



ANÁLISIS DEL RIESGO



ANEXO No. 1 ANÁLISIS DEL RIESGO

APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA.

NOVIEMBRE DE 2017

INTRODUCCIÓN

La Constitución Política de Colombia y la Ley 152 de 1994, consagra la planeación en los organismos del Estado y establecen la obligatoriedad de los servidores públicos de someter la contratación pública a los procedimientos de planificación y economía que permitan el adecuado manejo del gasto público, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción de las necesidades públicas.

Conforme a lo dispuesto el artículo 44 por la Ley 715 de 2001, corresponde al Alcalde Municipal y/o Distrital, en su calidad de Representante Legal, adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental y propender por el mejoramiento de las condiciones de salud de sus habitantes mediante la ejecución de planes, programas y proyectos en salud pública en todo su ámbito territorial, entre ellas, la prestación de servicios para el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que en atención a ello la Secretaria de Salud Municipal formulo proyecto para el fortalecimiento al programa de vigilancia en salud publica en la población del municipio de Riohacha.

Que mediante el Decreto 3039 del 2007 se adoptó el Plan Nacional de Salud, el cual es de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias por parte de la Nación, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales en Salud, y los demás órganos públicos y privados del sector. Cuya implementación, según la misma norma está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la expedición de actos administrativos, entre otros mecanismos que faciliten su ejecución.

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el decreto No. 3039 de 2007, adoptó el PLAN NACIONAL DE SALUD PUBLICA, donde determinó las prioridades de salud a nivel Nacional, luego mediante la Resolución 0425 de 2008, se definió la metodología para la elaboración, ejecución, Seguimiento, evaluación y control del Plan de salud territorial y las acciones que integran el Plan de Intervenciones colectivas en salud pública.

El Estado Colombiano según la Resolución 0425 de 2008, incluye en su título IV las acciones de Salud Pública, encaminadas a promover la salud y calidad de vida, la prevención del riesgo y daños en salud de alta vulnerabilidad, que para alcanzar las metas de salud definidas en el PLAN DE SALUD del Distrito de Riohacha, las cuales son complementarias a las acciones de promoción y prevención de los Planes Obligatorios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hace necesario implementar acciones de Vigilancia en Salud Pública.

Que Según el Decreto 3518 de 2006, la Vigilancia en Salud Pública, es el Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia en salud pública

El Distrito de Riohacha presenta deficiencias en la implementación de un APOYO A LAS ACTIVIDADES DE GESTION EN SALUD PÚBLICA DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN EL DISTRITO DE RIOHACHA, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, el cual busque disminuir la variabilidad en el manejo y diagnóstico terapéutico de mujeres gestantes y del recién nacido en las instituciones prestadoras de salud en el distrito de Riohacha.

JUSTIFICACIÓN

En el mundo, cada minuto muere una mujer a consecuencia de una complicación en su proceso reproductivo, que significa 536.000 mujeres por año. La hemorragia obstétrica es la causa principal y el 99,9 % de ellas ocurren en los países en desarrollo, con deficiencias sistemáticas en los sistemas de salud, inequidad, mayor vulnerabilidad hacia la mujer por razones sociales, económicas y de diferencia de género, entre otras. El 85 %-90 % de estas muertes pueden ser evitadas, y la oportunidad de crianza de los hijos nacidos de estas mujeres podría ser mayor, si se tomaran medidas adecuadas y oportunas que contribuyan en el control de “tropiezos” logísticos y técnicos acumulados en el sistema, y que se suman al rápido y progresivo deterioro funcional presente en una situación de hipoperfusión y choque hipovolémico.

Sabemos que, la gestación humana puede estar amenazada por diferentes causas inherentes al proceso reproductivo, o por enfermedades y/o situaciones particulares que se agregan a este proceso. Así, hasta el 40 % de las mujeres pueden presentar problemas asociados a la gestación, el 15 % pueden tener complicaciones graves con secuelas o riesgo de morir, entre las cuales, la hemorragia obstétrica ocurre en 14 millones de mujeres anualmente, y 128.000 mujeres de éstas mueren.

Como resultados de las muertes por efectos adversos y complicaciones médicas letales en los centros hospitalarios, el Instituto de Medicina de Estados Unidos publicó en el 2000, que había un gran porcentaje de muertes por esta razón, estimados entre 44.000 a 98.000 muertes anuales en Estados Unidos. El informe señaló que se detectaban fallas en la educación, el entrenamiento y la toma de decisiones por parte de los profesionales en salud. Además, había un inadecuado manejo de la tecnología y confusos procesos de organización.

Este reporte en diciembre del 2004, se produjo desde institutos de mejoramiento y cuidado en salud del mismo país, que instituyeron la campaña “cultura en seguridad”,. El objetivo de esta iniciativa era prevenir más de 100.000 muertes en 18 meses e involucró a varios hospitales americanos. Se implementaron seis cambios para mejorar la seguridad en salud: evitar errores de medicación, prevenir la muerte producida por infarto agudo de miocardio, la neumonía asociada al respirador, las infecciones de las catéteres venosos centrales y de la herida quirúrgica, y uno novedoso, la creación de sistemas de respuesta rápida. El informe de la campaña, el 14 de junio de 2006, fue el siguiente, “se impidieron 122.300 muertes en más de 3.000 hospitales en Estados Unidos”.

Con estos resultados positivos, empezaron a renacer y a extenderse los códigos de emergencia en el mundo. En Australia, sitio donde se han realizado más estudios que evalúan los distintos grupos, la popularidad alcanzó su cénit; La implementación de los sistemas de respuesta rápida en diferentes ámbitos, se ha estudiado ampliamente en muchos países. Australia, líder en la acogida, investigación y presentación de resultados de los códigos de emergencia, como se anotó anteriormente, se destacó en valorar la actividad de los equipos de respuesta rápida a corto y a largo plazo.

Un modelo de éstos fue el sistema O, creado en Estados Unidos, el cual aparecía en el momento en que se presentaban crisis obstétricas. Entre estas crisis, la hemorragia obstétrica se constituyó siempre en uno de los objetivos. La creación de los códigos de emergencia en respuesta a la hemorragia materna ha tenido una gran aceptación y ha demostrado buenos resultados, con los mismos objetivos de los sistemas de respuesta rápida, nació en Colombia el código rojo en el año 2007.

Por lo tanto, el código rojo es un equipo de salud que surge como respuesta a la hemorragia materna en las unidades obstétricas, y con su activación pretende intervenir rápidamente en esta situación de emergencia y disminuir la mortalidad materna en el país. La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. En Colombia es la segunda y en el departamento de Antioquia, al igual que en el mundo, es la primera. De ahí que fuera Medellín donde se originó la propuesta de un nuevo sistema, llamado código rojo. Fue impulsado en el 2009, por el grupo Nacer, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

En un estudio reciente realizado en Bogotá, en instituciones de II, III y IV nivel de salud, se encontró una falta de conocimiento sobre el código rojo en las unidades obstétricas y se concluyó que había dificultades en la socialización de este código en los hospitales del país. Probablemente, el problema radique en el cuarto componente, de la formación de códigos, que inciden en la

morbimortalidad de las pacientes obstétricas. Revisando la historia de las unidades obstétricas, se reconoce la labor primordial de la enfermera jefe.

Para ello, los códigos de emergencia, o sistemas de respuesta rápida, están integrados por equipos de profesionales de la salud que pretenden detectar e intervenir precozmente en la evolución de los pacientes que presentan inestabilidad hemodinámica. A pesar del desarrollo de los Servicios de Emergencia Sanitaria, con rápida respuesta de soporte vital avanzado, los resultados en supervivencia no son buenos; esto obedece a la baja capacitación en atención de los servicios de salud.

El código rojo nació en Colombia bajo los mismos principios, como una forma de responder de manera rápida, en un ambiente hospitalario, a la prevención y control de las complicaciones producidas por la hemorragia obstétrica, que constituye la segunda causa de mortalidad materna en el país.

La pérdida de sangre inicia una respuesta vasomotora de distribución de volumen, consistente en activación del sistema simpático, liberación de catecolaminas, vasoconstricción periférica y desplazamiento del volumen circulante hacia el centro cardiorrespiratorio, para mantener la perfusión coronaria, del sistema nervioso central y de las glándulas adrenales. Este reflejo dura aproximadamente 20-30 minutos. A partir de entonces, se deprime el sistema simpático y entra a predominar el parasimpático con manifestación de bradicardia con posibilidad de paro, diaforesis profusa, y vaso relajación.

Durante el choque hipovolémico tiende a ocurrir una Coagulación Intravascular Diseminada (CID) progresiva, que se instaura prácticamente en la primera hora de iniciado el sangrado. La hipoxia, la hipotermia por hipo-perfusión, la acidosis y la hemodilución por suministro de líquidos, así como la pérdida de los factores de la coagulación tienden a empeorarla. Por esto, se debe considerar que al cabo de una hora de choque hipovolémico no controlado, la paciente tiene una CID.

Bajo las condiciones del choque hipovolémico en la mujer gestante, anteriormente descritas, se considera que las acciones eficientes como son suspender el sitio de sangrado y recuperar el volumen, deben realizarse en los primeros veinte a treinta minutos de iniciado el choque hipovolémico. El éxito de recuperación de la paciente es superior al 60% si se aplican estos principios, de lo contrario el éxito de salvación cae a menos del 5% al término de la primer hora del choque hipovolémico. Esto se conoce como “la hora de oro”.

La mujer gestante bajo nuestra responsabilidad posee riesgos propios que se reflejan en las condiciones de pobreza que vive Colombia, la inequidad y la ausencia de un sistema de salud favorable y justo, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, los condicionantes étnicos, religiosos y culturales, las dificultades geográficas, así como el bajo nivel educativo y la indiferencia de la sociedad ante las injusticias sociales.

la vigilancia activa durante las primeras dos horas del puerperio por el personal de la salud capacitado; y el trabajo en equipo con permanente disponibilidad para el apoyo y la complementación requerida para cumplir las funciones propuestas por el “Código Rojo”.

Se define como una hemorragia severa la pérdida de todo el volumen sanguíneo en un período de 24 horas o el sangrado que ocurre a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50 % del volumen). En el posparto y teniendo en cuenta las pérdidas que pueden ocurrir habitualmente, se define como hemorragia posparto una pérdida estimada de 1000 ml o más o una pérdida menor asociada con signos de choque (Nivel de evidencia III).

CLASIFICACIÓN DEL CHOQUE HEMORRÁGICO EN LA MUJER GESTANTE

El diagnóstico de choque es fácil en los casos extremos, pero suele ser difícil en las fases iniciales. El cálculo visual de la cantidad de sangrado subvalora hasta en un 50 % el volumen real, los parámetros clínicos que se deben evaluar son, en primer lugar, el estado de conciencia y la perfusión, pues las alteraciones en el pulso y la presión arterial son tardías en la mujer embarazada.

Con el fin de evitar el caos durante la asistencia de una situación crítica como lo es la hemorragia obstétrica con choque hipovolémico, es necesario organizar el equipo humano disponible con asignación de funciones específicas, las cuales deben ser previamente conocidas y estudiadas en los entrenamientos institucionales, y pueden ser asimiladas con la ayuda de las tarjetas del Código Rojo.

La organización del equipo mejora las condiciones de trabajo y garantiza la realización de todas las funciones para la recuperación y mantenimiento de la vida de la mujer en choque que deben ser realizadas de manera simultánea. Cada miembro participante en el código rojo debe cumplir sus funciones con el fin de evitar la duplicación o la falta de realización de alguna de ellas. La activación del código la hace la primera persona que entra en contacto con la paciente que está sangrando.

MINUTO DE ORO

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable, para ello la atención en salud del proceso del nacimiento busca vigilar y asistir la transición de la vida intrauterina a la vida extrauterina, anticipando la aparición de problemas, implementando acciones correctivas y detectando oportunamente desviaciones de lo normal, dificultades de adaptación y enfermedades incidentales. Además se busca promover y asegurar una alimentación adecuada y óptima y un proceso sano de vinculación y apego con su madre. En el período neonatal se continúan los procesos de guía anticipatoria, promoción de la salud y prevención primaria y secundaria que idealmente habían empezado desde los cuidados prenatales. Un 90% de los recién nacidos (RN) hace la transición de la vida intrauterina a la extrauterina sin ninguna dificultad, requiriendo poca o ninguna asistencia para iniciar una respiración espontánea y regular, pero aproximadamente el 10% de los recién nacidos requiere de algún tipo de asistencia y cerca del 1% necesita una reanimación avanzada para sobrevivir., estos porcentajes son mayores en los recién nacidos pre término. Hay apreciable cantidad de variabilidad en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante recomendaciones basadas en evidencia y parámetros de práctica clínica.

En la ciudad de Riohacha se presenta una inadecuada atención del período de transición de la vida intrauterina a la extrauterina, pues esto no se limita a la atención en sala de partos y al egreso hospitalario, debe cubrir también temáticas importantes de vigilancia, anticipación, manejo del estrés, aseguramiento de la lactancia y apoyo médico y emocional a la familia donde ha ocurrido el nacimiento. Estas restricciones se dan desde el mismo ingreso de la gestante, en el área de recepción, los empleados de las empresas de vigilancia ponen restricciones al ingreso de acompañantes. Esta atención se da en el contexto de un sistema de prestación de servicios de salud que impone restricciones a la acción de los profesionales, limita el tiempo de interacción con las familias durante la estancia hospitalaria posparto y con políticas de egreso posparto cada vez más temprano que dificultan una adecuada asistencia el período de transición mediato y tardío.

Hay variabilidad significativa en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante normas y recomendaciones basadas en evidencia. De los aspectos estructurales es necesario estandarizar niveles de atención y procesos de remisión de madre gestante o de recién nacido, estandarización del nivel profesional, el entrenamiento y el desempeño del personal de salud que atiende el parto y al recién nacido, existencia y uso de protocolos de vigilancia y conducción de la transición y de reanimación, dotación mínima de la sala de partos, políticas de no separación de madre e hijo, vigilancia y asistencia de la transición mediata y políticas de egreso hospitalario.



ANÁLISIS DEL RIESGO

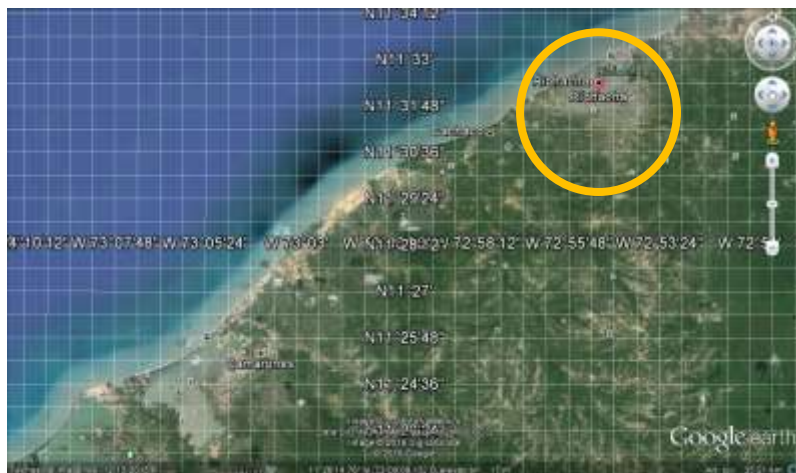


IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ESCENARIOS DE RIESGO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DISTRITO.



El Distrito de Riohacha es la capital del Departamento de La Guajira, la capital más septentrional del Caribe colombiano, la Colombia continental y de Suramérica. El Distrito de Riohacha está ubicado sobre la costa Caribe del departamento. Ocupa cerca de la cuarta parte del territorio departamental con una extensión de 491.383 ha de las cuales 133.980(27%) pertenecen a zonas de resguardos indígenas, 134.444(27%) al Parque Nacional Natural Sierra de Santa Marta y 4.784 (0,9%) al Santuario de Flora y Fauna de los Flamencos.



Limita al norte con el Mar Caribe, al oriente con el Río Ranchería, Manaure y Maicao, por el sur con los municipios de Hatonuevo, Barrancas, Distracción, San Juan del Cesar y por el occidente con el municipio de Dibulla y el mar Caribe. Su extensión territorial es de 3.080,94 km², tiene una altitud de 1 msnm y ocupa el 14,91% del Departamento de La Guajira. La mayoría del terreno se compone de suelo arcilloso y arenoso, especialmente en las costas. El relieve lo constituye la planicie

guajira, la zona norte de la sierra nevada, y cerros independientes; los cuales dan las características de un medio de selva húmeda en los montes, selva seca alrededor del cauce del río Ranchería y sabana seca en la llanura.

Referente a calidad de vida, la incidencia de la pobreza para Riohacha en 2005 se estableció en 65,31%, para el 2010 fue de 46,90%, 2012 en 41,10%, 2013 en 37,40% y en 2014 se ubicó 34,60%, se presencia una tendencia a la baja, es decir una disminución paulatina de la pobreza en la ciudad, mostrando de 2005 a 2014 una disminución de casi del 50%.

Sin embargo, el porcentaje de pobreza nacional para el 2014 fue de 29,3%, esto indica que Riohacha está por encima de ese valor, por tanto, es importante generar políticas locales que permitan disminuir dicho fenómeno.

Las bajas coberturas en los servicios públicos como agua potable, aseo y alcantarillado favorecen la transmisión de enfermedades y frena los avances en prevención de salud. Sigue siendo recurrente la aparición de epidemias en algunos sectores del territorio. Se percibe mala calidad en la atención a los usuarios por parte de los prestadores de servicios.

En el Distrito se carece de una estructura DE SALUBRIDAD PÚBLICA consistente, con los aspectos urbanos y rurales que garanticen una planeación sostenible ajustada a las variaciones de riesgos y enfermedades que albergan en la jurisdicción del Distrito de Riohacha.

El Distrito de Riohacha, de acuerdo a las proyecciones de población del DANE para el año 2017 cuenta con 277.913 habitantes y un 39.5% (110.027 habitantes) más poblado que en el año 2005; el 51% (141.005) de la población son mujeres y el 49% (136.863) son hombres, lo que indica una relación hombre: mujer de 96 hombres por cada 100 mujeres. **(Tabla 1)**

Tabla 1. Proyección del DANE 2017, el Distrito de Riohacha con población por ciclos de vida.

Población por ciclos vitales

Primera infancia (0-5 años)			Infancia (6-11 años)			Adolescencia (12-17 años)			Total
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
42.865	21.969	20.896	40.214	20.622	19.592	34.447	17.511	16.936	117.526
15.42%			14.46%			12.40			42.28%

Fuente: DANE proyección 2017 (277.913)

1.1. Población Por Grupo de Edad

Al comparar el año 2013 con el Censo del año 2005, los ciclos vitales que demostraron tener un aumento poblacional fueron la adultez (27 a 59 años) y la juventud (14 a 26 años); en contraste los de la primera infancia (0 a 5 años), infancia (6 a 11 años), adolescencia (12 a 18 años) y personas mayores de 60 años presentan una disminución.

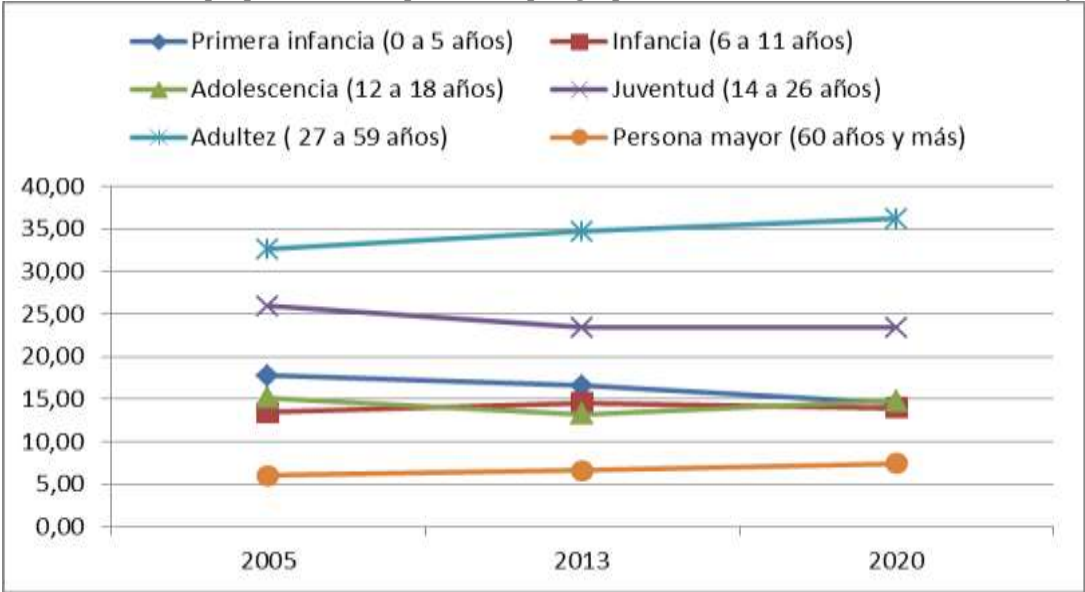
Según las estimaciones y proyecciones poblacionales del DANE para el año 2020 la tendencia es al aumento en los ciclos vitales de la población adulta (27 a 59 años), adolescencia (12 a 18 años) y los mayores de 60 años; contrario a estos la primera infancia (0 a 5 años) disminuirá. Los infantes (6 a 11 años) y jóvenes (14 a 26 años) muestran un comportamiento lineal sin cambios. (Tabla 2, Figura 1).

Tabla 2 .Proporción de la población por ciclo vital, Distrito de Riohacha 2005, 2013 y 2020.

Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	29789	17,74	39908	16,56	44207	14,50
Infancia (6 a 11 años)	22672	13,50	35116	14,57	42718	14,01
Adolescencia (12 a 18 años)	25457	15,16	31956	13,26	45055	14,78
Juventud (14 a 26 años)	43542	25,94	56369	23,39	71404	23,42
Adultez (27 a 59 años)	54752	32,61	83545	34,67	110408	36,21
Persona mayor (60 años y más)	10181	6,06	16029	6,65	22795	7,48
Total	167886	100,00	240951	100,00	304925	100,00

Fuente: DANE. Estimaciones y Proyecciones de población 1985, 1993, 2005, 2013, 2020.

Figura1.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Distrito de Riohacha 2005 y 2013



Fuente: DANE Censo estimaciones y proyecciones poblacionales 2005, 2013 y 2020

2. Mortalidad materna en la Guajira

Hasta la semana epidemiológica 46 de 2014 se ha notificado un total de 413 casos de muertes en mujeres durante el embarazo, parto y hasta el año postparto. De estos, 309 casos corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo y los 42 días de terminada la gestación; 74 casos a muertes tardías, es decir las que ocurren después de los 42 días, pero antes de un año de haber terminado el embarazo; y 30 casos a muertes por lesiones de causa externa (ver gráfica 1). En la semana epidemiológica 46 de 2014 hubo un ingreso de siete casos de muertes maternas, de los cuales seis corresponden a muertes maternas tempranas y uno a muerte materna tardía; delos siete casos, seis corresponden a esta semana epidemiológica y uno a semanas anteriores notificado tardíamente. En concordancia con lo anterior, el promedio semanal estimado de muertes maternas tempranas en el país a la fecha es de 6,7.

La comparación con los casos notificados de muerte materna según el momento de ocurrencia del evento permite ver que hasta la semana epidemiológica 46 de 2014 se ha presentado un comportamiento similar en el número de casos de muertes maternas tempranas con relación al 2013 y una disminución en el número de muertes maternas tardías frente al 2012 y 2013, mientras que las muertes maternas por lesiones de causa externa notificadas presentan un comportamiento similar frente al año anterior.

Muertes fetales

Analizando los casos de mortalidad Fetal, el DANE reporta los siguientes resultados para el periodo 2008 -2013

MUERTES FETALES GUAJIRA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Promedio
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	21	16	21	17	22	17	19
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	78	100	90	139	83	48	90
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	6	5	5	4	1	4	4
Otras causas	45	27	188	124	101	40	88
TOTAL	150	148	304	284	207	109	200

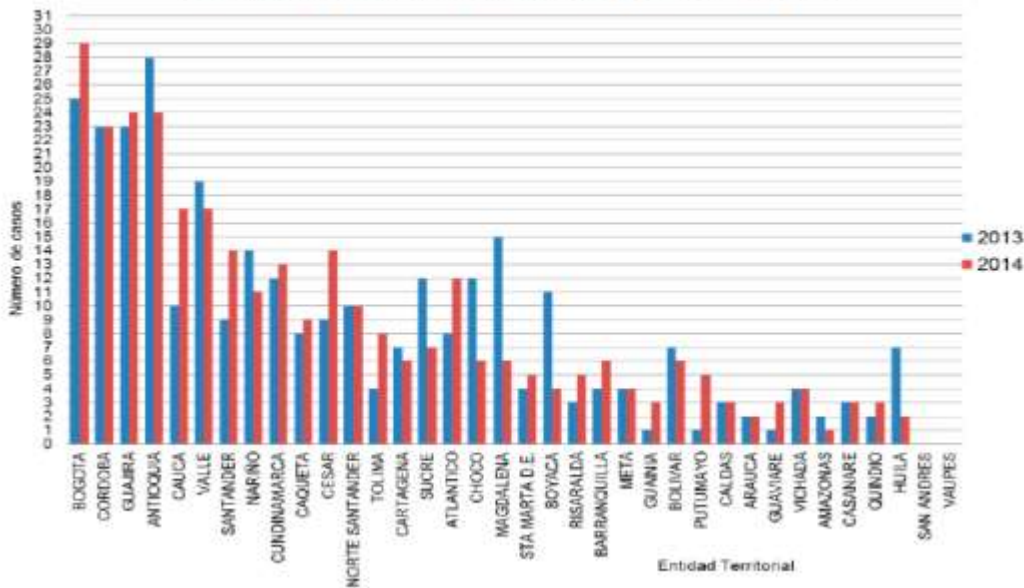
Nota: Información 2013 es preliminar.

Fuente: proyecto PAN Guajira 2015
El promedio semanal de casos se encuentra en 6,7, con lo cual no se estaría alcanzando la meta de reducir la mortalidad materna a 45 por 100 000 nacidos vivos; no obstante, se aclara que esta información es preliminar puesto que existen casos de muerte materna notificados tardíamente que alteran dicho indicador

MUERTES FETALES GUAJIRA	2013							
	Total	%	Tiempo de gestación en semanas completas					
			Menos de 22	De 22 a 27	De 28 a 36	De 37 y más	Ignorado	S. I.
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	17	15,6%	3	3	10	0	0	1
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	48	44,0%	14	9	14	10	0	1
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	4	3,7%	0	2	2	0	0	0
Otras causas	40	36,7%	4	6	13	16	0	1
TOTAL	109	100,0%	21	20	39	26	0	3

Al comparar los casos de muerte materna temprana según el lugar de residencia se encuentra que las muertes maternas notificadas han aumentado con respecto al año anterior en las entidades territoriales de: Bogotá, La Guajira, Cauca, Santander, Cundinamarca, Caquetá, Cesar, Tolima, Atlántico, Santa Marta, Risaralda, Barranquilla, Guainía, Putumayo, Guaviare y Quindío. En contraste, los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Nariño, Cartagena, Sucre, Chocó, Magdalena, Boyacá, Bolívar, Amazonas y Huila han presentado disminución en el número de casos frente al año anterior. Hasta la semana epidemiológica 46 de 2014 el 94 % de las entidades territoriales han notificado casos de muerte materna temprana y los departamentos de San Andrés y Vaupés no han notificado casos de muertes maternas tempranas (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 46, 2013-2014



3. Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia

MORTALIDAD MATERNA DISTRITO DE RIOHACHA

Al analizar la información notificada en el SIVIGILA para el Distrito de Riohacha en el año 2016, observamos que las primeras causas de mortalidad se presentan en el ciclo vital de la primera infancia (mortalidad perinatal y neonatal tardía, mortalidad por y asociada a la desnutrición y la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años); se presentaron además dentro de las primeras causas la mortalidad por tuberculosis y la mortalidad materna. Esta situación también se refleja en las primeras causas de morbilidad para el mismo año, en donde la notificación de la desnutrición aguda en menores de 5 años fue la que ocupó el primer lugar.

Primeras causas de mortalidad en el Distrito de Riohacha, La Guajira, 2016.

EVENTO	No DE CASOS
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	72
MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	14
MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS	7
MORTALIDAD MATERNA	7
MORTALIDAD POR IRA	6

Fuente: SIVIGILA-Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS- La Guajira. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2017

Primeras causas de morbilidad en el Distrito de Riohacha, La Guajira, 2016.

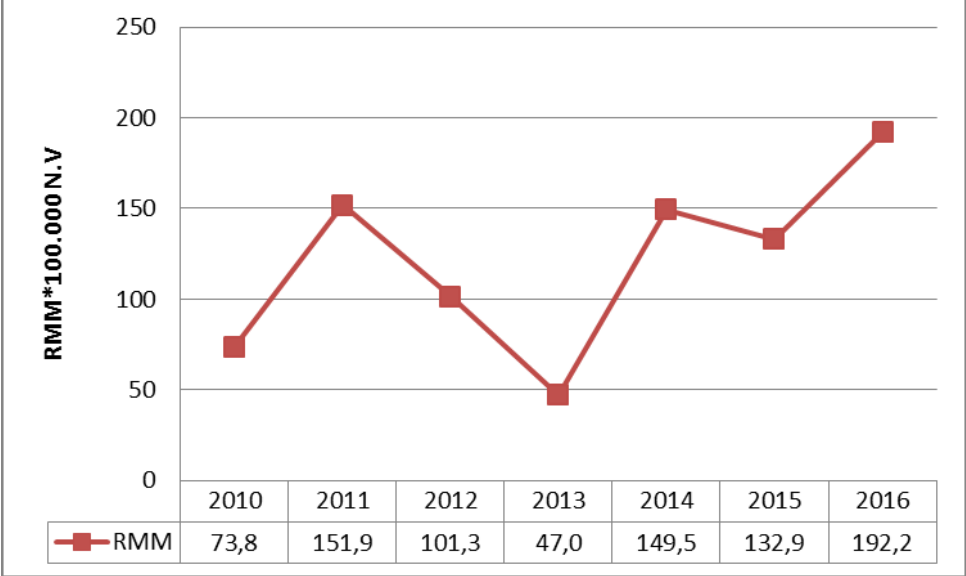
EVENTO	No DE CASOS
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	646
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO	463
VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA	456
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	386
VARICELA INDIVIDUAL	333

Fuente: SIVIGILA-Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS- La Guajira. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2017

3.1.ANALISIS DE EVENTOS PRIORITARIOS DEL DISTRITO DE RIOHACHA:

- Mortalidad Materna:** la mortalidad materna en el Distrito ha presentado una tendencia al aumento, con tasas que van de 73,8 en el año 2010 a 192,2 en el año 2016, a excepción del año 2013 donde la tasa disminuyo hasta 47 muertes por 100.000 nacidos vivos.

Gráfico. Razón de mortalidad materna del Distrito de Riohacha, La Guajira. Años 2010 – 2016.



Fuente: Construcción propia. SIVIGILA-Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS- La Guajira. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2017

Al analizar el comportamiento de las muertes maternas ocurridas en el año 2016 (7 casos), podemos decir que las gestantes fallecidas procedían de la cabecera municipal en un 57% y un 42.9% de centros poblados del área rural y del área rural dispersa; un 71,4% pertenecían al régimen subsidiado; 42.9% eran de pertinencia étnica indígena y otros grupos principalmente. El 42.9% de las maternas corresponden al ciclo vital de las menores de 25 años.

Todas las gestantes fallecidas se encontraban afiliadas al SGSSS, a continuación se detallan las EPS a las pertenecían:

Tabla 3. Comportamiento de la mortalidad materna según EAPB del Distrito de Riohacha, La Guajira, 2016.

EAPB	No de casos	%
Coosalud	2	28,6
Comparta	1	14,3
Cafesalud	1	14,3
Comfaguajira	1	14,3
Coomeva	1	14,3
Saludvida	1	14,3
Total	7	100,0

Fuente: SIVIGILA-Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS- La Guajira. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2017

Morbilidad Materna Extrema.

Según el acumulado hasta la semana epidemiológica N° 1-52 de 2016.se notificaron 208 casos de Morbilidad materna extrema (MME). El mayor número de casos se notificó en rangos de edades entre 25-29 años, 24% (50/208) casos seguido del grupo de 15-19 años (46 casos) 22.1%, y 15 – 120-24, años (42 casos) 20.1%. Hasta la semana epidemiológica 52 se notificó al SIVIGLA 78 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, con corte a la misma semana epidemiológica del año 2014 donde se reportaron 47 casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, lo que se evidencia que se aumentan los casos en la notificación del evento en comparación con el 2014. Bajo Peso al Nacer.

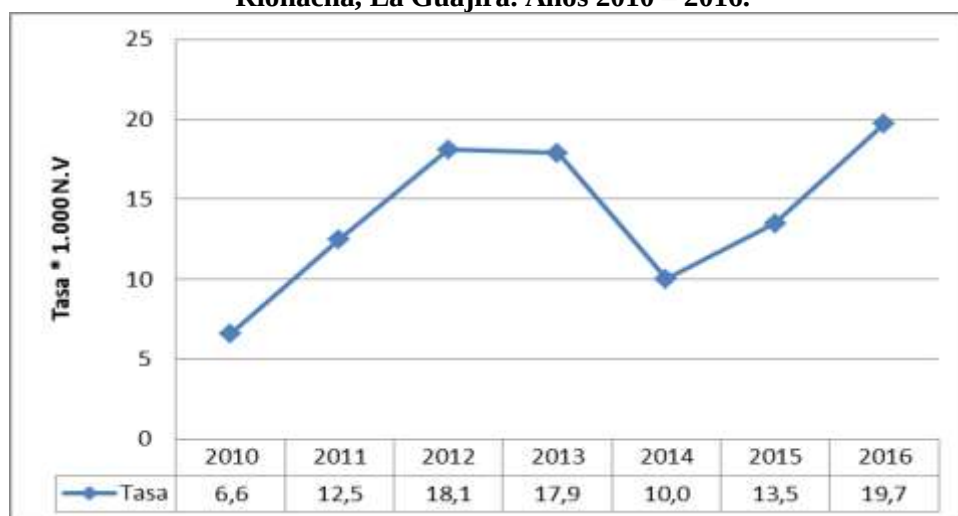
Es un indicador asociado con las condiciones de salud fetal y neonatal, se asocia con mayor riesgo de muerte fetal, neonatal y durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso en el crecimiento físico y cognitivo durante la infancia, (128) De los afiliados al sistema general de

seguridad social en salud, el 79.5% se encuentran afiliados al régimen subsidiado y el 13.0% se encuentra al régimen contributivo y el 6.8% no se encuentran afiliados a ningún régimen de seguridad social en salud.

El Distrito de Riohacha hasta la semana epidemiológica de la 1 – 52 del año 2015 Notifico al SIVIGILA 161 casos. MUERTES MATERNAS: A semana epidemiológica 52 de 2015 se han notificado 5 casos de muertes maternas, que corresponden a muertes maternas tempranas, es decir las que ocurren durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación.

- Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía: la mortalidad materna y perinatal tardía es un evento de suma importancia para el Distrito de Riohacha ya que es el que presenta la incidencia más alta de los Distritos del departamento, con tasas que van en el periodo de estudio de 6,6 a 19,7 muertes por 1.000 nacidos vivos con una tendencia al aumento.

Gráfico. Tasa de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Riohacha, La Guajira. Años 2010 – 2016.



Fuente: Construcción propia. SIVIGILA-Oficina de Vigilancia Epidemiológica. SDS- La Guajira. Fecha de consulta: 22 de marzo de 2017

La mortalidad perinatal y neonatal tardía en el Distrito de Riohacha, bajo el enfoque diferencial, se caracteriza por ser residentes de la cabecera municipal (75%), afiliados en su mayoría al régimen subsidiado (81,9%), con un alto porcentaje (44%) de población indígena y en un alto porcentaje (31,9%) de las muertes, las gestantes eran adolescentes.

El apoyo a las actividades de gestión en Salud Publica con base Comunitaria es una estrategia progresiva de desarrollo de capacidades por parte de la población. Parte de aquellas orientadas a la definición e identificación de eventos, factores de riesgo y determinantes susceptibles de afectar la salud y calidad de vida, lo cual incluye actividades de recolección e interpretación de datos en la vida cotidiana, y la comunicación efectiva de estos mediante la notificación.

Así mismo el desarrollo de estas capacidades va de la mano con el desarrollo de la gestión del conocimiento con el desarrollo de las de análisis y divulgación del de la información, y en conjunto con otras estrategias desarrolladas en el marco del Sistema General de Seguridad Social y el Sistema de Protección Social, favorecen la participación social y ciudadana, el control social y la co-responsabilidad en la construcción de alternativas de solución y transformación de dichos eventos, factores de riesgo y/o determinantes en pro de una sociedad equitativa.

La calidad de la atención en vacunación en niños, se ve afectada en cuanto se muestran deficiencias en la capacitación de los trabajadores de la salud, producto de la segmentación del conocimiento y de las técnicas de enseñanza utilizadas, tanto en la organización como en los métodos pedagógicos empleados, así como del espacio físico donde se imparten las sesiones de capacitación, muchas veces alejados de las áreas en las que el personal de salud brinda sus servicios y sin tener en cuenta sus comunidades

TIPOS DE RIESGOS: De acuerdo con el Documento Conpes (Concejo Nacional de Política Social) No. 3714 del 1ro de Diciembre de 2011, respecto del **Riesgo Previsible en el marco de la Política de Contratación Pública**, se recuerda que en atención al objeto contractual, a su forma de ejecución o a otras particularidades, es posible que en algunos Contratos Estatales no existan Riesgos Previsibles bajo la órbita del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, caso en el cual deberá incorporarse en los estudios y documentos previos el análisis que permitió dicha conclusión.

A continuación, se presenta de manera enunciativa la siguiente propuesta de clasificación, la cual no exime a la Entidad Estatal del estudio que debe realizar para la estructuración de cada proceso contractual y el análisis de sus particularidades para determinar la existencia, o no, de los riesgos propios de cada proceso de selección:

1. Riesgos Económicos: Son aquellos que se derivan del comportamiento del mercado, tales como la fluctuación de los precios de los insumos, desabastecimiento y especulación de los mismos, entre otros. Por ejemplo, es usual que en contratos que involucren la ejecución de actividades en cuya estructura se ha definido un marco cambiario, se identifiquen alteraciones por el comportamiento de la moneda o por circunstancias colaterales que imponen una incidencia crítica. Así mismo, en los contratos de suministro de bienes o prestación de servicios, donde no es posible llevar a cabo el objeto del contrato por desabastecimiento o especulación dentro del mercado propio de los insumos. Su inclusión dependerá de la posibilidad de previsión del mismo.

2. Riesgos Sociales o Políticos: Son aquellos que se derivan por cambios de las políticas gubernamentales que sean probables y previsibles, tales como cambios en la situación política, sistema de gobierno y cambio en las condiciones sociales que tengan impacto en la ejecución del contrato. También suelen presentarse por fallas en la manera en que se relacionan entre sí, el Gobierno y la población, grupos de interés o la sociedad. Por ejemplo los paros, huelgas, actos terroristas, etc. Para la determinación de su previsibilidad, la entidad podrá acudir a las autoridades públicas competentes en la recopilación de datos estadísticos o fuentes oficiales (POLICIA NACIONAL, FUERZAS ARMADAS DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, etc.)

3. Riesgos Operacionales: Son aquellos riesgos asociados a la operatividad del contrato. Entre estos encontramos: la posibilidad de que el monto de la inversión no sea el previsto para cumplir el objeto del contrato. También se presenta la extensión del plazo, cuando los contratos se realizan en tiempos distintos a los inicialmente programados por circunstancias no imputables a las partes. Adicionalmente, se presenta por la posibilidad de no obtención del objeto del contrato como consecuencia de la existencia de inadecuados procesos, procedimientos, parámetros, sistemas de información y tecnológicos, equipos humanos o técnicos sin que los mismos sean imputables a las partes. Dichos riesgos hacen parte del riesgo operacional siempre y cuando no sean obligaciones de las partes y se materialicen durante la ejecución del contrato¹⁹. En general no son riesgos operacionales las especificaciones de materiales o servicios incorrectos, fallas en el embalaje, manipulación, transporte o descarga del bien suministrado, insuficiencia en los proveedores, pérdida o destrucción de los bienes a suministrar, daño, hurto o pérdida de materiales o equipos para la ejecución del contrato, obtención o renovación de licencias o permisos, entre otros. El riesgo predial no se incluye dentro del documento, ya que es un riesgo operacional y es parte fundamental dentro de la operatividad del contrato, en especial en los contratos de obra. Adicionalmente, con la publicación del manual de buenas prácticas este tipo de riesgo no debería existir por ser obligaciones propias de la estructuración de los contratos. Para reducir la incidencia de este tipo de riesgos, es necesario contar durante la etapa de estructuración de los contratos con los estudios respectivos y adelantar actividades que permitan contar con un adecuado nivel de información sobre las especificaciones de los diferentes objetos contractuales, con el fin de fortalecer el análisis de costos, lo cual reduce los factores de riesgos que inciden sobre el contrato.

4. Riesgos Financieros: Este riesgo tiene dos componentes básicos: el riesgo de consecución de financiación o riesgo de liquidez, y el riesgo de las condiciones financieras. El primero se refiere a la dificultad de conseguir los recursos financieros, ya sea en el sector financiero o el mercado de capitales, para lograr el objetivo del contrato. El segundo hace referencia a los términos financieros de dichos recursos, entre estos encontramos plazos, tasas, garantías, contragarantías, refinanciaciones entre otros.

5. Riesgos Regulatorios: Son los posibles cambios regulatorios o reglamentarios que siendo previsibles, afecten el equilibrio contractual. Por ejemplo, cambios en las tarifas, mercados regulados, cambios en los regímenes especiales (regalías, pensional), designación de zonas francas, planes de ordenamiento territorial, expedición de normas de carácter técnico o de calidad, entre otros.

6. Riesgos de la Naturaleza: Son los eventos causados por la naturaleza sin la intervención o voluntad del hombre, que aunque pueden ser previsibles por su frecuencia o diagnóstico están fuera del control de las partes. Para la determinación de su existencia y/o previsibilidad, se podrá acudir a las autoridades públicas o entidades competentes en la recopilación de datos estadísticos o fuentes oficiales (INSTITUTO AGUSTIN CODAZZI, INGEOMINAS, IDEAM, etc.) Para el ejercicio de tipificación, éstos se refieren a los hechos de la naturaleza que puedan tener un impacto sobre la ejecución del contrato, por ejemplo los temblores, inundaciones, lluvias, sequías, entre otros, siempre y cuando los mismos puedan preverse.

7. Riesgos Ambientales: Se refiere a las obligaciones que emanan de las licencias ambientales, de los planes de manejo ambiental, de las condiciones ambientales o ecológicas exigidas y de la evolución de las tasas retributivas y de uso del agua. Por ejemplo, cuando durante la ejecución del contrato se configuren pasivos ambientales causados por mala gestión de la licencia ambiental y/o el plan de manejo ambiental o el costo de las obligaciones ambientales resulte superior al estimado no siendo imputables a las partes.

8. Riesgos Tecnológicos: Se refiere a eventuales fallos en las telecomunicaciones, suspensión de servicios públicos, advenimiento de nuevos desarrollos tecnológicos o estándares que deben ser tenidos en cuenta para la ejecución del contrato así como la obsolescencia tecnológica.

Una vez hecha la clasificación por tipo de riesgo se recomienda hacer una definición concreta de cada uno de los riesgos que se incluyan, conforme al lenguaje común de los mismos; y al significado que tengan en el marco del contrato de que se trate en búsqueda de una absoluta claridad en las condiciones. Los riesgos que no lograron la condición de previsibilidad para ser incluidos en el ejercicio del artículo 4º de la Ley 1150 de 2007, en todo caso, deben ser analizados por las Entidades con el fin de que cuenten con un tratamiento propio en el marco de la gestión contractual.

De la clasificación anterior, para el presente Convenio solo se tendrán en cuenta los Riesgos de carácter económico y financiero, dado que bajo esta modalidad de Contratos Estatales no existen Riesgos Previsibles bajo la órbita del artículo 4 de la Ley 1150 de 2007. En tal Sentido, en la fluctuación de los precios de los insumos y elementos deportivos, se identificarán las alteraciones por el comportamiento de la moneda o por circunstancias colaterales que imponen una incidencia crítica dentro del mercado; por lo demás, se establecerán las garantías necesarias para la ejecución del proyecto. En todo caso los daños se relacionan a continuación:

ORIGINAL FIRMADO

VIRGELLIS MERCEDES MENDOZA CARRILLO

Secretaria de Salud Distrital de Riohacha