

**EL ANÁLISIS DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO FUENTE PARA
MEJORAR LA ARTICULACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DE RIESGOS Y
PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES.**

CESAR AUGUSTO ARIAS HERNÁNDEZ



**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SANTIAGO DE CALI
2009**

**EL ANÁLISIS DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES EN EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, COMO FUENTE PARA
MEJORAR LA ARTICULACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DE RIESGOS Y
PRIORIZACIÓN DE LAS ACCIONES.**

CESAR AUGUSTO ARIAS HERNÁNDEZ

**Trabajo de grado para optar el título de
Maestría en Administración
Con énfasis en SALUD**

**Director
RODOLFO JOSÉ CASTILLO GARCÍA**



**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SANTIAGO DE CALI
2009**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Director

Lector

Santiago de Cali, Noviembre 2009

*A Fanny, Isabella, Jacobo y
a Nanda;*

*Por su plena confianza en mí y
en su sacrificio por mi tiempo
de estudio y, mi homenaje a
Ramón Elías, mi padre,
(Q.E.P.D.) porque donde esté,
sé que nuevamente debe estar
muy orgulloso.*

César Augusto

Homenaje Maestro Héctor Abad Gómez

Quien dijo:

“Cada uno de nosotros puede hacer algo por mejorar el mundo en que vivimos y en el que vivirán los que nos sigan. Debemos trabajar para el presente y para el futuro, y esto nos traerá mayor gozo que el simple disfrute de los bienes materiales. Saber que estamos contribuyendo a hacer un mundo mejor, debe ser la máxima de las aspiraciones humanas”.

GLOSARIO

ACSC:	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AIEPI:	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Influencia
APS:	Atención Primaria en Salud
ATEP:	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
BM:	Banco Mundial
CIE- 9. CM:	Clasificación internacional de enfermedades 9ª revisión
DELPHI:	Metodología de Reunión de Expertos
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS:	Empresa Promotora de Salud
FAO:	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IRA:	Infección Respiratoria Aguda
M.S.N.M.:	Metros sobre el nivel del mar
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
SOAT:	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

RN: Recién Nacido

UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1 PRESENTACIÓN	15
1.2 MARCO CONCEPTUAL	18
2. OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. DESARROLLO	21
3.1 MARCO GENERAL	21
3.1.1 <i>Historia de Palmira</i>	21
3.1.2 <i>Situación Socio Económica</i>	22
3.1.3. <i>Características Geográficas</i>	23
3.1.4. <i>Posición Geográfica</i>	23
3.1.5. <i>Climatología y Superficie</i>	23
3.1.6 <i>Limites Políticos y Geográficos</i>	24
3.1.7 <i>Suelo</i>	24
3.1.8 <i>Fauna</i>	24
3.1.9 <i>Censo</i>	25
3.2 INDICADORES NACIONALES	36
3.3 CONCEPTO SALUD ENFERMEDAD	49
3.3.1. <i>Definición de Salud</i>	49
3.3.2. <i>Historia de la Medicina</i>	49
4. DESARROLLO	58
4.1 MATERIALES Y MÉTODOS	58
4.2. ANÁLISIS	61
4.2.1. <i>Distribución Evitabilidad</i>	61
4.2.2. <i>Distribución Por Grupos Diagnósticos</i>	61
4.2.3 <i>Costos de Hospitalizaciones</i>	62
4.2.4 <i>Distribución Por Género</i>	63
4.2.5 <i>Distribución por Procedencia</i>	64
4.2.6 <i>Distribución Por Códigos Diagnósticos</i>	64
4.2.7 <i>Distribución Por Grupos Etéreos Y Patologías</i>	66
5. RESULTADOS OBTENIDOS	70
6. ESTRATEGIA AIEPI	73

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRATEGIA AIEPI	73
6.2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI	74
6.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI	74
7. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES	76
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	83

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA 1. Climatología y Superficie	23
TABLA 2. Pisos Térmicos	23
TABLA 3. Perímetro Urbano y Rural del Municipio	24
TABLA 4. Menores y Mayores de 18 años	26
TABLA 5. Variable por Sexo	26
TABLA 6. Edad Promedio	26
TABLA 7. Viviendas por Ocupación	26
TABLA 8. Asistencia a Institución Educativa	27
TABLA 9. Nivel de Analfabetismo	27
TABLA 10. Población Censal y Proyecciones de Población 1995 – 2005	27
TABLA 11. Censo General 2005	28
TABLA 12. IPS Habilitadas Municipio de Palmira – Mayo 2009	33
Tabla 13. PIB Trimestral sin Ilícitos a Precios Constantes por Ramas de Actividad Económica año 2004 a 2007	36
TABLA 14. Necesidades Básicas Insatisfechas por Departamentos	37
TABLA 15. Índice de Precios al Consumidor e Índice de Precios al Productor	37
TABLA 16. Salario Mínimo Legal Diario y Mensual y Variación Anual	38
TABLA 17. Tasa de Desempleo a Nivel Nacional 1990 – 2007	39

TABLA 18. Indicadores Demográficos Municipio de Palmira	39
TABLA 19. Distribución de la Población 2008 - Municipio de Palmira	40
TABLA 20. Nivel Educativo 2005 - Municipio de Palmira	40
TABLA 21. Cobertura Servicios Públicos 2005 - Municipio de Palmira	41
TABLA 22. Veinte Primeras Causas Consulta Médica General 2006 Municipio de Palmira	42
TABLA 23. Distribución por Edad y Sexo de la Población Infantil 2008 Municipio de Palmira	43
TABLA 24. Veinte Primeras Causas de Consulta Menores de 1 Año Hospital San Vicente de Paul 2006 - Municipio de Palmira	43
TABLA 25. Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004 – Municipio de Palmira	44
TABLA 26. Acumulado de Notificación Obligatoria 2007 – Municipio de Palmira	45
TABLA 27. Afiliación al S.G.S.S.S. 2007 - Municipio de Palmira	48
TABLA 28. Base de Datos de Pacientes Hospitalizados	60
TABLA 29. Distribución de los Casos de Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles	62
TABLA 30. Costos de las Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles	63
TABLA 31. Distribución por Grupos Etáreos y Grupo de Patologías	66
TABLA 32. Distribución por Grupos Etáreos y Género	68
TABLA 33. Treinta Primeros Eventos Según la Edad	69

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
GRÁFICA 1. Censo Población	25
GRÁFICA 2. Módulo Económico	28
GRÁFICA 3. Módulo Hogares	29
GRÁFICA 3.1. Hogares con Actividad Económica	29
GRÁFICA 3.2. Hogares según numero de personas	30
GRÁFICA 4. Empresas por Actividad Económica	30
GRÁFICA 5. Empresas por tamaño	31
GRÁFICA 6. Distribución Porcentual Eventos Evitables y No Evitables	61
GRÁFICA 7. Distribución por Género	63
GRÁFICA 8. Distribución por procedencia	64
GRÁFICA 9. Diez Primeras Causas de Hospitalización Evitable por Código Diagnóstico	65
GRÁFICA 10. Distribución por Grupos Etáreos y Grupo de Patologías	67

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Situación Sistema de Salud Local	32

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Multicausalidad de la Enfermedad	84
Anexo 2	APS - Atención Primaria en Salud	86
Anexo 3	Objetivos de Desarrollo del Milenio	87
Anexo 4	Lista de código de diagnóstico de ACSC, según CIE 9 CM	95
Anexo 5	Criterios de inclusión de hospitalizaciones evitables CIE 10 – M 96	96

1. INTRODUCCIÓN

1.1 PRESENTACIÓN

La importancia del presente trabajo consiste primero, en identificar y caracterizar una población hospitalaria de pacientes en una IPS específica durante un año con toda la cantidad de información que se obtenga de la base de datos, luego definir las Hospitalizaciones que permitan ser clasificadas como Evitables o susceptibles de ser intervenidas desde la Atención Primaria en Salud o desde los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; posteriormente se determinarán las principales causas que generan estas hospitalizaciones, con esta información, se realizará priorización de las causas principales en prevalencia, asegurando el proceso de atención acorde a la ley 100 de 1993 y a la ley 1122 de 2007, en donde los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad son el eje central de las estrategias que articuladas con todos los sectores de la economía van a permitir el impacto positivo en el Sistema de Seguridad Social en Salud y en la calidad de vida de los connacionales.

Como ya se dijo todo esto solo es posible con la articulación y el concurso consistente de todos los actores del Sistema de Seguridad Social en Colombia y en todos los niveles de intervención clínica, en conjunto con todos los sectores económicos, sociales y políticos del país, de región y ciudad; y en salud de todos los componentes de baja, mediana y alta complejidad.

En el presente trabajo se inicia identificando las Hospitalizaciones Evitables o intervenibles, desde el nivel primario de atención, en una población determinada, se realiza su homologación en Colombia y su aplicación práctica como indicador indirecto de calidad; después de tener caracterizada las hospitalizaciones susceptibles de ser evitadas, se revisarán las principales causas y las estrategias de intervención de por lo menos las principales causas de enfermedades que de una u otra forma pudieron evitarse y que a su vez permite disminuir costos innecesarios liberando recursos que se pueden redistribuir en otras acciones de prevención de la salud o promoción de la enfermedad, es decir maximización de los escasos y limitados recursos.

Se realiza la revisión bibliográfica del tema de Hospitalizaciones Evitables o prevenibles, conocidas internacionalmente como Ambulatory Care Sensitive Conditions ACSC, encontrando que hasta la fecha en Colombia no existe ningún trabajo publicado y en Latinoamérica solo un artículo mexicano; en la literatura Estadounidense se encuentran algunos trabajos puntuales por aseguradoras y en poblaciones específicas; pero específicamente en España se encuentra que existe mucha investigación realizada y principalmente por la Doctora Josefina Caminal, investigadora de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Después de revisar la literatura internacional, se encuentra que los códigos diagnósticos considerados que pueden marcarse como evitables, en todos los trabajos están definidos según la metodología DELPHI, utilizando la clasificación internacional de enfermedades CIE- 9. CM, pero en los datos tomados del código diagnóstico de egreso de la Clínica de la referencia, se encuentra registrados con base a la 10^a Revisión CIE- 10. CM, es decir la más actualizada hasta el momento, teniendo que realizar la respectiva homologación uno a uno.

Otra limitante encontrada durante el desarrollo del trabajo fue la cantidad de información tomada de la base de datos de los egresos hospitalarios puesto que inicialmente fueron 1.732.710 datos de los que posterior a varios procesos de depuración se redujeron a 70.146 datos, para luego dejar 33.139 datos y terminar con 27.466 datos que fueron con los que efectivamente se realizó el trabajo estadístico y de caracterización de la población hospitalaria, sujeto del estudio.

Posteriormente y con los resultados estadísticos se caracterizó la población objeto, se cruzaron los datos y se seleccionó la información a manejar, generando como resultado el indicador de evitabilidad (# de casos evitables/total de casos hospitalizados), y a su vez se valida la aplicación del indicador, se realizaron comparaciones y se definieron estrategias de intervención desarrollando mejoras en la intervención primaria de salud.

El objetivo de la tesis es hacer una identificación, conceptualización y definición del problema que puede ser intervenido y sugerir un modelo de intervención a partir del análisis de las Hospitalizaciones Evitables que afecte positivamente las causas reduciendo finalmente las Hospitalizaciones Evitables.

Se toma en el municipio de Palmira en el Valle del Cauca, una población definida de pacientes del régimen contributivo, de la misma EPS con la que se tiene un contrato de capitación para los niveles I, II y III y las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se identifican los pacientes que fueron hospitalizados en la Institución Prestadora de Servicios de Salud de Mediana Complejidad durante todo el año 2005.

Se escogió la ciudad de **Palmira**, en el Valle del Cauca, y la IPS y su Clínica de la referencia por tener los datos completos y sistematizados de los pacientes hospitalizados en el año 2005; En esta clínica de mediana complejidad se atienden principalmente pacientes del régimen contributivo de salud, en la revisión se encontró que de los años anteriores no se tienen datos completos.

La APS o Atención Primaria en Salud que fue definida por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, precisada por la declaración de Alma Ata, en el Informe de la Conferencia

Internacional sobre la APS, en septiembre de 1978 dice: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”.

Dicha definición enmarca una serie de acciones y responsabilidades en Salud Pública, sean estas de diagnóstico, prevención, curación y/o rehabilitación y que deben realizarse idealmente desde un nivel primario y local para beneficio de la comunidad en general.

Además, de ser el nivel básico, la puerta de entrada a cualquier sistema de salud; en la literatura se evidencia que a pesar de lo bien definida que está, existen muy pocos estudios en los cuales se encuentre descrita la forma de articular las acciones o estrategias, tomando como fuente las Hospitalizaciones Evitables y a su vez medir el impacto, es decir en muy pocas ocasiones se demuestra la efectividad de las acciones tomadas o por lo menos de los planteamientos a nivel de Salud Pública y menos del grado de articulación con alguna herramienta o estrategia específica de intervención realmente eficaz.

No solamente la APS implica integralidad de la atención; es decir, incluye acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, con alta capacidad de resolución, sustentadas en la adopción de una estrategia promocional de la calidad de vida y la salud, según lo manifestaba el Dr. Armando De Negri Filho, médico salubrista brasileño, “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transeitorialidade das políticas públicas”. En: Girotti Sperandio, A.M. *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004; sino que además requiere de la intervención de múltiples disciplinas, como ingeniería sanitaria, ingeniería civil, educación, vivienda, trabajo digno y bien remunerado y de manera integral de todos los sectores de la economía que favorecen un desarrollo social del país.

Con este trabajo es claro que no se verifica o evalúa la pertinencia hospitalaria, ni se mide la calidad de los servicios hospitalarios, ni la calidad en el diagnóstico, ni la calidad en la atención clínica, no se revisan reingresos hospitalarios y mucho

menos se evalúan las personas o profesionales de salud, solo se plantea como problema, la falta de articulación desde las consecuencias hasta las causas, planteando como problema la falta de análisis integral de las Hospitalizaciones Evitables y sobre todo desde las principales causas que las generan para esta población específica.

El trabajo estadístico se tomó del diagnóstico de egreso hospitalario, puesto que en algunas ocasiones para los pacientes hospitalizados el diagnóstico puede variar desde el ingreso de urgencias y durante el tiempo de hospitalización pero el definitivo si corresponde al de egreso hospitalario.

Igualmente por razones de tipo ético y además porque no es necesario, no se menciona la institución en donde se realizó el estudio, ni ningún paciente específico; las patologías se escogieron como ya se dijo del diagnóstico de egreso hospitalario y se agruparon según grupos diagnósticos escogidos por el autor, tomados de la literatura internacional.

El estudio empieza con la revisión de todos los datos históricos, sociales, educativos, económicos, políticos, etc., de la ciudad de Palmira, en el Valle del Cauca, es decir, con una amplia caracterización de la ciudad escogida, luego se realiza el cruce de datos y la obtención de resultados; con estos se escogen los casos de las principales enfermedades que se clasifican como evitables o intervenibles.

Con el presente trabajo se caracterizará una población definida con el fin de conocer los factores determinantes en salud para luego plantear el problema y proponer estrategias de intervención.

Este modelo de análisis, permite que desde cualquier punto del Sistema de Seguridad Social en Salud, como Ministerio de Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Secretarías departamentales o municipales, EPS, IPS, etc., se identifiquen la problemática y las oportunidades de plantear potenciales intervenciones y desarrollar estrategias con el fin de contribuir al mejor estar y la calidad de vida de esta población definida, consolidando así la estrategia de aseguramiento en salud.

1.2 MARCO CONCEPTUAL

Las Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles o conocidas en la literatura internacional como Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), son todas las patologías encontradas al egreso hospitalario que pudiendo prevenirse, o evitarse se evidencia que alguna intervención falló, dando como resultado la hospitalización y constituyen un indicador de actividad hospitalaria utilizado como

medida indirecta de la capacidad de resolución y efectividad de la Atención Primaria.

Las patologías clasificadas como evitables o prevenibles dentro de las hospitalizaciones, igualmente han sido determinadas internacionalmente, mediante la metodología DELPHI, clasificándolos igualmente en grupos de diagnósticos relacionados.

El concepto de de Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles o ACSC se refiere a los problemas de salud para los que una atención ambulatoria oportuna, integral efectiva y sostenida en el tiempo, ayuda a disminuir los riesgos de hospitalizarse, bien sea previniendo el inicio de una enfermedad (ej: enfermedades, como el tétanos, para las que existe una vacuna de probada eficacia), tratando una enfermedad aguda (ej: neumonía) o controlando una enfermedad crónica (ej: enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC).

Sobre el tema específico de hospitalizaciones evitables o internacionalmente Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), solo hay un trabajo publicado en Latinoamérica, específicamente en México en el 2006, "HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO AMBULATORIO EN HOSPITALES GENERALES DE MÉXICO" y ninguno en Colombia, permitiendo tener un amplio abordaje y dejar la semilla para la preparación de futuros trabajos de investigación y del mejoramiento subsiguiente en la Equidad Social, como parte fundamental de la Responsabilidad Social tanto personal como laboral.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las principales causas que generan Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles en una clínica de mediana complejidad y definir las consecuencias de la presentación de las mismas, planteando algunas intervenciones y principalmente la articulación y continuidad en la intervención de riesgos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer los códigos diagnósticos clasificados como Hospitalizaciones Evitables, en una Clínica de Nivel II de complejidad en el municipio de Palmira.
- Establecer el resultado de aplicar el indicador de ACSC en los egresos hospitalarios en la misma población hospitalaria.
- Determinar las diferentes variables poblacionales, caracterizando la población objeto.
- Definir, dentro de las hospitalizaciones evitables, las principales enfermedades que las producen, su costo e impacto económico en la IPS objeto del estudio.

3. DESARROLLO

3.1 MARCO GENERAL

3.1.1 Historia de Palmira. Varios autores han concluido que el territorio del municipio de Palmira, estuvo ocupado antes de la llegada de los españoles por grupos de indígenas que habitaron cerca a los ríos, agrupados por cacicazgos distribuidos así: en las estribaciones de la cordillera Central, los Pijaos y Putimaes; en la hoya del río Amaime, los Chinchas, los Capacarí, Aují y Anapoimas y en las orillas del río Bolo, los Buchitolos.

Los complejos arqueológicos encontrados en Coronado, Malagana, Bolo y Quebrada Seca han sido datados del siglo 500 AC al 500 DC. Tratándose de una ocupación temprana, con relación a las de la región y aparentemente de pequeñas concentraciones y de baja densidad. Los primeros conquistadores incursionaron en este territorio en el año 1536, bajo las órdenes de Sebastián de Belalcázar.

El clima que presenta Palmira hace que poblaciones aledañas decidan instalarse para realizar sus actividades productivas, llevando a la proliferación de pequeñas propiedades en toda la extensión de su territorio. Este crecimiento vertiginoso que estaba presentando el caserío de Llanogrande lo muestra la estadística del primer censo de población realizado en el año 1786 en donde el número de habitantes ascendía a 2.867 personas registradas.

Con base en estas consideraciones, se propuso como fecha de celebración del surgimiento de esta ciudad el día 17 de junio de 1773, momento en el cual surge la primera urbanización y distribución urbanística de la ciudad y que igualmente se tome el 25 de julio de 1778 como fecha en la cual se debe rendir homenaje a las personas que participaron en el movimiento denominado la “Sublevación de los Pardos”. Hecho que permite definir que Palmira no fue fundada sino que fue producto del desarrollo desencadenado en su proceso histórico.

En relación al nombre que adopta Palmira; el historiador Mallama asegura que este sólo aparece hasta el 5 de Diciembre de 1813, cuando Don Pedro Simón Cárdenas con otros ciudadanos notables decidieron proclamar este territorio como Villa. Para ello desobedecieron la autoridad de Buga y de España dándole el nombre de Palmira al antiguo territorio de Llanogrande, cuyo nombre lo adoptaron, por una parte, teniendo en cuenta la imagen de la Virgen de Nuestra Señora del Palmar y además lo acabaron de ratificar con la obra muy famosa del siglo XVIII que se estaba presentando llamada “Las ruinas de Palmira”, del Conde

Volney, basada en la ciudad de la antigua Ciria; la unión de estos dos aspectos dio origen al nombre de esta ciudad.

3.1.2 Situación Socio Económica

MAPA DE LA CABECERA MUNICIPAL DE PALMIRA

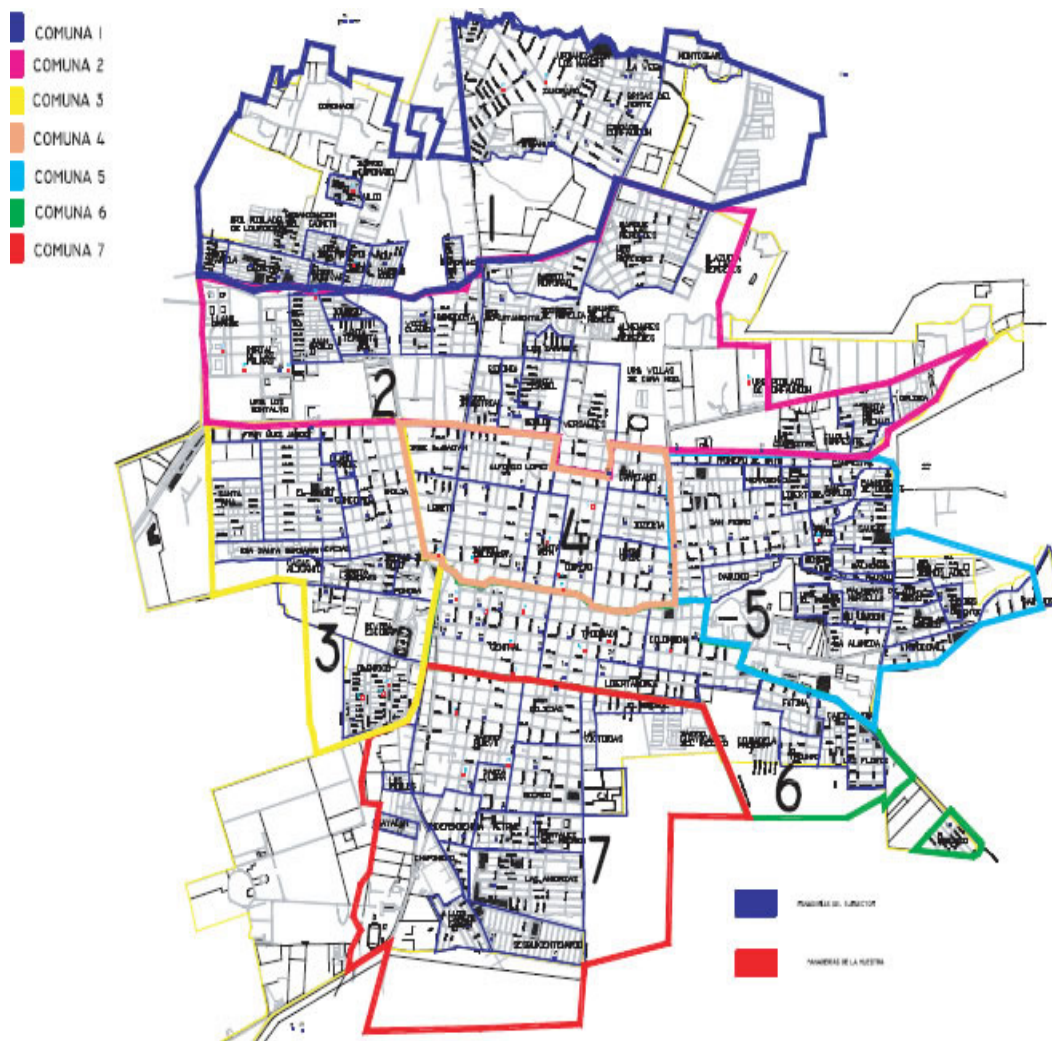


Figura 3. Mapificación del Subsector Panificador de Palmira – 2004

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal

3.1.3. Características Geográficas. Tiene una zona Plana al occidente del municipio y una Montañosa al Oriente. **Actividad Económica Principal:** Agricultura, Ganadería, Centro Comercial, Industrial y Agrícola, Comercio y Minería. **Productos Principales:** Plátano, Caña de Azúcar, Panela, Miel, Cacao, Soya y Maíz. **Distancia:** 28 Km. de Cali. **Año de Fundación:** 1680.

3.1.4. Posición Geográfica. Palmira se encuentra localizada en la región sur del departamento del Valle del Cauca. Su cabecera está situada a 3°31'48" de latitud norte y 76° 81' 13" del longitud al oeste de Greenwich.

3.1.5. Climatología y Superficie. El área Municipal es de 1.162 km² de los cuales 19.34 Km² corresponden a la zona urbana.

Sus pisos térmicos que van desde el frío (Páramo de las Herosas) hasta la zona cálida del Valle del Río Cauca, distribuidos de la siguiente forma:

TABLA 1. Climatología y Superficie

Clima	Extensión(Km2)	Proporción (%)
Cálido	383	33.0
Medio	242	20.8
Frío	239	20.6
Páramo	298	25.6

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal

- En el área municipal se distinguen claramente 3 zonas topográficas diferentes:

TABLA 2. Pisos Térmicos

Zona	Km2	%
Plano	505.0	43.5
Piedemonte	201.5	17.3
Alta Montaña	455.5	39.2

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal

Su temperatura media es de 23 grados centígrados y su altura sobre el nivel del mar es de 1.001 metros. En Palmira se distinguen dos zonas localizadas hacia la media ladera en las cuales la precipitación media anual alcanza valores de 2.000 mm y 2.100 mm, convirtiéndose así en las áreas más húmedas del municipio. Dichas áreas son: Cuenca media del río Nima y parte alta de la cuenca del río Aguaclara. **Ríos Principales:** Cauca, Agua Clara, Amaime, Bolo, Fraile, Nima, Palmira y Toche.

TABLA 3. Perímetro Urbano y Rural del Municipio

Año	Zona Urbana (km2)	Zona Rural (Km2)	Total (Km2)	Acuerdo Delimitación Perímetro
1973	25.0	1,137,00	1,162,00	Acuerdo 31 de 1973
1989	20,33	1,141,67	1,162,00	Acuerdo 53 de 1989
1993	20,46	1,141,54	1,162,00	Acuerdo 28 de 1993
1994	20,92	1,141,08	1,162,00	Acuerdo 75 de 1994
1996	21,74	1,140,26	1,162,00	Acuerdo 106 de 1996
1996	21,78	1,140,22	1,162,00	Acuerdo 114 de 1996
1997	22,47	1,140,21	1,162,00	Acuerdo 141 de 1997
2003	19,34*	1,142,66	1,162,00	Acuerdo 058 de 2003

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal

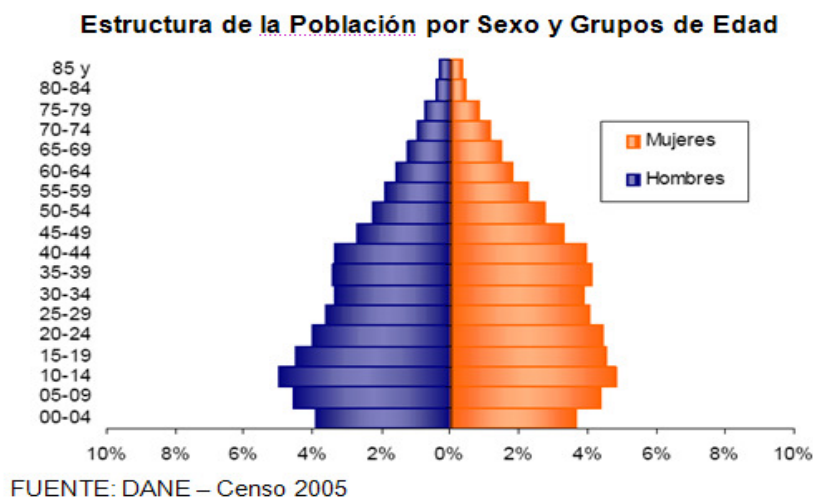
3.1.6 Límites Políticos y Geográficos. Al Norte con el municipio de El Cerrito, al Este con el departamento del Tolima, al Sur con los municipios de Pradera y Candelaria y al Oeste con los municipios de Cali, Yumbo y Vijes.

3.1.7 Suelo. El Valle geográfico es la zona occidental del municipio que corresponde al Valle del río Cauca, comprendida entre éste y la cota 1.200 m.s.n.m aproximadamente. Es una porción de territorio que comprende cerca de 54.422 hectáreas de topografía plana. Se caracteriza por dos aspectos principalmente: ocupación masiva en el cultivo de caña de azúcar y el ahogamiento originado sobre los asentamientos de vivienda, carentes de los equipamientos colectivos y de áreas para su crecimiento y la cercanía a Cali y el proyecto de INVIAS de desarrollo de la Malla Vial del Valle del Cauca y Cauca, convierte al territorio de Palmira en epicentro que refuerza la tendencia a la aparición de nuevos usos de carácter metropolitano (Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca, 2002).

3.1.8 Fauna. La fauna urbana en Palmira es escasa por las pocas áreas verdes que existen, sumado al ruido de vehículos y la constante agresión que sufren los animales en diferentes áreas del municipio, que han minimizado este recurso. Se destacan torcazas, cucaracheros, azulejos, gallinazos entre otros. En la zona rural, a pesar del grado de intervención que presentan los bosques aún se pueden encontrar gran número de especies. Para el caso de tres estaciones visitadas en las cuencas de los ríos Amaime, Nima y El Cerrito por el Grupo de Vida Silvestre de la Subdirección de Patrimonio Ambiental de la CVC se reportaron 103 especies de aves, 142 de flora y 12 de mamíferos. (Corporación Autónoma Regional del Valle del Cauca, 2002).

3.1.9 Censo. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en su página oficial de Internet, informa que según los resultados del Censo General 2005, la población en el Municipio de Palmira es de 278.409, los Hogares son 74.787, las Unidades Económicas 10.268 y las Unidades Agropecuarias 4.785. Con esta información se confirma que el Municipio de Palmira no supera la población de 300.000 habitantes, como lo proyectaban algunos expertos en demografía; Se recuerda que el primer Censo del DANE en el cual se tienen datos, es el realizado en 1964 y arrojó como resultado una población Palmireña de 140.809 habitantes.

GRÁFICA 1. Censo Población



Se evidencia:
Efecto de la migración por sexo y edad, y sobre mortalidad masculina.

Del total de la población censada en el 2005 en Palmira, el 47,7% son hombres y el 52,3% son mujeres. El 14,4% de la población residente en Palmira se auto reconoce como Raizal, Palanquero, Negro, Mulato, Afro colombiano o Afro descendiente.

TABLA 4. Menores y Mayores de 18 años

Categorías	Casos	%	Acumulado %
0 A 17 años	88.259	31.70	31.70
18 años	190.099	68.30	68.30
Total	278.358	100	

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 5. Variable por Sexo

Categorías	Casos	%	Acumulado %
Hombre	133.776	48,06	48,06
Mujer	144.582	51,94	100
Total	278.358	100	

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 6. Edad Promedio

Total y Promedio	Casos	Edad Promedio	%
	278.358	31	1

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 7. Viviendas por Ocupación

Tipo de Vivienda	Ocupada con Personas Presentes	Ocupada con Personas Ausentes	Desocupadas	Desocupada por uso Temporal
Casa	40.221	2	1.353	41.917
Apartamento	11.418	1	438	11.910
Tipo cuarto	2.606	1	70	2.677
Otro tipo de vivienda	69			69
Total	54.314	4	1.861	56.573

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 8. Asistencia a Institución Educativa

Categorías	Casos	%	Acumulado %
Si	78.545	29,5	29,5
No	186.956	70,3	99,8
No Informa	669	0,2	100

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 9. Nivel de Analfabetismo

Sabe Leer y Escribir			
Categorías	Casos	%	Acumulado %
Si	241.401	90,6	90,6
No	24.763	9,3	99,9
No Informa	6	0,1	100
Total	266.170	100	

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 10. Población Censal y Proyecciones de Población 1995 – 2005

Censos de 1964, 1973, 1985, 1993 (1) y 2005		
Censo	Población	Tasa (%) entre Censos
1964 (julio 15)	140.889	
1973 (Octubre 24)	186.751	1,325
1985 a (Octubre 15)	231.015	1,237
1993 a (Octubre 24)	251.008	1,086
2005 (a) (Junio 30)	284.470	1,1073
*2006	286.355	
*2007	288.382	
*2008	290.442	

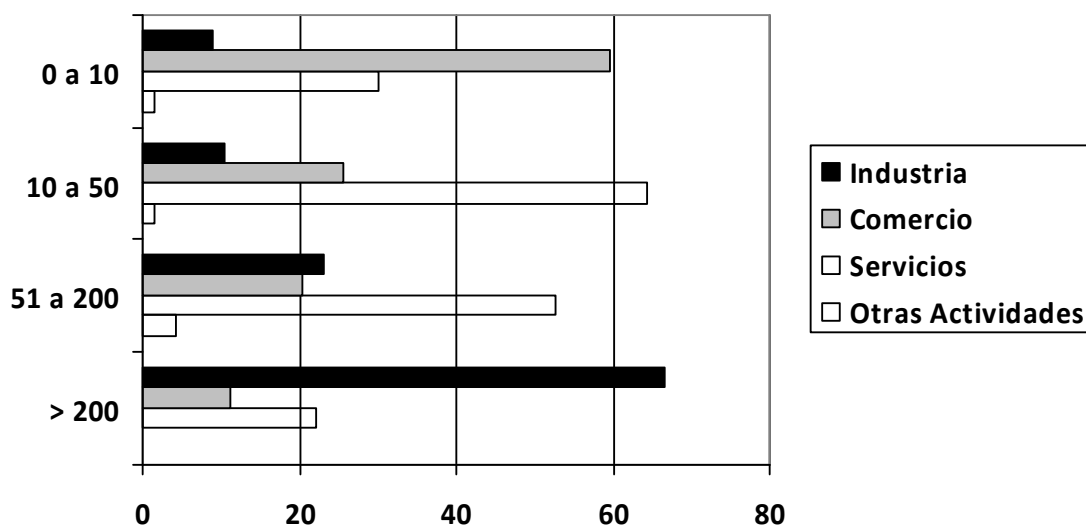
Fuente: DANE – Censo 2005 (a: Con ajuste de cobertura)

TABLA 11. Censo General 2005

(Población censada después de compensada por omisiones de cobertura geográfica y contingencia de transferencia)	
PALMIRA	
Población	284.470
Cabecea	228.122
Rural	56.348
Hombres	136.546
Mujeres	147.924
Hogares	74.948
Viviendas	70.797
Unidades Económicas	10.303
Unidades Agropecuarias	4.576

Fuente: DANE –Censo 2005

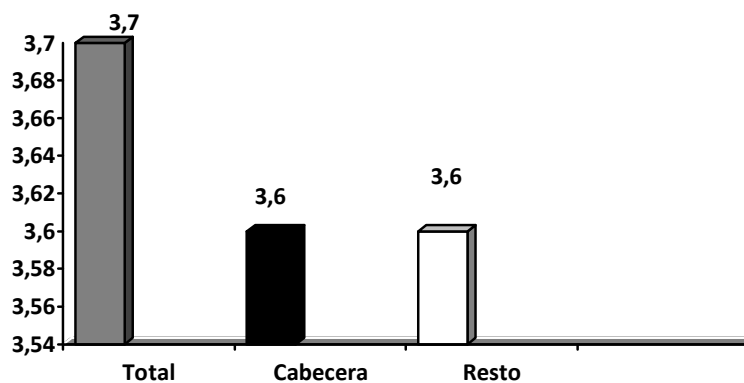
GRÁFICA 2. Módulo Económico
Establecimientos según escala de personal por actividad económica



La mayor representación, según actividad económica, de los establecimientos con más de 200 empleados, se encuentra en el sector industrial con un 66.7%; para los establecimientos entre 51 y 200 empleados, al igual que los que tienen entre 10 y 50 empleados, el sector más representativo es el de servicios con un 52.7% y un 54.4% respectivamente. Por último tenemos los establecimientos con 0 a 10 empleados en el cual el sector con mayor participación es el de comercio con un 59.6%

GRÁFICA 3. Módulo Hogares

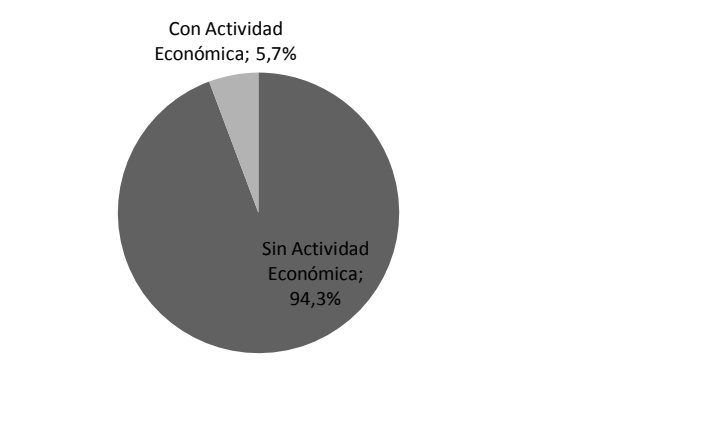
Número de personas por hogar



Fuente: DANE –Censo 2005

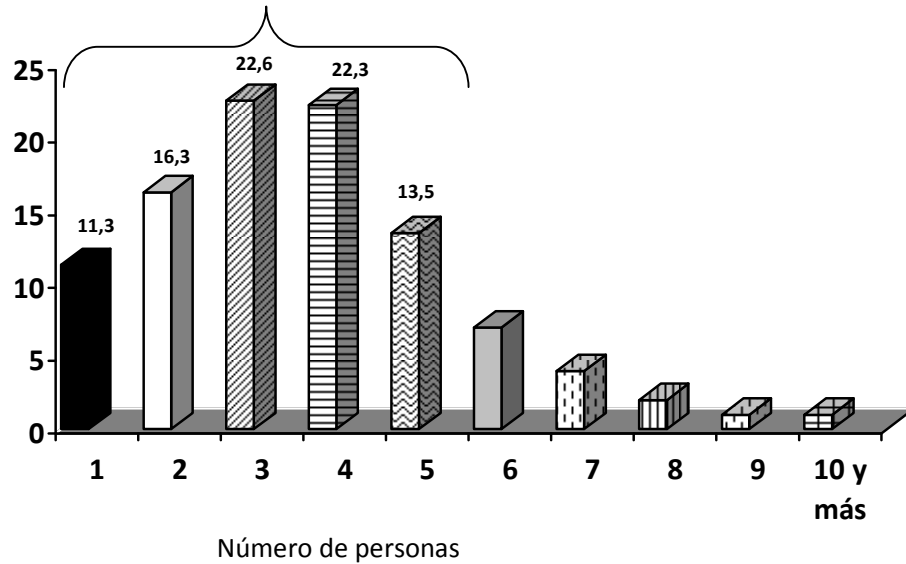
El número de personas por hogar en promedio de Palmira es de 3.7

GRÁFICA 3.1. Hogares con Actividad Económica



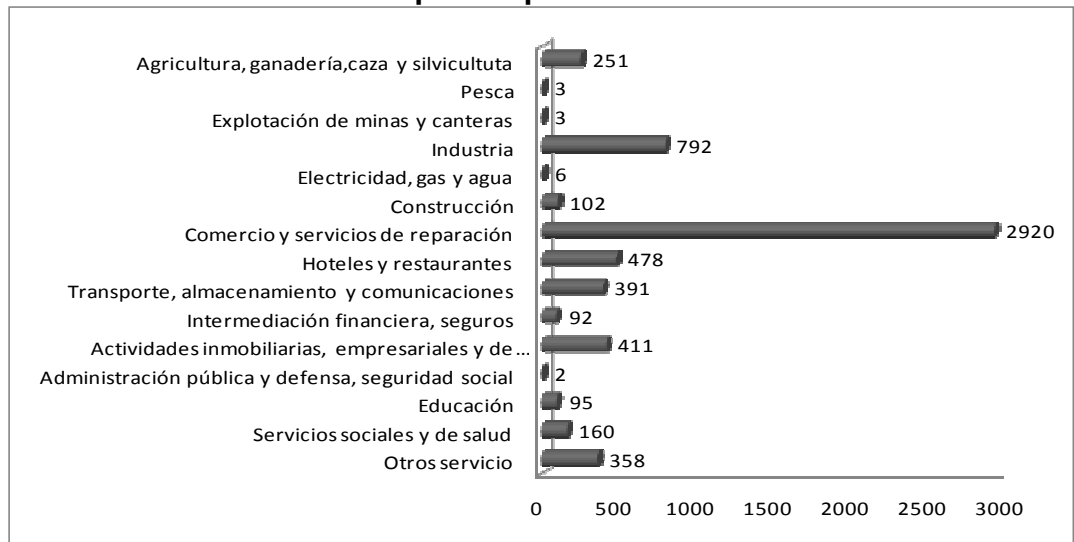
El 5.7% de los hogares de Palmira, tiene alguna actividad económica en sus viviendas.

GRÁFICA 3.2. Hogares según número de personas



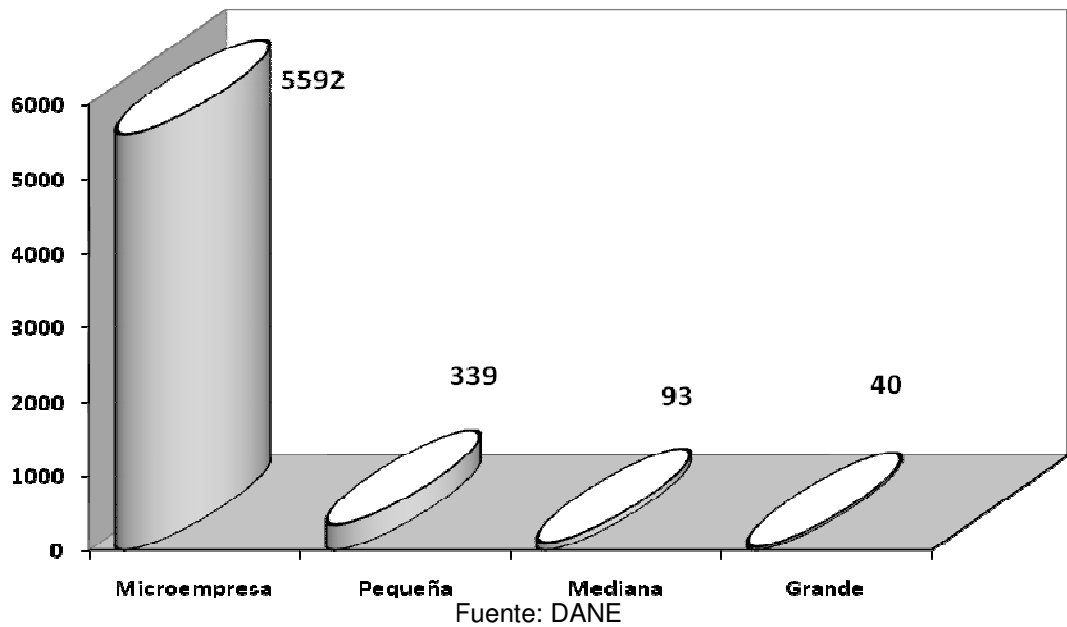
En el 86% de los hogares del municipio de Palmira viven aproximadamente 5 o menos personas por hogar.

GRÁFICA 4. Empresas por Actividad Económica



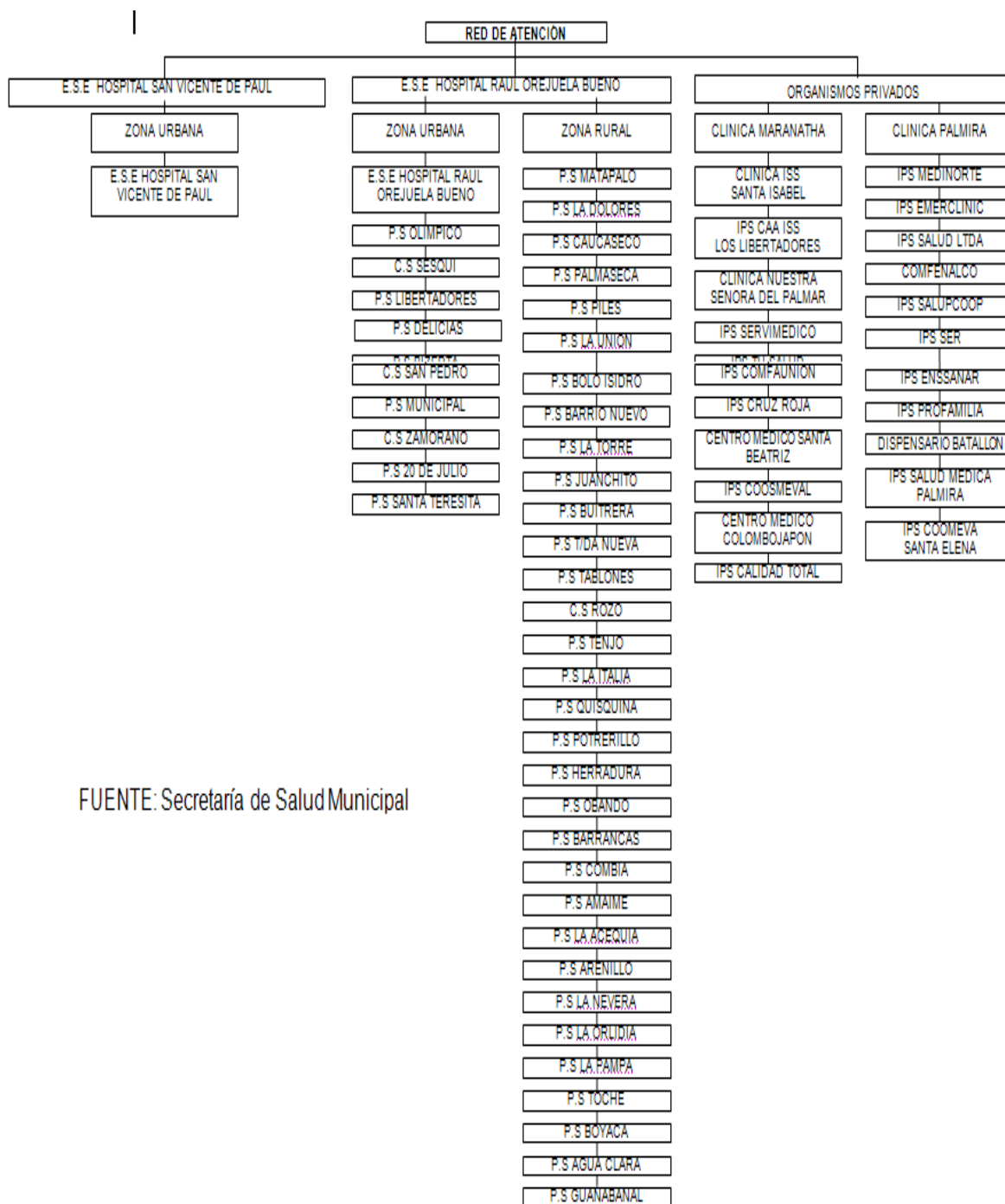
Fuente: Dane

GRÁFICA 5. Empresas en Palmira según tamaño



En Palmira el 92.2 % de empresa que corresponden a 5592 empresas registradas en Cámara y Comercio, el 5.6% es decir 339 empresas se consideran de pequeño tamaño; 1.5% es decir 93 empresas son de mediano tamaño y se consideran grandes empresas 40 con el 0.7%

**Figura 1. Situación Sistema de Salud Local
ORGANIGRAMA DE LA RED DE SERVICIOS PALMIRA 2006**



FUENTE: Secretaría de Salud Municipal

TABLA 12. IPS Habilitadas Municipio de Palmira – Mayo 2009

Sede- Nombre	Nit	Naju_nombre	Clpr_nombre	Grupo_capacidad	Coca_nombre	Cantidad
CLINICA COMFANDI PALMIRA	890303208	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Pediátrica	6
CLINICA COMFANDI PALMIRA	890303208	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Adultos	24
CLINICA COMFANDI PALMIRA	890303208	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	2
CLINICA COMFANDI PALMIRA	890303208	Privada	Instituciones - IPS	AMBULANCIAS	Básica	1
CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL VALLE DEL CAUCA UNIDAD MUNICIPAL DE PALMIRA	890306215	Privada	Instituciones - IPS	AMBULANCIAS	Básica	2
ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA " PROFAMILIA PALMIRA"	860013779	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Adultos	2
ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA " PROFAMILIA PALMIRA"	860013779	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	1
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Adultos	33
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Obstetricia	6
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	4
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	12
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	2
CLINICA PALMIRA S.A.	891300047	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Partos	1
CLINICA DE FRACTURAS LTDA	800254141	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	1
CENTRO DE RADIOLOGIA ORAL PALMIRA	600058287	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	2
CENTRO DE RADIOLOGIA ORAL PALMIRA	600058287	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	9

Sede- Nombre	Nit	Naju_nombre	Clpr_nombre	Grupo_capacidad	Coca_nombre	Cantidad
CORPORACION UNION MISIONERA EVANGELICA COLOMBIANA "UMEC" CLINICA MARANATHA	815004994	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Pediátrica	4
CORPORACION UNION MISIONERA EVANGELICA COLOMBIANA "UMEC" CLINICA MARANATHA	815004994	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Adultos	32
CORPORACION UNION MISIONERA EVANGELICA COLOMBIANA "UMEC" CLINICA MARANATHA	815004994	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Obstetricia	6
CORPORACION UNION MISIONERA EVANGELICA COLOMBIANA "UMEC" CLINICA MARANATHA	815004994	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	2
CORPORACION UNION MISIONERA EVANGELICA COLOMBIANA "UMEC" CLINICA MARANATHA	815004994	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Partos	1
E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	815000316	Pública	Instituciones - IPS	CAMAS	Pediátrica	2
E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	815000316	Pública	Instituciones - IPS	CAMAS	Adultos	7
E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	815000316	Pública	Instituciones - IPS	CAMAS	Obstetricia	3
E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	815000316	Pública	Instituciones - IPS	SALAS	Partos	1
CENTRO DE SALUD SAN PEDRO	815000316	Pública	Instituciones - IPS	AMBULANCIAS	Básica	1
CLÍNICA DE CIRUGIA PLASTICA INDIA CATALINA LTDA	805007025	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	2
OSTRAUMA VALLE LTDA.	900014881	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	1

Sede- Nombre	Nit	Naju_nombre	Clpr_nombre	Grupo_capacidad	Coca_nombre	Cantidad
INVERSIONES DUMIAN PALMIRA	805027743	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intermedio Adulto	2
INVERSIONES DUMIAN PALMIRA	805027743	Privada	Instituciones - IPS	CAMAS	Cuidado Intensivo Adulto	9
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE PALMIRA	891380015	Privada	Transporte Especial de Pacientes	AMBULANCIAS	Básica	5
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE PALMIRA	891380015	Privada	Transporte Especial de Pacientes	AMBULANCIAS	Medicada	1
CLINICA OFTALMOLOGICA DE PALMIRA	900206194	Privada	Instituciones - IPS	SALAS	Quirófano	1
KRAFT FOODS COLOMBIA S.A.	890320129	Privada	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de salud	AMBULANCIAS	Básicos	1

Fuente: Página Electrónica Ministerio de Protección Social 2009

3.2 INDICADORES NACIONALES

TABLA 13. PIB Trimestral sin Ilícitos a Precios Constantes por Ramas de Actividad Económica Año 2004a 2007

Ramas de actividad	Años			
	2004	2005	2006	2007
1. Agropecuario, Silvicultura, Caza y Pesca	10.604.023	10.797.836	11.117.194	11.471.057
2. Explotación de Minas y Canteras	3.983.081	4.066.475	4.071.536	4.257.329
3. Electricidad, Gas y Agua	2.530.838	2.658.395	2.738.532	2.802.742
4. Industria manufacturera	12.484.599	12.976.951	14.382.943	15.911.040
5. Construcción	4.406.938	4.925.345	5.656.455	6.409.645
6. Comercio, Reparación, Restaurantes, y Hoteles	9.374.644	10.051.460	11.162.577	12.322.974
7. Transporte, Almacenamiento y Comunicación	6.837.330	7.157.516	7.895.393	8.880.665
8. Establecimientos Financieros, Seguros y Servicios	14.921.573	15.457.263	15.671.920	16.967.120
9. Servicios Sociales, Comunes y Personales	15.836.779	16.462.294	16.822.743	17.338.356
10. Servicios de intermediación financiera	3.662.383	3.924.922	3.661.251	4.485.962
Subtotal Valor agregado	77.357.422	80.628.613	85.858.042	91.874.786
Impuestos excepto IVA	1.885.977	1.932.045	1.963.316	2.087.816
Subvenciones	452.632	491.085	545.741	598.639
IVA no deducible	3.121.036	3.520.093	4.032.929	4.694.075
Derechos e impuestos sobre las importaciones	1.251.842	1.514.199	1.856.331	2.206.112
Producto Interno Bruto	83.163.645	87.103.865	93.164.877	100.264.150

Fuente: DANE –Censo 2005

*El producto interno bruto es la sumatoria de los valores monetarios de todos los bienes y servicios producidos por un País en un año o mejor en conjunto de todo lo que produce y ofrece en un período determinado.

TABLA 14. Necesidades Básicas Insatisfechas por Departamentos

Departamento	Urbano	Rural	Total	Departamento	Urbano	Rural	Total
ANTIOQUIA	15,4	47,1	22,6	NORTE DE SANTANDER	22,4	58,2	30,3
ATLÁNTICO	23,8	42,2	24,6	QUINDIO	15,1	22,3	16
BOGOTÁ	9,1	27,8	9,2	RISARALDA	12,3	31,3	16,6
BOLIVAR	40,3	66,9	46,6	SANTANDER	13,4	45,4	21,9
BOYACÁ	14	49	30,7	SUCRE	46,7	69,5	54,9
CALDAS	13,3	28,9	17,7	TOLIMA	19,6	50,8	29,8
CAQUETÁ	33,4	59	41,6	VALLE	14	25,8	15,6
CAUCA	24	61,6	46,4	ARAUCA	30,8	65	34,9
CESAR	35,6	66,8	44,5	CASANARE	26,1	57,6	35,6
CORDOBA	42,5	76,1	59	PUTUMAYO	26,2	44,1	34,8
CUNDINAMARCA	15,2	32,2	21,2	SAN ANDRES	50,9	15,3	40,9
CHOCÓ	82,3	75,2	79,1	AMAZONAS	30,7	58,9	44,1
HUILA	21,8	48,8	32,6	GUAINIA	45,3	81,1	60,4
GUAJIRA	40,4	91,9	65,2	GUAVUIARE	34,1	61,3	39,9
MAGDALENA	39,9	65	47,6	VAUPES	40,3	88,4	54,3
META	20,2	44,4	24,8	VICHADA	41,6	84,3	66,7
NARIÑO	25,9	59,4	43,8				

Fuente: DANE –Censo 2005

TABLA 15. Índice de Precios al Consumidor e Índice de Precios al Productor

Años 1990 a 2007					
Fin de Período	IPC	IPP	Fin de Período	IPC	IPP
1990	32,37	29,9	2000	8,75	11,04
1991	26,82	26,06	2001	7,65	6,93
1992	25,14	17,88	2003	6,49	5,72
1994	22,6	20,73	2004	5,5	4,64
1995	19,47	15,43	2005	4,85	2,06
1996	21,64	14,54	2006	4,48	5,29
1997	17,68	17,49	2007	5,69	1,29
1999	9,23	12,71			

Fuente: Grupo Bancolombia

TABLA 16. Salario Mínimo Legal Diario y Mensual y Variación Anual

Año	Salario Mínimo Diario	Salario Mínimo Mensual	Variación %
	(Pesos Corrientes)	(Pesos Corrientes)	
1990	1,367,00	41,010,00	26
1991	1,724,00	51,720,00	26,06
1992	2,173,00	65,190,00	26,04
1993	2,717,00	81,510,00	25,03
1994	3,290,00	98,700,00	21,09
1995	3,964,00	118,920,00	20,5
1996	4,737,50	142,125,00	19,5
1997	5,733,00	171,990,00	21,02
1998	6,794,20	203,826,00	18,51
1999	7,882,00	236,460,00	16,01
2000	8,670,00	260,100,00	9,99
2001	9,533,33	286,000,00	9,95
2002	10,300,00	309,000,00	8,04
2003	11,006,66	332,000,00	7,44
2004	11,933,33	358,000,00	7,83
2005	12,716,66	381,500,00	6,56
2006	13,600,00	408,014,00	6,95
2007	14,456,66	433,700,00	6,29
2008	15,383,33	461,500,00	6,41

Fuente: DANE

TABLA 17. Tasa de Desempleo a Nivel Nacional 1990 – 2007

Año	Tasa de Desempleo (%)	Año	Tasa de Desempleo (%)
1990	10,60%	1999	18,00%
1991	9,40%	2000	19,70%
1992	9,80%	2001	16,40%
1993	7,80%	2002	14,90%
1994	8,00%	2003	13,10%
1995	9,50%	2004	13,50%
1996	11,30%	2005	11,70%
1997	12,00%	2006	12,00%
1998	15,80%	2007	*11,15%

Fuente: DANE

TABLA 18. Indicadores Demográficos Municipio de Palmira

Indicadores vitales	Definición Operacional	Valor indicador
Población total	Proyecciones del censo DANE 2008	290.442
Tasa de mortalidad general	Total muertes en el año 2006 / total población x 1.000	6,1
Tasa general de fecundidad	No. De Nacimientos vivos /Total M.E.F. 15-49 año x 1000	1,12
Tasa de natalidad	Nacidos vivos /población General x 1000	13,1
Total población desplazada	No. De desplazados, según informe de la Red de solidaridad	3.691
Crecimiento poblacional	Velocidad de crecimiento de la población	1.1
Esperanza de vida al nacer	Años que espera vivir una persona	Hombre 70,66*
		Mujer 77,98*
Mortalidad infantil	$\frac{\text{numero muertes} < 1 \text{ año} \times 1.000}{\text{nacimientos vivos}}$	2,86
Mortalidad materna	$\frac{\text{No. muertes muj. embarazo año 2007} \times 100.000}{\text{Nacidos Vivos}}$	24,95

Fuente: Secretaría Pública Municipal de Palmira

TABLA 19. Distribución de la Población 2008 - Municipio de Palmira

Nivel	# personas	%
I	80.189	31,81
II	140.799	55,86
III	30.987	12,29
IV	91	0,04
Total	252.066	100

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal

TABLA 20. Nivel Educativo 2005 - Municipio de Palmira

Nivel Educativo Mayores 3 años	Total	%
Total	263.494	100
Ninguno	16.546	6,3
Preescolar	10.389	3,9
Primaria Completa	38.078	14,5
Primaria Incompleta	54.024	20,5
Secundaria Completa	14.883	5,6
Secundaria Incompleta	44.521	16,9
Media Académica Completa	26.946	10,2
Media Académica Incompleta	5.838	2,2
Media Técnica Completa	17.650	6,7
Sin Información Media Técnica	6	0,0
Normalista Completa	221	0,1
Normalista Incompleta	169	0,1
Técnico Profesional	5.509	2,1
Tecnológica	4.486	1,7
Profesional	18.909	7,2
Especialización	1.849	0,7
Maestría	460	0,2
Doctorado	239	0,1

Fuente: censo DANE 2005

TABLA 21. Cobertura Servicios Públicos 2005 - Municipio de Palmira

Servicios Públicos		Palmira	Palmira Cabecera	Palmira Resto
Viviendas Ocupadas	Total	67.272	54.314	12.958
Viviendas con Energía, Acueducto y Alcantarillado	Total	61.317	53.982	7.335
Energía Eléctrica	Total	67.272	54.314	12.958
	SI	66.604	54.085	12.519
	No	668	229	439
Alcantarillado	Total	67.272	54.314	12.958
	SI	61.869	54.061	7.808
	No	5.403	253	5.150
Acueducto	Total	67.272	54.314	12.958
	SI	64.827	54.098	10.729
	No	2.445	216	2.229
Sin Energía, Acueducto ni Alcantarillado	Total	390	127	263
Gas Natural	Total	67.272	54.314	12.958
	SI	31.462	31.254	208
	No	35.686	22.941	12.745
	No Informa	124	119	5
Teléfono Fijo	Total	67.272	54.314	12.958
	SI	45.964	42.862	3.102
	No	21.173	11.322	9.851
	No Informa	135	130	5

Fuente: censo DANE

**TABLA 22. Veinte Primeras Causas Consulta Médica General 2006
Municipio de Palmira**

No. Orden	Causa	Cantidad	%	Tasa x 100.000
1	Enfermedades del sistema respiratorio (IRA)	21.215	14,86	70.400
2	Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	10.785	7,56	35.789
3	Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes	2.579	1,81	8.558
4	Enfermedades de la cavidad bucal	2.556	1,79	8.482
5	Síntomas y signos generales	2.233	1,56	7.410
6	Otras enfermedades de los intestinos	1.934	1,35	6.418
7	Enfermedades hipertensivas	1.760	1,23	5.840
8	Enfermedades virales	1.446	1,01	4.798
9	Dorsopatías	1.328	0,93	4.407
10	Enfermedades del sistema urinario	1.269	0,89	4.211
11	Síntomas y signos sistemas digestivo y abdomen	960	0,67	3.186
12	Síntomas y signos generales	721	0,51	2.393
13	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos	710	0,50	2.356
14	Consulta por otras circunstancias	702	0,49	2.330
15	Trastornos de las articulaciones	600	0,42	1.991
16	Trastornos metabólicos	493	0,35	1.636
17	Dermatitis y eczema	430	0,30	1.427
18	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	409	0,29	1.357
19	Diabetes mellitus	279	0,20	926
20	Nauseas y vomito	214	0,15	710
Subtotal		52.623	37	174.624
Resto		90.111	63	299.024
TOTAL GENERAL		142.734	100	473.649

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

**TABLA 23. Distribución por Edad y Sexo de la Población Infantil 2008
Municipio de Palmira**

Grupos de Edad	Sexo		Total	% Acumulado del total mpal	% De grupo de edad
	Masculino	Femenino			
< 1 año	2.430	2.307	4.737	1,6	5,6
01 a 4	11.177	11.187	22.364	9,3	26,5
05 – 9	13.918	13.965	27.883	18,9	33,1
10 – 14	14.463	14.872	29.335	29,0	34,8
0 - 14	41.988	42.331	84.319	29,0	100,0

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

**TABLA 24. Veinte Primeras Causas de Consulta Menores de 1 Año
Hospital San Vicente de Paul 2006 - Municipio de Palmira**

No. de Orden	Cod_cie10	Causas	No. de Casos	%
1	Z00	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnostico informado	158	18,0
2	J00	Rinofaringitis aguda	96	10,9
3	J18	Neumonía organismo no especificado	80	9,1
4	A09	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	43	4,9
5	J21	Bronquiolitis aguda	29	3,3
6	B34	Infección viral de sitio no especificado	27	3,1
7	K21	Enfermedad del reflujo gastroesofágico	20	2,3
8	L03	Celulitis	19	2,2
9	J20	Bronquitis aguda	17	1,9
10	K59	Otros trastornos funcionales del intestino	17	1,9
11	N39	Otros trastornos del sistema urinario	16	1,8
12	K42	Hernia umbilical	14	1,6
13	Q65	Deformidades congénitas de la cadera	14	1,6
14	Q66	Deformidades congénitas de los pies	13	1,5
15	J45	Asma	12	1,4
16	A04	Otras infecciones intestinales bacterianas	11	1,3
17	P59	Ictericia neonatal por otras causas y por	10	1,1

No. de Orden	Cod_cie10	Causas	No. de Casos	%
		las no especificadas		
18	J15	Neumonía bacteriana no clasificada en otra parte	9	1,0
19	J35	Enfermedades crónicas de las amígdalas y de las adenoides	9	1,0
20	K40	Hernia inguinal	8	0,9
		Subtotal	622	70,8
		Resto	256	29,2
		Total	878	100,0

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

En estudio realizado por la Secretaría de Salud Municipal en el año 2004 que encuestó a 1.110 personas en 13 instituciones educativas de los grados 9, 10 y 11, 8 instituciones públicas y 5 privadas del área urbana de Palmira, se obtuvieron los siguientes resultados relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas legales o no:

TABLA 25. Consumo de Sustancias Psicoactivas 2004 – Municipio de Palmira

Consumo de Sustancias Psicoactivas Legales o no	
Consumo	%
Drogas ilegales	4
Alcohol en padres	63
Alcohol en madres	38
Hijos enviados por sus padres a comprar alcohol	32
Amigos que consumen drogas ilegales	35
ha sido invitado a tomar licor	56
Ha bebido licor en el colegio	9
Tabaco en jóvenes experimentadores	44,1
Tabaco estable en jóvenes	26,1
Tabaco por el padre	28,3
Tabaco por la madre	1,1
sustancia ilegales	4
Licor por jóvenes	45,7

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

Para el 2007 se registraron 935 consultas por violencia intrafamiliar y maltrato infantil, de los cuales el 96.2% es violencia al interior de los hogares, 3.2% por maltrato infantil y 0.2% por presunto delito sexual. La primera causa de la violencia intrafamiliar es la intolerancia, seguido del alcoholismo y el consumo de sustancias psicoactivas. En el 72.5 % de los casos, es decir 678 consultas, existe parentesco de la víctima con el agresor. El 37.2% es victimizado por su cónyuge, el 22.1% relacionó al agresor con su compañero sentimental, el 17% de los agresores fueron los padres y el 9% relacionó a los hijos como agresores, siendo las mujeres las más afectas por estos hechos, que representan el 81% de los casos. De igual forma, las estadísticas demuestran que de acuerdo a la distribución de escolaridad de la víctima, el 88.7% ha realizado estudios básicos y solo el 6% estudios universitarios.

**TABLA 26. Acumulado de Notificación Obligatoria 2007 –
Municipio de Palmira**

No.	EVENTOS Y ENFERMEDADES	CIE 10	Notificación Inmediata	Total
1	Accidente Ofídico	T630 - W59		2
2	Cólera	A00	SI	0
3	Conjuntivitis Gonocócica del RN	A543		0
4	Dengue Clásico, Dengue Hemorrágico	A90,		132
		A91		16
5	Difteria	A36	SI	0
6	Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos, Equina del Oeste en Humanos, Equina Venezolana	A923,	SI	0
		A831,	SI	0
		A922	SI	0
7	Exposición Rábica Rabia Animal Rabia Urbana	Z203,		297
		A820,	SI	13
		A821	SI	2
8	Fiebre Amarilla	A95	SI	0
9	Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	A01		5
10	Hepatitis A (Brote), Hepatitis B	B15,		46
		B16		6
11	Intoxicación por Alimentos y por agua (Brote)	A05, T61, T62, T64	SI	40
		X85	SI	5
		T56	SI	0
		T51.1	SI	0

No.	EVENTOS Y ENFERMEDADES	CIE 10	Notificación Inmediata	Total
	Intoxicación por Plaguicidas	T60, X48, X87, Y18.	SI	3
	Intoxicación por Solventes	T52, X46, Y16.	SI	6
12	Leishmaniasis Cutánea, Leishmaniasis Mucosa, Leishmaniasis Visceral	B551		0
		B552,		0
		B550		0
13	Lepra	A30		3
14	Leptospirosis	A270 a A279		9
15	Lesiones por Pólvora	W39		1
16	Malaria por Falciparum, Malaria por Vivax, Malaria por Malarie, Malaria Mixta	B50,		4
		B51,		16
		B52,		0
		B538		0
17	Meningitis Meningocócica Meninigitis por H. Influenzae; Meningitis por Neumococo Meningitis Tuberculosa,	A390,	SI	4
		G000,		0
		G001,		1
		A170		0
18	Morbilidad EDA en menor de 5 años	A00 a A09		7314
19	Morbilidad IRA en menor de 5 años	J00 a J22		18168
20	Mortalidad Materna, Mortalidad Perinatal, Mortalidad por Cólera Mortalidad por Dengue, Mortalidad por EDA en menores de 5 Años, Mortalidad por IRA en menores de 5 años Mortalidad por Malaria.	O00 a O99, A34,	SI	1
		P00 a P99	SI	2
		A00	SI	0
		A90, A91	SI	0
		A00-A09	SI	0
		J00-J22	SI	20
		B50- B52, B53.8	SI	0
21	Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	A80	SI	0
22	Parotiditis	B26		26
23	Peste (Bubónica/Neumónica)	A200, A202	SI	0

No.	EVENTOS Y ENFERMEDADES	CIE 10	Notificación Inmediata	Total
24	Rubéola, Rubéola Congénita	B060, B068, B069	SI	0
		P350		0
25	Sarampión	B05	SI	0
26	Sífilis Congénita, Sífilis Gestacional	A50		4
		A539 en gestante		2
27	Tétanos Neonatal Tétanos Accidental	A33X	SI	0
		A35X		0
28	Tifus Endémico por pulgas, por piojos	A752, A750	SI	0
29	Tos ferina	A370		0
30	Tripanosomiasis Americana (Enfermedad de Chagas)	B57		0
31	Tuberculosis Pulmonar Tuberculosis Extra Pulmonar	A150 a A153, A157- A159		34
		A154- A156, A18, A19		6
32	Varicela (Brote)	B01		461
33	VIH/SIDA	B230, B24		36

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

TABLA 27. Afiliación al S.G.S.S.S. 2007 - Municipio de Palmira

POBLACIÓN SEGÚN AFILIACIÓN		Cantidad	%
Sisbenizada	Nivel I	80.084	36,2
	Nivel II	140.759	63,8
	Total	220.843	100
Régimen contributivo		158.450	51,4
Régimen subsidiado total		95.450	31
Régimen subsidiado parcial		50.000	16,1
Población pobre no asegurada		4.492	1,5
Total población - Municipio		290.442	

Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira

En Palmira existen varias Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Algunas de ellas que cuentan con oficinas en la ciudad son:

- Caprecom E.P.S. – S
- Emssanar E.S.S.
- Selvasalud E.P.S. – S
- Coomeva E.P.S
- Saludcoop E.P.S.
- Sanitas E.P.S.
- Salud Total E.P.S.
- Susalud E.P.S.
- Servicio Occidental de Salud E.P.S.
- Seguro Social E.P.S.

3.3 CONCEPTO SALUD ENFERMEDAD

3.3.1. Definición de Salud. Según el diccionario de la Real Academia Española, el termino Salud se define como: “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”; o “Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.”

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS.) en 1946, La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económico social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.

Posteriormente en 1985 la OMS adiciona a la definición lo siguiente: “Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.”

3.3.2. Historia de la Medicina

- El pensamiento mágico - religioso, que daba una explicación a los fenómenos tanto naturales como en las personas, intentando dominar los sucesos de la naturaleza espiritualizándolos, es decir tratando de explicar el funcionamiento humano y del entorno; por eso cada suceso anormal es visto como un evento de fuerzas malignas que debe ser contrarrestado con fuerzas benignas, espantando los males o demonios, concepto propio de cada tribu y que se transmitía de generación en generación por el imaginario colectivo; generando los curanderos o shamanes, que en general eran los ancianos de la tribu, con alta influencia en las comunidades del hombre primitivo; concepto del bien del mal que aún subsiste en nuestra sociedad contemporánea, principalmente frente a la carencia de educación y de oportunidades de desarrollo y a la falta de accesibilidad para algunos ciudadanos en el sector salud, por ejemplo en zonas rurales o marginadas.
- Según Hipócrates en 450 AC, rompió esquemas Mágicos y diferenciaba los conceptos de Salud vs Enfermedad, con un concepto biológico de la enfermedad: La enfermedad era causada por la mezcla inadecuada (discrasia) de los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flemas), La mezcla adecuada de estos humores (eucrasia) era sinónimo de Salud; Era partidario de que el enfermo gozara de aire fresco, de un entorno agradable y tranquilo y de una dieta equilibrada a base de alimentos sencillos. Se atenia a reglas de

sentido común para cortar hemorragias, limpiar y tratar las heridas, reducir fracturas e intervenciones análogas, evitando cualquier extremo y prescindiendo de ritos mágicos; defiende el tratado es que la idea de causa y efecto se aplica también a las cosas vivientes, entre ellas el hombre. Como el mundo de lo vivo es tan complejo, puede que no sea fácil detectar las relaciones de causa y efecto; pero al final puede y debe hacerse.

- Para el pueblo Asirio-Babilónico, el concepto de enfermedad significaba impureza y desde el punto de vista mortal o espiritual, la Enfermedad era provocada por los Dioses por una trasgresión a la moral; Entre los varios dioses relacionados con la salud tenemos: Ninib (dios de la salud), Marduk (dios de todos los saberes incluyendo el médico), Nergal (dios de la fiebre), Tin (dios del dolor de cabeza), Namtaru (dios del dolor de garganta), Ea (diosa de la medicina, de los míticos y de la sabiduría), Gula (diosa de los nacimientos), Gallú (demonio del insomnio), Axaxazu (demonio de la ictericia). El número siete (7) tenía un simbolismo negativo en la medicina mesopotámica. En los días divisibles por 7, los médicos no curaban por cuanto reinaba el séptimo espíritu o deidad del mal. La enfermedad era un castigo sobrenatural que recaía sobre la víctima y se extendía a familiares a través de varias generaciones. Los sacerdotes indagaban los posibles pecados del enfermo para determinar la posible causa e indicia las oraciones y súplicas y penitencias.

La enfermedad se diagnosticaba también a través de la oniromancia, la lecanomancia (como cae el aceite en el agua) la piromancia y la necromancia. Todas estas formas conformaban el arte de la adivinación de la enfermedad; Estudiaron la anatomía de los órganos internos. El hígado fue considerado centro de la vida y de la sangre de allí la importancia de la hepatoscopia, o arte de adivinar las enfermedades con el hígado de un carnero. También existió una medicina empírica en los casos de enfermedades con causas obvias como los traumas y fracturas de los huesos.

La medicina fue dividida en (1) de los remedios (2) de los maestros del cuchillo (3) del los exorcismos; Realizaron la primera clarificación de las enfermedades según su localización como los del tórax que eran los dolores, la tos y la hemoptisis; Hicieron la primera descripción de varias enfermedades o síntomas como la fiebre, diarrea, hematuria, tisis, peste, tos y hemorragia; Desarrollaron la cirugía especialmente para tratar heridas, absceso y fracturas óseas, extracciones dentales, cataratas y amputaciones; En la curación mágica – religiosos eran importante los amuletos, los sacrificios de animales, los conjuros, las estatuillas y los exorcismos.

Desarrollaron la medicina preventiva a través de las oraciones y el aislamiento de los enfermos de lepra aunque por razones religiosas y mágicas para evitar la propagación de los malos espíritus; Nociones de medicina laboral podemos encontrar en el hecho de que justificaban las ausencias en el trabajo por causas de una enfermedad. La curación con remedios provenían de los reinos animal, vegetal y mineral. Podemos encontrar en una indicación opio, arsénico y vísceras. También el saúco, el aceite de pino, el orégano, la sal y la cerveza; usaron píldoras, jarabes y polvos. Desarrollan la higiene ambiental para la construcción de las viviendas.

Las plantas medicinales eran recolectadas de acuerdo a las fases lunares lo que se interpreta como una incipiente noción de la biorritmología.

En la Epopeya de Gilgamés el héroe busca la vida eterna y trata de luchar contra la muerte, tarea esta última propia de la medicina. Gilgamés consigue la yerba que lo transformara de viejo en joven pero una serpiente se la roba por lo que morirá como todos los hombres. La serpiente como símbolo de la medicina aparece por primera vez en Mesopotamia. El dios curador Ningizida era una serpiente de dos cabezas y fue quien se robó la yerba de la vida eterna en el Gilgamés. La serpiente desde entonces cambia de piel y se rejuvenece lo que significa regeneración y curación de la enfermedad.

- Para los GRIEGOS: La enfermedad era de origen divino, pero la impureza causante era física y tratable con BAÑOS PURIFICADORES, si la impureza radicaba en lo físico, el que conociera la naturaleza ($\varphi\upsilon\sigma\iota\varsigma$ - Physis) podía curar la enfermedad en tanto, la impureza del alma sólo era curable por el perdón divino; La naturaleza (Physis) se guiaba por leyes que tenían un orden (armonía). El conocimiento de éstas, aplicadas al organismo (Fisiología) permitía al hombre restituir la armonía “ el que conociera la physis podría restituir la armonía”; primaba el concepto naturista, la misión del médico consistía en restablecer el orden natural que la enfermedad había alterado, El médico poseedor del saber, y homo virtuoso, imponía al enfermo el camino a seguir para restablecer la salud; En los orígenes del culto prevalecían los encantamientos y las curas milagrosas, pero con el tiempo las medidas terapéuticas se hicieron cada vez más naturales: las úlceras cutáneas cerraban cuando las lamía el perro, las fracturas óseas se consolidaban cuando el dios aplicaba férulas y recomendaba reposo, los reumatismos se aliviaban con baños de aguas termales y sulfurosas, y muchos casos de esterilidad femenina se resolvieron favorablemente gracias a los consejos prácticos de Higiene.

En la Grecia antigua, el médico o *iatros* era un sacerdote del culto al Dios Asclepiades, y su actividad profesional se limitaba a vigilar que en los

santuarios se recogieran las ofrendas y los donativos de los pacientes, se cumplieran los rituales religiosos prescritos, y quizá a ayudar a algún enfermo incapacitado a sumergirse en el baño recomendado, o a aconsejar a una madre atribulada sobre lo que debía hacerse para controlar las crisis convulsivas de su hijo. Aunque el *iatros* era el equivalente del brujo o chamán de la medicina primitiva, del *asu* asirio, del *snw* egipcio y del *tíciŋl* azteca, sus funciones estaban mucho más restringidas que las de sus mencionados colegas, porque él pertenecía a una sociedad mucho más estratificada y a una disciplina profesional mucho más rigurosa.

- Claudio Galeno 130 – 200 DC, menciona que la enfermedad es una predisposición a.- factor intrínseco o factor previo de desorden en el individuo; b.- extrínseco o presencia de una causa externa y c.- predisposición o especial susceptibilidad; describía: “disposición pre-natural del cuerpo por obra de la cual padecen las funciones vitales, producidas por un desorden instantáneo de la naturaleza individual y medianamente causada por una causa externa o primitiva que actuando sobre un individuo sensible a ella y predispuesto, determina en su cuerpo una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada”. Influido por la doctrina de Hipócrates, Galeno sostuvo como tesis que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema. Galeno puede considerarse precursor de la observación científica de los fenómenos fisiológicos.

Practicó numerosas disecciones, que le permitieron identificar siete pares de nervios craneales, describir las válvulas del corazón, e incluso establecer las diferencias estructurales entre venas y arterias. Otro de sus logros fue demostrar que las arterias no transportaban aire, como por entonces se creía, sino sangre. Autor de más de trescientas obras, en la actualidad se conservan de ellas, total o parcialmente, unas ciento cincuenta. La sangre se producía en el hígado por elaboración del *quilo*, transportado desde el intestino. Desde el hígado llegaba a la aurícula derecha, desde la cual seguía tres cursos: una parte se distribuía a los órganos por las venas cavas, otra parte pasaba al ventrículo derecho y de éste, al izquierdo a través de supuestos poros invisibles del tabique ventricular; otra parte llegaba a los pulmones pasando por el ventrículo derecho; desde los pulmones fluía aire hasta el corazón. La sangre no circulaba, sino que estaba sometida a un vaivén. Arterias y venas tenían funciones diferentes: las venas tenían sangre con sustancias nutritivas; las arterias, sangre con *espíritu vital*, compuesto de sangre y aire.

- La medicina china tradicional también conocida simplemente como medicina china (中醫學 o 中药学, zhōngyào xūe) o medicina oriental tradicional, es el

nombre que se da comúnmente a un rango de prácticas medicas desarrolladas en China a lo largo de su evolución cultural milenaria. Los principales fundamentos teóricos médicos de la MCT se basan en esta larga experiencia, y queda reflejada; en la teoría del "yin-yang" y otras, como la Teoría de los "cinco elementos". Los tratamientos se hacen con referencia a este marco filosófico.

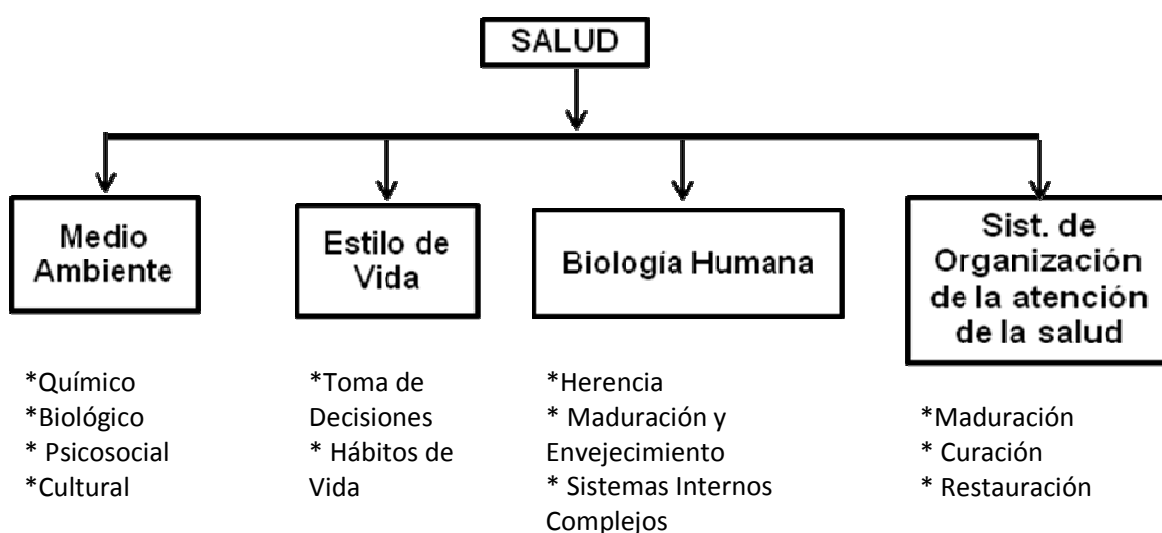
Esta medicina se basa en el concepto de "chi" (o energía vital) equilibrado, que se cree recorre el cuerpo de la persona. Quienes practican esta medicina proponen que el "chi" regula el equilibrio espiritual, emocional, mental y físico y está afectado por las fuerzas opuestas del "yin" («energía» negativa) y el "yang" («energía» positiva). Según la medicina china tradicional, la enfermedad ocurre cuando se altera el flujo del chi y se produce un desequilibrio del yin y el yang. Los componentes de este tipo de medicina comprenden terapias de hierbas y alimentación, ejercicios físicos que restituyen la salud, meditación y masajes reparadores.

- El siglo XX se caracterizó por los avances de la tecnología; medicina y ciencia en general; fin de la esclavitud en los llamados países desarrollados; liberación de la mujer en la mayor parte de los países; también por crisis y despotismos humanos, que causaron efectos tales como las guerras mundiales, el genocidio y el etnocidio, las políticas de exclusión social y la generalización del desempleo y de la pobreza. Como consecuencia, se profundizaron las inequidades en cuanto al desarrollo social, económico y tecnológico y en cuanto a la distribución de la riqueza entre los países, y las grandes diferencias en la calidad de vida de los habitantes de las distintas regiones del mundo. En los últimos años del siglo, especialmente a partir de 1989-1991 con el derrumbe de los regímenes colectivistas de Europa, comenzó el fenómeno llamado globalización o mundialización. El objetivo primordial de la Medicina Basada en la Evidencia es el de que la actividad médica cotidiana se fundamente sobre bases científicas provenientes de estudios de la mejor calidad metodológica, en los que se refleje de forma fidedigna el estado actual de conocimientos. Algunas de las herramientas básicas sobre las que se asienta la metodología de la MBE son la lectura crítica de la literatura médica y la revisión sistemática de la evidencia existente.
- El tema de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, se remonta a mediados del siglo XX (1945), cuando se empiezan a considerar los ritos de la vida, de la muerte y de la salud, a pesar de que desde su origen el hombre ha realizado acciones para mejorar su calidad de vida.

- En 1820 en Escocia, William P. Alison, profesor de jurisprudencia médica en la Universidad de Edimburgo. describió la estrecha relación entre pobreza y enfermedad, que solo fue confirmada posteriormente con las epidemias de Fiebre Recurrente en 1827 y 1828 y del Cólera en 1831 y 1832.
- En 1826 Louis René Villermé escribió su informe sobre la mortalidad de los diferentes sectores del país, demostrando la relación entre pobreza y enfermedad; en 1840 verificó cómo las malas condiciones de vida eran causa prematura de muerte de los trabajadores en las fábricas de algodón, lana y seda, en Francia.
- En 1920 R Virchow habló de la necesidad de organizar la comunidad para educar a los individuos hacia su salud personal y asegurar a cada uno un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud; habló también de la prosperidad y la libertad en el contexto de una democracia completa, por lo cual es considerado el Padre de la Medicina Social. Es aquí donde se definió la necesidad irrenunciable de que los individuos tienen la responsabilidad de cuidar su salud como complemento del compromiso estatal y de la importancia que tiene, para el concepto integral de salud, el componente social, puesto que hasta entonces había prevalecido el biológico; además, fueron apareciendo algunos condicionantes de la salud en términos de prosperidad, libertad y democracia.
- En 1945, Henry Sigerist médico e historiador europeo planteó cuatro grandes temas y tareas para la Medicina moderna, denominando la primera con el término de “Promoción de la Salud” afirmando que: “la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”. Esta visión clásica desde entonces de Sigerist, al igual que la de Virchow, agrega otros condicionantes sociales de la salud, los cuales, 52 años después, en la Declaración de Yakarta en 1997, se definen como los factores determinantes de la salud. Aclaró que, más que depender de la asistencia médica, la salud del pueblo estaba cifrada en el disfrute de dichas condiciones y llamó "promoción de la salud" a la tarea de lograr el acceso de la gente a ellas. La consideró la misión primordial de la medicina. La segunda en importancia debía ser la prevención de la enfermedad; y la curación - restauración y/o rehabilitación - era la última, pues había que recurrir a ella sólo en caso de que la prevención fallara. Abogó porque la promoción fuera realizada por coordinación de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros.
- En 1974, el Ministerio de Salud de Canadá, emitió el clásico “Informe Lalonde”, en el cual apareció la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental que incluía políticas públicas para favorecer el mantenimiento

de la salud, programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; fundamentó su estrategia en el énfasis frente a las acciones que apunten a cambios en el estilo de vida; este aporte es fundamental pues involucra como dijimos la responsabilidad del gobierno en los factores determinantes de la salud; le da incluso una ponderación así: medio ambiente 20%, forma y estilo de vida 50%, biología humana 20% y atención médica solo con 10%.

MODELO EXPLICATIVO DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD, MARC LALONDE 1974



- En 1978 la prevención y la promoción fueron adoptadas como primordiales por delegados gubernamentales de 134 países en reunión auspiciada por la OMS y el UNICEF en la Unión Soviética. En la "Declaración de Alma-Ata" hicieron esta rotunda afirmación: "El pueblo tiene derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud". Para lograr la vigencia de este enunciado formularon una política caracterizada por la consigna "Salud para Todos en el Año 2.000". Como estrategia clave señalaron a la "Atención Primaria en Salud", consistente de la prestación a toda la gente de un conjunto de servicios indispensables para su salud, con intervención activa de la comunidad en su conducción y en la vinculación con otros sectores de la economía.
- En 1979 el Gobierno de los Estados Unidos de América, por conducto de su Director General de Salud, adoptó a su vez la política de "promoción de la

salud", principalmente por mejoramiento de los estilos de vida, y la de "prevención de enfermedades", especialmente por protección contra amenazas del medio ambiente.

- En 1986 esa transformación conceptual alcanzó su culminación en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada en Canadá por la Organización Mundial de la Salud con asistencia de 112 delegados de 38 países. Esta conferencia resumió el producto de sus deliberaciones en el documento "Carta de Ottawa" que definió a la promoción de la salud como el proceso "que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Afirmó que esa promoción trasciende la idea de formas de vida sanas para incluir "las condiciones y los requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad". Subrayó la convicción de que la fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Advirtió que poner en vigor la política de promoción de la salud requeriría combinar factores diversos pero complementarios como legislación, medidas fiscales, sistema tributario y cambios de organización; y atribuyó a la comunicación una importancia decisiva para su ejecución.
- La Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud —“Promoción de la salud: hacia una mayor equidad”— celebrada en junio de 2000 en la Ciudad de México, expandió los adelantos logrados en las cuatro conferencias internacionales de promoción de la salud realizadas anteriormente (Ottawa, 1986; Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Yakarta, 1997). Esa conferencia agrupó a 100 países para examinar las lecciones aprendidas desde la primera conferencia celebrada en Ottawa y renovar el compromiso de promover la salud de la población mundial, aumentar la colaboración intersectorial y mejorar la infraestructura de promoción de la salud. Participaron delegaciones ministeriales de la mayor parte de los países de la Región y todos firmaron la “Declaración ministerial de México para la promoción de la salud: de las ideas a la acción”, conocida también como la Declaración de México. Así, los Estados Miembros de la OPS se comprometieron a fortalecer la planificación de actividades de promoción de la salud, asignándoles una alta prioridad en las políticas y los programas locales, regionales, nacionales e internacionales; a desempeñar una función de liderazgo para asegurarse de que todos los sectores gubernamentales y los actores de la sociedad civil participen en la ejecución de actividades de promoción que fortalezcan y amplíen las asociaciones para la salud; a emplear todos los medios disponibles para apoyar la preparación de planes de acción nacionales de promoción de la salud adaptados a las circunstancias de cada país; a establecer o afianzar las

redes nacionales e internacionales de promoción de la salud; a recomendar a los organismos de las Naciones Unidas que consideren el efecto que tienen sus programas de desarrollo para la salud, y a notificar a la Directora General de la Organización Mundial de la Salud el progreso alcanzado en el cumplimiento de las medidas citadas para que ella pueda a su vez informar al respecto a la 107a sesión del Consejo Ejecutivo de la OMS.

- En 1996, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS, y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), iniciaron la implementación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI en la Región de las Américas; AIEPI es una estrategia con los objetivos de reducir la mortalidad y la gravedad de la morbilidad por enfermedades prevalentes en la niñez, en particular en los menores de cinco años. Con el tiempo, ha cobrado especial relevancia el enfoque preventivo promocional, y han sido incorporados componentes prioritarios como: salud neonatal, estímulo del desarrollo infantil, evaluación del maltrato infantil, entre otros, que han fortalecido el tercer objetivo, cual es el de lograr mejor calidad de vida de las personas, familias y comunidades.
- La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) es considerada actualmente la estrategia más efectiva para mejorar las condiciones de salud infantil. Igualmente es la estrategia de mayor impacto en la prevención de las muertes evitables de menores de 5 años, debida principalmente a enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales, AIEPI también es considerada como la mejor puerta de entrada para mejorar la cobertura de aplicación de las medidas básicas de prevención de enfermedades y problemas de salud y para promover hábitos más saludables de vida que contribuirán a un mayor bienestar de la población.

4. DESARROLLO

4.1 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se inició revisando las principales definiciones de salud, la historia del concepto particular de enfermedad desde la antigüedad y su evolución hacia lo colectivo y el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Posteriormente se realizó revisión en la bibliografía de los trabajos de investigación que se hubieran realizado sobre el tema de las Hospitalizaciones Evitables o ACSC. Se realizó el cronograma de trabajo con la recolección de los registros en la base de datos de la institución; para disminuir sesgos, se definió trabajar con la totalidad de los pacientes hospitalizados en el año 2005, independiente del tipo de afiliación a la seguridad social y de las diferentes variables socioeconómicas y/o demográficas que luego puedan servir para amplias y complementar el presente estudio.

El estudio está circunscrito a la información de una IPS, de Nivel de Atención de mediana complejidad, en la ciudad de Palmira en el Valle del Cauca, que atiende diferentes Empresas Promotoras de Salud EPS, principalmente del régimen contributivo y en mínima cantidad del régimen subsidiado, algunos pocos pacientes particulares, y muy pocos pacientes de Planes Complementarios de Salud y de medicina prepagada, de Accidentes de tránsito SOAT, de Accidentes de trabajo ATEP, de entidades adaptadas, entre otros.

En el estudio se evaluó la totalidad de los eventos y de los usuarios que se hospitalizaron en el periodo de 1° de enero al 31 de diciembre de 2005 y que ingresaron principalmente del servicio de urgencias; en el estudio se hace referencia al termino evento, es decir a la hospitalización en sí misma y no al paciente, puesto que un mismo paciente pudo haber sido hospitalizado en una o varias ocasiones y por el mismo o por diferentes diagnósticos, no se valora este aspecto, ni el tiempo de duración de la hospitalización, solo se evaluó el diagnóstico principal de la causa de hospitalización y no los secundarios, ni la complejidad de la hospitalización; solo se tienen en cuenta los pacientes que estuvieron hospitalizados al interior de la institución.

Para obtener los códigos diagnósticos considerados como de Evitabilidad Hospitalaria, o ACSC, se utilizaron los listados validados internacionalmente, escogidos según la metodología Delphi y el de los códigos de diagnósticos susceptibles de considerarse como Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles o Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC).

La tabla definida con los códigos diagnósticos según CIE - 10. CM, resultante de la homologación con la CIE- 9 CM, según la revisión de la literatura principalmente la española, correspondió a una agrupación de 1041 códigos. Definidos por el autor de un total de 12.422 códigos en la misma CIE 10-. CM.

La muestra se tomó de la Base de Datos total de las hospitalizaciones en una clínica de nivel II de atención, en la ciudad de Palmira Valle del Cauca, durante el periodo del 1° de enero al 31 de diciembre del año 2005, realizando la caracterización y el cruce de los diagnósticos de salida o Egreso con los Códigos Diagnósticos establecidos como prevenibles o evitables desde la hospitalización y así como la caracterización de los eventos.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de todas las altas o salidas, independientemente del estado al salir, es decir no teniendo en cuenta si el paciente salió vivo o muerto, sano o remitido a una institución de un nivel de mayor complejidad o a un programa especial como Home Care u hospitalización en casa, visita domiciliaria, etc.

Teniendo la base de datos depurada, se realizaron los diferentes cruce de datos en tablas dinámicas en Excell; entre los diagnósticos relacionados como prevenibles frente a la base de datos de las altas hospitalarias definidas a partir del diagnostico de egreso, lo que permitió establecer los resultados definitivos.

Para el análisis se debe tener presente que los menores o iguales de un año de edad se registraron como igual de 1 año, el resto de edades si se registran según los años cumplidos; no se tiene en cuenta variables como estrato socio económico, escolaridad, tipo de vivienda, distancia de un centro médico, nivel de ingresos, etc., datos que contemplan algunos estudios internacionales, puesto que no se tenía la información actualizada de los usuarios o pacientes, solo la procedencia rural o municipal.

Con el resultado completo de la caracterización de los eventos hospitalizados prevenibles, se realiza la priorización de los principales diagnósticos o grupos de diagnósticos y todos los cruces de información posibles.

Con el resultado de los principales diagnósticos encontrados que representan las Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles, se plantean las diversas causas que las originan, el problema principal y las principales consecuencias encontradas.

La información se toma según la base de datos depurada, según la descripción que se realiza en la Tabla 28.

TABLA 28. Base de Datos de Pacientes Hospitalizados

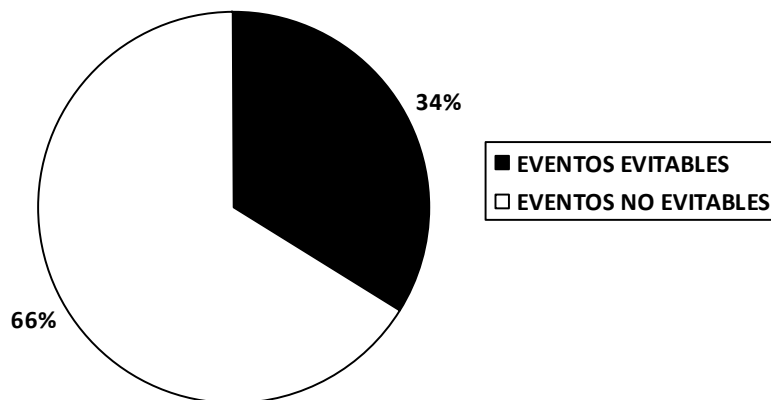
BASE DE DATOS	
Nombre	Significado
Prefijo	Numero interno
no_file	Numero interno
Código	Numero interno
no_pacient	Numero de paciente asignado
cod_empre	Código de empresa
Edad	Edad del paciente
Sexo	Género
f_ingreso	Fecha de ingreso
Empresa	Aseguradora
tipo_atenc	Tipo de atención en este caso hospitalizado
cod_muni	Municipio de origen
municipio	Nombre de municipio de origen
cod_barr	Código de barrio
barrio_ver	Nombre de barrio
Zona	Zona de la ciudad
tipo_clas	Tipo
f_factura	Fecha de factura
cod_999	Código según CIE 10
dx_salida	Diagnóstico de salida
nombre_dx	Nombre diagnostico
cod_cost	Centro de costos en la entidad
nom_costo	Nombre centro de costos
cod_prof	Código de profesión
profesion	Nombre de profesión
nom_afi	Numero de afiliación
emp_lab	Empresa
descripcio	Descripción
Cantidad	Cantidad de registros
vlr_unita	Valor unitario
catencion	Centro de atención en este caso hospitalización
dx_prev	Diagnóstico ingreso
dx_poste	Diagnóstico posterior
valor_fact	Valor facturado

Fuente: IPS Sistema de Información

4.2. ANÁLISIS

4.2.1. Distribución Evitabilidad. Del total de eventos que se estudiaron, es decir de 2609 egresos hospitalarios registrados durante el año 2005, que cumplieron los criterios de inclusión en el estudio; se encontraron 885 eventos correspondientes a Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles, lo que determina un indicador del 33.92% de evitables (objeto del estudio) y el 66.08% restante es considerado como evento no evitable o esperado, grafica 6.

GRÁFICA 6. Distribución Porcentual Eventos Evitables y No Evitables



Fuente: El Autor

4.2.2. Distribución Por Grupos Diagnósticos. Se encuentra que de 885 eventos clasificados como evitables, el **30%** corresponde a Infección Respiratoria Aguda con 266 casos; el **18%** a Enfermedad Diarreica Aguda con 156 casos; y el 15% a complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio con 134 casos, el 14% a infección de vías urinarias con 120 casos, tabla 29.

TABLA 29. Distribución de los Casos de Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles

PATOLOGIAS	Eventos	% Casos
IRA	266	30
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	120	14
INFECCIONES EN PIEL	112	13
EDA	156	18
COMPLICACIONES DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	134	15
COMPLICACIONES DE DIABETES	45	5
CARDIOVASCULAR	37	4
COMPLICACIONES DE COLITIS Y APENDICITIS	10	1
PALUDISMO	2	0
TOSFERINA	3	0
Totales	885	100

Fuente: El Autor

4.2.3 Costos de Hospitalizaciones. En cuanto al valor o costo correspondiente a los eventos evitable, encontramos que el **31.53%** corresponde a IRA por un valor de \$ 105.804.255; el **15.69%** corresponde a Infección de Vías Urinarias por un valor de \$52.672.052; Infecciones en Piel con el 15.65% por un valor de \$52.530.172; y EDA con el **13.22%** por un valor de \$44.373.088, tabla 30.

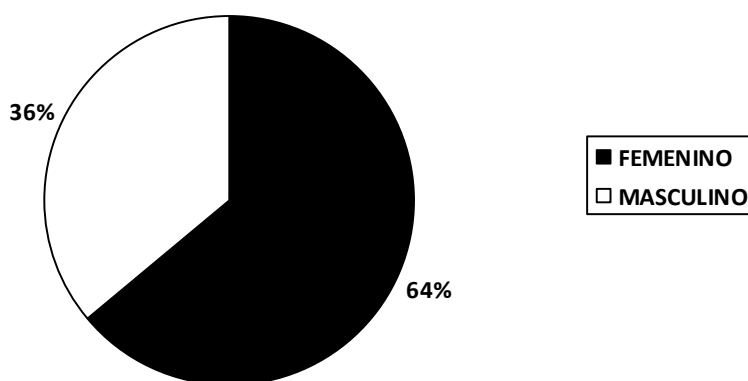
TABLA 30. Costos de las Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles

PATOLOGIAS AGRUPADAS	Costo	% costos
IRA	\$ 105.804.255	31,53
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	\$ 52.672.052	15,69
INFECCIONES EN PIEL	\$ 52.530.172	15,65
EDA	\$ 44.373.088	13,22
COMPLICACIONES DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO	\$ 34.737.353	10,35
COMPLICACIONES DE DIABETES	\$ 22.226.696	6,62
CARDIOVASCULAR	\$ 16.354.078	4,87
COMPLICACIONES DE COLITIS Y APENDICITIS	\$ 4.399.697	1,31
PALUDISMO	\$ 1.317.744	0,39
TOSFERINA	\$ 1.197.580	0,36
Totales	\$ 335.612.715	100,00

Fuente: El Autor

4.2.4 Distribución Por Género. Encontramos que 584 eventos, que corresponde al 36% son relacionados con el género masculino y el **64%** restante al género femenino, grafica 7.

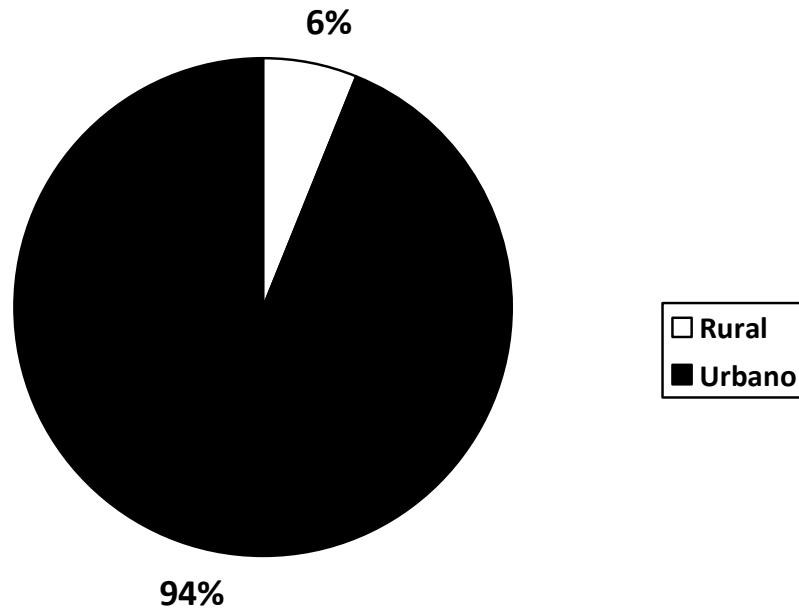
GRÁFICA 7. Distribución por Género



Fuente: El Autor

4.2.5 Distribución por Procedencia. En cuanto a procedencia el **94%** de los registros son de la zona urbana y el **6%** corresponde a eventos con origen rural, grafica 8.

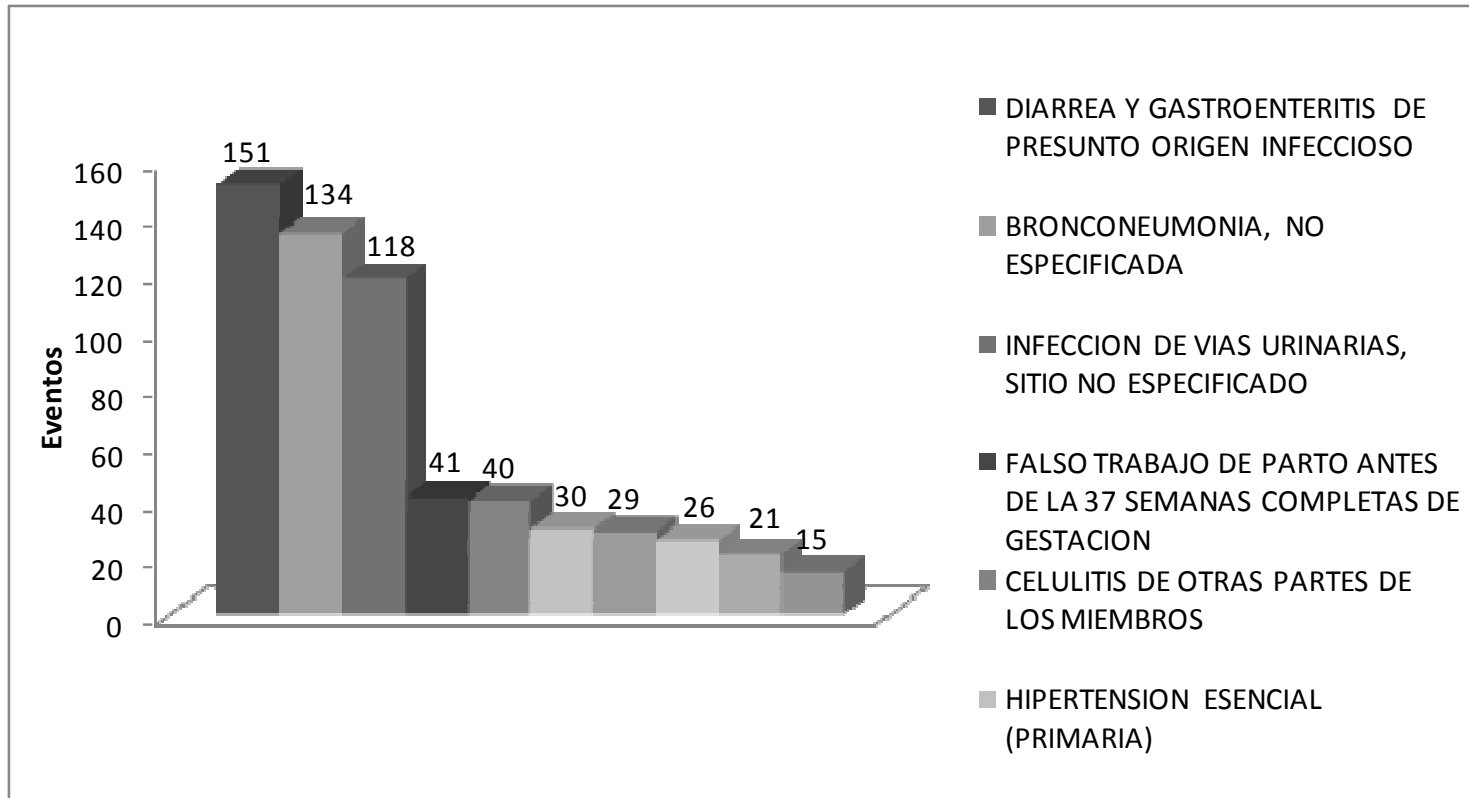
GRÁFICA 8. Distribución por procedencia



Fuente: El Autor

4.2.6 Distribución Por Códigos Diagnósticos. En cuanto a la distribución de las diez primeras causas de hospitalizaciones evitables clasificados por códigos de diagnóstico son: por diarrea 151 eventos, 134 eventos por bronconeumonía, 118 eventos por infección de vías urinarias, etc. Grafica 9.

GRÁFICA 9. Diez Primeras Causas de Hospitalización Evitable por Código Dx



Fuente: El Autor

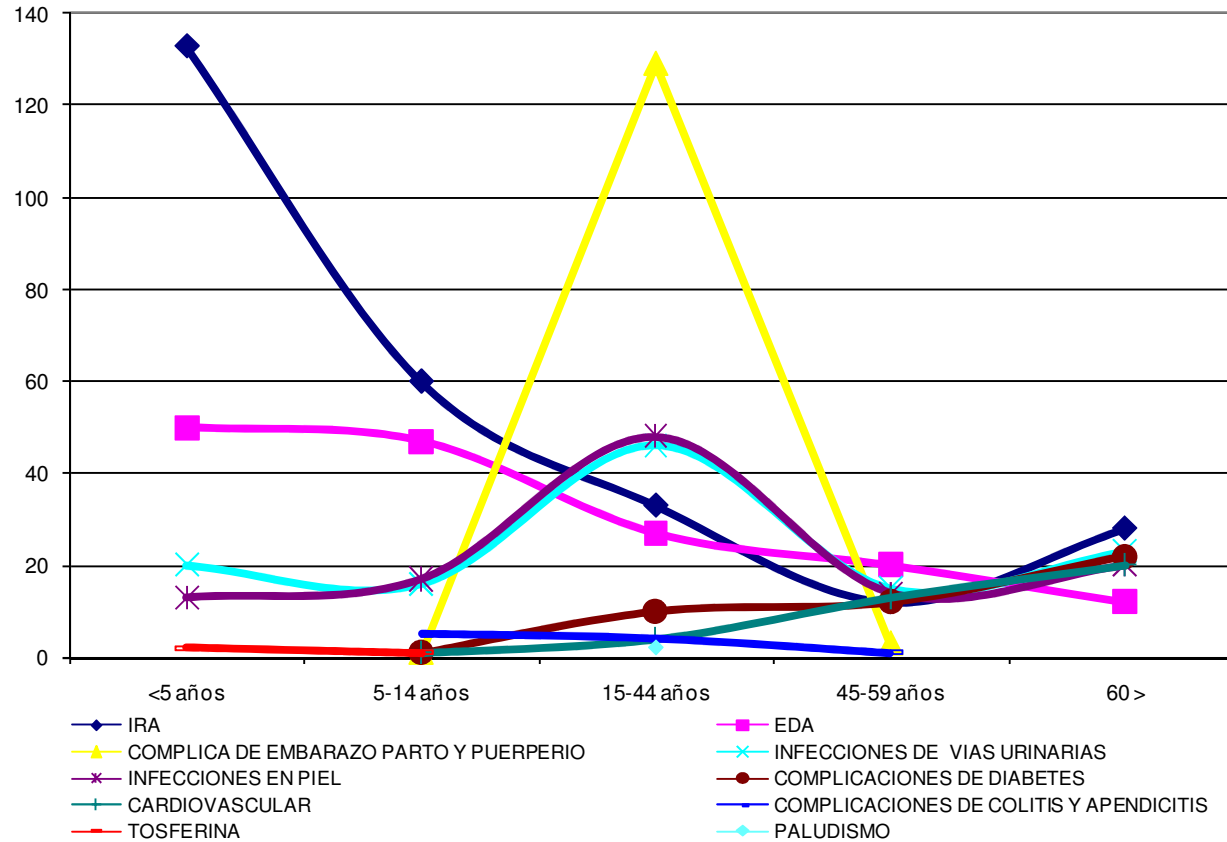
4.2.7 Distribución Por Grupos Etéreos Y Patologías. Según la distribución por grupo etéreos cruzado con grupo de patologías, se evidenció que en IRA, las edades predominantes son: en menores de 5 años, seguido de 5 a 14 años; en EDA igualmente menores de 5 años, seguido de 5 a 14 años; en las Complicaciones de Embarazo, Parto y Puerperio, obviamente la edad de predominio está en el rango de edades de 15 a 44 años; las Infecciones Urinarias se presentan predominantemente en el rango de 15 a 44 años; igualmente para Infecciones de Piel; para las Complicaciones de la Diabetes y también en el grupo Cardiovascular, se presentan predominantemente en mayor o igual a 60 años; las Complicaciones de la Colitis y de la Apendicitis se presenta de 5 a 14 años; la tosferina se presentó con mayor predominio en el rango de menores de 5 años; y finalmente el paludismo se presentó en el rango de 15 a 44 años de edad.

TABLA 31. Distribución por Grupos Etéreos y Grupo de Patologías

Grupo de Patología	Rango por Edad					Total
	<5 años	5-14 años	15-44 años	45-59 años	60 >	
IRA	133	60	33	12	28	266
EDA	50	47	27	20	12	156
COMPLICACIONES DE EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO		1	129	3		134
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	20	16	46	15	23	120
INFECCIONES EN PIEL	13	17	48	14	20	112
COMPLICACIONES DE DIABETES		1	10	12	22	45
CARDIOVASCULAR		1	4	13	20	37
COMPLICACIONES DE COLITIS Y APENDICITIS		5	4	1		10
TOSFERINA	2	1				3
PALUDISMO			2			2
Total General	218	149	303	90	125	885

Fuente: El Autor

GRÁFICA 10. Distribución por Grupos Etáreos y Grupo de Patologías



Fuente: El Autor

Según el cruce entre Grupos Etáreos vs. Género, se encuentra que del total de eventos el 34.23% con 303 eventos, se presentaron en el rango de los 15 a 44 años, luego los menores de 5 años con un 24.63% es decir con 218 eventos; sin embargo si solo sumamos todos los menores o igual de 14 años nos da un 41.46% con 367 eventos.

TABLA 32. Distribución por Grupos Etáreos y Género

Grupo Etáreo	Hombres		Mujeres		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<5 años	99	30.84	119	21.09	218	24.63
5-14 años	78	24.29	71	12.58	149	16.83
15-44 años	50	15.57	253	44.85	303	34.23
45-59 años	26	8.09	64	11.34	90	10.16
60 =>	68	21.18	57	10.10	125	14.12
Total	321	100	564	100	885	100

Fuente: El Autor

En cuanto a la distribución cruzada entre grupo etáreo y género, se evidencia que el grupo de mujeres de 15 a 44 años representa un tipo especial de riesgo por las patología que se puedan presentar asociadas al embarazo, si este grupo de patología asociadas al embarazo, parto y puerperio se excluyen de este análisis, automáticamente demuestra que el grupo de mayor riesgo de presentar eventos asociados a Hospitalizaciones evitables corresponde a menores de 14 años y principalmente a los menores de 5 años con mayor incidencia en hombres.

Según la presentación de los eventos año por año, contando los menores o igual de un año como No 1; para los treinta primeros eventos; encontramos que los 7 primeros puestos corresponden a menor o igual de 7 años de edad con 295 eventos que corresponde al 33.33%; seguido por los pacientes de 24 años y de 26 años con el 2.26% cada uno.

TABLA 33. Treinta Primeros Eventos Según la Edad

ORDEN	EDAD/ años	EVENTOS	%
1	1	80	9,04
2	2	61	6,89
3	4	40	4,52
4	3	37	4,18
5	6	27	3,05
6	7	26	2,94
7	5	24	2,71
8	24	20	2,26
9	26	20	2,26
10	11	17	1,92
11	28	17	1,92
12	10	16	1,81
13	29	16	1,81
14	72	15	1,69
15	8	13	1,47
16	9	13	1,47
17	40	13	1,47
18	47	13	1,47
19	19	12	1,36
20	33	12	1,36
21	31	11	1,24
22	32	11	1,24
23	34	11	1,24
24	37	11	1,24
25	44	11	1,24
26	21	10	1,13
27	25	10	1,13
28	43	10	1,13
29	51	10	1,13
30	58	10	1,13
TOTAL		597	67,46

Fuente: El Autor

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Después de haber realizado el análisis de todos los datos obtenidos, se encontró que, mensualmente 74 eventos hubieran podido haberse intervenido o evitado equivalente a 2.5 eventos diarios, desde las acciones de la Atención Primaria en Salud, con el fin de evitar complicaciones graves y el consecuente deterioro de la calidad de vida. Igualmente brinda la oportunidad de evaluar la cadena de prestación de los servicios en los programas ambulatorios, no las consultas medicas en consulta externa ni en urgencias, sino la Hospitalización como evento.

Del total de evitables, 266 eventos que corresponde al **30%** del total de eventos, se presentaron por IRA, es decir Infección Respiratoria Aguda, con un costo de \$105.804.255 lo que equivale al **31.53%** del total de costos; 120 eventos, es decir el 14% del total de eventos, corresponde a infecciones de vías urinarias, con un costo de \$52.672.052 lo que equivale al 15.69% del total de costos; 112 eventos con un 13% del total de eventos, corresponde a Infecciones en Piel; con un costo de \$52.530.172 lo que equivale al 15.65% del total de costos; 156 eventos con un **18%** del total de eventos, corresponde a EDA Enfermedad Diarreica Aguda; con un costo de \$44.373.088 lo que equivale al **13.22%** del total de costos; 134 eventos con un 15% del total de eventos, corresponde a complicaciones de embarazo, parto y puerperio; con un costo de \$34.737.353 lo que equivale al 10.35% del total de costos; 45 eventos con un 5% del total de eventos, corresponde a complicaciones de diabetes mellitus; con un costo de \$22.226.696 lo que equivale al 6.62% del total de costos; 37 eventos con un 4% del total de eventos, corresponde a complicaciones cardiovasculares; con un costo de \$16.354.078 lo que equivale al 4.87% del total de costos; 10 eventos con un 1% del total de eventos, corresponde a complicaciones de colitis y apendicitis con un costo de \$4.399.697 lo que equivale al 1.31% del total de costos.

Según los resultados, se determinó que para este estudio, el 33.92% del total de las altas hospitalarias se pueden considerar como ACSC **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles** y que a su vez corresponde al 32% del dinero gastado en la totalidad de las hospitalizaciones en esa institución.

Las hospitalizaciones evitables fueron más frecuentes en mujeres con un 64% frente al 36% de hombres, Ver Gráfica Distribución por género, pero ya dijimos que ameritaba hacer un análisis diferencial excluyendo los riesgos de presentarse patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

La distribución de la zona de vivienda o procedencia, para esta población corresponde a 94% urbana y 6% rural, Ver Grafica Distribución por procedencia.

Teniendo un promedio de edad para todos los eventos de **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles** de 29 años de edad y una mediana de 26 años de edad. Con una estancia en promedio de 2.46 días por cada evento y con un costo promedio por evento evitable de \$ 379.223.

Del total de los eventos; 80 eventos que corresponden al 9.04% de todas las **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles**, se presentaron en <=de 1 año de edad; 242 eventos, que corresponden al 24.63% de todas las **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles**, se presentaron en <= de 5 años de edad; 295 eventos, que corresponden al 33.33% de todas las **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles**, se presentaron en <=7 años, ocupando los 7 primeros puestos; esto quiere decir que de cada 3 eventos generales en menores de 7 años de edad, uno correspondió a evitable.

Solo 223 eventos, es decir el 25% de los eventos, costaron \$167.959.123, es decir que corresponde al 50% de todo el valor de las **Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles**, plenamente intervenibles.

--- El 25% de los eventos costaron el 50% del gasto total definido como evitable --
En la Gráfica Diez primeras causas de hospitalizaciones evitables se encuentra que las patologías más prevalentes son EDA con 151 eventos, Bronconeumonía con 134 eventos, Infección Urinaria con 118 eventos, Falso Trabajo de Parto con 41 eventos, Celulitis con 40 casos, HTA con 30 casos, Amenaza de Aborto con 29 eventos, Asma con 26 eventos, Neumonía con 21 eventos y Bronquiolitis con 15 eventos; se debe aclarar que esta clasificación corresponde en su orden a los códigos de diagnósticos y no a grupos de patologías.

Del análisis de las diez primeras causas de hospitalizaciones evitables como diagnósticos por evento y no como grupo de patologías, se encuentra individualmente la EDA Enfermedad Diarreica Aguda, con el 24.96% del total de las diez primeras causas y la Bronconeumonía con el 22.15% y la Infección de vías urinarias con el 19.50%; sin embargo, por grupos de patologías el total de IRA Infección Respiratoria Aguda es del 32.40% y la EDA sigue con el 24.96% del total de las diez primeras causas de hospitalizaciones evitables; es decir sumando el 32.40% de la IRA con el 24.96% de la EDA nos da el **57.36%** como foco prioritario de intervenciones en nivel primario, resultando de alto impacto positivo y de mas bajo costo.

En la Gráfica de distribución por grupos etáreos y grupo de patologías, encontramos que en la IRA, que es el grupo con mayor carga de enfermedad, el grupo de menores de 5 años presenta el mayor numero de eventos evitables seguido de entre 5 a 14 años; en el segundo grupo de EDA, presenta el mismo comportamiento que el anterior; en el tercer grupo, es decir en complicaciones de

embarazo, se encuentra el mayor número de eventos entre los 15 a 44 años como es de esperarse por lo referente al periodo reproductivo en la mujer; en el cuarto grupo, de infecciones urinarias el mayor número de eventos corresponde a las edades de 15 a 44 años seguido de los mayores de 60 años; presentando el mismo comportamiento las infecciones de piel; en las complicaciones de la diabetes el mayor número de eventos corresponde a los mayores de 60 años, teniendo el mismo comportamiento las complicaciones cardiovasculares.

Es importante anotar los grupos de riesgos y especialmente los pacientes menores de edad como de especial interés para definir estrategias de evitabilidad con acciones coherentes y estructuradas en programas específicos de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, de bajo costo y alta efectividad, como la estrategia AIEPI.

Como dato fundamental se concluye que el **48%** de las hospitalizaciones evitables correspondieron a pacientes con **EDA e IRA** con un número de **422** eventos y costaron el **44.75%** con un valor de **\$150.373.343**.

Con toda esta investigación realizada y encontrando que la alta incidencia de EDA e IRA, es decir casi la mitad de todas las Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles, se proponen diferentes acciones desde todos los niveles, desde administrativos, educativos, articulares, etc.; aplicando una herramienta de intervención clínica como la denominada AIEPI, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, tema que será desarrollado a continuación.

6. ESTRATEGIA AIEPI

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de 5 años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad.

Brinda una herramienta de trabajo concreta para fortalecer la integración de los servicios de salud, disparando alarmas en la salud de los menores de 5 años, permitiendo que se establezcan o fortalezcan redes de atención entre servicios, tanto en una misma institución, como entre instituciones de salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud), agentes comunitarios y otros sectores que trabajan con la infancia; significando el enfoque integral del menor incluyendo sus riesgos psicosociales.

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

En el hogar, promueve formas de proceder adecuadas con respecto a la atención de las niñas y niños, así como conocimientos que le permitan a la familia buscar a tiempo asistencia médica por fuera del hogar, administrar correctamente el tratamiento indicado por el servicio de salud, así como también información y habilidades para brindar una mejor nutrición y la aplicación de medidas preventivas.

En los servicios de salud, la estrategia AIEPI promueve el diagnóstico de las enfermedades más frecuentes de la infancia que son vistas en los consultorios para pacientes ambulatorios, consulta externa, garantiza el tratamiento apropiado de todas las enfermedades principales, fortalece los consejos a las personas que se encargan de atender a las niñas y niños, y agiliza la referencia a los servicios de salud, de niños gravemente enfermos.

Está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho.

Maneja el enfoque de equidad puesto que promueve, que el objeto de la misma son las enfermedades o problemas de salud que afectan, fundamentalmente, a las poblaciones más desfavorecidas. Asegura el uso racional de medicamentos y procedimientos diagnósticos, constituyéndose en una herramienta para el ahorro de costos.

6.2. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, tuberculosis, malaria, además de los trastornos nutricionales.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los niños menores de 5 años y la protección del ambiente.

6.3. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI

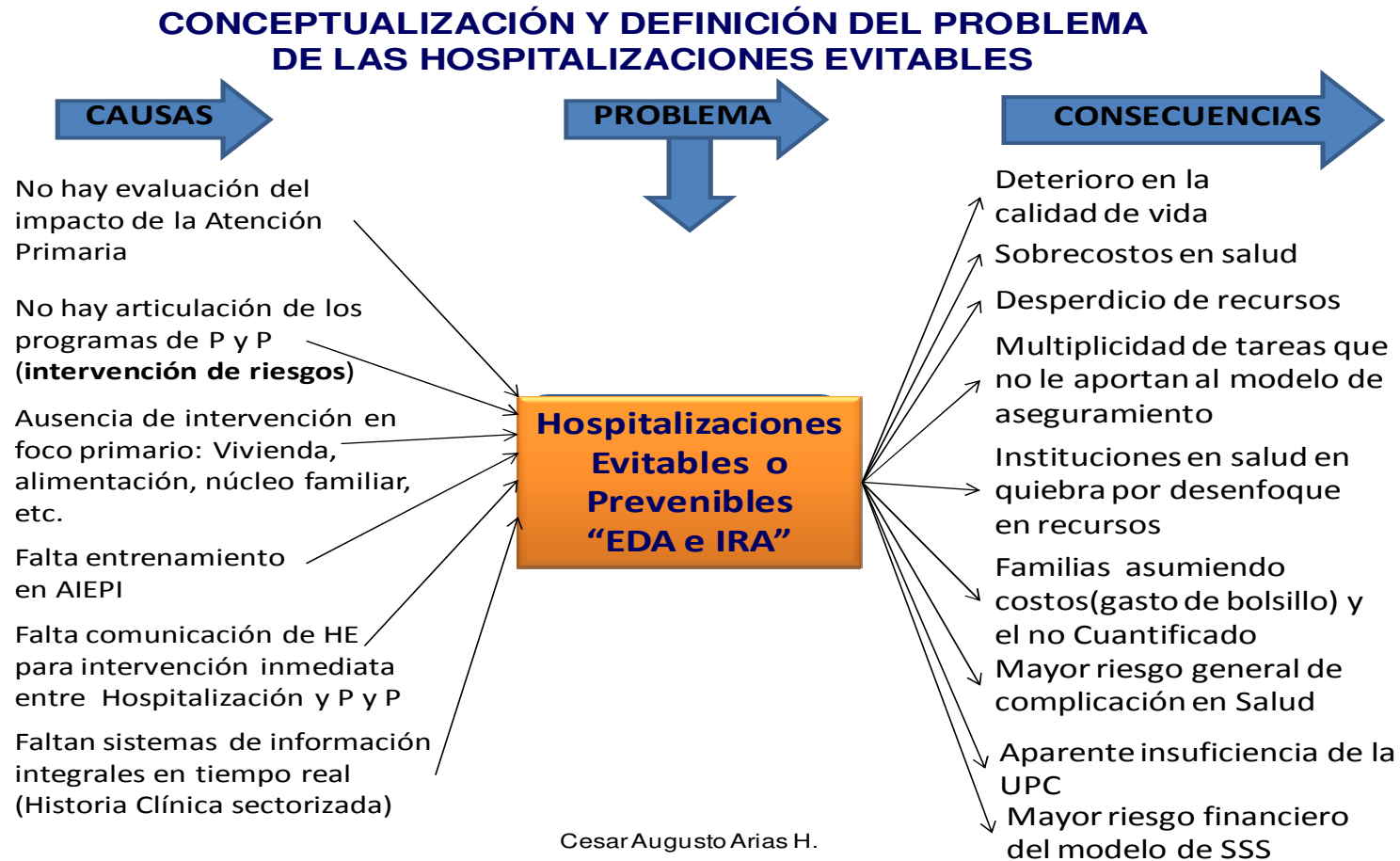
La estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de los siguientes tres componentes:

- El primero consiste en el Mejoramiento del desempeño del Personal de Salud, que incluye la adaptación, la capacitación y el seguimiento posterior para la prevención y control de enfermedades infantiles.
- El segundo, Fortalecimiento de los Servicios de Salud, para apoyar al trabajador de salud en sus tareas permanentes para que ofrezcan una atención de buena calidad.
- El tercero el Mejoramiento de las Prácticas Familiares y Comunitarias que incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, y las acciones en el hogar y la comunidad en beneficio de la salud de los niños.

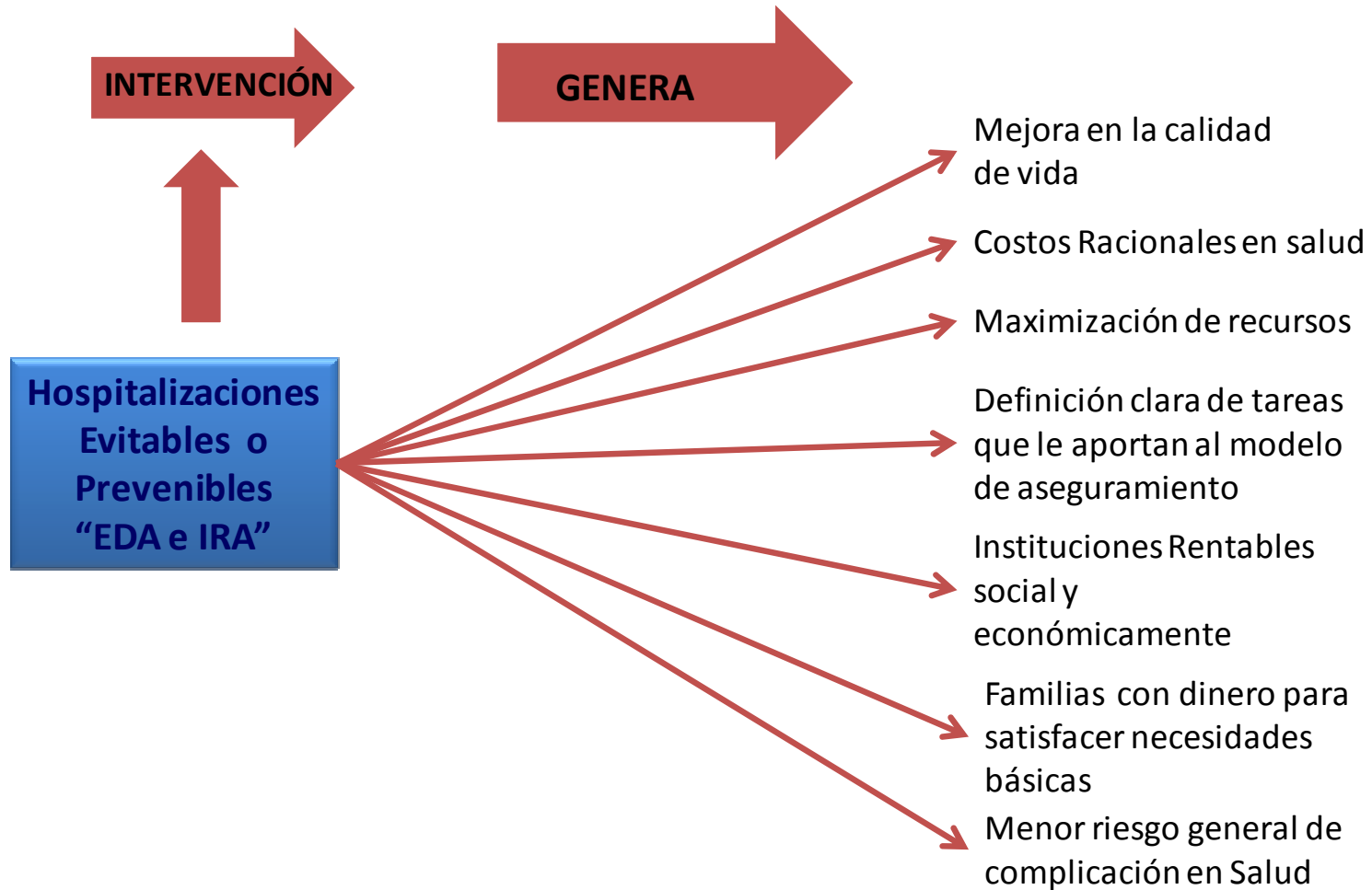
La estrategia beneficia también al niño que acude al control de niño sano, en los dos casos, ya sea que el motivo de la consulta sea por morbilidad o atención del niño sano, se pretende que en primer lugar se busquen activamente signos y síntomas que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos y promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece.

La estrategia AIEPI plantea una secuencia de pasos ordenada que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres o acudientes.

7. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES



CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES



CONCLUSIONES

- El porcentaje total de Hospitalizaciones Evitables fue del 34%, es decir, de 2609 egresos hospitalarios, 885 fueron clasificados como Hospitalizaciones Evitables.
- En la población hospitalaria estudiada se observa que las principales causas de Hospitalizaciones Evitables están distribuidas en IRA y en EDA, con el 48% de todos los casos, afectando principalmente la población menor de 18 años y con mayor incidencia en menores de 14 años.
- Los costos evidenciados de las Hospitalizaciones Evitables en el estudio, fueron de \$ 335.612.715; que corresponden al 34% de las hospitalizaciones, es decir que si tomamos como referente desde el 12% hasta el 16% de los casos como máximo permitido y el 16% como referente a nivel internacional, la diferencia entre el 34% y el 16% corresponde a \$177.677.320 que perfectamente se pudieron haber ahorrado por este concepto y destinarse a otros programas prioritarios

P&G IPS

DESCRIPCIÓN	REAL ACUMULADO	PRESUPUESTO ACUMULADO
INGRESOS	11.392.901.524	10.738.867.000
GASTOS	5.243.935.471	5.098.755.000
COSTOS	6.078.369.443	5.378.190.000
TOTAL	70.596.610	261.922.000

En el P&G de la IPS, se encuentra que frente a una utilidad real neta a diciembre 31 de 2005, reportada por la institución de \$70.596.609,89 frente a la utilidad presupuestada de \$261.922.000,00; este valor de \$177.677.320 de ahorro, le hubiera significado una mejora en la utilidad neta del 152% y un cumplimiento del 98% frente al presupuesto frente al cumplimiento real del 27%

- Como causas en las Hospitalizaciones Evitables en esta población Hospitalarias, se encuentra que hace falta una adecuada articulación del servicio hospitalario con los programas preventivos e igualmente de la consulta externa o ambulatoria con los mismos programas de P y P; en cuanto a la retroalimentación de los casos hospitalizados, en forma inmediata para la

intervención de riesgos en Salud en la población ambulatoria y la consolidación de los programas de consulta externa realizando estrategias efectivas de intervención de riesgos con un enfoque preventivo, como por ejemplo la estrategia AIEPI, asegurando el modelo moderador de riesgos lo que genera automáticamente un impacto positivo en la salud y calidad de vida de la población en general al intervenir, para eliminar o mitigar el riesgo de enfermar y en este caso el riesgo de hospitalizarse por causas netamente evitables; esta información de riesgos debe ser llevada a otros sectores de la economía como vivienda, educación, medio ambiente, cultura, etc., para intervenir los riesgos desde el foco primario, “la familia” lo que generaría acciones preventivas multisectoriales de menor costo social y de mayor impacto en la calidad de vida a toda la comunidad.

- Al tener una intervención efectiva en los riesgos de enfermar e incluso de morir, automáticamente mejoramos la calidad de vida de la población en general, evitamos los sobrecostos en las familias al tener que asumir costos directos (copagos, cuotas moderadoras, medicamentos No Pos, etc.) e indirectos (alimentación, licencias laborales por acompañamiento, transportes, etc.) de las hospitalizaciones; evitamos multiplicidad de tareas de todos los actores del SGSSS y cada uno logra mayor eficiencia en sus procesos y a su vez el sistema logra mayor efectividad a través del enfoque del modelo moderador o interventor de riesgos, igualmente se gana mayor aceptación y satisfacción del modelo de aseguramiento en la población Colombiana .
- Se propone una estrategia global de intervención en salud a través del diseño de un modelo de capacitación, entrenamiento y evaluación continuo en la detección e intervención de las patologías descritas dentro del estudio de Hospitalizaciones Evitables, con un enfoque integrador de acciones en la intervención primaria, secundaria y terciaria.
 - La revisión y resultados del presente estudio de Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles es exclusiva de la población revisada, los estudios que se realicen deben de homologarse o se deben definir unas variables propias, con el fin de evitar sesgos que invaliden los resultados.
 - En la literatura revisada a nivel internacional, se encontró que existen diferentes resultados en el indicador de eventos evitables como porcentaje, según el país, grupos poblacionales, acceso a servicios de salud, etc., por lo tanto se debe buscar la uniformidad en los códigos diagnósticos de Hospitalizaciones Evitables o Prevenibles, con el fin de establecer para Colombia un estándar de Códigos diagnósticos que se definan como evitables o prevenibles.

- Con el fin de priorizar acciones de tipo preventivo además de establecer programas según los resultados y maximizar los recursos, se debe valorar la Gravedad vs. la Frecuencia de las diferentes patologías o grupos de patologías, al igual que se debe validar la investigación individual, con la revisión de casos de forma puntual, obteniendo mayor información y mayor oportunidad, enriqueciendo el estudio con fines preventivos.
- El análisis de los resultados debe realizarse por niveles de atención, es decir tratando de homologar poblaciones, delimitando el sujeto, según: ARS, EPS, IPS, Municipios, Departamentos, Regiones, etc.
- Al intervenir las causas para realizar mejoras y direccionar recursos hacia la evitabilidad, se fortalece el enfoque en levantamiento y/o mejoramiento de protocolos, de los programas de P y P, en las políticas de Salud Públicas, APS, con el fin de intervenir las tendencias epidemiológicas.
- Se debe hacer énfasis en acciones de tipo preventivo y educativo desde lo básico como las medidas de higiene como lavado de manos, lavado de frutas, verduras, vegetales; énfasis en la disponibilidad de agua potable, sistema de alcantarillado y eliminación adecuada de excretas, vacunación masiva, alimentación saludable rica en nutrientes y vitaminas, buena higiene bucal; hasta acciones directamente ligadas a la prestación de servicios de salud desde el punto de vista asistencial como la implantación y seguimiento de la estrategia propuesta.
- Igualmente se debe mejorar el manejo integral de la historia clínica en la misma IPS estudiada que presta los servicios de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, consulta externa, urgencias y hospitalización para una población cautiva como lo es la capitada para el régimen contributivo en los niveles de atención I, II y III.

BIBLIOGRAFÍA

Anuario estadístico de Palmira 2008, Alcaldía Municipal de Palmira, Cámara de Comercio de Palmira y Fundación Progreseemos.

Can hospitalizations be avoided by having a regular source of care ? Gill JM. Fam Med 1997;29:166–71.

Características de la hospitalización evitable en España José Luis Alfonso Sánchez. Joan Sentís Vilalta. Sergio Blasco Perepérez. Isabel Martínez. Med Clin (Barc). 2004;122:653-8.

Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio en Hospitales Generales de México
https://siid.insp.mx/www/proyecto_detalle_v3.asp?id=207-6396 pagina 19 Martha Cecilia Hajar Medina Juan Francisco Molina Rodríguez
Carlos Eduardo Carrillo Ordaz

Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo. Carmen Fuentes Leal. Serapio Severiano Peña. Rev Adm Sanit. 2003;1:657-78.

La Atención Primaria de Salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña J Caminal Homar. B Starfield. E Sánchez Ruiz. E Hermosilla Pérez. M Martín Mateo. Rev Clin Esp. 2001;201:501-7.

La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por Ambulatory care sensitive Conditions. Marco conceptual J Caminal Homar. C Casanova Matutano. Aten Primaria. 2003;31:61-5.

La medición de la carga mundial de morbilidad y de los factores de riesgo, 1990–2001 Alan D. Lopez, Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison y Christopher J. L. Murray.

¿Mejora la calidad con la implantación de centros de salud? Una visión desde la hospitalización evitable José L Alfonso. Vicente Sebastián. María I Martínez. Francisco J Bueno. Bernardo Vila. Rev. Calidad Asistencial. 2004;19:388-95.

Objetivos de Desarrollo del Milenio ONU, 2000, <http://www.un.org/es/>

Perea-Milla. J Ortiz. C Bermúdez-Tamayo. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios S Márquez-Calderón. MM Rodríguez del Águila. E Gac Sanit. 2003;17:360-7.

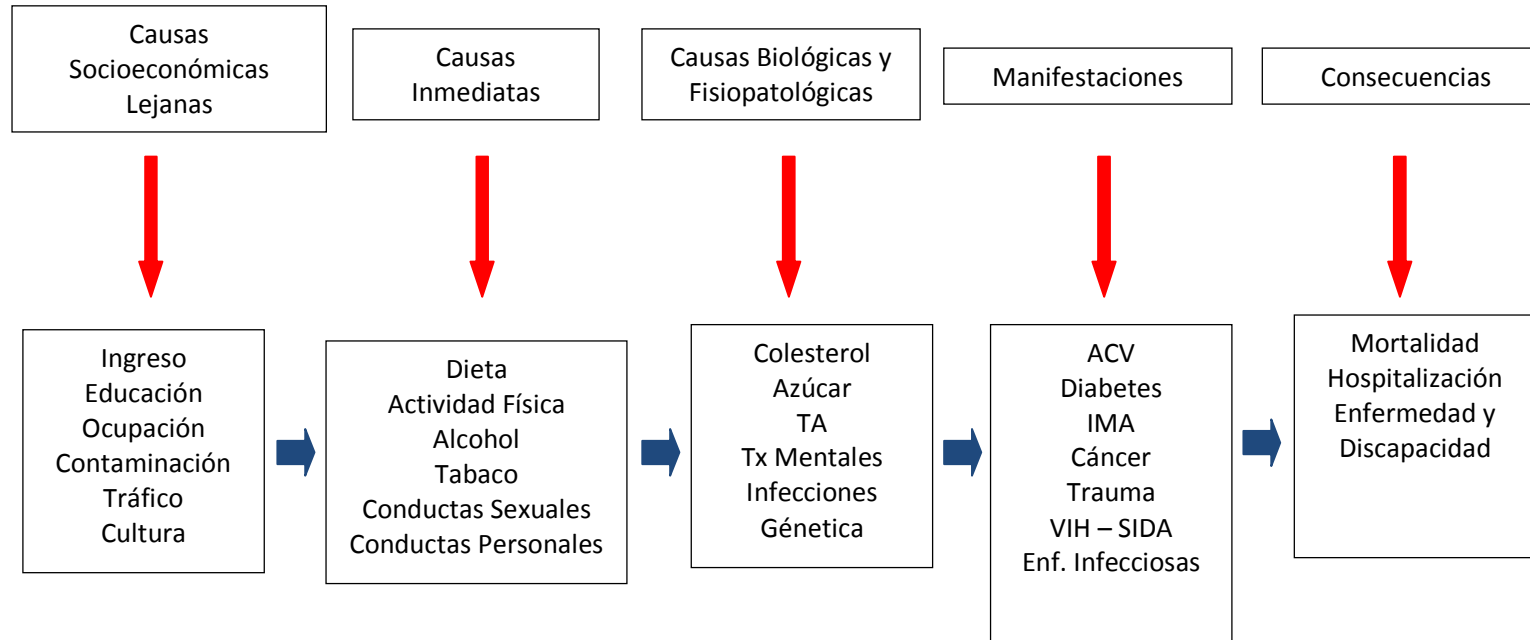
Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups. Pappas, G., Hadden, W.C., Kozak, L.J., & Fisher, G.F. (1997). American Journal of Public Health, 87(5), 811-816.

Preventable hospitalizations and access to health care A. B. Bindman, K. Grumbach, D. Osmond, M. Komaromy, K. Vranizan, N. Lurie, J. Billings and A. Stewart primary Care Research Center, San Francisco General Hospital, CA 94110, USA.

Taller E: Los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): una medida de la capacidad de resolución de la atención primaria España Gac Sanit. 2001;15:53-5.

ANEXOS

Anexo 1 - Multicausalidad de la Enfermedad



En esta gráfica se muestra la cadena de causas de enfermarse, las cuales abarcan determinantes sociales, económicos y culturales, que se traducen en comportamientos o conductas de riesgo, manifestaciones pre sintomáticas o fisiopatológicas hasta el desenlace de los eventos como: enfermedades o patologías con las consecuencias de morbimortalidad, discapacidad, hospitalización o muerte.

Condiciones por las cuales una hospitalización hubiera podido evitarse si el cuidado médico se hubiese producido a tiempo y de manera efectiva.

Según varios autores, los índices de hospitalizaciones evitables, denotan fallas en algún lugar de la cadena de multicausalidad de la Enfermedad como la accesibilidad de la atención médica, en los protocolos de atención del paciente ambulatorio, el seguimiento de los pacientes o falta de adherencia a los tratamientos.

El objetivo de estudiar las Hospitalizaciones Evitables es permitir desarrollar intervenciones para el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios en los niveles primarios.

- En USA en 1990, el 12 % de todas las Hospitalizaciones Evitables se consideraron evitables (no obstétricas)
- En Canadá y USA, están alrededor del 6 al 8 % sin incluir patología obstétrica, neonatal, psiquiátrica y mayores de 65 años.
- Se ha encontrado que las cifras de las Hospitalizaciones Evitables se duplican en la población con menores ingresos socioeconómicos, y/o la población sin ningún tipo de seguridad social.

En un estudio en Singapur y en varios en España, se ha utilizado el desempeño de las Hospitalizaciones Evitables, como un indicador de calidad de la atención primaria, y su comportamiento a través del tiempo.

Anexo 2

APS - Atención Primaria en Salud

La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata**, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los 70. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Alma-Ata**, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue "Salud para Todos en el año 2000".

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria llegó a la declaración el 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad urgente de la toma de acciones por parte de todos los gobiernos, trabajadores de la salud y la comunidad internacional, para proteger y promover el modelo de atención primaria de salud para todos los individuos en el mundo. En ella participaron 134 países y 67 organizaciones internacionales, con la ausencia importante de la República Popular China.



Anexo 3

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Organización de Naciones Unidas ONU, los principales líderes mundiales convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, la hambruna, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer. Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman "Objetivos de Desarrollo del Milenio".

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometen a la comunidad internacional a una visión expandida de desarrollo, una que vigorosamente promueven el desarrollo humano como la clave para sostener el progreso tanto social como económico en todos los países, y reconocen la importancia de crear una asociación mundial para el desarrollo.

El alcance de los ODM para el 2015 requerirá que todos nos enfoquemos más en los resultados del desarrollo y menos en los esfuerzos que este requiere, que midamos de manera efectiva el progreso hacia el logro de los ODM y que nos comprometamos mas con nuestros asociados para ayudar a los gobiernos a mejorar el desarrollo humano. La asociación global para el desarrollo, a la que se refiere el objetivo número 8 será central en el alcance de los demás objetivos. Para el Banco Mundial, los ODM presentan tanto oportunidades como retos - alcanzar un nivel mayor de efectividad operacional y mejorar la entrega de productos y servicios de calidad a nuestros clientes.

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos en la Declaración del Milenio, comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente. El octavo objetivo, reafirmado en Monterrey y Johannesburgo, insta a los países ricos a adoptar medidas para aliviar la deuda, incrementar la asistencia y permitir a los países más pobres el acceso a sus mercados y tecnología. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas. Los países en desarrollo tienen la responsabilidad de emprender reformas políticas y fortalecer la gobernabilidad para liberar la energía creativa de sus pueblos.

Sin embargo, no pueden lograr por sí solos el cumplimiento de los Objetivos, sin nuevos compromisos de asistencia, normas de intercambio equitativas y el alivio de la deuda. Los Objetivos ofrecen al mundo los medios que permiten acelerar el ritmo del desarrollo y medir los resultados.

DEFINICIONES DE LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO

Definiciones de los objetivos de desarrollo del milenio

1. POBREZA EXTREMA Y HAMBRUNA

Población con ingresos menores de US\$1 diario

Es el porcentaje de la población que vive con menos de US\$1.08 diario, precios internacionales del 1993 (equivalente a US\$1 en precios de 1985, ajustado por la paridad de poder de compra). Las tasas de pobreza son comparables entre países, pero como resultado de una revisión de los tipos de cambio PPP, no pueden ser comparados con las tasas de pobreza reportadas en las ediciones previas para países individuales. (Banco Mundial)

Brecha de Pobreza a US\$1 diario

Es el déficit que existe desde la línea de pobreza (contando a los no pobres con cero déficit), expresado como un porcentaje de la línea de pobreza. Esta medida refleja tanto la profundidad de la pobreza como su incidencia. (Banco Mundial)

Porcentaje de ingreso y consumo perteneciente al 20% más pobre

Es la proporción acumulada en el quintil más bajo de la población (Banco Mundial)

Prevalencia de la malnutrición infantil

Es el porcentaje de niños menores de 5 años de edad cuyo peso por edad es menor que menos dos de la desviación estándar de la mediana para la referencia de población internacional de edades 0 a 59 meses. La referencia de población adoptada por la OMS en 1983, está basada en niños de los Estados Unidos, que se asume están bien alimentados. (Organización Mundial de la Salud).

2. EDUCACIÓN

Razón neta de inscripciones en la escuela primaria

Es la razón entre el número de niños de edad escolar oficial (como la define el sistema de educación nacional) que se encuentran inscritos en la escuela y los que no lo están. La educación primaria provee a los niños con conocimientos de lectura básicos, matemáticas, así como también un entendimiento elemental de

materias como historia, geografía, ciencia natural, ciencia social, arte y música. Basándose en la Clasificación Internacional Estándar de Educación, 1976 (ISCED76). (UNESCO)

Porcentaje de estudiantes perteneciente al mismo grupo de edad que alcanza el grado 5

Es el porcentaje de niños inscritos en la escuela primaria que alcanza efectivamente el grado 5. La estimación se basa sobre la metodología de la UNESCO, mejor conocida como reconstructed cohort.

Tasa de alfabetización juvenil

Es el porcentaje de personas entre 15 y 24 años de edad que pueden leer y escribir una pequeña oración en su vida diaria. (UNESCO)

3. IGUALDAD DE GÉNERO

Razón entre niñas y niños de educación primaria y secundaria

Es el porcentaje de niñas entre niños inscritos en los niveles primario y secundario tanto en escuelas públicas como privadas. (UNESCO).

Razón entre hombres y mujeres alfabetizados

Es el porcentaje de mujeres entre hombres que pueden escribir una pequeña oración de su vida diaria. (UNESCO)

Razón entre mujeres y hombres empleadas en sectores no agrícolas

Es la proporción de mujeres que laboran en sectores no agrícolas (industria y servicio), expresado como porcentaje entre el número total de mujeres empleadas. Industria incluye minería y extracción (incluyendo petróleo), manufactura, construcción, electricidad, gas y agua correspondiente a las divisiones 2-5 (revisión 2 ISIC) o categorías de tabulación C-F (revisión 3 ISIC). Los servicios incluyen comercio tanto al por mayor como al detalle y restaurantes y hoteles; transporte y comunicaciones; financiamiento, seguro, y servicios de negocios; y servicios comunitarios, sociales y personales correspondiente a las divisiones 6-9 (revisión 2 ISIC) o categorías de tabulación G-P (revisión 3 ISIC). (Organización Internacional del Trabajo - OIT)

Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional

Es el porcentaje de puestos ocupados por mujeres en asambleas legislativas

nacionales. El número de puestos se refiere tanto a miembros electos como nombrados. (Naciones Unidas, Base de datos de Indicadores y Estadísticas de Mujeres).

4. MORTALIDAD INFANTIL

Tasa de Mortalidad en menores de 5 años

Es la probabilidad de que un(a) niño recién nacido morirá antes de llegar a cinco años de edad; la probabilidad es expresada como una tasa de cada 1,000. (Estimaciones del Banco Mundial y de UNICEF)

Tasa de mortalidad de infantes

Es el número de infantes que mueren antes de llegar a cumplir los doce meses de vida, de cada 1,000 nacimientos vivos dados en un año. (Estimaciones del Banco Mundial y de UNICEF)

Niños inmunizados contra la sarampión

Es el porcentaje de niños menores de un año que han recibido la vacuna contra la sarampión. Un(a) niño es considerado adecuadamente inmunizado luego de una dosis de vacuna.

5. SALUD MATERNA

Tasa de mortalidad materna

Es el número de mujeres que mueren durante el embarazo o el nacimiento, por cada 100, 000 nacimientos vivos. (Encuestas Demográficas y de Salud, OMS, UNICEF y oficinas nacionales de estadísticas)

Nacimientos atendidos por personal médico capacitado

Es el porcentaje de nacimientos atendidos por personal entrenado para dar la supervisión y el cuidado necesarios, consejos necesarios durante el embarazo, parto y el período post-parto, capacidad de realizar nacimientos por si solos y de cuidar de los recién nacidos. (Organización Mundial de la Salud, OMS) VIH/SIDA.

Prevalencia femenina de VIH

Se refiere al porcentaje de mujeres entre 15 y 24 años de edad que están infectadas con el VIH. (ONUSIDA)

Tasa de prevalencia de anticonceptivos

Es el porcentaje de mujeres que practican cualquier método anticonceptivo. Es usualmente medido para mujeres casadas entre 15 y 49 años. (Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas Nacionales de Medición de Condiciones de Vida)

Número de niños huérfanos a causa del VIH/SIDA

Es el número estimado de niños a final de 1999 que habían perdido su madre o ambos padres al SIDA antes de la edad de 15 años, desde el comienzo de la epidemia. Algunos de los niños huérfano, al ser esta una cifra acumulativa, ya no están vivos y otros ya no son menores de 15 años. (ONUSIDA)

Incidencia de la tuberculosis

Es el número estimado de nuevos casos de tuberculosis (pulmonar y extra-pulmonar).

Tasa de detección DOTS

Es el porcentaje estimados de nuevos casos de infección por tuberculosis evidenciados gracias a tratamientos detectados directamente - tratamiento breve (OMS)

6. MEDIO AMBIENTE

Proporción de la tierra cubierta por bosques

Es porcentaje de la tierra total con árboles ya sean naturales o plantados, productivos o no. (FAO)

Áreas nacionales protegidas

Indica el porcentaje de áreas total o parcialmente protegidas, calculadas sobre el total de la tierra de un país, de al menos las 1,000 hectáreas que son designadas como parques nacionales, monumentos naturales, reservas naturales, paisajes protegidos o reservas científicas con acceso público limitado. El dato no incluye sitios protegidos bajo ley provincial o local. (Centro de Monitoreo de Conservación Mundial)

PIB por unidad de uso de energía

Es el PIB (1995 US\$) por kilogramo de petróleo equivalente de uso de energía comercial. (Agencia Internacional de Energía)

Emisiones CO2 per cápita

Son aquellas emisiones que provienen de la combustión de combustibles fósiles y de la manufactura de cemento. Incluyen contribuciones al CO2 producido durante el consumo de combustibles sólidos, líquidos y en gas. (Centro de Información y Análisis del CO2, División de Ciencias Medioambientales, Laboratorios Nacionales de Oak Ridge National Laboratory, Estado del Tennessee, EE.UU.)

Acceso a una fuente de agua mejorada

Se refiere al porcentaje de población con acceso razonable a una cantidad adecuada de agua de una fuente mejorada, como conexión doméstica, pública, pozo protegido o recolección de lluvia. Fuentes no mejoradas incluyen, camiones y pozos desprotegidos. Acceso razonable se define como la disponibilidad de al menos 20 litros por persona diario de una fuente no mas lejos de un Km. (OMS)

Acceso a servicios de saneamiento mejorados

Se refiere al porcentaje de población con facilidades al menos adecuadas de disposición de excrementos (privada o compartida, pero no pública) que puede efectivamente prevenir el contacto tanto humano como animal con la excreta. Las facilidades mejoradas van desde simple letrinas hasta inodoros. Para ser, efectivas las facilidades deben de estar correctamente construidas y mantenidas.

Los títulos de los ocho objetivos, con sus metas específicas, son:

- **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**
 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre.
 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario.
 - Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

- **Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.**
 - Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.
- **Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.**
 - Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.
- **Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil.**
 - Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.
- **Objetivo 5: Mejorar la salud materna**
 - Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.**
 - Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.
 - Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.
 - Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves
- **Objetivo 7: Garantizar el sustento del medio ambiente.**
 - Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
 - Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
 - Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
 - Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.
- **Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.**
 - Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
 - Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
 - Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en

desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

- Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

El único objetivo que no está marcado por ningún plazo es el octavo, lo que para muchos significa que ya debería estar cumpliéndose.

Anexo 4

Listado de códigos de diagnóstico de ACSC, según la CIE-9-CM

Patología infecciosa prevenible por inmunización u otras: 032;
033, 037, 045, 055, 056, 072, 320.0, 390, 391
Sífilis congénita: 090
Tuberculosis: 011, 012-018
Diabetes: 250.0, 250.1, 250.2, 250.3, 250.7, 250.8, 250.9,
251.0, 251.2, 785.4 + 250.7
Deficiencias nutricionales: 260, 261, 262, 268.0, 268.1
Trastornos del metabolismo hidroelectrolítico: 276.5, 276.8
Anemia ferropénica: 280
Convulsiones: 345, 780.3
Infecciones ORL/infecciones agudas vías respiratorias altas: 382,
461, 462, 463, 465, 472.1, 475
Enfermedad cardiovascular hipertensiva: 401.0, 401.9, 402.00,
402.10, 402.90, 403.0, 404.0, 405.0, 410-414 + (401-405),
430, 431, 436, 437.2 + (401-405)
Insuficiencia cardíaca: 428, 402.01, 402.11, 402.91, 518.4
Neumonía: 481, 482.2, 482.3, 482.9, 483, 485, 486
Enfermedades agudas y crónicas de las vías respiratorias bajas:
466.0, 490, 491, 492, 494, 496
Asma: 493
Úlcera sangrante o perforada: 531.0, 531.2, 531.4, 531.6,
532.0, 532.2, 532.4, 532.6, 533.0, 533.2, 533.4, 533.6
Apendicitis perforada: 540.0, 540.1
Problemas dentales: 521, 522, 523, 525, 528
Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo: 681, 682, 683, 686
Gastroenteritis: 558.9
Infecciones del tracto urinario: 590.0, 590.1, 590.8, 599.0, 599.9
Enfermedad inflamatoria pélvica: 614
Problemas de crecimiento: 783.4

ORL: otorrinolaringológicas.

Anexo 5

CRITERIOS DE INCLUSIÓN HOSPITALIZACIONES EVITABLES -- CIE 10-CM					
Grupo evitable	Desde	Hasta		Desde	Hasta
EDA	A00	A09X	<=A 5 AÑOS	A000	A09X
	K50	K529	<=A 5 AÑOS	K500	K529
OTROS	A15	A159	INDEPENDIENTE EDAD	A150	A159
	A17	A179	INDEPENDIENTE EDAD	A170	A179
	A18	A199	INDEPENDIENTE EDAD	A180	A199
			INDEPENDIENTE EDAD		
	A33	A35X	INDEPENDIENTE EDAD	A33X	A35X
			INDEPENDIENTE EDAD		
			INDEPENDIENTE EDAD		
	A36	A379	INDEPENDIENTE EDAD	A360	A379
			INDEPENDIENTE EDAD		
	A50	A539	INDEPENDIENTE EDAD	A500	A539
			INDEPENDIENTE EDAD		
			INDEPENDIENTE EDAD		
	A80	A809	INDEPENDIENTE EDAD	A800	AA809
	A82	A829	INDEPENDIENTE EDAD	A820	A829
	B90	B91X	INDEPENDIENTE EDAD	B900	B91X
	B05	B069	INDEPENDIENTE EDAD	B050	B069
	B50	B50	INDEPENDIENTE EDAD	B500	B509
	B51	B51	INDEPENDIENTE EDAD	B510	B519
	B52	B52	INDEPENDIENTE EDAD	B520	B529
	B53	B53	INDEPENDIENTE EDAD	B530	B530
	B54	B54	INDEPENDIENTE EDAD	B54X	B54X
MALARIA					
EMBARAZADAS	O02	O089	INDEPENDIENTE EDAD	O020	O089
	O10	O13X	INDEPENDIENTE EDAD	O100	O13X
	O14	O16X	INDEPENDIENTE EDAD	O140	O16X
	O20	O209	INDEPENDIENTE EDAD	O200	O209
	O23	O239	INDEPENDIENTE EDAD	O230	O239
	O24	O249	INDEPENDIENTE EDAD	O240	O249
	O40	O411	INDEPENDIENTE EDAD	O40X	O411
	O42	O429	INDEPENDIENTE EDAD	O420	O429
	O47	O470	INDEPENDIENTE EDAD	O470	O470
	O48X	O60X	INDEPENDIENTE EDAD	O48X	O60X
	O624	O639	INDEPENDIENTE EDAD	O624	O639
	O65	O68	INDEPENDIENTE EDAD	O650	O680
	O72	O754	INDEPENDIENTE EDAD	O720	O754
	O85X	O998	INDEPENDIENTE EDAD	O85X	O998
HIPERTENSION	I10	I159	<= A 70 AÑOS	I10X	I159
	I60	I63	<= A 70 AÑOS	I600	I630
	I674		<= A 70 AÑOS	I674	I674
DIABETES	E10	E160	<= A 70 AÑOS	E100	E160
IRA	J00	J069	>= 3 y <=-5 AÑOS	J00X	J069
	H65	H709	>= 3 y <=-5 AÑOS	H650	H709
NEUMONIA	J10	J40x	>= 3 y <=-5 AÑOS	J100	J40X
EPOC	J44	J449	INDEPENDIENTE EDAD	J440	J449
asma	J45	J46X	INDEPENDIENTE EDAD	J450	J46X
IVU	N39	N390	INDEPENDIENTE EDAD	N390	N390
	N110	N111	INDEPENDIENTE EDAD	N110	N111
	N300	N309	INDEPENDIENTE EDAD	N300	N309
RN	P00	P95X	INDEPENDIENTE EDAD	P000	P95X
apendicitis perforada	K350	K351	INDEPENDIENTE EDAD	K350	K351
	L00	L080	INDEPENDIENTE EDAD	L00X	L080
Piel	A44	A480	INDEPENDIENTE EDAD	A440	A480
VIH	B20	B24X	INDEPENDIENTE EDAD	B200	B24X

Fuente: metodología DELPHI