

SALUD Y  
PROTECCIÓN SOCIAL



# PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL 2020-2023



Gobernación del Quindío

**TABLA DE GRÁFICA**

DIAGNÓSTICO .....	6
1. SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .....	6
1.1 Porcentaje de Población Asegurada al SGSSS .....	6
1.2 Cobertura de Vacunación con PENTA en Menores De 1 Año. ....	9
1.3 Coberturas de Vacunación con Triple Viral en Niños de 1 Año.....	10
1.4. Cobertura Útil con Esquema Completo de Vacunación para la Edad .....	12
1.5. Porcentaje De Nacidos Vivos Con Cuatro O Más Controles Prenatales.....	14
1.6 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (Por 1.000 Nacidos Vivos) .....	16
1.7. Tasa de Mortalidad en Menores de 1 Año (Por 1000 Nacidos Vivos).....	17
1.8. Razón De Mortalidad Materna .....	19
1.9. Porcentaje de Atención Institucional Del Parto .....	20
1.10. Porcentaje de Atención Institucional del Parto por Personal Calificado. ....	22
1.11. Tasa de Mujeres de 10 a14 Años que han Sido Madres. ....	23
1.12. Tasa de Mujeres de 15 a 19 Años que han Sido Madres. ....	24
1.13. Tasa Ajustada de Mortalidad Asociada a Cáncer de Cuello Uterino .....	26
1.14. Prevalencia de VIH/Sida.....	27
1.15. Tasa de Mortalidad Asociada a VIH/Sida.....	28
1.16. Porcentaje Transmisión Materno Infantil del VIH.....	30
1.17. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Menores de 5 Años de Edad	30
1.18. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Menores de 5 Años de Edad (Número De Muertes Anual) .....	32
1.19. Prevalencia de Niños Menores de Cinco Años con Desnutrición Aguda (Indicador de Peso para la Talla).....	33
1.20. Cobertura de Tratamiento Antiretroviral. (ARV).....	35
1.21. Mortalidad por Malaria. ....	36
1.22. Mortalidad Por Dengue. ....	36
1.23. Letalidad Por Dengue .....	37
1.24. Índice de Riesgo de la Calidad de Agua (IRCA). ....	39
1.25. Oportunidad en la Presunción Diagnóstica y Tratamiento Oncológico en Menores de 18 Años. ....	41
1.26. Violencia de Género. ....	44



1.27. Diagnóstico del síndrome respiratorio agudo (sars-cov-2) COVID – 19 Departamento del Quindío ..... 47

### ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Cobertura de Afiliación al SGSSS Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 6

Gráfica 2. Cobertura de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud según Sexo - Quindío 2015 - 2018 ..... 7

Gráfica 3. Afiliación al SGSSS según Régimen - Departamento del Quindío ..... 8

Gráfica 4. Cobertura de vacunación con PENTA en menores de 1 año ..... 9

Gráfica 5. Coberturas de vacunación con Triple Viral en menores de 1 año, Colombia vs Quindío 2015 – 2018 ..... 11

Gráfica 6. Coberturas de vacunación con Triple Viral en niños de 5 años, Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 12

Gráfica 7. Porcentaje de Nacidos Vivos con cuatro o más controles prenatales Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 15

Gráfica 8. Casos y Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años ..... 16

Gráfica 9. Tendencia de la Tasa de Mortalidad en menores de 1 año Dpto. del Quindío – Colombia 2015 – 2018 ..... 18

Gráfica 10. Razón de Mortalidad Materna, Colombia vs Quindío ..... 19

Gráfica 11. Casos de Mortalidad Materna Temprana, Quindío 2015 – 2018 ..... 20

Gráfica 12. Porcentaje de parto institucional, Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 21

Gráfica 13. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 22

Gráfica 14. Tasa de mujeres de 10 a 14 años que han sido gestantes, Colombia vs Quindío 2015-2018 ..... 23

Gráfica 15. Tasa de mujeres que han sido madres entre los 15 a 19 años, Colombia vs Quindío 2015-2018 ..... 25

Gráfica 16. Tasa ajustada de Mortalidad por Cáncer de cuello uterino, Colombia vs Quindío 2015 -2018 ..... 26

Gráfica 17. Prevalencia de casos de VIH/SIDA, Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 27

Gráfica 18. Tasa ajustada de mortalidad por VIH/SIDA, Colombia vs Quindío 2015 - 2018 ..... 29

Gráfica 19. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de cinco años, Departamento del Quindío 2015 - 2018 ..... 31

Gráfica 20. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco años, Departamento del Quindío 2015 - 2018 ..... 33

Gráfica 21. Porcentaje de Tratamiento Antirretroviral, Departamento del Quindío 2015 - 2018 ..... 35

Gráfica 22. Número de Muertes por Dengue, Departamento del Quindío 2015 - 2018 ... 37

Gráfica 23. IRCA Quindío ..... 40





Gráfica 24. Cuadro del nivel de riesgo Quindío VS Colombia.....	40
Gráfica 25. Tendencia de casos de Cáncer en menores de 18 años, Quindio, SE 01-52, 2018 .....	42
Gráfica 26. Oportunidad en la presunción diagnóstica de Tendencia de casos de Cáncer en menores de 18 años, Quindio, SE 01-52, 2018 .....	44
Gráfica 27. Víctimas de Violencia de Genero que conviven con el agresor .....	45
Gráfica 28. Violencia de Género según la edad de la victima .....	46
Gráfica 29. Comportamiento diario de los casos positivos para COVID – 19 a nivel Mundial.....	52
Gráfica 30. Mapa Ubicación geográfica de los casos de COVID.19 en el mundo.....	52
Gráfica 31. Histórico de casos reportados, según clasificación de positivos acumulados, recuperados y fallecidos.....	53
Gráfica 32. Comportamiento Acumulado de casos de COVID - 19 - Departamento del Quindío .....	54
Gráfica 33. Clasificación de casos de COVID – 19 – Departamento del Quindío. (26/04/2020) .....	55
Gráfica 34. Relación de casos positivos para COVID – 19 según edad y sexo de los pacientes, Departamento del Quindío (26/04/2020) .....	55
Gráfica 35. Relación de fecha de toma de muestras para COVID – 19, fecha de reporte de resultados, Departamento del Quindío (26/04/2020) .....	57

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de Afiliación al SGSSS por municipios – Departamento del Quindío 2015 - 2018 .....	8
Tabla 2. Coberturas de vacunación por PENTA en menores de 1 año, por municipio y Departamento del Quindío 2015 – 2018.....	9
Tabla 3. Coberturas de vacunación por TV en menores de 1 año, por municipio – Departamento del Quindío 2015 – 2018.....	11
Tabla 4. Coberturas de vacunación por Triple viral menor de 5 años, por municipio y Departamento del Quindío 2015 – 2018.....	13
Tabla 5. Porcentaje de gestantes con 4 controles o más según municipio de Residencia, Departamento del Quindío 2015 – 2018.....	15
Tabla 6. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad por municipio de residencia de la madre . Departamento del Quindío 2015 – 2018 .....	17
Tabla 7. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por Municipios, Departamento del Quindío 2015 – 2018 .....	19
Tabla 8. Porcentaje de partos institucionalizados por municipios, Departamento del Quindío 2015 – 2018 .....	21
Tabla 9. Porcentaje de partos institucionales por municipios, Quindío 2015 – 2018 .....	22



Tabla 10. Tasa de mujeres entre los 10 a los 14 años, que han sido madres – Departamento del Quindío 2015 - 2018 .....	24
Tabla 11. Mujeres entre los 15 a 19 años, que han sido madres – Departamento del Quindío 2015 - 2018 .....	25
Tabla 12 Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino – Departamento del Quindío 2015 - 2018. ....	27
Tabla 13. Prevalencia de VIH/SIDA por municipio Departamento del Quindío 2015 – 2018 .....	28
Tabla 14. Tasas ajustadas de mortalidad por VIH/SIDA por municipio – Departamento del Quindío – 2015 - 2018 .....	29
Tabla 15. Porcentaje de transmisión materno – infantil de VIH – Departamento del Quindío 2015 – 2018 .....	30
Tabla 16. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por municipios del Departamento del Quindío 2015 – 2018.....	32
Tabla 17. Prevalencia de niños menores de cinco años con desnutrición aguda .....	34
Tabla 18. Casos de Dengue.....	37
Tabla 19. Muertes de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia 2017 .....	38
Tabla 20. Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA.....	39
Tabla 21. Cuadro del nivel de riesgo Quindío por municipio .....	39
Tabla 22. Cuadro del nivel de riesgo Quindío VS Colombia .....	40
Tabla 23. Distribución de casos por residencia y notificación de Ca en menores de 18 años, Colombia periodo XIII de 2018 .....	41
Tabla 24. Tasa de incidencia de Cáncer en menores de 18 años .....	43
Tabla 25. Tasa de mortalidad por Cáncer en menores de 18 años .....	43
Tabla 26. Violencia de Género.....	45
Tabla 27. Violencia de Género según Municipio de Residencia.....	47
Tabla 28. Relación de casos de COVID -19 por municipio del Departamento del Quindío según evolución.....	56
Tabla 29. Capacidad hospitalaria red de prestadores Quindío 2020 .....	58
Tabla 30. Posible Expansión de la capacidad hospitalaria especializada Quindío 2020 .....	59



**DIAGNÓSTICO  
LÍNEA INCLUSIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

**SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

**1. SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

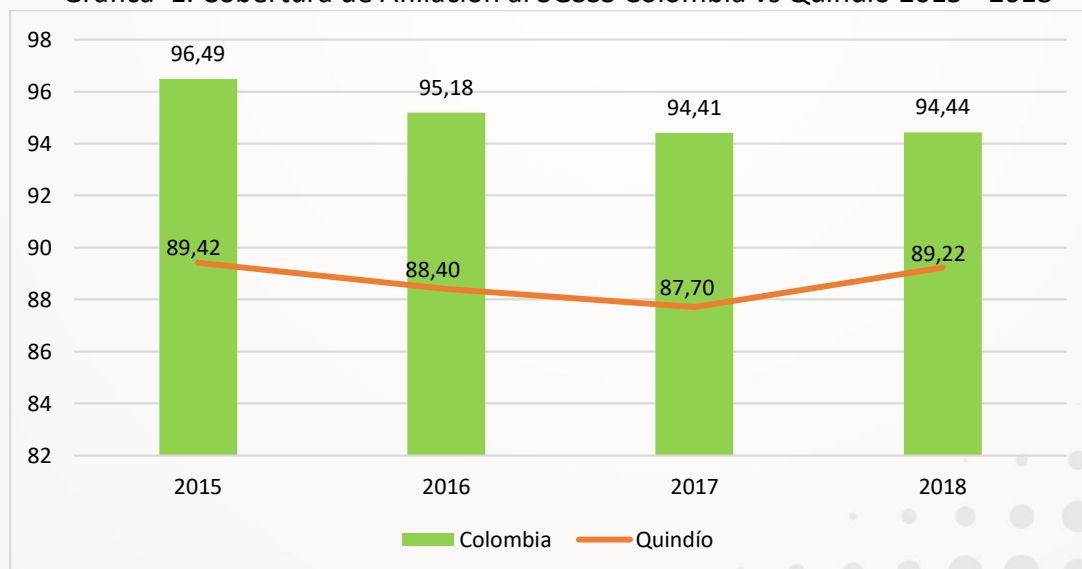
**1.1 Porcentaje de Población Asegurada al SGSSS**

6

De acuerdo a los reportes obtenidos del Sistema de información de la protección social (SISPRO), el Departamento del Quindío, muestra una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que inicia para la vigencia 2015, con el porcentaje más alto (89.42%) evidenciándose un alto porcentaje de población clasificada como pobre no asegurada, mostrándose un importante descenso para los años 2016 y 2017, momentos en que se presentan variaciones en la calificación del SISBEN situación que influye directamente en el acceso de la población al SGSSS, para el año 2018, nuevamente se incrementa, sin embargo aún se calcula que el Departamento del Quindío tiene en promedio un 11% de población no afiliada.

Comparado el comportamiento de la afiliación del Departamento del Quindío, con lo informado a nivel País, se observa, un comportamiento evidentemente inferior, con una diferencia promedio para el año 2018 de 5 puntos porcentuales.

Gráfica 1. Cobertura de Afiliación al SGSSS Colombia vs Quindío 2015 - 2018

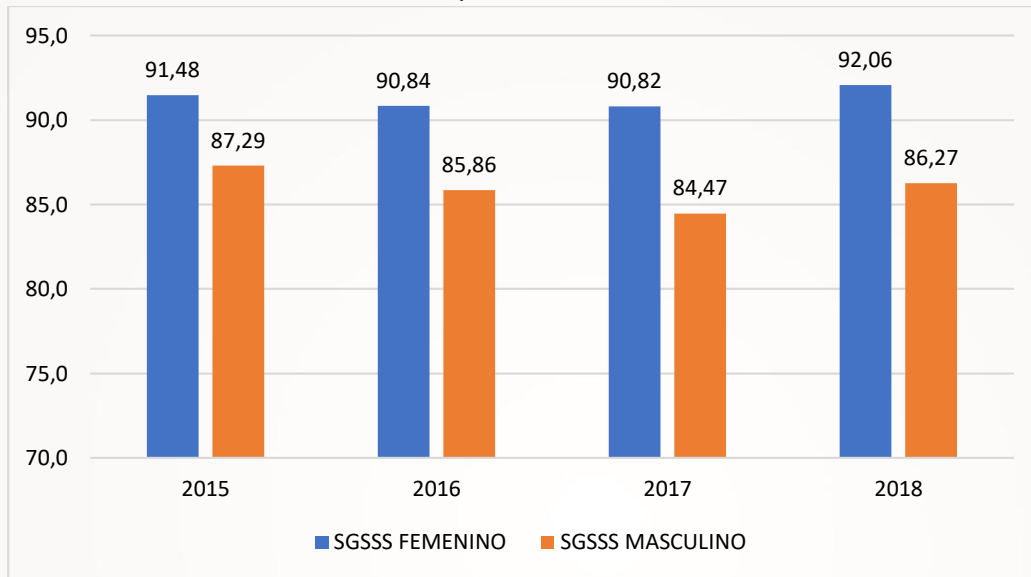


Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social



La población con mayor porcentaje de afiliación históricamente corresponde al sexo femenino, llegando para el año 2018 a un 92.06%, siendo evidente la necesidad de fortalecer el proceso de afiliación en los hombres que muestran un porcentaje para el año 2018 del 86,27%, indicando la necesidad de reforzar los procesos de afiliación con especial énfasis en la población masculina.

Gráfica 2. Cobertura de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud según Sexo - Quindío 2015 - 2018



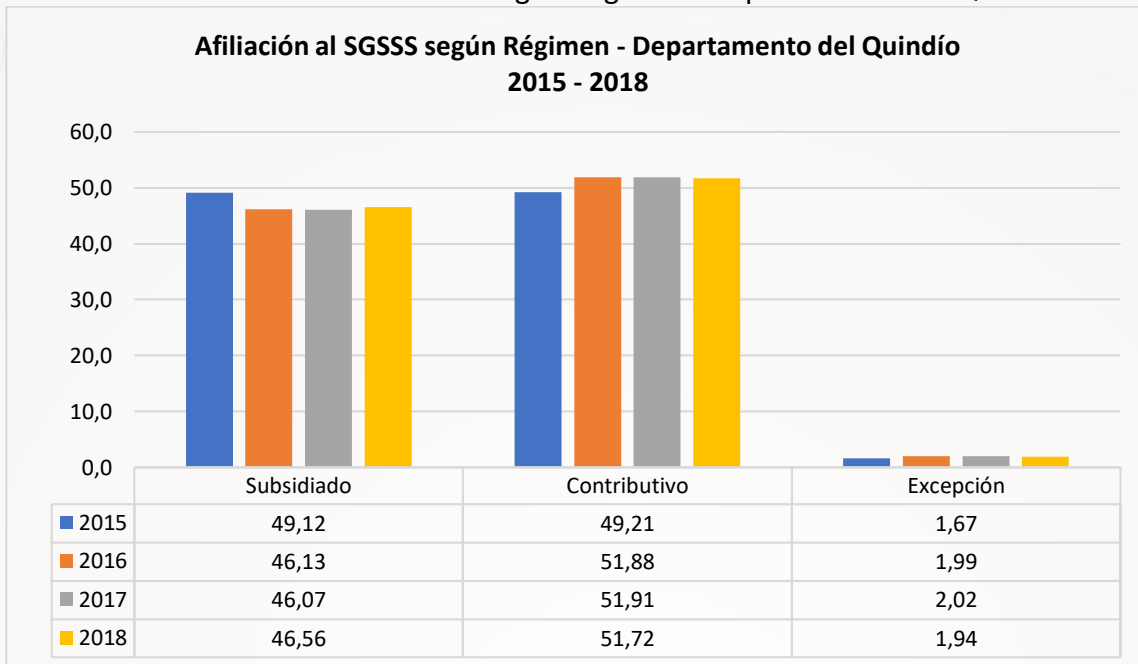
Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento mostrado por la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a partir del año, 2015, se incrementa el comportamiento de la población afiliada al régimen contributivo, continuándose hasta el año 2018; sin embargo, cuando se realiza la relación porcentual, para el Departamento del Quindío, indica que por cada persona afiliada al régimen contributivo, hay uno afiliado al régimen subsidiado. El régimen de excepción muestra un porcentaje significativamente bajo, observándose incremento, para la vigencia 2017, y un leve descenso para el año 2018.





Gráfica 3. Afiliación al SGSSS según Régimen - Departamento del Quindío



Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

Los municipios del Departamento del Quindío, muestran comportamientos diversos, siendo el municipio de Armenia el que informa mayores porcentajes de población afiliada al SGSSS, logrando para la vigencia 2018, sobrepasar la totalidad de la población proyectada para el municipio, según censo 2005, proyección 2018; (102,7%) en segundo lugar se encuentra el municipio de Génova, el cual muestra un incremento importante según lo observado en los 4 años analizados, alcanzando un 93.17% para la última vigencia, en tercer lugar se encuentra el municipio de Córdoba, el cual para la vigencia 2018, alcanzó el 88.02%; los municipios de Pijao, Montenegro, Quimbaya y Buenavista, alcanzaron porcentajes superiores al 80%, siendo los municipios de Salento (64.24%) y Circasia (63.8%) los del menor porcentaje de afiliación informado.

Tabla 1. Porcentaje de Afiliación al SGSSS por municipios – Departamento del Quindío  
2015 - 2018

Municipios	2015	2016	2017	2018
ARMENIA	99,72	99,03	99,88	102,7
BUENAVISTA	74,87	76,43	76,93	80,93
CALARCA	76,68	74,99	70,64	69,64
CIRCASIA	66,21	65,48	63,22	63,8
CORDOBA	87,03	87,05	87,19	88,02
FILANDIA	71,71	73,08	72,1	72,29
GENOVA	91,89	92,22	92,05	93,17
LA TEBAIDA	73,94	71,2	68,73	68,19



Municipios	2015	2016	2017	2018
MONTENEGRO	89,08	85,9	84,18	84,46
PIJAO	81,92	80,97	81,92	85,43
QUIMBAYA	82,57	83,73	83,21	84,65
SALENTO	68,26	65,31	62,51	64,24

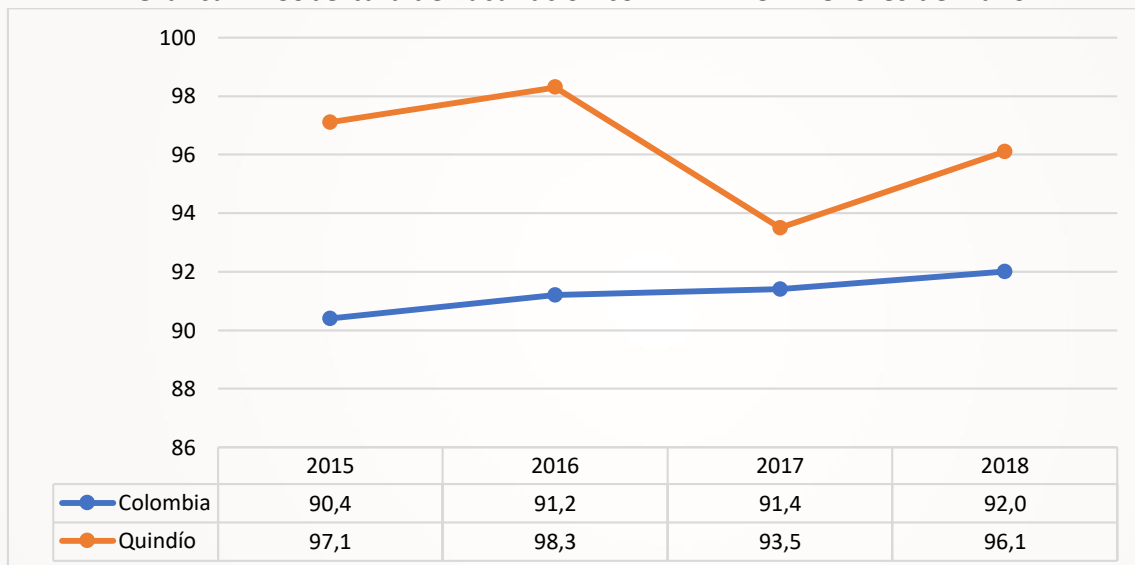
Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

## 1.2 Cobertura de Vacunación con PENTA en Menores De 1 Año.

De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento del Quindío, presenta coberturas de vacunación con PENTA en menores de un año, clasificadas como No útiles, para la vigencia 2015, logrando coberturas óptimas en forma posterior para los años 2015, 2016 y 2018.

9

Gráfica 4. Cobertura de vacunación con PENTA en menores de 1 año



Fuente: Plantilla de Cobertura de vacunación MINSALUD – PAIWEB

El comportamiento de las coberturas de vacunación por PENTA en menores de 1 año, muestra, para la vigencia 2018, coberturas críticas para el municipio de Circasia; coberturas de vacunación para PENTA No útiles para los municipios de Armenia, Córdoba y Quimbaya, el municipio de La Tebaida, Génova y Montenegro presenta coberturas útiles y se evidencia de acuerdo a lo informado en los municipios de Calarcá, Filandia, Pijao y Salento coberturas que sobrepasan el 100%, situación que requiere proceso de verificación de la información reportada al PAIWEB.

Tabla 2. Coberturas de vacunación por PENTA en menores de 1 año, por municipio y Departamento del Quindío 2015 – 2018



Municipios	2015	2016	2017	2018
Armenia	102,4	98,7	91,2	94,9
Buenavista	105,3	113,6	59,1	86,4
Calarcá	90,3	100,0	92,4	100,4
Circasia	86,0	103,0	88,3	79,5
Córdoba	64,3	89,4	86,4	93,8
Filandia	89,6	74,8	102,1	111,1
Génova	83,5	102,7	112,3	98,7
La Tebaida	99,8	97,5	105,0	98,8
Montenegro	83,5	94,6	98,0	99,3
Pijao	103,5	84,2	86,0	129,1
Quimbaya	100,3	100,6	102,7	94,6
Salento	68,3	122,0	85,4	104,1

10

>95,00	COBERTURAS ÓPTIMAS
95,00% - 99,99%	COBERTURAS ÚTILES
90,00% - 94,99%	COBERTURAS NO ÚTILES
80,00% - 89,99%	
50,00% - 79,99%	COBERTURAS CRÍTICAS
0,1% - <=49,99%	

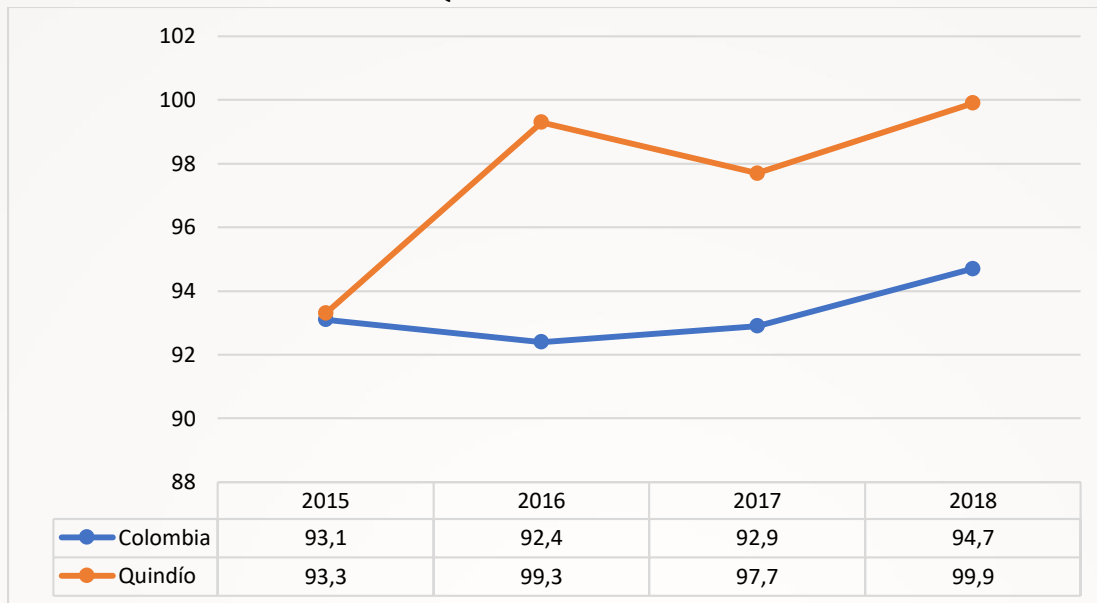
Fuente: Plantilla de Cobertura de vacunación MINSALUD – PAIWEB

### 1.3 Coberturas de Vacunación con Triple Viral en Niños de 1 Año

De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Salud, acorde a lo informado en la plataforma PAIWEB, el Departamento del Quindío, presentó coberturas no útiles en el año 2015, presentando coberturas similares al nivel Nacional, a partir de la vigencia 2016, el Departamento supera al nivel Nacional, alcanzando coberturas óptimas, manteniéndose hasta el año 2018.



Gráfica 5. Coberturas de vacunación con Triple Viral en menores de 1 año, Colombia vs Quindío 2015 – 2018



Fuente: Plantilla de Cobertura de vacunación MINSALUD – PAIWEB

De acuerdo a las coberturas de vacunación con triple viral en menores de 1 año, para la vigencia 2018, ninguno de los municipios se clasifica como crítico, los municipios de Circasia y Córdoba presentan coberturas No útiles; con coberturas útiles los municipios de Armenia, Génova, Quimbaya y los municipios de Buenavista, Calarcá, Filandia, La Tebaida, Montenegro, Pijao y Salento que presentan coberturas superiores al 100% requieren un proceso de verificación de la calidad de la información reportada al PAIWEB.

Tabla 3. Coberturas de vacunación por TV en menores de 1 año, por municipio – Departamento del Quindío 2015 – 2018



>95,00	COBERTURAS ÓPTIMAS
95,00% - 99,99%	COBERTURAS ÚTILES
90,00% - 94,99%	COBERTURAS NO ÚTILES
80,00% - 89,99%	
50,00% - 79,99%	COBERTURAS CRÍTICAS
0,1% - <=49,99%	

Municipio	2015	2016	2017	2018
Armenia	98,8	103,3	97,8	98,6
Buenavista	110,5	115,0	91,7	100,0
Calarcá	82,7	88,2	95,5	104,4
Circasia	74,9	97,3	88,8	81,6
Córdoba	73,5	92,6	98,4	92,8
Filandia	116,4	65,5	95,0	109,0
Génova	76,0	73,4	105,3	97,6
La Tebaida	97,6	109,3	107,4	108,2
Montenegro	85,3	98,5	90,3	105,2
Pijao	67,6	91,8	79,3	123,2
Quimbaya	100,3	97,1	111,1	97,1
Salento	50,8	105,9	81,3	102,0

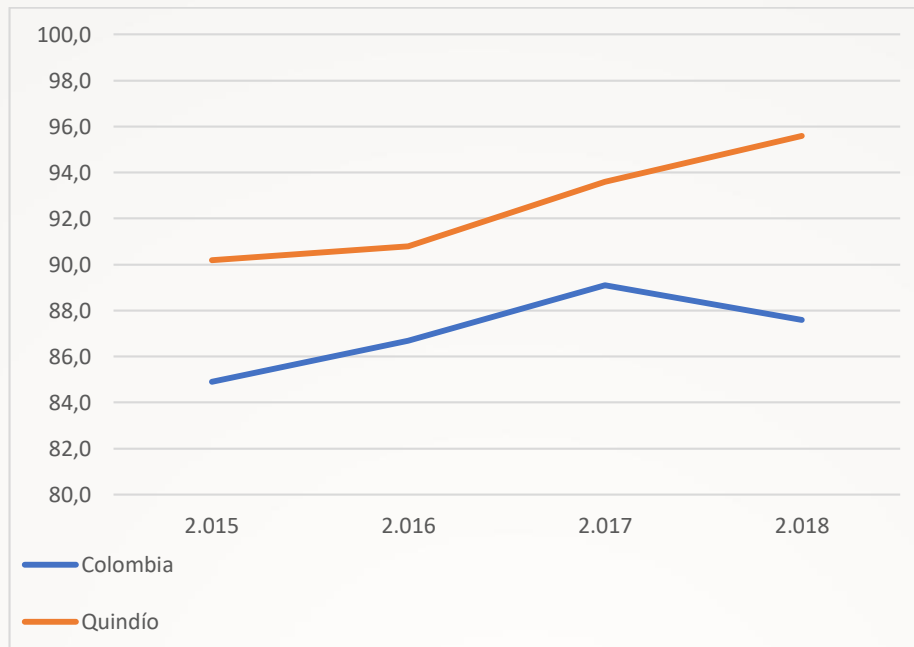
#### 1.4. Cobertura Útil con Esquema Completo de Vacunación para la Edad (Cobertura de vacunación con Triple viral 5 años)

De acuerdo a lo reportado por el Ministerio de Salud, acorde a lo informado en la plataforma PAIWEB, el Departamento del Quindío, presento coberturas no útiles en el año 2015, 2016, 2017, presentando coberturas similares al nivel Nacional, en la vigencia 2018, el Departamento logra superar el límite de coberturas útiles de vacunación del 95%, es decir durante este año alcanzó coberturas óptimas.

Gráfica 6. Coberturas de vacunación con Triple Viral en niños de 5 años, Colombia vs Quindío 2015 - 2018







BIOLÓGICO / AÑO	2015	2016	2017	2018
Cobertura de vacunación con Triple viral 5 años	90,2	90,8	93,6	95,6

De acuerdo a las coberturas de vacunación con triple viral en niños de 5 años, para la vigencia 2018, varios de los municipios se clasifican como críticos, los municipios de Quimbaya y Córdoba presentan coberturas No útiles; con coberturas útiles los municipios de Armenia, Buenavista y Montenegro y los otros municipios tampoco alcanzaron coberturas útiles pero en rangos más altos que Quimbaya y Córdoba los que requieren un proceso de verificación de la calidad de la información reportada al PAIWEB y la programación de metas.

Tabla 4. Coberturas de vacunación por Triple viral menor de 5 años, por municipio y Departamento del Quindío 2015 – 2018

Municipios	2015	2016	2017	2018
Armenia	92,1	94,8	95,1	99,5
Buenavista	96,8	93,5	117,9	100,0
Calarcá	94,3	84,9	87,7	86,3
Circasia	72,4	89,7	87,6	86,6
Córdoba	75,0	98,4	101,5	86,8
Filandia	88,1	86,1	100,0	89,0





Génova	89,8	78,5	96,2	86,5
La Tebaida	93,4	87,0	88,7	89,4
Montenegro	89,8	96,6	92,2	108,5
Pijao	99,0	76,0	77,3	93,2
Quimbaya	81,6	76,2	101,0	85,2
Salento	70,4	83,8	101,5	94,1

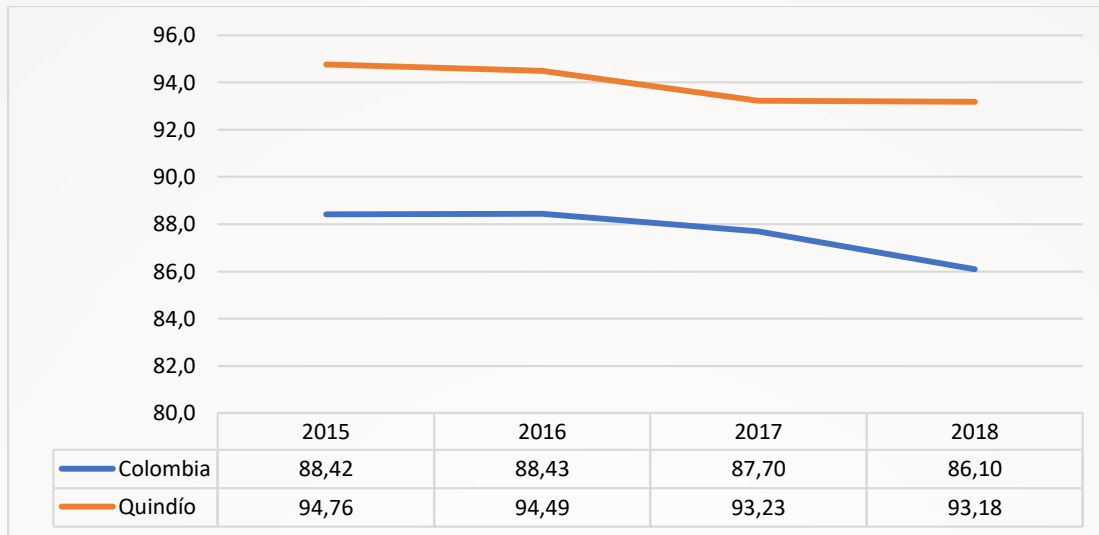
>95,00	COBERTURAS ÓPTIMAS
95,00% - 99,99%	COBERTURAS ÚTILES
90,00% - 94,99%	COBERTURAS NO ÚTILES
80,00% - 89,99%	
50,00% - 79,99%	COBERTURAS CRÍTICAS
0,1% - <= 49,99%	

### 1.5. Porcentaje De Nacidos Vivos Con Cuatro O Más Controles Prenatales.

El Departamento del Quindío históricamente ha mostrado una alta cobertura de gestantes con 4 o más controles prenatales, sin embargo, a partir del año 2016, el comportamiento decrece, debido en gran porcentaje a las barreras aún existentes para el acceso a los servicios de salud; sin embargo, al comparar el comportamiento Departamental, con el presentado por la Nación, el Quindío, logra superar significativamente el comportamiento del País en 7 puntos porcentuales, para la vigencia 2018.



Gráfica 7. Porcentaje de Nacidos Vivos con cuatro o más controles prenatales Colombia vs Quindío 2015 - 2018



Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

Para la vigencia 2018, el municipio de Filandia reporta el mayor porcentaje de gestantes con 4 o más controles prenatales (97.75%), y los municipios de Génova, Córdoba, Pijao, La Tebaida, Quimbaya y Salento, presentan porcentajes por debajo del 90%, siendo el municipio de Génova el de menor porcentaje, situación directamente relacionada, con el traslado que debe hacer la gestante a la capital del Departamento, para acceder a apoyos diagnósticos, dadas las contrataciones realizadas por las EAPB, que centran la atención en el municipio de Armenia.

Tabla 5. Porcentaje de gestantes con 4 controles o más según municipio de Residencia, Departamento del Quindío 2015 – 2018.

Municipio	2015	2016	2017	2018
	%	%	%	%
ARMENIA	95,34	95,11	94,54	95,32
BUENAVISTA	95,65	95,24	87,50	90,91
CALARCA	93,78	92,50	91,24	90,03
CIRCASIA	95,91	96,65	91,20	91,46
CORDOBA	97,14	79,66	91,84	88,37
FILANDIA	88,33	95,60	95,79	97,75
GENOVA	93,44	88,75	76,54	83,78
LA TEBAIDA	95,06	95,07	93,58	89,29
MONTENEGRO	95,08	95,38	96,04	93,21
PIJAO	92,98	100,00	90,32	87,50
QUIMBAYA	91,18	92,46	89,49	89,94
SALENTO	89,29	93,22	77,55	84,31

Municipio	2015	2016	2017	2018
	%	%	%	%
<b>QUINDIO</b>	<b>93,6</b>	<b>93,3</b>	<b>93,23</b>	<b>93,18</b>

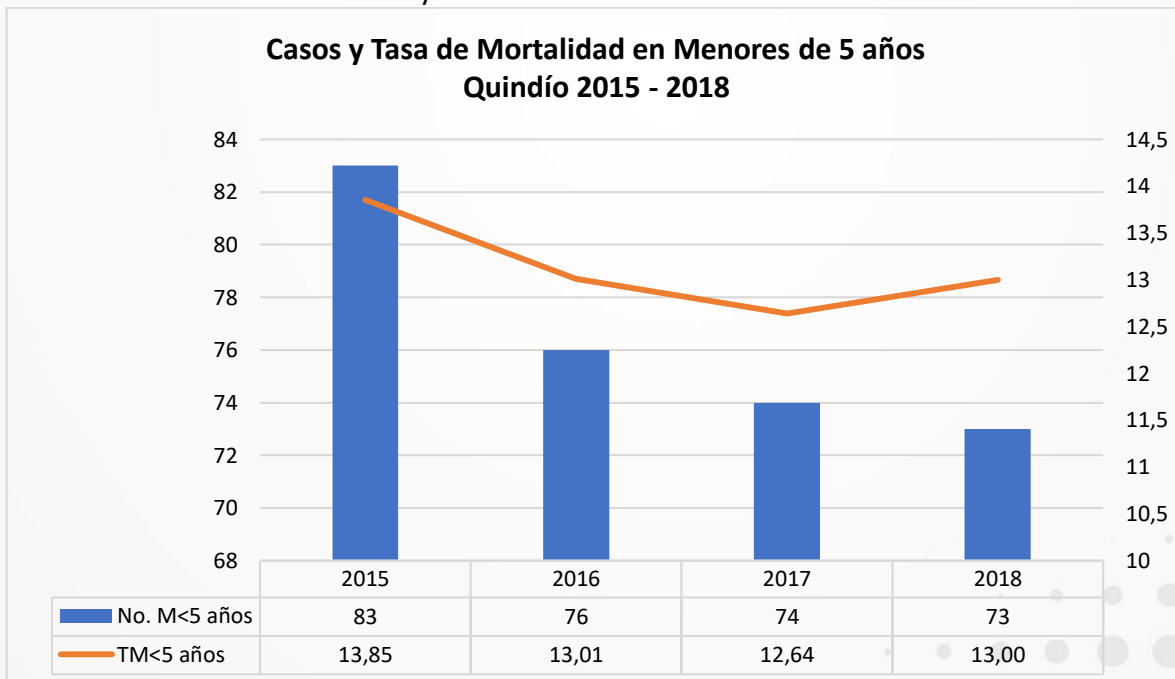
Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

### 1.6 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años (Por 1.000 Nacidos Vivos)

El Departamento del Quindío, muestra una tendencia elevada para el año 2015, que representó una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 13.85 x 1000 nv que superó para esta vigencia la mostrada por el nivel Nacional, para el año 2016, se muestra una reducción importante en el comportamiento, logrando llegar a una tasa de mortalidad en menores de 5 años, inferior a la mostrada por el Colombia, continuando para el año 2017, con una leve disminución, situación que varía, dado que con las cifras definitivas obtenidas para la vigencia 2018, el comportamiento, nuevamente muestra un incremento, teniendo en cuenta que el denominador (nacidos vivos) disminuye para éste año.

16

Gráfica 8. Casos y Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años



Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

La mortalidad en menores de 5 años de edad, muestra un alto impacto para los municipios cordilleranos especialmente, los cuales corresponden a los de menor densidad





poblacional, sin embargo es importante evidenciar que el municipio de Buenavista, no presenta fallecimientos en menores de 5 años en el periodo de tiempo analizado, situación que se considera como un logro exitoso para la administración municipal, los municipios que presentaron comportamientos con tendencia a la reducción fueron: Filandia, Génova y La Tebaida, los municipios con comportamientos estables fueron: Córdoba, Calarcá y Pijao; y los municipios con tendencia al incremento fueron: Montenegro (Clasificado a la fecha como de mayor prioridad), Circasia, Salento y Quimbaya.

17

Tabla 6. Casos y tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad por municipio de residencia de la madre . Departamento del Quindío 2015 – 2018

MUNICIPIO	2015		2016		2017		2018	
	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA	CASOS	TASA
ARMENIA	49	14,17	50	15,26	42	12,95	42	13.5
BUENAVISTA	0	0	0	0	0	0	0	0
CALARCA	12	16,97	6	8,03	9	11,60	7	9.6
CIRCASIA	2	7,43	5	18,59	3	12,00	5	20,3
CORDOBA	1	14,29	1	16,95	2	40,82	1	23,3
FILANDIA	0	0	2	21,98	2	21,05	0	0
2GENOVA	1	16,39	2	25,00	3	37,04	0	0
LA TEBAIDA	5	11,24	6	13,45	2	4,42	0	0
MONTENEGRO	8	17,90	1	2,43	6	13,99	10	23,8
PIJAO	1	17,54	0	0	1	16,13	0	0
QUIMBAYA	4	11,76	3	8,70	4	11,36	7	20,2
SALENTO	0	0	0	0	0	0	1	19,6
<b>QUINDIO</b>	<b>83</b>	<b>13.85</b>	<b>76</b>	<b>13.02</b>	<b>74</b>	<b>12.64</b>	<b>76</b>	<b>13.61</b>

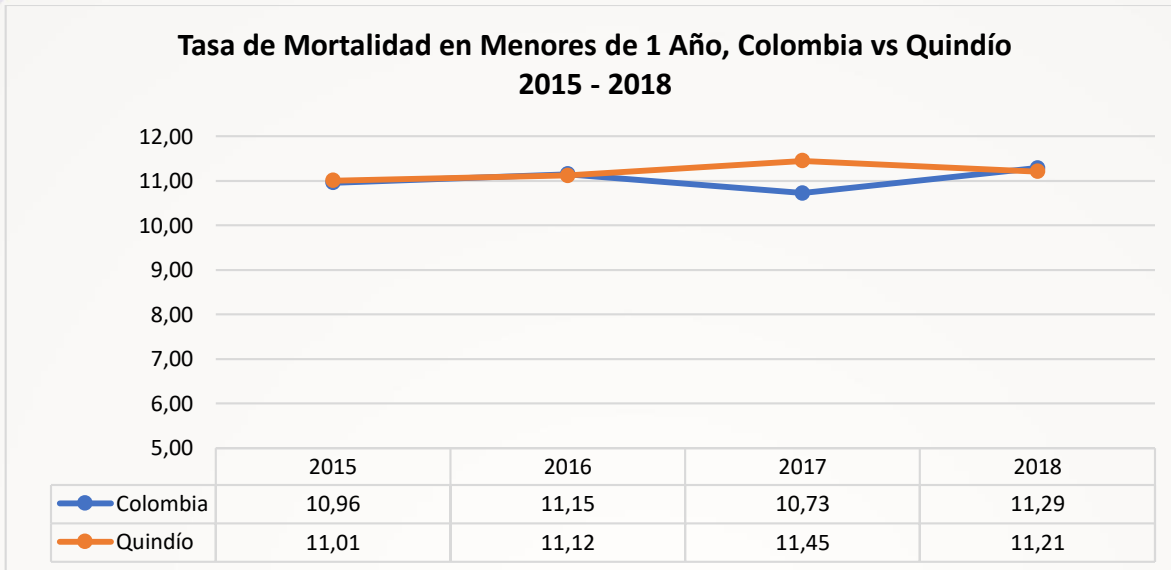
Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

### 1.7. Tasa de Mortalidad en Menores de 1 Año (Por 1000 Nacidos Vivos)

Analizando la tendencia mostrada por la tasa de mortalidad en menores de 1 año, para el Departamento del Quindío, en el periodo de 4 años, se evidencia un comportamiento estable entre las vigencias 2015 al 2018, con un descenso en la vigencia 2017 y una tendencia al aumento en el año 2018, momento en el que la tasa de mortalidad en menores de 1 año de edad, supera la presentada por la Nación.



Gráfica 9. Tendencia de la Tasa de Mortalidad en menores de 1 año Dpto. del Quindío – Colombia 2015 – 2018



Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento de las tasas de mortalidad en menores de 1 año de edad, según municipio de residencia de la madre, muestra que el mayor impacto lo sufren los municipios pequeños, los cuales presentan un comportamiento inestable, con algunas vigencias sin casos de mortalidad, los municipios de Armenia, Calarcá, Circasia, Montenegro y Quimbaya, presentan casos de mortalidad en menores de 1 año en todas las vigencias, evidenciando, que el municipio de Armenia, presenta un comportamiento con tendencia clara al descenso, siendo los municipios de Montenegro y Quimbaya, los que presentan, una tendencia al incremento, según la medición realizada para la vigencia 2018.

Entre los municipios pequeños de comportamiento irregular, Génova, muestra un incremento significativo, en relación a la tasa calculada para la vigencia 2018.



Tabla 7. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por Municipios, Departamento del Quindío 2015 – 2018

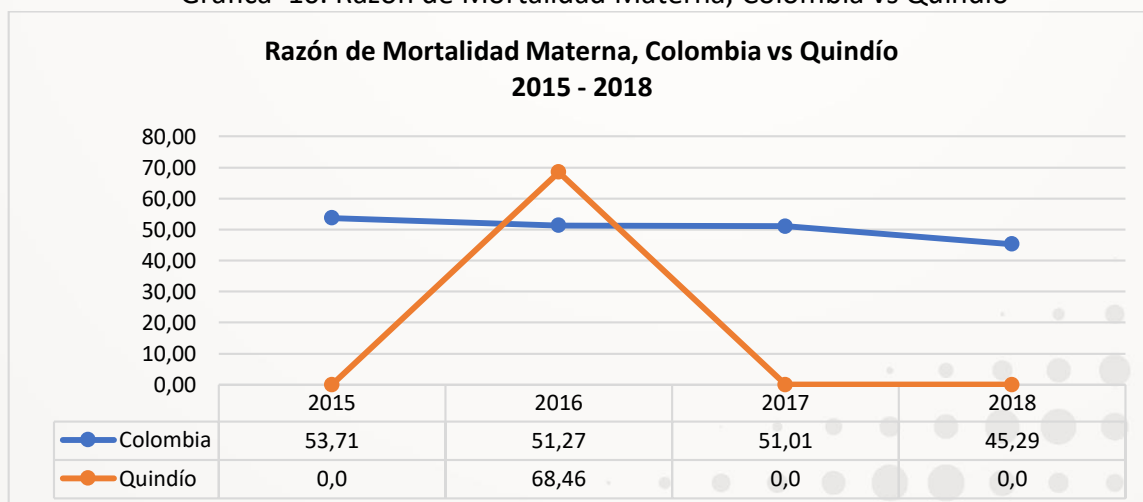
MUNICIPIOS	2015	2016	2017	2018
ARMENIA	10,12	13,43	11,72	10,6
BUENAVISTA	0	0	0	0
CALARCA	15,56	4,02	10,31	9,6
CIRCASIA	7,43	14,87	12,00	16,3
CORDOBA	14,29	16,95	20,41	23,3
FILANDIA	0	21,98	21,05	0
GENOVA	16,39	12,50	37,04	0
LA TEBAIDA	11,24	13,45	2,21	0
MONTENEGRO	15,66	2,43	13,99	23,8
PIJAO	17,54	0	16,13	0
QUIMBAYA	8,82	8,70	11,36	20,2
SALENTO	0	0	0	19,6
QUINDIO	11,01	11,12	11,45	11,60

Fuente: SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

### 1.8. Razón De Mortalidad Materna

La razón de la mortalidad materna para el Departamento del Quindío, en un análisis retrospectivo que cubre 4 años desde el 2015 al 2018, no se presentan casos en los años 2015, 2017 y 2018, para el año 2016 se presenta un pico comportamental alto, quedando 17 puntos de tasa por encima de la medición Nacional.

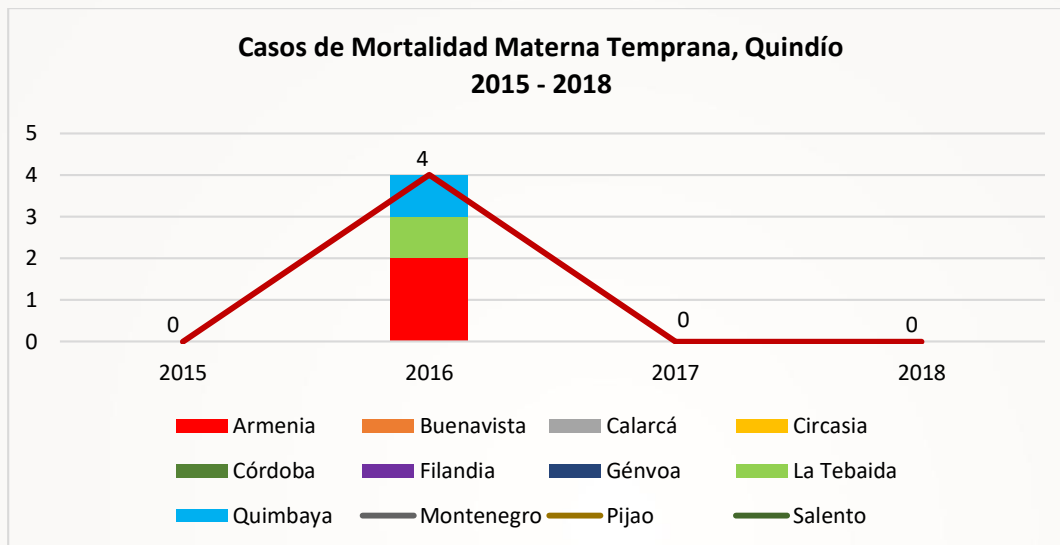
Gráfica 10. Razón de Mortalidad Materna, Colombia vs Quindío



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO

Las Muertes maternas tempranas correspondientes al Departamento del Quindío, expresadas en número, con el fin de evidenciar el comportamiento según municipio de residencia en el cuatrienio, presentando para la vigencia 2016 un caso de mortalidad materna en La Tebaida; El municipio de Armenia, reporta en la vigencia 2016, 2 casos de muerte que corresponden al 50% de fallecimientos relacionados para esta vigencia; Quimbaya reporta un caso para el año 2016.

Gráfica 11. Casos de Mortalidad Materna Temprana, Quindío 2015 – 2018



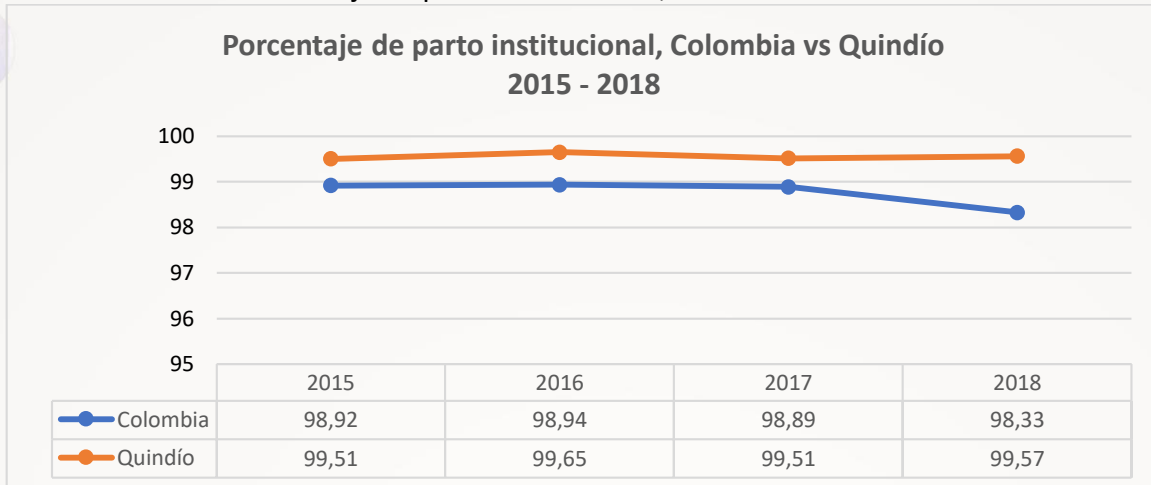
Fuente: DANE - RUAF

### 1.9. Porcentaje de Atención Institucional Del Parto

El Departamento del Quindío, históricamente presenta porcentajes de parto institucional que superan significativamente el alcanzado por el nivel Nacional, y se mantiene en el tiempo, logrando una alta cobertura del parto institucionalizado para la vigencia 2018, logrando un 99.57%.



Gráfica 12. Porcentaje de parto institucional, Colombia vs Quindío 2015 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO

El parto institucionalizado en los municipios del Departamento, para la vigencia 2018, muestran porcentajes del 100% en los municipios de Buenavista, Circasia, Pijao y Salento, los demás municipios, mostraron porcentajes del 96% al 99.9%, ubicando al Departamento en un alto índice de atención del parto en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Tabla 8. Porcentaje de partos institucionalizados por municipios, Departamento del Quindío 2015 – 2018

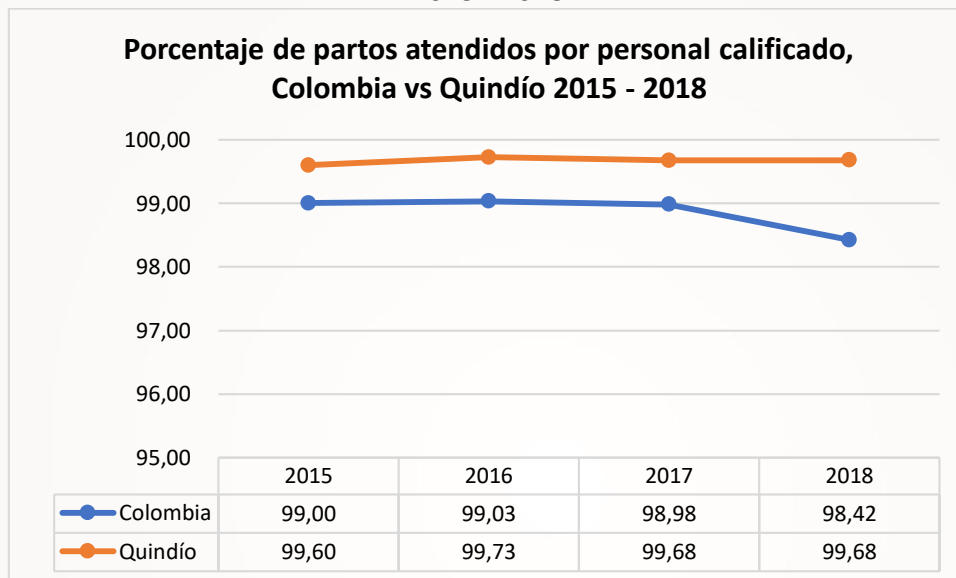
parto Institucional	2015	2016	2017	2018
Armenia	99,71	99,75	99,72	99,67
Buenavista	95,45	95,24	93,75	100,00
Calarcá	98,72	99,59	99,48	99,45
Circasia	99,62	99,62	99,18	100,00
Córdoba	95,71	96,49	95,92	100,00
Filandia	100,00	98,88	100,00	96,59
Génova	100,00	98,72	100,00	98,65
La Tebaida	99,54	99,77	99,56	99,26
Montenegro	99,77	99,51	99,76	99,52
Pijao	98,11	100,00	95,16	100,00
Quimbaya	99,69	100,00	98,85	99,71
Salento	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO

**1.10. Porcentaje de Atención Institucional del Parto por Personal Calificado.**

El comportamiento del parto institucionalizado por personal calificado presenta un comportamiento que supera la tendencia Nacional, logrando alcanzar para el año 2018 un porcentaje del 99,68% .

Gráfica 13. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado, Colombia vs Quindío 2015 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO

Tabla 9. Porcentaje de partos institucionales por municipios, Quindío 2015 – 2018

parto Institucional personal calificado	2015	2016	2017	2018
Armenia	99,77	99,82	99,88	99,78
Buenavista	95,65	95,24	93,75	100,
Calarcá	99,15	99,46	99,48	99,46
Circasia	99,63	99,63	99,20	100,
Córdoba	95,71	96,61	95,92	100,
Filandia	100,	98,90	100,	97,78
Génova	100,	100,	100,	98,65
La Tebaida	99,55	100,	99,78	99,27
Montenegro	99,78	99,76	100,	99,77



parto Institucional personal calificado	2015	2016	2017	2018
Pijao	98,25	100,	95,16	100,
Quimbaya	99,71	100,	99,43	100,
Salento	100,	100,	100	100,

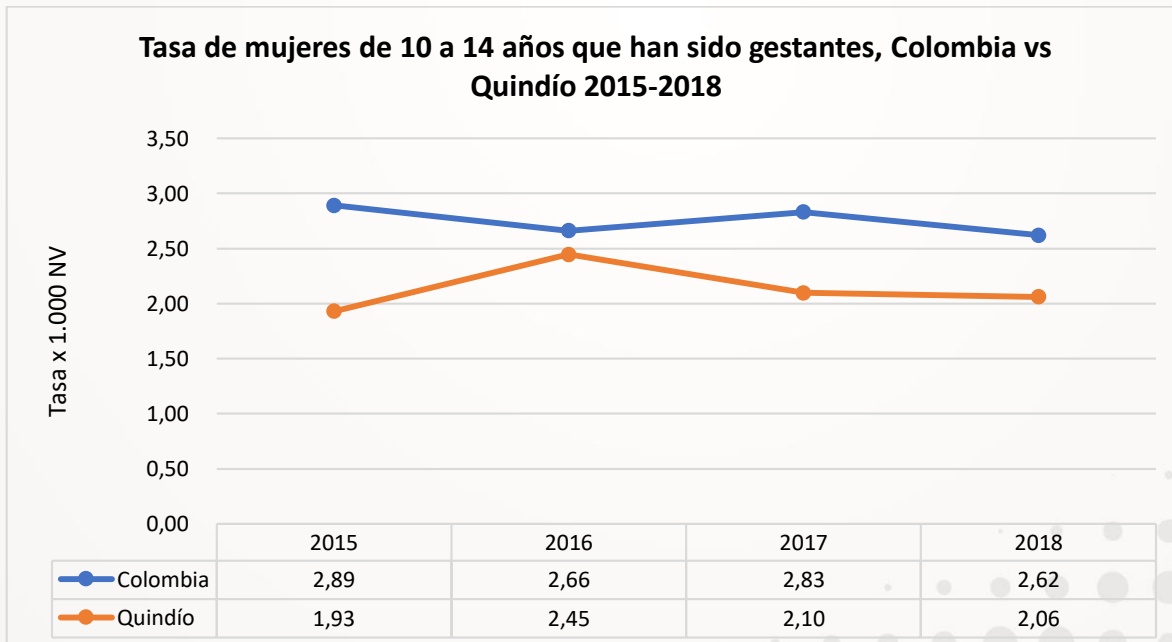
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO

### 1.11. Tasa de Mujeres de 10 a 14 Años que han Sido Madres.

El embarazo en niñas de 10 a 14 años de edad, se considera una problemática de alto impacto social, iniciándose un descenso importante que ubica al Departamento por debajo del comportamiento del País, sin embargo, a pesar del descenso se muestra un pico comportamental en el año 2016, con un leve descenso posterior, para el año 2017, presentándose estabilidad para la vigencia 2018.

Es importante tener en cuenta, que las gestaciones en mujeres de 10 a 14 años de edad, se consideran delito y un alto riesgo para la presencia de muertes materno – perinatales.

Gráfica 14. Tasa de mujeres de 10 a 14 años que han sido gestantes, Colombia vs Quindío 2015-2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)

Los municipios del Departamento del Quindío, presentan un comportamiento irregular, mostrando más impacto las gestaciones de mujeres de 10 a 14 años, en los municipios cordilleranos, dado el bajo volumen poblacional, los municipios con reportes



permanentes de gestantes en este rango etario considerados de mayor riesgo, según la tendencia histórica son; Montenegro, Quimbaya, La Tebaida, Armenia y Calarcá, los cuales representan el mayor volumen de casos, siendo importante evidenciar que presentan descensos para la vigencia 2018.

Tabla 10. Tasa de mujeres entre los 10 a los 14 años, que han sido madres –  
Departamento del Quindío 2015 - 2018

MUNICIPIO	2015	2016	2017	2018
Armenia	1,85	1,95	1,69	2,42
Buenavista	8,93	0	0	9,43
Calarcá	2,6	3,6	1,64	1,65
Circasia	1,7	0	2,59	0,87
Córdoba	4,76	0	0	4,93
Filandia	0	0	1,93	1,94
Génova	0	9,87	6,78	3,47
La Tebaida	3,15	5,81	3,17	1,05
Montenegro	1,19	2,42	3,66	1,23
Pijao	4,12	0	8,51	0
Quimbaya	0,73	2,22	1,49	0,75
Salento	0	0	0	10,64

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)

24

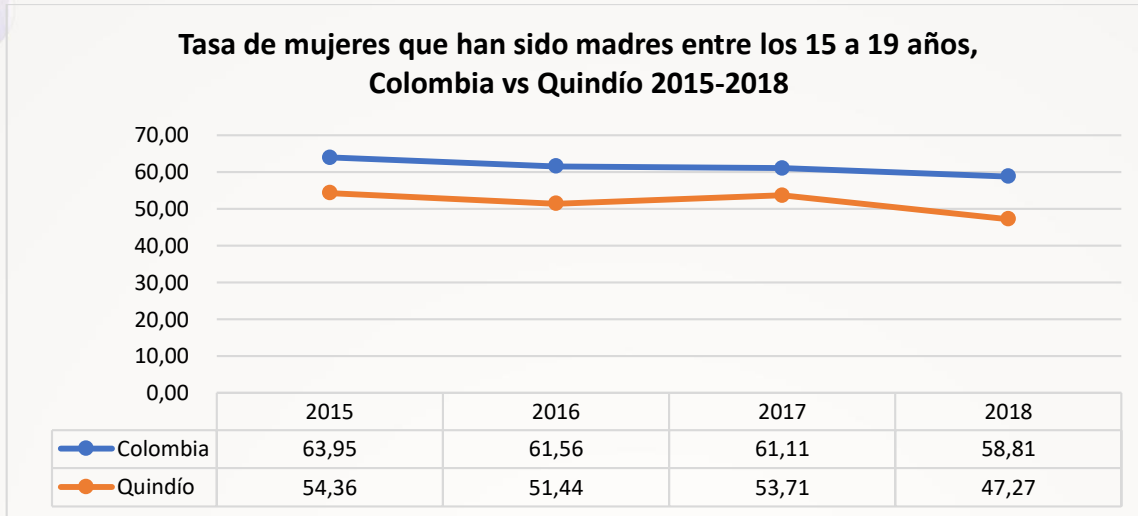
### 1.12. Tasa de Mujeres de 15 a 19 Años que han Sido Madres.

La tendencia de los embarazos en población de 15 a 19 años de edad, muestra descensos permanentes año tras año, ubicándose por debajo de la tendencia Nacional, siendo el año 2018 el de menor comportamiento.





Gráfica 15. Tasa de mujeres que han sido madres entre los 15 a 19 años, Colombia vs Quindío 2015-2018



25

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)

El comportamiento de la gestación en población de 15 a 19 años de edad presenta un volumen importante, sin embargo, su comportamiento es decreciente, evidenciándose disminución en varios de los municipios, exceptuando Salento, Buenavista, Calarcá, Génova, y Montenegro, los que muestran incremento para el año 2018.

Tabla 11. Mujeres entre los 15 a 19 años, que han sido madres – Departamento del Quindío 2015 - 2018

Municipios	2015	2016	2017	2018
Armenia	53,19	47,61	52,43	45,66
Buenavista	25,86	36,04	18,69	66,67
Calarcá	55,5	57,37	49,13	50,45
Circasia	52,2	56,11	52,23	36,49
Córdoba	77,63	75,47	87,38	49,5
Filandia	15,1	48,03	31,75	18,18
Génova	42,94	93,25	77,18	80,42
La Tebaida	57,14	56,33	62,62	47,26
Montenegro	78,75	54,53	63,56	67,86
Pijao	43,82	41,15	63,83	30,7
Quimbaya	49,86	47,07	55,64	45,35
Salento	52,63	50,36	29,09	40,29

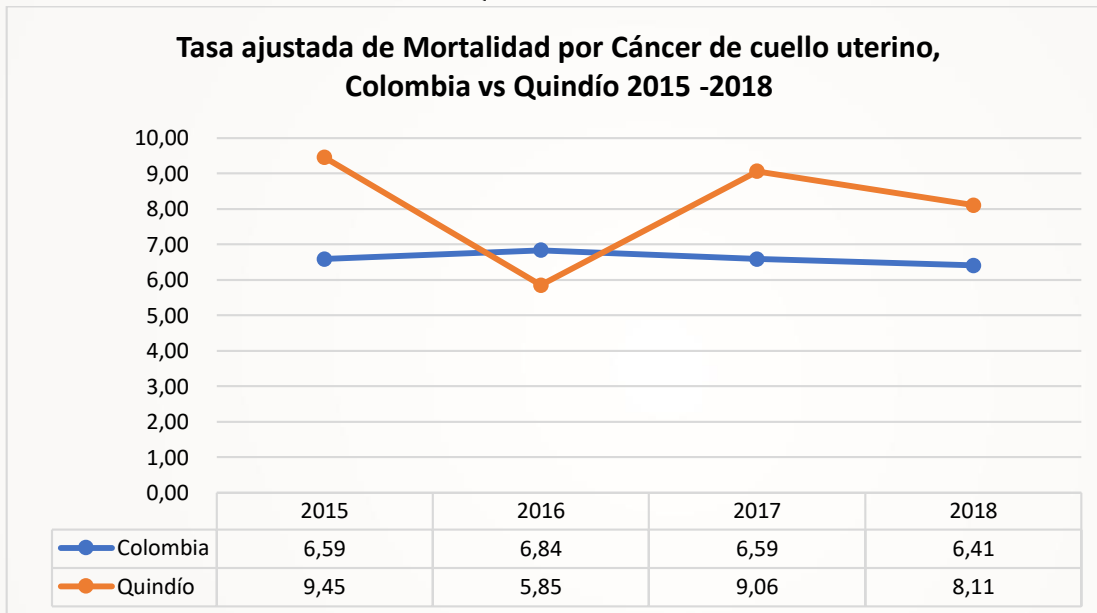
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)



### 1.13. Tasa Ajustada de Mortalidad Asociada a Cáncer de Cuello Uterino

El comportamiento de la mortalidad asociada al cáncer de cuello uterino muestra una tendencia inestable, con picos comportamentales interanuales, superando en forma significativa la tendencia Nacional, la mortalidad, se presenta con mayor frecuencia en la población mayor de 60 años de edad, sin embargo, se evidencia un incremento de las muertes en mujeres en etapa de juventud y adultez, generando incremento en el número de años de vida potencialmente perdidos.

Gráfica 16. Tasa ajustada de Mortalidad por Cáncer de cuello uterino, Colombia vs Quindío 2015 -2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO

La mortalidad por cáncer de cuello uterino, según las tasas ajustadas, las cuales estandarizan la población, con el fin de evidenciar el impacto en los territorios, sin la afectación de diferencias poblacionales, mostrando para el año 2018, al municipio de córdoba, como el de mayor impacto, seguido del municipio de Montenegro y en tercer lugar el municipio de Armenia; siendo importante evidenciar que el municipio de Buenavista, no reporta casos desde el año 2015 al 2018 y el municipio de Génova completa 4 años consecutivos sin casos de mortalidad por el evento.



Tabla 12 Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino – Departamento del Quindío 2015 - 2018.

Municipio	2015	2016	2017	2018
Armenia	10,67	3,69	7,88	9,99
Buenavista	0,00	0,00	0,00	0,00
Calarcá	5,02	11,08	4,88	3,38
Circasia	4,70	7,23	0,00	4,61
Córdoba	30,95	36,17	0,00	28,62
Filandia	17,62	0,00	0,00	0,00
Génova	0,00	0,00	0,00	0,00
La Tebaida	14,62	9,38	9,15	4,23
Montenegro	9,13	0,00	26,58	14,85
Pijao	0,00	26,30	25,85	0,00
Quimbaya	9,57	14,04	22,09	6,61
Salento	0,00	0,00	22,82	0,00

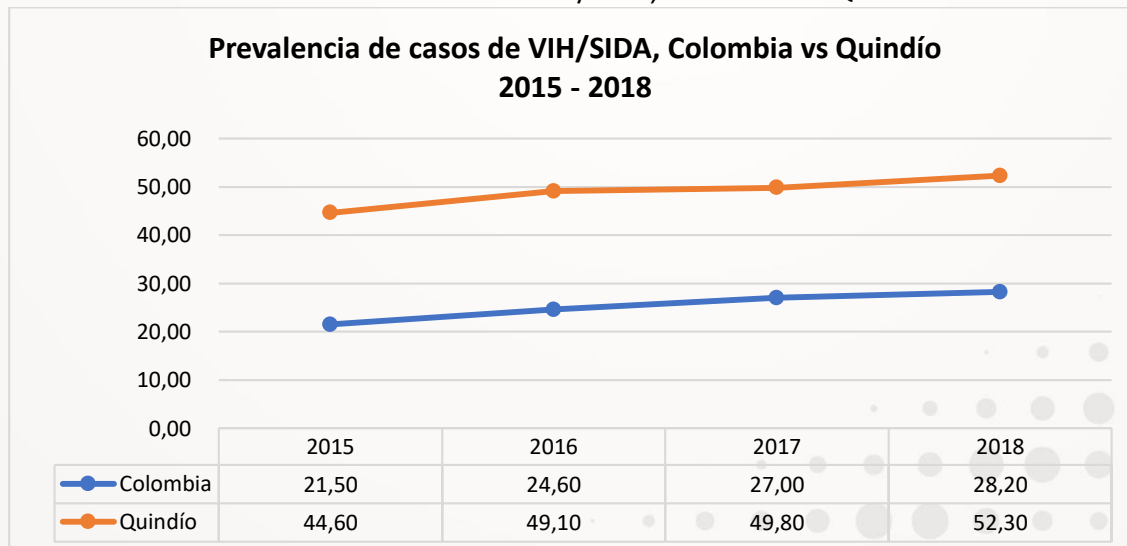
27

#### 1.14. Prevalencia de VIH/Sida.

Prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad.

El VIH/SIDA, presenta un comportamiento elevado para el Departamento del Quindío, superando la tendencia Nacional en aproximadamente un 50%, con una tendencia al incremento, que muestra un aumento de 7.7 puntos porcentuales entre el año 2015 al 2018, siendo esta última vigencia la de mayor comportamiento.

Gráfica 17. Prevalencia de casos de VIH/SIDA, Colombia vs Quindío 2015 - 2018



Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA



La prevalencia de VIH/SIDA, mostrada por los municipios del Departamento del Quindío, ubican al municipio de Armenia con el mayor comportamiento, a pesar de presentar un importante descenso para la vigencia 2018, seguido del municipio de Calarcá, que de igual forma muestra un leve descenso, situación que difiere a la situación reportada por el municipio de Génova, que presenta un incremento significativo, con relación a la vigencia anterior, al igual que el municipio de Circasia, los municipios de Quimbaya, la Tebaida y Montenegro, muestran descensos en el comportamiento de la prevalencia, comparado con el año anterior.

Tabla 13. Prevalencia de VIH/SIDA por municipio Departamento del Quindío 2015 – 2018

Municipio	2015	2016	2017	2018
Armenia	67,4	82,8	71,4	69,7
Calarcá	36,1	41,0	61,2	57,1
Génova	63,2	0,0	13,1	53,5
Circasia	26,8	19,9	29,6	48,9
Quimbaya	25,8	28,5	59,8	45,5
La Tebaida	30,8	46,4	45,3	42,0
Montenegro	43,6	33,8	40,9	33,6
Pijao	16,3	0,0	33,1	33,3
Salento	0,0	14,1	56,3	28,2
Filandia	22,4	14,9	14,8	22,1
Buenavista	0,0	71,3	71,8	0,0
Córdoba	18,9	18,9	0,0	0,0

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA

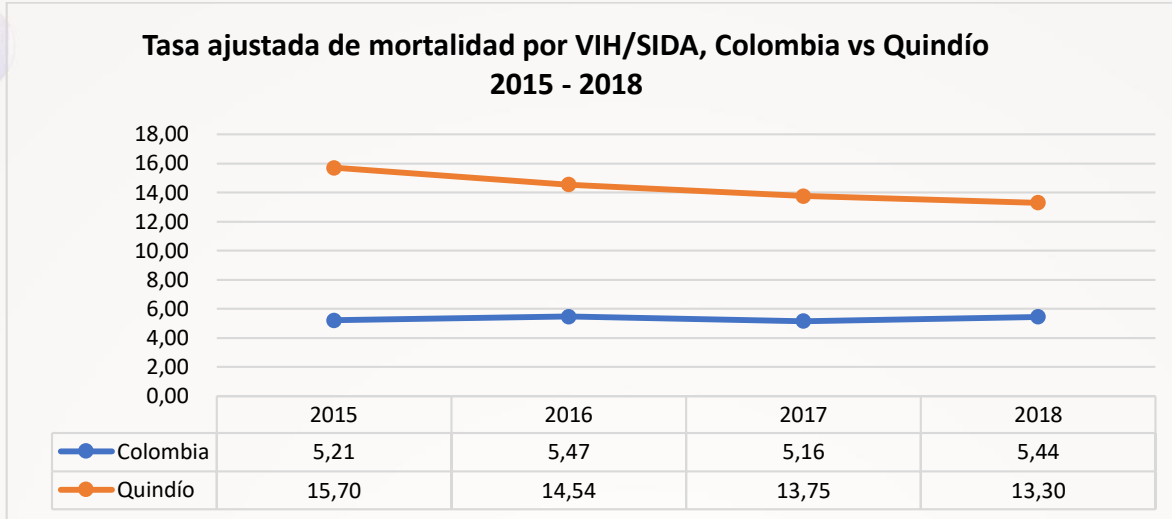
### 1.15. Tasa de Mortalidad Asociada a VIH/Sida

La tendencia de la mortalidad asociada a VIH/SIDA para el Departamento del Quindío, muestra un comportamiento, significativamente superior a la tendencia Nacional, doblando el comportamiento, con un pico comportamental importante para la vigencia 2017; teniendo en cuenta el comportamiento histórico, hay proyección a la estabilización del evento.





Gráfica 18. Tasa ajustada de mortalidad por VIH/SIDA, Colombia vs Quindío 2015 - 2018



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)

El comportamiento de la mortalidad por VIH/SIDA, por municipios, muestra el incremento en municipios como Calarcá, Circasia, Armenia y Quimbaya; los municipios de Filandia, Génova y Salento presentan una disminución en la mortalidad por esta causa, para la vigencia 2018.

Tabla 14. Tasas ajustadas de mortalidad por VIH/SIDA por municipio – Departamento del Quindío – 2015 - 2018

MUNICIPIOS	2015	2016	2017	2018
Armenia	20,27	18,34	15,85	15,90
Buenavista		29,29	0,00	0,00
Calarcá	8,80	13,10	12,11	15,59
Circasia	20,14		6,30	7,62
Córdoba			0,00	0,00
Filandia			13,63	0,00
Génova		22,04	11,11	10,54
La Tebaida	12,90	14,96	7,27	7,19
Montenegro	11,90	10,42	20,27	10,06
Pijao		19,22	0,00	0,00
Quimbaya	13,64	5,63	9,98	13,95
Salento		18,52	22,87	0,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (SISPRO)

### 1.16. Porcentaje Transmisión Materno Infantil del VIH.

El comportamiento de los casos de VIH en el Departamento del Quindío, es elevado y muestra una tendencia al ascenso, situación que afecta de igual forma a la población femenina, considerándose como prioritaria, para las intervenciones desde todos los sectores, cuando se encuentra en estado de gestación, por lo que se adelantan los procesos de intervención desde todas la entidades con competencia, logrando obtener 0 casos de transmisión materno infantil en las vigencias 2015 al 2018 (preliminar), a pesar de tener productos de la gestación expuestos a la enfermedad, por antecedente de infección de la madre.

30

Tabla 15. Porcentaje de trasmisión materno – infantil de VIH – Departamento del Quindío 2015 – 2018

Vigencia	No. De niños expuestos	% Transmisión de VIH
2015	12	0%
2016	6	0%
2017	6	0%
2018	12	0%

Fuente: Programa SSR – SDSQ

Los elementos fundamentales para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y con brindar un tratamiento oportuno y adecuado, además de condiciones seguras en el parto. Para lograr resultados positivos se requiere del compromiso, el conocimiento y el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS.

Lograr lo anterior depende en gran medida de las coberturas de control prenatal y de parto institucional. Estos dos momentos representan una gran oportunidad para el tamizaje, diagnóstico y control de estas infecciones. La cobertura y calidad de la atención prenatal y el parto se constituyen en factores íntimamente ligados a la salud materno infantil y son, ellos, elementos que deben ser tenidos en cuenta al evaluar la situación general de salud de los Quindianos en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud.

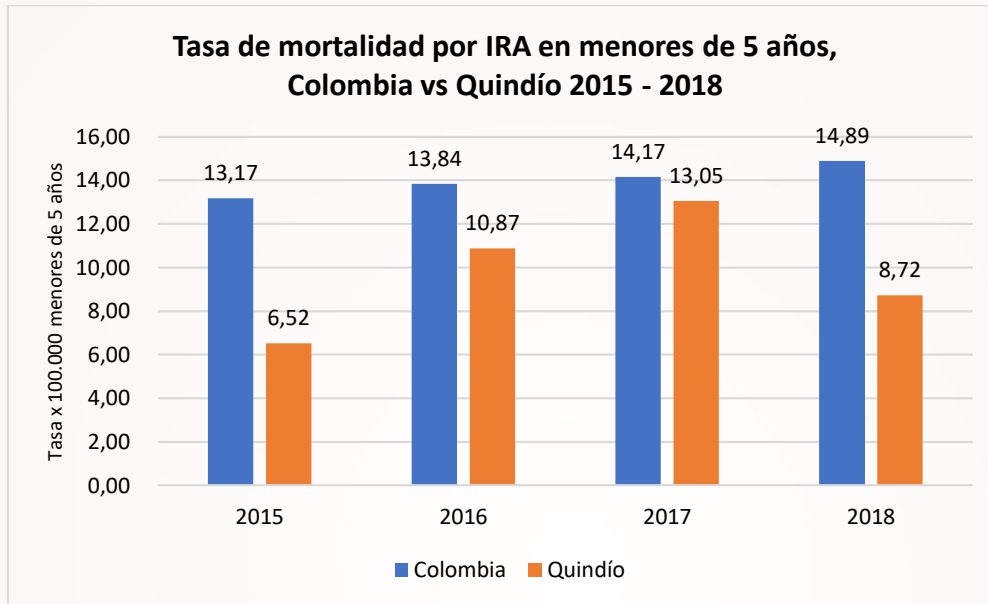
### 1.17. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en Menores de 5 Años de Edad (Número de Muertes Anual)

El comportamiento mostrado por la tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años, en un periodo de tiempo analizado de 4 años de estudio (2015 – 2018), muestra una tendencia inestable, evidenciándose una predisposición clara al incremento en los años 2016 y 2017, que pasa para el año 2015 de presentar 6.5 muertes



por Enfermedad Respiratoria Aguda, por cada 100.000 menores de 5 años a 13 muertes por cada 100.000 menores de 5 años; para el año 2017, según datos oficiales del DANE. Para el año 2018, se muestra un comportamiento inferior, con una tasa de 8,72 por 100.000 menores de 5 años de edad.

Gráfica 19. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de cinco años, Departamento del Quindío 2015 - 2018



31

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 - 2018

La mortalidad por IRA en menores de 5 años, se centra en los municipios de mayor densidad poblacional, siendo el municipio de Armenia, el que marca la pauta para el resultado Departamental, concentrando para las vigencias 2015 y 2016 el 60% del total de casos de muerte reportados, con una tendencia estable entre estas dos vigencias, el municipio de Calarcá, con reporte continuo de casos de muerte por IRA en menores de 5 años, muestra un incremento importante para la vigencia 2017, cubriendo el 40% del comportamiento para este año; considerándose estos dos municipios, los de mayor riesgo para la ocurrencia de muertes en menores de 5 años, relacionadas con el evento en estudio.

En tercer lugar, se ubica el municipio de Quimbaya, con 1 muerte registrada en el año 2015 y 1 muerte en el 2016, no reportando casos para el 2017 y 2018, en medición anual, el Municipio de La Tebaida presentó un fallecimiento por IRA en menor de 5 años en la vigencia 2017. Para la vigencia 2018, se reporta un total de 4 muertes por IRA en menores de 5 años de edad, correspondiendo 2 de ellas al municipio de Armenia, y 2 al municipio de Montenegro, generando la tasa más alta del cuatrienio.



Es importante resaltar, que los municipios de Buenavista, Circasia, Córdoba, Filandia, Génova, Pijao y Salento, no reportaron casos en el periodo comprendido entre el año 2015 al 2018.

Tabla 16. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, por municipios del Departamento del Quindío 2015 – 2018

MUNICIPIOS	2015		2016		2017		2018	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
ARMENIA	1	4,38	3	13,16	3	13,20	2	8,8
BUENAVISTA	0	0	0	0	0	0	0	0
CALARCA	1	15,48	1	15,51	2	31,07	0	0
CIRCASIA	0	0	0	0	0	0	0	0
CORDOBA	0	0	0	0	0	0	0	0
FILANDIA	0	0	0	0	0	0	0	0
GENOVA	0	0	0	0	0	0	0	0
LA TEBAIDA	0	0	0	0	1	23,43	0	0
MONTENEGRO	0	0	0	0	0	0	2	56,1
PIJAO	0	0	0	0	0	0	0	0
QUIMBAYA	1	34,07	1	34,15	0	0	0	0
SALENTO	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>QUINDIO</b>	<b>3</b>	<b>6,52</b>	<b>5</b>	<b>10,87</b>	<b>5</b>	<b>13,05</b>	<b>4</b>	<b>8,72</b>

FUENTE: DANE - EEVV

32

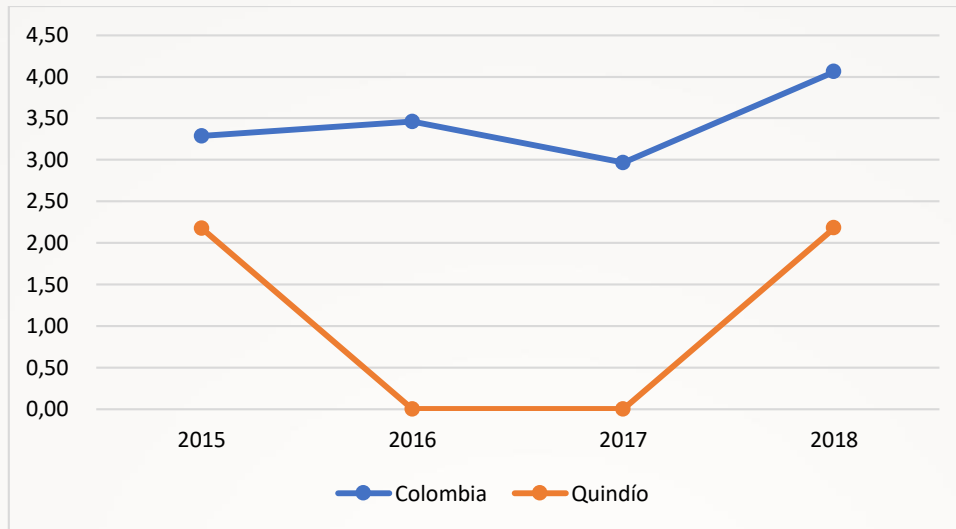
### 1.18. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en Menores de 5 Años de Edad (Número De Muertes Anual)

Después de la neumonía, la enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo, pues produce más muertes en la primera infancia después del período neonatal que cualquier otra etiología. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede ser ocasionada por diversos microorganismos (bacterias, virus y parásitos). La infección se puede transmitir por alimentos o agua de consumo contaminados, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente; por lo que su presencia en niños menores de cinco años refleja deterioros en las condiciones sanitarias existentes y a disposición de la población quindiana.





Gráfica 20. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de cinco años, Departamento del Quindío 2015 - 2018



FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales, 2015 - 2018

La disminución de la mortalidad, especialmente en niños menores de cinco años, se puede compensar con el envejecimiento de la población y una carga creciente en las personas mayores de 70 años. La expansión del acceso a la vacuna contra el rotavirus, la mejora del crecimiento y el bienestar de los niños y la provisión del acceso universal al agua potable y saneamiento son necesarios para reducir aún más la carga de enfermedades prevenibles debidas a la diarrea, así como la garantía de oportunidad y accesibilidad al sistema de salud.

El número de muertes por diarrea entre los niños menores de cinco años ha disminuido en Colombia en un 56,5 % desde el año 2000, y la mortalidad por diarrea en este grupo de edad ha disminuido en el Quindío para el mismo periodo en un 59,3 %. De otra parte la incidencia de diarrea entre los niños menores de cinco años se redujo en 12,7 % entre 2000 y 2016.

Pese a la gran disminución del evento, la enfermedad diarreica aguda continúa siendo una de las cinco primeras causas de consulta, hospitalización y en algunos casos mortalidad en menores de cinco años.

### 1.19. Prevalencia de Niños Menores de Cinco Años con Desnutrición Aguda (Indicador de Peso para la Talla)

El indicador de peso para la talla se ubica en la actualidad como trazador de salud, ya que un déficit causa desnutrición aguda y por ello la importancia de extremar medidas tendientes a intervenirla; está dada por que genera en quienes la padecen, una condición



de inmunosupresión y por ende mayor riesgo de complicaciones y de muerte, es imperativo intensificar las acciones de protección, promoción y apoyo de la adecuada alimentación incluida la lactancia materna como el primer alimento saludable que recibe un infante; práctica que ha entrado en desuso en las gestantes jóvenes.

Tabla 17. Prevalencia de niños menores de cinco años con desnutrición aguda

INDICADOR DE PESO PARA LA TALLA	PREVALENCIA DNT AGUDA MENOR DE CINCO AÑOS											
	2015			2016			2017			2018		
	MUESTRA 2015	DNT AGUDA		MUESTRA 2016	DNT AGUDA		MUESTRA 2017	DNT AGUDA		MUESTRA 2018	DNT AGUDA	
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
ARMENIA	4605	75	1,6	2350	33	1,4	3411	51	1,5	#	81	1,6
BUENAVISTA	70	1	1,4	7	0	0	3	0	0	4	0	0
CALARCA	1702	25	1,5	365	5	1,4	230	3	1,3	#	5	1,4
CIRCASIA	602	10	1,7	234	3	1,3	167	2	1,2	#	3	1
CORDOBA	154	3	1,9	7	0	0	2	0	0	8	0	0
FILANDIA	260	4	1,5	100	1	1	78	1	1,3	#	1	0,8
GENOVA	203	3	1,5	8	0	0	6	0	0	#	0	0
LA TEBAIDA	1035	11	1,1	287	3	1	189	3	1,6	#	4	1,2
MONTENEGRO	1229	12	1	131	2	1,5	107	2	1,9	#	1	1
PIJAO	141	2	1,4	5	0	0	3	0	0	6	0	0
QUIMBAYA	684	11	1,6	489	7	1,4	480	7	1,5	#	6	1,5
SALENTO	136	2	1,5	6	0	0	2	0	0	3	0	0
TOTAL	10821	159	1,5	3989	54	1,4	4678	69	1,5	#	101	1,5

34

Fuente: SSDQ-BASE DE DATOS NUTRICION

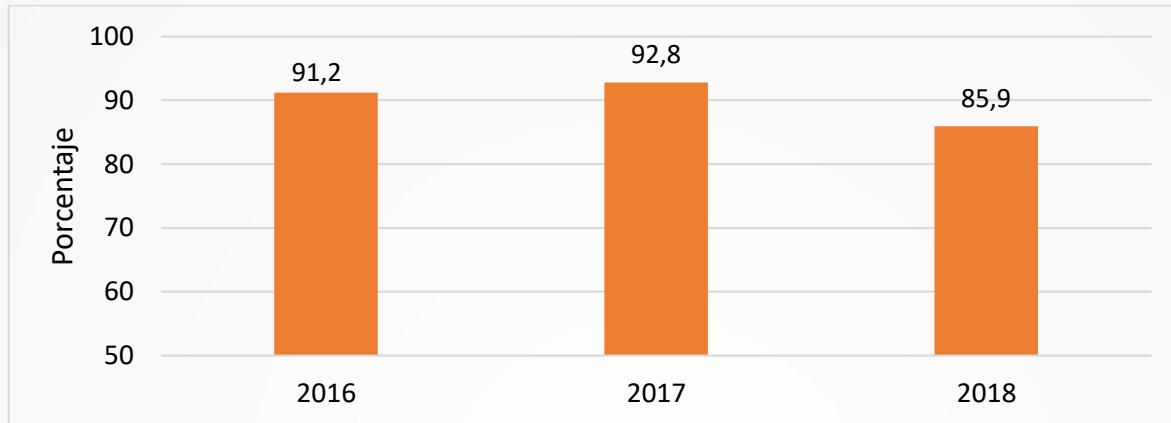
En 1995 la desnutrición aguda afectaba al 1,4 % de la población menor de cinco años y para el año 2015 la desnutrición aguda, afecta a 2,3% de los menores de cinco años del país, con aumento en la prevalencia de 0,9%. Para el año 2018 el departamento mantiene la prevalencia de desnutrición aguda en 1,5% con respecto a su línea de base tomada según información del año 2015. Los municipios de Armenia con 1,6% y Calarcá con 1,4%, de desnutrición aguda mantienen la mayor prevalencia de desnutrición aguda en el departamento.



### 1.20. Cobertura de Tratamiento Antirretroviral. (ARV)

Este indicador expresa el número de personas que se encuentran recibiendo terapia antirretroviral (ARV), en función del número de personas diagnosticadas con VIH y/o Sida que requieren de este tratamiento.

Gráfica 21. Porcentaje de Tratamiento Antirretroviral, Departamento del Quindío 2015 - 2018



Fuente: Informe Situación de VIH/SIDA, Cuenta de Alto Costo 2019

TERAPIA ARV / AÑO	2015	2016	2017	2018
COLOMBIA	96	91.5	92.2	82.9
QUINDÍO	ND	91.2	92.8	85.9

En Colombia, al igual que en Quindío, el acceso a la terapia ARV está contemplado dentro del Plan Obligatorio de Salud, el cual se ha venido incrementando, alcanzando los picos más altos de tratamiento entre los años 2013 a 2015, desde donde ha decaído como lo vemos en la gráfica. Se continúa con la captación y el seguimiento de pacientes con VIH, lo que ha permitido el diagnóstico y terapia ARV en etapas tempranas de la infección, lo que ha mejorado el tiempo de sobrevivencia de estos pacientes. Actualmente solo el 30% de los casos se diagnostican en fase SIDA, y las entidades territoriales y las aseguradoras han reforzado la búsqueda de nuevos casos; además se realiza la búsqueda y detección de VIH en las poblaciones con Tuberculosis (TBC) por coinfección, e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en mujeres gestantes y en población que solicite la prueba de forma espontánea.

Es necesario tener en cuenta que esta cobertura de tratamiento tiene como denominador las personas identificadas y reportadas que se encuentran vivas con criterios de inicio de

tratamiento y no el denominador de personas estimadas con la infección, pues este número de personas difícilmente se pondrán en tratamiento si no están diagnosticadas previamente. En la realidad, no existe tanto una brecha de acceso al tratamiento, sino más bien hay una brecha de acceso al diagnóstico, ya sea por desconocimiento o por temor a la realización de los test especializados.

### **1.21. Mortalidad por Malaria.**

La mortalidad por malaria ha disminuido notablemente en Colombia. La morbilidad se mantiene elevada (aproximadamente 150.000 casos anuales). En el caso del Quindío, no se presentan casos autóctonos de malaria en los últimos años, ni se registran defunciones por malaria desde hace más de 20 años.

La malaria o paludismo, es una enfermedad infecciosa, febril aguda y potencialmente mortal, causada por parásitos del género *Plasmodium* spp. Son transmitidos por la picadura de los mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*. Según el último Informe Mundial sobre el Paludismo (2018), en el año 2017 hubo en el mundo, 219 millones de casos de malaria y 435 mil muertes por esta causa, siendo esta mayor en comparación con 217 millones de casos y menor en comparación con las 451 mil muertes presentadas en 2016. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2018 casi la mitad de la población mundial corría el riesgo de contraer malaria. Durante los últimos años la eliminación de la malaria ha sido un reto para los países de América, para Colombia y el Quindío el reto no ha sido menor, pese al comportamiento del evento en el departamento. Cero muertes por malaria.

En este momento el territorio se encuentra en fase de control de la enfermedad, con miras a empezar una fase de preeliminación de la malaria.

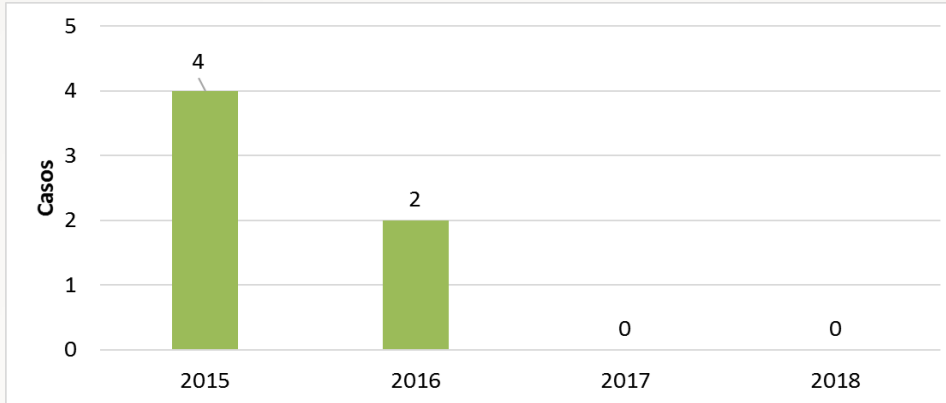
### **1.22. Mortalidad Por Dengue.**

El dengue es una enfermedad viral febril aguda que es transmitida por la picadura de las hembras infectadas principalmente de la especie *Aedes Aegypti* y, en menor grado, de *Aedes albopictus*; ambos con presencia en el departamento del Quindío según reporte del laboratorio de salud pública, unidad de entomología. Se conocen cuatro serotipos distintos del virus.

Esta enfermedad endemoepidémica tiene un alto impacto epidemiológico, social y económico, constituido como un problema creciente en la salud pública de los quindianos, en donde 5 de sus municipios ubicados en el Plan o áreas bajas de la cuenca del río Quindío son clasificados por el ministerio de Salud como hiperendémicos, siendo éstos Armenia Calarcá, Montenegro, La Tebaida y Quimbaya.



Gráfica 22. Número de Muertes por Dengue, Departamento del Quindío 2015 - 2018



Fuente: DANE – Estadísticas vitales SDSQ

Debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente de la enfermedad, los ciclos epidémicos cada tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de los cuatro serotipos, la infestación por *Aedes Aegypti* en más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción del vector *Aedes albopictus*; y la urbanización de la población, entre otros macro y microdeterminantes, el dengue en Colombia se constituye en un problema prioritario para la salud pública del país.

Tabla 18. Casos de Dengue

Entidad territorial	Casos dengue	%	Casos dengue grave	%	Total general	%
Quindío	582	2,3	1	0,4	583	2,3
Colombia	25048	100	236	100	25284	18,9

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional De Salud, Colombia, 2017

### 1.23. Letalidad Por Dengue

En el año 2017 se notificaron en Colombia 126 muertes posiblemente atribuidas a dengue de las 22 (16,5 %) fueron confirmados (15 por hallazgos clínicos, epidemiológicos y por laboratorio y siete clasificadas como compatibles por clínica y epidemiología), cuales 5 (4,1 %) fueron errores de digitación, y 99 (79,3 %), fueron descartadas por no cumplir con definición operativa de caso. Las muertes atribuidas a dengue corresponden en su mayoría a casos procedentes de Tolima. En el caso del Quindío, para los años 2017 y 2018, no han sido registrados decesos por este evento.

Tabla 19. Muertes de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia 2017

Entidad territorial de procedencia	compatible	confirmado por laboratorio	Total confirmados	%	descartados definición operativa	descartado error digitación	Total general
Tolima	1	4	5	22,7%	18	0	23
Hulla	0	2	2	9,1%	4	0	6
Córdoba	1	1	2	9,1%	3	0	5
Risaralda	0	1	1	4,5%	1	4	6
Boyacá	0	1	1	4,5%	2	0	3
Magdalena	0	1	1	4,5%	1	0	2
Buenaventura	0	1	1	4,5%	1	0	2
Arauca	0	1	1	4,5%	0	0	1
Sucre	0	1	1	4,5%	1	0	2
Caldas	0	1	1	4,5%	1	0	2
Cundinamarca	0	1	1	4,5%	8	0	9
Antioquia	1	0	1	4,5%	5	0	6
Nariño	1	0	1	4,5%	2	0	3
La Guajira	1	0	1	4,5%	1	0	2
Barranquilla	1	0	1	4,5%	1	0	2
Bolívar	1	0	1	4,5%	4	0	5
Atlántico	0	0	0	0%	2	0	2
Cartagena	0	0	0	0%	4	0	4
Norte Santander	0	0	0	0%	2	0	2
Valle del Cauca	0	0	0	0%	13	0	13
Casanare	0	0	0	0%	1	1	4
Quindío	0	0	0	0%	2	0	2
Guaviare	0	0	0	0%	1	0	1
Santander	0	0	0	0%	3	0	3
Cesar	0	0	0	0%	5	0	5
Meta	0	0	0	0%	12	0	12
Depto. desconocido	0	0	0	0%	1	0	1
<b>Colombia</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>5</b>	<b>126</b>

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional De Salud, Colombia, 2017

Para los casos de dengue grave se confirmaron el 100 % de los casos procedentes de 13 entidades territoriales y el 0% de confirmación en casos procedentes de Putumayo y Quindío. La letalidad de dengue grave en Colombia fue de 9,32 % y los departamentos de Caldas, Magdalena y Risaralda con el 100 %. Le letalidad por dengue en general fue de 0,09 % y los departamentos de Buenaventura, Caldas, Magdalena y Nariño con los mayores registros superando el indicador nacional. El departamento del Quindío para los años 2017 y 2018, no registró letalidad por dengue grave. Entre los factores que coadyuvan a la aparición y reaparición del dengue se pueden mencionar las migraciones, el rápido crecimiento y urbanización de poblaciones en el territorio Quindiano, con necesidades básicas insatisfechas, pobreza y falta de servicios básicos, especialmente relacionados con suministro de agua, eliminación de residuos y deficiencias en el saneamiento ambiental. A demás la percepción de riesgo en la comunidad juega un papel importante para todo lo concerniente a control de criaderos del vector los cuales son de



tipo intradomiciliario, bajo conocimiento de la enfermedad y baja oportunidad en la consulta a los servicios de salud.

#### 1.24. Índice de Riesgo de la Calidad de Agua (IRCA).

El IRCA se define como el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano y se clasifica según el nivel de riesgo de la siguiente manera:

Tabla 20. Clasificación del nivel de riesgo en salud según el IRCA

Clasificación IRCA (%)	Nivel de Riesgo	IRCA mensual (Acciones)
80.1 - 100	INVIABLE SANITARIA MENTE	Agua no apta para consumo humano
35.1 - 80	ALTO	Agua no apta para consumo humano
14.1 – 35	MEDIO	Agua no apta para consumo humano
5.1 - 14	BAJO	Agua no apta para consumo humano, susceptible de mejoramiento
0 - 5	SIN RIESGO	Agua apta para consumo humano. Continuar la vigilancia

39

Para el departamento del Quindío durante el periodo 2016 – 2018 el comportamiento del Índice de Riesgo de Calidad del Agua para Consumo Humano – IRCA, se presenta a continuación.

Tabla 21. Cuadro del nivel de riesgo Quindío por municipio

MUNICIPIO	2016	2017	2018
ARMENIA	0,48	1,02	2,12
BUENAVISTA	2,54	2,63	0
CALARCA	0,67	3,47	1,07
CIRCASIA	2,56	7,4	0,88
CORDOBA	1,3	4,61	1,83
FILANDIA	9,72	6,94	6,88
GENOVA	4	6,52	8,03
LA TEBAIDA	0,62	5,4	1,94
MONTENEGRO	5,68	6,48	3,27
PIJAO	0	5,8	3,89
QUIMBAYA	1,04	2,08	4,03
SALENTO	2,99	10,41	6,69

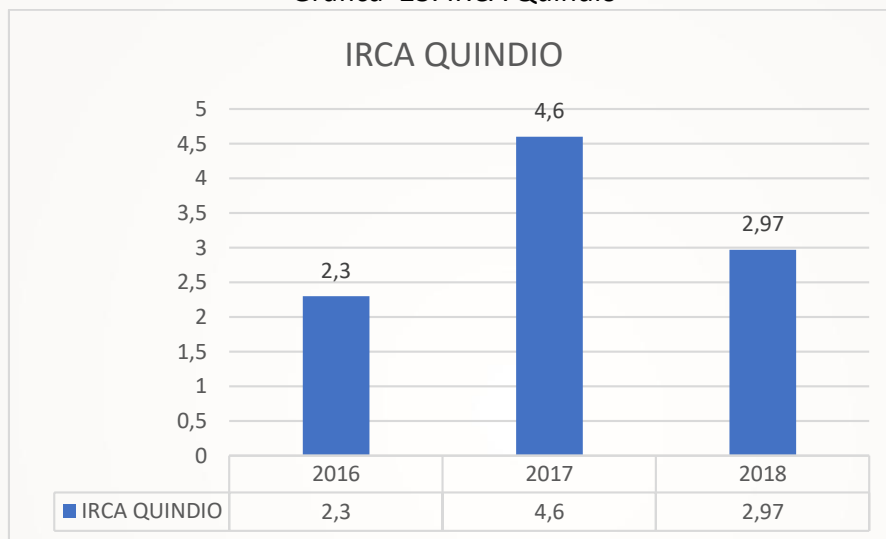


Tabla 22. Cuadro del nivel de riesgo Quindío VS Colombia

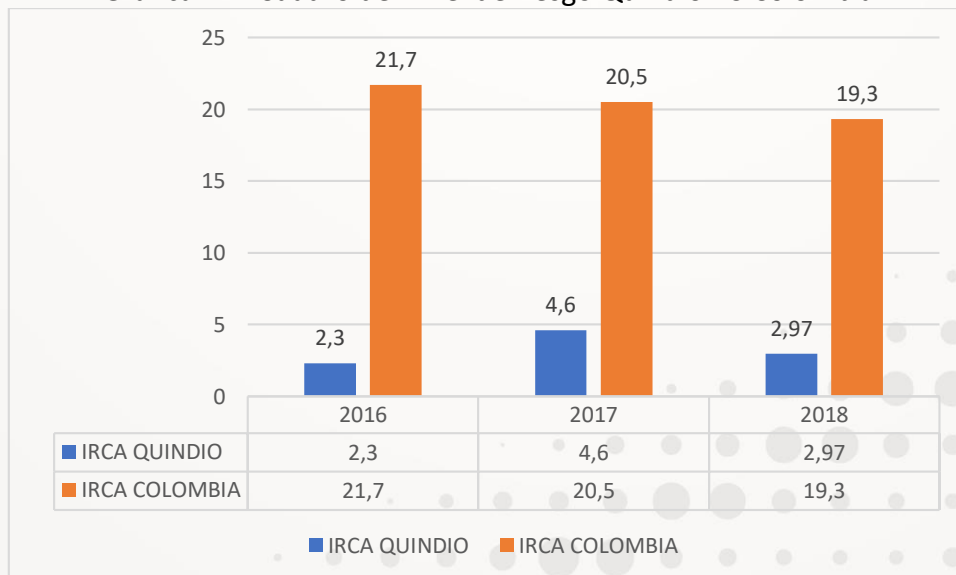
AÑO	IRCA QUINDIO	NIVEL DE RIESGO	IRCA COLOMBIA	NIVEL DE RIESGO
2016	2,3	SIN RIESGO	21,7	MEDIO
2017	4,6	SIN RIESGO	20,5	MEDIO
2018	2,97	SIN RIESGO	19,3	MEDIO

Fuente: Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano-SIVICAP.

Gráfica 23. IRCA Quindío



Gráfica 24. Cuadro del nivel de riesgo Quindío VS Colombia





El departamento del Quindío durante el periodo 2016 – 2018 presentó un IRCA sin riesgo, lo que representa que el agua consumida en el departamento es apta para el consumo humano. Durante el periodo 2016- 2018 el departamento presentó niveles de IRCA por debajo de los niveles presentados en el consolidado del nivel nacional.

### 1.25. Oportunidad en la Presunción Diagnóstica y Tratamiento Oncológico en Menores de 18 Años.

La leucemia representa un tercio de todos los cánceres, incluidos los tumores benignos de cerebro diagnosticados en niños (edades de 0 a 18 años), el 77% de los cuales son las leucemias linfocíticas agudas. Los cánceres del cerebro y otras del sistema nervioso son el segundo tipo de cáncer más común (25%), seguido de los sarcomas de tejidos blandos (7%, la mitad de los cuales son el rhabdomyosarcoma), neuroblastoma (6%), los tumores renales (Wilms) (5%) y linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin (4% cada uno).

41

Tabla 23. Distribución de casos por residencia y notificación de Ca en menores de 18 años, Colombia periodo XIII de 2018

Distribución de casos por residencia y notificación de Ca en menores de 18 años, Colombia periodo XIII de 2018

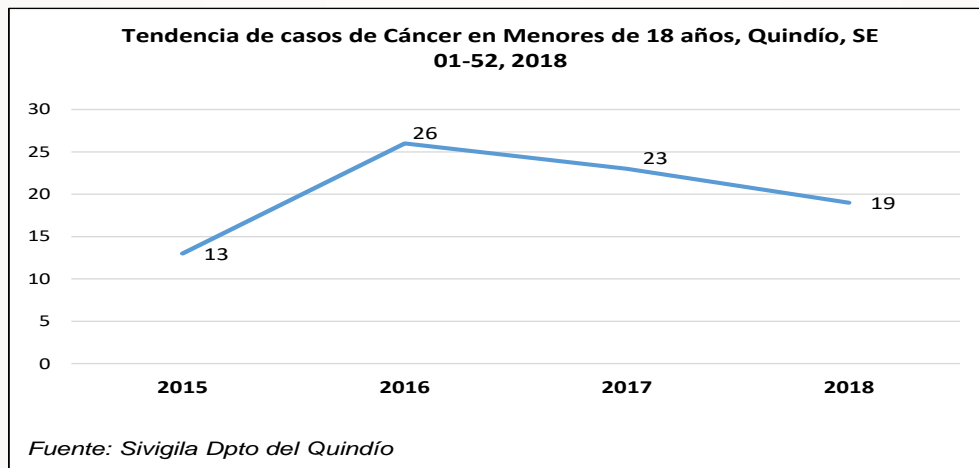
Entidad Territorial	No. Casos por residencia	Variables por notificación (número de casos)						Alertas Tempranas por notificación	
		Femenino	Masculino	Condición final muerto	Oportunidad presunción alta	Oportunidad confirmación alta	Diagnostico Confirmados	Probables	Casos sin inicio de tratamiento
Amazonas	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	142	71	84	16	120	111	148	7	14
Arauca	7	1	1	1	2	2	2	0	0
Atlántico	23	2	0	1	0	0	0	2	1
Barranquilla	28	29	40	8	37	47	65	4	18
Bogotá	310	250	323	68	436	305	546	27	73
Bolívar	51	11	10	1	14	5	8	13	11
Boyacá	74	17	13	0	23	10	23	7	9
Caldas	31	26	19	3	38	21	41	4	10
Caquetá	16	0	3	0	3	0	2	1	3
Cartagena	29	35	34	14	49	46	64	5	9
Casanare	26	5	6	0	8	3	6	5	4
Cauca	63	4	3	0	6	3	5	2	5
Cesar	34	7	8	2	7	4	10	5	8
Choco	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	36	19	16	1	13	21	32	3	2
Cundinamarca	128	7	5	1	4	3	6	6	8
Guajira	11	1	0	0	1	1	1	0	0
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	56	22	36	12	45	43	55	3	3
Magdalena	12	2	2	0	3	4	4	0	1
Meta	57	20	23	7	31	12	31	12	18
Nariño	45	30	24	4	44	31	53	1	12
Norte Santander	61	21	25	3	27	30	39	7	20
Putumayo	12	0	2	0	1	0	0	2	2
Quindío	21	4	6	0	4	3	6	4	4
Risaralda	37	17	19	4	22	14	34	2	8
San Andrés	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santander	91	56	85	13	118	80	139	2	16
Sta Marta D.E.	12	4	4	1	3	3	3	5	7
Sucre	20	2	3	0	4	1	3	2	3
Tolima	63	9	12	7	15	7	21	0	9
Valle	181	132	117	17	198	156	224	25	45
Vichada	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Buenaventura	8	0	0	0	0	0	0	0	0
Depto. Desconocido	21	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Colombia</b>	<b>1727</b>	<b>804</b>	<b>923</b>	<b>184</b>	<b>1276</b>	<b>966</b>	<b>1571</b>	<b>156</b>	<b>323</b>



Esta tabla nos muestra el número de casos notificados por entidad territorial, según la clasificación del caso y alertas tempranas. Las entidades territoriales con mayor número de casos notificados son; Bogotá. D.C., que notifica 310 casos a nivel nacional, seguido de Valle del Cauca que notifica 181 casos y Antioquia con 142 casos. El reporte del departamento del Quindío corresponde a 21 casos para el año 2018.

La tendencia de cáncer en menores de 18 años en el departamento del Quindío para el año 2016 aumento el 50 % en comparación con la vigencia 2015, en cuanto al año 2017 el evento presenta una disminución del 11% en comparación con el año 2016, para el año 2018 el comportamiento se mantiene presentando una leve disminución del 17,3% con relación al 2017.

Gráfica 25. Tendencia de casos de Cáncer en menores de 18 años, Quindio, SE 01-52, 2018



De acuerdo a las características sociodemográficas de los 19 casos reportados al SIVIGILA, se encuentra que el 74 % de la población habitan en la cabecera municipal, el 16% reside en el rural disperso y el 11 % restante de la población viven en un centro poblado. Teniendo en cuenta los cursos de vida reflejados en el evento podemos analizar que los que se encuentran, son en la primera infancia con el 37% (7 casos), quienes abarcan el rango de edad de 0 a 5 años, infancia con el 21% (4 casos) quien abarca el rango de edad de 6 a 11 años, finalmente el ciclo de vida de Adolescencia con el 42% (8 casos), el cual comprende el rango de edad de 12 a 17 años.





Tabla 24. Tasa de incidencia de Cáncer en menores de 18 años

**Tasa de incidencia de Cáncer en menores de 18 años**

TIPO DE INDICADOR	Proceso
<b>Definición Operacional</b>	$19/162.724 \times 100.000 = 11,67$
<b>Interpretación</b>	En el Departamento del Quindío por cada 100 mil menores de 18 años, 11,67 se les confirmó cáncer

Fuente: Sivigila 2017, Proyecciones DANE, edades simples

Tabla 25. Tasa de mortalidad por Cáncer en menores de 18 años

**Tasa de mortalidad por Cáncer en menores de 18 años**

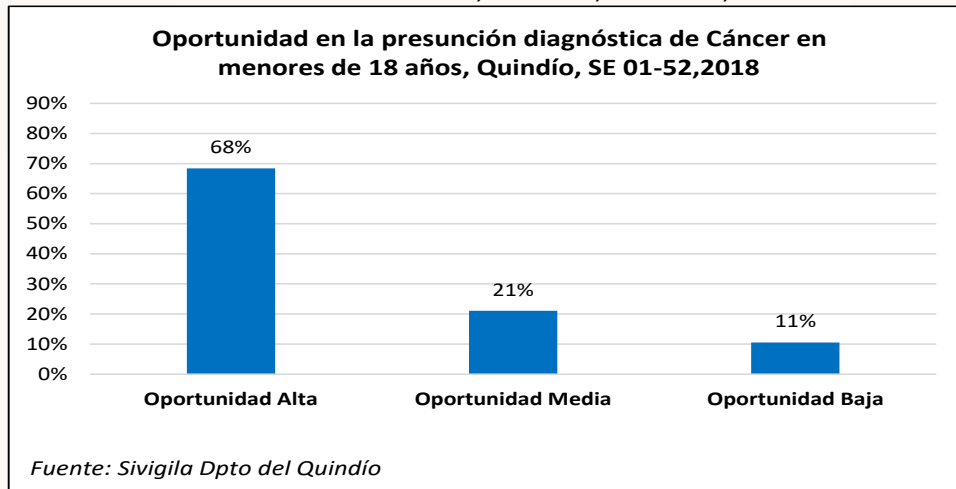
TIPO DE INDICADOR	Proceso
<b>Definición Operacional</b>	$2/162.724 \times 100.000 = 1,2$
<b>Interpretación</b>	En el Departamento del Quindío por cada 100 mil menores de 18 años, 1,2 se murieron por cáncer

Fuente: Sivigila 2017, Proyecciones DANE, edades simples

En la siguiente gráfica se puede observar el tiempo transcurrido entre la fecha de la consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas que sugieran al médico tratante la probabilidad de cáncer. La oportunidad es alta cuando el tiempo transcurrido es menor o igual a 2 días, media de tres a 10 días y baja cuando es mayor a 10 días. El 68% representó una oportunidad alta con 13 casos, el 21% presentó una oportunidad media con 4 casos y el 11% una oportunidad baja para la presunción del diagnóstico con dos casos. El promedio en días entre la fecha de consulta inicial y la fecha de resultado de pruebas diagnósticas presuntivas para cáncer en menores de 18 años fue de 4,7, con un mínimo de cero días y un máximo de 47 días.



Gráfica 26. Oportunidad en la presunción diagnóstica de Tendencia de casos de Cáncer en menores de 18 años, Quindío, SE 01-52, 2018



### 1.26. Violencia de Género.

En el Departamento del Quindío durante el 2018 se notificaron 2.010 casos de Violencia de género. De acuerdo al tipo de régimen al que se encuentran afiliados el 64% de los casos se registraron en el subsidiado, seguido del contributivo con el 25% y en menor proporción los regímenes con personas no aseguradas, indeterminado, excepcional y especial. Es importante evidenciar que el 89% de las víctimas proceden de la cabecera municipal, en el área rural dispersa residen el 8% de la población y el 3% restante en un centro poblado.

Según la pertenencia étnica de las víctimas se clasifican de manera mayoritaria en “otro” con el 99% de los casos notificados, se evidencia entonces que el 1 % son pertenecientes a la población negro, mulato, afro-colombiano con 11 casos y en menor proporción la población indígena, ROM, Gitano, Raizal y Palenquera.







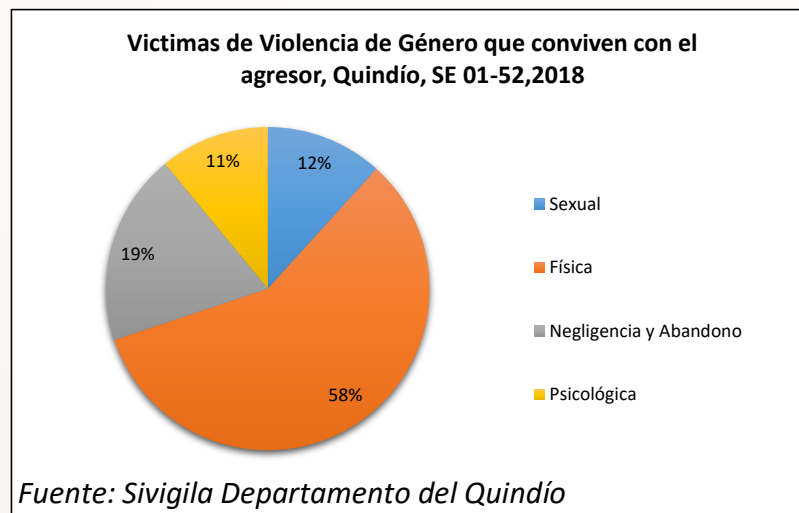
Tabla 26. Violencia de Género

VARIABLE	CATEGORÍA	CASOS	%
<b>GRUPOS POBLACIONALES</b>	Gestantes	113	5%
	Víctimas de Violencia Armada	53	3%
	Población en centros Psiquiátricos	18	1%
	Población infantil a cargo de ICBF	18	1%
	Migrantes	13	1%
	Discapacitados	13	1%
	Desplazados	12	1%
	Indigente	5	0%
	Desmovilizados	3	0%
	Madres comunitarias	2	0%
	Carcelario	1	0%
	Otros	1820	88%

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío, 2018

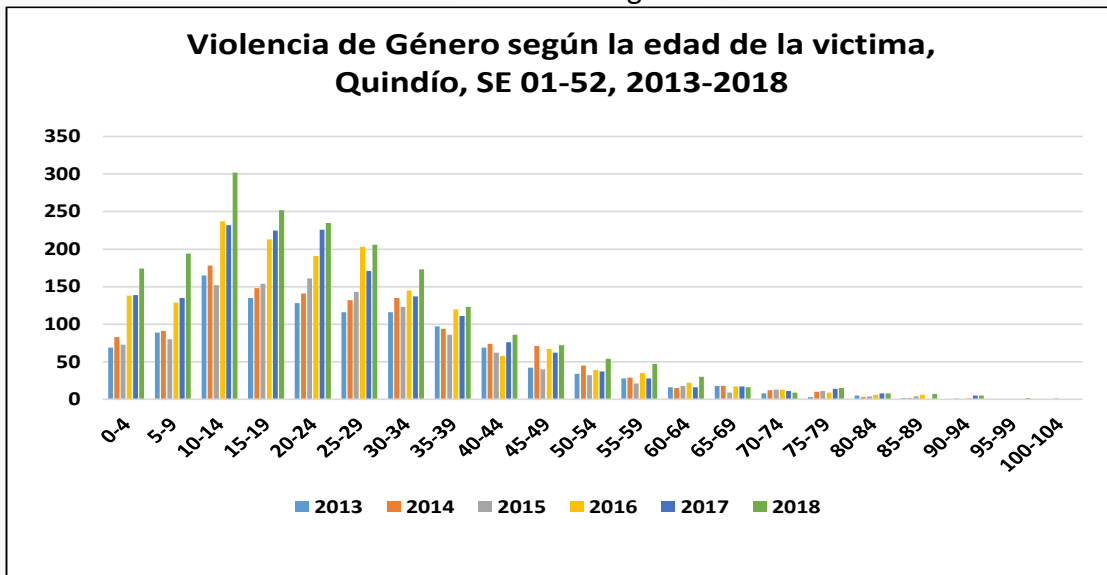
Las víctimas de violencia de género identificadas con situaciones de vulnerabilidad muestran que las gestantes representan la mayor cantidad de casos con 113 casos, en segundo lugar, se encuentra la población víctima de violencia armada con 53 casos, los cuales presentan la mayor cantidad de casos, por último y en comportamiento similar los demás grupos poblacionales especiales para el periodo epidemiológico XIII del año 2018.

Gráfica 27. Víctimas de Violencia de Género que conviven con el agresor



Teniendo en cuenta la información suministrada por el Departamento del Quindío, se puede evidenciar que 939 víctimas conviven con su agresor, donde la violencia física es la que presenta la mayor proporción con 546 casos, seguido de la violencia por negligencia y abandono con 180 casos y en menor proporción la violencia sexual y psicológica para el año 2018.

Gráfica 28. Violencia de Género según la edad de la víctima



La edad mínima que se reportó fue de 0 años y la máxima de 104 años, concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 10 a 14 años con 1.266 casos, 15 a 19 años con 1.127 casos y de 20 a 24 años con 1.082 casos para las vigencias 2013-2018. En comparación con los años anteriores para el año 2018 el grupo de edad con mayor proporción fue el de 10 a 14 años con 302 casos, seguido de 15 a 19 años con 252 casos notificados para el periodo epidemiológico XIII. En cuanto al grupo de edad con menor notificación se encuentra el comprendido de 100 a 104 años con 1 caso para todas las vigencias. En este evento se pueden ver afectados todos los cursos de vida desde la primera infancia (0 a 5 años) hasta la vejez (Mayor de 60 años y más).

En estas 6 vigencias se puede observar la mayor notificación de casos de violencia de género al Sivigila departamental fueron los últimos tres años; en el 2018 se reportaron 2.010 casos siendo el de mayor reporte.



Tabla 27. Violencia de Género según Municipio de Residencia

**Violencia de Género según Municipio de Residencia, Quindío, SE 01-52,2018**

Municipio De Residencia	Casos	Población 2018	Incidencia X 100.000
Génova	53	7487	707,89
Buenavista	16	2758	580,13
Pijao	33	6000	550,00
Calarcá	431	78779	547,10
Córdoba	23	5268	436,60
Salento	28	7100	394,37
Quimbaya	137	35195	389,26
La Tebaida	169	45242	373,55
Montenegro	139	41722	333,16
Armenia	866	301224	287,49
Filandia	39	13580	287,19
Circasia	61	30655	198,99
Sin Información	15	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>2010</b>	<b>575010</b>	<b>349,55</b>

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

47

Teniendo en cuenta la tasa de incidencia presentada por cada municipio, se encuentra que los municipios de Armenia y Córdoba se clasifican como riesgo alto para la ocurrencia de víctimas de violencia de género, los municipios de Pijao, Montenegro y Circasia se encuentran en riesgo medio, en cuanto a la clasificación del riesgo bajo se encuentran los municipios de Calarcá, La Tebaida, Filandia y Quimbaya.

**1.27. Diagnóstico del síndrome respiratorio agudo (sars-cov-2) COVID – 19 Departamento del Quindío**

A nivel mundial: El Síndrome respiratorio Agudo (SARS CoV-2) se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei en China Central, al ser reportado casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida; los individuos afectados tenían vinculación con trabajadores del mercado mayorista de mariscos del sur de china.

Según lo informado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 31 de diciembre de 2019, la Comisión de Salud de Wuhan, China notifica conglomerado de casos de



neumonía en Wuhan (Provincia de Hubei) . Posteriormente es determinado que está causado por un nuevo coronavirus.

El 1 de enero de 2020, la OMS establece el correspondiente Equipo de Apoyo a la Gestión de incidentes en los tres niveles de la Organización, con la determinación, de estado de emergencia para abordar el brote; informando para el 4 de enero de 2020, por redes sociales, la existencia de un conglomerado de casos de neumonía en Wuhan China.

El 10 de enero de 2020 la OMS publica en línea, las orientaciones técnicas para la detección de casos y pruebas de laboratorio, con base en los conocimientos existentes en el momento, las cuales son remitidas a los directores regionales para emergencias de la OMS, a fin de ser distribuidas entre los representantes de la OMS en todos los países, aduciendo (según la información disponible en ese momento) que “no hay transmisión entre seres humanos o la misma está limitada” tomando como base la experiencia conocida con el SARS y el MERS, y las vías de transmisión conocidas de virus respiratorios, las citadas orientaciones técnicas definen acciones de prevención y control de infecciones destinadas a proteger al personal sanitario.

El 12 de enero de 2020, China hace pública la secuencia genética del nuevo coronavirus COVID – 19; el 13 de enero de 2020, se confirma oficialmente un caso de COVID -19 en Tailandia, primer caso registrado fuera de la República de China; el 14 de enero de 2020 la jefa técnica de la OMS informa transmisión limitada del nuevo coronavirus entre humanos, fundamentalmente a través de familiares y que existe el riesgo de un posible brote más amplio. Una semana más tarde, el 20 de enero de 2020, expertos de la oficina de la OMS en China y de la Oficina Regional para el Pacífico Occidental efectúan una visita en terreno a Wuhan; para el 22 de enero de 2020 la misión de la OMS a China, emite una declaración en la que se afirma que se ha demostrado la transmisión entre seres humanos en Wuhan.

El 30 de enero de 2020, El Director general de la OMS, declara que el brote por el nuevo coronavirus COVID – 19 constituye una ESPII, (Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional) acorde con lo definido en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI de 2005).

El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró el brote de COVID – 19 como Pandemia y emitió una serie de recomendaciones para que los países activen y amplíen sus mecanismos de respuesta a emergencias. Para ese momento se tenía un total de 279.543 casos de COVID – 19 notificados por 52 Países.

A nivel Nacional, El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud, por medio de la circular No. 005, del 11 de febrero de 2020, emiten directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (COVID – 19) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo, informando para esa fecha, un total de 40.553 casos en 25 países y 911 muertes, al momento, no se tenían reportes en Sudamérica. Se brindan las orientaciones





para la intervención desde todos los niveles, iniciándose la fase de Preparación, según el Plan Nacional de Atención a la emergencia por COVID – 19.

El 6 de marzo de 2020, se confirma el primer caso de COVID – 19 en Colombia, en paciente femenina de 19 años, procedente de Milán, Italia; contando para ese momento con casos positivos en 96 países, siendo los más cercanos, México, Ecuador, Brasil, Chile y Perú; dando así, por finalizada la etapa de preparación y activándose la etapa de contención de la enfermedad. El 10 de marzo de 2020, por mandato presidencial, se regula el aislamiento de los extranjeros y colombianos provenientes de China, Italia, Francia y España, (durante 14 días y por sus propios medios) con monitoreo de las autoridades territoriales.

49

El 12 de marzo de 2020, se declara la emergencia sanitaria en el territorio Nacional, se suspenden eventos de aglomeración pública masiva y se toman medidas de prevención y control sanitario en el País.

El 15 de marzo de 2020, se suspenden clases presenciales en colegios y universidades a nivel Nacional y a partir del 24 de marzo de 2020 empieza el aislamiento preventivo obligatorio para todo el País, con una fecha inicial de finalización proyectada inicialmente para el 13 de abril, fecha que es ampliada hasta el próximo 11 de mayo de 2020, con apertura laboral para los sectores de la construcción, Industrias manufactureras, fabricación de productos textiles y prendas de vestir, curtido y recurtido de cueros, fabricación de calzado, fabricación de artículos de viaje, maletas, bolsos de mano y artículos similares, fabricación de artículos de talabartería y guarnicionería, adobo y teñido de pieles; transformación de la madera y fabricación de productos de madera y de corcho, (excepto muebles), fabricación de artículos de cestería y espartería, fabricación de papel, cartón y productos de papel y cartón, fabricación de sustancias y productos químicos, fabricación de productos elaborados de metal (excepto maquinaria y equipo), fabricación de aparatos y equipos eléctricos, instalación mantenimiento y reparación especializado de maquinaria y equipo.(Anexo técnico de la resolución 675 del 24/04/2020, del Ministerio de Salud y Protección Social.

El 31 de marzo de 2020, El Ministerio de Salud y Protección Social, declara para Colombia fase de mitigación para COVID – 19, dada la identificación de transmisión comunitaria en 39 países, entre ellos Ecuador, el cual por la cercanía limítrofe es considerado de alto riesgo, sumado a ello, en algunos Departamento del País, se incrementó el número de casos con fuente desconocida.

Las medidas que se han adoptado hasta el momento por el nivel Nacional pueden ser clasificadas en tres fuentes primordiales, sin perjuicio de reconocer que existen relaciones estrechas entre cada uno de estos grupos de normas:



**MEDIDAS SANITARIAS Y DE EMERGENCIA SANITARIA:**

Acorde con lo dispuesto en la Constitución política (Artículos 2 y 49) leyes 1751 de 2015, estatutaria en salud (arts. 2°, 5°, 6°), Ley 9 de 1979 (arts. 488 a 490, 527, 591, mod D. 2106 de 2019), Planes Nacional de Desarrollo 2014-2018-2022, Ley 1753 de 2015 (art. 69) y el Decreto 780 de 2016, (comp. 3518 de 2006). REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL2005, como respuesta a la emergencia por COVID – 19 se generan 23 Resoluciones y 8 Circulares.

**EMERGENCIA ECONÓMICA, SOCIAL Y ECOLÓGICA:**

De acuerdo con lo dispuesto en la Constitución política Artículo 215, En virtud de la gravedad e inminencia de profundas afectaciones en el devenir social, económico, político, cultural, en general vital del país, el presidente de la República, en conjunto con sus ministros determinó, mediante el Decreto 417 de 2020, que era necesario acudir al estado de excepción regulado en el artículo 215 de la Constitución Política y en la Ley 137 de 1994. Teniendo en cuenta el Decreto 417, se han expedido normas con fuerza de ley para hacer frente a la situación para conjurarla e impedir la extensión de sus efectos. Se generaron 35 decretos específicos para afrontar la emergencia.

**NORMAS DE ORDEN PÚBLICO Y OTRAS ORDINARIAS:**

Acorde con la constitución política artículos 2 y 189, num.4) en este grupo se encuentran dos clases de medidas significativas que no tienen fuerza legal. Por una parte, las asociadas al orden público que tienen como fuente regulatoria los artículos 189, numeral 4°, de la Constitución Política y 198 y 199 de la Ley 1801 de 2016. Entre estas medidas está la de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. De otro lado, las medidas aduaneras que se expiden con base en las facultades del artículo 189, numeral 25, de la Constitución Política y la Ley 7 de 1991, sobre comercio exterior. Se generaron 12 Decretos específicos para afrontar la emergencia por COVID -19 en el país.

A nivel Departamental, El Departamento del Quindío, adecúa el plan de respuesta, a los lineamientos dados por el Nivel Nacional, orientando su Plan de Respuesta al cumplimiento de las fases de intervención dispuestas a nivel Nacional, dando inicio a la fase preparatoria, a partir del 11 de febrero donde es generada la alerta verde a nivel de instituciones de Salud, para la actualización de sus Planes de contingencia y preparación de servicios para afrontar la emergencia. Desde la Secretaria de Salud Departamental, se adelantan las acciones de Prevención y Protección por medio de capacitación y socialización relacionada con información general del COVID – 19, con énfasis en las acciones de prevención y protección frente a la transmisión de la enfermedad, actividades que fueron llevadas desde sector Salud, a los diferentes sectores afectados e involucrados.

El 6 de marzo de 2020, se reporta el primer caso de COVID en Colombia, por lo que es generada la alerta Amarilla a la red Hospitalaria, donde se activan los planes de contingencia Municipales y Departamental, para la organización efectiva de la respuesta,



intensificando así las capacitaciones relacionadas con la toma de muestra, seguimiento de contactos y uso de equipos y elementos de protección personal (EPP).

El 18 de marzo de 2020, se confirman los dos primeros casos para el Departamento del Quindío, provenientes de Italia y España, por lo que es generada la alerta Roja para el Departamento, se activa el Puesto de Mando Unificado, y se da inicio a la fase de contención para el territorio, además, se comienza la organización de los equipos operativos, para la identificación de contactos y toma de muestras y para el proceso de cerco epidemiológico; de igual forma, para esta fecha el Departamento ya venía haciendo adherencia a los lineamientos Nacionales, por lo que, los colegios y universidades se encontraban en aislamiento con suspensión de clases.

51

Se instruye así trabajo intensificado con reunión permanente del comité de emergencias, iniciándose la etapa de aislamiento a partir del 24 de marzo de 2020, se orientas acciones laborales de teletrabajo, dando continuidad a las actividades de Intervención y se fortalecen las acciones de control para el cumplimiento del aislamiento, situación que ha aportado en forma benéfica, para la contención de la transmisión de la enfermedad.

#### EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE COVID -19 / DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO CON CORTE A ABRIL26/04/2020

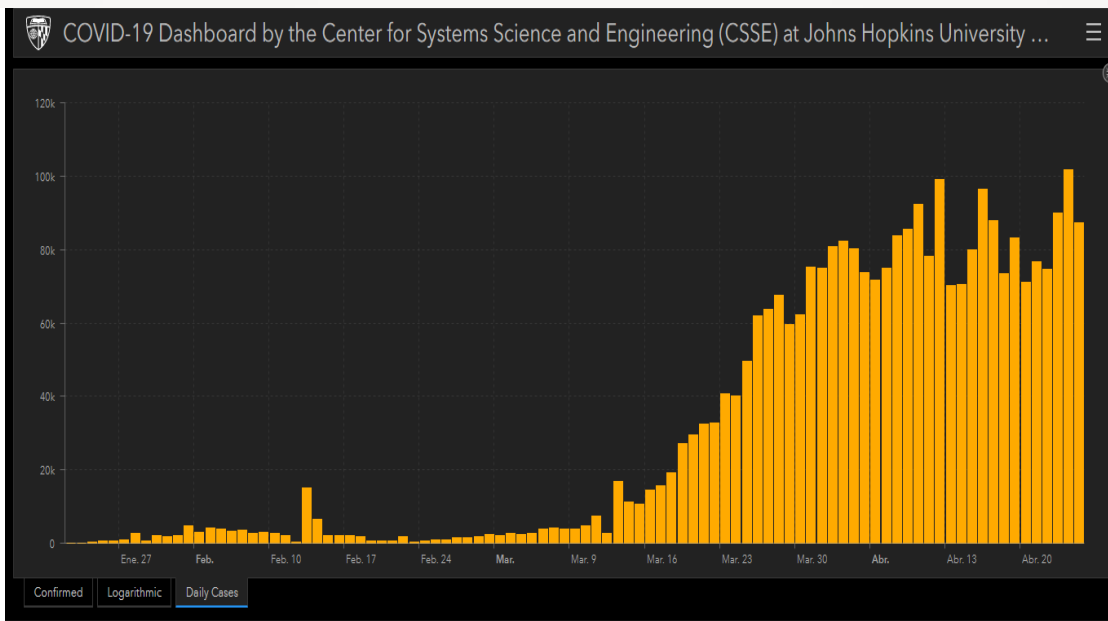
A nivel mundial, se contabiliza un total de 2'844.712 casos positivos para COVID – 19, en 185 países, con 201.315 fallecimientos que corresponden a una tasa de letalidad del 7,07% (26 de abril de 2020), logrando 861.518 pacientes recuperados, para una tasa de recuperación del 30,28%.

El Gráfico siguiente, muestra el comportamiento diario reportado por los diferentes países que refleja el incremento en el reporte a partir del 23 de marzo, continuándose con dicha tendencia hasta la fecha.





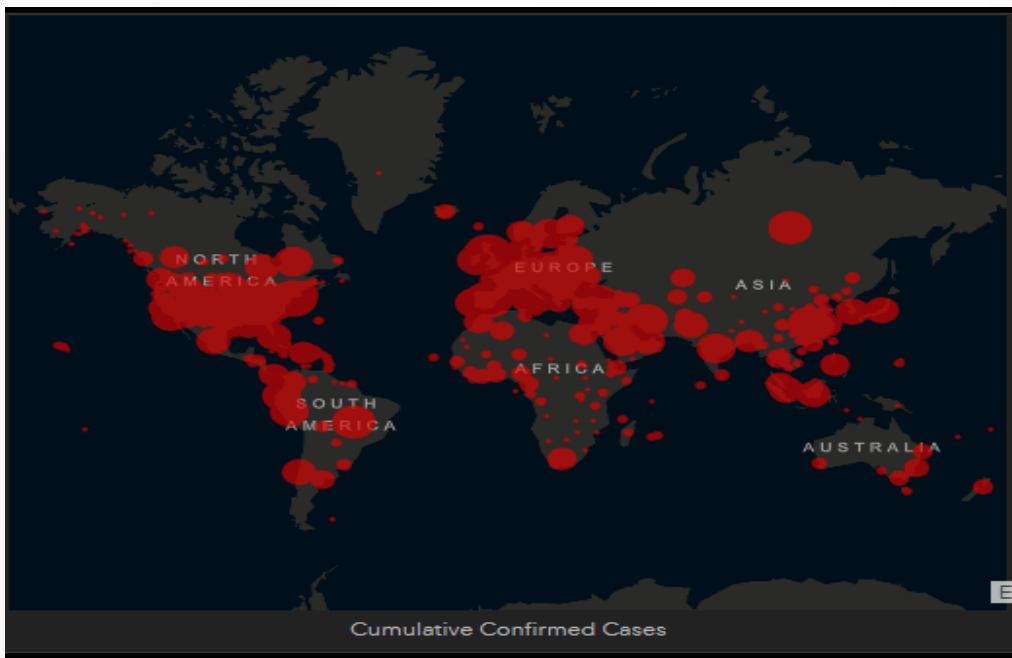
Gráfica 29. Comportamiento diario de los casos positivos para COVID – 19 a nivel Mundial.



Fuente: Center for Systems Science and Engineering (CSSE)

52

Gráfica 30. Mapa Ubicación geográfica de los casos de COVID.19 en el mundo.



Fuente: Center for Systems Science and Engineering (CSSE)

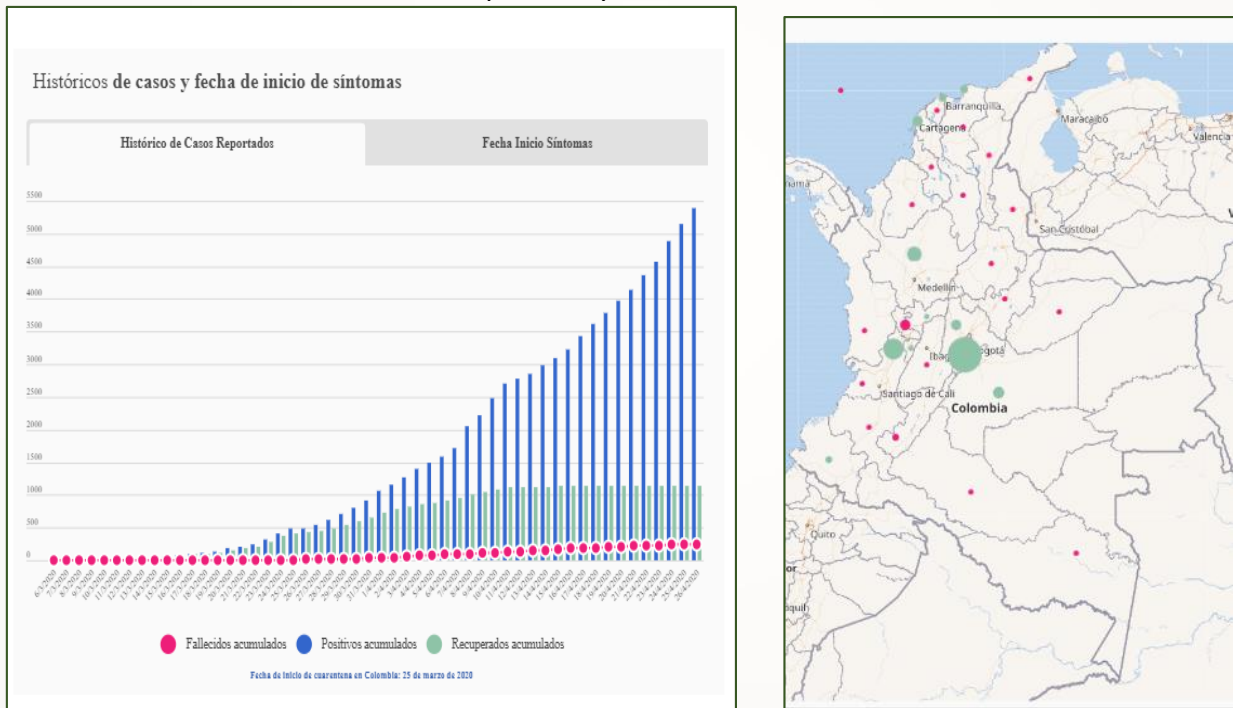




En Colombia, con corte definido al 26 de abril de 2020, se cuenta con un total de 5.379 casos positivos, que cubren el 0.18% del total de casos reportados a nivel Mundial, casos reportados por 31 Departamentos de Colombia, con un total de 244 fallecidos, para una tasa de letalidad del 4,5%, tasa que muestra 2,57 puntos porcentuales por debajo de la tasa de letalidad mundial y una tasa de recuperación del 21%, por debajo de la media a nivel mundial.

El Gráfico siguiente, refleja el comportamiento acumulado de los casos reportados de COVID 19 en el país, evidenciándose allí un incremento de los casos reportados como positivos, una estabilidad en el comportamiento de los casos recuperados y un leve incremento a partir del 14 de abril de 2020 en los casos fatales. Se muestra además en mapa anexo, la distribución de casos por Departamento

Gráfica 31. Histórico de casos reportados, según clasificación de positivos acumulados, recuperados y fallecidos.



Fuente: Instituto Nacional de Salud, abril de 2020

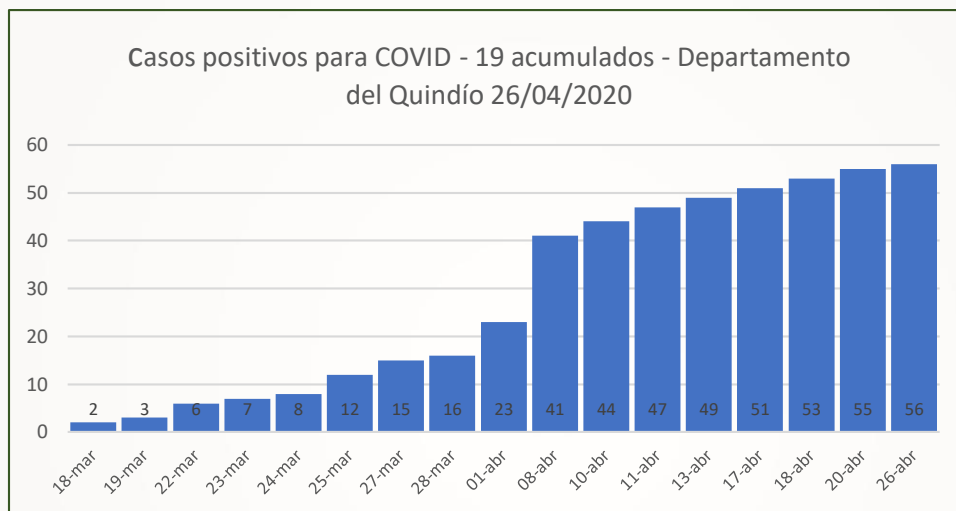
El trabajo adelantado por el personal de salud del Departamento del Quindío se ha enfocado en la captación oportuna de casos, con la identificación de contactos y así, realizar cercos epidemiológicos efectivos, logrando a la fecha de corte (abril 26 de 2020) un total de 1081 seguimientos realizados, descartando un total de 901 situaciones investigadas por los equipos en terreno encargados de la aplicación de cercos epidemiológicos. Se cuenta entonces con un total de 56 casos positivos iniciándose el



conteo de estos a partir del 18 de marzo de 2020, momento en que se recibe el resultado de pruebas por parte del Laboratorio del Instituto Nacional de Salud.

El gráfico siguiente, muestra el comportamiento acumulado de los casos de COVID - 19 evidenciándose una tendencia clara al incremento, mostrando además un aumento importante en el número de casos reportados, diariamente, con un acrecentamiento significativo a partir del 08 de abril de 2020.

Gráfica 32. Comportamiento Acumulado de casos de COVID - 19 - Departamento del Quindío

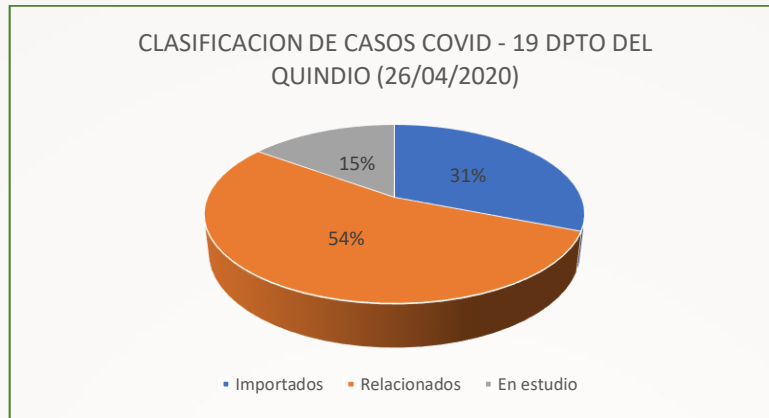


Fuente: SIVIGILA – SSDQ

El 31% (17 casos) fueron clasificados como importados, especialmente de Estados Unidos, Francia, Italia, México y Panamá, dando inicio a la emergencia por el ingreso al Departamento de población proveniente de estos países, a partir de estos casos, se registra la transmisión al interior del Departamento, identificándose casos relacionados con la importación, sumando un total de 30 casos, los cuales corresponden a una primera línea de transmisión y 9 casos clasificados en estudio, dado que a la fecha no se ha logrado identificar la fuente de transmisión relacionada, lo que indicaría posible transmisión comunitaria.



Gráfica 33. Clasificación de casos de COVID – 19 – Departamento del Quindío.  
(26/04/2020)

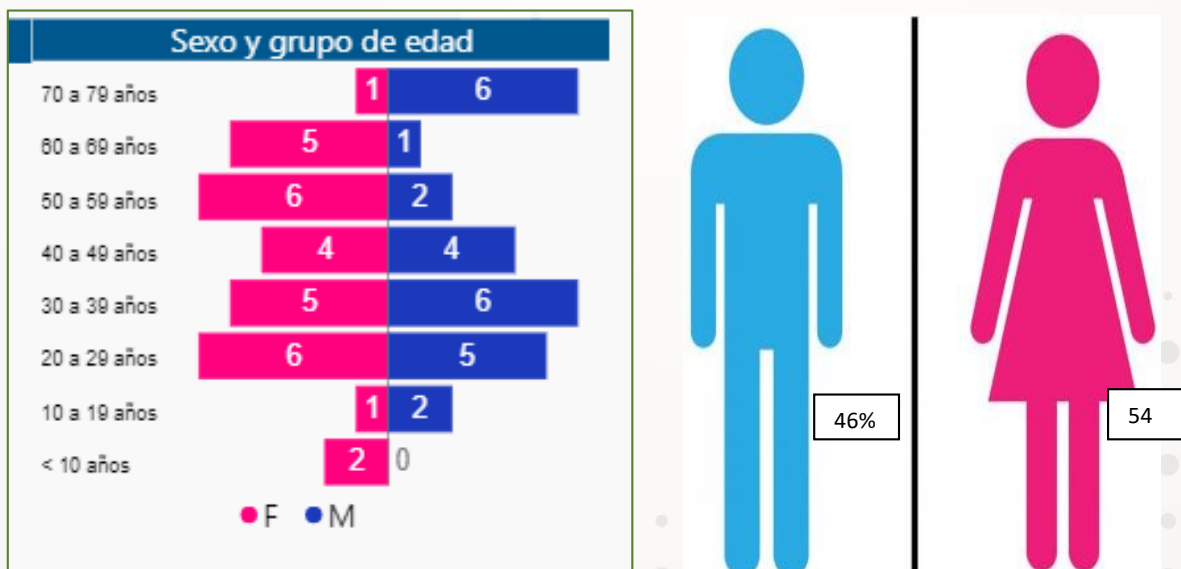


55

Fuente: SIVIGILA – SSDQ

Los casos según el sexo y la edad de los pacientes, muestra que las mujeres se han visto afectadas en un mayor porcentaje que los hombres, sin embargo en edades de 70 y más años, el sexo mayormente afectado es el masculino, las edades de mayor concentración de casos se muestra entre los 20 a los 39 años de edad, con comportamientos similares entre sexos, el rango de 40 a 49 años muestra un comportamiento similar entre hombres y mujeres, se evidencia un incremento para el sexo femenino en el rango de 50 a 69 años de edad.

Gráfica 34. Relación de casos positivos para COVID – 19 según edad y sexo de los pacientes, Departamento del Quindío (26/04/2020)



Fuente: SIVIGILA – SSDQ

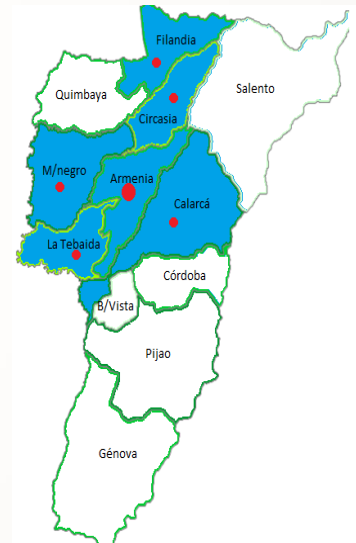


Los 56 casos reportados por el Departamento del Quindío equivalen al 1,04% del reporte Nacional, presentándose casos en 6 Municipios del Departamento, afectando el 50% del territorio, (Como se evidencia en la según siguiente y en el mapa de georreferenciación), el municipio de Armenia concentra el 71,4% del total de casos COVID, reportados en el territorio, seguido del municipio de Calarcá con el 12,5%, Montenegro con el 7,14%, Circasia con el 5,35% y los municipios de La Tebaida y Filandia con el 1,78% cada uno.

La tasa de casos recuperados para el Departamento del Quindío alcanza el 71,4%, superando la tasa de recuperación Nacional en aproximadamente 30 puntos porcentuales, la tasa de letalidad está en el 3,57% mostrándose 1 punto porcentual por debajo de la Nacional.

Tabla 28. Relación de casos de COVID -19 por municipio del Departamento del Quindío según evolución.

Municipio	Casos COVID19	Recup.	% Recup.	Fallec.	Tasa de letalidad
Armenia	40	26	65%	1	2,5%
Calarcá	7	7	100%	0	0%
Montenegro	4	3	75%	1	25%
Circasia	3	3	100%	0	0%
Filandia	1	1	100%	0	0%
La Tebaida	1	0	0%	0	0%
QUINDIO	56	40	71,4%	2	3,57%



Fuente: SIVIGILA – SSDQ

Situación Departamental, El Departamento del Quindío, desde la Secretaria de Salud Departamental, no cuenta a la fecha con la metodología para el diagnóstico de los casos de COVID – 19. por lo que se hace envío al Laboratorio del Instituto Nacional de Salud en Bogotá, de las muestras tomadas en el territorio.

El Laboratorio Departamental de Salud Pública, realiza la preparación del medio de transporte, el cual se le entrega a las IPS, encargadas de la toma de las muestras o a los equipos de Vigilancia en Salud Pública del territorio, para la toma de los hisopados naso y orofaríngeos, para su posterior embalaje y envío al nivel Nacional.







Dicha situación ha generado diferencias en el comportamiento del evento, a nivel territorial, dadas las demoras presentadas por el nivel Nacional en la entrega de los resultados, evidenciándose en las siguientes gráficas, en las que se evidencia el comportamiento según la fecha en que se toma la muestra para diagnóstico en el Departamento y la siguiente según la fecha de resultado, encontrando que si el Departamento hubiese contado con la posibilidad diagnóstica en el territorio, logrando una oportunidad diaria de resultados; la detección del primer caso positivo para el Departamento se tendría desde el 14 de marzo y no desde el 18 de marzo como ocurrió, tiempo clave para la identificación oportuna de contactos y posibles riesgos de transmisión, el incremento real se dio entre el 21 al 29 de marzo y los resultados fueron aportados hacia el 7 de abril, tiempos cruciales para la toma de decisiones.

Gráfica 35. Relación de fecha de toma de muestras para COVID – 19, fecha de reporte de resultados, Departamento del Quindío (26/04/2020)



Fuente: SIVIGILA – SSDQ

Gracias al apoyo brindado por el nivel Nacional se ha logrado dar respuesta a la situación Departamental, donde con corte al 26/04/2020 del total de 1.192 muestras tomadas, se han procesado 1.081 de las cuales han sido descartados 901, que corresponde al 83,34%; se registran 56 positivas para un 5,1% de positividad; quedando al 26 de abril de 2020 pendientes por procesar 111 muestras. El promedio diario de muestras tomadas y enviadas al nivel Nacional es de 25.

Lo anterior evidencia, la necesidad de contar con la posibilidad de montar la prueba RT – PCR en tiempo real, prueba diagnóstica en el Laboratorio Departamental de Salud Pública, para mejorar la oportunidad en los resultados, y por consiguiente, mejorar el proceso de seguimiento de los casos, evidenciando además la necesidad de contar con un



Laboratorio de Salud Pública fortalecido, como base para la identificación de eventos de interés en salud pública en el Departamento del Quindío.

Tabla 29. Capacidad hospitalaria red de prestadores Quindío 2020

MUNICIPIO	NOMBRE PRESTADOR	CAMA ADULTO	CAMAS PEDIATRICAS	CAMAS OBSTETRICAS	UNIDAD INTERMEDIO NEONATAL	INTENSIVO NEONATAL	INTERMEDIO PEDIATRICO	INTEMEDIO ADULTO	INTENSIVO ADUTLO	PSQUIATRIA
ARMENIA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS	199	30	16	3	3	0	4	14	7
ARMENIA	RED SALUD	13	4	4	0		0	0	0	0
ARMENIA	DUMIAN MØICAL S.A.S	75	2	6	2	5	1	6	8	0
ARMENIA	CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO SAS	82	8	0	0	0	0	4	10	0
ARMENIA	CLINICA LA SAGRADA FAMILIA SAS	65	8	20	2	10	0	5	8	0
ARMENIA	ONCOLOGOS DE OCCIENTE	41	0	0	0	0	0	1	5	0
BUENAVIDA	ESE HOSPITAL SAN CAMILO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CALARCA	ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	24	7	13	0	0	0	0	0	0
CALARCA	HOSPITAL CENTRO DE SALUD BARCELONA	4	3	0	0	0	0	0	0	0
CIRCASIA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	9	3	1	0	0	0	0	0	0
CORDOBA	HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FILANDIA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	6	2	0	0	0	0	0	0	0
GENOVA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	4	2	0	0	0	0	0	0	0
LA TEBAIDA	ESE HOSPITAL PIO X	11	3	2	0	0	0	0	0	0
MONTENEGRO	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO	7	6	2	0	0	0	0	0	0
QUIMBAYA	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE QUIMBAYA	10	3	2	0	0	0	0	0	0
SALENTO	ESE HOSPITALSAN VICENTE DE PAUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FILANDIA	HOSPITAL MENTAL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	73
ARMENIA	INSTITUTO SALUD MENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	135
PIJAO	HOSPITAL SANTA ANA	4	1	1	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>554</b>	<b>82</b>	<b>67</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>45</b>	<b>215</b>

La Red de Prestación de servicios en el Departamento del Quindío, concentra la alta complejidad en la capital Armenia, en donde encontramos la ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios institución de tercer nivel de complejidad que cuenta con un total de 276 camas de las cuales 14 de ellas son de cuidado intensivo, 4 de cuidado intermedio adultos y las demás se distribuyen en los servicios de MI, Pediatría, Obstétricas, cuidado intensivo e intermedio neonatal y Psiquiatría. En Armenia también



encontramos las IPS privadas con capacidad instalada de cuidados intensivos con un total de 31 camas así: Clínica Dumían Medical SAS (8 camas), Clínica Central del Quindío (10 camas), Clínica La Sagrada Familia (8 camas) y Oncólogos del Occidente (5 camas). Al momento de inicio de la Pandemia por COVID -19 la red de Servicios del Departamento del Quindío cuenta con una capacidad de 45 camas de UCI adultos y 20 camas de cuidado intermedio. En la red de mediana y alta complejidad se tiene un total de 462 camas de hospitalización adultos. La mediana complejidad del Departamento se encuentra en Calarcá con la ESE Hospital la Misericordia que cuenta con 37 camas de hospitalización adultos.

59

En cada municipio del departamento incluyendo Armenia, encontramos una ESE de baja complejidad, con capacidad para apoyar el proceso de atención de pacientes diagnosticados con COVID – 19 no complicados. Esta capacidad instalada asciende a un total de 55 camas habilitadas. En total el Departamento del Quindío cuenta con 554 camas de hospitalización adultos habilitadas para la atención inicial de los pacientes COVID – 19 y 45 camas de UCI adultos para la atención de pacientes que se compliquen y requieran de esta internación especial. Teniendo en cuenta que, de acuerdo con los estimados de contagio, esta capacidad resulta insuficiente, se ha generado un plan para la posible expansión en la Red de Servicios del Departamento, fortaleciendo tanto la red pública como la privada, como se muestra en el siguiente cuadro:

Tabla 30. Posible Expansión de la capacidad hospitalaria especializada Quindío 2020

POSIBLE EXPANSION DE LA CAPACIDAD HOSPITALARIA ESPECIALIZADA					
MUNICIPIO	IPS	UCI	CUIDADO INTERMEDIOS	HOSPITALIZ	OBSERVACION URGENCIAS
ARMENIA	CLINICA DEL CAFE DUMIAN MEDICAL	7	0	14	0
ARMENIA	CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO SAS	4	0	14	0
ARMENIA	CLINICA LA SAGRADA FAMILIA SAS	13	0	10	
ARMENIA	ONCOLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.	0	0	17	0
ARMENIA	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL UNIVERSITARIO DEL QUINDIO SAN JUAN DE DIOS	29	32	17	25
ARMENIA	REDSALUD ARMENIA ESE	0	0	30	21
CALARCA	ESE HOSPITAL LA MISERICORDIA	4	20	20	
CIRCASIA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			20	28
FILANDIA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			3	
GÉNOVA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL			8	
LA TEBAIDA	ESE HOSPITAL PIO X			6	
MONTENEGRO	HOSPITAL ROBERTO QUINTERO VILLA ESE MONTENEGRO			4	
PIJAO	HOSPITAL SANTA ANA DE PIJAO QUINDIO E.S.E.			1	
QUIMBAYA	ESE HOSPITAL SAGRADO CORAZON DE JESUS DE QUIMBAYA			10	

CORDOBA	ESE HOSPITAL SAN ROQUE DE CORDOBA			5	
SALENTO V/DA S. J. DE CAROLINA	HOSPITAL MENTAL DE FILANDIA SEDE SAN JUAN BOSCO			70	
<b>TOTAL</b>		<b>57</b>	<b>52</b>	<b>249</b>	<b>74</b>

Se espera la ampliación de: 57 camas de UCI adulto, 52 camas de cuidado intermedio y 249 camas de hospitalización general adulto Y 74 de urgencia, situación que duplicaría la oferta actual.

