



Análisis de las condiciones de salud de la población afiliada UISALUD 2025

Ministerio de Salud y Protección Social

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
1. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS	10
2. MARCO NORMATIVO	11
3. MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022- 2031	12
4. MARCO CONCEPTUAL	14
4.1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENFOQUE DIFERENCIAL.	14
4.2. SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL TERRITORIO	15
4.3. PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS EN SALUD DE LOS AFILIADOS.	16
4.4. ACCIONES QUE LA ENTIDAD ENCARGADA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD REALIZA A PARTIR DEL ANÁLISIS Y EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031.	16
5. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA UISALUD	17
5.1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENFOQUE DIFERENCIAL.	18
5.1.1. Configuración espacial, demográfica y socio-ambiental	18
5.1.1.1. Distribución geográfica por territorios.	18
5.1.1.2. Estructura demográfica de su población y el comportamiento evolutivo.	19
5.1.1.3. Población por grupo de edad	21
5.1.1.4. Descripción de afiliados UISALUD, por poblaciones diferenciales	26
5.1.1.5. Descripción del comportamiento de indicadores demográficos relevantes de la población afiliada.	30
5.1.1.6. Identificación de problemáticas socio-ambientales del territorio que pueden influir en la salud de la población afiliada.	31
5.1.1.7. Distribución de su red de prestación de servicios de salud habilitada y contratada para la atención de su población afiliada.	32
5.1.2. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida de la población del territorio	36
5.1.2.1. Condiciones de vida y vulnerabilidad de la población afiliada, así como las características socioeconómicas, educativas y de atención, que permite comprender las circunstancias de vida de los afiliados	36



5.1.2.2. Análisis de la Oferta de la Red Prestadora de Servicios de Salud de UISALUD	39
5.1.2.3. Situaciones adversas derivadas de la prestación de servicios de salud	43
5.1.3. Conclusiones capítulo 1. Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial.	44
5.2. CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL TERRITORIO.	45
5.2.1. Morbilidad	45
5.2.1.1. Principales causas de Morbilidad atendida	46
5.2.1.2. Eventos de interés en Salud Pública	49
5.2.1.3. Morbilidad Trazadora	50
5.2.1.4. Patologías reportadas en la Cuenta de Alto Costo	51
5.2.1.5. Patologías y eventos de alto consumo	58
5.2.1.6. Morbilidad en salud mental y emocional	61
5.2.1.7. Morbilidad asociada a incapacidad laboral UISALUD 2024 VS 2025	62
5.2.2. Conclusiones capítulo 2. Morbilidad	65
5.2.3. Mortalidad	66
5.2.3.1. Mortalidad ajustada por grandes causas	67
5.2.3.2. Mortalidad específica por subgrupo – tasas ajustadas por edad	71
5.2.3.3. Tasas ajustadas de mortalidad por años de vida potencialmente perdidos - AVPP por grandes causas	78
5.2.3.4. Mortalidad trazadora	85
5.2.3.5. Análisis de mortalidad infantil y niñez	86
5.2.3.6. Letalidad	87
5.2.3.7. Mortalidad UISALUD fuente propia - 2024.	87
5.2.4. Conclusiones capítulo 2. Mortalidad	90
5.3. CAPÍTULO 3. PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS EN SALUD DE LOS AFILIADOS.	91
5.3.1 Consolidación de problemas identificados por capítulo	91
5.3.2 Metodología y criterios de priorización	91
5.3.3 Listado consolidado de problemas	93
5.3.3.1. Problemas identificados desde la configuración del territorio y los determinantes sociales de la salud	93
5.3.3.2. Problemas identificados en el análisis de morbilidad	93
5.3.3.3. Problemas identificados en el análisis de mortalidad	94
5.3.4 Priorización de problemas	94
5.3.5 Problemas priorizados finales	95
5.4. CAPITULO 4. ACCIONES QUE LA ENTIDAD ENCARGADA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD REALIZA A PARTIR DEL ANÁLISIS Y EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031.	96
5.4.1 Estrategias de Gestión de Riesgo Integral y Plan de Intervención	96
5.4.1.1. Estrategias para el control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	96
5.4.1.2. Estrategias para el control de Enfermedades Metabólicas	96
5.4.1.3. Estrategias para el control de Condiciones Neuropsiquiátricas y Salud Mental	96
5.4.1.4. Estrategias frente al Envejecimiento Poblacional y Multimorbilidad	96
5.4.1.5. Estrategias para el control de Eventos Transmisibles	97
5.4.1.6. Estrategias transversales de fortalecimiento institucional	97
Anexo. RESUMEN INFORMACION GENERAL PARA DISEÑO DE INFOGRAFIA	98



1. Información Demográfica	98
2. Morbimortalidad	98
3. Prioridades de Intervención	98
4. Acciones Estratégicas	98



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Objetivos específicos de los ejes estratégicos PDSP 2022-2031	12
Tabla 2. Distribución de los afiliados UISALUD por departamento de residencia.....	18
Tabla 3. Proporción de la población por ciclo vital, UISALUD	21
Tabla 4. Proporción de la población por ciclo vital, UISALUD – Otros departamentos.....	23
Tabla 5. Características de la Población víctima del conflicto armado, UISALUD	27
Tabla 6. Afiliados en condición de discapacidad por ciclo vital y sexo UISALUD	27
Tabla 7. Afiliados en condición de discapacidad por ciclo vital y sexo UISALUD	28
Tabla 8. Afiliados en condición de discapacidad por zona de residencia UISALUD.....	29
Tabla 9. Características de la población con enfermedad laboral UISALUD	29
Tabla 10. Indicadores de estructura demográfica UISALUD Nacional, Colombia, Santander.....	30
Tabla 11. Interpretación Indicadores de estructura demográfica en UISALUD.....	30
Tabla 12. Índice de envejecimiento de la población UISALUD vs ente territorial 2025	31
Tabla 13. Distribución de IPS Primaria UISALUD por municipio de residencia de población afiliada	33
Tabla 14: Determinantes estructurales de las inequidades en salud	39
Tabla 15. Red de Prestadores Servicios de Salud UISALUD 2025 por Departamento.....	40
Tabla 16. Red de Prestadores de Servicios de Salud según Nivel de Complejidad	40
Tabla 17. Relación servicios ambulatorios UISALUD	41
Tabla 18. Morbilidad por grandes causas en la población afiliada UISALUD.....	46
Tabla 19. Morbilidad por grandes causas en población afiliada UISALUD por ciclo vital.....	47
Tabla 20. Principales causas de atención por subgrupo.	48
Tabla 21. Indicadores de morbilidad trazadora, UISALUD- SISPRO, 2016-2026	50
Tabla 22. Indicadores de morbilidad trazadora - VIH, UISALUD, 2025	51



Tabla 23. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y edad Colombia vs UISALUD 2025.....	52
Tabla 24. Morbilidad Trazadora – RCV.....	53
Tabla 25. Prevalencia de obesidad en población atendida UISALUD, 2021 -2025	54
Tabla 26. Casos prevalentes de cáncer en UISALUD – 2025	54
Tabla 27. Prevalencia de enfermedades de alto costo según diagnóstico, UISALUD, 2025	58
Tabla 28. Distribución del gasto total por diagnóstico UISALUD 2025	59
Tabla 29. Distribución del gasto total por diagnóstico UISALUD 2025	60
Tabla 30. Indicadores Salud Mental - ASIS.....	61
Tabla 31. Promedio días y valor de las incapacidades UISALUD – enfermedad Común / Licencias	62
Tabla 32. Causa agrupada de la incapacidad según número de días – evento común.....	62
Tabla 33. Causa agrupada de la incapacidad según número de días.....	64
Tabla 34. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas UISALUD, 2024	67
Tabla 35. Tasa ajustada de mortalidad en hombres grandes causas, UISALUD 2024.....	69
Tabla 36. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres grandes causas, UISALUD 2024	70
Tabla 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad, según subgrupos de muerte, UISALUD Santander, 2024.....	72
Tabla 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad, según subgrupos de muerte en hombres, UISALUD Santander, 2024	75
Tabla 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad según subgrupos de muerte en mujeres, UISALUD Santander 2024. .	77
Tabla 40. Tasas ajustadas de AVPP en población total, UISALUD 2024	80
Tabla 41. Tasas ajustadas de AVPP en hombres, UISALUD 2024	82
Tabla 42. Tasas ajustadas de AVPP en mujeres, UISALUD 2024.....	84
Tabla 43. Indicadores de mortalidad materno infantil y niñez UISALUD, 2021 -2024	86
Tabla 44. Tasa específica de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez) UISALUD Santander, 2024	87
Tabla 45. Mortalidad – Grandes causas y subgrupos - UISALUD Santander, 2024	89
Tabla 46. Criterios de evaluación de los problemas identificados.....	92



Tabla 47. Problemas identificados Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial 94



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Comportamiento de la morbilidad según gran causa, UISALUD, 2016-2025	46
Figura 2: Distribución de los casos eventos de interés en salud pública, UISALUD, - 2025	50
Figura 3. Curvas de supervivencia por tipo de cáncer (Kaplan-Meier).....	56
Figura 4. Distribución de casos de artritis según sexo y grupo de edad, UISALUD, 2025	57
Figura 5. Distribución de número de días por clasificación de afiliado	63
Figura 6. Tasa ajustada de mortalidad por subgrupos en mujeres UISALUD, 2024	74
Figura 7. Tasa ajustada de mortalidad por subgrupos en hombres UISALUD, 2023.	76
Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad según subgrupos de muerte en hombres, UISALUD Santander 2024.	78
Figura 9. Tasas ajustadas de AVPP en población total, UISALUD 2024	79
Figura 10. Tasas ajustadas de AVPP en mujeres, UISALUD 2024.....	83
Figura 11. Promedio de edad y mediana de edad de los casos fallecidos, UISALUD, 2024.....	89



INTRODUCCIÓN

El análisis de las condiciones de salud de la población afiliada a UISALUD responde a un proceso que permite generar insumos claves para la planeación en salud en los entes territoriales y dentro de la Universidad Industrial de Santander y sus áreas de influencia. Este abordaje se realiza en el marco de los determinantes sociales de la salud, utilizando métodos de análisis e instrumentos que permiten identificar los determinantes sociales de la salud en los contextos territoriales específicos de nuestra población afiliada. Las acciones de UISALUD se encaminan a la formulación de planes de intervención articulados con las autoridades locales, afectando positivamente el proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades afiliadas.

En este sentido, el presente documento contiene el análisis de la información para la identificación de la situación actual de la población afiliada, así como la priorización de problemas de salud, desagregados según las particularidades geográficas del área de influencia de UISALUD (departamental, distrital y municipal) y condicionado a la información disponible.

Este documento se plantea como un insumo para el reconocimiento de las circunstancias de vida de las personas afiliadas a UISALUD en el momento del curso de vida en que se encuentran, ofreciendo además elementos clave para la construcción de estrategias y acciones conjuntas entre UISALUD, las entidades territoriales, y demás actores del sistema de salud, con el objetivo de contribuir al mejoramiento del bienestar de las personas, familias y comunidades afiliadas.



I. PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS

UISALUD, como entidad responsable del aseguramiento en salud, ha actualizado los procesos de planeación integral en salud dentro de sus áreas de influencia. Estos procesos están orientados a mejorar los análisis de la información, permitiendo identificar y priorizar los problemas de salud que surgen a partir de los determinantes sociales de la salud. Estos determinantes son comprendidos como las condiciones y circunstancias en las que viven, crecen y se desarrollan las personas, familias y comunidades afiliadas a UISALUD.

Dada la importancia de este análisis, surge la necesidad de fortalecer el estudio de las condiciones de salud de la población afiliada, permitiendo así un reconocimiento claro de cómo los determinantes sociales de la salud influyen en el proceso de salud-enfermedad-atención de dicha población. De esta manera, UISALUD orienta sus acciones tanto a nivel institucional como territorial, contribuyendo a una atención integral que mejore las condiciones de salud de la población afiliada.

Este análisis de situación de salud, se enmarca dentro de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como con las normativas y conceptos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP 2022-2031), adaptando su implementación a las necesidades específicas de la población afiliada a UISALUD. A partir del análisis de las condiciones de salud, este documento genera insumos clave para la planificación y formulación de políticas públicas en salud a nivel territorial, desde el aseguramiento como componente esencial.

El objetivo de este proceso de análisis de la situación de salud de la población afiliada a UISALUD, es determinar los elementos necesarios para la identificación, caracterización y comprensión de las problemáticas y necesidades en salud de la población afiliada. Estos elementos son abordados considerando el contexto propio de la comunidad de la Universidad Industrial de Santander, de acuerdo a la distribución geográfica donde residen los afiliados, como insumo para la planeación integral en salud.

2. MARCO NORMATIVO

- Ley 2294 de 2023: Establece el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 "Colombia Potencia Mundial de la Vida", con el objetivo de crear un nuevo contrato social que supere las injusticias históricas y propicie una vida digna y la paz total, en armonía con la naturaleza.
- Ley 1751 de 2015: Reconoce el derecho fundamental a la salud e incluye una política para el manejo de la información en salud, mediante un sistema único que integra componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.
- Decreto 4107 de 2011: Define la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, destacando las funciones de la Dirección de Epidemiología y Demografía en la vigilancia sanitaria y en la elaboración de estudios de salud pública y análisis de situación de salud (ASIS).
- Decreto 3518 de 2006: Reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, estableciendo la necesidad de realizar análisis de la situación de salud para priorizar áreas de intervención.
- Resolución 100 de 2024: Regula la Planeación Integral para la Salud, que define responsabilidades de los actores del sistema de salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031, priorizando la Atención Primaria en Salud (APS).
- Resolución 1035 de 2022 y Resolución 2367 de 2023: Adoptan el PDSP 2022-2031, estableciendo directrices para el análisis de situación de salud y metodologías para la planeación integral en salud.
- Resolución 295 de 2023: Modifica la gestión de salud pública y las responsabilidades en la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).
- Resolución 464 de 2022: Adopta un capítulo diferencial para el pueblo Rrom y establece variables interculturales en los análisis de situación de salud territoriales.
- Resolución 050 de 2021: Adopta el capítulo indígena dentro del PDSP 2012-2021.
- Resolución 497 de 2021: Establece los criterios para la autorización y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud.
- Resolución 2063 de 2017: Regula la política de participación social en salud, con fundamentos en las Leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015.
- Resolución 518 de 2015: Establece directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC).

Estas normas destacan la importancia del Análisis de Situación de Salud (ASIS) para la planificación territorial en salud y la priorización de acciones, en coherencia con los determinantes sociales y las intervenciones propuestas en los planes de salud.

3. MARCO ESTRATÉGICO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022- 2031

Se desarrolla a través de la lógica de los ordenadores propuestos en el PDSP 2022-2024, los cuales responden a los Ejes estratégicos y se visualizan desde el nivel territorial. El objetivo específico que tiene cada uno de los ejes estratégicos se sintetiza en la siguiente tabla.

Tabla 1. Objetivos específicos de los ejes estratégicos PDSP 2022-2031

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVO ESPECÍFICO
Eje 1. Gobernabilidad y gobernanza de la salud pública.	Desarrollar capacidades y liderazgo para la cogestión, coadministración y cogobierno en un diálogo armónico con las formas organizativas de los pueblos y comunidades, organizaciones ciudadanas, sociales y comunitarias, a través del liderazgo y la generación de alianzas, acciones conjuntas, articuladas e integradas para el logro de resultados en salud, según la naturaleza de los problemas y las circunstancias sociales del territorio.
Eje 2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.	Contar con elementos para la acción que le permita aproximarse a las condiciones de vida y salud de las diferentes poblaciones de acuerdo con sus particularidades y necesidades, mediante el respeto a la integridad y la participación social, y como garante en la construcción conjunta de intervenciones desde el dialogo horizontal y respetuoso de sus saberes, prácticas y creencias
Eje 3. Determinantes Sociales de la Salud	Transformar las circunstancias injustas relacionadas con peores resultados de salud de la población, mediante la definición de acciones de carácter inter y transectorial en los planes de desarrollo territorial, con el fin de avanzar en la reducción de brechas socio-sanitarias.
Eje 4. Atención Primaria en Salud	Desarrollar acciones sectoriales e intersectoriales dirigidas a promover la salud, prevenir la enfermedad y recuperar la salud de la población, en escenarios como ciudades, espacios periurbanos, rurales, territorios indígenas y otros entornos donde las personas y colectivos desarrollan la vida cotidiana, aportando a la garantía del derecho

	fundamental a la salud.
Eje 5. Cambio climático, emergencias, desastres y pandemias	Reducir los impactos de las emergencias, desastres y el cambio climático en la salud humana y ambiental, a través de la gestión integral del riesgo como un proceso que propende por la seguridad sanitaria, el bienestar y la calidad de vida de las personas, por medio de la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortaleciendo la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso de las tecnologías, y servicios en salud necesarias para dar respuesta efectiva orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; y fortalecer la detección, atención y los mecanismos de disponibilidad y acceso a las tecnologías en salud necesaria para dar respuesta efectiva a un nuevo evento pandémico.
Eje 6. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria	Establecer la soberanía sanitaria y la construcción colectiva de conocimiento en salud como una prioridad en la agenda pública que permita avanzar en la investigación, desarrollo, innovación y producción local de tecnologías estratégicas en salud y el fortalecimiento de las capacidades en salud a nivel nacional y territorial.
Eje 7. Personal de Salud	Crear y desarrollar mecanismos para mejorar la distribución, disponibilidad, formación, educación continua, así como, las condiciones de empleo y trabajo digno y decente del personal de salud.

4. MARCO CONCEPTUAL

El Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece la política pública que guiará los esfuerzos en salud pública durante la próxima década, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en Colombia. Mediante la Resolución 100 de 2024, se asigna la responsabilidad de la planeación integral en salud a las entidades territoriales, mientras que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Entidades Adaptadas y regímenes exceptuados deben participar bajo los principios de coordinación, concurrencia, subsidiariedad y complementariedad. Estas entidades deben aportar insumos para el análisis de la situación de salud del territorio, desagregados por nivel departamental, distrital y municipal, e incluso a nivel de barrio o comuna.

Este proceso tiene como fin generar conocimientos que permitan gestionar el riesgo y mejorar la salud de la población afiliada. A su vez, sirve como insumo para la planeación territorial en salud, dentro de la implementación operativa del Plan Decenal. Las EPS y otras entidades de aseguramiento en salud, dentro de sus competencias, deben realizar análisis detallados de las condiciones de salud de su población y contribuir al diseño de intervenciones para abordar problemas y necesidades a nivel territorial.

Por lo anterior, UISALUD como parte activa y comprometida en la salud de los afiliados, presenta la identificación de las características y condiciones de salud de las personas, familias y comunidades, apoyando la planificación integral de salud a lo largo del ciclo de vida.

Los conceptos básicos a desarrollar desde la competencia del aseguramiento en salud a lo largo del documento se refieren a continuación:

4.1. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENFOQUE DIFERENCIAL.

Se reconoce el territorio como un espacio histórico, geográfico y socioambiental donde se produce social y biológicamente la vida a (Borde & Torre, 2017). Allí, se desarrolla la historia de los pueblos a lo largo del tiempo y de acuerdo con las relaciones de poder se definen dinámicas políticas, sociales, culturales, modos de producción que afecta la distribución y dinámica poblacional. Estos aspectos, conforman los determinantes socio-ambientales, que infieren en la vida de las personas, pueblos y comunidades, produciendo mejores o peores resultados en salud, es decir inequidades socio-sanitarias.

En este contexto, decimos que el territorio es constitutivo de dichas relaciones incluidas también la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

4.2. SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL TERRITORIO

No siempre se tiene una idea clara de lo que son los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC en adelante), de hecho, muchas veces se desconoce que se trata de aquellos derechos que posibilitan un nivel de vida adecuado para las personas dentro de un concepto de dignidad humana, que se traduce en alimentación, seguridad social, salud física y mental, vivienda, trabajo, sindicalización, educación, medio ambiente sano y agua (Naciones Unidas, 1966).

Ahora bien, es en el territorio donde la población accede a los DESC, por ello, las relaciones económicas, políticas y culturales que allí se establecen se materializan en temas como el mercado laboral, que, a la vez, se relaciona de manera estrecha con las condiciones socioeconómicas de las personas, así como con otros factores que de forma directa pueden afectar las condiciones de vida y salud de la población.

Se puede decir, que las relaciones de producción, es decir, las relaciones que las personas tienen como parte del proceso productivo, son fundamentales para organizar la vida social en una sociedad de mercado, dado que, estas producen estratificación de grupos de población o jerarquías sociales, que se acompañan de inequidades socio-sanitarias.

No obstante, no son los únicos procesos sociales que influyen en la manera como se organiza una sociedad, dado que también se debe tener presente la exclusión social, que ha generado la discriminación por raza, etnia o las inequidades de género.

Además, en Colombia se ha descrito una desigualdad territorial, que se expresó de manera contundente en el Índice de Pobreza Multidimensional del año 2018, y mostró que, si bien el país redujo el índice de Gini y aumentó el PIB general, persisten brechas entre regiones y entre la ruralidad y lo urbano.

Estos determinantes, producen desenlaces mórbidos, los cuales se definen como un resultado adverso o fatal relacionado con la salud de una persona. Se utiliza comúnmente para describir el resultado de una enfermedad, lesión o condición médica que conduce a la muerte o a un deterioro significativo de la salud, resultado de las circunstancias propias donde vive, crece y se reproduce y puede desencadenar en un proceso mortal, siendo estos resultados potencialmente evitables, mediado por la capacidad de regulación que tiene el Estado y el desarrollo de acciones intersectoriales y preventivas de manera anticipada.



4.3. PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS EN SALUD DE LOS AFILIADOS.

La priorización como instrumento para la toma de decisiones se consolida como una estrategia para enfrentar la gran pregunta: ¿Con los recursos disponibles, cuáles tecnologías sanitarias deben financiarse para lograr el mayor bienestar de la población posible? (Hauck, 2004).

Se define como un enfoque más o menos sistemático para distribuir los recursos disponibles entre las demandas existentes de tal manera que se logre el mejor sistema de salud posible con los recursos que se tienen. Asimismo, la priorización busca dar respuesta a cómo tomar las decisiones de asignación de recursos, involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos y políticos que puedan incidir en las decisiones de cobertura en un territorio (Sourdis, 2012)

4.4. ACCIONES QUE LA ENTIDAD ENCARGADA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD REALIZA A PARTIR DEL ANÁLISIS Y EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031.

La gestión del riesgo es un enfoque poblacional (GIRS), cuya experiencia se ha documentado en el marco de procesos de aseguramiento en salud. En el año 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social lo definió como un instrumento de política, que busca:

"reducir los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.

La GIRS se anticipa de esta forma a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Esto implica la acción coordinada de agentes sectoriales y extra sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde se vive, estudia, trabaja o recrea; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones; y el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En este marco se requiere la descripción de las estrategias y acciones, dirigidas a la transformación de la realidad social del territorio, para el logro de una mejor salud de su población afiliada, que se realizan de manera conjunta con la Entidad territorial.

5. ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA UISALUD

Como UISALUD, el análisis de las condiciones de salud de nuestra población afiliada se realiza para cada departamento, distrito, municipio y régimen en los cuales contamos con afiliados. Para ello, utilizamos la clasificación establecida en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), que considera como afiliado a las personas en estado activo, suspendido y en protección laboral, información que consultamos a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), a partir de las estadísticas de afiliados a salud según el corte de junio de cada año en curso.

Una vez desarrollado este análisis, lo presentamos a las entidades territoriales de salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, y al público en general en documentos claros y concisos. Estos documentos destacan los hallazgos más relevantes en salud de nuestra población afiliada en el territorio, así como las acciones conjuntas que realizamos con las entidades territoriales de salud para mitigar dichos hallazgos. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social ofrece servicios de información pública a través del SISPRO, con cortes oficiales que permiten una mejor comprensión de la situación de salud.

Es responsabilidad de UISALUD, dentro de nuestra capacidad técnico-científica, contar con sistemas de información y gestión del conocimiento estructurados. Esto nos permite generar indicadores propios y buscar información adicional para completar el análisis, asegurándonos de que la información utilizada cumpla con estándares mínimos de calidad, coherencia, consistencia y cobertura, con el fin de presentar un análisis de la situación de salud ajustado a la realidad de cada territorio.

Siguiendo el marco conceptual y aprovechando las diversas fuentes de información disponibles, desarrollamos cada capítulo del documento de análisis de las condiciones de salud de nuestra población afiliada, asegurándonos de cumplir con las orientaciones mínimas necesarias para la elaboración de este informe.

5.1. CAPÍTULO I. CONFIGURACIÓN DEL TERRITORIO DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENFOQUE DIFERENCIAL.

En este capítulo, se aborda la configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial. El análisis incorpora elementos clave para comprender cómo las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales impactan la salud de las personas, familias y comunidades en los territorios. A partir de esta perspectiva, se busca reconocer las particularidades y diversidades presentes en cada contexto territorial para orientar intervenciones más efectivas y equitativas en salud

5.1.1. Configuración espacial, demográfica y socio-ambiental

5.1.1.1. Distribución geográfica por territorios.

A corte de 31 de diciembre del año 2025, la población de UISALUD fue de 2.792 afiliados, que representan el 0,0052% de la población nacional y el 0,1140% del departamento de Santander.

Se evidencia que la mayor proporción de los afiliados de UISALUD reside en el departamento de Santander, que concentra el 97,28% del total de la población afiliada.

Dentro de este departamento, Bucaramanga es el principal municipio de residencia, al concentrar el 65,37% de los afiliados. Adicionalmente, al considerar los municipios que conforman el área metropolitana de Bucaramanga —Bucaramanga, Floridablanca (21,35%), Piedecuesta (6,81%) y Girón (2,69%)— se observa que el 96,22% de los afiliados residentes en Santander habita en esta área, lo que confirma una alta concentración poblacional en el entorno metropolitano.

Esta distribución territorial garantiza que la gran mayoría de los afiliados tenga acceso directo a la Unidad Especializada en Salud -UISALUD, ubicada en Bucaramanga. Por su parte, los afiliados que residen en otros municipios del departamento y en departamentos diferentes a Santander son atendidos a través de la Red Universitaria de Servicios de Salud (RUSS) y de las IPS de la red contratada, conforme a los mecanismos de referencia y contrarreferencia establecidos por UISALUD.

Tabla 2. Distribución de los afiliados UISALUD por departamento de residencia.

Departamento de residencia	Año 2024	% Var.	Año 2025	% Part.
Santander	2.674	-0,80%	2.716	97,28%
Cundinamarca	32	-3,00%	36	1,29%
Fuera del país	16	6,70%	0	0,00%
Antioquia	10	11,10%	11	0,39%
Boyacá	9	0,00%	9	0,32%
Valle	7	0,00%	8	0,29%

Caldas	4	0,00%	5	0,18%
Risaralda	2	0,00%	2	0,07%
Tolima	2	0,00%	2	0,07%
Norte de Santander	2	0,00%	1	0,04%
Magdalena	1	0,00%	1	0,04%
Quindío	1	0,00%	1	0,04%
Total general	2.760	-0,70%	2.792	100%

Fuente: Área afiliación 2025

La mayor proporción de la población afiliada se encuentra ubicada en la ciudad de Bucaramanga, con el 64,97 % (1.814 afiliados). Asimismo, los residentes del área metropolitana de Bucaramanga ascienden a 2.675 afiliados, lo que representa el 95,81 % del total de afiliados de UISALUD, quienes cuentan con acceso directo a la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) primaria de Bucaramanga.

Los afiliados que residen en otros municipios reciben la atención en salud a través de la Red Universitaria de Servicios de Salud (RUSS) y de las IPS de la red contratada, garantizando la continuidad y cobertura de los servicios conforme a los lineamientos institucionales.

5.1.1.2. Estructura demográfica de su población y el comportamiento evolutivo.

A diciembre del año 2025, UISALUD contaba con un total de 2.792 afiliados, de los cuales 1.737 (62,46%) eran cotizantes y 1.044 (37,54%) beneficiarios. Se registraron interrupciones temporales por viaje al exterior en 9 cotizantes (0,32%) y 2 beneficiarios (0,07%).

Del total de cotizantes, 791 (45,54%) correspondieron a personal activo de la UIS, distribuido en 463 docentes y 328 administrativos, mientras que 946 (54,46%) fueron pensionados.

Figura 1. Distribución de afiliados por tipo de afiliación

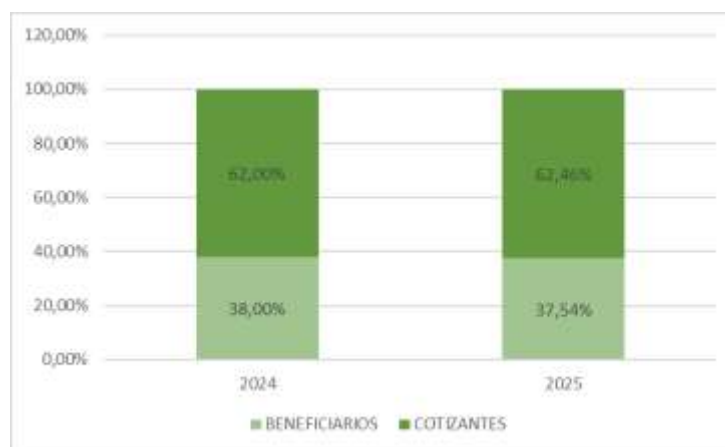


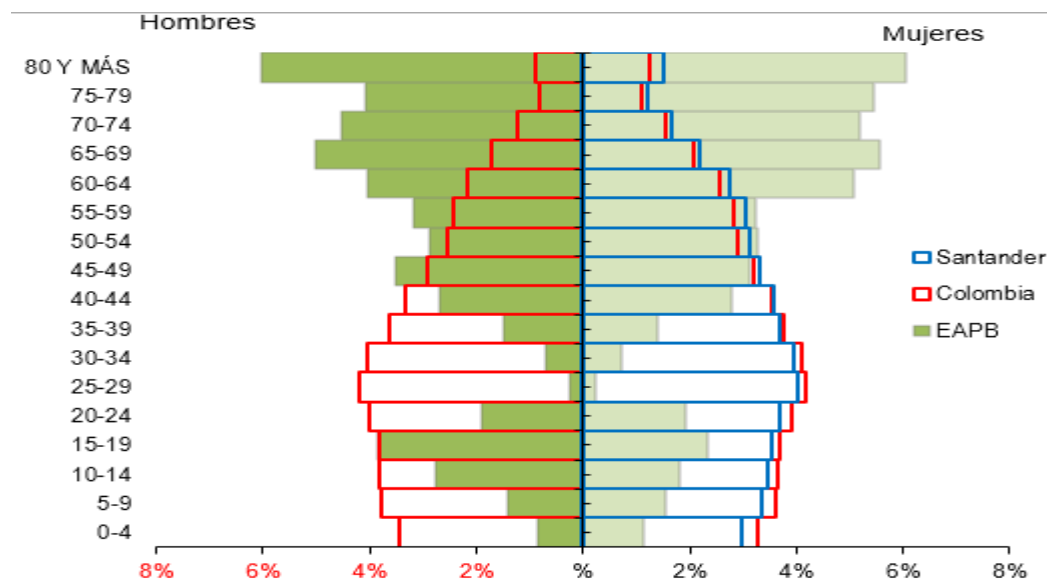
Figura 2. Distribución de afiliados cotizantes



Fuente: Área de afiliaciones UISALUD, 2025

La pirámide poblacional de UISALUD tiene una tendencia estacionaria, se aprecia un equilibrio entre todos los grupos de edad, consecuencia de una natalidad y mortalidad que se mantienen sin variaciones significativas durante un período de tiempo largo. Esta pirámide es una clara expresión de vejez, pero aún no estable, dado que la población sigue su envejecimiento, entre otros aspectos, por la elevada esperanza de vida en esta población. Es una típica pirámide de población con altos grados de desarrollo estructural y económico. Esta pirámide se considera el paso intermedio entre la pirámide progresiva y la regresiva. (Ver figura 9).

Figura 3. Pirámide poblacional de UISALUD



Fuente: Caracterización poblacional 2025.

5.1.1.3. Población por grupo de edad

El análisis por ciclo vital evidencia un proceso de transición demográfica caracterizado por el envejecimiento progresivo de la población afiliada. Se observa un incremento sostenido en el grupo de vejez, que pasa de 1200 personas en 2016 a 1401 en 2025, consolidándose como el grupo predominante. En contraste, los ciclos de vida más jóvenes presentan una disminución progresiva, especialmente en juventud y adultez, lo que sugiere una reducción en la población de reemplazo.

Adicionalmente, se evidencia una disminución global del total de afiliados en el periodo analizado, con una leve recuperación en el último año. Este comportamiento refleja una transformación en la estructura poblacional, con implicaciones directas en la demanda de servicios de salud, particularmente en el aumento de patologías crónicas, multimorbilidad y costos asociados a la atención en población envejecida.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de gestión del riesgo enfocadas en enfermedades crónicas, cuidado integral del adulto mayor y sostenibilidad financiera del sistema.

21

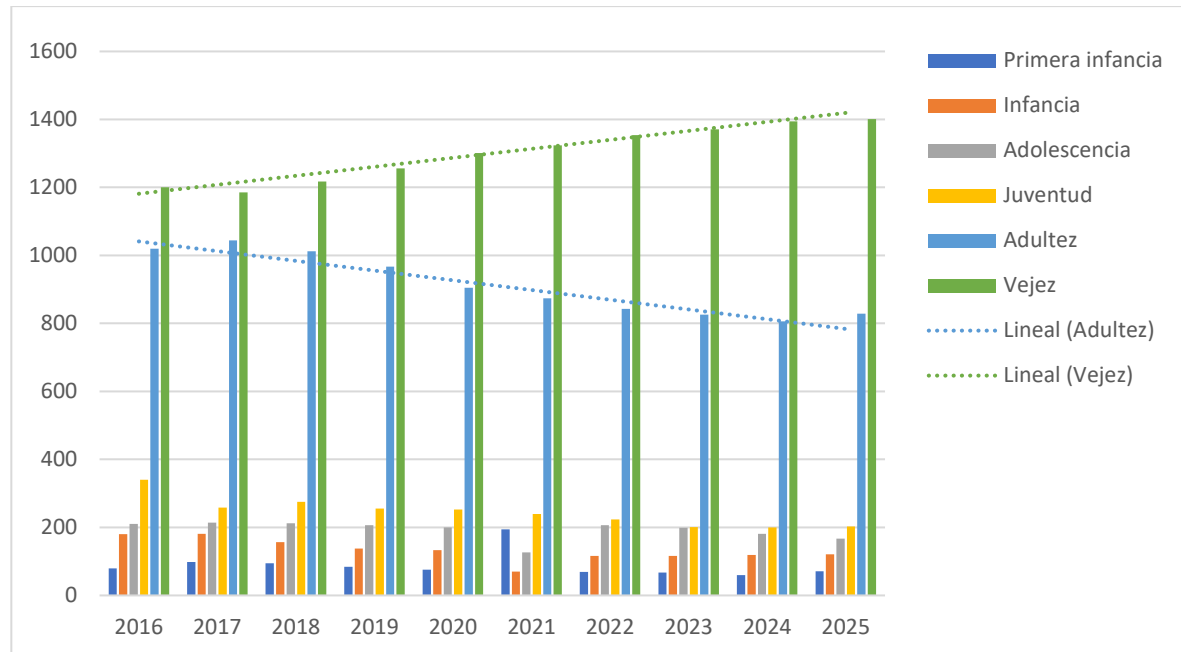
Tabla 3. Proporción de la población por ciclo vital, UISALUD

Edad por ciclo vital	Año 2024		% Var.	Año 2025					
	Total			Femenino		Masculino		Total	
	No.	% Part.		No.	% Part.	No.	% Part.	No.	% Part.
Primera infancia (<= 5 años)	60	2,2%	-18,33%	38	1,36%	33	1,18%	71	2,54%
Infancia (6 a 11 años)	119	4,3%	-1,68%	60	2,15%	61	2,18%	121	4,33%
Adolescencia (12 a 17 años)	181	6,6%	7,73%	64	2,29%	103	3,69%	167	5,98%
Joven (18 a 28 años)	200	7,2%	-1,50%	90	3,2%	113	4,0%	203	7,27%
Adulto (29 a 59 años)	806	29,2%	-2,85%	423	15,2%	406	14,5%	829	29,69%
Vejez (60 y más años)	1394	50,5%	-0,50%	753	27,0%	648	23,2%	1.401	50,18%
Total general	2.760	100%	-1,16%	1.428	100%	1.364	100%	2.792	100%

Fuente: Afiliación – corte 31 de diciembre de 2025

La proporción más baja es dada por la población menor de 5 años con el 2,5% (71) y dentro de este grupo, los menores de 1 año - 13 afiliados (0,46%).

Figura 4. Evolución poblacional de UISALUD 2016 - 2025

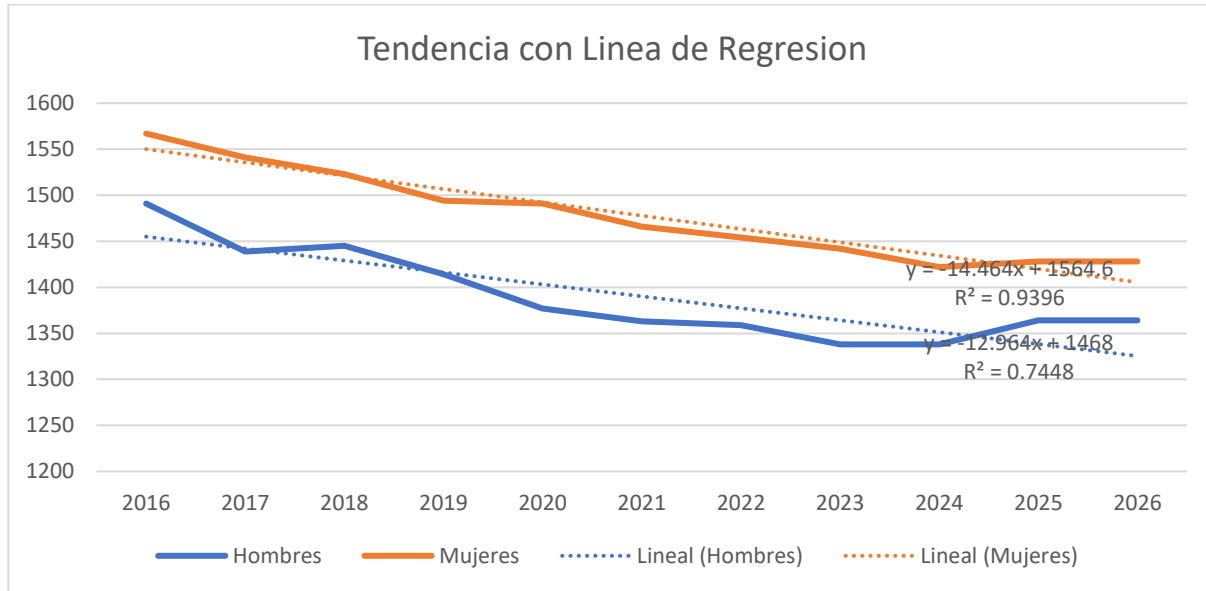


Fuente: Afiliación – corte 31 de diciembre de 2025

El análisis de tendencia mediante regresión lineal evidencia un comportamiento descendente del indicador en ambos sexos durante el periodo evaluado. En la población masculina, se observa una disminución promedio anual de 12.96 unidades ($R^2=0.7448$), lo que indica una tendencia moderadamente consistente con cierta variabilidad entre periodos. Por su parte, en la población femenina se evidencia una reducción más pronunciada de 14.46 unidades por año, con un alto grado de ajuste del modelo ($R^2=0.9396$), lo que refleja un comportamiento más estable en el tiempo.

En términos comparativos, aunque las mujeres presentan valores superiores a los hombres a lo largo del periodo, la reducción más acelerada en este grupo sugiere una disminución progresiva de la brecha entre ambos sexos. No obstante, en los años más recientes se observan leves variaciones respecto a la tendencia histórica, lo que podría indicar un proceso de estabilización del indicador, situación que requiere seguimiento en periodos posteriores.

Figura 5. Tendencia poblacional hombres vs mujeres UISALUD 2016 - 2025



El análisis de la distribución poblacional por lugar de residencia evidencia una concentración geográfica en el departamento de Santander (97,28%), particularmente en Bucaramanga (65,37%), seguido por Floridablanca (21,35%) y Piedecuesta (6,81%). Esta concentración sugiere que la dinámica poblacional y la demanda de servicios de salud están fuertemente centralizadas en el área metropolitana, mientras que la participación de otros departamentos es marginal (<2% en todos los casos), lo cual limita su impacto en la planificación global pero puede requerir seguimiento diferenciado por dispersión geográfica.

Desde el enfoque de ciclo vital, se confirma un predominio marcado del grupo de vejez, especialmente en los principales centros urbanos, destacándose Bucaramanga con 888 personas (31,81%) y Floridablanca con 315 (11,28%). En contraste, los grupos de primera infancia, infancia y adolescencia presentan proporciones considerablemente menores, lo que refuerza un patrón de envejecimiento poblacional y baja renovación generacional. La adultez sigue siendo relevante (20,67% en Bucaramanga), pero con tendencia a menor peso relativo frente al crecimiento de la población mayor.

En términos epidemiológicos y de gestión del riesgo, esta estructura poblacional implica una mayor carga de enfermedad crónica, multimorbilidad y uso intensivo de servicios de salud, especialmente en el nivel ambulatorio y hospitalario de mediana y alta complejidad. Este escenario demanda fortalecer estrategias enfocadas en el adulto mayor, como programas de atención integral, manejo de enfermedades crónicas, atención domiciliaria y cuidados paliativos, así como ajustes en la planeación financiera y operativa para garantizar la sostenibilidad del sistema frente a una población progresivamente envejecida.

Tabla 4. Proporción de la población por ciclo vital, UISALUD – Otros departamentos

Departamento Residencia	Ciudad Residencia	Ciclo de Vida	#	%
ANTIOQUIA	ENVIGADO	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	3	0,11%
	Total ENVIGADO		3	0,11%
	LA CEJA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total LA CEJA		1	0,04%
	MEDELLÍN	INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	1	0,04%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	5	0,18%
	Total MEDELLÍN		6	0,21%
	RIONEGRO	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	1	0,04%
	Total RIONEGRO		1	0,04%
Total ANTIOQUIA			11	0,39%
BOYACA	CHIQUINQUIRÁ	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	1	0,04%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	2	0,07%
		PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	2	0,07%
	Total CHIQUINQUIRÁ		6	0,21%
	MONIQUIRÁ	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%
	Total MONIQUIRÁ		1	0,04%
	TIBASOSA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total TIBASOSA		1	0,04%
	TUNJA	JOVEN (18 A 28 AÑOS)	1	0,04%
Total TUNJA		1	0,04%	
Total BOYACA			9	0,32%
CALDAS	MANIZALES	INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	1	0,04%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	4	0,14%
	Total MANIZALES		5	0,18%
Total CALDAS			5	0,18%
CESAR	VALLEDUPAR	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total VALLEDUPAR		1	0,04%
Total CESAR			1	0,04%
CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D.C.	JOVEN (18 A 28 AÑOS)	1	0,04%
	Total BOGOTÁ D.C.		1	0,04%
	BOGOTÁ, D.C.	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	1	0,04%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%
		JOVEN (18 A 28 AÑOS)	8	0,29%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	22	0,79%
	Total BOGOTÁ, D.C.		32	1,15%
	CAJICÁ	JOVEN (18 A 28 AÑOS)	1	0,04%
VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)		2	0,07%	
Total CAJICÁ		3	0,11%	
Total CUNDINAMARCA			36	1,29%
MAGDALENA	SANTA MARTA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	2	0,07%
	Total SANTA MARTA		2	0,07%
Total MAGDALENA			2	0,07%
NORTE DE SANTANDER	TOLEDO	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%

	Total TOLEDO		1	0,04%
Total NORTE DE SANTANDER			1	0,04%
RISARALDA	PEREIRA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total PEREIRA		1	0,04%
Total RISARALDA			1	0,04%
SANTANDER	BARBOSA	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total BARBOSA		2	0,07%
	BARRANCABERMEJA	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	2	0,07%
		Total BARRANCABERMEJA		2
	BUCARAMANGA	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	107	3,83%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	577	20,67%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	79	2,83%
		JOVEN (18 A 28 AÑOS)	122	4,37%
		PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	52	1,86%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	888	31,81%
		Total BUCARAMANGA		1825
	CHARALÁ	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
		Total CHARALÁ		1
	CONTRATACIÓN	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
		Total CONTRATACIÓN		1
	CURITÍ	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
		Total CURITÍ		1
	FLORIDABLANCA	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	38	1,36%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	163	5,84%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	25	0,90%
		JOVEN (18 A 28 AÑOS)	45	1,61%
		PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	10	0,36%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	315	11,28%
	Total FLORIDABLANCA		596	21,35%
	GIRÓN	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	4	0,14%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	24	0,86%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	3	0,11%
		JOVEN (18 A 28 AÑOS)	9	0,32%
		PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	4	0,14%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	31	1,11%
	Total GIRÓN		75	2,69%
LEBRÍJA	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	3	0,11%	
	INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	1	0,04%	
Total LEBRÍJA		4	0,14%	
LOS SANTOS	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%	
	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%	
Total LOS SANTOS		2	0,07%	
MOGOTES	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	1	0,04%	
	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	2	0,07%	

	Total MOGOTES		3	0,11%
	PIEDECUESTA	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	12	0,43%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	52	1,86%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	8	0,29%
		JOVEN (18 A 28 AÑOS)	16	0,57%
		PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	3	0,11%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	99	3,55%
	Total PIEDECUESTA		190	6,81%
	SAN GIL	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total SAN GIL		1	0,04%
	SOCORRO	ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	2	0,07%
		ADULTO (29 A 59 AÑOS)	2	0,07%
		INFANCIA (6 A 11 AÑOS)	1	0,04%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	7	0,25%
	Total SOCORRO		12	0,43%
	ZAPATOCA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total ZAPATOCA		1	0,04%
Total SANTANDER			2716	97,28%
TOLIMA	IBAGUÉ	ADULTO (29 A 59 AÑOS)	1	0,04%
		VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total IBAGUÉ		2	0,07%
Total TOLIMA			2	0,07%
VALLE	CALI	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	5	0,18%
	Total CALI		5	0,18%
	JAMUNDÍ	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	2	0,07%
	Total JAMUNDÍ		2	0,07%
	PALMIRA	VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	1	0,04%
	Total PALMIRA		1	0,04%
Total VALLE			8	0,29%
Total general			2792	100,00%

5.1.1.4. Descripción de afiliados UISALUD, por poblaciones diferenciales

Afiliados según pertenencia étnica

En la población afiliada de UISALUD para el año de análisis, no se reportan personas que pertenezcan a los siguientes grupos étnicos: Indígena, Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, Palanquero de San Basilio, ROM, Negro(a), mulato(a) afrodescendiente.

Afiliados que declaran ser desplazados

En UISALUD, durante el periodo de análisis no se reportaron personas en condición de desplazamiento entre los afiliados.

Para UISALUD el desplazamiento forzado interno constituye una violación de los Derechos Humanos, el

Derecho Internacional, los derechos constitucionales y la dignidad, que se convierte en una problemática nacional que afecta la dinámica de los centros urbanos y rurales.

Afiliados en condición de movilidad forzada

Para el caso de la Unidad, la población víctima del conflicto armado son 21 personas y están en el programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas – PAPSIVI, liderado por el área de trabajo social de la institución. El 52,4% (11) son hombres, y el 47,6% (10) son mujeres. El 95,2% reside en zona urbana. Por municipio de residencia el 81,0% están en Bucaramanga, 9,5% en Floridablanca y el 4,8% en Girón y Medellín. Lo anteriormente mencionado se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 5. Características de la Población víctima del conflicto armado, UISALUD

Variables		Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
Ciclo de Vida	Infancia	1	4,8	1	4,8	2	9,5
	Adolescencia			2	9,5	2	9,5
	Adulthood	6	28,6	3	14,3	9	42,9
	Vejez	3	14,3	5	23,8	8	38,1
Zona de Residencia	Urbana	9	42,9	11	52,4	20	95,2
	Rural	1	4,8			1	4,8
Municipio de Residencia	Bucaramanga	8	38,1	9	42,9	17	81,0
	Floridablanca	1	4,8	1	4,8	2	9,5
	Girón			1	4,8	1	4,8
	Medellín	1	4,8			1	4,8
Total general		10	47,6	11	52,4	21	100,0

Fuente: Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 dic de 2025

Afiliados en condición de discapacidad

En UISALUD se tiene un reporte de 46 personas en condición de discapacidad, lo que corresponde al 1,7 del total de afiliados. El 69% son hombres y el 31% son mujeres, el 100% viven en zona urbana, en su mayoría en Bucaramanga y Floridablanca con el 71% y 20% respectivamente. Respecto a la distribución por ciclo de vida, para la juventud está el 15,2% (7), adultez 71,7% (33) y vejez 10,9% (5). Según tipo de discapacidad el 73,9% (34) son de tipo mental, 15,2% (7) sensorial, 10,9% (5) física. Lo anteriormente mencionado se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 6. Afiliados en condición de discapacidad por ciclo vital y sexo UISALUD

Ciudad de residencia	Ciclo de Vida	Tipo de discapacidad	F	% Part.	M	% Part.	Total	% Part.
Bogotá	Vejez (60 Y Más Años)	Psicosocial - Mental	1	6,67%			1	2,13%
Bucaramanga	Adulto (29 A 59 Años)	Física			2	6,25%	2	4,26%
		Psicosocial - Mental	5	33,33%	11	34,38%	16	34,04%
		Sensorial	1	6,67%	5	15,63%	6	12,77%

	Infancia (6 A 11 Años)	Auditiva	1	6,67%		0,00%	1	2,13%
	Joven (18 A 28 Años)	Psicosocial - Mental	2	13,33%	3	9,38%	5	10,64%
	Vejez (60 Y Más Años)	Física			1	3,13%	1	2,13%
		Psicosocial - Mental			2	6,25%	2	4,26%
Floridablanca	Adulto (29 A 59 Años)	Física			2	6,25%	2	4,26%
		Psicosocial - Mental	2	13,33%	3	9,38%	5	10,64%
		Sensorial			1	3,13%	1	2,13%
	Infancia (6 A 11 Años)	Psicosocial - Mental			1	3,13%	1	2,13%
Girón	Vejez (60 Y Más Años)	Psicosocial - Mental	1	6,67%			1	2,13%
Piedecuesta	Adulto (29 A 59 Años)	Psicosocial - Mental	1	6,67%			1	2,13%
	Joven (18 A 28 Años)	Psicosocial - Mental	1	6,67%	1	3,13%	2	4,26%
Total general			15	100%	32	100%	47	100%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 de diciembre de 2025

Tabla 7. Afiliados en condición de discapacidad por ciclo vital y sexo UISALUD

Grupos quinquenales de edad	Proporción de mujeres afiliadas en condición de discapacidad	Proporción de hombres afiliados en condición de discapacidad	Proporción de afiliados total en condición de discapacidad
05 a 14 años	1,09	0,91	0,99
19 a 44 años	4,02	6,33	5,17
45 a 49 años	1,15	6,86	4,23
50 a 54 años	1,04	6,41	3,45
55 a 59 años	1,08	2,20	1,63
60 a 64 años	0,72	1,01	0,84
65 a 69 años	0,00	0,68	0,34
70 a 74 años	0,68	0,00	0,36
75 años y mayores	0,00	0,36	0,17
total	1,12	2,56	1,81

Fuente: Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 de diciembre de 2025

Tabla 8. Afiliados en condición de discapacidad por zona de residencia UISALUD

RESIDENCIA	mujeres afiliadas, declaradas en condición de discapacidad	Proporción de mujeres afiliadas en condición de discapacidad	hombres afiliados, declarados en condición de discapacidad	Proporción de hombres afiliados en condición de discapacidad	afiliados totales, declarados en condición de discapacidad	Proporción de afiliados total en condición de discapacidad
68001 – Bucaramanga	8	0,78	24	2,6	32	1,6
68276 – Floridablanca	2	0,8	7	2,7	9	1,7
68307 – Girón	1	2,9	0	0	1	1,4
68001 – Bucaramanga	2	2,7	1	1,3	3	2
68000 – Bogotá	1	100	0		1	100

Fuente: Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 de diciembre de 2025

Enfermedad laboral

Tabla 9. Características de la población con enfermedad laboral UISALUD

Municipio	Año 2023	% Part.	% Var	Año 2024 y 2025	% Part.	% de afiliados
68001 – Bucaramanga	26	70,3%	38,5%	36	73,5%	1,3%
68276 – Floridablanca	8	21,6%	12,5%	9	18,4%	0,3%
68307 – Girón	1	2,7%	100,0%	2	4,1%	0,1%
68547 – Piedecuesta	2	5,4%	0,0%	2	4,1%	0,1%
Total	37	100%	32,4%	49	100%	1,8%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 de diciembre de 2025

El porcentaje de enfermedades laborales en la población afiliada es del 1%. Esta población es incluida en el Programa de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Universidad, a quienes se les realiza un estricto seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones médico-laborales, según el caso.

En lo corrido del año 2024, se reportó un nuevo caso de enfermedad laboral (F431-TRASTORNO DE ADAPTACION) y se incluyeron los casos con dictamen definitivo que se encontraban en las diferentes instancias del proceso para calificación definitiva.

Las causas de estas enfermedades laborales, es dado principalmente por Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99) 21 casos – 42,9%. En segundo lugar, las Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99) 13 casos – 26,5%. Estas patologías se relacionan con el riesgo ergonómico.

5.1.1.5. Descripción del comportamiento de indicadores demográficos relevantes de la población afiliada.

Los siguientes indicadores demográficos, han mostrado estabilidad a través del tiempo para el Sistema de Salud de la Universidad Industrial de Santander:

Tabla 10. Indicadores de estructura demográfica UISALUD Nacional, Colombia, Santander.

Índices demográficos	Colombia	UISALUD	Santander
Población total	53.110.609	2.792	2.393.214
Población Masculina	25.919.481	1.364	1.170.911
Población femenina	27.141.128	1.428	1.222.303
Relación hombres: mujer	0,95	95,52	0,96
Razón niños: mujer	26	15,2	24
Índice de infancia	22	13,1	20
Índice de juventud	24	5,8	23
Índice de vejez	10	41,7	11
Índice de envejecimiento	47	318,9	56
Índice demográfico de dependencia	47,59	121,1	46,47
Índice de dependencia infantil	32,35	28,9	29,87
Índice de dependencia mayores	15,25	92,2	16,6
Índice de Friz	104,64	78,3	97,53

Fuente: *Elaboración propia. Base de datos afiliados: fecha de corte: 31 de diciembre de 2025*

Tabla 11. Interpretación Indicadores de estructura demográfica en UISALUD

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En UISALUD por cada 100 mujeres hay 96 hombres.
Razón niños mujer	En UISALUD por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49años) hay 15 niños y niñas entre 0 y 4 años.
Índice de infancia	En UISALUD por cada 100 personas hay 13 menores de 15 años.
Índice de juventud	En UISALUD por cada 100 personas hay 6 personas entre 15 a 29 años.
Índice de vejez	En UISALUD por cada 100 personas hay 42 personas mayores de 65 años.
Índice de envejecimiento	En UISALUD por cada 100 personas menores de 15 años, hay 319 personas mayores de 65 años
Índice demográfico de dependencia	En UISALUD por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, hay 121 personas menores de 15 años y mayores de 65 años (dependientes).

Índice de dependencia infantil	En UISALUD por cada 100 personas entre los 15 a 64 años, dependen 29 menores de 15 años.
Índice de dependencia mayores	En UISALUD de cada 100 personas entre los 15 a 64 años dependen 92 personas mayores de 65 años.
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Al comparar el índice de envejecimiento de UISALUD nacional y de los municipios donde se presentaron afiliados estos fueron superiores con lo reportado en los respectivos entes territoriales y con una diferencia significativa.

En la siguiente tabla se presenta el valor del índice de envejecimiento de UISALUD y sus municipios donde residen los afiliados y el valor del ente territorial. El color rojo reportado corresponde a la semaforización arrojada por la plantilla de Excel del Ministerio de Salud que significa que el valor presentado por UISALUD está por encima del valor territorial.

Tabla 12. Índice de envejecimiento de la población UISALUD vs ente territorial 2025

Entidad territorial donde residen los afiliados UISALUD	Índice de envejecimiento UISALUD	Índice de envejecimiento en la entidad territorial
COLOMBIA	318,9	47,13
SANTANDER	415,71	55,56
BUCARAMANGA	398,46	63,54
FLORIDABLANCA	555	58,3
GIRÓN	169,23	42,15
PIEDRECUESTA	441,67	43,96
SOCORRO	400	62,37

5.1.1.6. Identificación de problemáticas socio-ambientales del territorio que pueden influir en la salud de la población afiliada.

En el departamento de Santander, en el cual se encuentra la mayor concentración de la población con el 99% de los afiliados, se identifican problemáticas socioambientales críticas que actúan como determinantes intermedios de la salud y representan desafíos epidemiológicos estructurales para UISALUD.

El factor físico-ambiental más relevante se deriva de la topografía accidentada de la región y las dinámicas climáticas del área metropolitana de Bucaramanga. Durante las temporadas de lluvias intensas, se incrementa



la susceptibilidad a deslizamientos e inundaciones repentinas. Desde la perspectiva de la gestión del riesgo, esto influye directamente en la salud de la población afiliada al generar barreras temporales de acceso físico a la infraestructura de servicios y afectar la movilidad de los usuarios, especialmente de la población adulta mayor, la cual exhibe un índice de dependencia muy superior al promedio departamental.

Asimismo, los fenómenos de variabilidad climática asociados al cambio climático —como las olas de calor extremas (islas de calor urbanas) y las alteraciones en el régimen de precipitaciones— tienen un impacto directo en el perfil de morbilidad de la institución. Estas variaciones exacerbaban el riesgo de brotes por enfermedades transmitidas por vectores (ETV), principalmente el dengue, el cual presenta un comportamiento endémico-epidémico en Bucaramanga y su área metropolitana. El aumento de las temperaturas medias en el territorio reduce el período de incubación del virus y acelera la reproducción del vector, configurando una amenaza latente para el colectivo de afiliados que residen o se desplazan por las zonas de mayor vulnerabilidad climática de la ciudad.

Adicionalmente, las variaciones en la calidad del aire urbano y los picos de contaminación ambiental actúan como desencadenantes y agravantes de patologías respiratorias crónicas, tales como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el Asma, las cuales forman parte de la alta carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles que caracteriza a la población de UISALUD.

Por consiguiente, aunque la población afiliada cuente con condiciones socioeconómicas particulares, la institución reconoce que los determinantes socioambientales y los eventos climáticos extremos del territorio santandereano representan un riesgo potencial y predictivo sobre la salud humana. UISALUD articula de manera permanente sus sistemas de vigilancia epidemiológica institucional con los reportes de notificación obligatoria (SIVIGILA) y los planes de contingencia de las autoridades sanitarias territoriales, orientando sus estrategias de promoción y prevención (como la vacunación contra influenza y neumococo en grupos de riesgo) a mitigar de forma anticipada el impacto de estas variables ambientales sobre el bienestar de sus afiliados.

5.1.1.7. Distribución de su red de prestación de servicios de salud habilitada y contratada para la atención de su población afiliada.

El análisis tridimensional de la distribución geográfica de los afiliados, la oferta contratada y la suficiencia de la red primaria denota un modelo de atención con un fuerte núcleo asistencial centralizado, pero con desafíos específicos frente a la dispersión nacional.

Como se consolida en la Tabla 13, la demanda de servicios de salud de UISALUD se concentra de forma mayoritaria en el departamento de Santander (específicamente en el área metropolitana de Bucaramanga), agrupando en los municipios de Bucaramanga (1.825 usuarios), Floridablanca (596), Piedecuesta (190) y Girón (75) la masa crítica de la población. Esta centralización territorial permite optimizar la capacidad instalada y la gestión del riesgo primario a través de la Universidad Industrial de Santander como IPS propia y dominante, garantizando un control epidemiológico directo y una oportunidad de atención alineada con los requerimientos de la población urbana.

A nivel de suficiencia, la institución alcanza un nivel óptimo de asignación formal a IPS primaria con un 99,8% de cobertura global (2.787 usuarios con red asignada y efectiva). No obstante, bajo la óptica de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) que exige el lineamiento del Ministerio, se identifican brechas críticas de acceso en territorios con baja densidad de afiliados bajo la observación de contratación "En proceso", localizados en los municipios de Ibagué (2 afiliados), Santa Marta (2 afiliados) y Valledupar (1 afiliado), los cuales registran un 0% de cobertura efectiva.

Aunque matemáticamente estos 5 usuarios representan una proporción marginal, desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud (APS) constituyen un riesgo epidemiológico muy alto. La ausencia de una IPS primaria formalizada en sus municipios de residencia rompe la continuidad de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), anula las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, y eleva la probabilidad de una detección tardía de patologías crónicas o eventos de alto costo debido a barreras geográficas y administrativas de acceso.

Para mitigar esta brecha de oferta y garantizar la equidad en salud, UISALUD priorizará dentro de sus planes de intervención la formalización de alianzas estratégicas interinstitucionales (bajo la modalidad de convenios con los programas de salud de las Universidades Públicas locales o redes de cajas de compensación familiar, tal como opera con éxito en Risaralda o Antioquia) para activar de manera inmediata la Red de Prestadores de Servicios de Salud (PSS) primaria en los nodos dispersos faltantes, eliminando los tiempos de espera prolongados y asegurando el cuidado integral de la totalidad de su población de forma independiente a su ubicación geográfica

Tabla 13. Distribución de IPS Primaria UISALUD por municipio de residencia de población afiliada

Residencia	Afiliados a 31 dic 2025	IPS Primaria	afiliadas por IPS primaria en el municipio.	% de cobertura por IPS
Bucaramanga	1.825	Universidad Industrial de Santander	1825	100%
Floridablanca	596	Universidad Industrial de Santander	596	100%
Piedecuesta	190	Universidad Industrial de Santander	190	100%
Girón	75	Universidad Industrial de Santander	75	100%
Bogotá, D.C.	33	Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD UNAL Sede Bogotá	33	100%
Socorro	12	Hospital Manuela Beltrán	12	100%
Chiquinquirá	6	Universidad de Tunja	6	100%
Medellín	6	Universidad de Antioquía – Programa de Salud UDEA	6	100%
Cali	5	Universidad del Valle – SERVISALUD	5	100%

Manizales	5	Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD UNAL Sede Manizales	5	100%
Lebríja	4	Universidad Industrial de Santander	4	100%
Cajicá	3	Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD UNAL Sede Bogotá	3	100%
Envigado	3	Universidad de Antioquía – Programa de Salud UDEA	3	100%
Mogotes	3	Hospital Manuela Beltrán	3	100%
Barbosa	2	Universidad de Tunja	2	100%
Barrancabermeja	2	Universidad Industrial de Santander	2	100%
Ibagué	2	En proceso	0	0%
Jamundí	2	Universidad del Valle – SERVISALUD	2	100%
Los Santos	2	Universidad Industrial de Santander	2	100%
Santa Marta	2	En proceso	0	0%
Charalá	1	Hospital Manuela Beltrán	1	100%
Contratación	1	Hospital Manuela Beltrán	1	100%
Curití	1	Hospital Manuela Beltrán	1	100%
La Ceja	1	Universidad Nacional de Colombia - UNISALUD UNAL Sede Bogotá	1	100%
Moniquirá	1	Universidad de Tunja	1	100%
Palmira	1	Universidad del Valle – SERVISALUD	1	100%
Pereira	1	Confamiliar Risaralda.	1	100%
Rionegro	1	Universidad Industrial de Santander	1	100%
San Gil	1	Hospital Manuela Beltrán	1	100%
Tibasosa	1	Universidad de Tunja	1	100%
Toledo	1	En proceso	1	100%
Tunja	1	Universidad de Tunja	1	100%
Valledupar	1	En proceso	0	0%
Zapatoca	1	Universidad Industrial de Santander	1	100%



Total	2792	Total	2787	99,8%
-------	------	-------	------	-------

Fuente: Elaboración propia datos tomados del área de contratación y afiliación

Estrategia Epidemiológica Transitoria y Garantía de Acceso para Municipios con Cobertura "En Proceso"

Con el objetivo de mitigar de forma anticipada la aparición de barreras de acceso, asegurar la continuidad de los tratamientos vigentes y blindar la oportunidad en la atención de los afiliados residentes en los municipios catalogados "En Proceso" (Ibagué, Santa Marta y Valledupar), UISALUD establece el siguiente **Protocolo de Contingencia y Gestión del Riesgo Transitorio**, el cual operará de manera concomitante al trámite administrativo de perfeccionamiento contractual:

- **Activación de la Red de Reciprocidad Universitaria y de Emergencia:** Mientras se consolida el prestador primario definitivo en cada localidad, la atención médica programada e imprevista de estos usuarios está garantizada mediante convenios vigentes de reciprocidad con las IPS de la Red Universitaria Nacional y, en su defecto, a través de las redes de urgencias de los hospitales públicos locales de mediana complejidad en cada cabecera municipal, evitando la discontinuidad del aseguramiento.
- **Canalización y Enlace de Gestión del Riesgo Centralizado:** UISALUD dispone de una línea de atención prioritaria y un Gestor de Casos institucional desde la sede central (Bucaramanga). Este profesional realiza un seguimiento telefónico bimensual activo a los 5 usuarios ubicados en estas zonas dispersas para evaluar su estado de salud, coordinar de forma directa la autorización de citas de control, y gestionar de manera remota la expedición de órdenes médicas.
- **Mecanismo Transitorio para el Acceso a Medicamentos y Tecnologías:** Para las patologías crónicas que requieren adherencia estricta, la institución implementa la modalidad de dispensación centralizada con envío certificado al domicilio del usuario o, de ser necesario, autoriza el mecanismo de reembolso ágil contra la presentación de la fórmula médica legal vigente, asegurando que la transición contractual no impacte el control clínico de los pacientes.
- **Ruta de Notificación Obligatoria y SIVIGILA:** Ante la ocurrencia de un evento de interés en salud pública en estos afiliados, UISALUD coordinará directamente con la Entidad Territorial local (Secretarías de Salud de Ibagué, Santa Marta o Valledupar) para asegurar la notificación obligatoria y el despliegue de las acciones de campo pertinentes, manteniendo la trazabilidad epidemiológica del caso.

Este esquema transitorio garantiza de forma absoluta que el **100% de la población afiliada** a UISALUD cuente con mecanismos de protección activa y acceso efectivo a los servicios de salud, cumpliendo con los principios de equidad, seguridad y continuidad exigidos en el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS).



5.1.2. Condiciones sociales, económicas y de calidad de vida de la población del territorio

De acuerdo con el modelo conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) exigido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el análisis de las condiciones de vida de la población de UISALUD trasciende la caracterización demográfica para identificar cómo las condiciones socioeconómicas estructurales impactan los perfiles de morbilidad institucional. Al tratarse de un régimen de excepción con población cerrada, la institución dispone de información trazable sobre variables clave como ingresos, estrato socioeconómico, nivel educativo y ocupación de sus cotizantes y beneficiarios, permitiendo la detección temprana de inequidades en salud y el diseño de intervenciones diferenciales

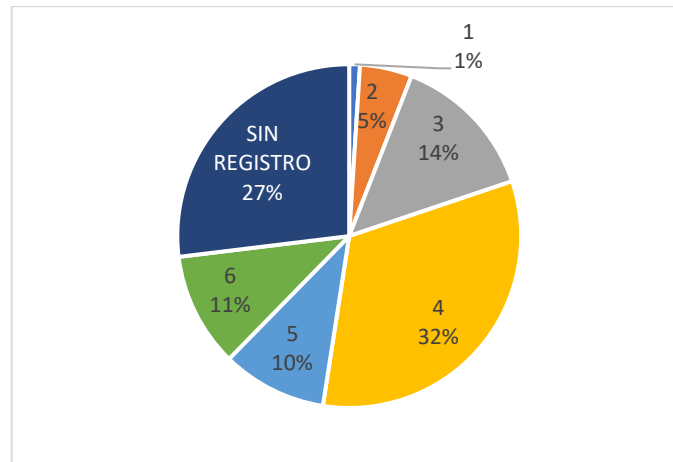
5.1.2.1. Condiciones de vida y vulnerabilidad de la población afiliada, así como las características socioeconómicas, educativas y de atención, que permite comprender las circunstancias de vida de los afiliados

Estratificación Socioeconómica y su Implicación Epidemiológica

La distribución de la población afiliada según su estrato socioeconómico (**Figura 6**) revela una estructura predominantemente concentrada en los niveles medio-alto y alto. El 53,24% de los afiliados se ubica en los estratos 4, 5 y 6, lo que generalmente se correlaciona con entornos urbanos estables, acceso continuo a servicios públicos domiciliarios de calidad y entornos residenciales de menor riesgo físico-ambiental.

No obstante, bajo una perspectiva de equidad y enfoque diferencial, UISALUD prioriza el análisis del **19,83% de la población afiliada que reside en estratos 1, 2 y 3**. A pesar de pertenecer a una población laboralmente vinculada o beneficiaria de un régimen especial, este grupo presenta una vulnerabilidad relativa mayor en el marco de la crisis climática y la seguridad alimentaria urbana. La estratificación socioeconómica actúa como un proxy del entorno micro - territorial; por tanto, este segmento requiere un seguimiento más estrecho dentro de los programas de promoción y prevención, dado que las barreras del entorno residencial (transporte, accesibilidad vial, redes de apoyo comunitario) inciden directamente en la oportunidad y la adherencia a tratamientos médicos de control crónico.

Figura 6. Distribución por estrato socioeconómico.



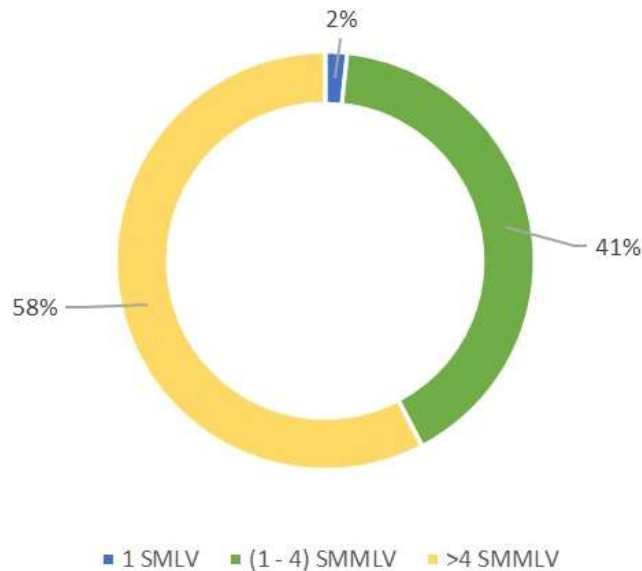
Fuente: Elaboración propia según información de la base de datos de afiliados.

Capacidad Económica y Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

El comportamiento de los ingresos salariales de los cotizantes (**Figura 4**) confirma una alta suficiencia económica global, caracterizada por una mediana de 6,1 SMMLV, donde el 50% de los afiliados cotizantes devengan entre 2,7 y 9,3 SMMLV. Siguiendo los criterios de clasificación del DANE, el 57,6% (1.031 cotizantes) se categoriza en un nivel de ingresos superior a los 4 SMMLV (clase alta), mientras que el 40,6% (727 cotizantes) se ubica en la franja de clase media (entre 1 y 4 SMMLV).

Frente a este panorama de aparente homogeneidad y bienestar financiero, el sistema de vigilancia epidemiológica institucional fija su atención de forma prioritaria en los **30 afiliados cotizantes que perciben un ingreso equivalente a 1 SMMLV**. Desde el enfoque analítico de la GIRS, una menor capacidad económica familiar restringe la flexibilidad para asumir gastos de bolsillo indirectos no cubiertos por el plan de salud (tales como transporte para citas de subespecialidades, cuidadores formales para adultos mayores dependientes o adquisición de complementos nutricionales específicos). Este factor económico estructural puede traducirse en barreras invisibles de acceso que terminan impactando los indicadores institucionales de control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Figura 7. Comparación de Ingreso salarial afiliados UISALUD



Fuente: UISALUD

Determinantes Estructurales del Entorno Territorial (Bucaramanga / Santander)

Las circunstancias de vida de los afiliados no están aisladas de las realidades del territorio donde residen y desarrollan sus actividades cotidianas. Como se detalla en la **Tabla 17**, los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y las variables de entorno socioeconómico de Bucaramanga y los municipios del área metropolitana configuran el macro contexto que moldea la salud colectiva.

La interacción entre un alto nivel educativo promedio de la población cotizante y las coberturas de servicios públicos de la región favorece una alta alfabetización en salud, lo cual explica la excelente cobertura formal y la demanda informada de servicios de salud en la institución. Sin embargo, las brechas macroeconómicas municipales del entorno santandereano imponen la necesidad de que UISALUD mantenga una búsqueda activa y un monitoreo continuo de sus grupos más vulnerables (afiliados de bajos ingresos, adultos mayores solos en estratos bajos), articulando sus acciones asistenciales con las redes de apoyo social y los programas de la entidad territorial, asegurando así un abordaje integral de la salud fundamentado en la equidad intersectorial.

Tabla 14: Determinantes estructurales de las inequidades en salud

Código DANE	Entidad territorial	Proporción de Personas en NBI (%)	Porcentaje Analfabetismo	Cobertura Acueducto %	Cobertura Alcantarillado %
68	Santander	9,58		69,96	61,49
68001	Bucaramanga	5,56	2,25	80,44	80,25
68276	Floridablanca	3,97	1,77	72,78	72,14
68307	Girón	6,67	2,86	62,37	57,72
68406	Lebrija	10,22	5,28	99,99	99,99
68547	Piedecuesta	5,55	2,84	68,81	65,53
68755	Socorro	4,13	3,73	71,27	71,27
5	Antioquia	10,73		80,48	73,77
5001	Medellín	5,23	2,34	97,78	96,75
5266	Envigado	2,07	0,87	84,16	86,42
11	Bogotá, D.C.	3,47	1,29	98,5	98,5
15	Boyacá	10,15		63,47	34,31
25	Cundinamarca	6,36		71,29	54,91
25175	Chía	3,04	1,29	91	77,48
76	Valle Del Cauca	6,25		76,66	69,8
76001	Cali	4,11	2	73,6	66,84
76364	Jamundí	6,56	2,69	99,72	97,83
	Colombia	14,28			

Fuente: Teradata, <https://terridata.dnp.gov.co/index-app.html#/perfiles/68001>. DANE: Indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI), según recientes agregaciones territoriales (visitado enero de 2026).

5.1.2.2. Análisis de la Oferta de la Red Prestadora de Servicios de Salud de UISALUD

UISALUD ha estructurado su Red Prestadora de Servicios de Salud (Red PSS) bajo los principios de suficiencia, integralidad y oportunidad, garantizando el acceso formal y la continuidad de la atención de su población afiliada. La red integra de manera armónica prestadores públicos y privados, instituciones de baja, mediana y alta complejidad, así como servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Para el periodo de análisis, la red está conformada por un total de **157 Prestadores de Servicios de Salud (PSS)** articulados nacionalmente.

Distribución Geográfica y Correspondencia Poblacional de la Red

La conformación de la Red PSS responde de manera directa a la concentración demográfica de los usuarios. Como se detalla en la **Tabla 15**, el modelo presenta un nodo centralizado en el departamento de Santander, donde se agrupa el 97,28% de la población afiliada y se concentra el 89,8% de la oferta institucional disponible (141 prestadores entre profesionales independientes, IPS de diversas complejidades y la IPS propia UISALUD).

Para garantizar la cobertura del 2,72% de los afiliados ubicados fuera del nodo principal, UISALUD dispone de 16 prestadores estratégicos (10,2% de la red nacional) distribuidos en los departamentos con presencia de usuarios, operando principalmente a través de convenios de reciprocidad con la Red Universitaria de Salud (como UNISALUD y el Programa de Salud de la Universidad de Antioquia) e IPS locales contratadas de forma dirigida.

Tabla 15. Red de Prestadores Servicios de Salud UISALUD 2025 por Departamento

Departamento de residencia	Año 2025	No. DE PPS	PARTICIPACIÓN AFILIADOS	PARTICIPACIÓN PRESTADORES
Santander	2.716	97,28%	141	89,8%
Cundinamarca	36	1,29%	2	1,3%
Fuera del país	0	0,00%	6	3,8%
Antioquia	11	0,39%	3	1,9%
Boyacá	9	0,32%	3	1,9%
Valle	8	0,29%	2	1,3%
Caldas	5	0,18%	1	89,8%
Risaralda	2	0,07%	1	1,3%
Tolima	2	0,07%	1	3,8%
Norte de Santander	1	0,04%	1	1,9%
Magdalena	1	0,04%	1	1,9%
Quindío	1	0,04%	1	1,3%
Total general	2.792	100%		100%

Capacidad Resolutiva por Niveles de Complejidad

De acuerdo con las exigencias normativas del lineamiento, la suficiencia de la red debe analizarse según su capacidad de respuesta frente a las necesidades epidemiológicas de la población. La Red PSS de UISALUD se clasifica por niveles de complejidad como se presenta en la **Tabla 19**.

Tabla 16. Red de Prestadores de Servicios de Salud según Nivel de Complejidad

Nivel de Complejidad	Santander (No.)	Santander (%)	Otros Departamentos (No.)	Otros Deptos. (%)	Total Nacional (No.)	Total Nacional (%)
ALTA	16	11,3%	5	31,3%	21	13,4%
MEDIA	103	73,1%	11	68,7%	114	72,6%
BAJA	19	13,5%	0	0,0%	19	12,1%
No Aplica (Apoyo)	3	2,1%	0	0,0%	3	1,9%
TOTAL	141	100,0%	16	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia, datos del Área de Contratación.

El análisis de complejidad demuestra una alta concentración en el **Nivel Medio (72,6% de la red nacional)**. Esta distribución es epidemiológicamente coherente y responde a la transición demográfica de UISALUD, cuya población se caracteriza por un envejecimiento marcado y una alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles. La oferta de mediana complejidad garantiza la disponibilidad de consultas especializadas de primer orden (Medicina Internas, Cardiología, Endocrinología) y ayudas diagnósticas intermedias indispensables para el control clínico de estos pacientes, evitando la progresión hacia estadios críticos. La alta complejidad (13,4%) asegura el soporte vital y el manejo de patologías catastróficas o de alto costo.

Capacidad Instalada e Infraestructura del Nodo Primario (IPS UISALUD)

La piedra angular del modelo de atención es la sede propia ubicada en la Universidad Industrial de Santander, la cual actúa como **IPS Primaria** dominante. Esta sede está diseñada para operativizar las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), asegurando la complementariedad de servicios y la contención del riesgo primario antes de derivar a la red externa contratada.

Los servicios ambulatorios debidamente habilitados ante la entidad territorial se relacionan en la siguiente tabla

Tabla 17. Relación servicios ambulatorios UISALUD

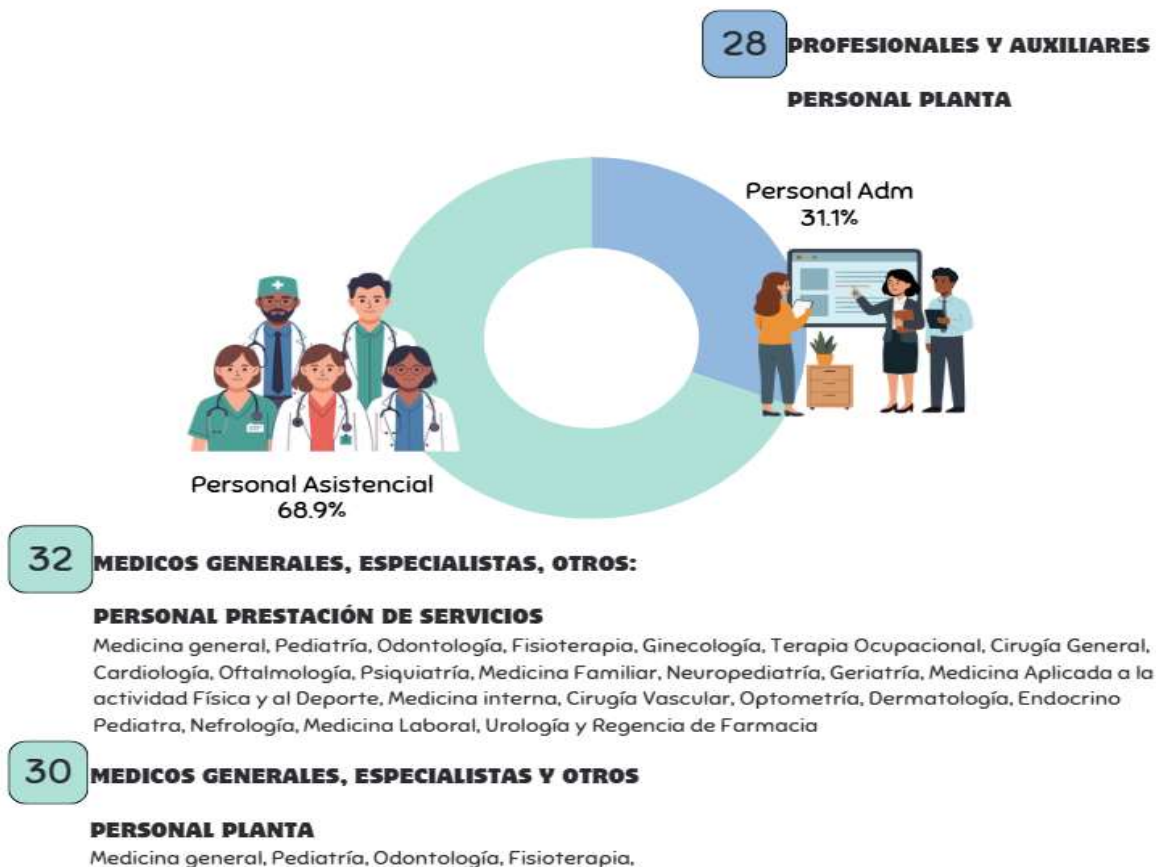
	Servicio	Distintivo
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	Toma de muestras de laboratorio clínico-cód.712	DHSS0184806
	Servicio farmacéutico-cód.714	DHSS0184807
	Terapia respiratoria-cód.729	DHSS0184808
	Fisioterapia-cód.739	DHSS0184809
	Toma de muestras de cuello uterino y genecológicas-cód.749	DHSS0184811
Consulta Externa	Medicina familiar-cód.325	DHSS0169225
	Dermatología-cód.308	DHSS0184794
	Enfermería-cód.312	DHSS0184795
	Ginecobstetricia-cód.320	DHSS0184797
	Medicina física y del deporte-cód.326	DHSS0184798
	Medicina general-cód.328	DHSS0184799
	Medicina interna-cód.329	DHSS0184800
	Nefrología-cód.330	DHSS0184801
	Nutrición y dietética-cód.333	DHSS0184802
	Odontología general-cód.334	DHSS0184803
	Pediatría-cód.342	DHSS0184804
	Neuropediatría-cód.388	DHSS0184805
	Reumatología-cód.348	DHSS0430533
	Medicina del trabajo y medicina laboral-cód.407	DHSS0482672
	Oftalmología-cód.335	DHSS0594500
	Optometría-cód.337	DHSS0594501
	Psicología-cód.344	DHSS0594502
Cardiología-cód.302	DHSS0594498	
Endocrinología -cód.310	DHSS0594449	

Caracterización del Talento Humano Institucional

Para soportar la operación de la IPS Primaria y los procesos transversales de gestión del riesgo, la institución cuenta con una estructura de talento humano calificado. A corte de la vigencia, la composición del personal vinculada bajo la modalidad de planta se distribuye como se presenta en la **Figura 8**.

La planta de UISALUD está conformada por **90 colaboradores activos**. De estos, el **52% (62 colaboradores)** corresponde exclusivamente a personal del área asistencial, compuesto por médicos generales, médicos especialistas, profesionales de enfermería y terapeutas, asegurando la continuidad del cuidado directo en la consulta externa. El **48% restante (28 colaboradores)** integra el equipo profesional y auxiliar del área administrativa, encargado de los macroprocesos de auditoría médica, contratación, sistemas de información y aseguramiento, estructura indispensable para garantizar la sostenibilidad y calidad del servicio prestado.

Figura 8. Personal UISALUD 2025 - planta



Fuente. Elaboración propia, 2025.

A 31 diciembre de 2025, UISALUD cuenta con 90 colaboradores, de los cuales 62 son médicos generales, especialistas y otros profesionales asistenciales, y 28 profesionales y auxiliares Administrativos de planta.

Del personal de planta, el 52% fue asistencial y el 48% administrativo.

5.1.2.3. Situaciones adversas derivadas de la prestación de servicios de salud

La gestión de la seguridad del paciente y la mitigación de situaciones adversas derivadas de la prestación de servicios de salud constituyen componentes transversales en UISALUD. La población afiliada, al interactuar con los diferentes niveles de complejidad de la Red Prestadora de Servicios de Salud (Red PSS), se encuentra expuesta a riesgos inherentes a la atención, tales como caídas de pacientes, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), úlceras por presión en estancias hospitalarias prolongadas y errores en la cadena de administración de medicamentos, entre otros.



Para responder a estos retos, la institución cuenta con un equipo multidisciplinario especializado que lidera la evaluación, análisis y contención de incidentes y eventos adversos. Este proceso crítico se fundamenta en un modelo integral de auditoría a la red de prestadores que evalúa de forma sistemática variables técnico-científicas, oportunidad, accesibilidad, humanización y gestión administrativa. La estrategia operativa de este modelo incluye:

- **Visitas de Verificación:** Inspección directa y auditoría de cumplimiento de las condiciones de habilitación y seguridad en los nodos de la red contratada.
- **Auditoría y Seguimiento Concurrente:** Monitoreo en tiempo real de los pacientes afiliados que se encuentran en internación hospitalaria, vigilando la adherencia a las guías de práctica clínica y la prevención de riesgos intrahospitalarios.
- **Monitoreo de Indicadores de Calidad:** Análisis periódico de las métricas de seguridad reportadas por los prestadores y de la trazabilidad de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) interpuestas por los usuarios, utilizándolas como alertas tempranas de fallas en la atención.

La máxima instancia de articulación y toma de decisiones en esta materia es el Comité de Seguridad del Paciente de UISALUD. En este espacio intersectorial se evalúa y hace seguimiento riguroso a la implementación de los Paquetes Instruccionales de la Guía Técnica Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud. Ante la detección o notificación de un incidente o evento adverso —ya sea por reporte directo de una IPS de la red o mediante los hallazgos del equipo de auditoría concurrente—, el Comité lidera el análisis causal bajo metodologías validadas (como el Protocolo de Londres) para establecer barreras de seguridad efectivas y estructurar planes de mejoramiento institucional e individualizados con los prestadores.

44

A nivel de eventos de notificación obligatoria y vigilancia epidemiológica, la institución mantiene un estricto monitoreo de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Los consolidados del sistema de información institucional demuestran una tendencia a la contención del riesgo infeccioso en los escenarios ambulatorios propios, y la gestión de auditoría se orienta activamente a verificar que las IPS externas de mediana y alta complejidad mantengan tasas de IAAS por debajo de los estándares nacionales aceptables, garantizando una atención segura, continua y orientada a salvaguardar la integridad de toda la población afiliada.

5.1.3. Conclusiones capítulo I. Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial.

A continuación, se identifican los elementos más importantes comparando con respecto al territorio.

1. **Concentración geográfica de afiliados:** La mayor parte de los afiliados a UISALUD se concentran en Bucaramanga, con el 65,37% de los afiliados (1,825 personas). Floridablanca sigue en importancia con el 21,35%, mientras que Girón y Piedecuesta tienen una menor participación con 6,8 y 2% respectivamente. Esto refleja que la cobertura de UISALUD está más enfocada en las áreas urbanas más densamente pobladas, como Bucaramanga y Floridablanca.

2. **Proporción de afiliados respecto a la población total:** Aunque Bucaramanga concentra la mayor parte de afiliados, estos representan solo el 0.32% de la población total del municipio. Floridablanca, por su parte, muestra una penetración del 0.15%, lo que indica que UISALUD atiende un segmento limitado de la población en comparación con la totalidad de los habitantes de cada municipio.
3. **Pirámide poblacional:** La estructura demográfica de la población afiliada a UISALUD presenta una tendencia estacionaria, con una disminución en la población joven y un aumento en la población mayor de 60 años, que representa el 50% de los afiliados. Esto contrasta con las pirámides poblacionales de Colombia y Santander, donde la población comienza a disminuir a partir de los 25 años.
4. **Evolución de la afiliación:** Entre 2016 y 2025, el número de afiliados a UISALUD ha disminuido en 209 personas, pasando de 3,001 a 2,792. Esta tendencia de descenso sugiere la necesidad de implementar estrategias para retener y atraer nuevos usuarios.
5. **Población en situación de vulnerabilidad:** Aunque no se reportaron personas de grupos étnicos o desplazados entre los afiliados, UISALUD sí cuenta con 21 personas víctimas del conflicto armado en su programa PAPSIVI, quienes residen mayoritariamente en Bucaramanga. También se registran 46 personas en condición de discapacidad, con una alta prevalencia de discapacidades mentales.
6. **Distribución por ciclo de vida:** El 50.06% de los afiliados corresponde a personas mayores de 60 años, lo que indica un perfil de usuarios envejecidos. Los menores de 5 años representan solo el 2.2% de la población, reflejando una baja natalidad entre los afiliados.
7. **Casos de enfermedad laboral:** En 2025, se registraron 49 casos de enfermedades laborales, un aumento en comparación con 2023. Las enfermedades osteomusculares y del sistema nervioso son las principales causas.

Estas conclusiones resaltan una tendencia de envejecimiento de la población afiliada, una concentración geográfica en áreas urbanas, y la necesidad de abordar el descenso de afiliados mediante estrategias de expansión, dado que la retención es fuerte.

Así mismo la estructura poblacional orienta la necesidad de fortalecer estrategias enfocadas en el manejo integral de enfermedades crónicas, envejecimiento saludable, salud mental y atención domiciliaria, así como en la optimización de servicios para una población con alta carga de dependencia funcional y riesgo de eventos de alto costo. Este perfil demográfico es consistente con los hallazgos de morbilidad y debe ser considerado como eje central en la planeación de intervenciones y asignación de recursos en UISALUD.

5.2. CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TERRITORIO: MORBILIDAD, MORTALIDAD, PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES SOCIALES Y AMBIENTALES QUE AFECTAN LA SALUD DE LA POBLACIÓN AFILIADA EN EL TERRITORIO.

5.2.1. Morbilidad

La morbilidad se puede definir como la frecuencia con la que una enfermedad o condición médica específica se presenta en una población durante un periodo de tiempo determinado. De igual manera, la morbilidad no solo hace referencia a la presencia de enfermedades, sino que también a casos específicos de lesiones, discapacidades y otros problemas de la salud. A continuación se analizan los principales causas:

5.2.1.1. Principales causas de Morbilidad atendida

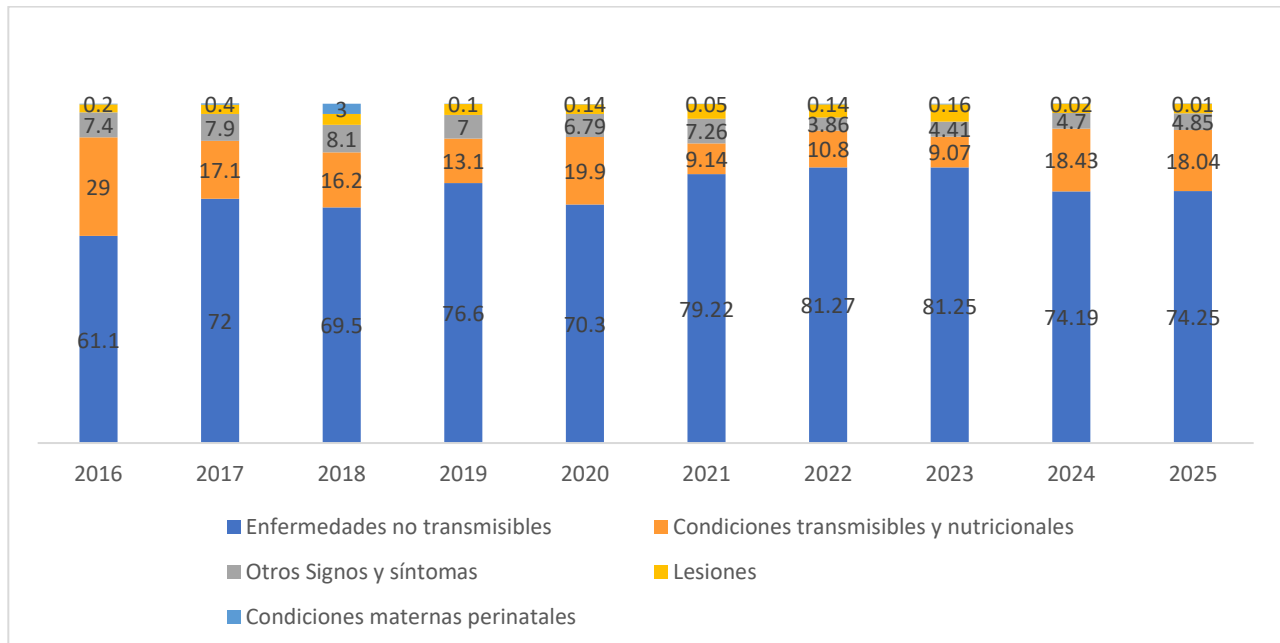
Tabla 18. Morbilidad por grandes causas en la población afiliada UISALUD.

Grupo	2024	Diferencia	2025
Enfermedades no transmisibles	74,19%	0,06%	74,25%
Condiciones transmisibles y nutricionales	18,43%	-0,39%	18,04%
Otros Signos y síntomas	4,70%	0,15%	4,85%
Lesiones	2,66%	0,19%	2,85%
Condiciones maternas perinatales	0,02%	-0,01%	0,01%
Total, general	100%		100%

Fuente: Sistema Integrado de UISALUD

Durante 2025 estuvo concentrada en patologías crónicas, sin cambios con años anteriores, lo que exige priorizar la gestión integral del riesgo en enfermedades no transmisibles en coherencia con el perfil demográfico envejecido de la población afiliada.

Figura 1: Comportamiento de la morbilidad según gran causa, UISALUD, 2016-2025



El análisis de la morbilidad atendida por ciclo vital evidencia un predominio sostenido en los grupos de adultez y persona mayor, los cuales concentran más del 85% del total, reflejando un perfil epidemiológico caracterizado por alta presencia de enfermedades no transmisibles y asociado al envejecimiento poblacional. No obstante, se observa un incremento significativo en los grupos de adolescencia y juventud, impulsado principalmente por el aumento de condiciones transmisibles y enfermedades crónicas, lo que sugiere una transición hacia la aparición temprana de riesgos en salud.

En la población adulta se evidencia una disminución global de la carga, particularmente en lesiones y enfermedades no transmisibles, lo cual debe interpretarse con cautela debido a posibles efectos de subregistro o transición demográfica hacia grupos de mayor edad. Por su parte, la población mayor mantiene su predominio estructural, con incrementos en condiciones transmisibles y lesiones, lo que indica una mayor complejidad en los perfiles de atención.

Estos hallazgos reflejan un modelo de transición epidemiológica avanzada con coexistencia de riesgos, lo que demanda fortalecer estrategias diferenciadas por ciclo vital, priorizando la prevención en jóvenes, el control de enfermedades crónicas en adultos y la atención integral del adulto mayor.

Tabla 19. Morbilidad por grandes causas en población afiliada UISALUD por ciclo vital.

Ciclo Vital	2024	2025	Cambio Porcentual
1 - Primera infancia			
Condiciones maternas perinatales	0,00%	0,03%	0,03%
Condiciones transmisibles y nutricionales	0,56%	0,61%	0,04%
Enfermedades no transmisibles	0,48%	0,54%	0,06%
Lesiones	0,03%	0,01%	-0,03%
Signos y síntomas mal definidos	0,11%	0,10%	-0,01%
Total 1 - Primera infancia	1,19%	1,29%	0,10%
2 - Infancia			
Condiciones transmisibles y nutricionales	0,47%	0,42%	-0,05%
Enfermedades no transmisibles	1,11%	1,10%	-0,01%
Lesiones	0,06%	0,09%	0,03%
Signos y síntomas mal definidos	0,21%	0,14%	-0,07%
Total 2 - Infancia	1,85%	1,76%	-0,09%
3 - Adolescencia			
Condiciones transmisibles y nutricionales	0,66%	0,93%	0,26%
Enfermedades no transmisibles	2,42%	2,64%	0,22%
Lesiones	0,14%	0,13%	-0,01%
Signos y síntomas mal definidos	0,27%	0,33%	0,05%

Total 3 - Adolescencia	3,49%	4,02%	0,53%
4 - Juventud			
Condiciones maternas perinatales	0,00%	0,01%	0,01%
Condiciones transmisibles y nutricionales	1,01%	1,52%	0,51%
Enfermedades no transmisibles	4,78%	5,30%	0,52%
Lesiones	0,41%	0,25%	-0,16%
Signos y síntomas mal definidos	0,42%	0,43%	0,01%
Total 4 - Juventud	6,61%	7,51%	0,90%
5 - Adultez			
Condiciones maternas perinatales	0,01%	0,05%	0,03%
Condiciones transmisibles y nutricionales	3,57%	3,79%	0,22%
Enfermedades no transmisibles	24,87%	24,11%	-0,77%
Lesiones	3,16%	2,16%	-1,00%
Signos y síntomas mal definidos	1,21%	1,14%	-0,07%
Total 5 - Adultez	32,82%	31,24%	-1,57%
6 - Persona mayor			
Condiciones transmisibles y nutricionales	4,74%	5,73%	0,99%
Enfermedades no transmisibles	43,75%	42,60%	-1,15%
Lesiones	3,77%	3,95%	0,18%
Signos y síntomas mal definidos	1,77%	1,90%	0,13%
Total 6 - Persona mayor	54,03%	54,18%	0,14%
Total general	100,00%	100,00%	0,00%

Fuente: Sistema Integrado de Información UISALUD

Tabla 20. Principales causas de atención por subgrupo.

Subgrupo de causa	Año 2023	Año 2024	Año 2025	Cambio en Puntos %
Enfermedades cardiovasculares	8,47%	13,29%	14,27%	0,98%
Enfermedades musculoesqueléticas	16,77%	10,99%	11,79%	0,80%
Infecciones respiratorias	11,16%	10,79%	10,78%	-0,01%
Enfermedades de la piel	5,44%	9,53%	8,93%	-0,60%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	8,09%	9,34%	8,76%	-0,58%

Desordenes endocrinos	5,23%	7,78%	8,02%	0,24%
Enfermedades genitourinarias	4,82%	6,29%	4,63%	-1,66%
Enfermedades neuropsiquiátricas	12,55%	6,18%	7,67%	1,49%
Enfermedades digestivas	5,83%	5,08%	5,66%	0,58%
Signos y síntomas mal definidos	5,01%	4,70%	4,62%	-0,08%
Total	83,37%	83,97%	85,13%	1,16%

Fuente: Sistema Integrado de UISALUD

El comportamiento de la morbilidad atendida en UISALUD entre 2023 y 2025 por subgrupo muestra cambios importantes en los motivos de consulta. Llama la atención el aumento progresivo de las atenciones por enfermedades cardiovasculares, que pasan de 8,47% a 14,27%, así como el crecimiento de los trastornos endocrinos. Esto refleja una mayor demanda de servicios asociada a condiciones crónicas, en línea con el envejecimiento de la población afiliada, y plantea la necesidad de seguir fortaleciendo las acciones de control y seguimiento de estos pacientes.

Al mismo tiempo, se mantiene la presencia de enfermedades infecciosas dentro de la atención, especialmente las infecciones respiratorias, que conservan una proporción estable, y las enfermedades infecciosas y parasitarias, junto con un aumento en las enfermedades de la piel. Este comportamiento sugiere que, además de las patologías crónicas, continúan existiendo factores que favorecen la consulta por enfermedades transmisibles, por lo que es clave mantener las acciones de promoción de la salud y prevención.

Finalmente, algunos grupos presentan variaciones que vale la pena seguir de cerca, como las enfermedades musculoesqueléticas, que disminuyen frente a 2023 pero muestran un leve aumento en 2025, y las enfermedades neuropsiquiátricas, cuyo comportamiento ha sido variable en el periodo. En conjunto, se observa una mayor concentración de la atención en estos subgrupos, lo que permite orientar mejor las acciones institucionales hacia los problemas que más están generando consulta en la población afiliada.

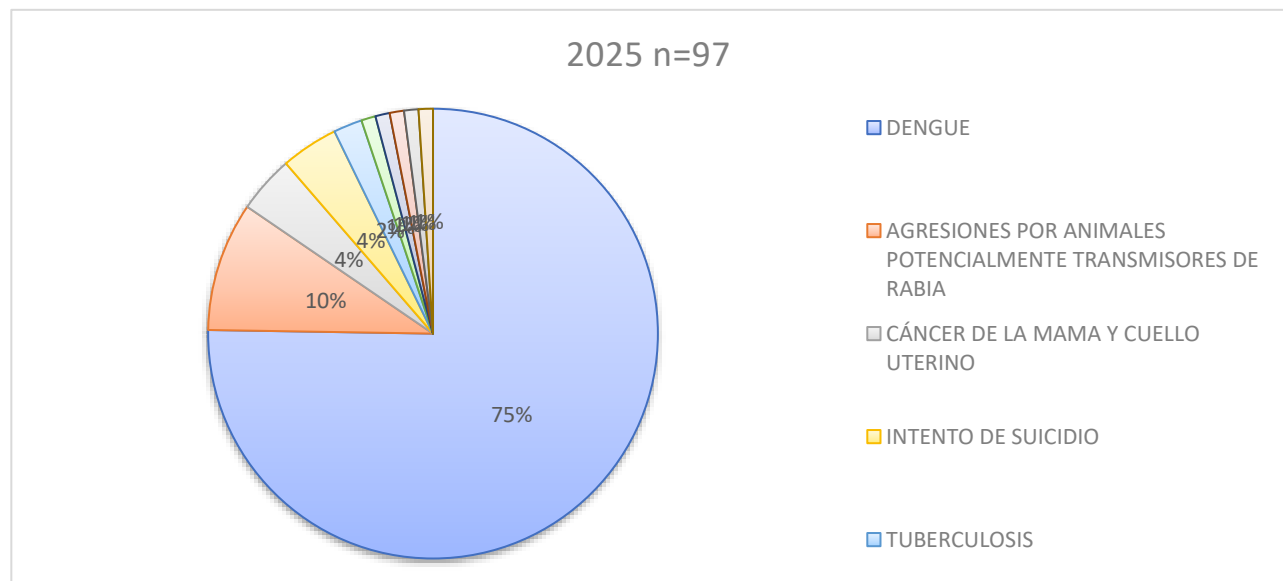
5.2.1.2. Eventos de interés en Salud Pública

El análisis de los eventos de vigilancia en salud pública en UISALUD evidencia una concentración en dengue, que representa el 75,26% de los eventos notificados en el periodo actual, a pesar de mostrar una reducción frente al periodo anterior (-54,38%). Este comportamiento sugiere que, aunque se ha logrado una disminución importante en el número de casos, el dengue continúa siendo el principal evento de interés en salud pública, lo que podría estar relacionado con condiciones ambientales favorables para la transmisión y la persistencia de factores de riesgo en el entorno. En menor proporción, se destacan las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (9,28%), que también disminuyen, lo cual puede reflejar avances en acciones de prevención y control.

Por otro lado, eventos como intento de suicidio, tuberculosis y VIH/SIDA mantienen una participación menor pero relevante, con tendencia a la reducción en comparación con el periodo anterior. Sin embargo, su importancia radica en el impacto individual y social que generan, así como en la necesidad de intervenciones continuas en salud mental, control de enfermedades transmisibles y seguimiento a poblaciones vulnerables. Llama la atención la disminución marcada o ausencia de notificación en varios eventos (variaciones cercanas al -100%), lo que podría explicarse por una reducción real de casos, pero también por posibles variaciones en la captación, el reporte o la vigilancia activa.

En conjunto, la reducción global del 55,71% en los eventos notificados sugiere un cambio importante en el comportamiento de la notificación o en la ocurrencia de los eventos, lo que hace necesario fortalecer los procesos de vigilancia epidemiológica para garantizar la calidad y oportunidad del dato. Estos resultados orientan la priorización de intervenciones hacia enfermedades transmitidas por vectores, el mantenimiento de acciones en salud mental y zoonosis, y la revisión de estrategias de búsqueda activa y notificación, con el fin de asegurar una adecuada caracterización del riesgo en la población afiliada.

Figura 2: Distribución de los casos eventos de interés en salud pública, UISALUD, - 2025



5.2.1.3. Morbilidad Trazadora

Tabla 21. Indicadores de morbilidad trazadora, UISALUD- SISPRO, 2016-2026

Indicador	2016–2025
Bajo peso al nacer	0
Hipotiroidismo congénito no tratado	0
Amputación por pie diabético	0
Cáncer invasivo de cérvix	0
Kernicterus	0

Insuficiencia renal aguda por obstrucción	0
---	---

Fuente: Sistema Integral de Información UISALUD. Atenciones y cuenta de alto costo.

El análisis de los indicadores de morbilidad trazadora evidencia la ausencia de casos reportados en eventos de alto impacto y en su mayoría prevenibles durante el periodo 2016–2025, tales como bajo peso al nacer, hipotiroidismo congénito no tratado, amputaciones por pie diabético, cáncer invasivo de cérvix, kernicterus e insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción. Este comportamiento constituye un resultado favorable en salud, que podría estar asociado a la efectividad de las estrategias de promoción, prevención, detección temprana y seguimiento implementadas por UISALUD.

No obstante, es importante interpretar estos resultados con cautela, considerando el tamaño y características de la población afiliada, así como la necesidad de garantizar la calidad del registro y la vigilancia activa de estos eventos. En este sentido, la ausencia de casos no excluye el riesgo, por lo que se hace necesario mantener y fortalecer las acciones de gestión del riesgo, monitoreo continuo y validación de la información, con el fin de asegurar la sostenibilidad de estos resultados y prevenir la aparición de eventos evitables.

Para el indicador relacionado con tasa de incidencia de insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción en el año 2022 se identifica que no se cuenta con casos confirmados con diagnósticos N170, N17, N172, N179, por lo que no se tiene una incidencia en el indicador.

5.2.1.4. Patologías reportadas en la Cuenta de Alto Costo

- Cohorte VIH

Tabla 22. Indicadores de morbilidad trazadora - VIH, UISALUD, 2025

Número de indicador	Indicadores generados por SISPRO	2024	2025
326	Prevalencia registrada de VIH/SIDA	0,21 (6 casos)	0,28(8 casos)
327	Prevalencia registrada de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años	0,25- (2 casos)	0,51(4 casos)
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH	100%	100%
	Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH de 15 a 49 años	100%	100%

Fuente: indicadores cuenta de alto costo. (Prevalencia por 100 afiliados)

El comportamiento de los indicadores de VIH/SIDA en UISALUD entre 2024 y 2025 muestra un incremento en el número de casos registrados, pasando de 6 a 8 casos en población general, así como en el grupo de 15 a 49 años, que pasa de 2 a 4 casos. Aunque en términos absolutos el número de casos es bajo, este aumento se refleja en una mayor prevalencia registrada y podría estar asociado tanto a una mayor captación diagnóstica como a la dinámica propia de la transmisión en población en edad reproductiva. Al comparar con el referente

nacional para 2025 (0,39), la prevalencia en UISALUD se mantiene en un rango relativamente cercano, lo que sugiere un comportamiento acorde con el contexto del país, aunque con la necesidad de seguimiento por el incremento observado.

Un aspecto altamente favorable es la cobertura del 100% en tratamiento antirretroviral, tanto en la población general como en el grupo de 15 a 49 años, lo cual evidencia una adecuada capacidad institucional para garantizar el acceso oportuno al tratamiento, alineado con las metas de control de la infección y reducción de la transmisión. Este resultado es clave, ya que el tratamiento efectivo no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también reduce significativamente la transmisibilidad del virus.

En conjunto, estos hallazgos indican que, aunque la carga de enfermedad es baja, existe una tendencia al aumento en los casos detectados, especialmente en población joven-adulta, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana, educación en salud sexual, promoción del uso de medidas de protección y continuidad en la adherencia al tratamiento. Mantener la alta cobertura terapéutica y consolidar acciones de prevención permitirá contener la progresión del evento y reducir su impacto en la población afiliada.

Tabla 23. Prevalencia cruda del VIH según el sexo y edad Colombia vs UISALUD 2025.

Grupo de edad	Colombia			UISALUD		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Menores de 2	0	0	0	0	0	0
2 a 14	0,01	0,01	0,01	0	0	0
15 a 24	0,07	0,28	0,18	0	0,69	0,34
25 a 49	0,28	1,17	0,71	0	1,32	0,65
50 y más	0,17	0,6	0,37	0,11	0,49	0,29

Fuente: indicadores cuenta de alto costo. Tasa por 100 afiliados

El análisis comparativo de la prevalencia de VIH entre UISALUD y el referente nacional evidencia una mayor concentración del evento en hombres jóvenes y adultos, particularmente en el grupo de 15 a 24 años, donde la prevalencia en UISALUD supera la nacional, y en el grupo de 25 a 49 años, donde se mantiene una mayor carga en población masculina. Aunque la prevalencia total en algunos grupos es similar o ligeramente inferior al promedio del país, la ausencia de casos en mujeres en edades clave y la concentración en hombres sugieren posibles particularidades en el perfil epidemiológico o brechas en la detección que deben ser evaluadas. En conjunto, estos hallazgos orientan la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, tamizaje oportuno y educación en salud sexual, especialmente dirigidas a hombres en edad productiva, con el fin de mejorar el control del evento en la población afiliada.

El comportamiento histórico de los casos de VIH en UISALUD, evidencia una distribución de casos esporádica en los primeros años (2008–2016) en 8 años se presentaron 3 casos. El 2016 es la fecha de inicio para

UISALUD. Se observa una mayor concentración de registros a partir de 2020, lo que sugiere un fortalecimiento en las estrategias de diagnóstico y captación de casos en los años recientes.

Aunque el número absoluto de casos es bajo, la continuidad en la notificación indica la persistencia del evento en la población afiliada. Este comportamiento resalta la importancia de mantener y fortalecer las acciones de tamizaje, detección temprana y seguimiento clínico, con el fin de controlar la progresión del VIH y reducir su impacto en la población.

- Cohorte HTA – DIABETES MELLITUS - ERC

Tabla 24. Morbilidad Trazadora – RCV

Indicadores*	2021	2022	2023	2024	2025	Cambio en Puntos %
Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años.	20,8	19,6	17,8	21	21,8	0,8
Prevalencia de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años	3,7	5,4	3,8	5,98	6,05	0,07
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	0	0	0	0,03	0,03	0

Fuente: Sistemas Integrados UISALUD 2025 – 31 dic de 2025.

El análisis comparativo entre UISALUD y el contexto nacional evidencia que la prevalencia de hipertensión arterial (21,8%) y diabetes mellitus (6,05%) en la población afiliada es superior a la reportada por la Cuenta de Alto Costo para Colombia (9,55% y 3,82%, respectivamente)¹, lo que sugiere una mayor carga de enfermedad crónica en UISALUD. Este comportamiento puede estar influenciado por la estructura demográfica de la población afiliada, caracterizada por un alto porcentaje de adultos y adultos mayores, así como por una mejor capacidad de detección y seguimiento clínico. La tendencia creciente observada en los últimos años, especialmente en hipertensión y diabetes, refuerza su papel como principales condiciones trazadoras del riesgo cardiovascular y metabólico.

En cuanto a la enfermedad renal crónica en fase cinco, aunque su prevalencia en UISALUD es baja (0,03%), su aparición reciente es consistente con la evolución de estas patologías en el tiempo y representa un evento de alto costo y alta complejidad, alineado con lo observado a nivel nacional. Adicionalmente, al considerar el contexto colombiano, donde persisten factores de riesgo como el exceso de peso, el sedentarismo y el tabaquismo, se evidencia que la población de UISALUD no es ajena a estas dinámicas, lo que podría estar contribuyendo a la carga observada de enfermedad.

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la gestión territorial integral de la salud pública orientados a la prevención y control de la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2026.

En conjunto, estos hallazgos indican que UISALUD enfrenta un perfil epidemiológico más envejecido y con mayor carga de enfermedades crónicas que el promedio nacional, lo que exige fortalecer de manera prioritaria los programas de gestión del riesgo cardiovascular y metabólico. Es fundamental intensificar las estrategias de detección temprana, control clínico, adherencia al tratamiento y promoción de estilos de vida saludables, con el fin de prevenir la progresión a complicaciones como la enfermedad renal crónica y reducir el impacto en la morbilidad, la calidad de vida y los costos en salud de la población afiliada.

Tabla 25. Prevalencia de obesidad en población atendida UISALUD, 2021-2025

Indicadores*	2021	2022	2023	2024	2025	Dif %
Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años	17,7	22,94	24,27	13,5	25,1	11,6
Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años	19,6	22,7	22,95	25,63	22,1	-3,53

Fuente: Información UISALUD. Tasa por 100 afiliados

Cabe señalar que en el país existe una prevalencia de obesidad en adultos de 18 a 64 años de edad de 18,7%, lo que indica que UISALUD se encuentra por encima del promedio nacional.

- Cohorte de cáncer

Durante 2025, los tumores malignos fueron la principal morbilidad trazadora en los afiliados de UISALUD, con un total de 151 casos, distribuidos en 52% mujeres (78) y 48% hombres (73). Se observó un aumento del 5% de los casos con relación al año 2024 (144 casos)

La mayoría de los casos se concentra en el grupo de vejez (mayores de 60 años), con 135 casos (89%), mientras que 16 casos (11%) corresponden a adultos entre 29 y 59 años. En cuanto a la residencia, 149 afiliados (99%) viven en Santander, y los restantes casos se distribuyen en Bogotá (1), y Cesar (1).

Por tipo de afiliación, la mayor proporción de casos se presentó en pensionados (101, 67%), seguidos de empleados activos (24, 16%) y beneficiarios (26, 17%).

Tabla 26. Casos prevalentes de cáncer en UISALUD – 2025

Diagnóstico	N°	%
Tumor maligno de la próstata	34	22,52%
Tumor maligno de la mama de la mujer	32	21,19%
Tumor maligno del colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano	14	9,27%

Tumor maligno del tiroides y de otras glándulas endocrinas	10	6,62%
Tumores: in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados	9	5,96%
Todos los demás tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	9	5,96%
Tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe	7	4,64%
Tumor maligno de la vejiga urinaria	7	4,64%
Tumor maligno del ovario	4	2,65%
Tumor maligno del estómago	4	2,65%
Otras neoplasias	21	13,91%
Total	151	100%

Corte: Base de datos Enfermería I-UISALUD

Los diagnósticos más frecuentes fueron:

- Tumor maligno de próstata: 34 casos (22,5%), con edad promedio de 76,0 años.
- Tumor maligno de mama en mujeres: 32 casos (21,1%), edad promedio 70,2 años.
- Tumor maligno de colon, de la unión rectosigmoidea, recto y ano: 14 casos (9,27%), edad promedio 70,1 años.

Otros diagnósticos relevantes incluyen tumores malignos de tiroides, así como los tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido y los no especificados.

Estos hallazgos consolidan al cáncer como un evento trazador prioritario para la gestión del riesgo en UISALUD, sustentando la implementación de:

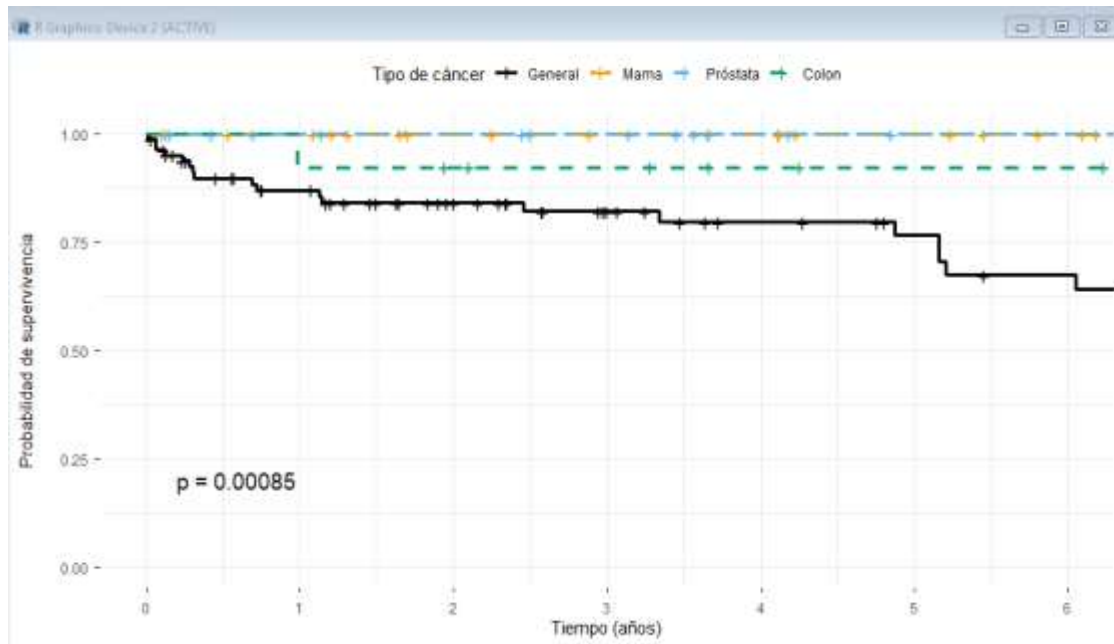
- Estrategias de detección temprana y tamizaje preventivo, especialmente para próstata y mama.
- Seguimiento clínico individualizado de los casos identificados.
- Vigilancia epidemiológica activa, articulada con las Rutas Integrales de Atención en Salud y los programas institucionales de promoción y prevención.

En conjunto, los resultados destacan la necesidad de mantener la vigilancia constante y fortalecer las acciones de prevención en la población afiliada, con énfasis en los grupos de mayor riesgo.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE SUPERVIVENCIA POR TIPO DE CÁNCER (KM)

A continuación, se presenta el análisis correspondiente a estimaciones de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier, estratificado por grupo diagnóstico (GRUPO: colon, mama, próstata y otros), con evaluación puntual en tiempos específicos (1 y 5 años).

Figura 3. Curvas de supervivencia por tipo de cáncer (Kaplan-Meier)



Fuente: UISALUD

El análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier evidenció diferencias en el comportamiento de la función de supervivencia entre los grupos de cáncer evaluados (colon, mama, próstata y otros). Se observó una mayor supervivencia acumulada en los grupos de mama y próstata, sin eventos registrados durante el periodo de seguimiento, mientras que el cáncer de colon presentó eventos tempranos con estabilización posterior de la curva. El grupo “otros” concentró la mayor carga de eventos y una disminución progresiva de la supervivencia a lo largo del tiempo, alcanzando una supervivencia del 74.8% a 5 unidades de tiempo. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas según el test de log-rank ($p = 0.00085$), lo que indica heterogeneidad en las funciones de supervivencia entre los grupos y descarta la hipótesis de igualdad de riesgo en el tiempo.

Orden de supervivencia (5to año)
 Mama = 100%
 Próstata = 100%



Colon = 92.3%

Otros = 74.8%

- Cohorte de Hemofilia

La hemofilia es un trastorno congénito que afecta la coagulación de la sangre, debido a su avance, algunas características y sus complicaciones suele afectar condiciones físicas y mentales de quienes la padecen como restricción de actividades. Esta patología es considerada entre las enfermedades huérfanas o raras.

UISALUD cuenta con un afiliado femenino de 57 años con diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand, del municipio de Piedecuesta. Actualmente se encuentra en seguimiento y tratamiento.

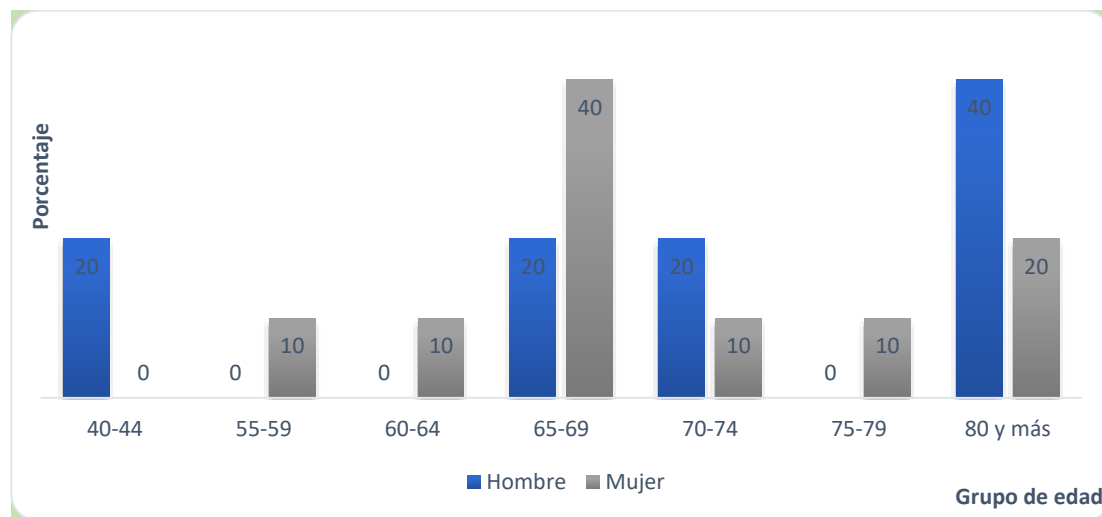
- Cohorte Artritis

UISALUD cuenta con el reporte realizado en el año 2025 con 15 pacientes para la cuenta de alto costo. A la fecha sin casos incidentes. el 66,7% (10) son mujeres y lo demás hombres. Según municipio de residencia el 86,7% (13) son de Bucaramanga y 13,3% (2) de Floridablanca.

Por grupos de edad el 33,3% (5) están el grupo de 65 a 69 años, 13,3% (2) son de 70 a 74 años y 80 y más años 26,7% (4). El promedio de edad es de 70 años, y la mediana de 69 años. En la figura 6 se presentan los casos para el año 2024 según sexo y grupo edad. Los pacientes de artritis se encuentran con seguimiento por medico reumatólogo. En la siguiente figura se presentan las comorbilidades identificadas en los pacientes según sexo.

57

Figura 4. Distribución de casos de artritis según sexo y grupo de edad, UISALUD, 2025



Fuente: UISALUD

La prevalencia de patologías de alto costo en UISALUD muestra una clara concentración en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y sus factores asociados (hipertensión y diabetes), con 200 casos por 1.000 afiliados, constituyéndose en el principal determinante de carga de enfermedad. Este comportamiento es consistente con el contexto nacional reportado por la Cuenta de Alto Costo, donde estas enfermedades representan la mayor carga y costo en el sistema de salud. En conjunto, las patologías reportadas en la cuenta de alto costo, evidencian la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando la detección temprana y el control de sus factores asociados.

Tabla 27. Prevalencia de enfermedades de alto costo según diagnóstico, UISALUD, 2025

Prevalencia patologías de alto costo	Nº de casos	Prevalencia x 1000 afiliados
Cáncer	151	54,71
Artritis	15	5,43
ERC - HT - DM	552	200,00
Esclerosis Múltiple	1	0,36
Gaucher	0	0,00
Hemofilia	1	0,36
Hepatitis C	0	0,00
VIH	8	2,90

Fuente: Sistema Integrado de UISALUD

5.2.1.5. Patologías y eventos de alto consumo

El análisis del gasto en salud para la vigencia 2026 evidencia una alta concentración del riesgo financiero, donde el 4,5% de la población afiliada consume el 52,2% del gasto total en servicios médico-asistenciales y medicamentos. Este comportamiento, consistente con distribuciones tipo Pareto, refleja que un grupo reducido de afiliados con condiciones de alta complejidad clínica determina de manera significativa la sostenibilidad del sistema. La población analizada presenta una edad promedio de 71 años, lo que confirma un perfil epidemiológico caracterizado por envejecimiento, multimorbilidad y mayor demanda de tecnologías en salud.

Desde el punto de vista de la estructura del gasto, las neoplasias se consolidan como el principal determinante, concentrando la mayor proporción del costo total, seguidas por los trastornos mentales, las enfermedades del sistema nervioso y las patologías cardiovasculares. En conjunto, estos grupos diagnósticos representan la mayor carga económica, con costos promedio por paciente elevados, lo que sugiere un aumento en la complejidad terapéutica, la cronicidad y la dependencia funcional. Adicionalmente, se observa la emergencia de condiciones de salud mental y neurológicas como nuevos determinantes del gasto, lo cual indica una transición del perfil epidemiológico hacia enfermedades de larga duración y alto impacto funcional.

En este contexto, el comportamiento del gasto no está determinado por el volumen de pacientes, sino por el incremento en el costo individual y la severidad de los casos, lo que plantea retos importantes para la gestión del riesgo. Estos hallazgos orientan la necesidad de fortalecer estrategias focalizadas en la gestión

integral de pacientes de alto costo, especialmente en oncología, salud mental y enfermedades neurológicas, así como la implementación de modelos de seguimiento individualizado y auditoría clínica, con el fin de optimizar los desenlaces en salud y contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema.

Para complementar el análisis del comportamiento del gasto en salud, se presenta la distribución según ciclo vital, con el fin de identificar la concentración del costo en los diferentes grupos etarios y su relación con la carga de enfermedad y la complejidad en la atención.

Tabla 28. Distribución del gasto total por diagnóstico UISALUD 2025

Diagnosticos agrupados por capítulo	N° Afiliados	% Part.	Promedio de Edad	Costo (Millones \$)	% Del Costo Total	Promedio por paciente (Millones \$)
Tumores [neoplasias] (C00-D48)	47	34,1%	73	\$ 4.948,3	16280,9%	\$ 105,3
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	21	15,2%	74	\$ 1.047,0	3444,9%	\$ 49,9
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	12	8,7%	73	\$ 954,4	3140,2%	\$ 79,5
Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	9	6,5%	70	\$ 798,9	2628,5%	\$ 88,8
Traumatismos, envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	12	8,7%	72	\$ 558,6	1838,0%	\$ 46,6
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	7	5,1%	75	\$ 459,9	1513,1%	\$ 65,7
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	9	6,5%	65	\$ 440,7	1450,0%	\$ 49,0
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4	2,9%	79	\$ 298,3	981,6%	\$ 74,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	6	4,3%	59	\$ 277,2	912,2%	\$ 46,2
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	5	3,6%	65	\$ 269,4	886,5%	\$ 53,9
Enf. de la piel y del tejido subcutaneo (L00-L99)	2	1,4%	65	\$ 75,0	246,7%	\$ 37,5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	1	0,7%	0	\$ 50,8	167,0%	\$ 50,8
Enfermedades de la sangre y de los organos hematopoyeticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (D50-D89)	1	0,7%	74	\$ 39,4	129,5%	\$ 39,4
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	1	0,7%	59	\$ 37,8	124,2%	\$ 37,8
Malformaciones congenitas, deformidades y anomalias cromosomicas (Q00-Q99)	1	0,7%	51	\$ 30,4	100,0%	\$ 30,4
El 5% de la población consume el 52,19% (Facturado Medicamentos y Médico Asistencial)	138	100%	71	\$ 10.286,0	17562%	\$ 74,5

Fuente: Sistema de Información UISALUD, 2025

Para complementar el análisis del comportamiento del gasto en salud, se presenta la distribución según ciclo vital, con el fin de identificar la concentración del costo en los diferentes grupos etarios y su relación con la carga de enfermedad y la complejidad en la atención.

Tabla 29. Distribución del gasto total por diagnóstico UISALUD 2025

CICLO VITAL	N° Afiliados	% Part.	Promedio de Edad	Costo (Millones \$)	% Del Costo Total	Promedio por paciente (Millones \$)
VEJEZ (60 Y MÁS AÑOS)	117	84,8%	77	9151,8	89,0%	78,2
ADULTO (29 A 59 AÑOS)	15	10,9%	51	859,6	8,4%	57,3
JOVEN (18 A 28 AÑOS)	2	1,4%	20	74,5	0,7%	37,3
ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS)	2	1,4%	15	105,3	1,0%	52,6
PRIMERA INFANCIA (<=5 AÑOS)	2	1,4%	0	94,8	0,9%	47,4
Total general	138	100%	71	10286,0	100%	\$ 74,5

Fuente: Sistema de Información UISALUD, 2025

La distribución del gasto por ciclo vital evidencia una alta concentración en la población de vejez (≥ 60 años), la cual representa el 84,8% de los afiliados analizados y concentra el 89,0% del costo total, con un costo promedio por paciente de \$78,2 millones. Este comportamiento confirma que el gasto en salud está fuertemente determinado por el envejecimiento poblacional, asociado a mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad y dependencia funcional. En contraste, los demás ciclos vitales presentan una participación marginal en el gasto total, aunque con costos promedio relevantes en etapas tempranas de la vida, lo que sugiere la presencia de casos de alta complejidad de baja frecuencia. Desde una perspectiva epidemiológica, estos hallazgos refuerzan la necesidad de focalizar las estrategias de gestión del riesgo en el adulto mayor, sin descuidar la identificación oportuna de eventos de alto costo en grupos etarios menores.

5.2.1.6. Morbilidad en salud mental y emocional

Tabla 30. Indicadores Salud Mental - ASIS

SALUD MENTAL Y EMOCIONAL	Valor Indicador año anterior	Valor del Indicador
Proporción de personas afiliadas a la EAPB en programas de prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales	0,00%	0,07%
Tasa de intento de suicidio	0,00%	36,23%
Tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)-EAPB (x1 000 afiliados)	0,00%	36,23%
Porcentaje de casos de violencia contra la mujer	0,00%	0,50%

El análisis de la salud mental en la población afiliada a UISALUD evidencia que, aunque algunos indicadores como la tasa de intento de suicidio y la mortalidad por lesiones autoinfligidas se mantienen bajas, esto no excluye la presencia de factores de riesgo relevantes, en un contexto territorial donde la conducta suicida y los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas muestran una tendencia creciente, especialmente en población joven y adulta. En este sentido, este comportamiento puede estar relacionada con un adecuado control del riesgo, pero también resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de detección temprana y seguimiento.

En relación con la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se observa un avance en la inclusión de afiliados en programas preventivos, aunque con una cobertura aún baja, lo que sugiere oportunidades de mejora en la ampliación de estas estrategias. UISALUD ha implementado acciones de promoción y prevención orientadas a fortalecer la resiliencia emocional, mediante actividades educativas, tamizajes y consejería, especialmente dirigidas a población joven, considerada de mayor vulnerabilidad frente a estos riesgos.

Adicionalmente, se han desarrollado programas de atención integral en salud mental que incluyen consejería psicológica, intervención en crisis, seguimiento a casos de riesgo y estrategias de acompañamiento emocional. Estas acciones se complementan con enfoques diferenciales dirigidos a poblaciones vulnerables, como mujeres, personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado, quienes presentan mayor riesgo de afectaciones en salud mental.

En conjunto, estos hallazgos evidencian la necesidad de continuar fortaleciendo las rutas de atención en salud mental, ampliar la cobertura de los programas de prevención, consolidar estrategias de educación y sensibilización, y mejorar la capacidad de respuesta institucional frente a eventos críticos como el intento de

suicidio. La salud mental se configura, así como un eje transversal en la gestión del riesgo, con impacto directo en la morbilidad, la calidad de vida y la funcionalidad de la población afiliada.

5.2.1.7. Morbilidad asociada a incapacidad laboral UISALUD 2024 VS 2025

Tabla 31. Promedio días y valor de las incapacidades UISALUD – enfermedad Común / Licencias

Concepto	2024	% Var.	2025
Nº incapacidades /Licencias	973	15,70%	1 126
Nº usuarios	370	13,80%	421
Nº días	3613	49,20%	5389
Promedio días por usuario (delta pp)	9,8	3	12,8
Promedio valor por usuario (millones)	2,3	7,40%	2,5

Fuente: UISALUD, 2025

Durante el periodo analizado se evidencia un incremento sostenido en la carga de incapacidad laboral, tanto en frecuencia como en severidad, con implicaciones directas en el uso de servicios y costos institucionales.

62

En 2025, el número de incapacidades/licencias ascendió a 1.126 casos, lo que representa un incremento del 15,7% respecto a 2024 (973 casos). De manera concordante, el número de usuarios con al menos un evento de incapacidad aumentó en 13,8% (de 370 a 421), lo que sugiere una mayor afectación poblacional y no solo recurrencia en los mismos individuos.

No obstante, el hallazgo más relevante corresponde al comportamiento de los días de incapacidad, que pasaron de 3.613 en 2024 a 5.389 en 2025, con un incremento del 49,2%, significativamente superior al crecimiento en número de casos. Este diferencial indica un aumento en la severidad o duración de los eventos, lo cual se confirma con el incremento en el promedio de días por usuario, que pasó de 9,8 a 12,8 días ($\Delta +3$ días).

Desde la perspectiva económica, el valor promedio por usuario también mostró un aumento del 7,4%, pasando de 2,3 a 2,5 millones de pesos, lo que refleja una mayor carga financiera asociada a la incapacidad, posiblemente relacionada con eventos de mayor complejidad, comorbilidad o prolongación de los tiempos de recuperación.

Tabla 32. Causa agrupada de la incapacidad según número de días – evento común

Grupo por evento común	2024		2025		Dif %
	Días	%	Días	%	
Enfermedades no transmisibles	2.235	55,80%	2.672	57,67%	1,87%

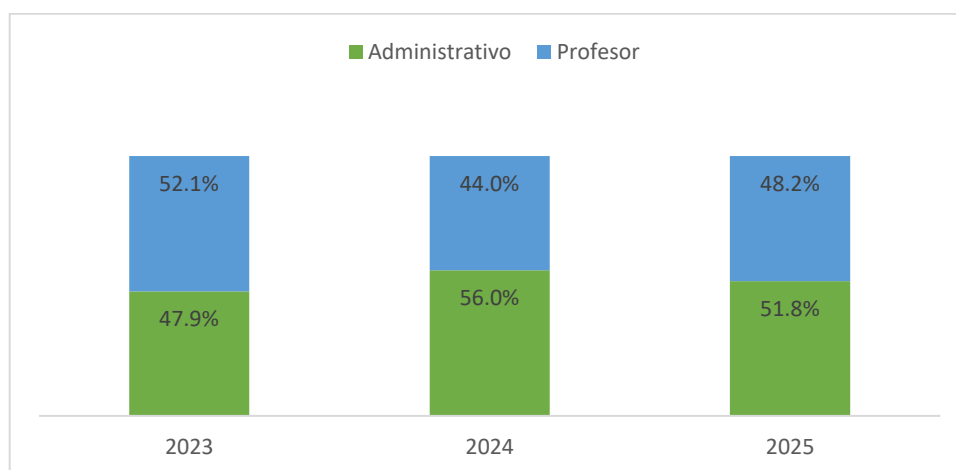
Condiciones transmisibles y nutricionales	896	22,40%	899	19,40%	-3,00%
Lesiones	760	19,00%	868	18,74%	-0,26%
Signos y síntomas mal definidos	81	2,00%	66	1,42%	-0,58%
Condiciones materno perinatales	22	0,50%	118	2,55%	2,05%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	8	0,20%	10	0,22%	0,02%
Total	4.002	100%	4.633	100%	

El comportamiento de los días de incapacidad por grupo de evento entre 2024 y 2025 evidencia una mayor concentración en enfermedades no transmisibles, las cuales incrementan su participación de 55,80% a 57,67% (+1,87 puntos porcentuales), consolidándose como la principal causa de incapacidad en la población afiliada. Este resultado sugiere un impacto creciente de las enfermedades crónicas en la pérdida de días laborales o funcionales, lo cual es consistente con el perfil epidemiológico y plantea la necesidad de fortalecer estrategias de control, seguimiento y rehabilitación para reducir su impacto en la productividad y calidad de vida.

63

En contraste, las condiciones transmisibles y nutricionales disminuyen (-3,00 pp), mientras que las lesiones se mantienen relativamente estables, lo que indica una carga constante asociada a causas externas. Se destaca además el incremento de las condiciones materno perinatales (+2,05 pp), que, aunque con menor peso, presentan el mayor cambio relativo. En conjunto, estos resultados reflejan **variaciones leves dentro de un patrón históricamente consistente**, asociado principalmente a enfermedades crónicas, lo que refuerza la necesidad de fortalecer estrategias de control y reducción del impacto funcional en la población.

Figura 5. Distribución de número de días por clasificación de afiliado



Fuente: UISALUD, 2025

El análisis de la distribución de incapacidades por tipo de vinculación muestra un comportamiento relativamente estable entre profesores y personal administrativo, sin cambios estructurales en el periodo. En 2023, los profesores concentraban el 52,1% de las incapacidades, proporción que disminuye en 2024 (44%), con una posterior recuperación (48,2%), mientras que el personal administrativo presenta el comportamiento inverso, pasando de 47,9% en 2023 a 56% en 2024 y luego a 51,8%. Estas variaciones sugieren fluctuaciones en la distribución, pero sin modificar el equilibrio global entre ambos grupos, lo que indica que la carga de incapacidades se mantiene compartida. Para la toma de decisiones, estos resultados orientan a implementar estrategias transversales de gestión del riesgo y bienestar laboral, dirigidas a ambos grupos ocupacionales, más que intervenciones focalizadas en uno solo.

Tabla 33. Causa agrupada de la incapacidad según número de días.

Subgrupo enfermedades no transmisibles- evento común	2024		2025		Dif %
	Días	%	Días	%	
Enfermedades musculoesqueléticas	328	14,70%	540	20,33%	5,63%
Enfermedades digestivas	426	19,10%	404	15,21%	-3,89%
Condiciones neuropsiquiátricas	722	32,30%	348	13,10%	-19,20%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	234	10,50%	337	12,69%	2,19%
Enfermedades genitourinarias	125	5,60%	281	10,58%	4,98%
Otras neoplasias	51	2,30%	262	9,86%	7,56%
Enfermedades cardiovasculares	160	7,20%	245	9,22%	2,02%
Neoplasias malignas	48	2,10%	118	4,44%	2,34%
Infecciones respiratorias	38	1,70%	38	1,43%	-0,27%
Enfermedades de la piel	46	2,10%	33	1,24%	-0,86%
Desordenes endocrinos	31	1,40%	31	1,17%	-0,23%
Condiciones orales	24	1,10%	14	0,53%	-0,57%
Diabetes	2	0,10%	5	0,19%	0,09%
Total	2.235	100%	2.656	100%	

Fuente: UISALUD, 2025

El análisis de los días de incapacidad por subgrupos de enfermedades no transmisibles entre 2024 y 2025 muestra cambios relevantes en su composición, destacándose el incremento de las enfermedades musculoesqueléticas (+5,63 pp), que pasan a ser una de las principales causas de incapacidad, así como el aumento de las enfermedades genitourinarias (+4,98 pp), órganos de los sentidos (+2,19 pp) y enfermedades cardiovasculares (+2,02 pp). Llama especialmente la atención el crecimiento de otras neoplasias (+7,56 pp) y de las neoplasias malignas (+2,34 pp), lo que sugiere un mayor impacto de estas



patologías en la generación de incapacidades. En contraste, se observa una disminución marcada en las condiciones neuropsiquiátricas (-19,20 pp), que en 2024 representaban la principal causa, dado por tres pacientes que se pensionaron por invalidez, así como en las enfermedades digestivas (-3,89 pp). En conjunto, estos resultados evidencian variaciones importantes dentro de las enfermedades no transmisibles, con un desplazamiento hacia causas de tipo musculoesquelético, neoplásico y cardiovascular, lo que orienta la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, diagnóstico oportuno, rehabilitación y manejo integral, enfocadas en reducir la duración y recurrencia de las incapacidades y su impacto en la productividad.

5.2.2. Conclusiones capítulo 2. Morbilidad

Morbilidad Atendida: El predominio son las enfermedades no transmisibles, especialmente en la población adulta y mayor, quienes concentran el mayor porcentaje de consultas en 2024. Aunque estas enfermedades han disminuido ligeramente en porcentaje, aún constituyen la principal causa de morbilidad, en contraste con el aumento de condiciones transmisibles y nutricionales. Las enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas e infecciones respiratorias destacan como los subgrupos de mayor atención, lo cual sugiere áreas críticas de intervención en salud para los afiliados de UISALUD.

Eventos de Interés en salud pública: El evento prioritario mayor notificado es el dengue, representando el 83% de los eventos de interés en salud pública en el de 2024. La positividad del 32,8% en las pruebas realizadas destaca la necesidad de fortalecer las acciones de prevención y control de esta enfermedad. Otros eventos, como agresiones por animales transmisores de rabia, intentos de suicidio e infecciones respiratorias agudas graves, aunque menos frecuentes, también requieren atención continua en las estrategias de intervención y vigilancia.

65

Morbilidad Trazadora: El análisis de morbilidad trazadora en UISALUD muestra resultados favorables, ya que no se presentan casos reportados en indicadores clave como insuficiencia renal aguda secundaria a obstrucción, cáncer invasivo de cérvix, pie diabético, entre otros. Esta ausencia de casos podría reflejar el éxito de los programas de detección temprana y prevención implementados, los cuales estarían contribuyendo a mantener bajos niveles de incidencia en estas patologías críticas en la población afiliada.

Patologías cohortes de la Cuenta de Alto Costo en el análisis de la morbilidad en la población de UISALUD es la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y obesidad, con un énfasis particular en la hipertensión y diabetes en los grupos de 18 a 69 años. A pesar de los esfuerzos para reducir las tasas de prevalencia en 2024, los valores de prevalencia de HTA (21%) y DM (5,9%) siguen siendo elevados, estando por encima de los promedios nacionales y regionales. Estas condiciones, que afectan a una porción significativa de la población, son factores de riesgo importantes para otras patologías graves como la enfermedad renal crónica y el cáncer. Estrategias de intervención deben enfocarse en mejorar la detección temprana, el tratamiento adecuado y la educación en estilos de vida saludables para reducir la carga de estas enfermedades crónicas, promoviendo un enfoque integral que incluya la prevención, el control y el seguimiento continuo.

Patologías y eventos de alto consumo en UISALUD, se destaca que las neoplasias, particularmente los tumores malignos, constituyen el problema prioritario que justifica una intervención. Este grupo, que incluye



cánceres de próstata, mama, colon y otros, representa el 34% del costo total, con un costo elevado promedio por paciente y una incidencia creciente en la población de edad avanzada. Es crucial implementar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y optimización en los tratamientos para reducir la carga financiera y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados. Además, las enfermedades cardiovasculares y neurológicas también merecen atención prioritaria debido a su alta participación en los costos, lo que requiere fortalecer los programas de manejo integral y seguimiento de estas condiciones crónicas.

Con base en la información sobre la morbilidad atendida, los eventos de interés en salud pública y las patologías de alto consumo, y la morbilidad dada por incapacidades se pueden identificar las principales problemáticas de salud para los afiliados a UISALUD.

La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades no transmisibles predominantes deben ser abordadas como prioridades de intervención debido a su alta carga de morbilidad y costos asociados. Además, la prevención y control del dengue debe recibir atención inmediata, dado el alto porcentaje de eventos notificados y la positividad en las pruebas. Las neoplasias también requieren acciones urgentes debido a su alta carga social y económica.

5.2.3. Mortalidad

66

La mortalidad se refiere al número de muertes en una población durante un periodo específico, siendo un indicador clave del estado de salud de los usuarios en UISALUD. Incluye muertes por enfermedades, accidentes y otros factores, y su análisis ayuda a identificar tendencias que pueden guiar políticas de salud pública.

Para el desarrollo del análisis de mortalidad de UISALUD se toma como fuente de información los datos suministrados por la plataforma SISPRO del Ministerio de Salud a fecha de corte de 2023 para la EAPB y entes territoriales. Este análisis se desarrolla por departamentos y municipios donde se presentaron eventos de mortalidad a la fecha de corte e incluye:

- Mortalidad por grandes causas.
- Mortalidad por subcausas.
- Mortalidad de años de vida potencialmente perdidos – AVPP.
- Mortalidad trazadora.
- Mortalidad materno infantil y niñez.
- Letalidad

Para realizar el análisis de la mortalidad por grandes causas y subcausas se hace uso de la lista corta 6/67 de la OMS, la cual agrupa los diagnósticos de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en seis grandes grupos que se dividen en 67 grupos detallados de causas de muerte. Se utilizan las tasas ajustadas, teniendo en cuenta que son medidas de resumen que buscan corregir las diferencias entre las estructuras poblacionales, causadas por variables de confusión como la edad y de esta manera poder realizar comparaciones más equitativas.

En los resultados de los indicadores de mortalidad se observa una semaforización donde una marcación de color **Rojo**: Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto para UISALUD comparado con el indicador nacional o departamental o municipal. Marcación color **Verde**: Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en UISALUD comparado con indicador nacional o departamental o municipal. Marcación color **Amarilla**: Nos indica que no hay una diferencia estadística en la comparación con el indicador reportado por UISALUD comparado con indicador nacional o departamental o municipal.

5.2.2.1. Mortalidad ajustada por grandes causas

Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas en toda la población según lista 6/67 OPS-OMS

Para el año 2025, a nivel nacional las primeras causas fueron las Neoplasias, seguidas de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, en tercer lugar, Todas las Demás Enfermedades y, por último, las enfermedades transmisibles.

Santander: En el periodo evaluado, la tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue la más alta, seguida por las neoplasias. En tercer lugar, se situaron todas las demás enfermedades. Además, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en Santander fue significativamente inferior a la registrada en el departamento.

Bucaramanga: En el año analizado, la tasa ajustada de mortalidad por neoplasias ocupó el primer lugar, seguida de las enfermedades del sistema circulatorio. En tercer lugar, se encuentran todas las demás enfermedades. La tasa de mortalidad por Neoplasias fue inferior comparada con la del municipio de Bucaramanga con una diferencia significativa.

Floridablanca: En este municipio, la principal causa de mortalidad fueron todas las demás enfermedades, con un valor también inferior al del municipio. En segundo lugar, se sitúan las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por las neoplasias, que presentaron un valor inferior y una diferencia significativa.

Bogotá: La única y principal causa de mortalidad fueron las neoplasias, cuya tasa fue inferior a la del departamento en general, con una diferencia significativa

En la siguiente tabla, se muestran las tasas de mortalidad para departamento de Santander y Bogotá, incluyendo los municipios que reportaron casos.

Tabla 34. Tasa ajustada de mortalidad por grandes causas UISALUD, 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD	Tasa ajustada de mortalidad ente territorial
SANTANDER	Enfermedades transmisibles	5,39	124,63
	Neoplasias	39,92	88,70

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD	Tasa ajustada de mortalidad ente territorial
	Enfermedades sistema circulatorio	43,27	132,92
	Causas externas	0,00	43,33
	Las demás causas	29,73	107,85
	Signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BUCARAMANGA	Enfermedades transmisibles	7,26	23,37
	Neoplasias	47,90	77,23
	Enfermedades sistema circulatorio	40,26	87,97
	Causas externas	0,00	42,65
	Las demás causas	14,52	89,68
	Signos y síntomas mal definidos	0,00	23,37
FLORIDABLANCA	Enfermedades transmisibles	0,00	18,02
	Neoplasias	27,96	99,68
	Enfermedades sistema circulatorio	70,46	102,75
	Causas externas	0,00	31,50
	Las demás causas	98,43	102,24
	Signos y síntomas mal definidos	0,00	18,02
BOGOTÁ	Enfermedades transmisibles	0,00	25,25
	Neoplasias	6,25	112,20
	Enfermedades sistema circulatorio	0,00	136,21
	Causas externas	0,00	40,65
	Las demás causas	0,00	126,00
	Signos y síntomas mal definidos	0,00	25,25

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2023, tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados
Cabe destacar que no se reportaron tasas de mortalidad en otros municipios, ni departamentos.

Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas en Hombres según lista 6/67 OPS-OMS

Para los hombres afiliados a UISALUD a nivel nacional, las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa inferior a la reportada por el departamento y una diferencia significativa. En segundo lugar, se encuentran las muertes por neoplasias y otras causas, ambas con tasas también inferiores a las del departamento y con diferencias significativas.

A continuación, se presenta el comportamiento de la mortalidad por grandes causas en hombres en los municipios del departamento de Santander donde se reportaron casos.

Santander: La principal causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguida de las neoplasias y, en tercer lugar, el grupo de las demás causas. En todos los casos, las tasas de mortalidad fueron inferiores al promedio departamental, con diferencias estadísticamente significativas.

Bucaramanga: La mortalidad por neoplasias fue superior al promedio municipal. En segundo lugar, las enfermedades del sistema circulatorio presentaron una tasa inferior, con una diferencia significativa. Finalmente, las demás causas también mostraron valores inferiores al promedio del municipio, con diferencias significativas.

Floridablanca: Las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas, ambas con valores superiores a lo reportado por cada municipio y con diferencias significativas en relación con el promedio municipal.

A continuación, se presentan las tasas ajustadas de mortalidad en hombres grandes causas de Santander y los municipios con casos.

Tabla 35. Tasa ajustada de mortalidad en hombres grandes causas, UISALUD 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD	Tasa ajustada de mortalidad ente territorial
SANTANDER	Enfermedades transmisibles	11,35	34,32
	Neoplasias	64,09	84,37
	Enfermedades sistema circulatorio	72,16	143,93
	Causas externas	0,00	88,42
	Las demás causas	53,11	117,57
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BUCARAMANGA	Enfermedades transmisibles	15,10	34,98
	Neoplasias	94,44	83,98
	Enfermedades sistema circulatorio	57,15	112,07
	Causas externas	0,00	76,23
	Las demás causas	30,20	106,73
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
FLORIDABLANCA	Enfermedades transmisibles	0,00	34,35

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD	Tasa ajustada de mortalidad ente territorial
	Neoplasias	0,00	109,12
	Enfermedades del sistema circulatorio	165,64	27,41
	Causas externas	0,00	116,58
	Las demás causas	165,64	125,00
	signos y síntomas mal definidos	-	52,87

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2023, tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

No se reportaron tasas de mortalidad en otros departamentos y municipios.

Tasa de mortalidad ajustada por grandes causas en Mujeres según lista 6/67 OPS-OMS

A nivel nacional, para UISALUD, las principales causas de mortalidad en mujeres fueron las neoplasias, seguidas de las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio y, por último, todas las demás enfermedades. La tasa de mortalidad por neoplasias es inferior en comparación con el promedio nacional y presenta una diferencia significativa.

A continuación, se presenta el comportamiento de la mortalidad por grandes causas en mujeres en los municipios del departamento de Santander y Bogotá D.C., donde se reportaron casos.

Santander: La tasa de mortalidad fue equivalente para las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de todas las demás enfermedades. Todas las causas mostraron valores inferiores en comparación con el promedio departamental, con diferencias significativas.

Bucaramanga: La principal causa de mortalidad fue las enfermedades del sistema circulatorio, seguida por las neoplasias. La primera presentó valores superiores al promedio municipal, con una diferencia significativa. Todas las causas mostraron tasas inferiores en comparación con el promedio departamental, con diferencias significativas.

Floridablanca: Las principales causas de mortalidad fueron las neoplasias y todas las demás enfermedades, ambas con tasas inferiores al promedio municipal y con diferencias significativas.

Bogotá D.C.: Solo se reportaron casos de neoplasias, con una tasa superior a la reportada por el departamento y con diferencias significativas.

Se presentan las tasas ajustadas de mortalidad en mujeres por grandes causas para Santander, Bogotá D.C. y los municipios donde se registraron casos, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 36. Tasa ajustada de mortalidad en mujeres grandes causas, UISALUD 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD*	Tasa ajustada de mortalidad ente territorial*
SANTANDER	Enfermedades transmisibles	0,00	15,82
	Neoplasias	20,54	77,99
	Enfermedades sistema circulatorio	20,54	96,49
	Causas externas	0,00	15,14
	Las demás causas	10,27	86,62
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BUCARAMANGA	Enfermedades transmisibles	0,00	14,30
	Neoplasias	13,98	73,33
	Enfermedades sistema circulatorio	27,96	70,11
	Causas externas	0,00	12,08
	Las demás causas	0,00	77,14
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
FLORIDABLANCA	Enfermedades transmisibles	0,00	12,6592
	Neoplasias	52,07	75,9293
	Enfermedades sistema circulatorio	0,00	97,2141
	Causas externas	0,00	19,071
	Las demás causas	52,07	76,5206
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BOGOTÁ	Enfermedades transmisibles	0,00	20,11
	Neoplasias	1111,11	115,85
	Enfermedades sistema circulatorio	0,00	135,58
	Causas externas	0,00	15,49
	Las demás causas	0,00	129,73
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2023, tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

5.2.2.2. Mortalidad específica por subgrupo – tasas ajustadas por edad

Tasas ajustadas por la edad

A continuación, se presentan las causas de mortalidad según subgrupos de causas para UISALUD en Santander:

Mortalidad por Enfermedades Transmisibles: La única causa principal en este grupo corresponde a las **infecciones respiratorias agudas**, cuya tasa se encuentra por debajo del promedio departamental, con una diferencia estadísticamente significativa.

Mortalidad por Neoplasias: La principal causa de mortalidad en este grupo es el **tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo** (excepto estómago y colon), que presenta una tasa superior al promedio departamental y una diferencia significativa. En segundo lugar, se encuentra el **tumor maligno de otros órganos genitourinarios**, que también tiene una tasa superior al promedio departamental y una diferencia significativa. En tercer lugar, los **tumores malignos del tejido linfático y otros órganos hematopoyéticos**, junto con los tumores de otras localizaciones y no especificadas, presentaron tasas inferiores al promedio del departamento. Finalmente, los **tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido** mostraron tasas inferiores al promedio departamental.

Mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio: La principal causa es la **enfermedad isquémica del corazón**, con una tasa inferior al promedio departamental y una diferencia significativa. La **enfermedad cardiopulmonar** ocupa el segundo lugar, también con una tasa inferior al promedio departamental y una diferencia significativa. Las **enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón** presentaron tasas inferiores, pero sin diferencias significativas. Las **enfermedades cerebrovasculares del corazón** se ubicaron en tercer lugar, con una tasa inferior al promedio departamental y una diferencia significativa.

Mortalidad por Otras Causas: La principal causa en este grupo son los **trastornos mentales y del comportamiento**, cuya tasa es superior al promedio departamental y con una diferencia significativa. En segundo lugar, se encuentran las **enfermedades del sistema nervioso** (excepto meningitis). Finalmente, el resto de enfermedades en este grupo mostraron tasas inferiores, sin diferencias significativas respecto al promedio departamental.

A continuación, se presentan las ajustadas de mortalidad y sus subgrupos de causas para Santander.

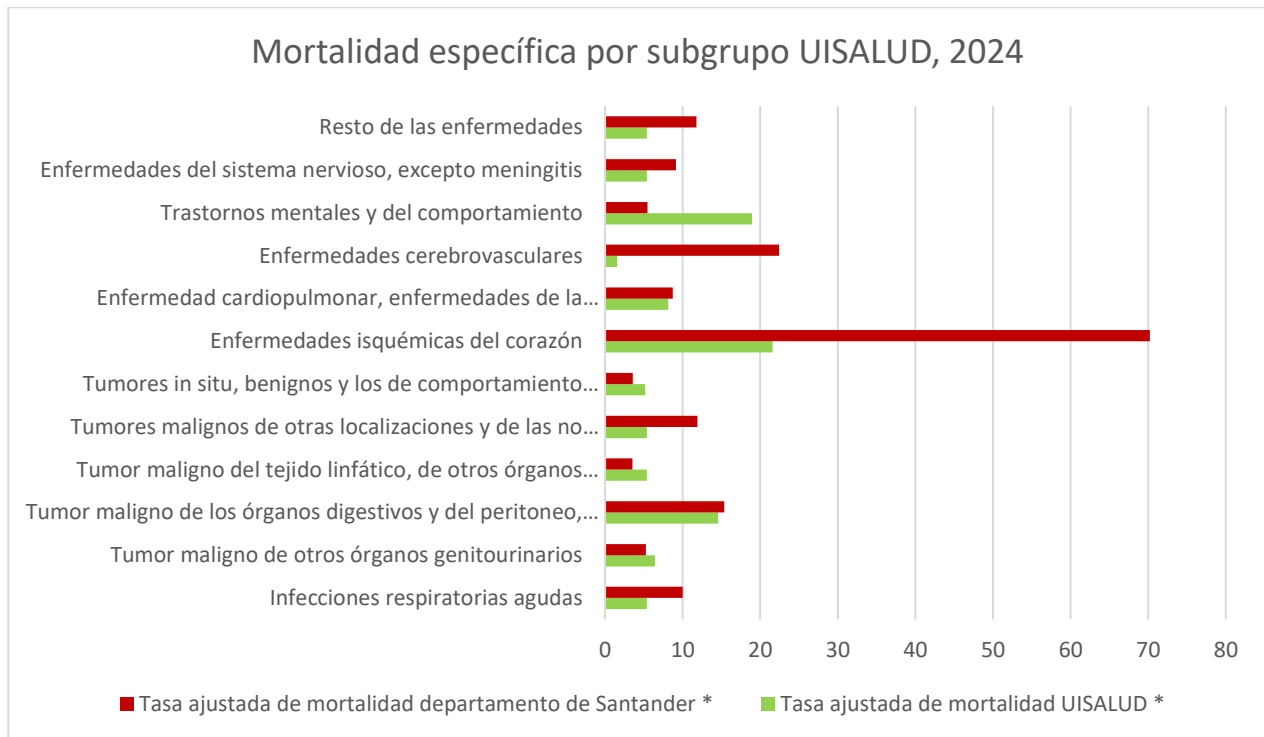
Tabla 37. Tasa de mortalidad ajustada por edad, según subgrupos de muerte, UISALUD Santander, 2024

Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Subgrupos de muerte	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD *	Tasa ajustada de mortalidad departamento de Santander *
Enfermedades transmisibles	Infecciones respiratorias agudas	5,39	9,98

Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Subgrupos de muerte	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD *	Tasa ajustada de mortalidad departamento de Santander *
Neoplasias	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	6,41	5,24
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,57	15,36
	Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	5,39	3,52
	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	5,39	11,91
	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	5,19	3,56
Enfermedades sistema circulatorio	Enfermedades isquémicas del corazón	21,57	70,21
	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	8,15	8,71
	Enfermedades cerebrovasculares	1,55	22,41
Las demás causas	Trastornos mentales y del comportamiento	18,94	5,47
	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5,39	9,14
	Resto de las enfermedades	5,39	11,76

Se presentan las ajustadas de mortalidad y sus subgrupos de causas para Santander y comparado con el departamento, como lo muestra la siguiente figura.

Figura 6. Tasa ajustada de mortalidad por subgrupos en mujeres UISALUD, 2024



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024: *tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

No se presentaron eventos de mortalidad en otros departamento o municipios.

Mortalidad específica por subgrupo de causas en hombres (tasas ajustadas por edad)

A continuación, se presentan las causas de mortalidad en hombres según subgrupos de causas para UISALUD en Santander:

Mortalidad por enfermedades transmisibles: La principal subcausa fue la mortalidad por **infecciones respiratorias agudas**, cuya tasa fue inferior a la reportada por el departamento, sin presentar una diferencia significativa.

Mortalidad por neoplasias: En hombres, las principales subcausas fueron el **tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo** (excepto estómago y colon), los **tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido**, y el **tumor maligno de otros órganos genitourinarios**. Todas estas subcausas presentaron tasas superiores a las reportadas por el departamento, con diferencias significativas.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio: Las principales subcausas fueron las **enfermedades cerebrovasculares**, cuya tasa fue superior al promedio departamental; las **enfermedades isquémicas del corazón**, que tuvieron una tasa inferior al promedio del departamento y una diferencia significativa; y la **enfermedad cardiopulmonar**, así como las **enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón**, que presentaron una tasa superior a la del departamento.

Mortalidad por otras causas: La única subcausa destacada en este grupo fue la mortalidad por **trastornos mentales y del comportamiento**, con una tasa superior a la del departamento y una diferencia significativa.

En la siguiente tabla, se presenta la mortalidad por subgrupos en hombres para Santander.

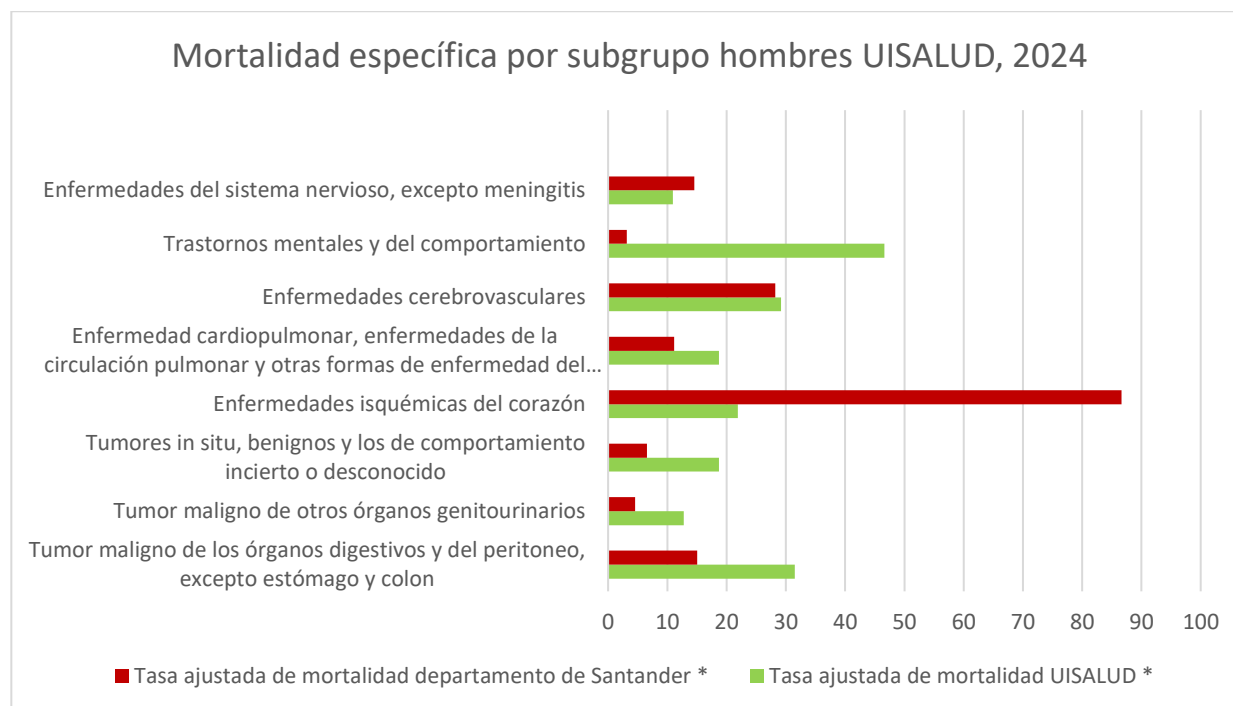
Tabla 38. Tasa de mortalidad ajustada por edad, según subgrupos de muerte en hombres, UISALUD Santander, 2024

Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Subgrupos de muerte	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD *	Tasa ajustada de mortalidad departamento de Santander *
Enfermedades transmisibles	Infecciones respiratorias agudas	10,94	17,7
	Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	31,50	15,01
Neoplasias	Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	12,77	4,55
	Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	18,73	6,53
	Enfermedades isquémicas del corazón	21,88	86,64
Enfermedades sistema circulatorio	Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	18,73	11,13
	Enfermedades cerebrovasculares	29,17	28,21
	Trastornos mentales y del comportamiento	46,61	3,18
Las demás causas	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	10,94	14,54

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2023: tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

En la siguiente figura, se presentan las ajustadas de mortalidad y sus subgrupos de causas en los hombres para Santander, donde se compara con el departamento

Figura 7. Tasa ajustada de mortalidad por subgrupos en hombres UISALUD, 2023.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024, tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados.

No se presentaron eventos de mortalidad en otros departamento o municipios.

Mortalidad específica por subgrupo en mujeres (tasas ajustadas por edad)

A continuación, se presentan las mortalidades en mujeres según subgrupo de causas para UISALUD Santander:

Mortalidad por enfermedades transmisibles: La principal causa de mortalidad fue el **resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias**, con un valor superior al reportado por el departamento y con una diferencia significativa. En segundo lugar, se ubicaron las **infecciones respiratorias agudas**.

Mortalidad por neoplasias: La principal causa fue el **tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines**, que presentó un valor superior en comparación con el departamento y con una diferencia significativa.

Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio: Las principales causas fueron las **enfermedades cerebrovasculares**, seguidas de las **enfermedades hipertensivas** y las **enfermedades isquémicas del corazón**.

Las dos primeras registraron valores superiores al departamento y con diferencias significativas. La mortalidad por **enfermedades isquémicas del corazón** se ubicó en tercer lugar, con un valor inferior al del departamento, pero con una diferencia significativa.

Mortalidad por las demás causas: En este grupo, la primera causa fue el **resto de las enfermedades**, seguida de las **enfermedades del sistema respiratorio** y la **diabetes mellitus**. Las dos primeras presentaron un valor superior al del departamento, con una diferencia significativa.

Como lo muestra la siguiente tabla, se presenta la mortalidad por subgrupos en mujeres para Santander.

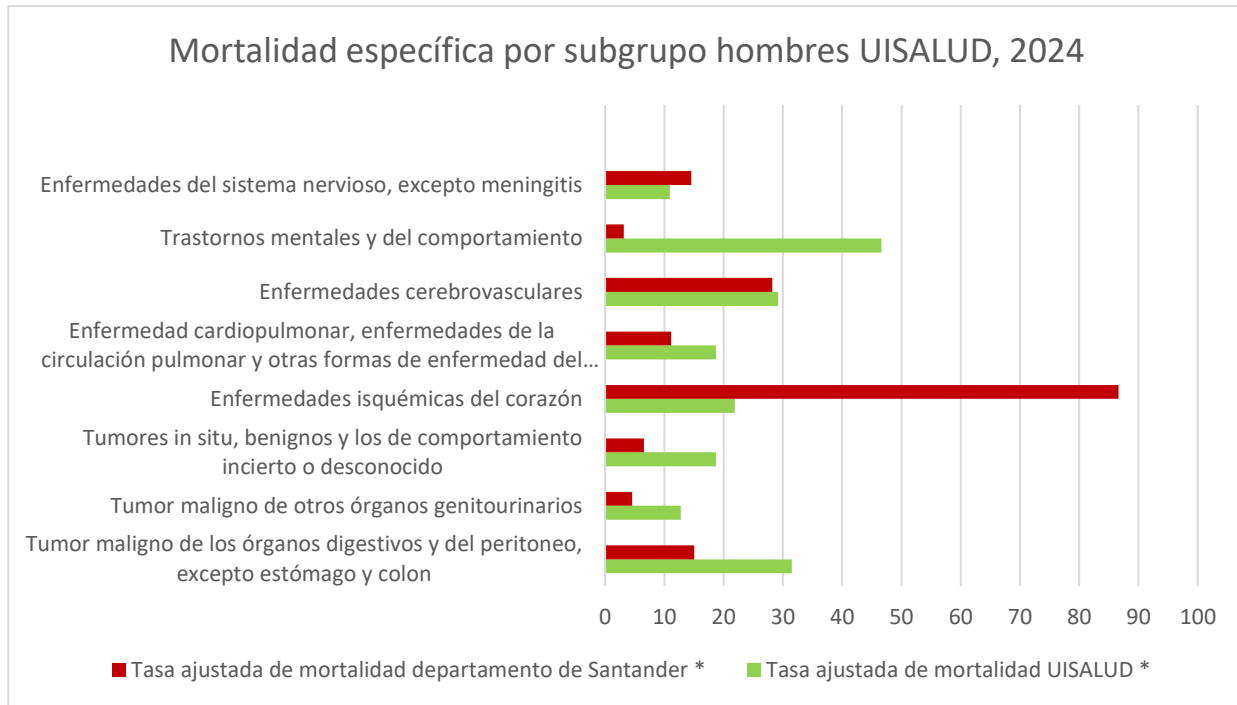
Tabla 39. Tasa de mortalidad ajustada por edad según subgrupos de muerte en mujeres, UISALUD Santander 2024.

Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Subgrupos de muerte	Tasa ajustada de mortalidad UISALUD *	Tasa ajustada de mortalidad departamento de Santander *
Neoplasias	Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	9,87	3,47
	Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	34,84	10,07
Enfermedades sistema circulatorio	Enfermedades hipertensivas	25,90	16,72
	Enfermedades isquémicas del corazón	15,56	61,49
	Enfermedades cerebrovasculares	38,80	19,17
Las demás causas	Diabetes mellitus	15,56	17,61
	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	12,99	12,08
	Resto de enfermedades del sistema respiratorio	15,56	6,95
	Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	12,91	4,84
	Resto de las enfermedades	28,47	12,87

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

Se presenta la mortalidad por subgrupos en hombres para Santander en la siguiente figura.

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad según subgrupos de muerte en hombres, UISALUD Santander 2024.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

No se presentaron eventos de mortalidad en otros departamento o municipios.

5.2.2.3. Tasas ajustadas de mortalidad por años de vida potencialmente perdidos - AVPP por grandes causas

La muerte se puede definir como el cese irreversible de las funciones biológicas esenciales que sostienen la vida de un organismo. Es un evento natural y universal que ocurre al final de ciclo vital de todos los seres vivos. En ese sentido, es de vital importancia dentro del análisis de mortalidad determinar si la muerte es el desenlace natural del ciclo de vida del ser humano o por lo contrario se presenta de forma temprana. La “muerte temprana” por otro lado es un concepto relativo del que se hace uso para describir el fallecimiento de una persona en una etapa de vida que se considera prematura, es decir, es la muerte que ocurre antes de que una persona alcance una edad que se considere típica dentro un grupo demográfico en particular.

Dentro de la caracterización poblacional el indicador que mide este efecto es denominado Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP, y se define como la suma de todos los años que habría vivido una persona que murió por una determinada causa si hubiese vivido hasta una edad típica para tal desenlace.

Tasas de AVPP ajustadas por la edad

A nivel nacional en UISALUD, la principal causa de mortalidad fue **todas las demás enfermedades**, con una tasa ajustada de **4.494,75 AVPP**, la cual es superior al promedio nacional.

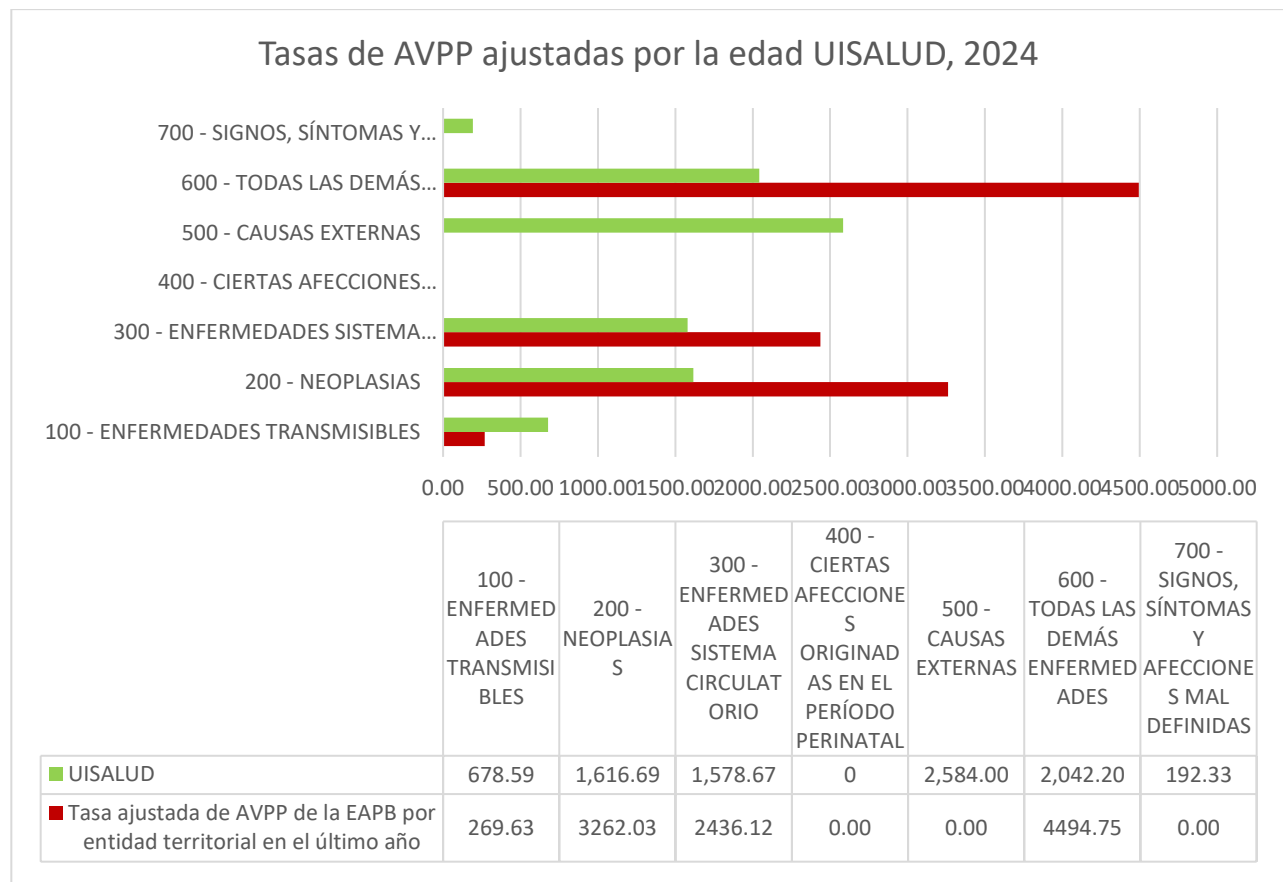
Le siguieron las siguientes causas:

- **Neoplasias**, con una tasa de **3.262,03 AVPP**.
- **Enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa de **2.436,12 AVPP**.

Estas tres causas presentaron valores superiores al promedio nacional, con diferencias significativas. Por último, las **enfermedades transmisibles** registraron una tasa de **269,63 AVPP**, inferior en comparación con el promedio del ente territorial.

En la siguiente figura, se presentan las tasas de AVPP ajustadas por edad para a nivel nacional para UISALUD, comparado con las tasas de AVPP por la edad en la población total.

Figura 9. Tasas ajustadas de AVPP en población total, UISALUD 2024



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

En **Santander**, las principales causas de mortalidad, según las tasas de AVPP ajustadas por edad, fueron: **todas las demás enfermedades**, con una tasa ajustada de **4.535,79 AVPP**; **neoplasias**, con una tasa de **2.867,31 AVPP**; y **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa de **2.458,36 AVPP**. Todas estas causas presentaron valores **superiores** al promedio departamental, con **diferencias significativas**.

Las tasas ajustadas de AVPP en **hombres** para los municipios fueron las siguientes: en **Bucaramanga**, las principales causas fueron **neoplasias**, con una tasa ajustada por edad de **2.867,31 AVPP**; **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa de **2.352,82 AVPP**; y **todas las demás enfermedades**, con una tasa de **757,80 AVPP**. Las dos primeras causas presentaron valores **superiores** a los reportados en el municipio, mientras que la última mostró un valor **inferior**, con una **diferencia significativa**.

En **Floridablanca**, las causas de mortalidad incluyeron **todas las demás enfermedades**, con una tasa ajustada por edad de **20.543,23 AVPP**; **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa de **3.953,01 AVPP**; y **neoplasias**, con una tasa de **1.672,93 AVPP**. Las dos primeras causas presentaron valores **superiores** a los del municipio, con **diferencias significativas**, mientras que las **neoplasias** tuvieron un valor **inferior**.

A continuación, se presentan los resultados para otros departamentos: en **Antioquia**, las **enfermedades transmisibles** registraron una tasa ajustada por edad de **18.650,00 AVPP**, valor **superior** al registrado en el municipio, con una **diferencia significativa**. En **Bogotá D.C.**, las **neoplasias** mostraron una tasa ajustada por edad de **155.187,50 AVPP**, valor **superior** al reportado por el municipio, con una **diferencia significativa**.

En la **tabla siguiente**, se presentan las tasas de AVPP ajustadas por edad para UISALUD, por departamentos y municipios de Santander que reportaron casos.

Tabla 40. Tasas ajustadas de AVPP en población total, UISALUD 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP UISALUD por entidad territorial	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial *
SANTANDER	Enfermedades transmisibles	272,10	565,69
	Neoplasias	2384,95	1.647,64
	Enfermedades sistema circulatorio	2458,36	1.427,19
	Afecciones periodo perinatal	0,00	1.692,02
	Causas externas	0,00	1.767,05
	Las demás causas	4535,79	155,58

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP UISALUD por entidad territorial	Tasa ajustada de mortalidad en la entidad territorial *
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BUCARAMANGA	Enfermedades transmisibles	378,75	659,47
	Neoplasias	2867,31	2.036,59
	Enfermedades sistema circulatorio	2352,82	1.374,00
	Afecciones periodo perinatal	0,00	-
	Causas externas	0,00	1.693,47
	Las demás causas	757,50	2.116,06
	signos y síntomas mal definidos	0,00	102,27
FLORIDABLANCA	Enfermedades transmisibles	0,00	443,23
	Neoplasias	1672,93	1.861,05
	Enfermedades sistema circulatorio	3953,01	1.130,54
	Afecciones periodo perinatal	0,00	-
	Causas externas	0,00	894,61
	Las demás causas	20543,23	1.596,88
	signos y síntomas mal definidos	0,00	239,30
ANTIOQUIA	Enfermedades transmisibles	18625,00	654,91
BOGOTÁ	Neoplasias	155187,50	1.734,00

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

No se presentaron Tasas ajustadas de AVPP en otros departamento o municipios

Tasas de AVPP ajustadas por la edad en Hombres

A nivel nacional, las principales causas de mortalidad según las tasas de AVPP ajustadas por la edad para el año 2023 en mujeres para UISALUD fueron las siguientes: En primer lugar, **neoplasias**, con una tasa ajustada por edad de **2991,58 AVPP**, superior a la del ente territorial. En segundo lugar, se encuentran las **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa ajustada por edad de **1249,12 AVPP**, inferior a la tasa del ente territorial. Finalmente, **todas las demás enfermedades** presentaron una tasa ajustada por edad de **624,56 AVPP**, inferior a la tasa nacional, con una diferencia significativa.

En el departamento de Santander, las principales causas de mortalidad según las tasas de AVPP ajustadas por la edad para el año 2023 en mujeres para UISALUD Santander fueron las siguientes: en primer lugar, **neoplasias**, con una tasa ajustada por edad de **1263,31 AVPP**, superior al valor departamental. En segundo lugar, se encuentran las **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa ajustada por edad de **1263,31 AVPP**, también superior al valor departamental. Por último, **todas las demás enfermedades** presentaron una tasa ajustada por edad de **6631,65 AVPP**, inferior al valor departamental, con diferencias significativas.

Las tasas ajustadas de AVPP en mujeres para los municipios fueron las siguientes: en Bucaramanga, en primer lugar, las **enfermedades del sistema circulatorio** presentaron una tasa ajustada por edad de **1724,81 AVPP**, superior al valor municipal, con una diferencia significativa. En segundo lugar, las **neoplasias** tuvieron una tasa ajustada por edad de **862,40 AVPP**, inferior al valor municipal, con una diferencia significativa. Por otro lado, en Floridablanca, las **neoplasias** mostraron una tasa ajustada por edad de **3371,21 AVPP**, inferior al valor municipal, con una diferencia significativa. Además, **todas las demás causas** también tuvieron una tasa ajustada por edad de **3371,21 AVPP**, inferior al valor municipal, con una diferencia significativa.

Finalmente, en Antioquia, las **neoplasias** registraron una tasa ajustada por edad de **27.588,89 AVPP**, superior al valor reportado por el municipio, con una diferencia significativa.

En la tabla siguiente, se presenta las Tasas de AVPP para UISALUD Santander y los municipios que presentaron reportes en hombres.

Tabla 41. Tasas ajustadas de AVPP en hombres, UISALUD 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP en hombres para UISALUD por entidad territorial	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial para hombres
SANTANDER	Enfermedades transmisibles	560,57	759,04
	Neoplasias	3574,12	1.502,59
	Enfermedades sistema circulatorio	3725,36	1.794,30
	Afecciones periodo perinatal	0,00	2.869,73
	Causas externas	0,00	1.985,31
	Las demás causas	8674,94	214,69

Entidad territorial donde residen los afiliados UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP en hombres para UISALUD por entidad territorial	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial para hombres
	signos y síntomas mal definidos	0,00	-
BUCARAMANGA	Enfermedades transmisibles	796,79	932,47
	Neoplasias	5080,21	1.900,10
	Enfermedades sistema circulatorio	3045,99	1.829,91
	Afecciones periodo perinatal	0,00	-
	Causas externas	0,00	2.939,18
	Las demás causas	1.593,58	2.452,95
	signos y síntomas mal definidos	0,00	134,93
FLORIDABLANCA	Enfermedades transmisibles	7847,01	1.353,54
	Todas las demás enfermedades	37.458,96	2.073,08

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2023. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

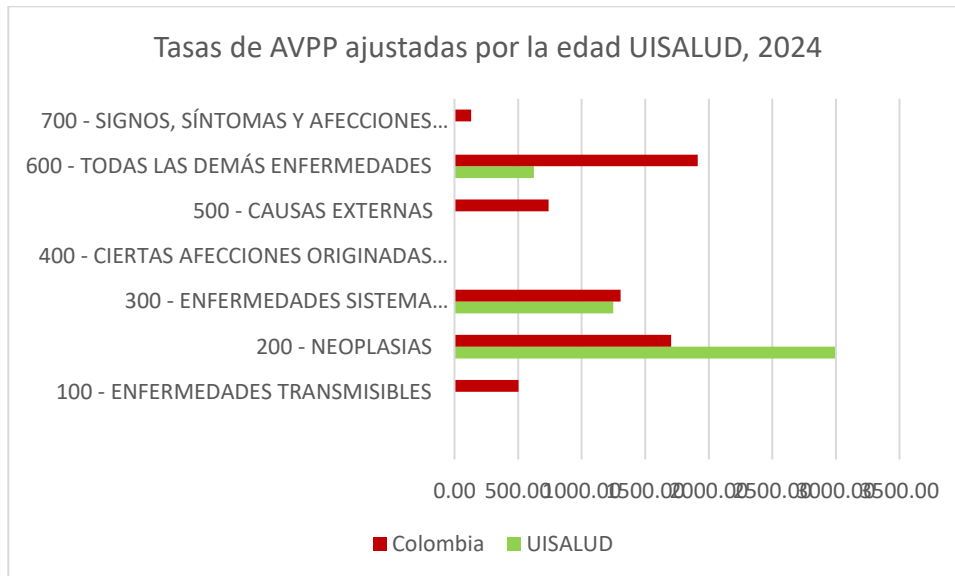
No se presentaron Tasas ajustadas de AVPP en hombres otros departamento o municipios

Tasas de AVPP ajustadas por la edad en Mujeres

A nivel nacional, las tasas ajustadas de AVPP principales en mujeres para UISALUD en 2023 fueron las siguientes: en primer lugar, **neoplasias**, con una tasa ajustada por edad de **2991,58 AVPP**, superior a la del ente territorial. En segundo lugar, se registraron las **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa ajustada por edad de **1249,12 AVPP**, inferior al promedio de la entidad territorial. Finalmente, **todas las demás enfermedades** presentaron una tasa ajustada por edad de **624,56 AVPP**, inferior al promedio nacional, con una diferencia significativa.

En la siguiente figura, se presentan las tasas de AVPP ajustadas por edad para a nivel nacional para UISALUD en mujeres.

Figura 10. Tasas ajustadas de AVPP en mujeres, UISALUD 2024



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados.

En el departamento de Santander, las tasas ajustadas de AVPP principales en mujeres para UISALUD Santander en 2023 fueron las siguientes: en primer lugar, **neoplasias**, con una tasa ajustada por edad de **1263,31 AVPP**, superior al valor departamental. En segundo lugar, se encuentran las **enfermedades del sistema circulatorio**, con una tasa ajustada por edad de **1263,31 AVPP**, también superior al valor departamental. Por último, **todas las demás enfermedades** presentaron una tasa ajustada por edad de **6631,65 AVPP**, inferior al valor departamental, con diferencias significativas.

En cuanto a las tasas ajustadas de AVPP en mujeres para los municipios, en Bucaramanga, la primera causa fueron las **enfermedades del sistema circulatorio**, que presentaron una tasa ajustada por edad de **1724,81 AVPP**, superior al valor municipal, con una diferencia significativa. En segundo lugar, las **neoplasias** tuvieron una tasa ajustada por edad de **862,40 AVPP**, inferior al valor municipal, con una diferencia significativa. Por otro lado, en Floridablanca, las **neoplasias** mostraron una tasa ajustada por edad de **3371,21 AVPP**, inferior al valor municipal, con una diferencia significativa. Además, **todas las demás causas** presentaron una tasa ajustada por edad de **3371,21 AVPP**, también inferior al valor municipal, con una diferencia significativa.

Finalmente, en Antioquia, las **neoplasias** registraron una tasa ajustada por edad de **27.588,89 AVPP**, superior al valor reportado por el municipio, con una diferencia significativa.

En la tabla siguiente se presentan las tasas de AVPP para UISALUD de los departamentos mencionados y los municipios con reportes en mujeres.

Tabla 42. Tasas ajustadas de AVPP en mujeres, UISALUD 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados UISALUD	Grupos de muerte según lista 6/67 OPS-OMS	Tasa ajustada de AVPP en mujeres para UISALUD por entidad territorial	Tasa ajustada de AVPP en la entidad territorial para mujeres-
SANTANDER	Neoplasias	1263,31	1729,3512
	Enfermedades sistema circulatorio	1263,31	1222,4495
	Las demás causas	631,65	1825,618
BUCARAMANGA	Neoplasias	862,40	2.166,41
	Enfermedades sistema circulatorio	1724,81	1.025,20
FLORIDABLANCA	Neoplasias	3371,21	1.966,21
	Causas externas	3371,21	391,68
	Las demás causas	3371,21	1.204,59
ANTIOQUIA	Neoplasias	275888,89	1.794,36

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) 2024. tasa ajustada de mortalidad por 100.000 afiliados

No se presentaron tasas ajustadas de AVPP en mujeres en otros departamentos o municipios.

5.2.2.4. Mortalidad trazadora

En el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) se establecieron eventos de mortalidad trazadora de interés para las EAPB. Para el año 2023, la tasa ajustada de mortalidad trazadora en UISALUD se encuentran en 0 para las condiciones de salud de diabetes mellitus, tuberculosis, VIH, leucemia en menores de 18 años, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y tumor maligno de mama, cuello uterino, próstata y estómago, según los datos presentados en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD).

No se presentaron indicadores de mortalidad trazadora en departamentos y municipios.

Mortalidad materno-infantil y en la niñez

El monitoreo y reducción de la mortalidad materno-infantil y en la niñez hace parte de los compromisos pactados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), por lo tanto, son parte importante para la caracterización de la población afiliada (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015).

El análisis de la mortalidad materno-infantil y la niñez se subdivide en el análisis de los indicadores trazadores de mortalidad materno, infantil y niñez, y en el análisis por 16 causas de mortalidad para este mismo grupo.

Indicadores de mortalidad materno, infantil y niñez

Estos indicadores son generados por el SISPRO, con un nivel de desagregación a nivel nacional, departamental y municipal. A continuación, se detallan los indicadores relevantes.

Desde el año 2020 hasta el 2023, en UISALUD no se han reportado casos de mortalidad para los indicadores incluidos en este apartado, con la excepción del indicador de mortalidad en la niñez (menores de 5 años). Este indicador abarca 16 causas de muerte, que a su vez se desglosan en 67 subcausas. En este contexto, se reporta una tasa de mortalidad en la niñez, correspondiente a los grupos de lista de niñez, de **2000 por cada 1,000 nacidos vivos**, la cual es significativamente superior a la tasa nacional, que es de **39,57**.

Este resultado se debe a un caso registrado de un menor de 4 años- masculino, residente en Floridablanca, diagnosticado con **Q91 I-Trisomía 18, mosaico (por falta de disyunción mitótica)**.

En el año 2024 no se presentaron casos de mortalidad infantil.

En la tabla siguiente, se presentan los indicadores de mortalidad materno infantil y niñez.

Tabla 43. Indicadores de mortalidad materno infantil y niñez UISALUD, 2021-2024

Nombre indicador	2020 ^s	2021 ^s	2022 [*]	2023 [*]	2024 [*]
Razón de mortalidad materna	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad perinatal	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad infantil	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad en la niñez	0	1724,13	1886,79	2000	0
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	0	0	0	0	0
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	0	0	0	0	0

No se presentaron indicadores de mortalidad materno infantil y en la niñez en otros departamentos y municipios.

5.2.2.5. Análisis de mortalidad infantil y niñez

Para el desarrollo de este análisis se hace uso de la lista de tabulación que contiene 16 causas en los que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte para la mortalidad infantil (niños menores de un año), mortalidad en niños de 1 a 4 años y mortalidad de la niñez (niños menores de 5 años).

Para el año de análisis no se reportaron casos. En el año anterior si se presentó un caso:

Mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas: En 2023 la tasa reportada para UISALUD Santander fue superior al compararse con el ente territorial y presentó una diferencia significativa. Y, para Floridablanca la tasa para este evento fue superior a la reportada por el municipio con una diferencia significativa.

En la tabla siguiente se presenta las causas de mortalidad en la niñez por grupos de lista I a 4 años (16 causas).

Tabla 44. Tasa específica de mortalidad en la niñez por (grupos lista niñez) UISALUD Santander, 2024

Entidad territorial donde residen los afiliados a UISALUD	Grandes causas de muerte	2023	2024	Tasa específica de mortalidad en la entidad territorial*
SANTANDER	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	2272,73	0	1,65
FLORIDABLANCA	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	14.285,71	0	1,89

87

No se presentaron indicadores de mortalidad trazadora en otros departamento y municipios

5.2.2.6. Letalidad

El Sistema de Vigilancia para la Salud Pública (SIVIGILA) recoge información de los eventos de interés en salud pública cuya notificación es obligatoria. Para la caracterización de la población se hará seguimiento a siete eventos cuya letalidad genera gran impacto.

En UISALUD no se han presentado letalidades entre los años 2020-2024, para los indicadores relacionados en este ítem en los siguientes eventos de interés en salud pública: leptospirosis, malaria, tos ferina, dengue grave, síndrome de rubeola congénita, meningitis por Haemophilus e influenza, ni infección respiratoria aguda grave (IRAG) en ningún departamento o municipio donde se reportan afiliados.

5.2.2.7. Mortalidad UISALUD fuente propia - 2024.



El comportamiento de la mortalidad registrado en UISALUD evidencia una transición demográfica y epidemiológica avanzada, caracterizada por un marcado envejecimiento poblacional y el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de muerte.

La totalidad de las defunciones ocurrió en población clasificada en ciclo vital de vejez, con una mediana de edad cercana a los 81 años y edades que alcanzaron hasta los 97 años, lo cual refleja una supervivencia prolongada y una expectativa de vida elevada dentro de la población afiliada. Este comportamiento sugiere además un acceso continuo a servicios de salud, seguimiento clínico permanente y manejo institucional sostenido de enfermedades crónicas complejas.

El predominio de neoplasias malignas, enfermedades cardiovasculares y patologías neuropsiquiátricas confirma una alta carga de enfermedad crónica degenerativa, propia de poblaciones envejecidas y con elevada multimorbilidad. Estas condiciones generan una creciente demanda de servicios especializados, tratamientos de alto costo, hospitalizaciones recurrentes, apoyo diagnóstico, rehabilitación, cuidados paliativos y atención integral de larga duración.

De igual manera, la presencia de infecciones respiratorias como causa importante de mortalidad refleja la vulnerabilidad clínica de la población adulta mayor, particularmente en pacientes con fragilidad, deterioro funcional, inmunosenescencia y coexistencia de múltiples patologías crónicas.

88

El predominio de personas pensionadas entre los fallecidos evidencia el impacto que el envejecimiento poblacional tiene sobre la dinámica asistencial y financiera de UISALUD. Este fenómeno implica mayores necesidades de atención integral, incremento en la utilización de servicios de mediana y alta complejidad, aumento en el consumo de tecnologías en salud y mayores costos asociados al manejo de enfermedades de larga evolución.

Desde el enfoque epidemiológico y de gestión del riesgo, los hallazgos observados indican que UISALUD enfrenta actualmente una carga importante de enfermedad crónica y dependencia funcional, con tendencia progresiva al incremento debido al envejecimiento sostenido de la población afiliada. En este contexto, el modelo de atención institucional requiere fortalecer de manera prioritaria las estrategias orientadas a:

- envejecimiento saludable,
- gestión integral del riesgo cardiovascular y metabólico,
- detección temprana y seguimiento oncológico,
- salud mental y enfermedades neurodegenerativas,
- prevención de complicaciones en pacientes crónicos,
- atención domiciliaria,
- cuidados paliativos,
- y seguimiento intensivo de pacientes pluripatológicos de alto riesgo.

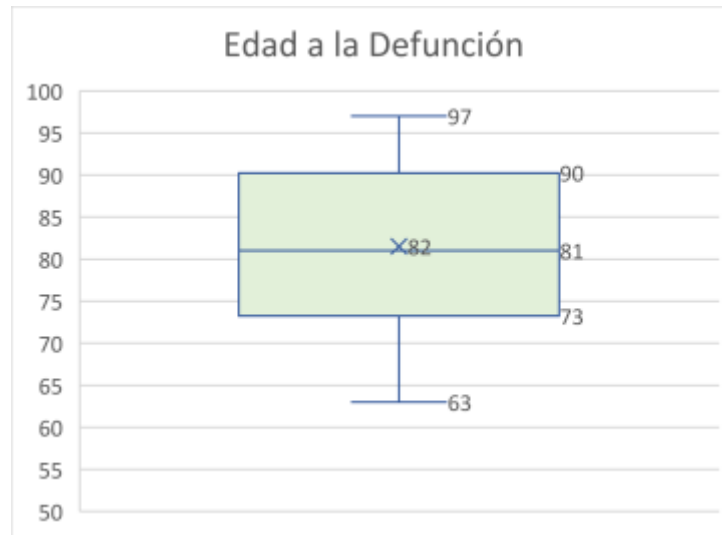
Así mismo, el comportamiento observado representa un reto significativo para la sostenibilidad financiera y operativa de UISALUD, debido al incremento progresivo de la carga de enfermedad, la complejidad clínica y la demanda de servicios especializados asociados a la longevidad de la población afiliada.

En conjunto, el perfil de mortalidad identificado es consistente con una población institucional altamente envejecida, con supervivencia prolongada y predominio de enfermedades crónicas degenerativas, situación que exige el fortalecimiento continuo de las estrategias de promoción de la salud, prevención de complicaciones, gestión del riesgo y atención integral centrada en el adulto mayor.

Tabla 45. Mortalidad – Grandes causas y subgrupos - UISALUD Santander, 2024

GRANDES GRUPOS (%acumulado)	SUBGRUPOS	2023		2024	
		#	% Part.	#	% Part.
Condiciones transmisibles y nutricionales (21%)	Infecciones respiratorias y otras infecciones	2	8,0%	3	5,0%
	Enfermedades infecciosas y parasitarias	0	0,0%	0	0,0%
Enfermedades no transmisibles (75,4%)	Enfermedades cardiovasculares	5	20,0%	5	15,0%
	Neoplasia maligna	8	32,0%	9	40,0%
	Enfermedades del sistema genito-urinario	0	0,0%	0	0,0%
	Enfermedades digestivas	0	0,0%	2	10,0%
	Condiciones neuropsiquiátricas	5	20,0%	5	20,0%
	Enfermedades respiratorias	1	4,0%	1	5,0%
	Desordenes endocrinos	1	4,0%	0	0,0%
	Diabetes	2	8,0%	0	0,0%
	Anomalia congénita	1	4,0%	1	5,0%
Lesiones (3%)	Lesiones no intencionales - Traumatismos	0	0,0%	0	0,0%
Total		25	100%	26	100,0%

Figura 11. Promedio de edad y mediana de edad de los casos fallecidos, UISALUD, 2024



Fuente: UISALUD

5.2.4. Conclusiones capítulo 2. Mortalidad

90

El análisis de mortalidad en la población afiliada a UISALUD evidencia un perfil epidemiológico dominado por las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio, que se consolidan como las principales causas de muerte y de años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Aunque las tasas ajustadas en varios municipios y departamentos se muestran inferiores a los promedios nacionales y territoriales, la carga de enfermedad sigue siendo significativa y refleja la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana y control integral de estas patologías.

El análisis por sexo y edad revela diferencias importantes:

- En hombres, la mortalidad por neoplasias digestivas y genitourinarias, así como por enfermedades cerebrovasculares, supera los promedios departamentales.
- En mujeres, destacan las neoplasias hematológicas y las enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares, con tasas superiores a las de referencia.
- Los trastornos mentales y del comportamiento emergen como una causa creciente de mortalidad en ambos sexos, lo que subraya la urgencia de fortalecer la atención en salud mental.

La mortalidad infantil y en menores de 5 años, aunque en descenso, continúa representando un reto para la atención materno-infantil y la prevención de muertes evitables.



En términos de AVPP, las muertes prematuras por neoplasias y enfermedades cardiovasculares generan un impacto considerable en la productividad y bienestar de la población afiliada, lo que exige intervenciones focalizadas en los grupos de mayor riesgo.

En síntesis, la mortalidad en UISALUD refleja una transición epidemiológica hacia enfermedades crónicas y condiciones de salud mental, con un peso creciente del envejecimiento y la multimorbilidad. Estos hallazgos orientan la necesidad de:

- Consolidar programas de prevención y control de ECNT.
- Fortalecer la atención primaria en salud y la gestión integral del riesgo.
- Integrar la salud mental como prioridad transversal.
- Garantizar la equidad territorial en el acceso a servicios de salud.

De esta manera, UISALUD podrá reducir la carga de mortalidad evitable, mejorar la calidad de vida de sus afiliados y contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

5.3. CAPÍTULO 3. PRIORIZACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PROBLEMÁTICAS EN SALUD DE LOS AFILIADOS.

Este capítulo integra los problemas identificados en los capítulos 1 y 2, su priorización y las acciones estratégicas correspondientes, en concordancia con lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

5.3.1 Consolidación de problemas identificados por capítulo

Capítulo 1 – Determinantes sociales: envejecimiento poblacional, vulnerabilidad (discapacidad y víctimas), enfermedades laborales.

Capítulo 2 – Morbilidad: predominio de enfermedades crónicas, alta carga de ECNT, salud mental, dengue, concentración del gasto en pocos usuarios.

Capítulo 2 – Mortalidad: predominio de neoplasias y cardiovasculares, años de vida potencialmente perdidos, impacto en adulto mayor.

5.3.2 Metodología y criterios de priorización

La priorización de las necesidades y problemáticas en salud de la población afiliada a UISALUD se desarrolló a partir de un análisis integral y sistemático de la información presentada en los capítulos previos, en coherencia con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031.

Este proceso tuvo como propósito orientar la toma de decisiones en salud, optimizando el uso de los recursos disponibles y focalizando las intervenciones en aquellas problemáticas que generan mayor impacto en la calidad de vida, la carga de enfermedad y la sostenibilidad del sistema, desde la perspectiva del aseguramiento.

La priorización se fundamentó en:

- El análisis de los determinantes sociales de la salud y la configuración territorial.
- La caracterización demográfica y epidemiológica de la población afiliada.
- El comportamiento de la morbilidad, mortalidad y eventos de interés en salud pública.
- La identificación de grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad.
- La capacidad institucional y territorial para intervenir los problemas identificados.

Tabla 46. Criterios de evaluación de los problemas identificados

Criterio	Definición	Escala
Magnitud	Frecuencia del problema ¿Cuántas personas son afectados por el	1-5
Trascendencia	Impacto en salud ¿Qué tan duradero o grave es el problema por sus efectos a través del tiempo?	1-5
Pertinencia	¿Relación social Cuál es el grado de adecuación o de compromiso que tiene la política respecto al contexto social en el cual se desarrolla y respecto del marco cultural de la población en la que se da?	1-5
Factibilidad	Capacidad institucional ¿Es posible la intervención?	1-5
Viabilidad	Implementación - ¿Las circunstancias permiten realizar la intervención?	1-5

Con base en el análisis previo de los determinantes sociales de la salud, la situación de morbilidad y mortalidad, y el proceso de validación en comité de gestión integral del riesgo, se procedió a la priorización de los problemas de salud identificados.

Este proceso se realizó mediante la aplicación de criterios técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyendo la magnitud del problema, su trascendencia en términos de carga de enfermedad y mortalidad, la pertinencia social y sanitaria, así como la factibilidad y viabilidad de intervención desde el aseguramiento en salud.

La priorización permite orientar de manera estratégica las acciones de gestión del riesgo, focalizando los recursos en aquellas problemáticas que generan mayor impacto en la población afiliada y en la sostenibilidad del sistema.

Es importante señalar que esta priorización no busca intervenir directamente los determinantes estructurales no modificables, sino mitigar sus efectos en salud mediante intervenciones integrales, preventivas y de atención continua.



5.3.3 Listado consolidado de problemas

5.3.3.1. Problemas identificados desde la configuración del territorio y los determinantes sociales de la salud

El análisis territorial y demográfico evidencia una **estructura poblacional marcadamente envejecida**, con predominio del grupo de vejez (50,18 % de los afiliados), una baja proporción de población infantil y juvenil y un índice de envejecimiento significativamente superior al del ente territorial y al promedio nacional.

Esta configuración poblacional se asocia a:

- Mayor demanda de servicios de salud.
- Incremento de la carga de enfermedades crónicas y multimorbilidad.
- Aumento del gasto en salud y necesidad de cuidados de larga duración.

Adicionalmente, se identifican problemáticas relacionadas con:

- **Condiciones de vulnerabilidad específicas**, como personas con discapacidad y víctimas del conflicto armado.
- **Riesgos laborales**, principalmente de origen osteomuscular y neurológico, asociados a condiciones ergonómicas.
- **Centralización geográfica** de la población en el área metropolitana de Bucaramanga, con baja dispersión territorial, lo que facilita el acceso, pero exige alta capacidad resolutive de la red principal.

93

5.3.3.2. Problemas identificados en el análisis de morbilidad

El análisis de la morbilidad muestra un **predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles**, especialmente:

- Enfermedades cardiovasculares.
- Neoplasias.
- Enfermedades endocrinas y metabólicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus.
- Condiciones neuropsiquiátricas.

Estas patologías concentran una alta proporción de la atención en salud, generan discapacidad, requieren seguimiento continuo y representan un alto impacto financiero, dado que un pequeño porcentaje de afiliados concentra más de la mitad del gasto total en salud.

Dentro de los eventos de interés en salud pública, el dengue continúa siendo el evento más notificado, asociado a condiciones ambientales y climáticas del territorio, lo que lo mantiene como una prioridad desde la gestión del riesgo y la vigilancia epidemiológica.

5.3.3.3. Problemas identificados en el análisis de mortalidad

La mortalidad en la población afiliada a UISALUD está determinada principalmente por:

- Neoplasias malignas.
- Enfermedades del sistema circulatorio.
- Otras enfermedades crónicas no transmisibles.

Aunque las tasas de mortalidad son inferiores a las reportadas a nivel departamental y nacional, estas causas concentran la mayor proporción de años de vida potencialmente perdidos, especialmente en población adulta y adulta mayor.

Asimismo, las condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo los trastornos mentales y del comportamiento, representan una problemática relevante por su impacto en la calidad de vida, la discapacidad y la demanda de servicios especializados.

5.3.4 Priorización de problemas

La siguiente tabla presenta la priorización de los problemas de salud en la población afiliada a UISALUD, resultado de la aplicación de los criterios de evaluación definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando su magnitud, impacto en la salud de la población, pertinencia social y capacidad de intervención desde la gestión del aseguramiento.

Tabla 47. Problemas identificados Configuración del territorio desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque diferencial

Problema de salud	Magnitud	Trascendencia	Pertinencia social y sanitaria	Factibilidad	Viabilidad	Total
Alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles (neoplasias y enfermedades cardiovasculares)	5	5	5	4	4	23
Alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus	5	4	5	4	4	22

Condiciones neuropsiquiátricas y problemas de salud mental	4	5	5	4	4	22
Alta carga de multimorbilidad asociada a enfermedades crónicas	4	5	5	3	3	20
Riesgos en salud derivados del envejecimiento poblacional	5	5	5	3	3	21
Eventos transmisibles prioritarios (dengue)	4	4	4	4	4	20
Enfermedades osteomusculares de origen laboral	2	2	3	2	4	13
Condiciones de vulnerabilidad (discapacidad y población víctima del conflicto armado)	2	3	3	3	3	14

5.3.5 Problemas priorizados finales

De acuerdo con la matriz de priorización, se establecen como **problemas prioritarios en salud** los siguientes:

1. **Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)**, especialmente neoplasias y enfermedades cardiovasculares.
2. **Enfermedades metabólicas** (hipertensión arterial y diabetes mellitus).
3. **Condiciones neuropsiquiátricas y salud mental.**
4. **Envejecimiento poblacional y multimorbilidad.**
5. **Eventos transmisibles**, particularmente dengue.

La priorización de problemas y su articulación con la gestión del riesgo en salud permiten a UISALUD orientar sus intervenciones de manera eficiente, focalizando recursos en los eventos de mayor impacto, garantizando la atención integral de la población afiliada y contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud institucional.

5.4. CAPITULO 4. ACCIONES QUE LA ENTIDAD ENCARGADA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD REALIZA A PARTIR DEL ANÁLISIS Y EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2022-2031.

5.4.1 Estrategias de Gestión de Riesgo Integral y Plan de Intervención

De acuerdo con la priorización de problemas de salud, UISALUD orienta sus intervenciones bajo el enfoque de Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), articulando acciones con las entidades territoriales y alineando sus estrategias con los ejes del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Las principales acciones se estructuran así:

5.4.1.1. Estrategias para el control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

- Implementación de programas de detección temprana y tamizaje para cáncer (mama, cuello uterino, próstata, colon).
- Fortalecimiento de la atención integral en enfermedades cardiovasculares mediante seguimiento clínico, control de hipertensión y promoción de estilos de vida saludables.
- Monitoreo de indicadores de supervivencia y calidad de vida en pacientes de alto costo.

96

5.4.1.2. Estrategias para el control de Enfermedades Metabólicas

- Programas de prevención y control de diabetes mellitus, incluyendo educación en autocuidado y adherencia terapéutica.
- Promoción de la alimentación saludable y actividad física en población general y grupos de riesgo.
- Seguimiento a clínicas de riesgo cardiovascular para seguimiento integral de hipertensión arterial y diabetes.

5.4.1.3. Estrategias para el control de Condiciones Neuropsiquiátricas y Salud Mental

- Fortalecimiento de la red de atención en salud mental con psicólogos y psiquiatras en IPS propia.
- Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes y población universitaria.
- Estrategias de detección temprana de depresión y ansiedad en atención primaria.
- Campañas de prevención del suicidio y promoción del bienestar emocional.

5.4.1.4. Estrategias frente al Envejecimiento Poblacional y Multimorbilidad

- Desarrollo de programas de atención integral al adulto mayor, con enfoque en prevención de caídas, control de enfermedades crónicas y rehabilitación funcional.
- Implementación de modelos de atención domiciliaria y telemedicina para personas con multimorbilidad.
- Promoción de la participación social y comunitaria de los adultos mayores para mejorar calidad de vida.



5.4.1.5. Estrategias para el control de Eventos Transmisibles

- Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en dengue y otras enfermedades vectoriales, articulando acciones con las secretarías de salud.
- Garantizar acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA y tuberculosis.
- Campañas de prevención y educación comunitaria sobre medidas de control vectorial y autocuidado.
- Respuesta rápida ante brotes y eventos de interés en salud pública.

5.4.1.6. Estrategias transversales de fortalecimiento institucional

- Capacitación continua del personal de salud en gestión del riesgo y atención integral.
- Continuar fortaleciendo la red de servicios a través del proceso de contratación, priorizando zonas de residencia de afiliados.
- Innovación tecnológica: implementación de sistemas de información en salud y telemedicina.
- Articulación con entidades territoriales para intervenciones conjuntas en salud pública.

Anexo. RESUMEN INFORMACION GENERAL PARA DISEÑO DE INFOGRAFIA

1. Información Demográfica

- **Concentración geográfica:** El 72.3% de afiliados se encuentran en Bucaramanga, seguido de Floridablanca (19.03%).
- **Pirámide poblacional:** 50% de los afiliados son mayores de 60 años; solo el 2.2% son menores de 5 años.
- **Población vulnerable:** 21 personas víctimas del conflicto y 46 con discapacidad, con alta prevalencia de discapacidades mentales.

2. Morbimortalidad

- **Morbilidad predominante:** Las enfermedades no transmisibles lideran la atención, especialmente cardiovasculares y musculoesqueléticas.
- **Eventos de salud pública:** El dengue representa el 83% de eventos reportados, con una positividad del 32.8%.
- **Mortalidad:** 95% de muertes son por enfermedades no transmisibles, principalmente neoplasias malignas y enfermedades cardiovasculares.
- **Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP):** Las neoplasias y enfermedades circulatorias son las principales causas de AVPP, especialmente en mujeres.

98

3. Prioridades de Intervención

- **Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT),** especialmente neoplasias y enfermedades cardiovasculares.
- **Enfermedades metabólicas** (hipertensión arterial y diabetes mellitus).
- **Condiciones neuropsiquiátricas y salud mental.**
- **Envejecimiento poblacional y multimorbilidad.**
- **Eventos transmisibles,** particularmente dengue.

4. Acciones Estratégicas

- **Gestión del riesgo:** Programas de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para neoplasias y enfermedades crónicas.
- **Fortalecimiento de la salud pública:** Capacitación en prevención y control de enfermedades infecciosas, como el dengue.
- **Cualificación del personal de salud:** Formación continua para atender patologías prioritarias, con énfasis en salud mental y enfermedades crónicas.
- **Articulación con la entidad territorial:** Trabajo conjunto para mejorar el control y vigilancia de enfermedades prioritarias, compartiendo experiencias positivas en salud pública.

Salud UISALUD 2025: Nuestro Perfil y Compromiso con tu Bienestar

PERFIL DEMOGRÁFICO Y CARGA DE ENFERMEDAD

Una Población Senior
50%

El 50% de nuestros afiliados tiene más de 60 años, reflejando un marcado envejecimiento.

Concentración Territorial
La gran mayoría de los usuarios residen en Bucaramanga y Floridablanca.

Principales Motivos de Consulta

Cardiovasculares

Musculoesqueléticas

Metabólicas (hipertensión y diabetes)

Predominan las enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas y metabólicas (hipertensión y diabetes).

PRIORIDADES DE SALUD POR IMPACTO E FRECUENCIA

 Cáncer	 Salud Metabólica	 Salud Mental
<ul style="list-style-type: none"> Foco crítico en próstata, mama y colon. 	<ul style="list-style-type: none"> Alta prevalencia de hipertensión arterial y diabetes. 	<ul style="list-style-type: none"> Atención prioritaria en condiciones neuropsiquiátricas.

ALERTAS DE SALUD PÚBLICA Y ACCIONES ESTRATÉGICAS

Alerta Roja: Dengue
83%

Representa el 83% de los eventos de salud pública reportados en la población.

El Cáncer como Prioridad

Los tumores de próstata, mama y colon son el eje central de intervención.

Nuestra Hoja de Ruta

Detección temprana
Detección temprana de riesgos y patologías

Control de crónicos
Seguimiento integral de pacientes con enfermedades crónicas

Salud mental
Atención integral en condiciones neuropsiquiátricas

Prevención del dengue
Acciones de prevención y control del vector