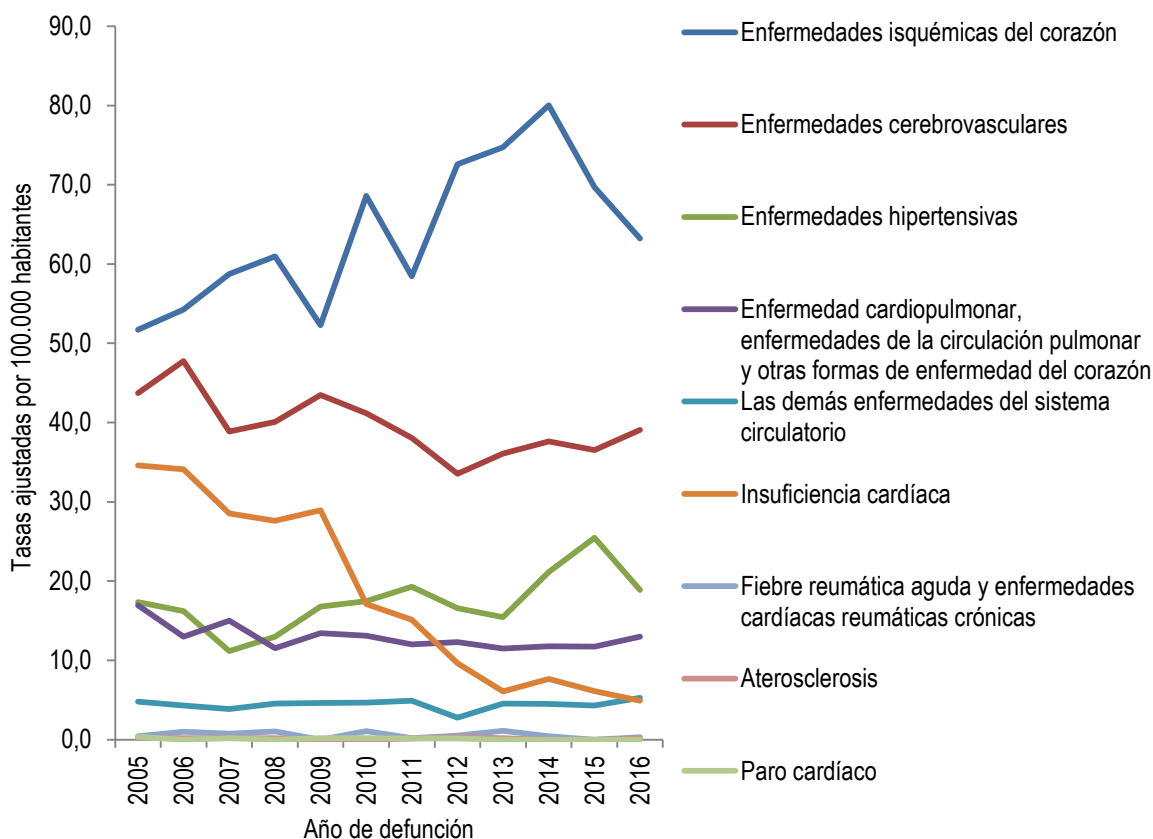


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Enfermedades del sistema circulatorio en mujeres

Durante el 2016, en las mujeres, la principal causa de muerte por enfermedades del sistema circulatorio también son las enfermedades isquémicas del corazón con una tasa igual a 63,2 por 100.000 Hbts. con una tendencia a la disminución. A esta sub-causa le siguen las enfermedades cerebro-vasculares con una tasa de 39,1 con tendencia también al aumento y como tercera causa tenemos las enfermedades hipertensivas con una tasa de 18,9 con tendencia a la disminución. Sí observamos el comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio, en hombres y mujeres, las sub-causas se vienen portando de la misma forma en cuanto al mayor aporte, siendo la primera causa para ambos grupos poblacionales, las enfermedades isquémicas del corazón.

Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Norte de Santander, 2005 – 2016

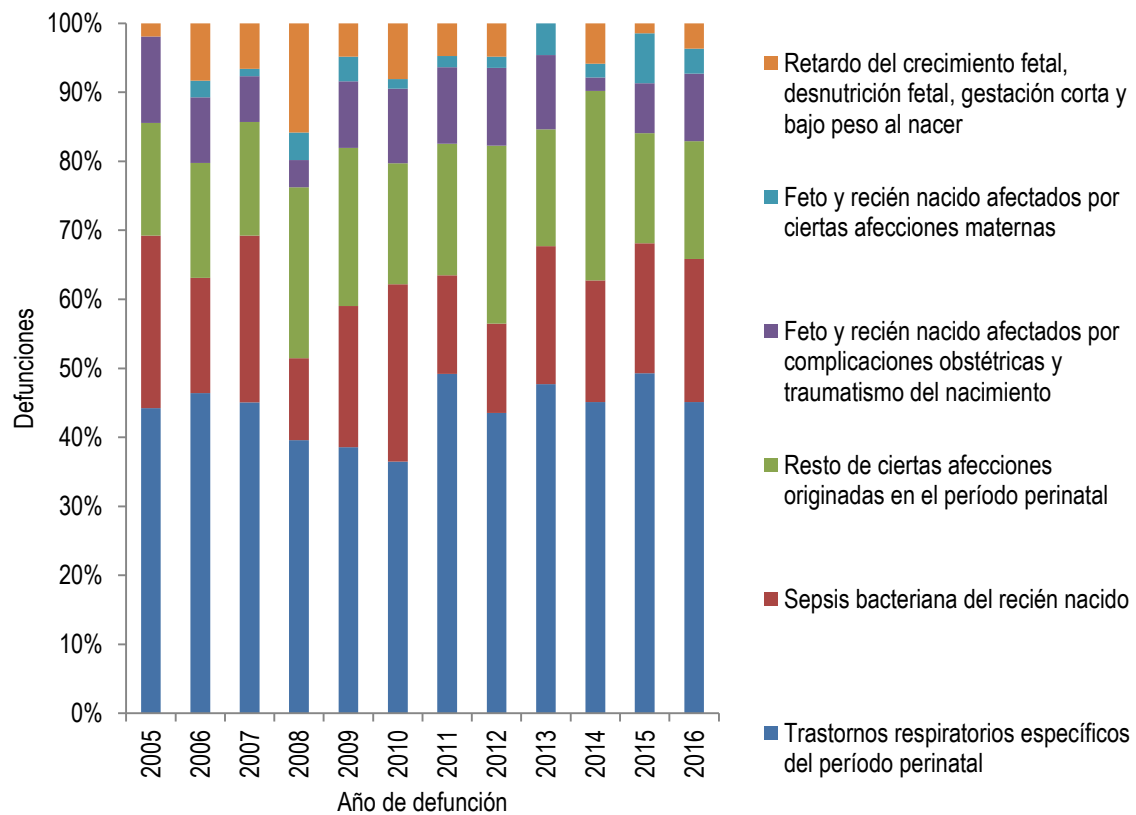


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres

Con relación a la mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres durante el 2016, tenemos como causa principal los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con 37 casos y una tendencia al aumento para esta vigencia. A esta sub-causa le siguen la Sepsis bacteriana del recién nacido con 17 casos con tendencia al aumento para este año. Ya en tercer lugar tenemos Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 14 casos con tendencia al aumento para esta vigencia.

**Figura 23. Casos de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016**

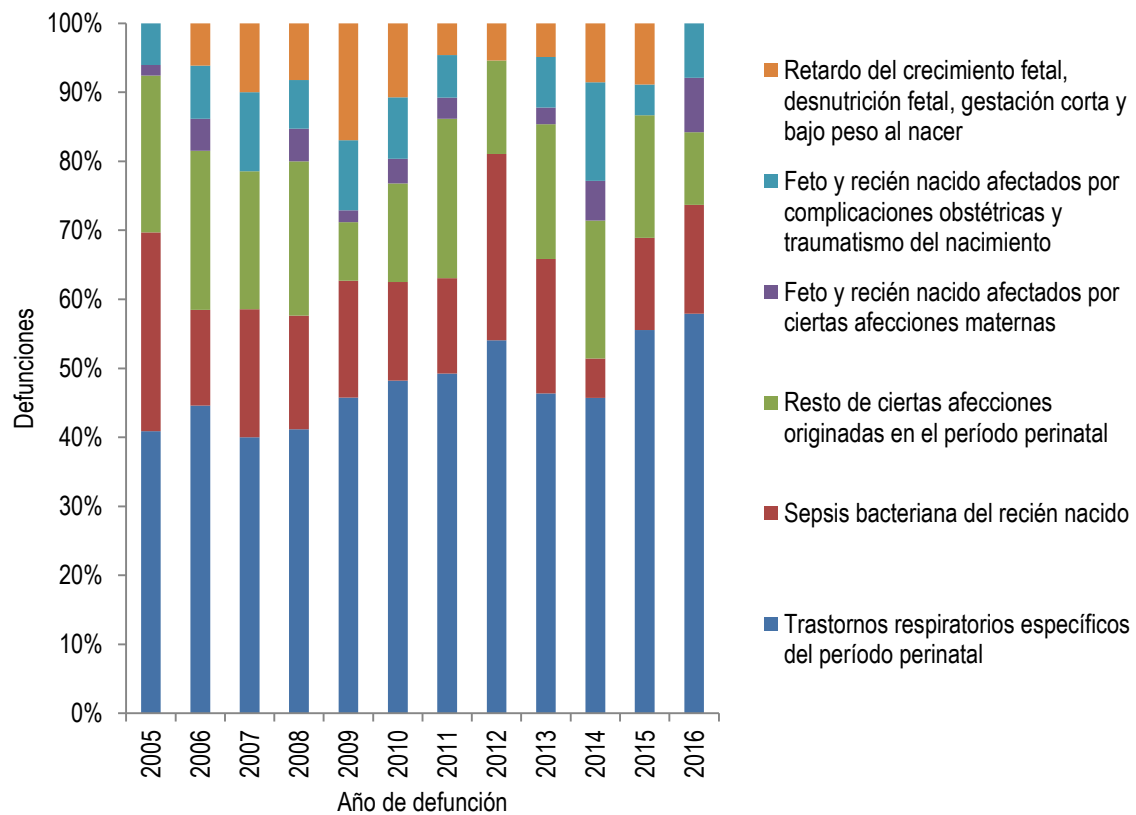


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres**

En la población femenina dentro de la mortalidad originada por afecciones perinatales, para la vigencia 2016, también se encuentran los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con 22 casos para este año, con tendencia a la disminución. A esta sub-causa en este grupo poblacional, le sigue la sepsis bacteriana del recién nacido con 6 mortalidades para esta vigencia con tendencia sin cambios respecto a la vigencia anterior 2015. En tercer lugar, tenemos el Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con 4 casos con tendencia a la disminución con relación al año anterior. Se puede deducir que hombres y mujeres de este grupo poblacional comparten las mismas sub-causas de mortalidad.

Figura 11. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016

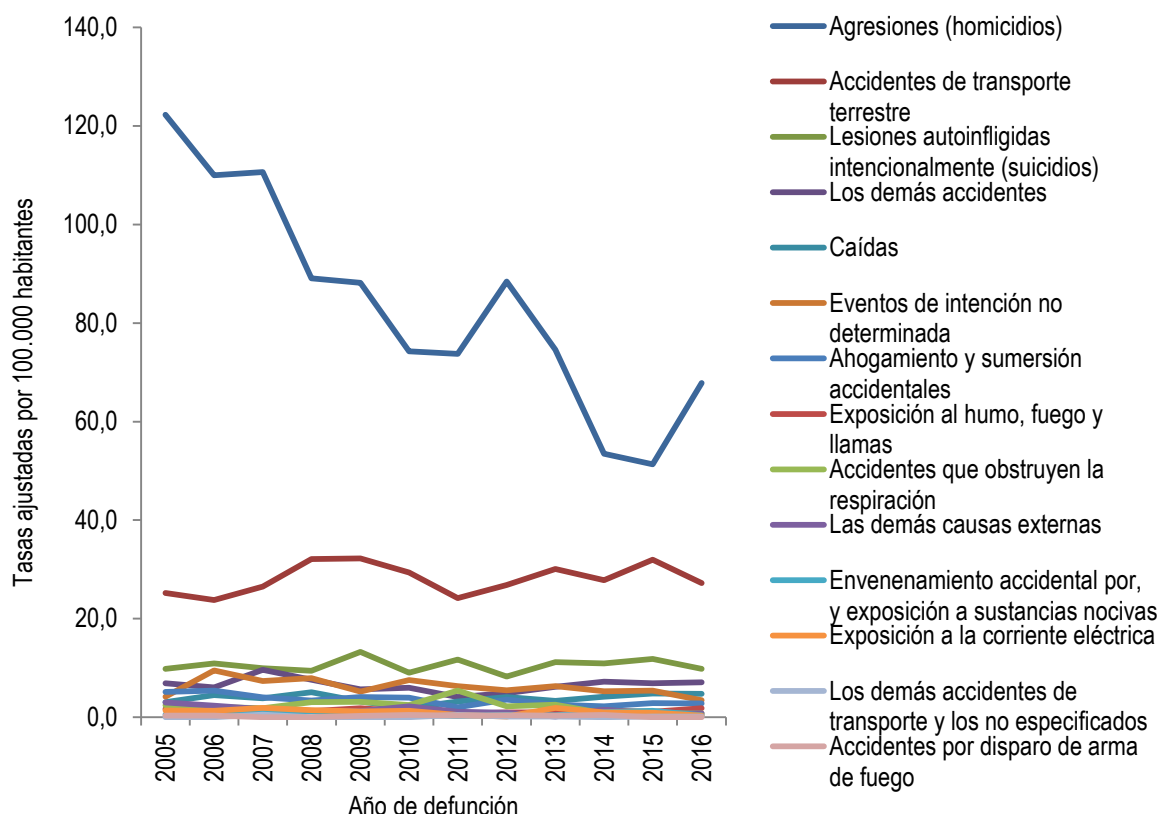


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Causas externas en hombres**

En este subgrupo de causas por 100.000 hombres para el 2016 podemos referir que: los homicidios se han perfilado como principal causa durante el periodo analizado 2005 y hasta la vigencia actual 2016 con una tasa de 67,8. En este periodo ha mostrado un dramático descenso, que sin embargo vuelve a tratar de incrementarse en la vigencia actual. A esta subcausa le siguen los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 27,3 para este año, pero cuya tendencia es a disminuir, a pesar de que ha conservado un comportamiento poco variable durante el periodo analizado 2005-2016. En tercer lugar, se observa a las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) con una tasa de 9,8 con un comportamiento variable con pocos cambios significativos durante el periodo analizado, pero en este último año con una leve tendencia a la disminución.

Figura 12. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016

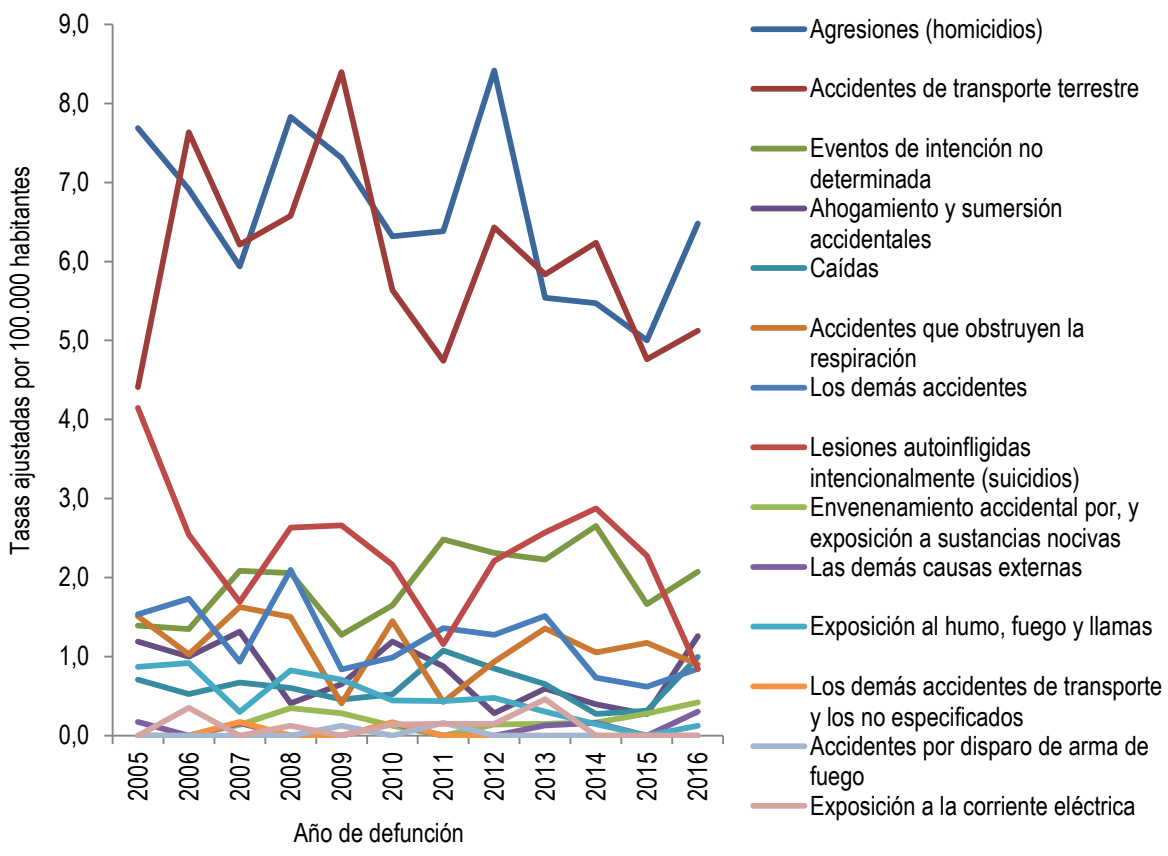


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Causas externas en mujeres

Por cada 100.000 Hbts. del grupo poblacional de las mujeres durante el 2016, los homicidios con una tasa de 6,5 al igual que en hombres, ocupan el primer lugar, con una tendencia al aumento. A estos le siguen los accidentes de transporte terrestre con una tasa de 5,1 también con una tendencia al aumento para esta vigencia. En tercer lugar, podemos ver que se encuentra los eventos de intención no determinada, con una tasa de 2,1 para la presente vigencia con una tendencia al aumento. Podemos deducir por las cifras que tanto el grupo de hombres como el de mujeres, conservan las dos principales sub-causas de mortalidad en las causas externas en el periodo analizado 2005-2016.

Figura 13. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016

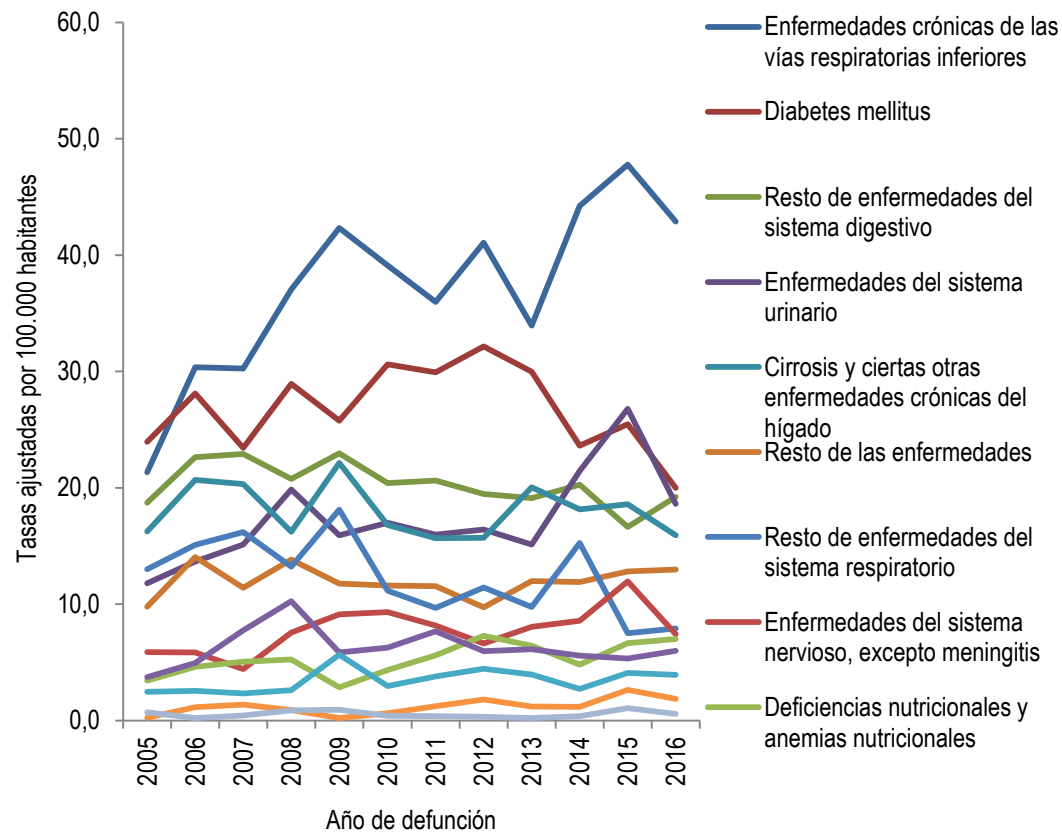


Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Demás Causas en hombres**

En cuanto a la mortalidad por 100.000 Hbts. hombres durante el año 2016, se observa que el mayor impacto lo ocasionan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de 33,1 con una leve tendencia a la disminución para esta vigencia. En segundo lugar, tenemos la Diabetes Mellitus con una tasa de 19,2 con una clara tendencia a la disminución en la actual y anterior vigencia (2015). En tercer lugar, tenemos las mortalidades por Enfermedades del sistema urinario con una tasa para este año 2016 de 16,2 con una leve tendencia a la disminución con respecto al año anterior. El resto de las enfermedades con este tipo de sub-causas tienen tasas menores a 14 para la actual vigencia.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres en Norte de Santander, 2005 – 2016



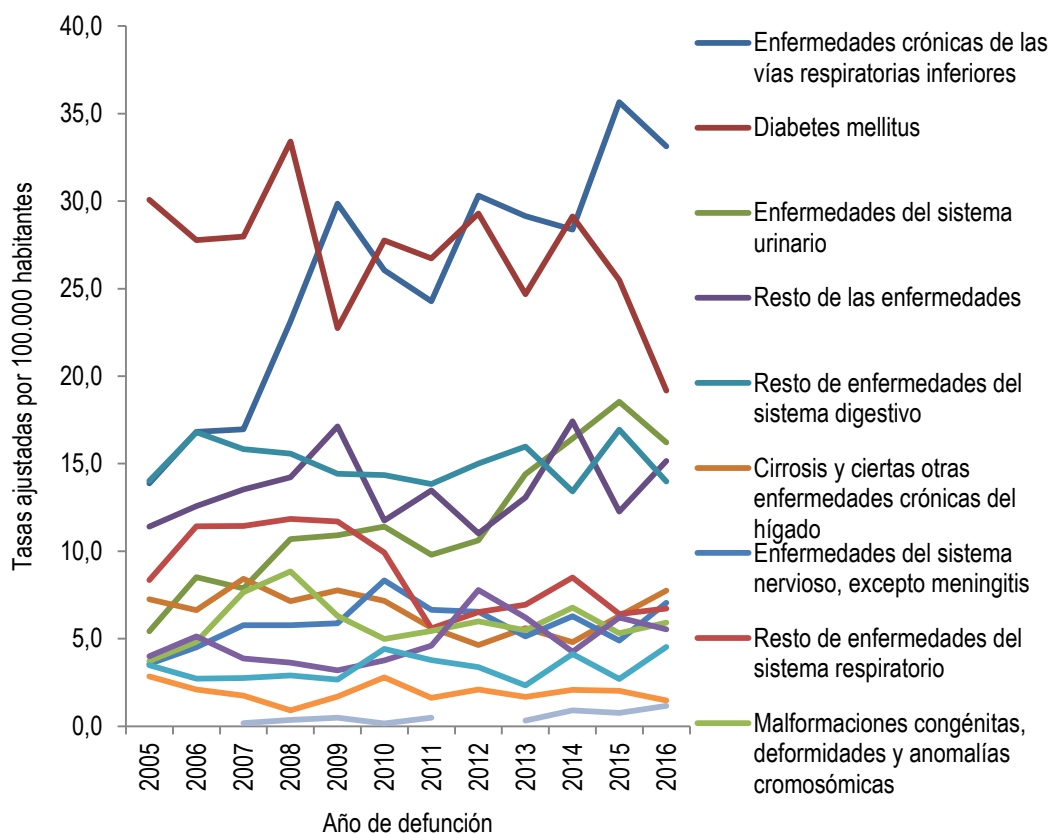
Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

**Demás Causas en mujeres**

En la revisión de sub-causas por 100.000 Hbts. en las mujeres al igual que en los hombres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores puntúan la lista para el año 2016 con una tasa de 33,1 con una leve tendencia a la disminución. A esta sub-causa le sigue la Diabetes Mellitus con una tasa para la presente vigencia de 19,2 con tendencia a la disminución. En tercera línea de mortalidad para este grupo poblacional tenemos las enfermedades del sistema urinario con una tasa de 16,2 con una leve tendencia a la disminución. Al comparar las sub-causas entre hombres y mujeres podemos definir que comparten las dos principales sub-causas de mortalidad en el departamento.



Figura 28. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres en Norte de Santander, 2005 – 2016



Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### Semaforización de mortalidad PDSP

Realizando un seguimiento y monitoreo a la mortalidad por eventos de interés que forman parte del plan decenal de salud pública 2012 – 2021, y haciendo un comparativo con el nivel nacional, se logró visibilizar con esta semaforización que la mortalidad por enfermedades transmisibles presenta una tasa significativamente mayor a las observada al nivel nacional, como también la mortalidad por agresiones (homicidios) convirtiéndose en problemas priorizados en el departamento. Estos dos eventos han tenido una tendencia al aumento. La tasa de mortalidad por diabetes mellitus es levemente más alta que la del nivel nacional, pero con tendencia a la disminución. La tasa por accidentes de transporte terrestre también conserva el mismo valor del nivel nacional, con tendencia a la disminución en el departamento.

**Tabla 14. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Norte de Santander, 2005-2015**

Causa de muerte	Colombia 2016	Norte de Santander 2016	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,10	15,83	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,40	13,43	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,80	7,44	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,80	12,20	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,80	14,81	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,50	19,69	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,10	5,21	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,50	0,89	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	24,30	36,92	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,09	0,00	↘	↘	-	-	-	↗	↘	-	↗	-	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	34,50	46,08	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,38	0,44	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales 2005 – 2016

### 2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad; Síndrome Respiratorio Agudo Grave – SRAG.

#### Tasas específicas de mortalidad

##### Por todas las causas según la lista 6/67

Respecto las tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez, las principales causas son las afecciones originadas en el periodo perinatal, cuyo comportamiento ha tenido tendencia a la disminución durante los años 2009 a 2016, observándose una tasa de 94,8 muertes por cada 100.000 menores de 5 años (120 muertes por esta causa para el 2016). En segundo lugar están las malformaciones congénitas con una tasa de comportamiento variable durante el 2005 a 2016, la cual para este último año fue de 52,9 por cada 100.000 menores de 5 años ( 67 muertes por esta causa para el 2016). La tercera causa corresponde a causas externas de morbilidad y mortalidad cuyo comportamiento desafortunadamente es al aumento en el departamento, pasando de una tasa igual 9 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el 2015, a una tasa igual a 15,8 defunciones por cada 100.000 menores de 5 años en el 2016. La mayor parte de las defunciones ocurren en menores de un año y en población masculina.

**Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad infantil y de la niñez, (menores de 1 año) según la lista de las 67 causas en Norte de Santander, 2005 – 2016**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											Total													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,5	0,8	1,1	1,2	0,6	0,9	0,7	0,2	0,4	0,5	0,4	1,1	0,9	0,8	1,0	0,6	0,9	0,2	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1	1,3	0,9	1,0	1,1	0,6	0,9	0,5	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	
Tumores (neoplasias)	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,1	0,2	0,2	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,4	0,7	0,8	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,6	0,5	0,6	0,5	0,1	0,3	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,5	0,4	0,5	0,5	0,2	0,4	0,2	0,5	0,1	0,3	0,1	0,1	0,7	0,7	0,8	0,8	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,6	0,4	0,6	0,5	0,2	0,3	0,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,1
Enfermedades del sistema nervioso	0,4	0,0	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,1	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	0,8	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Enfermedades del sistema circulatorio	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	0,1	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Enfermedades del sistema respiratorio	1,7	1,2	2,2	1,3	1,3	0,9	0,7	1,0	0,0	0,2	0,4	0,3	1,3	0,9	0,8	0,8	0,1	0,8	0,8	0,0	0,5	0,4	0,1	0,5	1,5	1,1	1,5	1,3	0,9	0,9	0,8	0,7	0,0	0,0	0,5	0,4
Enfermedades del sistema digestivo	0,3	0,4	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,7	0,9	0,1	0,1	0,8	0,8	0,0	0,5	0,1	0,3	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Enfermedades del sistema genitourinario	0,1	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,8	0,8	0,0	0,5	0,1	0,3	0,1	0,2	0,5	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	9,5	7,4	8,1	8,9	7,4	7,0	5,6	5,8	6,3	4,8	6,6	7,8	6,6	6,1	6,6	8,3	5,6	5,7	6,4	4,2	4,1	3,5	3,8	4,2	8,1	6,8	7,4	8,6	6,5	6,4	6,0	4,7	3,8	3,8	3,8	3,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,5	2,2	4,1	5,1	3,6	3,5	4,3	3,6	3,3	3,1	2,0	3,0	2,0	2,0	4,1	4,5	3,6	2,0	3,2	2,9	2,9	2,9	3,1	2,9	2,2	2,1	4,1	4,8	3,5	2,8	3,8	4,7	3,1	3,2	2,9	3,1
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,0	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas las demás enfermedades	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5	0,3	0,3	0,4	0,3	0,3	0,5	0,7	0,8	1,0	1,0	0,3	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2	0,2	0,3	0,6	0,7	0,8	0,8	0,5	0,4	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2

Fuente: CUBOS-SISPRO

En el análisis de la mortalidad infantil, durante el 2016 la tasa se es de 8,8 muertes por cada 1000 nacidos vivos, observándose un leve aumento en su comportamiento. Dentro de las principales causas de defunción para este grupo de edad, sobresalen las afecciones originadas en el periodo perinatal, presenta una tasa de 5,9 con tendencia al aumento en el último año. A esta causa le siguen las malformaciones congénitas, con tendencia a al aumento, con una tasa de 3,1 \*1000 NV.





**Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según la lista de las 67 causas en Norte de Santander, 2005 – 2016**

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres											Mujeres											Total													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	33	24	23	30	17	21	18	6	8	14	14	8	29	25	22	32	18	18	5	19	5	11	3	5	31	24	22	31	17	20	12	13	6	13	9	6
Tumores (neoplasias)	4	3	9	6	8	3	5	6	6	6	8	8	2	8	9	5	6	2	6	5	3	3	3	5	3	5	9	5	7	2	5	6	5	5	6	6
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	3	3	5	0	5	2	2	2	0	0	2	2	6	6	3	0	3	0	0	0	0	0	3	2	4	5	4	0	4	1	1	1	0	0	2	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	10	9	14	14	3	11	5	3	3	3	11	6	18	22	17	8	3	5	5	6	5	3	5	3	14	15	15	11	3	8	5	8	4	4	8	5
Enfermedades del sistema nervioso	10	1	5	8	11	3	9	6	3	8	8	3	6	8	6	2	5	11	6	6	2	6	6	5	8	5	5	5	8	7	8	8	4	7	7	4
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	9	6	8	3	3	11	6	2	5	2	5	5	8	3	5	2	8	3	0	5	3	2	0	3	8	5	6	2	5	7	3	3	4	3	1	4
Enfermedades del sistema respiratorio	38	27	44	32	29	23	15	18	12	22	5	9	35	26	17	27	18	18	16	10	13	10	15	13	36	26	31	30	23	20	16	14	13	16	9	11
Enfermedades del sistema digestivo	6	7	12	3	5	5	3	2	3	5	2	9	3	12	8	2	3	2	5	5	3	2	3	2	4	10	10	2	4	3	2	3	3	3	5	2
Enfermedades del sistema genitourinario	1	0	3	3	5	3	2	0	0	0	0	3	0	3	6	0	2	0	2	3	2	0	2	2	1	2	5	2	3	2	1	1	1	2	0	2
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	151	125	136	154	127	113	95	96	100	79	107	127	99	100	110	135	94	90	104	60	66	57	73	62	125	113	123	145	111	102	100	78	84	68	90	95
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	39	40	78	102	61	60	77	62	57	53	54	52	32	40	76	87	61	34	56	63	50	61	50	53	35	40	77	95	61	47	67	62	54	57	52	53
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	9	3	5	2	5	2	2	3	2	3	6	2	6	3	2	6	5	2	2	2	2	2	6	1	8	3	3	4	5	3	2	2	2	2	6
Todas las demás enfermedades	0	1	0	3	0	2	2	2	0	2	0	0	2	2	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	1	3	0	2	1	1	0	1	1	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	25	36	27	26	31	26	14	15	22	11	9	14	29	25	38	37	8	14	13	13	13	16	10	18	27	30	33	31	20	20	13	14	17	13	9	16

Fuente: CUBOS-SISPRO

La tasa de mortalidad en menores de 5 años se estimó en 176,3 muertes por cada 100.000 personas en ese rango de edad. Dentro de las principales causas de mortalidad para este grupo de población, predominan las afecciones originadas en el periodo perinatal en el 2016 con una tasa de 95, con tendencia al aumento. A esta causa le siguen las causas malformaciones y anomalías congénitas con una tasa de 53 con una leve tendencia al aumento. Y el tercer lugar lo ocupan las causas externas de morbilidad y mortalidad con una tasa de 16 con tendencia al aumento.



## 2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Realizando un seguimiento y monitoreo de la tendencia de la mortalidad materno – infantil comparada con el nivel nacional, se logró identificar que las tasas de mortalidad neonatal, infantil, en la niñez, por IRA, EDA y desnutrición en menores de 5 años es menor a la observada en el país, aunque sin diferencias importantes. La mortalidad materna es un problema para priorizar en Norte de Santander, cuya razón de mortalidad para el 2016 quedó en 44 frente a la nacional para el mismo año de 51,3.

Evaluando el comportamiento de los indicadores durante la vigencia 2015 con respecto al año inmediatamente anterior tienden al aumento, excepto la mortalidad por EDA y desnutrición en menores de 5 años los cuales tienden a la disminución.

**Tabla 18. SemafORIZACIÓN y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Norte de Santander, 2005- 2016**

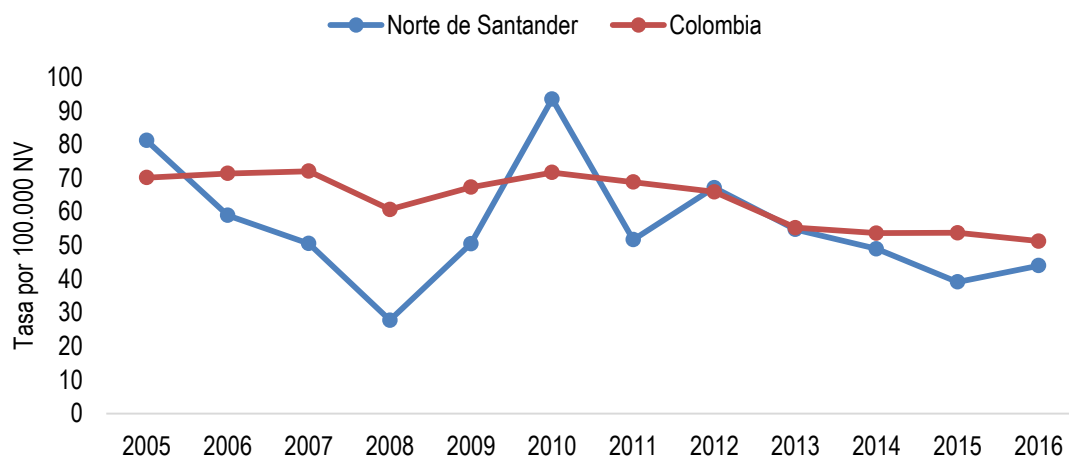
Causa de muerte	Colombia 2016	Norte de Santander 2016	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Razón de mortalidad materna	51,3	44,0	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,0	7,7	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad infantil	11,2	11,0	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	13,7	13,2	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,8	8,7	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,5	2,4	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	8,2	4,7	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘

Fuente: CUBOS-SISPRO

### Mortalidad materna

Aunque comparado con el nivel nacional, el Departamento presenta menor razón de mortalidad materna que el país, en Norte de Santander es una problemática de impacto y a priorizar. El 2005 fue el año con mayor número de casos, registrándose una razón igual a 72 por cada 1.000 nacidos vivos, muy por encima del nivel nacional para ese mismo año, aunque para el último año revisado el 2016 presentó una razón de mortalidad materna de 44 por 1.000NV. Las principales causas asociadas a esta mortalidad recaen sobre la calidad en la prestación de los servicios, en lo que respecta a accesibilidad y gestión del riesgo. Los municipios más afectados con este fenómeno son para esta vigencia 2016 El Carmen y Puerto Santander.

Figura 29. Razón de mortalidad materna, Norte de Santander, 2005 -2016

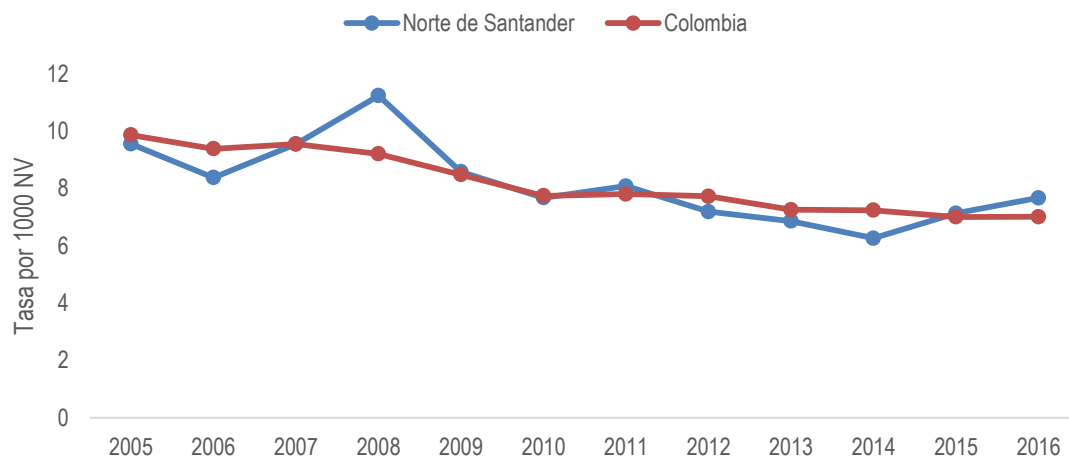


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

### Mortalidad Neonatal

La mortalidad neonatal en el departamento durante los años 2005 a 2016 viene en descenso leve, presentado comportamiento similar al observado en el país, pasando de 9,9 a 7 defunciones por cada 1.000 NV. El año 2008 presentó un aumento importante ubicándose en 11,2 por cada 1.000 NV, por encima del nivel nacional (9,2 por cada 100.000 NV). Los municipios más afectados son en Santiago, Bochalema y Arboledas para esta vigencia

Figura 30. Tasa de mortalidad neonatal, Norte de Santander, 2005- 2016



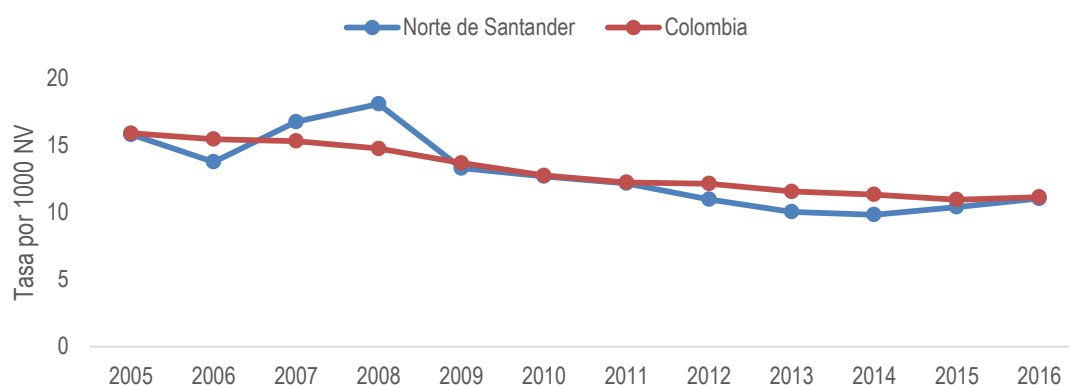
Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016



### Mortalidad infantil

La mortalidad infantil viene en disminución en Norte de Santander, pasando de una tasa igual a 15,8 por cada 1000 nacidos vivos en el 2005, a una tasa igual a 11 por cada 1000 nacidos vivos en el 2016. El comportamiento ha sido similar al observado a nivel nacional, excepto los años 2007 y 2008 donde se registraron tasas por encima a las observadas en el país, aunque sin diferencias significativas.

Figura 31. Tasa de mortalidad infantil, Norte de Santander, 2005- 2016

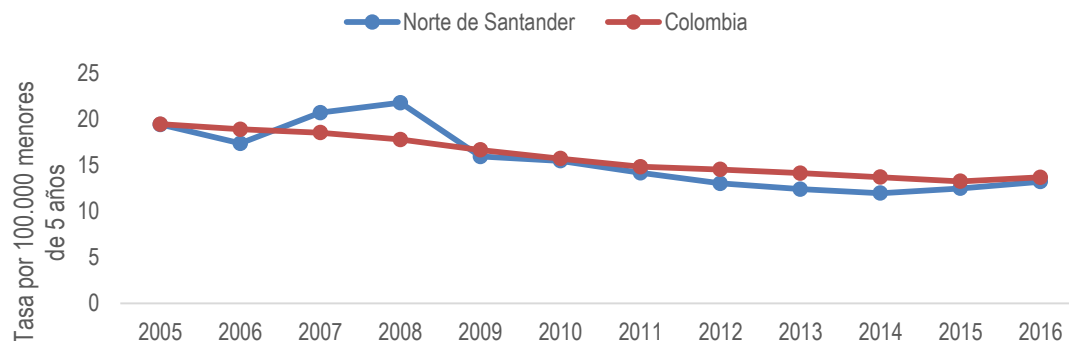


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 – 2015

### Mortalidad en la niñez

Respecto a la mortalidad en la niñez, también su tendencia es a la disminución en el departamento, pasando de una tasa igual a 19,4 por cada 1000 nacidos vivos en el 2005, a una tasa igual a 13 por cada 100.000 menores de 5 años en el 2016. Los años 2007 y 2008 registraron tasa por encima del nivel nacional, igualmente sin diferencias significativas. Los municipios con mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años para este último año son Bochalema, Santiago y Lourdes.

Figura 32. Tasa de mortalidad en la niñez, Norte de Santander, 2005- 2016

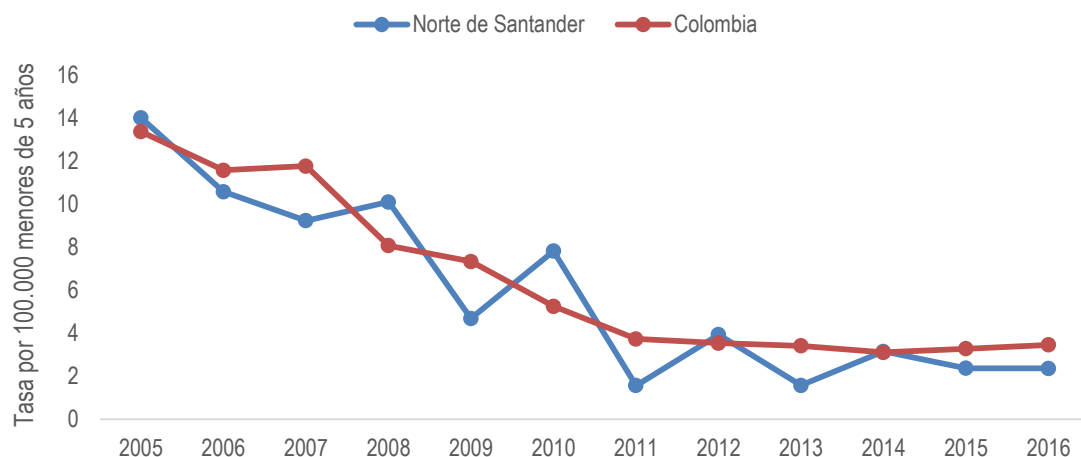


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

### Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

La mortalidad por enfermedad diarreica aguda ha tenido una disminución exponencial durante los años 2005 a 2016 no solo a nivel territorial sino a nivel nacional. Para el 2005 la tasa de mortalidad por EDA en Norte de Santander se ubicó en 14 por cada 100.000 menores de 5 años; para el 2016 redujo a 2,4 por cada 100.000 menores de 5 años. Esta reducción tiene que ver con accesibilidad a servicios públicos como el agua potable y la ampliación del esquema de vacunación nacional que introdujo la vacuna de rotavirus para menores de un año; no obstante, aún se presentan casos, ya que gran parte de municipios no cuentan con un servicio de agua potable adecuado principalmente en el sector rural.

Figura 33. Tasa de mortalidad por EDA, Norte de Santander, 2005- 2016

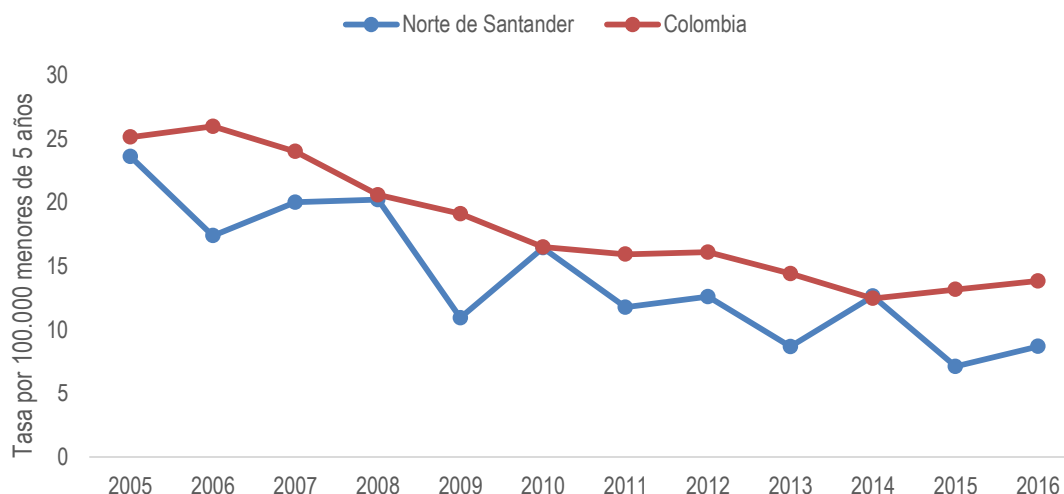


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

### Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

Al igual que la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años ha venido en descenso durante los últimos años en el Departamento. Para el 2005, la tasa de mortalidad por IRA se ubicó en 24 por cada 100.000 menores de 5 años; en el 2016 esta tasa se redujo a 8,7 muertes por cada 100.000 menores en ese rango de edad. No existen diferencias significativas con respecto al comportamiento observado a nivel nacional. La mortalidad por IRA en menores de cinco años está influenciada no solo por la contaminación y la presencia de necesidades básicas insatisfechas, sino además por la cultura de la automedicación en la población, generando mayor resistencia de los microorganismos a los antibióticos y demás medicamentos. Y las coberturas de vacunación no útiles con algunos biológicos que previenen IRA y otras medidas preventivas no adoptadas por la población general.

Figura 34. Tasa de mortalidad por IRA, Norte de Santander, 2005- 2016

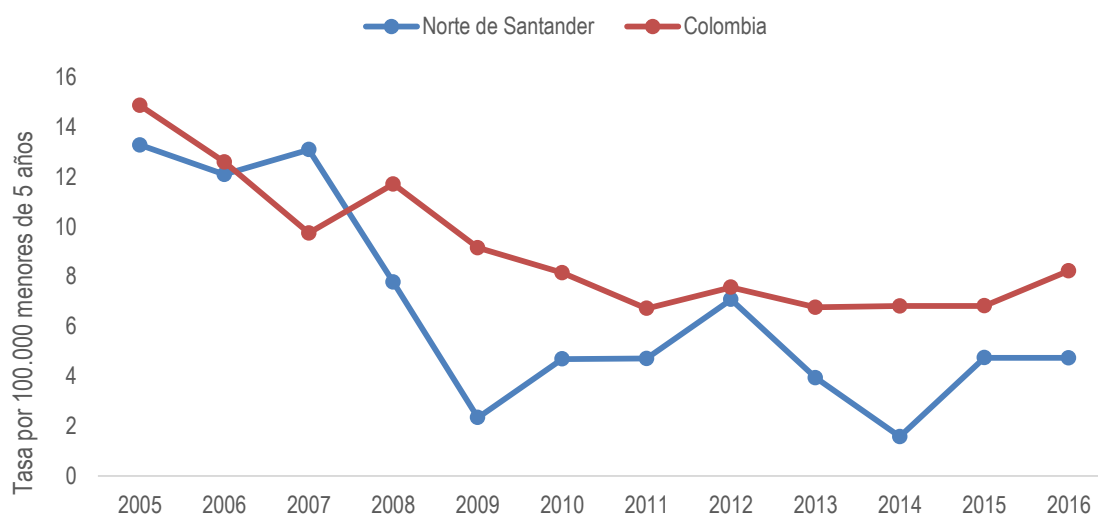


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

### Mortalidad por desnutrición

En Norte de Santander durante los años 2005 a 2016 se han muerto más de 122 menores de 5 años como consecuencia de la desnutrición. La tendencia de la mortalidad por esta causa ha sido favorablemente a la disminución en el Departamento, pasando de 13,3 a 4,7 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el periodo mencionado. A pesar de lo anterior, es inaceptable desde todo punto de vista que se continúen presentando mortalidades por esta y las anteriores causas; en primer lugar porque son de carácter preventivo y en segundo lugar, representan indicadores que evalúan administrativamente, tanto las políticas como a los administradores locales y regionales de las mismas. Se vienen desarrollando estrategias en pro de mitigar el impacto de esta mortalidad, como lo es el banco de leche ubicado en el Hospital Universitario Erasmo Meoz y la adopción de prácticas alimenticias en la población que garanticen el aprovechamiento de los nutrientes realmente. Promoción de la lactancia materna y cambios en los hábitos alimenticios, que sin embargo aún no muestran totalmente efectividad en la población.

Figura 35. Tasa de mortalidad por Desnutrición, Norte de Santander, 2005- 2016



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

### Determinantes intermedios

#### Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI

Se estimaron los índices basados en comparaciones dos a dos para categorías ordenadas con la variable socioeconómica de Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI y las variables de salud corresponden a los indicadores: Razón de mortalidad materna, las tasas de mortalidad neonatal; mortalidad Infantil; mortalidad en la niñez; mortalidad por IRA; mortalidad por EDA en menores de cinco años:

- **El cociente de tasas extremas:**

La razón de mortalidad materna del municipio con mayor NBI es un 30% más alta que la observada en el municipio con menor NBI en el Departamento.

La tasa de Mortalidad neonatal del municipio con mayor NBI es un 6% más alta que la observada en el municipio con menor NBI en el Departamento.

La tasa de Mortalidad Infantil el municipio con mayor NBI es un 7% más alta que la observada en el municipio con menor NBI en Norte de Santander.

- **El Cociente ponderado de tasas extremas:**

La razón de mortalidad materna del municipio que tiene mayor porcentaje de NBI es 94% más alta que la razón de mortalidad materna del municipio que tiene menor porcentaje de NBI ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio de Norte de Santander.

La tasa de mortalidad neonatal del municipio que tiene mayor porcentaje de NBI es 97% más alta que la tasa de mortalidad neonatal del municipio que tiene menor porcentaje de NBI ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio de Norte de Santander.

La tasa de mortalidad infantil del municipio que tiene mayor porcentaje de NBI es 96% más alta que la tasa de mortalidad infantil del municipio que tiene menor porcentaje de NBI ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio de Norte de Santander.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA del municipio que tiene mayor porcentaje de NBI es 95% más alta tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA del municipio que tiene menor porcentaje de NBI ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio de Norte de Santander.

- **La diferencia de tasas extremas:**

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 12 muertes maternas más por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor NBI.

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 2 muertes neonatales menos por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor NBI.

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 2 muertes infantiles menos por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor NBI.

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 1 muertes menos en menores de 5 años por IRA por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor NBI.

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 8 muertes más en menores de 5 años por EDA por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor NBI.

- **La diferencia ponderada de tasas extremas:**

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 6 muertes maternas menos por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor porcentaje de NBI, ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio del Norte de Santander

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 1 muertes neonatales menos por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor porcentaje de NBI, ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio del Norte de Santander

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 1 muerte infantil por IRA menos por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor porcentaje de NBI, ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio del Norte de Santander

El municipio con mayor porcentaje de NBI tiene 1 muerte más por EDA en población menor de 5 años por cada 1000 nacidos vivos que el municipio con menor porcentaje de NBI, ajustando por el tamaño poblacional de cada municipio del Norte de Santander

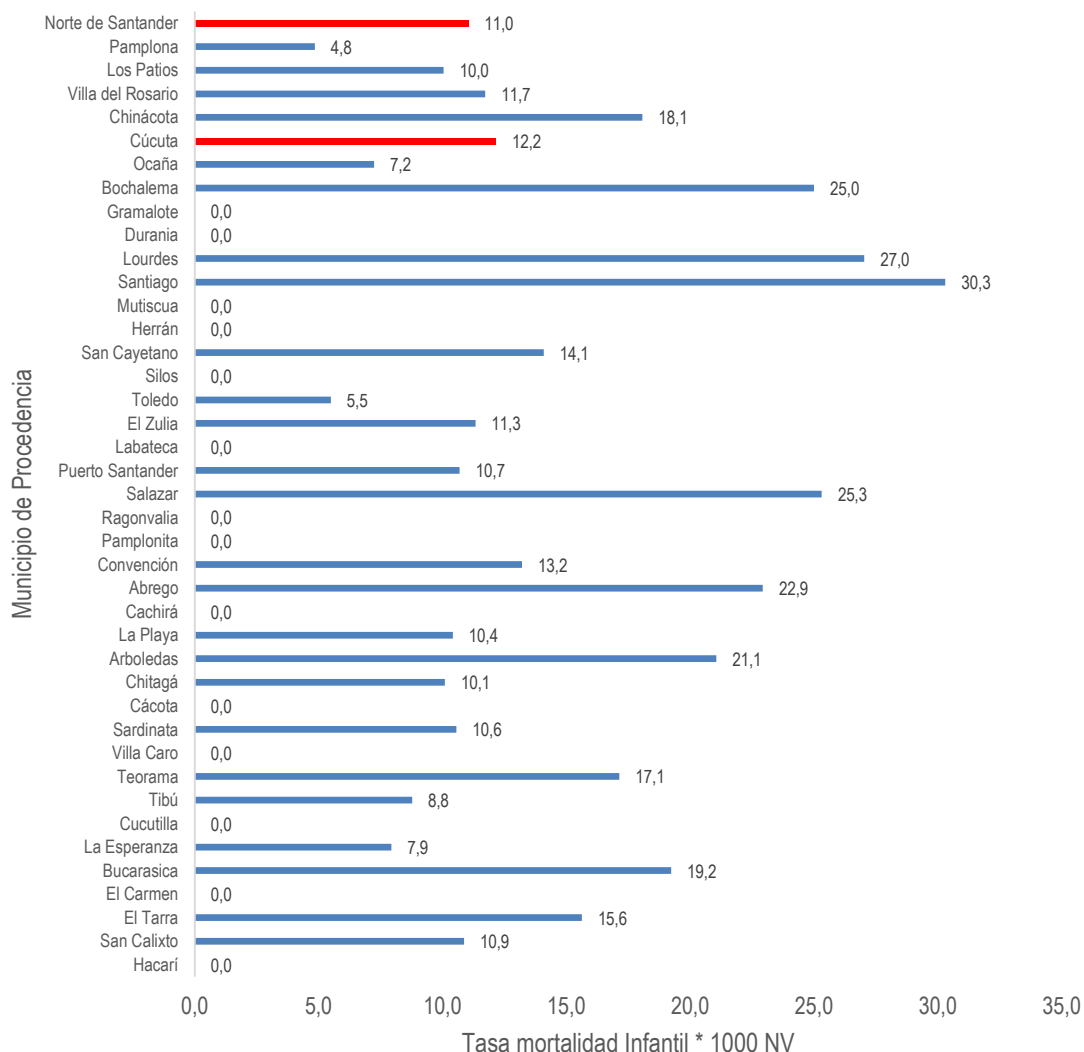
**Tabla 19. Análisis de desigualdades de la mortalidad materno – infantil por NBI en Norte de Santander, 2016**

Índice	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	1,303	0,632	0,780	1,096	7,595
Cociente ponderado de tasas extremas	0,067	0,032	0,040	0,056	0,388
Diferencia de tasas extremas	12,553	-2,833	-2,434	0,904	8,948
Diferencia ponderada de tasas extremas	0,642	-0,145	-0,125	0,046	0,458
Riesgo atribuible poblacional	2,543	-0,058	-0,033	-0,370	1,090
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	5,782	-0,757	-0,298	-4,099	44,562

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

Los municipios con mayor NBI en el Departamento para el 2016 persisten al igual que en la vigencia anterior: Hacarí, San Calixto, El Tarra y El Carmen, todos pertenecientes a la regional de Ocaña. De estos municipios, se presentó mortalidad en menores de un año en 2016, en El Tarra. En años anteriores si se han registrado casos. La tendencia de la mortalidad infantil en Norte de Santander es a la disminución, sin embargo se evidencia una relación o dependencia entre el NBI y la Mortalidad infantil en el Departamento.

Figura 36. Tasa de mortalidad infantil por NBI en Norte de Santander, 2016



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 – 2016

• **Índice de concentración de salud**

Al analizar los indicadores de mortalidad materno – infantil con respecto a las necesidades básicas insatisfechas – NBI, se logró identificar el índice de concentración para cada una de las comparaciones, cuyos resultados sugieren que la desigualdad en la mortalidad neonatal, infantil y en la niñez, considerando las desigualdades en el NBI, no son tan importantes entre municipios.

En cuanto a la razón de mortalidad materna, EL 30% de la población con mayor NBI en el departamento, acumula cerca del 50% de la mortalidad materna.

La 30% de la población menor de 5 años con mayor NBI en el departamento, acumula cerca del 50% de la mortalidad por IRA en menores de 5 años.

La 10% de la población menor de 5 años con mayor NBI en el departamento, acumula cerca del 50% de la mortalidad por EDA en menores de 5 años.

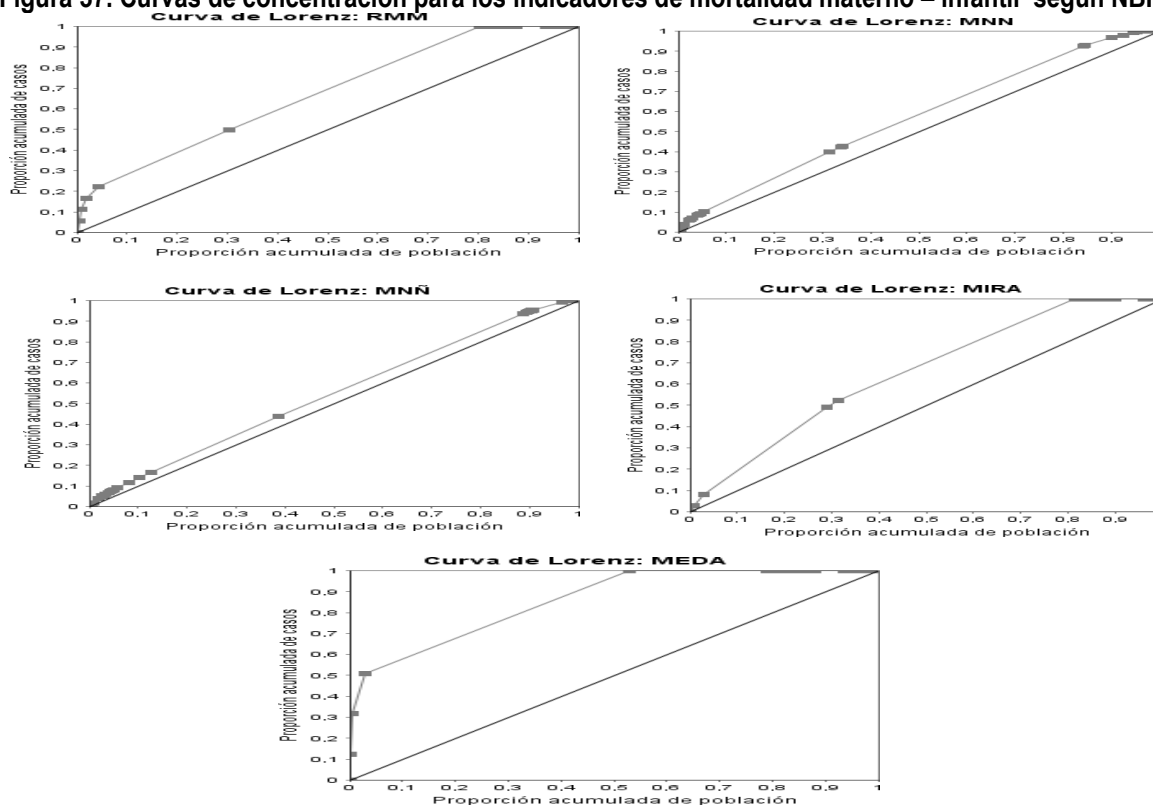
Las mortalidades neonatales e infantiles no muestran una relación lineal con respecto a las NBI. Esto significa una limitación metodológica para estimar los índices de concentración.

**Tabla 20. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI del departamento, 2016**

Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años
0,344	0,148	0,090	0,310	0,718

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

**Figura 37. Curvas de concentración para los indicadores de mortalidad materno – infantil según NBI**



Fuente: DANE -Estadísticas Vitales – 2016



## Determinantes Estructurales

### Etnia

Al analizar el comportamiento de la mortalidad materna y neonatal por etnia, se logró determinar que frente a la razón de mortalidad materna entre el periodo comprendido: 2009 a 2016, los casos hacen referencia a solo otras etnias. No se han registrado muertes maternas en grupos poblacionales especiales. Respecto a la mortalidad neonatal en este mismo período, se han evidenciado casos en comunidades indígenas, gitanos y afrocolombianos en años anteriores. Sin embargo, para la vigencia 2016, se registra una tasa de mortalidad neonatal de 39,2 en menor afrodescendiente. En este periodo mencionado, se observan vigencias, a excepción de 2013 y 2014 en los que no se reportó la etnia de los menores fallecidos, configurándose como error en la calidad del dato, que no permite obtener información objetiva para la toma de decisiones.

**Tabla 21. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, 2009 – 2016**

<b>Razón de mortalidad materna</b>									
<b>Etnia</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
1 – Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2 - Rom (Gitano)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3 - Raizal (San Andrés Y Providencia)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4 - Palenquero De San Basilio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
6 - Otras Etnias	9,7	86,2	52,4	67,7	55,2	49,3	39,3	44,2	
No Reportado	814,5	498,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total General</b>	<b>50,5</b>	<b>93,5</b>	<b>51,7</b>	<b>67,1</b>	<b>54,7</b>	<b>49,0</b>	<b>39,1</b>	<b>44,0</b>	
<b>Tasa de mortalidad neonatal</b>									
<b>Etnia</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
1 – Indígena	0,0	23,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2 - Rom (Gitano)	0,0	0,0	0,0	0,0	500,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3 - Raizal (San Andrés y Providencia)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4 - Palenquero De San Basilio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 - Negro, Mulato, Afrocolombiano O Afrodescendiente	9,3	14,4	131,1	0,0	36,4	0,0	0,0	39,2	
6 - Otras Etnias	2,7	5,4	7,5	7,1	6,8	6,3	7,1	7,6	
No Reportado	116,7	117,2	52,6	29,1	0,0	0,0	76,9	50,0	
<b>Total General</b>	<b>8,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,1</b>	<b>7,2</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>	<b>7,1</b>	<b>7,7</b>	

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2005 - 2016

Respecto al área de residencia, entre 2009 y 2016 las tasas de mortalidad materna más elevadas se observan en población que reside en el área rural dispersa y centros poblados, con tendencia al aumento para el último año. Lo mismo se observa frente a la mortalidad neonatal, donde las tasas más representativas corresponden al área rural dispersa. Igualmente se observa una falla en el registro del área de residencia de algunos casos, ya que no cuentan con dicha información.

**Tabla 22. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, 2009 – 2016**

**Razón de mortalidad materna a 42 días**

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Cabecera	27,9	107,5	28,8	66,3	50,0	36,2	30,0	41,5
2 - Centro Poblado	160,9	138,5	107,5	92,6	0,0	111,7	112,4	103,4
3 - Área Rural Dispersa	156,8	0,0	168,4	62,8	94,1	101,2	69,5	37,9
Sin Información	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total General	50,5	93,5	51,7	67,1	54,7	49,0	39,1	44,0

**Tasa de mortalidad neonatal**

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - Cabecera	8,53	7,05	8,01	7,17	7,13	5,67	6,83	7,71
2 - Centro Poblado	4,02	18,01	7,53	4,63	6,51	4,47	10,11	5,17
3 - Área Rural Dispersa	9,80	7,26	8,75	8,16	5,64	9,45	7,65	8,34
Sin Información	76,92	50,00					500,00	
Total General	8,58	7,68	8,08	7,19	6,86	6,27	7,14	7,67

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2009 - 2016

### 2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

De acuerdo con el análisis de la mortalidad, por grandes causas en Norte de Santander para la vigencia 2016, se deben priorizar las intervenciones de los grupos de riesgo MIAS 000; 001 y 007, a los que pertenecen la mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, (con mayor incidencia, las enfermedades isquémicas del corazón, cerebro vasculares e hipertensivas) en este grupo; La mortalidad por demás causas, principalmente por (Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, seguido de la Diabetes Mellitus y enfermedades del sistema urinario; y en lo que corresponde a la mortalidad por neoplasias, se debe priorizar el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.

Dentro de la mortalidad materno – infantil para el Departamento se debe priorizar para intervenir los grupos de riesgo MIAS 000 y 008, en los cuales se identificó aumento de la razón de mortalidad materna y en la niñez. Dentro de las causas específicas para este grupo se encuentran como principal causa: las afecciones originadas en el periodo perinatal; las malformaciones congénitas; las causas externas de morbilidad y mortalidad como también las enfermedades del sistema respiratorio.

**Tabla 23. Identificación de prioridades en Mortalidad, Norte de Santander, 2016**

Mortalidad	Prioridad	Norte de Santander 2016	Colombia 2016	Tendencia 2005 a 2016	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	173*100.000 Hbts	150*100.000 Hbts	Disminución	001
	2. Las demás causas	150*100.000 Hbts	120*100.000 Hbts	Disminución	000
	3. Neoplasias	103 *100.000 Hbts	93 *100.000 Hbts	Disminución	007
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Enfermedades isquémicas del corazón	84*100.000 Hbts.	80*100.000 Hbts.	Disminución	001
	2. Enfermedades cerebrovasculares	41 *100.000 Hbts.	32 *100.000 Hbts.	Aumento	001
	3. Enfermedades hipertensivas	21 *100.000 Hbts.	18 *100.000 Hbts.	Disminución	001
	4. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	38 *100.000 Hbts.	29 *100.000 Hbts.	Disminución	002
	5. Diabetes mellitus	20 *100.000 Hbts.	16 *100.000 Hbts.	Disminución	001
	6. Enfermedades del sistema urinario	17 *100.000 Hbts.	14 *100.000 Hbts.	Disminución	000
	7. Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	15 *100.000 Hbts.	15 *100.000 Hbts.	Aumento	007
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	95 *1.000 NV.	85 *1.000 NV.	Aumento	008
	2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	53 *100.000 <5 años.	47 *100.000 <5 años.	Aumento	008
	3. Causas externas de morbilidad y mortalidad	16 *100.000 <5 años.	15 *100.000 <5 años.	Aumento	000
	4. Enfermedades del sistema respiratorio	11 *100.000 <5 años.	17 *100.000 <5 años.	Aumento	000
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	44 *1.000 NV.	51 *1.000 NV.	Aumento	008
	2. Tasa de mortalidad en la niñez	13 *100.000 <5 años.	14 *100.000 <5 años.	Aumento	008
	3. Tasa de mortalidad infantil	11 *100.000 <5 años.	11 *100.000 <5 años.	Aumento	008
	4. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	9 *100.000 <5 años.	14 *100.000 <5 años.	Aumento	009

Fuente: CUBOS-SISPRO

## Conclusiones del capítulo de mortalidad

Analizando los diferentes aspectos de la mortalidad de acuerdo a los diferentes grupos poblacionales entre 2005 al 2016, las tasas ajustadas de mortalidad en Norte de Santander presentan una tendencia en su mayoría a la disminución con respecto a la vigencia anterior en el total de la población.

La principal causa de muerte general en el departamento son las enfermedades del sistema circulatorio, entre las que se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebro vasculares y las hipertensivas como las causas que mayor aportes hacen a la mortalidad en la población Nortesantandereana en ambos géneros. Estas causas de muerte afectan los grupos de riesgo MIAS 000-001-007.

Según la OMS las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en todo el mundo. Cada año mueren más personas por alguna de estas enfermedades que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron 17,5 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, lo cual representa el 30% de las defunciones registradas en el mundo. De esas defunciones, aproximadamente 7,4 millones se debieron a cardiopatías coronarias, y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares.

Las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países y afectan casi por igual a hombres y mujeres. De aquí a 2030, casi 23,6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte. ([https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/)).

Mensajes fundamentales para proteger la salud cardíaca: El consumo de tabaco, una dieta malsana y la inactividad física aumentan el riesgo de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. La realización de actividad física durante al menos 30 minutos todos los días de la semana ayuda a prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Comer al menos cinco raciones de frutas y hortalizas al día y limitar el consumo de sal a menos de una cucharilla al día también ayuda a prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. ([https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/es/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/)).

Por otro lado, en la mortalidad por subgrupos, para las enfermedades transmisibles predominan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; la diabetes y enfermedades del sistema urinario, mientras que para el grupo de neoplasias predomina el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon.

A este respecto la OMS dice que cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones recientes de la OMS (2004), actualmente hay unos 235 millones de personas que padecen asma, 64 millones que sufren enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y muchos millones de personas más que sufren rinitis alérgica y otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse. ([https://www.who.int/respiratory/about\\_topic/es/](https://www.who.int/respiratory/about_topic/es/))

El factor más importante que conduce al desarrollo de la EPOC es el tabaquismo. El humo de tabaco causa la destrucción de tejido pulmonar (enfisema) y la obstrucción de las pequeñas vías aéreas con la inflamación y la flema (bronquitis crónica) dando lugar a los síntomas cardinales de la EPOC, a saber, falta de aire y tos. La contaminación del aire en interiores y exteriores, las exposiciones ocupacionales a agentes inhalados, los síndromes genéticos, como la deficiencia de alfa-1 antitripsina, la neumonía infantil y la exposición al humo del tabaco y otras enfermedades que afectan a las vías respiratorias, como el asma crónica y la tuberculosis, son también factores que contribuyen al desarrollo de la EPOC ([https://www.who.int/gard/publications/The\\_Global\\_Impact\\_of\\_Respiratory\\_Disease\\_ES.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf)).

La alta prevalencia y gravedad de la enfermedad hace que su coste económico sea elevado. El costo directo de la EPOC es del 6% del gasto sanitario total (38.600 millones de euros anuales) en la Unión Europea y representa el 56% del costo total del tratamiento de las enfermedades respiratorias.

Desalentar a las personas a iniciar a fumar tabaco y alentar a los fumadores a eliminar el hábito de fumar y dejar de fumar son las primeras y más importantes prioridades en la prevención de la EPOC. Las estufas con chimeneas y otros dispositivos que disminuyen la exposición al humo en interiores disminuyen el riesgo de infecciones respiratorias en niños y potencialmente la incidencia de EPOC en no fumadores, particularmente en mujeres. Las vacunas de la infancia y el pronto reconocimiento y tratamiento de las infecciones del tracto respiratorio inferior minimizarán la lesión de las vías respiratorias que predispone a la EPOC en la edad adulta. La EPOC puede comenzar desde la infancia y el control del asma infantil, el control de la exposición ocupacional al polvo y humos y otros controles ambientales podrían tener beneficios para reducir la carga de la EPOC. ([https://www.who.int/gard/publications/The\\_Global\\_Impact\\_of\\_Respiratory\\_Disease\\_ES.pdf](https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease_ES.pdf)).

Los municipios más afectados por la mortalidad asociada a enfermedades del sistema circulatorio son Cúcuta, Ocaña, Pamplona, Villa del Rosario, Tibú y Los Patios.

En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2016, la principal causa de defunción fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal, siendo el grupo más afectado el de menores de un año.

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años, lo que supone un aumento respecto del 40% registrado en 1990. En 2015 se registró aproximadamente el mismo número de defunciones prenatales.

Tres son las causas que explican las tres cuartas partes de la mortalidad neonatal en el mundo: partos prematuros (29%), asfixia (23%) e infecciones graves tales como sepsis y neumonía (25%). Si las intervenciones disponibles llegaran hasta quienes las necesitan se podrían prevenir dos tercios o más de esas defunciones.

«Se está dejando que la supervivencia de los neonatos quede rezagada pese a que se dispone de soluciones bien documentadas y costo-eficaces para prevenir esas muertes», ha declarado la Dra. Flavia Bustreo, Subdirectora General de la OMS de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño. «Con cuatro años para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es esencial que se preste más atención a los recién nacidos y se les

dediquen más medidas.»  
([https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn\\_deaths\\_20110830/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/)).

Para lograr progresos rápidos en lo concerniente a la supervivencia, la salud y el bienestar de los recién nacidos es preciso mejorar la calidad de la atención y asegurar la disponibilidad de servicios de salud de calidad para los recién nacidos pequeños y enfermos.

Al revisar el comportamiento de los indicadores de la mortalidad materno-infantil durante la vigencia 2016 con respecto al año inmediatamente anterior, las tasas de mortalidad materna, infantil, en la niñez y la de IRA en menores de 5 años tienden al aumento.

En la presente vigencia la mortalidad materna y en menores de 5 años del Departamento continua asociada y se concentra en municipios con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas. Igualmente se encuentran relacionados con la accesibilidad y la prestación de los servicios.

## 2.2 Análisis de la morbilidad

El análisis de la morbilidad se basó en una evaluación de la morbilidad agrupada, los eventos de alto costo, los eventos precursores y los eventos de notificación obligatoria; Las fuentes información corresponde a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de dato de alto costo, del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – Sivigila, y otra información que contribuya al análisis de la morbilidad en su territorio.

### 2.2.1 Principales causas de morbilidad

#### Morbilidad atendida

A partir de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) entre el 2009 y 2017 se registraron en Norte de Santander un total de 16.379.758 atenciones. En promedio se realizaron 545.992 atenciones/año. La proporción de atenciones según sexo fue del 61% para las mujeres y del 39% en hombres.

Durante el periodo 2009 – 2017 el comportamiento de las grandes causas de morbilidad mostró que la gran causa que ocupa el primer lugar correspondió a las Enfermedades no transmisibles. Para el último año, la proporción de atenciones por enfermedades no transmisibles oscilo entre 37% y 80% del total de atenciones, con tendencia a la disminución con respecto al año anterior en todos los ciclos vitales, excepto en el ciclo vital de la primera infancia, en la que la mayor proporción de atenciones se concentró en las condiciones transmisibles y nutricionales con un 38% de las atenciones con tendencia a la disminución.

En segundo lugar, está la demanda de servicios por condiciones transmisibles y nutricionales con una demanda de atención entre el 6% y 38%, con tendencia a la disminución en los ciclos de: primera infancia, infancia, adolescencia y juventud e incluso en el ciclo de persona mayor; pero una leve tendencia al aumento en el ciclo de la adultez.

A esta gran causa le sigue: Condiciones mal definidas con demanda entre el 9% y 18%, con una tendencia leve al aumento en todos los ciclos vitales. La demanda de atención por lesiones oscilo entre el 5% y el 9%. Debe llamar la atención que presenta una leve tendencia al aumento en los ciclos vitales: primera infancia, infancia t persona mayor. Así mismo presenta una leve tendencia a la disminución en los ciclos de adolescencia, juventud y adultez. Finalmente, las condiciones maternas y perinatales con una demanda de atención por debajo del 6%, con una tendencia notable al aumento en la adolescencia, juventud y adultez, la mayor tendencia al aumento se presentó en el ciclo vital de juventud.

Es importante mencionar que la proporción de atenciones cuyo diagnóstico corresponde a signos y síntomas mal definidos oscila entre el 8% y 16% en cada ciclo vital y se mantiene durante los años evaluados, lo cual incide notoriamente en la real situación de morbilidad atendida en el Departamento, sugiriendo estrategias que favorezcan el mejoramiento del diagnóstico y la codificación a nivel de causas de atención.

**Tabla 24. Principales causas de morbilidad por ciclo vital a nivel general, Norte de Santander, 2009 – 2017**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total									Δ pp 2017- 2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	48	46	48	46	44	39	39	39	38	-2
	Condiciones perinatales	1	2	2	2	1	2	3	1	1	0
	Enfermedades no transmisibles	27	26	25	32	34	36	36	38	37	-1
	Lesiones	5	5	5	4	4	4	5	6	7	1
	Condiciones mal clasificadas	19	21	20	16	16	19	17	16	18	2
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33	31	28	24	24	23	22	25	25	0
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	45	45	51	59	57	56	56	53	50	-3
	Lesiones	5	6	6	4	4	5	6	6	7	1
	Condiciones mal clasificadas	16	18	15	13	15	17	16	16	18	3
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23	21	18	16	15	15	13	14	14	0
	Condiciones maternas	2	2	3	2	2	2	3	2	3	1
	Enfermedades no transmisibles	52	53	57	65	63	60	61	59	57	-2
	Lesiones	6	6	6	4	5	6	7	9	8	-1
	Condiciones mal clasificadas	17	17	16	13	16	17	16	16	18	2
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18	17	15	13	13	14	11	12	12	0
	Condiciones maternas	6	6	7	4	5	5	6	3	6	3
	Enfermedades no transmisibles	55	55	57	66	63	60	60	58	57	-2
	Lesiones	6	6	6	5	5	6	8	11	9	-3
	Condiciones mal clasificadas	16	16	15	12	14	15	15	15	16	1
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13	11	11	9	10	10	9	9	10	1
	Condiciones maternas	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1
	Enfermedades no transmisibles	68	69	70	76	75	72	72	72	70	-2
	Lesiones	5	5	5	4	4	5	6	7	7	-1
	Condiciones mal clasificadas	12	12	12	10	10	11	11	12	12	1
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7	7	7	6	6	6	6	6	6	0
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	81	82	81	84	84	81	81	81	80	-1
	Lesiones	4	4	4	3	3	4	4	5	5	1
	Condiciones mal clasificadas	8	8	8	7	7	9	9	9	9	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS



## Principales causas de morbilidad en hombres

Respecto al comportamiento de la morbilidad en los hombres, en todos los ciclos vitales la principal causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles, cuya proporción de atención estuvo entre 37% y 79% con una tendencia a la disminución en todos los ciclos vitales, pero con tendencia al aumento en el ciclo de la juventud. Los grupos con mayor proporción de atenciones por esta gran causa son adultez y personas mayores. En el ciclo vital de la primera infancia, la mayor proporción de atención fue para la gran causa de condiciones transmisibles y nutricionales con un 38% de las atenciones en este ciclo vital.

**Tabla 25. Principales causas de morbilidad en hombres, Norte de Santander 2009 – 2017**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Δ pp 2017-2016
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49	46	48	46	44	39	39	39	38	-1
	Condiciones perinatales	1	2	2	2	1	2	2	1	1	0
	Enfermedades no transmisibles	26	26	25	32	34	36	35	38	37	-1
	Lesiones	5	5	5	5	5	5	6	6	7	1
	Condiciones mal clasificadas	19	21	20	16	16	18	17	15	17	2
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33	30	27	24	23	22	21	25	25	1
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	44	44	50	59	57	55	56	53	50	-4
	Lesiones	6	7	7	5	6	6	7	7	8	1
	Condiciones mal clasificadas	16	19	15	12	15	17	16	15	17	2
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25	23	20	17	17	17	14	15	16	0
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	50	50	56	65	62	58	60	58	57	-1
	Lesiones	9	9	9	7	7	9	11	13	12	-1
	Condiciones mal clasificadas	16	17	15	12	14	16	15	14	16	2
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22	21	17	16	16	16	14	13	15	1
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	52	52	57	65	63	59	59	55	57	2
	Lesiones	10	12	12	9	9	11	15	20	15	-4
	Condiciones mal clasificadas	15	15	14	11	12	13	13	12	13	1
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14	13	12	10	11	11	10	9	12	3
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	66	67	69	75	74	71	70	69	67	-1
	Lesiones	8	9	9	6	6	8	10	12	11	-2
	Condiciones mal clasificadas	12	12	11	9	9	10	10	10	10	0
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7	7	6	6	5	6	5	6	6	0
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	80	81	81	84	84	81	81	80	79	-1
	Lesiones	4	4	4	3	3	4	4	5	6	1
	Condiciones mal clasificadas	9	9	9	7	7	9	9	9	9	1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS

## Principales causas de morbilidad en mujeres

El comportamiento de la morbilidad en mujeres es similar al nivel general; en todos los ciclos vitales prevalecen las enfermedades no transmisibles, con una proporción en la atención que varía entre un 26% y un 81%, con tendencia a la disminución en todos los ciclos vitales durante el 2017 respecto al año anterior. Los ciclos vitales con mayor proporción de atenciones por esta gran causa son adultez y personas mayores.

La principal causa en la primera infancia son las condiciones transmisibles y nutricionales, con una proporción de 46% del total de atenciones realizadas durante el 2017 en Norte de Santander, con una tendencia a la disminución en este ciclo vital.

**Tabla 26. Principales causas de morbilidad en mujeres, Norte de Santander, 2009 – 2017**

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres									Δ pp 2017- 2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	47	45	48	45	44	43	43	48	46	-2
	Condiciones perinatales	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1
	Enfermedades no transmisibles	29	27	26	33	35	33	33	27	26	-1
	Lesiones	4	4	4	4	4	4	4	5	5	0
	Condiciones mal clasificadas	19	22	20	16	16	18	18	19	21	2
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33	31	28	24	24	23	23	25	24	-1
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	47	46	52	59	57	56	56	53	50	-3
	Lesiones	4	4	5	3	3	4	5	5	6	1
	Condiciones mal clasificadas	17	18	16	13	16	17	17	16	20	3
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21	19	17	15	13	14	12	12	12	0
	Condiciones maternas	4	4	5	3	4	4	5	4	5	2
	Enfermedades no transmisibles	54	55	58	65	63	61	61	60	58	-2
	Lesiones	4	4	4	3	3	4	4	6	5	0
	Condiciones mal clasificadas	17	17	17	14	17	18	18	18	19	1
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16	15	13	12	11	13	10	12	11	-1
	Condiciones maternas	8	9	11	7	7	7	9	5	10	5
	Enfermedades no transmisibles	56	56	57	66	64	61	60	60	57	-4
	Lesiones	3	3	3	3	3	3	4	6	5	-1
	Condiciones mal clasificadas	16	16	16	13	15	16	16	17	18	1
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12	11	10	9	9	10	8	9	9	0
	Condiciones maternas	3	3	3	2	2	2	3	1	2	1
	Enfermedades no transmisibles	69	71	71	77	75	73	73	73	71	-2
	Lesiones	3	3	3	2	3	3	4	5	5	0
	Condiciones mal clasificadas	13	12	12	10	11	12	12	12	13	1
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7	7	7	6	6	6	6	5	5	0
	Condiciones maternas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enfermedades no transmisibles	81	82	82	84	84	82	82	82	81	-1
	Lesiones	4	3	4	3	3	4	4	5	5	1
	Condiciones mal clasificadas	8	8	8	7	7	8	8	8	9	0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS

## 2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

### Morbilidad por subgrupo en población total

Revisando la morbilidad específica por subgrupo y por grupo poblacional, se encontró que para el 2017 en el subgrupo de condiciones transmisibles y nutricionales en el total de la población, la principal causa de atención son las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 52% de las atenciones con tendencia a la disminución respecto al último año, seguido de las Infecciones Respiratorias Agudas con un 44% de las atenciones con una leve tendencia al aumento.

En el subgrupo de Condiciones materno-perinatales las condiciones maternas ocupan el 94% de las atenciones con una tendencia al aumento respecto al año anterior, en este grupo poblacional.

Para las Enfermedades no transmisibles la mayor proporción de atención se encuentra en las condiciones orales con un 19% de las atenciones, sin cambios en la tendencia respecto al año anterior. A este le siguen las enfermedades cardiovasculares con un 16% con una leve tendencia al aumento. En tercer lugar, tenemos las enfermedades musculo esqueléticas con un 14% con tendencia a la disminución respecto al 2016.

Sub grupo de Lesiones, este subgrupo se caracterizó en el 2017 por que al igual que en los años anteriores del periodo analizado, fueron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa, las que ocupan la mayor proporción de las atenciones con un 88% aunque con tendencia a la disminución con respecto al año anterior 2016.

### Morbilidad por subgrupo en hombres

En los hombres, en el subgrupo de Condiciones transmisibles, al igual que la población general, la principal causa de atención son las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 54% de las atenciones con tendencia a la disminución respecto al último año, seguido de las Infecciones Respiratorias Agudas con un 42% de las atenciones con una leve tendencia al aumento.

En las Enfermedades no transmisibles la mayor proporción de atención se encuentra en las condiciones orales con un 19% de las atenciones, sin cambios en la tendencia respecto al año anterior. A este le siguen las enfermedades cardiovasculares con un 16% con una leve tendencia al aumento. En tercer lugar, tenemos las enfermedades musculo esqueléticas con un 14% con tendencia a la disminución respecto al 2016.

Sub grupo de Lesiones, este subgrupo se caracterizó en el 2017 por que al igual que en los años anteriores del periodo analizado, fueron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa, las que ocupan la mayor proporción de las atenciones con un 91% aunque con tendencia a la disminución con respecto al año anterior 2016.

**Tabla 27. Morbilidad específica por subgrupo en población total, Norte de Santander 2009 – 2017**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48	50	48	49	51	58	52	54	52	-2
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49	47	49	46	45	38	44	42	44	2
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3	3	3	4	4	4	5	4	4	0
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	88	84	90	91	93	87	85	90	94	4
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	12	16	10	9	7	13	15	10	6	-4
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3	4	3	3	4	4	3	5	5	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5	6	5	6	6	6	6	6	6	0
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5	5	5	5	5	5	6	8	7	-1
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7	6	7	7	7	8	7	6	7	0
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15	16	16	13	13	13	14	16	16	1
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4	3	4	3	3	3	3	3	3	0
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8	7	7	7	7	7	6	6	6	0
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13	13	11	11	11	10	11	10	11	1
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6	6	5	5	5	5	5	4	4	0
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13	13	12	12	11	13	12	15	14	-1
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Condiciones orales (K00-K14)	17	19	22	25	24	23	23	17	17	0	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8	8	8	7	5	9	6	8	11	3
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91	91	91	93	94	91	94	91	88	-3
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS

**Tabla 28. Morbilidad específica en hombres, Norte de Santander 2009 – 2017**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres									Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49	51	49	51	53	59	53	55	54	-1
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49	47	49	46	44	38	44	41	42	1
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2	2	3	3	3	3	3	4	4	0
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	6	1	2	4	5	1	2	5	5	0
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	94	99	98	96	95	99	98	95	95	0
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Otras neoplasias (D00-D48)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4	4	4	4	4	4	4	6	6	0
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4	5	4	5	5	5	4	4	4	0
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5	5	5	5	6	6	7	9	9	0
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8	7	8	8	8	8	8	7	7	0
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15	15	16	13	13	13	13	16	16	1
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6	4	5	4	4	4	4	4	4	0
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8	7	7	6	7	6	6	6	6	0
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8	7	6	6	6	6	7	7	7	0
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7	8	6	6	6	6	6	5	5	0
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15	14	13	13	12	14	12	15	14	-1
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Condiciones orales (K00-K14)	19	21	24	28	27	26	26	19	19	0
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7	7	7	6	5	7	5	7	8	1
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92	93	93	94	95	93	95	92	91	-1
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS

**Tabla 29. Morbilidad específica en las mujeres, Norte de Santander, 2009 – 2017**

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2017-2016
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48	49	47	48	49	57	51	53	49	-4	
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49	47	49	47	46	38	44	42	46	3	
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3	4	4	5	5	5	6	5	5	0	
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	92	90	94	95	95	92	91	95	97	2	
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8	10	6	5	5	8	9	5	3	-2	
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
	Otras neoplasias (D00-D48)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3	3	3	3	3	3	3	4	4	0	
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5	6	6	7	7	6	6	7	7	0	
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5	5	5	5	5	5	6	8	7	-1	
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7	6	7	7	7	7	7	6	6	0	
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	15	16	16	13	13	13	14	16	17	1	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4	3	3	3	3	3	3	3	3	0	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8	8	7	7	7	7	6	6	6	0	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	17	16	14	14	14	13	13	13	13	1	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5	5	4	4	4	4	4	4	4	0	
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12	13	12	12	11	13	12	15	14	-1	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	
	Condiciones orales (K00-K14)	17	18	20	24	23	22	22	16	16	0	
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	10	10	10	8	6	11	6	10	15	5	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	90	89	90	91	93	89	93	90	85	-5	
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos CUBOS-SISPRO del MSPS

### Morbilidad por subgrupo en mujeres

En las mujeres, del departamento en el subgrupo de Condiciones transmisibles, al igual que la población general, la principal causa de atención son las enfermedades infecciosas y parasitarias con un 49% de las atenciones con tendencia a la disminución respecto al último año, seguido de las Infecciones Respiratorias Agudas con un 46% de las atenciones con tendencia al aumento.

En las Enfermedades no transmisibles la mayor proporción de atención se encuentra en las enfermedades cardiovasculares orales con un 17% de las atenciones, sin cambios en la tendencia respecto al año anterior. A este le siguen las condiciones orales con un 16% sin cambios en la tendencia. En tercer lugar, tenemos las enfermedades musculo esqueléticas con un 14% con tendencia a la disminución respecto al 2016.

Sub grupo de Lesiones, este subgrupo se caracterizó en el 2017 por que al igual que en los años anteriores del periodo analizado, fueron los traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa, las que ocupan la mayor proporción de las atenciones con un 85% aunque con tendencia a la disminución con respecto al año anterior 2016.

### 2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

Realizando un seguimiento a los indicadores de morbilidad por eventos de alto costo, la prevalencia de enfermedad renal crónica fase 5 en el departamento fue del 0,0% para el 2017, sin cambios en la tendencia. En comparación con el nivel nacional, tenemos iguales condiciones, pues a nivel nacional la prevalencia de evento se encuentra en 0%

La tasa de incidencia por enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de reemplazo renal se ubicó en 0 por cada 100.000 afiliados, similar a la observada a nivel país, con relación al año anterior, el 2016.

La tasa de incidencia de VIH notificada para Norte de Santander durante el 2017 fue de aproximadamente 0,0 igual a la del nivel nacional. Sin cambios en la tendencia para este último año.

La tasa de incidencia por leucemia pediátrica mieloide fue de 1,5 por cada 100.000 menores de 15 años, mayor a la observada para Colombia en 2017 (0,7\*100.000 menores de 15 años) con tendencia a la disminución para el departamento con respecto al 2016. La tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfocítica fue de 5,4 por cada 100.000 menores de 15 años; tasa por encima del nivel nacional (3,8\*100.000 menores de 15 años, aunque sin diferencias importantes. Este evento tiene tendencia al aumento respecto al año anterior. Esto se podría atribuir a la detección temprana y tratamiento oportuno por parte de las EAPB. La mayor cantidad de casos corresponde al municipio de Cúcuta.

**Tabla 30. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo, Norte de Santander, 2009-2016**

Evento	Colombia 2017	Norte de Santander 2017	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	0,0	0,0	-	-					↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0,0	0,0	-	-									↗	↘	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	0,0	0,0	-	-											↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,7	1,5	-	-		↗	↗	↘	↗	↘	-	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,8	5,4	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗

Fuente: CUBOS-SISPRO

#### 2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Durante la revisión de los eventos precursores para Norte de Santander en el 2017 encontramos que, la prevalencia por diabetes mellitus fue del 2,4 % durante el 2017 con tendencia al aumento desde el 2015. Comparada con el nivel nacional, no existen diferencias significativas. Entre los municipios con mayor prevalencia en el departamento se encuentran Cúcuta (3,2%) Ocaña (2,3%) y Pamplona con (2,2%)

Respecto a la prevalencia de hipertensión arterial para el 2017 fue del 6,4%, con una tendencia al aumento desde el año 2013. La prevalencia de HTA está por debajo de la observada en el país (7,7%) pero sin diferencias importantes. Los municipios con mayor prevalencia en el departamento son: Ocaña (7,7%), Labateca (7%), Pamplona con (6,5%).

**Tabla 31. Eventos precursores Norte de Santander, 2009 -2017**

Evento	Colombia 2017	Norte de Santander 2017	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prevalencia de diabetes mellitus	2,20	2,40	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	7,70	6,40	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: CUBOS-SISPRO



## 2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Respecto al análisis de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria ENOS, se realizó teniendo en cuenta el impacto causado por estos, a la población del Departamento en términos de letalidad para el año 2016, haciéndose una comparación con el nivel nacional, definiendo los intervalos de confianza e identificando diferencias con respecto al comportamiento en el país.

Con relación a la letalidad, durante el periodo 2007 a 2016, tenemos:

- Accidentes biológicos: el accidente ofídico tuvo una letalidad del 0,3% para el último año, inferior al nivel nacional.
- En cuanto a las intoxicaciones, la letalidad fue de 0,8% igual al nivel nacional.
- En eventos de transmisión aérea y de contacto, tenemos que la letalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) para el departamento durante el 2016 fue de 1,8%, mientras que la IRAG de posible origen Inusitada quedó en 25%. La tuberculosis pulmonar quedó en 7,3% y la extrapulmonar en 8,1%. La meningitis tuberculosa para este año, fue de 25% mayor a la del nivel nacional que fue de 10,5% para Colombia.
- En los eventos de transmisión sexual y sanguínea, las hepatitis diferentes a la A, la letalidad para el departamento quedó en 0,9%. El chagas crónico y agudo para el 2016 fue de 88,9% mayor al nivel nacional para la misma vigencia, con una letalidad de 48,1%. Por otra parte la letalidad por Dengue es de 0,2% igual al nivel nacional al igual que el dengue grave con una letalidad para este año de 15,7%. Todos las letalidades para este año, tuvieron tendencia a la disminución.

Para continuar con la revisión de los ENOS, tenemos las tasas incidencias \*100.000 Hbts. entre el 2007 a 2017, las cuales nos mostraron lo siguiente:

- La tasa de incidencia de dengue clásico, quedó para el 2017 en 87,6 con tendencia a la disminución, pero superior a la del nivel nacional que para este mismo año fue de 65,2.
- La incidencia de dengue hemorrágico quedó en 0,3 sin diferencia significativa con el nivel nacional con tendencia a la disminución.
- La leptospirosis quedó en 0,4 sin diferencia significativa con el nivel nacional, pero con tendencia al aumento.
- El chagas quedó para este mismo año con una tasa de incidencia de 0,7 con tendencia a la disminución y sin diferencias significativas con el nivel nacional.

La siguiente tabla contempla la semaforización de los eventos de notificación obligatoria y su comportamiento durante el periodo 2007 a 2016 en letalidad, 2017 en incidencias de ENOS.

**Tabla 32. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria del departamento Norte de Santander, 2007-2017**

Causa de muerte	Colombia 2016/2017	Norte de Santander 2016/2017	Comportamiento										
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Accidentes biológicos</b>													
Accidente ofídico	1,0	0,3	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	0,8	0,8	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘
<b>No transmisibles</b>													
<b>Inmunoprevenibles</b>													
Tétanos accidental	41,9	0,0	-	↗	↘	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	-
Varicela	0,0	0,0	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘	-	↗	↘
<b>Materno perinatal</b>													
Sífilis congénita	2,0	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-
<b>Transmisión aérea y contacto directo</b>													
Infección Respiratoria Aguda	0,6	1,8	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado)	20,1	25,0	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Lepra	1,7	0,0	-	-	↗	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	-
Tuberculosis pulmonar	7,7	7,3	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tuberculosis extrapulmonar	6,0	8,1	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Meningitis tuberculosa	10,5	25,0	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	-	↘	↗
<b>Transmisión sexual y sanguínea</b>													
Hepatitis distintas a A	1,4	0,9	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Chagas crónico y agudo	48,1	88,9	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗
Dengue	0,2	0,2	-	↗	↗	↘	↘	↘	-	↗	↘	↘	↗
Dengue grave	15,6	15,7	-	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗
Leishmaniasis mucosa	0,0	0,0	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Leptospirosis	6,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘
Malaria	0,1	0,0	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↗	↘
<b>Trasmitida por alimentos/suelo/agua</b>													
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,8	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘
<b>Tasas de incidencia PDSP</b>													
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	65,2	87,6	-	-	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de dengue hemorrágico según municipio de ocurrencia	0,6	0,3	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,3	0,4	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗
Tasa de incidencia de Chagas	1,3	0,7	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	↗	↘

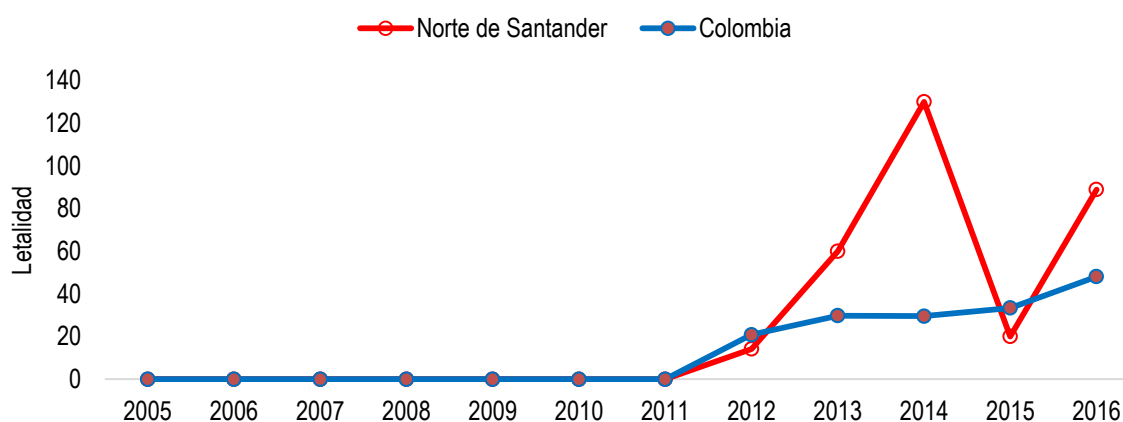
Causa de muerte	Colombia 2016/2017	Norte de Santander 2016/2017	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
	7	7															

Fuente: CUBOS-SISPRO

**Análisis a profundidad de peor situación 2016-2017**

- La peor situación para Norte de Santander en letalidades por ENOS a 2016, se presentó en los siguientes eventos.

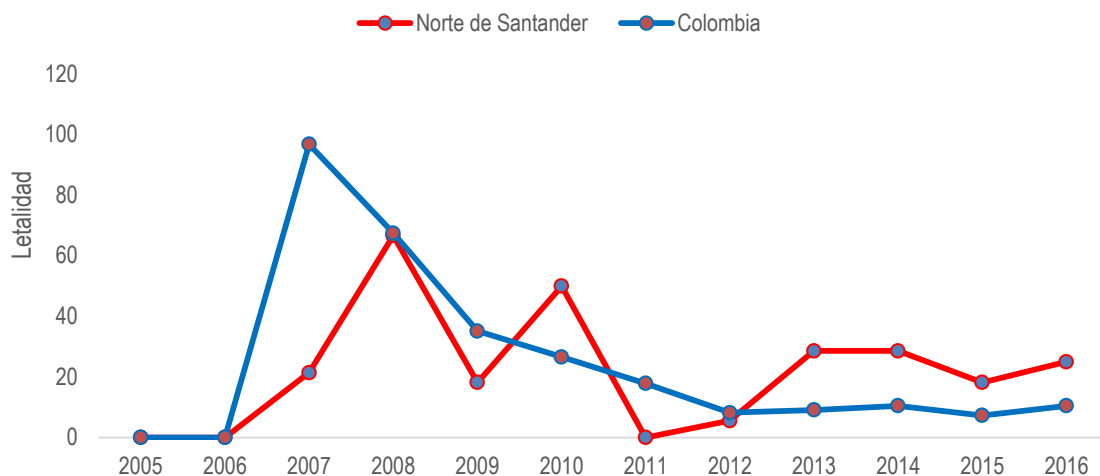
**Figura 38. Letalidad por Chagas crónico y agudo, Norte de Santander 2007 - 2016**



Fuente: CUBOS-SISPRO

La letalidad por Chagas crónico y agudo en el departamento ha venido disminuyendo entre los años 2007 a 2011. Presentó un importante incremento durante el 2013. La tasa de letalidad para el último año el 2016 fue del 88,9%, por encima de la letalidad para el país en el mismo año de 48,1%. Los municipios con mayor incidencia son Cúcuta y Villa del Rosario.

**Figura 39. Letalidad por Meningitis tuberculosa, Norte de Santander, 2007 – 2016**

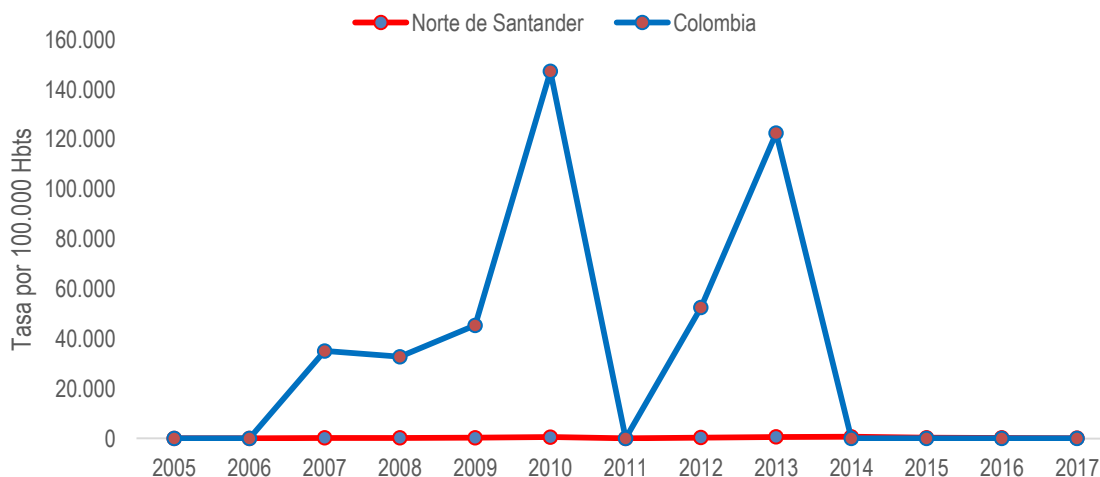


Fuente: CUBOS-SISPRO

La letalidad por Meningitis tuberculosa en el en Norte de Santander presentó una tendencia al aumento desde el 2012. Su pico máximo lo presentó en el 2007 con una letalidad de 67,5%. Para el 2016 llegó a 25% por encima de la letalidad para el país en el mismo año que fue de 10,5%.

- En La peor situación para Norte de Santander relacionada con las incidencias por ENOS a 2017, se presentó en los siguientes eventos.

**Figura 40. Tasa de Dengue, Norte de Santander, 2007 – 2017**



Fuente: CUBOS-SISPRO

La incidencia por dengue en Norte de Santander para esta vigencia fue de 86,7 para el 2017, por encima del nivel nacional, la cual fue de 0. Es de resaltar que el país tuvo su pico más importante en el 2010 con una tasa de incidencia de 147.224 por 100.000 Hbts.

### 2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2018

Según el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del DANE, durante los años 2009 a 2018 se han registrado 34.212 personas en situación de discapacidad con algún tipo de alteración permanente, de las cuales el 52% corresponde a hombres y el 48% a mujeres; La alteración permanente más representativa es aquella relacionada con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (21,1%), seguida por alteraciones del sistema nervioso (19,8%) y la ceguera parcial o total (17,6%).

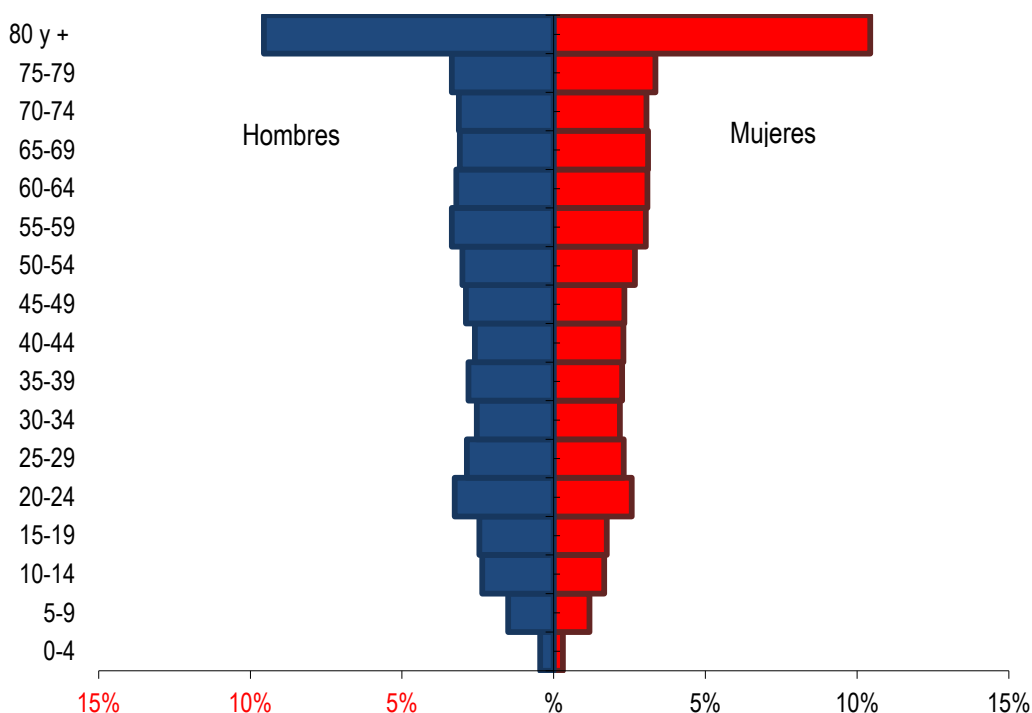
**Tabla 33. Distribución de las alteraciones permanentes Norte de Santander, 2018**

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	15.839	21,12
Los ojos	14.861	19,81
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	13.236	17,65
Los oídos	7.305	9,74
La voz y el habla	6.968	9,29
La digestión, el metabolismo, las hormonas	6.933	9,24
El sistema genital y reproductivo	4.187	5,58
La piel	2.604	3,47
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	1.822	2,43
Ninguna	1.246	1,66
Total	2	0,00
	75.003	

Fuente: CUBOS-SISPRO

\*Corte del 19/08/2018- Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

Figura 41. Pirámide de personas en situación de discapacidad, Norte de Santander 2018



Fuente: CUBOS-SISPRO

Las principales alteraciones permanentes en población masculina del Departamento se encuentran en el grupo de edad de 80 y más años con un 10%, seguido de los grupos de edad entre 20 a 79 con una proporción de 3% en cada quinquenio de estos grupos. La mayor proporción de discapacidad en el sexo masculino se presenta en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas seguido de alteraciones del sistema nervioso. En tercer lugar, está la alteración de la visión.

En las mujeres, la mayoría de los casos de alteraciones corresponden al grupo de 80 y más años con un 10%, seguido del grupo de 50 a 79 años con un 3% en cada quinquenio. En la población femenina se identifican el mismo tipo de alteraciones que las observadas que en los hombres; como principal alteración la del movimiento, seguida de la del sistema nervioso y en tercer lugar la de los ojos.

### 2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Durante la revisión de las principales causas de morbilidad general, para construir la priorización, se encontró que la mayor proporción en la atención la constituyen para 2017, las enfermedades no transmisibles (37-80% de las causas de atención) en todos los ciclos vitales, excepto en la infancia donde prevalecen las condiciones transmisibles y nutricionales. Esta gran causa con tendencia a la disminución.

Dentro de esta morbilidad por condiciones no transmisibles, la principal sub causa de atención para este mismo año, fueron las condiciones orales con un (17% en las atenciones) que se mantiene en su proporción con respecto al año anterior. A este le siguen las enfermedades cardiovasculares con un (16% en las atenciones) con tendencia al aumento.

Frente a la morbilidad atendida por lesiones en el 2017, para los diferentes ciclos vitales predominan los traumatismos, con un 88% de atenciones en población general para el departamento.

En cuanto a los eventos de alto costo, en el departamento la incidencia de leucemia linfocítica en menores de 15 años, se debe considerar prioridad, con un 5,4% por encima de la nacional que está en un 3,8%; En relación con los eventos precursores la hipertensión arterial presenta una proporción de 6,4%, junto con la diabetes mellitus con un 2,4% en población de 15 a 64 años, son las bases para la morbilidad y mortalidad por eventos cardiovasculares.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con los eventos de notificación obligatoria, le Chagas representa en esta vigencia la letalidad más alta para el departamento, con 88,9%, a este le sigue la meningitis tuberculosa con un 25%. Y en la discapacidad la mayor proporción la presenta las de cuerpo y extremidades con un 21%. A esta le siguen las del sistema nervioso con un 19,8%. La tabla siguiente resume las prioridades identificadas para la morbilidad a nivel territorial.

**Tabla 34. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria en Norte de Santander, 2009 – 2017**

Morbilidad	Prioridad	Norte de Santander 2017	Colombia 2017	Tendencia 2009 a 2017	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	1. Enfermedades no transmisibles	37-80%	39-80%	Disminución	000
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales	6-39-%	5-37-%	Disminución	000
	3. Lesiones	5-9%	4-8%	Disminución	012
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Condiciones orales	17%	12%	Estable	000
	2. Enfermedades cardiovasculares	16%	17%	Aumento	001
	3. Enfermedades musculo esqueléticas	14%	13%	Disminución	000
	4. Enfermedades infecciosas y parasitarias	52%	46%	Disminución	009
	5. Infecciones Respiratorias	44%	51%	Aumento	000
	6. Traumatismos, envenenamientos	88%	92%	Disminución	012
Alto Costo	1. Leucemia pediátrica Linfocítica	5,4	3,8	Aumento	007
	2. Leucemia pediátrica Mieloide	1,5	0,7	Disminución	007
Precursores	1. Hipertensión	6,4%	7,7	Aumento	001
	2. Diabetes Mellitus	2,4%	2,2	Aumento	001
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1. Chagas crónico y agudo	88,9%	48,1	Disminución	009
	2. Meningitis Tuberculosa	25%	10,5	Disminución	009
	3. Dengue Clásico	87,6	65,2	Disminución	009
Discapacidad	1. Movimiento cuerpo, manos, brazos, piernas	21,1%	23,3%	Disminución	000
	2. Sistema nervioso	19,8%	20,6%	Disminución	000
	3. Los ojos	17,6%	16,1%	Disminución	000

Fuente: Reportes ASIS-CUBOS-SISPRO

## Conclusiones del capítulo de morbilidad

Las enfermedades no transmisibles son la gran causa de morbilidad que representan históricamente la mayor proporción de las atenciones de la población de Norte de Santander en los últimos ocho años. Así mismo podemos observar, que estas causas, son las responsables de la mayor carga de la mortalidad de la población en el departamento; por ende, al intervenir la morbilidad por estas causas afectará positivamente la mortalidad de las mismas.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas destacan: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes.



Según la OMS, se requieren medidas gubernamentales urgentes para alcanzar las metas mundiales fijadas para reducir la carga de enfermedades no transmisibles (ENT) y prevenir los 16 millones de defunciones prematuras (antes de los 70 años) por cardiopatías y neumopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer y diabetes.

Esta autoridad sanitaria, publicó un informe relacionado con las ENT, sobre las «inversiones óptimas», o costo-eficaces, incluidas la prohibición de todas las formas de publicidad del tabaco, la sustitución de las grasas trans por grasas poliinsaturadas, prohibición de la publicidad del alcohol, la prevención de los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares, la promoción de la lactancia materna y la prevención del cáncer cervicouterino mediante la realización de pruebas de detección. Muchos países ya han conseguido aplicar estas intervenciones para alcanzar las metas mundiales. (<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/es/>).

En el segundo gran grupo de causas de morbilidad para el 2017, se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales. Las enfermedades parasitarias y otras enfermedades infecciosas, se encuentran en el grupo de enfermedades desatendidas, que generalmente se caracterizan por la inversión históricamente baja del sector farmacéutico y que afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones socioeconómicas pobres, con bajos ingresos, bajo nivel educativo, vivienda precaria, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud.

Las enfermedades infecciosas desatendidas, como la lepra, los parásitos intestinales y la enfermedad de Chagas, afectan a los más pobres. Se denominan "desatendidas" por su asociación con los determinantes sociales de la salud, es decir, el acceso inadecuado a los servicios de salud, la educación, el agua segura y el saneamiento básico, y por no recibir suficiente atención, pese a que la mayoría son tratables y pueden curarse con medicamentos que cuestan menos de 1 dólar. Además, debido a los efectos de estas enfermedades, los afectados padecen estigma y discriminación, pues algunas causan desfiguración y producen pérdida de ingresos económicos en las familias. ([https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12406:neglected-infectious-diseases-americas-success-stories-innovation-reach-neediest&Itemid=42097&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12406:neglected-infectious-diseases-americas-success-stories-innovation-reach-neediest&Itemid=42097&lang=es)).

Por lo anterior la OMS crea la Resolución CD49.R19, que trata sobre la eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. Esta resolución insta a los estados miembros a:

- Revisar los planes nacionales específicos que existen para controlar o eliminar estas enfermedades y, donde sea necesario, establezcan nuevos planes con un enfoque integral que abarque los determinantes sociales de la salud, el Reglamento Sanitario Internacional (2005), cuando corresponda, las estrategias interprogramáticas y las acciones intersectoriales.

- Proporcionar recursos suficientes para lograr la sostenibilidad de los programas nacionales y subnacionales de control, lo que incluye personal, suministros de medicamentos, equipo, material de promoción de la salud y otras necesidades.

Estos, entre otros lineamientos en pro de la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza que pueden combatirse con los instrumentos existentes, hasta ciertos niveles para que esas enfermedades dejen de considerarse problemas de salud pública. ([https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Esp.\).pdf?ua=1](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf?ua=1)).

Los traumatismos, envenenamientos u algunas consecuencias de causas externas, son otro de los motivos de atención en los diferentes ciclos vitales en lo que respecta a morbilidad por lesiones, con una proporción del 88% durante el 2017. Las lesiones y la violencia representan una importante amenaza para la salud: son la causa de más de cinco millones de muertes cada año y representan 9% de la mortalidad en el mundo. Ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas de 15 a 29 años de edad están relacionadas con violencia o lesiones. Estas son las lesiones causadas por el tránsito, las lesiones autoinfligidas, la violencia interpersonal, los ahogamientos, los incendios, las lesiones de guerra, los envenenamientos y las caídas. ([https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/Prevencion\\_lesiones\\_violencia.pdf?ua=1](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/Prevencion_lesiones_violencia.pdf?ua=1))

Se calcula que por cada muerte se producen docenas de hospitalizaciones, cientos de visitas a los servicios de emergencias y miles de consultas médicas. Muchos de los supervivientes de lesiones o violencia sufren discapacidades transitorias o permanentes, u otras consecuencias, como depresión y cambios de conducta relacionados con el tabaquismo, los trastornos alimenticios y el consumo de drogas y alcohol.

Puesto que constituyen importantes causas de morbilidad y mortalidad, la prevención de las lesiones y la violencia debe estar incluida en los planes nacionales de salud y desarrollo. Todos los documentos de políticas creados por los ministerios de salud deben incluir sistemáticamente estrategias y objetivos para la prevención de las lesiones y la violencia.

En cuanto a los eventos de alto costo, la tasa de incidencia por leucemia linfocítica en menores de 15 años se encuentra por encima del nivel nacional. Este indicador en el grupo poblacional del departamento se encuentra incluido dentro del grupo que se debe atender de enfermedades crónicas no transmisibles, como un trazador de gestión en este tipo de patologías.

Los eventos precursores, como la Diabetes Mellitus e hipertensión arterial, a su vez son también enfermedades trazadoras que nos confirman aún más la situación de las enfermedades no transmisibles y que nos sirven como marcadoras para evaluar las actividades de prevención en el departamento.

Frente a los eventos de notificación obligatoria, se incluyen como parte de la lista de enfermedades desatendidas, de las cuales ya se hizo referencia en un párrafo anterior.

## 2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

### 2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

El análisis de los determinantes intermedios de la salud se realizó utilizando las medidas de desigualdades sencillas como la diferencia relativa, la diferencia absoluta y para las medidas complejas como el índice de concentración, los índices basados en comparaciones de dos a dos.

#### Condiciones de vida

De acuerdo con la encuesta nacional de calidad de vida de 2016, la cobertura de energía es del 96.6%, la cobertura de acueducto del 85,9% y de alcantarillado del 75,5%, coberturas similares a las observadas a nivel país.

El índice de riesgo de la calidad del agua para la vigencia 2016 en Norte de Santander se ubicó en 18, significativamente menor al nivel nacional (33). El instituto Departamental de Salud desde su área de salud ambiental, periódicamente realiza visitas de seguimiento para el control de la calidad del agua en los municipios a través de su personal de técnicos de saneamiento

El 17,2% de los hogares en el Departamento no cuentan con acceso a agua mejorada, siendo igual proporción a la observada en el país. El 13,6% no cuenta con adecuada eliminación de excretas, porcentaje por debajo del nivel nacional, pero sin diferencias importantes. Junto con la OPS, la administración Departamental ha desarrollado convenios para la adaptación de filtros de agua en los municipios con mayor riesgo, como los son los de la zona del Catatumbo, principalmente en el área rural.

## Disponibilidad de alimentos

- Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: Según la encuesta nacional de situación nutricional para la vigencia 2010, la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses es 0.7, muy por debajo del nivel nacional, la cual se ubicó en 1.8 meses.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer: De acuerdo a las estadísticas vitales del DANE para la vigencia 2016, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer fue del 6,4%, aproximadamente 3 puntos porcentuales por debajo del observado en el país. La tendencia de este indicador ha sido al aumento durante el último año.
- Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años: La desnutrición global en menores de 5 años para el 2010 se ubicó en 3,2%, levemente por debajo a la estimada para el país (3,4%), aunque sin diferencias significativas.
- Prevalencia de desnutrición crónica: La prevalencia de desnutrición crónica en población menor de 5 años en Norte de Santander fue igual a 9,1%, cuatro puntos porcentuales por debajo de la registrada en Colombia.
- Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años: En el Departamento para el 2010 según la encuesta nacional de situación nutricional, el 43,6% de la población masculina entre 18 y 64 años es obesa, proporción mayor a la observada a nivel nacional, pero sin relevancia estadística.
- Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años: En Norte de Santander para el 2010 según la encuesta nacional de situación nutricional, el 60,1% de la población femenina entre 15 y 49 años es obesa, proporción similar a la registrada a nivel nacional.
- Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas menores de cinco años (6 meses 4 años): Para el 2010, el 25% de la población menor de 5 años presentaba anemia nutricional, proporción por debajo de la observada en el país, aunque sin diferencias significativas.

**Tabla 36. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional del departamento, 2005-2016**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia 2016	Norte de Santander 2016	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	0,7					↗								
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2015)	9,1	6,4	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	3,2					↗								
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	9,1					↗								
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	39,8	43,6						-							
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	62	60,1						-							
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	25,0					↗								

Fuente: CUBOS-SISPRO

### Condiciones de trabajo

- Incidencia de accidentalidad en el trabajo: De acuerdo con la información contemplada en el SISPRO, para el 2013 la tasa de accidentabilidad en el trabajo para el Departamento Norte de Santander fue de 705 casos por cada 100.000 habitantes. Los municipios con mayor número de casos son Cúcuta y El Zulia, principalmente asociados a la ocupación minera.
- Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo: Acorde a lo expuesto en el SISPRO, para el 2013 la tasa de enfermedades profesionales en el Departamento Norte de Santander fue de 4 por cada 100.000 trabajadores, observándose igualmente la mayor parte de casos pertenecientes a la ciudad de Cúcuta.

### Condiciones factores, psicológicos y culturales

- Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente: Según los datos suministrados, el 27,7% de la población de Norte de Santander, entre 5 y 64 años consume frutas y verduras diariamente, proporción que en el país fue del 28,1%, aunque sin diferencias significativas.
- Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: De acuerdo con el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas el 35,5% de los estudiantes en el Departamento entre 11 y 18 años consumen alcohol, proporción similar a la observada a nivel nacional (39,8%).

- Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): Acorde a los resultados de la encuesta nacional de demografía y salud 2015, el 82,4% de las mujeres entre 15 y 49 años unidas usan actualmente algún método anticonceptivo.
- El porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015), en el departamento es de 82,4%, cuatro puntos porcentuales por encima del nivel nacional.
- Para la edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, del departamento, se encontró en 17,8 mientras que la edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, fue de 15,9.
- Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares – ENSPA 2011, arrojó que: el 2,1% de los estudiantes entre 11 y 18 años consumió marihuana, siendo la proporción para Colombia igual a 5,2%. aunque la prevalencia con el departamento fue menor, no presenta diferencias significativas.
- Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: Durante el 2016 Según las cifras del ministerio de salud y protección social mediante las cuentas de alto costo, el 2,2% de las madres infectadas con VIH transmitieron el virus a sus hijos durante el parto, proporción muy por encima de la observada en el país que fue de 1,9%
- Cobertura de tratamiento antirretroviral: El 95,5% de los casos de transmisión vertical de VIH ocurridos durante el 2016 en el Departamento, contaron con tratamiento antirretroviral, cobertura que en el país fue del 92,1%.
- Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: El estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares – ENSPA 2011, arrojó que el 3,5% de la población escolarizada consumió cualquier sustancia ilícita durante ese año, alcohol durante el último mes previo a la encuesta, siendo, proporción significativamente menor a la observada en Colombia (8,6%).
- Prevalencia de fumadores actuales: De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2007: El 11,3% de la población Norte santandereana es fumadora, prevalencia similar a la observada en el nivel nacional (12,8%).
- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2017, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en Norte de Santander se ubicó en 154,1 \* 100.000 Hbts., la cual es levemente menor a la estimada para Colombia, la cual fue de 157,4 \* 100.000 Hbts.
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: De acuerdo con las cifras del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante el 2017 la tasa de incidencia de violencia contra la mujer fue igual a 140,3

\*100.000 Hbts., cifra significativamente menor a la observada para el nivel nacional 159,8 \*100.000 Hbts., aunque sin diferencias significativas.

**Tabla 37. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales en Norte de Santander, 2006 - 2017**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Norte de Santander	Comportamiento													
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	28,1	27,7				-										
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	39,81	35,5					↗									
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015)	78,2	82,4				↗							↗			
Porcentaje de hombres actualmente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)	79,4	82,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	
Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS 2015	17,6	17,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	
Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS 2015	16,2	15,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	2,1					↗									
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	1,9	2,2				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2016)	92,13	95,5														↗
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	3,5						0,0								
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	11,3	0,0													
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2016)	157,4	154,1						-	-	-	-	-	-	-	-	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2016)	159,8	140,3						-	-	-	-	-	-	-	-	↗

Fuente: CUBOS-SISPRO

## Sistema sanitario

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: De acuerdo con las cifras del Departamento Nacional de Planeación - DNP, el 21,4% de los hogares en Norte de Santander cuentan con barreras de acceso a los servicios de salud en la primera infancia, proporción que en el país es del 15,8%.
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: El 8% de los hogares del Departamento tiene barreras de acceso a los servicios de salud a nivel general; Este indicador no presenta diferencias importantes respecto al nivel nacional (6,3%).
- Cobertura de afiliación al SGSSS: Para el 2017, la cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud en el departamento llegó al 99,9%, similar a la observada en el país (94,4%)
- Coberturas administrativas de vacunación: Durante el 2017 el Departamento no alcanzó coberturas útiles para vacunación con BCG en nacidos vivos que fue de 92,1%. La vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año quedó en 104%, la 3 dosis de polio en menores de 1 año en 103%, y la triple viral en 99,9%. El comportamiento de las coberturas de estos biológicos fue mayor a las del nivel nacional, sin embargo no presentan diferencias significativas. Esto se puede explicar por el retorno de colombianos desde Venezuela al país.
- Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: De acuerdo con las estadísticas vitales del DANE, durante el 2016 el 88% de los nacidos vivos contó con 4 o más controles prenatales durante el periodo de gestación. En el país dicha proporción fue igual a 88,4%.
- Cobertura de parto institucional: Durante el 2016 la cobertura de parto institucional en Norte de Santander fue del 98,7%, proporción similar a la registrada a nivel nacional (98,9%).
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: El 98,8% de los partos atendidos en la red de servicios del departamento durante el 2016 lo realizó personal calificado, 1 punto por debajo de la proporción observada para el país, sin diferencias importantes.



**Tabla 38. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento Norte de Santander, 2006 - 2017**

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Norte de Santander	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	21,4														
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,3	8,0														
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2016)	94,4	99,9								↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2016)	91,4	92,1	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,5	104,4	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,6	103,8	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	93,0	99,9	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2016)	88,4	88,0	↗	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	-		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2016)	98,9	98,7	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	-	-			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2016)	99,6	98,8	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	-		

Fuente: CUBOS-SISPRO

### Servicios habilitados

En Norte de Santander para 2017 se encuentran habilitadas 1.349 instituciones prestadoras de servicios de salud, de las cuales el 98,5% pertenecen a la red privada, y el porcentaje restante a la red pública. El 1,1% de las IPS públicas son de primer nivel de atención. La ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, es la institución con mayor nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Cúcuta, siendo la principal entidad de referencia en todo el Departamento.

**Tabla 39. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud en Norte de Santander, 2016**

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
----------------	-----------	------	------

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
Apoyo Diagnóstico Y Complementación Terapéutica	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	35	47
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	11	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	27	30
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	23	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	52	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	132	135
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	109	113
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	8	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	132	139
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario – alimentación	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	6	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	71	74
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	3	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	145	149
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	102	103
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa con filtros	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa manual	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	98	97
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	80	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	132	131
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	214	230
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	69	73
Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	21	21	
Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	82	86	
Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	5	5	
Consulta Externa	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	43	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	40	45
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	10	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	13	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	2	2

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	3	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	52	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	6	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	18	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	11	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	17	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de coloproctología	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	29	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	47	59
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología oncológica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	14	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	28	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	55	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	232	239
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	88	83
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	59	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	25	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	108	114
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	16	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	23	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	40	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	15	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	6	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	47	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	289	299
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	102	110
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	4	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	23	24

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	11	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	27	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	11	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	20	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	48	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	12	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	150	165
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	218	216
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	24	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	15	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	62	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	50	48
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia infantil	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia pediátrica	5	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	77	81
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	34	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	93	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	110	114
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	30	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	172	186
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	31	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	33	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	15	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	55	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	69	65
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toxicología	1	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	36	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología oncológica	2	2
Internación	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención al consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	12	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	54	53

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	45	45
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	2	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas	1	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	68	67
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de unidad de quemados adultos	1	1
No Definido	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	0	0
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	0	78
Otros Servicios	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención al consumidor de sustancias psicoactivas	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	36	42
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	51	61
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	0	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	6	6
Procesos	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	73	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	147	145
Protección Especifica Y Detección Temprana	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	136	139
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo ( menor a 10 años)	138	140
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven ( de 10 a 29 años)	135	138
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	139	142
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto ( mayor a 45 años)	140	143
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	147	150
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	91	94
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	128	128
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	166	165
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	64	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	56	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	140	142
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	159	156
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	136	135
Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	149	148	
Quirúrgicos	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	10	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	6	6

Grupo Servicio	Indicador	2016	2017
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	8	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	10	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	33	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	30	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	23	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	25	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica pediátrica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	25	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	38	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica oncológica	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	27	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiológica	18	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	16	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de piel y componentes de la piel	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	6	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejidos cardiovasculares	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante renal	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	3	3
Transporte Asistencial	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	94	93
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	21	23
Urgencias	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	85	84

Fuente: CUBOS-SISPRO

A continuación, se presenta la información relacionada la capacidad instalada en las instituciones prestadoras de servicios de salud en el Departamento.

**Tabla 40. Otros indicadores de sistema sanitario en norte de Santander, 2016**

Indicador	2016	2017
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	4,12	4,17
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,68	0,78
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	4,80	4,95
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	30,66	33,49
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	6,60	6,68
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	5,03	5,08
Razón de camas por 1.000 habitantes	61,67	65,10

Fuente: CUBOS-SISPRO

## 2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

### Cobertura de educación

- Para el departamento, el porcentaje de hogares con analfabetismo es de 23,1 levemente por encima del nivel nacional que está en 18,5
- La Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria, es de 114% para Norte de Santander, por encima de la nacional que se encuentra para esta fecha en 102%. Con tendencia a la disminución.
- La Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundaria, quedó para esta vigencia en 107%, por encima de la nacional que quedó en 100%. Con tendencia para el aumento en el último año.
- La Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media, para el departamento queda en 84,9% por encima de la nacional que se encontró para este año en 80,1%. También con tendencia al aumento.

Se puede apreciar en los datos que a medida que se aumenta el nivel educativo, las coberturas empiezan a bajar. Esto se podría explicar por el cada vez más difícil acceso a educación en los niveles medios en algunas zonas geográficas, por presencia de grupos al margen de la ley, o la necesidad de los jóvenes de trabajar para apoyar el sustento familiar, o por simple falta de oportunidades de acceso a educación,

**Tabla 41. Cobertura de educación, en Note de Santander, 2017**

Indicador	Colombia	Norte de Santander	Comportamiento														
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	23,1			-												
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2017)	102,0	114,0	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2017)	100,6	107,8	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2017)	80,1	84,9	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗

Fuente: CUBOS-RIPS

### Cobertura de acueducto

Pendientes datos del nivel nacional

## Pobreza (NBI)

- Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas: El 30,4% de la población en Norte de Santander se encuentra con necesidades básicas insatisfechas; Los municipios con mayor proporción de NBI son Hacarí, San Calixto, El Tarra y el Carmen, con cifras que superan el 66%, todos estos municipios ubicados en la regional Ocaña. Las NBI para el nivel nacional se encuentran en 27,7%, el 85% de los municipios de Norte de Santander se encuentran por encima de esta proporción.

**Tabla 42. NBI por municipios de Norte de Santander a diciembre de 2011.**

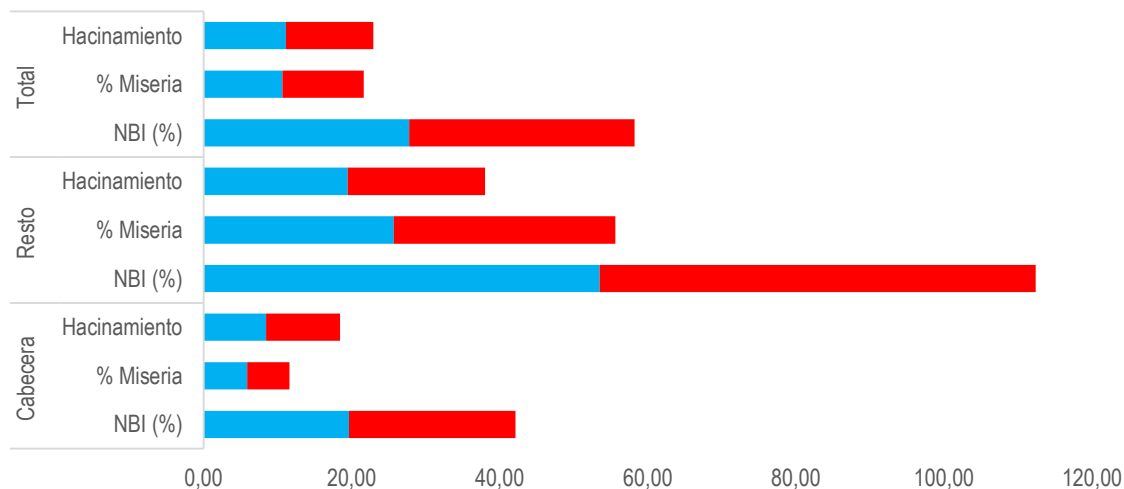
Nombre Municipio	Necesidades Básicas Insatisfechas		
	Total		
	% Personas en NBI (%)	% Personas en miseria	% Hacinamiento
Hacarí	79,18	51,36	17,72
San Calixto	73,89	42,64	14,81
El Tarra	73,11	49,16	29,17
El Carmen	66,53	43,85	22,08
Bucarasica	64,33	32,27	21,09
La Esperanza	60,74	36,92	23,59
Cucutilla	58,61	28,95	24,78
Tibú	56,76	30,53	22,25
Teorama	56,53	24,20	9,41
Villa Caro	56,06	26,91	14,61
Sardinata	53,30	30,98	18,29
Cacota	52,80	20,06	18,76
Chitagá	52,59	26,41	22,74
Arboledas	52,01	22,98	20,94
La Playa	50,83	19,01	7,38
Cáchira	49,20	24,96	16,52
Abrego	48,44	17,58	9,28
Convención	45,10	17,25	9,34
Pamplonita	44,80	20,16	22,30
Ragonvalia	44,18	19,68	18,44
Salazar	43,59	18,83	11,59
Puerto Santander	43,36	18,14	24,16
Labateca	42,94	13,84	20,89
El Zulia	42,93	17,11	16,03
Toledo	41,68	18,14	15,96
Silos	41,33	17,30	13,61
San Cayetano	38,28	14,26	21,32
Herrán	38,11	12,08	17,61
Mutiscua	37,41	13,47	15,92
Santiago	35,56	14,42	15,60
Lourdes	35,19	12,43	11,29
Durania	34,11	8,37	7,28
Gramalote	32,90	7,72	7,62
Bochalema	29,31	9,26	10,01
Ocaña	26,16	7,94	7,15
Cúcuta	23,24	6,06	11,03
Chinácota	22,92	4,05	9,72
Villa Del Rosario	22,85	6,75	11,28
Los Patios	18,73	3,37	7,83



Nombre Municipio	Necesidades Básicas Insatisfechas		
	Total		
	% Personas en NBI (%)	% Personas en miseria	% Hacinamiento
Pamplona	15,05	3,34	4,21

Fuente: CENSO DANE-2005

Figura 42. Proporción de necesidades básicas insatisfechas, Norte de Santander, a diciembre de 2011

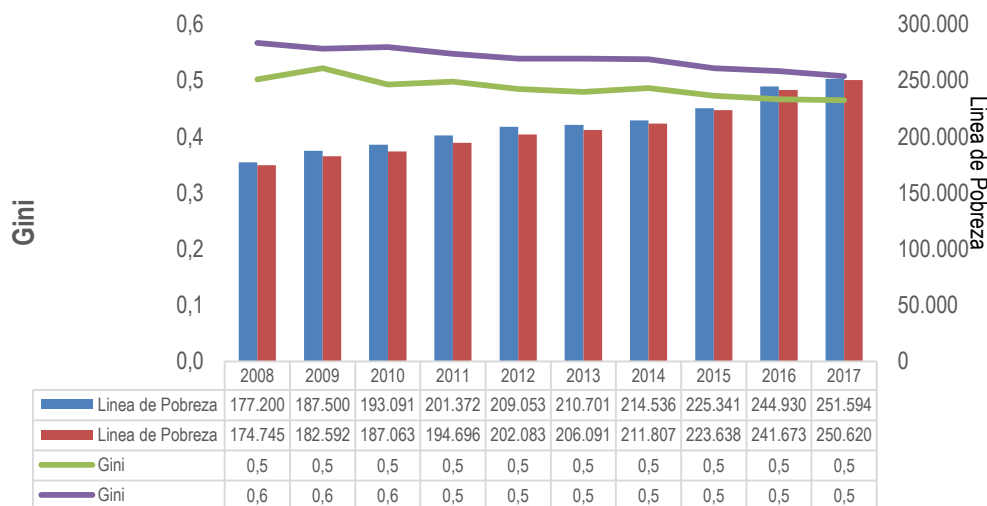


	Cabecera			Resto			Total		
	NBI (%)	% Miseria	Hacinamiento	NBI (%)	% Miseria	Hacinamiento	NBI (%)	% Miseria	Hacinamiento
■ Colombia	19,66	5,88	8,46	53,51	25,71	19,48	27,78	10,64	11,11
■ Norte de Santander	22,49	5,73	9,96	58,91	29,93	18,54	30,43	11,00	11,83

Fuente: DANE – Censo General de 2005

En general, las necesidades básicas Insatisfechas de Norte de Santander para el 2016, están por encima de las NBI del nivel nacional. De igual forma, en la revisión de estas necesidades, por área de residencia, se encuentra que el departamento, tiene en estas, mayor proporción de NBI que el nivel nacional.

Figura 43. Otros indicadores de ingreso, Norte de Santander, 2008-2017



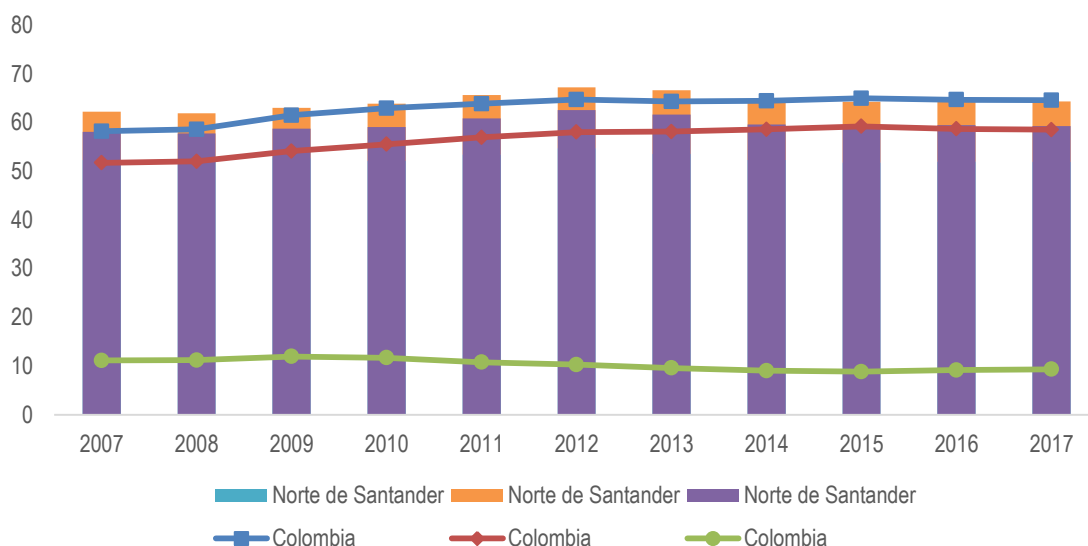
Fuente: DANE – Encuesta continua de hogares-DNP

La medida de concentración de ingreso Gini, que mide la desigualdad en la distribución del ingreso, relacionado con esta distribución entre 0 y 1, donde la mayor cercanía al 0 indica mayor distribución de los recursos. En Norte de Santander, hasta 2017 igual que el nivel nacional, la concentración es de 0,5 los datos se encuentran sin cambios con respecto a los años anteriores.

### Ocupación

- Tasa global de Participación: Respecto a la presión de la población sobre el mercado laboral en Norte de Santander; para el 2017, es del 59,3% de las personas en edad de trabajar, conformaban la población económicamente activa; para Colombia es del 64,6%.
- Tasa de Ocupación: Para el 2017, el 52% de la población en edad de trabajar, son personas ocupadas en Norte de Santander, es decir realizan alguna actividad remunerada. Mientras que a nivel nacional esta tasa es de 58,5%. Lo anterior supone un elevado número de personas dependientes o que no realizan alguna actividad económica tanto en el departamento como a nivel nacional.
- Tasa de Desempleo: Durante el 2017 el 12,4% de la población económicamente activa son personas sin empleo o buscando trabajo y en Colombia lo son el 9,4%. Este indicador ha tuvo tendencia a la disminución con respecto al año anterior. Cúcuta fue la segunda ciudad del país con mayor tasa de desempleo. Esto con el agravante de la situación del aumento del flujo de personas que provienen de Venezuela, que agudiza la crisis económica y estabilidad laboral de la población del Departamento.

Figura 44. Tasa Global de participación, Ocupación y Desempleo - Norte de Santander, 2007 – 2017



Fuente: DANE – Gran encuesta integrada de hogares, GEIH

### Porcentaje de hogares con empleo informal

El 93,8% de los hogares cuentan con personas que trabajan de manera informal, viendo concentración de la situación en todos los municipios del Departamento; dicha proporción en el país es del 86,8%, concluyéndose que el trabajo informal en Norte de Santander es significativamente mayor al nivel nacional.

## 3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

Se realizó el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes; igualmente se identificaron los municipios que se encuentran en peor situación bajo el método del Índice de Necesidades en Salud

### 3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

Los efectos de salud identificados como principales causas de mortalidad en el Departamento, son las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus y las neoplasias, y las causas externas como los homicidios y accidentes de transporte, mortalidad evitable y prematura relacionada principalmente con el estilo de vida de la población, deficiencias en la prestación de los servicios e inadecuado soporte social brindado por parte de las instituciones competentes. Igualmente se observa como efectos de salud asociados a dichos determinantes la mortalidad infantil, principalmente por

afecciones originadas en el periodo perinatal, y la mortalidad materna que se ha convertido en flagelo en norte de Santander, siendo el 2010 el año más crítico para el Departamento.

Frente a la morbilidad atendida, la diabetes mellitus como enfermedad no transmisible se ha convertido en la principal causa de atención en los diferentes ciclos vitales, excepto en las personas mayores de 60 años, donde la mayoría de las atenciones se refieren a enfermedades de los órganos de los sentidos, lo cual tiene que ver con el funcionamiento interno de los sistemas, específicamente consecuencia de la avanzada edad. Los traumatismos, envenenamientos u algunas consecuencias de causas externas, son el principal motivo de atención en los diferentes ciclos vitales en lo que respecta a morbilidad por lesiones, con tendencia al aumento durante los últimos cuatro años. Dentro de los eventos de alto costo, la tasa de incidencia por VIH se encuentra por encima del nivel nacional, siendo un efecto de salud relevante dado su comportamiento durante los últimos años.

### 3.2. Priorización de los problemas de salud

Los principales problemas identificados a nivel territorial, de acuerdo al comportamiento de la mortalidad y la morbilidad atendida, al igual que por la percepción de la comunidad y los demás sectores, son la mortalidad infantil y materna, la mortalidad por causas externas principalmente en menores de edad, el aumento de casos de diabetes mellitus, tuberculosis y de afecciones relacionadas en el periodo perinatal, el embarazo en adolescentes y el bajo peso al nacer, condiciones socioeconómicas como el desempleo y la alta proporción de necesidades básicas insatisfechas en gran parte de los municipios, la falta de acueducto en las zonas rurales del Departamento, el desplazamientos masivo, la calidad en la prestación de los servicios y sus recursos disponibles, estilos de vida asociados a sedentarismo y obesidad, y la falta de adherencia a los programas de promoción y prevención, principalmente por deficiente gestión de las instituciones responsables. La siguiente tabla enlista los problemas identificados a nivel de Norte de Santander por cada una de las dimensiones de salud.

**Tabla 43. Priorización de los problemas de salud en Norte de Santander, 2017**

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1. Salud Ambiental	1 Contaminación de fuentes de agua.	000
	2 Contaminación del aire por presencia de empresas sin aplicación de medidas de control.	013
	3 Incidencia de casos de intoxicación intencional y laboral por plaguicidas	013
	4 Deficiente calidad del agua y deficiencias en el procesamiento, almacenamiento y manejo de alimentos.	000
	5 Deficiente percepción de la comunidad, sobre la adecuación del medio que potencialmente ayuda en la proliferación de roedores y animales rastrojeros transmisores de enfermedades.	000
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1 Prevalencia de morbilidad e incidencia de mortalidad por eventos derivados de las enfermedades cardiovasculares	001
	2 Persistencia de caries dental y problemas asociados a la deficiente higiene oral	000
	3 Estilos de vida poco saludables con aumento del sedentarismo y consumo de alimentos con bajo contenido nutricional y mucho contenido calórico, precursores de la obesidad	000
3. Convivencia social y salud mental	1 Normalización de la violencia en el ámbito intrafamiliar y comunitario, por ausencia de patrones de crianza y medidas de protección a la infancia	012
	2 Incremento de consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, vs deficiencia en programas de prevención del consumo o tratamiento del consumo con rehabilitación de base comunitaria. A esto se suma, deficientes programas de prevención de consumo en ámbitos escolares	004
	3 Incidencia en intentos de suicidios o suicidios, como resultado de población sin tratamiento, control o seguimiento de enfermedades mentales como la depresión.	004
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1 Baja adherencia al control prenatal, y programas de complementación alimentaria y nutricional en niños y gestantes	008
	2 Lactancia materna exclusiva cada vez menor a 6 meses	008
	3 Desnutrición en niños y niñas, que puede terminar en mortalidad evitable	003
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1 Presencia de violencia sexual que puede terminar en embarazos en menores de 14 años.	012
	2 Población con deficientes conocimientos y prácticas de sexualidad responsable que terminan en infecciones de transmisión sexual, evitables.	012
	3 Aumento de casos de morbilidad materna extrema, derivados de difícil acceso a servicios de salud integrales y de calidad, como también, deficiente percepción del riesgo de no asistir a controles prenatales o parto institucionalizado.	008
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1 Exposición de la población a diversos de factores de riesgo para enfermedades transmitidas por vectores	009
	2 Bajas coberturas vacunación en población de riesgo, como gestantes, adulto mayor y menores, con biológicos que previenen las IRAG	000
	3 Población con deficientes conocimientos y prácticas de prevención para eventos de interés en salud pública	000
7. Salud pública en emergencias y desastres	1 Ingreso masivo de población proveniente de Venezuela, que potencia el riesgo de un ESPII	013
	2 Presencia de grupos armados ilegales y bandas criminales en el territorio	013
	3 Factores de riesgo para daños en vías de acceso o de comunicación.	013
8. Salud y Ámbito laboral	1 Ausencia de estadísticas de enfermedades derivadas de las diferentes ocupaciones	011
	2 Deficientes valoración del riesgo laboral en trabajo formal e informal	011
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1 Población con desconocimiento de mecanismos de participación y veeduría ciudadana. Como también mecanismos para la reclamar derechos vulnerados	000
	2 Dificultades para el acceso a servicios de salud	000
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1 La baja complejidad y la ausencia de medios diagnósticos, para EISP en la mayoría de municipios	009
	2 Deficiencias en la operatividad del sistema de información SIVIGILA y otros sistemas de información	010

Fuente: Elaboración propia a partir del ASIS

### 3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud - INS

Para el cálculo del Índice de Necesidades en se contemplaron los siguientes indicadores:

- Población estimada
- Sin Acceso a Fuentes de Agua Mejorada
- Proporción de población en miseria
- Porcentaje de analfabetismo
- Razón de mortalidad materna
- Tasa de mortalidad Infantil
- Tasa de mortalidad en la niñez
- Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
- Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia.
- Cobertura de afiliación al SGSSS

De acuerdo con los problemas priorizados, los municipios del Departamento en peor situación son: Pamplona, Los Patios, Gramalote, Herrán, Durania, Ragonvalia, Mutiscua, Pamplonita, Chinácota, Labateca, Cécota., algunos de los cuales son corredores fronterizos.

**Tabla 44. Índice de Necesidades en Salud del departamento Norte de Santander, 2017**

Municipio	Índice de necesidades en Salud
Pamplona	-10
Los Patios	-8,37
Gramalote	-6,73
Herrán	-6,13
Durania	-5,6
Ragonvalia	-4,5
Mutiscua	-4,44
Pamplonita	-4,44
Chinácota	-4,4
Labateca	-4,38
Cécota	-4,21
Ocaña	-3,89
Cucutilla	-3,54
Silos	-3,21
Toledo	-2,91
Cáchira	-2,24
Norte de Santander	-2,01
Cúcuta	-1,92
Bochalema	-1,74
Villa del Rosario	-1,71
El Zulia	-1,17
Villa Caro	0,15
Santiago	0,3
Chitagá	1,09
San Cayetano	1,37

Municipio	Índice de necesidades en Salud
Convención	1,45
Lourdes	1,91
La Playa	2,43
La Esperanza	2,84
Teorama	2,92
Salazar	2,93
Abrego	3,36
Arboledas	3,94
San Calixto	4,68
El Carmen	7,23
Tibú	7,52
Puerto Santander	7,52
Hacarí	8,44
Sardinata	8,56
Bucarasica	8,57
El Tarra	10,31

Fuente: Indicadores ASIS Norte de Santander