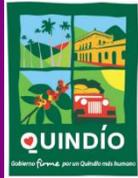




ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD

DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2016



**SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO**



CARLOS EDUARDO OSORIO BURITICA

Gobernador Del Quindío

CESAR AUGUSTO RINCON ZULUAGA

Secretario De Salud Departamental

NEBIO JAIRO LONDOÑO BUITRAGO

Director De Prevención, Vigilancia y Control De Factores De Riesgo

ANA CECILIA LOPEZ VIDAL

P.E. Dependencia Vigilancia De Eventos De Interés En Salud Pública

DIRECCION GENERAL:

NEBIO JAIRO LONDOÑO BUITRAGO

Director Prevención, Vigilancia y Control de Factores de Riesgo

DIRECCION TECNICA:

ANA CECILIA LOPEZ VIDAL

Profesional Especializada Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

ASESORA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

LUZ STELLA RIOS MARIN

Grupo Planeación en Salud Pública – Dirección de Epidemiología y Demografía

DISEÑO Y ELABORACION:

SALUDPLUS

Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

NIT. 900207595-5

2016

SIGLAS ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CRQ: Corporación Regional Autónoma del Quindío

CIE - 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

INS: Instituto Nacional de Salud

INVIAS: Instituto Nacional de Vías

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

MEF: Mujeres en edad fértil

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SISBEN: Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano Haga clic aquí para escribir texto.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	17
INTRODUCCIÓN	18
METODOLOGÍA	20
1 CAPITULO I. TERRITORIO Y DEMOGRAFIA	23
1.1 EL TERRITORIO DEPARTAMENTAL.....	23
1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO	35
1.3 ZONAS DE RIESGO.....	49
CONCLUSIONES	53
2 CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	57
2.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS	57
2.1.1 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS	62
2.1.2 TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD	69
2.1.3 MORTALIDAD AJUSTADA POR SUBGRUPOS DE CAUSAS POR SEXO.....	74
2.1.4 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP	84
2.1.5 TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)	87
2.1.6 TASA DE AVPP AJUSTADA SEGUN SEXO Y POR GRANDES CAUSAS	88
2.1.1.1 SEMAFORIZACIÓN POR MORTALIDAD.....	91
2.2 MORTALIDAD ESPECIAL.....	92
2.2.1 MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ.....	92
2.2.2 MORTALIDAD POR CAUSAS SEGÚN LA LISTA 6/67 EN MENORES DE 1 AÑO Y ENTRE 1 A 5 AÑOS.....	97
2.2.3 MORTALIDAD MATERNA	102
2.2.4 ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	103
2.3 DETERMINANTES DE SALUD INTERMEDIARIOS EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ	104
2.4 DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.	106
2.5 IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES IDENTIFICADAS POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO -INFANTIL.....	107
2.6 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA.	108

2.7	MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)	142
2.8	ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, 2009 A 2014.	152
	CONCLUSIONES	159
3	CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – DSS ...	163
3.1	ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	163
3.2	CONDICIONES DE VIDA.....	163
3.3	INFORMACIÓN DISPONIBLE A NIVEL DEPARTAMENTAL *	164
3.4	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	165
3.5	CONDICIONES DE TRABAJO	166
3.6	CONDICIONES Y FACTORES PSICOLÓGICOS - CULTURALES	166
3.7	SISTEMA SANITARIO	168
3.8	ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.....	170
3.9	ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD	175
3.10	POBREZA.	175
3.11	COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN	177
3.12	POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA.....	179
3.13	TASA DE DESEMPLEO	179
3.14	ETNIA	181
4	CAPÍTULO IV: PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD	182
4.1	RECONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES EFECTOS DE SALUD IDENTIFICADOS PREVIAMENTE	182
4.2	PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.....	182
4.3	ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD – INS.....	183
5	RECOMENDACIONES TECNICAS CON BASE EN EL ANALISIS SITUACION DE SALUD – ASIS, QUINDIO / 2016.....	184
5.1	CONSIDERACION TECNICAS RELACIONADAS CON LA MORBILIDAD ATENDIDA.	191

LISTA DE TABLA

Tabla 1: Municipios departamento Quindío por extensión territorial y área de residencia (a), 2015	25
Tabla 2: Cuenca hidrográfica Quindío, ríos tributarios, 2013	27
Tabla 3: Variación mensual del caudal otras fuentes hídricas del departamento del Quindío, años 2014 y 2015.....	28
Tabla 4: Altura media sobre el nivel del mar, municipios, Quindío 2013,	31
Tabla 5: Temperatura, humedad, precipitación municipios Quindío, 2012.	31
Tabla 6: Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío.....	33
Tabla 7: Total kilómetros de vías por tipo, departamento Quindío, 2015.....	34
Tabla 8: Total pasajeros aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2015.....	34
Tabla 9: Población total y por área de residencia, departamento Quindío, 2015.....	35
Tabla 10: Crecimiento poblacional años 2005 - 2020, departamento Quindío	37
Tabla 11: Áreas municipales (urbanas y rurales) y densidad poblacional departamento Quindío, 2015.....	38
Tabla 12: Total viviendas, personas en viviendas, personas totales y personas por vivienda, departamento Quindío. 2005.	39
Tabla 13: Resultados Encuesta Calidad de Vida, región Central, Colombia 2015.....	39
Tabla 14: Total tipos de vivienda, departamento Quindío 2005.	40
Tabla 15: Porcentaje de hogares (vivienda) municipales con privación, departamento Quindío 2005.....	41
Tabla 16: Población por pertenencia étnica, departamento Quindío, 2005	41
Tabla 17: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2015 y 2020.....	42
Tabla 18: Indicadores de estructura demográfica en el departamento, (porcentaje), departamento, Quindío 2005 a 2020.....	45
Tabla 19: Dinámica demográfica estimada, departamento Quindío, 2010 a 2015.	46
Tabla 20: Porcentaje poblacional víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, departamento Quindío 2015.....	48
Tabla 21: Numero y porcentaje de viviendas con algún tipo de riesgo natural, por estrato y zonas, departamento, Quindío, 2012.....	50
Tabla 22: Nivel de vulnerabilidad municipal, departamento Quindío, 2014.	51
Tabla 23: Total de muertes ocurridas, agrupadas por la lista 6/67 OPS, departamento Quindío 2005 al 2013.....	58

Tabla 24: Tasas Brutas de Mortalidad por Grandes Causas, departamento Quindío, 2005 al 2013 (tasas por 100.000 habitantes).....	58
Tabla 25: Total tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013.....	60
Tabla 26: Total tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013	60
Tabla 27: Total tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013	61
Tabla 28: Total tasas específicas por afecciones periodo perinatal, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013.....	61
Tabla 29: Tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013	61
Tabla 30: Tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013	62
Tabla 31: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2013.....	62
Tabla 32: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 Enfermedades Transmisibles, departamento Quindío, 2005 a 2013	63
Tabla 33: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas neoplasias, departamento Quindío, 2005 a 2013.....	64
Tabla 34: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas circulatorias, departamento Quindío 2005 a 2013.....	66
Tabla 35: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas afecciones perinatales, Departamento Quindío, 2005 a 2013.	66
Tabla 36: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas externas, departamento Quindío, 2005 a 2013.....	67
Tabla 37: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según otras causas de enfermedades, departamento Quindío, 2005 a 2013.....	68
Tabla 38: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según Signos, síntomas y afecciones mal definidas, departamento Quindío, 2005 a 2013	69
Tabla 39: Total AVPP en hombres, mujeres y total por las Grandes Causas, Quindío. 2005 al 2013	84
Tabla 40: Tasa ajustadas de AVPP por grandes causas lista OPS 6/67, departamento Quindío 2005 – 2013.....	88
Tabla 41: Tasa ajustadas de AVPP por grandes causas y por sexo, departamento Quindío 2005 – 2013.....	89
Tabla 42: Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Quindío, 2005-2013	91
Tabla 43: Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2013 ...	93
Tabla 44: Tasa de mortalidad Neonatal, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2009 a 2013.....	94

Tabla 45: Tasas específicas de mortalidad Infantil, según la lista de 67 causas y causa específicas, departamento, Quindío, 2005 – 2013.....	99
Tabla 46: Semaforización tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento, Quindío 2005 – 2013.....	104
Tabla 47: Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI en el Quindío, 2011.....	104
Tabla 48: Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, Quindío, 2012 – 2013.....	106
Tabla 49: Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, Quindío, 2012/2013.	107
Tabla 50: Identificación de prioridades en salud, departamento del Quindío	107
Tabla 51: Treinta primeras causas de consulta según 298 causas, Quindío 2014	109
Tabla 52: Primeras motivos de consulta por urgencia, por sexo, Quindío 2014.	110
Tabla 53: Principales motivos de egreso hospitalario, Quindío 2014.....	111
Tabla 54: Comparativo de la demanda de servicios Colombia / Departamento del Quindío, 2014	112
Tabla 55: Análisis de riesgo del grupo uno, Quindío 2015.....	113
Tabla 56: Análisis de riesgo del grupo dos, Quindío 2015	114
Tabla 57: Total porcentual de causas de morbilidad en personas según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014.....	115
Tabla 58: Total porcentual de causas de morbilidad en personas, hombres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014.....	116
Tabla 59: Total porcentual de causas de morbilidad en personas, mujeres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014.....	118
Tabla 60: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas en el Grupo de 0 a 4 años, Quindío, 2014.....	120
Tabla 61: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 5 a 14 años, Quindío 2014.....	121
Tabla 62: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 15 a 44 años, Quindío 2014.....	122
Tabla 63: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 45 a 59 años, Quindío 2014.....	123
Tabla 64: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 60 y más años, Quindío 2014.....	124
Tabla 65: Total personas atendidas primera infancia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014....	125
Tabla 66: Total personas atendidas infancia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014.....	125
Tabla 67: Total personas atendidas adolescencia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014	126

Tabla 68: Total personas atendidas en la juventud, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014	126
Tabla 69: Total personas atendidas adultez, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014	127
Tabla 70: Total atenciones por ciclo de vida, Quindío 2009 – 2014.	128
Tabla 71: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2014.	128
Tabla 72: Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Quindío 2009 – 2014	130
Tabla 73: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Quindío 2009 – 2014	131
Tabla 74: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la infancia, Quindío 2009 – 2014.....	132
Tabla 75: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Quindío 2009 – 2014.....	133
Tabla 76: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Quindío 2009 – 2014.....	134
Tabla 77: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Quindío 2009 – 2014.....	135
Tabla 78: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años Quindío 2009 – 2014	136
Tabla 79: Morbilidad específica por las lesiones, Quindío 2009 – 2014	137
Tabla 80: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008-2014	140
Tabla 81: Eventos precursores del departamento, Quindío, 2009 -2014.....	141
Tabla 82: Cinco primeros eventos de notificación – Departamento, Quindío (2011 – 2015).	142
Tabla 83: Eventos de vigilancia en salud pública, departamento Quindío 2011 – 2015	143
Tabla 84: Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del departamento Quindío, 2007 – 2014.....	148
Tabla 85: Total de personas por alteraciones permanentes del departamento del Quindío, 2009-2014.....	153
Tabla 86: Alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del Quindío, 2014	154
Tabla 87: Alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Quindío, 2014	154
Tabla 88: Histórico de registro de personas en condiciones de discapacidad en Quindío a noviembre de 2015.	155
Tabla 89: Porcentaje de ingreso de tipos de discapacidad por año en Quindío, a noviembre de 2015.....	156
Tabla 90: Determinantes intermedios en Quindío y Colombia, 2013.....	164

Tabla 91. Determinantes intermedios de la salud - Seguridad Alimentaria y Nutricional del Quindío, 2014.....	166
Tabla 92: Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales del Quindío....	167
Tabla 93: Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento	169
Tabla 94: Porcentaje de población sin aseguramiento y con barreras de acceso a los servicios de salud, por IPM, departamento y municipios Quindío, 2005.	170
Tabla 95: Total de servicios habilitados por grupos de servicios, departamento Quindío, 2015	171
Tabla 96: Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud, departamento Quindío, 2015.....	171
Tabla 97: Capacidad Instalada, total y cobertura tasa por 1.000 habitantes, departamento Quindío. 2015.....	174
Tabla 98: Otros indicadores de ingreso socio económicos, Quindío 2005 – 2014	176
Tabla 99: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2013.....	177
Tabla 100: Condiciones de la cobertura educativa por el IMP proyección DNP departamento, Quindío, 2005.....	178
Tabla 101: Condiciones laborales, según el IPM en el Quindío, por municipio	180
Tabla 102. Priorización de los problemas de salud del Quindío, 2015	182
Tabla 103: Indicadores de los Índices de necesidades en salud, Quindío, 2013.....	183
Tabla 104: Índice de Necesidades en Salud del departamento, 2015	184

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1: Pirámide Poblacional 2005 – 2020, departamento. Quindío.....	42
Figura 2: Volumen de la población por ciclo vital, departamento Quindío 2005, 2015 y 2020	43
Figura 3: Población por sexo y grupo de edad y razón Hombre mujer (H/M), departamento Quindío, 2015.....	44
Figura 4: Dinámica demográfica de la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de mortalidad, departamento Quindío, 1985 al 2010.	47
Figura 5: Esperanza de vida al nacer total y por sexo, departamento Quindío, 1985 – 2020	47
Figura 6: Tasa neta de migración, departamento de Quindío, 1985 a 2020.	48
Figura 7: Comportamiento de la tasa bruta de mortalidad por grandes causas departamento, Quindío, 2005 a 2013.	59
Figura 8: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por enfermedades infecciosas, departamento Quindío 2005 a 2013.	63
Figura 9: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Neoplasias, departamento Quindío 2005 a 2013.....	64
Figura 10: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, departamento Quindío 2005 a 2013.....	65
Figura 11: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, Quindío 2005 a 2013	66
Figura 12: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Causas Externas, Quindío 2005 a 2013.....	67
Figura 13: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por otras causas diversas, departamento Quindío 2005 a 2013	68
Figura 14: Tasa de mortalidad ajustada (estándar) por edad, departamento Quindío, 2005 – 2013	71
Figura 15: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres departamento Quindío, 2005 – 2013.....	71
Figura 16: Tasa de mortalidad ajustada por edad, mujeres del departamento Quindío, 2005 – 2013.....	72
Figura 17: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades Transmisibles en hombres, Quindío 2005 – 2013	75
Figura 18: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades transmisibles en mujeres, Quindío, 2005 – 2013	75
Figura 19: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Quindío, 2005 – 2013.....	77
Figura 20: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Quindío, 2005 – 2013.....	77

Figura 21: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Quindío, 2005 – 2013	78
Figura 22: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Quindío, 2005 – 2013	79
Figura 23: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Quindío, 2005 – 2013	80
Figura 24: Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres, Quindío, 2005 – 2013.	80
Figura 25: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en hombres, Quindío, 2005 – 2013.....	81
Figura 26: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en mujeres, Quindío, 2005 – 2013.....	82
Figura 27: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en hombres, Quindío 2005 – 2013.....	83
Figura 28: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en mujeres, Quindío 2005 – 2013.....	84
Figura 29: Total de AVPP años todas las causas. Quindío 2005 a 2013	85
Figura 30: AVPP por grandes causas, lista 6/67 de la OPS, Quindío, 2005 – 2013.....	85
Figura 31: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en hombres, Quindío, 2005 – 2013	86
Figura 32: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en mujeres, Quindío, 2005 – 2013.....	87
Figura 33. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67, Quindío, 2005 – 2013.....	88
Figura 34: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Quindío, 2005 – 2013.....	90
Figura 35: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado, mujeres del Quindío, 2005 – 2013	91
Figura 36: Tasa de mortalidad infantil Ajustada, Quindío, 2005- 2013	93
Figura 37: Tasa de mortalidad neonatal, Quindío, 2005- 2013.....	94
Figura 38: Tasa de mortalidad en la niñez, Quindío, 2005- 2013	95
Figura 39: Tasa de mortalidad por EDA, Quindío, 2005- 2013.....	96
Figura 40: Tasa de mortalidad por IRA, Quindío, 2005- 2013	96
Figura 41: Tasa de mortalidad por desnutrición, Quindío, 2005- 2013.	97
Figura 42: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2013.....	103
Figura 43: Tasa de mortalidad infantil por NBI en el Quindío, 2011.....	106
Figura 44: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2013.	107
Figura 45: Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento Quindío, 2014.....	141

Figura 46: Tendencia de notificación al SIVIGILA, departamento Quindío 2007 a 2015.	145
Figura 47: Tendencia de las tasa de incidencia de ENO, SIVIGILA, departamento, Quindío 2011 – 2015.....	147
Figura 48: Pirámide de la condición de discapacidad en Quindío a 2014.....	152
Figura 49: Urbanismo, Bajo Peso al Nacer y Sífilis Congénita, a través del Índice de Concentración...	165
Figura 50: NBI, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración.....	177
Figura 51: Condiciones de la cobertura educativa del Quindío, por el IMP, proyección 2005 DNP.....	178
Figura 52: Analfabetismo, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración.....	179
Figura 53: Población económicamente activa departamento Quindío, 2001 -2007	179
Figura 54: Población económicamente activa departamento y Colombia, 2001 -2007	180
Figura 55: Empleo informal, trabajo infantil y dependencia económica, Quindío.	181

LISTAS DE MAPAS:

Mapa 1: Departamento Quindío en Colombia..... 24

Mapa 2: División política administrativa y límites, Departamento Quindío 2013..... 26

Mapa 3: Subcuenta del Río Quindío..... 30

Mapa 4. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, departamento, Quindío, 2013. 30

Mapa 5: Vías y Aeropuerto de Departamento Quindío 2013. 34

Mapa 6: Porcentaje de Urbanización/Ruralización de la población departamento Quindío, 2013. 37

Mapa 7: Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento Quindío, 2013 38

Mapa 8: Distribución de los municipios según volumen de viviendas, departamento Quindío, 2005..... 40

Mapa 9: Susceptibilidad de incendios forestales recalculada incluyendo los niveles de ocurrencias históricas Quindío 2011. 51

PRESENTACIÓN

La Política de Atención Integral en Salud - PAIS, junto con el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituyen el marco nacional de la atención en salud para Colombia; tales directrices las entidades territoriales (Departamentales y Municipales) deben adoptar y adaptar para sus planes de salud con las orientaciones allí plasmadas. Uno de los pilares fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP) es el Análisis de Situación de Salud - ASIS, para lo cual, el Ministerio de Salud y Protección Social elabora y actualiza, tanto la guía conceptual y metodológica bajo el enfoque del modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y los datos e información que lo sustentan, dando respuesta a las obligaciones e intervenciones que plantea la Ley 1751 de 2015, haciendo de la planeación y de la información accesible a todos.

A partir de la guía conceptual y metodológica, sus anexos y las plantillas sistematizadas de datos, que se han constituido el material básico para la elaboración del ASIS, se estandariza un proceso de manejo de los datos que permita a las entidades territoriales, desde lo básico en la atención, que es el donde vive el individuo, se materialice una acción pública de atención de forma coordinada, asertiva y centrada en las personas, plasmado en un plan de atención tanto colectivo como individual, integral, para construir un desarrollo en salud digno de los habitantes del territorio.

Con las estructuradas antes descritas, realizamos el ASIS en tres apartados temáticos así:

- Caracterización del territorio y demográfico.
- La situación de la salud y sus determinantes.
- Priorización sobre los determinantes de la salud.

El ASIS y sus estructuras de procedimiento (anexos, plantilla) es un material de primera mano y de consulta, tanto de tipo programático como académico para los agentes del sistema de salud del departamento y sus municipios; es el eje de programación en los ejercicios de planeación de las atenciones en salud, en y para la población, autónoma de su derecho a la salud y como gestora de su autocuidado; para investigadores, la academia y todos aquellos actores del sector salud residentes en el territorio, interesados en re-conocer el estado de salud de su población y la forma más práctica de intervenir los efectos adversos en el bienestar en la comunidad.

Un plan de salud obliga buscar disminuir las desigualdades en atención en salud, a favorecer que las poblaciones que están rezagadas en el desarrollo de la atención, aseguramiento y acceso, los logren; que dicho plan organizado por el Estado, articula las acciones que benefician al ciudadano a sus familias y a su colectividad.

INTRODUCCIÓN

Desde ahora y por las próximas cuatro administraciones departamentales y municipales, los esfuerzos deberán concentrarse en el aporte que hará el departamento del Quindío al bienestar de la humanidad, para ofrecer a las nuevas generaciones la oportunidad de construir un departamento incluyente, equitativo y cordial¹.

Metodológicamente el Análisis de Situación de Salud – ASIS, como importante instrumento de provisión de información, su utilidad radica en el origen de los datos que lo alimentan, procedentes estos de los determinantes de la salud y del bienestar; esta información posibilita la gobernanza, entendida “...al Arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”², por tanto como la acción de distribuir en los técnicos y en líderes de las comunidades la toma de decisiones, que sean integrales, entendidas en salud y de los diversos sectores que actúan e interactúan en el desarrollo de los Municipios y de un Departamento en su conjunto, como el nuestro.

Un ASIS debe recurrir a múltiples fuentes de información, que en su diversidad y desarrollo, requiere adaptaciones de tipo técnico como analítico; esta información, alguna son temporalizadas al momento analítico y otras son atemporales, por lo que su interpretación se hará al contexto de los tiempo del inicio del dato y algunos de los datos e informes, provienen de sectores, que de manera directa o indirecta intervienen en la garantía del derecho fundamental a la salud, tal como lo estima la Ley Estatutaria de Salud³; entonces es importante la participación y la movilización de diversos actores sociales, donde además, se evidencia la articulación de los esfuerzos sectoriales (salud) obligados y delegados y de otros participantes a través de la concertación intersectorial.

Para la PAIS, inserta en el plan de desarrollo de salud del país, es fundamental que los gobiernos locales integren los elementos claves de la Circular 15 de 2016 que menciona el Modelo Integral de Atención en salud (MIAS). El modelo integra el dimensionamiento de la demanda, la definición de la capacidad del territorial para ofertar servicios de salud, la articulación de los planes de atención del sistema de seguridad social en salud (SGSSS), la forma coordinada que debe trabajar los agentes del sistema de salud *pro homonime*, como de las acciones obligadas y delegadas por el estado en los actores públicos y privados en procura de bienestar, entre muchas acciones en salud; el ASIS es todo esto y muchos más.

Esta dimensión de necesidades y problemas poblacionales tienen que integrarse en diversos contextos: territorial, geográfico, histórico, demográfico, social-económico, epidemiológico, como de gestión en diversos ámbitos, para orientar intervenciones focalizadas, realizar evaluaciones efectivas y determinar el impacto logrado en la salud de los Municipios y Departamento.

Las instituciones gubernamentales que tienen que ver con desarrollo de los procesos que rigen la vida de los seres humanos, necesitan de estrategias metodológicas que les permitan conocer y

¹ Plan de Desarrollo del Quindío 2016 - 2019

² <http://www.institut-gouvernance.org/es/analyse/fiche-analyse-236.html#ref:1>

³ Congreso de la Republica, Ley 1751 de 2015.

comprender la forma como las comunidades están conformadas y organizadas y cómo acceden y obtienen los llamados componentes del bienestar; alimento, vestido o equipamiento básico, vivienda, trabajo, educación, transporte, comunicaciones, seguridad, energía, ecosistema y salud.

El planteamiento anterior hace necesario un instrumento metodológico, que mediante procesos estadísticos y analíticos, permita procesar la información surtida por los diferentes sectores y construir una batería de indicadores para una comprensión clara y universal de la situación de salud de una región específica.

El análisis de situación de salud – ASIS conduce ordenada y sistemáticamente a conocer la morbilidad y-mortalidad de la población del departamento del Quindío, en concordancia con los enfoques de población, de derechos y diferencial. Así mismo, concreta una vía clara en la toma de decisiones para los planes de desarrollo municipales y el departamental y la consolidación de estrategias de trabajo para la modificación de los problemas del desarrollo social que impactan la variación de los fenómenos enfermedad y muerte.

Nuestro gobierno se propone “...impulsar la construcción de la paz en el Quindío...”*“En Defensa del Bien Común”*, los actos de gobierno “...confluyen... con amor y fortaleza a lo que, en la visión... construida participativamente, la ciudadanía denominó Quindío Territorio Verde”⁴ para el disfrute y la felicidad.

La participación de diversos actores de la comunidad y de personal técnico-científico, ha enriquecido la discusión y el resultado de este trabajo que cumple ya su segundo ciclo anual, siendo por tanto, muy importante los aportes al momento de identificar prioridades y definir los diferentes criterios técnicos de mayor impacto, por tanto importante mencionar que el afán del sistema de salud es disminuir las inequidades, definidas que *“Las inequidades en salud son las diferencias injustas en el estado de salud de las personas de diferentes grupos sociales que generan desventaja, discriminación y limitan el acceso a servicios de salud”*; en tal sentido lo que se propone el análisis, es encontrar las brechas que generan las desigualdades producto de los determinantes sociales de la salud.

Este documento coloca a disposición de los líderes del departamento y de los tomadores de decisiones del sector salud, un escenario integral respecto de la situación de salud de las personas que habitamos y disfrutamos de la vida en el Departamento del Quindío.

⁴ Plan de Desarrollo el Quindío 2016 - 2019

METODOLOGÍA

Para la construcción del ASIS del Departamento del Quindío se utilizó la guía metodológica dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se desarrolla además, el alcance que debe tener el trabajo en el aporte al desarrollo de la salud pública de las comunidades.

Parte de ejercicios netamente cuantitativos y en el análisis se utilizan múltiples fuentes de datos que en gran parte, se han incorporado al Sistema de Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), que bajo el concepto de integración y estructura organizacional del Estado, procesa y consolida la información del Sistema General de la Protección Social (SGPS) e incluye el conjunto de normas, instrumentos y flujos de datos que rigen el comportamiento del sector en términos de deberes y derechos de los agentes, organismos de dirección y administración del SGPS, diseño de los procesos tecnológicos básicos, estandarización y normalización del registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información, dentro del contexto del Sistema.

El SISPRO, resume la operación técnica de los diferentes sistemas de información que comprenden los cuatro ejes misionales de la protección social, como son: i) aseguramiento, ii) financiamiento, iii) oferta y demanda y iv) uso de servicios, integrados estos bajo la metodología sistemática de gestión de datos a través de bodega de datos, en las cuales se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes, con la consolidación y disposición de la información a los usuarios del sistema de salud como a la población en general ⁵.

Este SISPRO integra información de estas fuentes:

- DANE: Censo Nacional de población y vivienda de 2005
- DENE: Estadísticas de mortalidad y natalidad nacional de 2013
- Ministerio de Salud y Protección Social: Atenciones en salud 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social: registro de población con Discapacidad a 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Sistema de registro de vacunación PAI de 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Base Única De Afiliados a 2015.
- Instituto Nacional de Salud: Sistema de Vigilancia de la Salud Pública - SIVIGILA de 2015.
- Registro de Víctimas de la Violencia
- Cuenta de alto costo

El ASIS incluyen demás informes de otras fuentes no integradas como:

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)
- Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN)

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos SISPRO

- Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC), Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB)
- Estudio Nacional de Salud Mental
- Encuestas Anuales de Calidad de Vida
- Encuesta Nacional de Salud (ENS 2007)

Dicha información brindó la posibilidad de realizar los análisis dispuestos, integrando también información del contexto departamental, informes y datos realizados por las autoridades locales y algunos con información desde los municipios; con estos insumos se construyeron los capítulos, con información tabulada y mapificada y los que se detallan:

En el Capítulo I de Territorio y demografía, comprende información descriptiva de la localización del Departamento en el País, con aspectos geográficos accesibilidad, zonas de riesgo y vulnerabilidad.

Los aspectos demográficos describe población y estructura por grupos de edad, ciclo vital, y su desagregación municipal, urbanización, concentración, aspectos de viviendas, servicios y sus coberturas; la dinámica de la población con indicadores específicos que incluyen la esperanza de vida al nacer, fecundidad y natalidad, mortalidad esperada, migración y aspectos relacionados con movilidad forzada.

En el capítulo II de abordaje de los efectos de salud y sus determinantes, incluye análisis de la mortalidad, que se muestra de forma general y por causas, con sus respectivas tasas generales de mortalidad; se realizan cálculos de tasas específicas de mortalidad que lleva al análisis de las tasas específicas de mortalidad ajustadas.

Este capítulo lleva un análisis de mortalidad prematura basado en los años de vida potencialmente perdidos, como aproximación a una determinación de la carga de enfermedad y los análisis de mortalidad materno-infantil y en la niñez.

Se concreta el manejo de la información de mortalidad y su calificación de riesgo con un ejercicio de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, según se comporte el dato de la tasa dentro de los intervalos de confianza y se relación con el 1: si el dato resultado está por debajo del 1, se considera de no riesgo y adquiere un color verde, si el dato es igual a uno, adquiere el color amarillo, si el dato es superior a uno el color será rojo, o de riesgo.

El análisis de las desigualdades de la mortalidad por NBI, incluye mediciones como el cociente de tasas, diferencias de tasas y el riesgo atribuible poblacional. Estas llevan la consideración metodológica del orden de presentación de los datos y determina las magnitudes de las diferencias entre grupos de comparación; estas diferencias, estando las poblaciones en igualdad de condiciones, refiere a las inequidades en salud, o sea, las condiciones variables injustas, generalmente afectado a poblaciones con limitaciones de acceso a los servicios de salud y de privación económica; un elemento analítico importante incluido es la determinación del coeficiente de Gini, definido como la perfecta igual aquel valor más cercano a uno. Dentro de las valoraciones de riesgo epidemiológico se aplica el concepto de riesgo atribuible poblacional, que nos indicaría el porcentaje del

riesgo de la población si no tuviera la exposición determinante, porcentaje que se expresa en esfuerzos para intervenirlo.

En el capítulo III de Morbilidad, se determina la enfermedad atendida con una comparación global nacional y se hace un análisis por ciclo vital de causas; el análisis de morbilidad de alto costo se lleva por algunos acercamientos a determinar las prevalencias e incidencias, con la de los eventos precursores (diabetes e hipertensión); en el capítulo de las enfermedades de notificación obligatoria ENO, se calculan sus medidas epidemiológicas básicas para determinar el comportamiento de estas morbilidades.

En el capítulo IV, se presenta indicadores relacionados con los determinantes estructurales de las inequidades en salud, donde se incluyen, aspectos de pobreza, ingreso per cápita, condiciones socioeconómicas, coberturas educativas, condiciones laborales, etnia y del componente sanitario e infraestructura de salud como determinantes intermedios que incluyen aspectos de aseguramiento e infraestructura sanitaria, principalmente según capacidad instalada siguiendo los lineamientos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

El último capítulo 5, relacionado con la priorización de problemas de salud y el índice de necesidades en salud INS, se resalta el acuerdo técnico desde la oficina de epidemiología de la Secretaría Departamental de Salud, que con base en la información dispuesta por este ASIS y con criterios de magnitud, severidad, posibilidad de intervención, se listaron los principales problemas de salud según dimensiones para el cálculo del INS del Departamento.

1 CAPITULO I. TERRITORIO Y DEMOGRAFIA

1.1 EL TERRITORIO DEPARTAMENTAL

1.1.1 LOCALIZACIÓN EN EL PAÍS

Quindío se localiza en el centro occidente del País, departamento que fue formalizado en 1966 del grupo social productivo “*el gran caldas*” o “*el viejo caldas*”, que por la fuerza de la economía del café, de la cual es el orgullo nacional, se consolidaron tres ejes fundamentales de desarrollo definido “*el eje cafetero*”, como se les define, en el argot nacional, a los departamentos de Quindío, Risaralda y Caldas departamentos cafeteros por excelencia, el cual nuestro departamento se halla localizado en la geografía nacional entre los 4º04’41” y 4º43’18” de latitud norte y entre -75º23’41” y -75º53’56” de longitud oeste; se encuentra rodeado por el departamento del Valle del Cauca (por norte, sur y oeste) y por el departamento del Tolima (sur y oeste); también limita con Risaralda por el norte ⁶.

El Quindío ha sido *TIERRA DE PROMISIÓN* desde los “*colonos*” y sus familias, provenientes de los diversos rincones del territorio nacional y en especial de lo que se llamó la “*colonización antioqueña*”, personas quienes fundaron “*nuestros pueblos*” lo que son hoy 12 municipios y 4 corregimientos y numerosos caseríos y sitios poblados en la segunda mitad del siglo XIX y primera del XX así (Mapa 1):

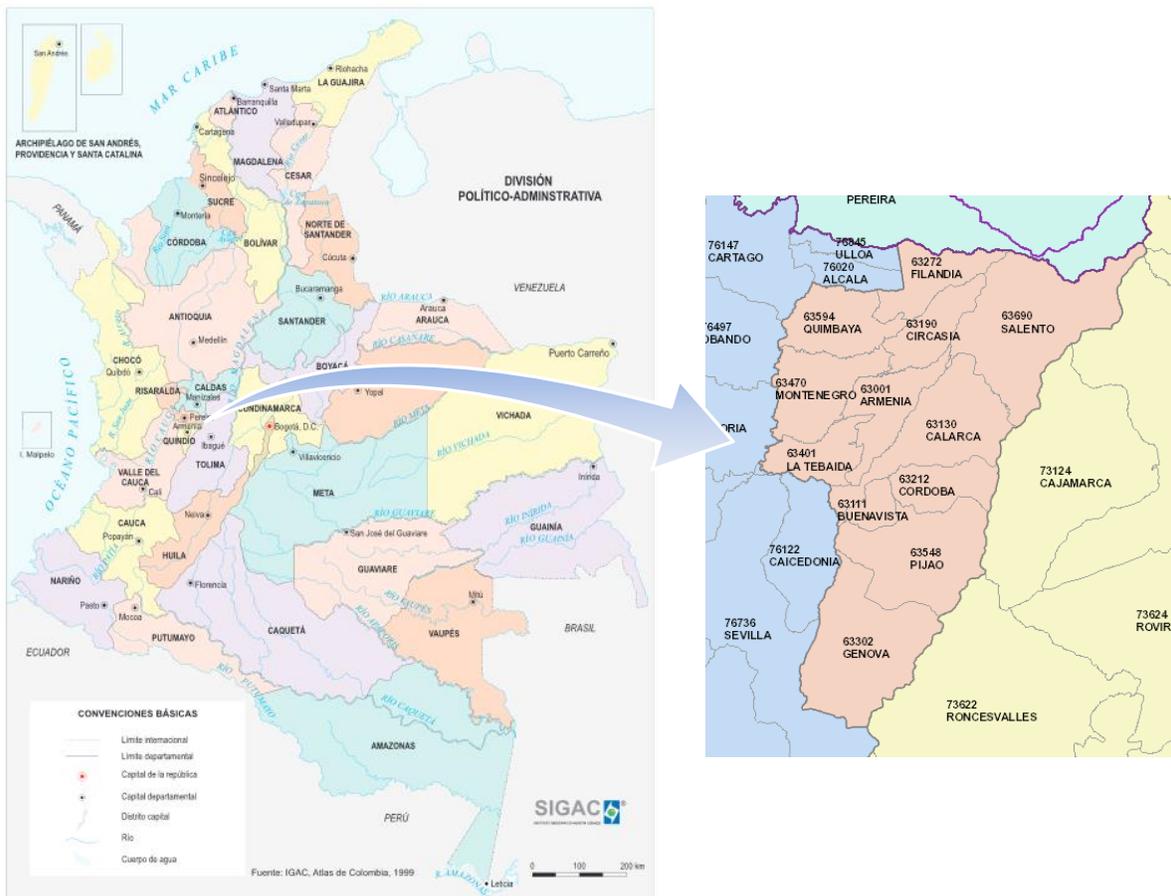
- SALENTO, Padre de los Municipios Quindianos, el 5 de enero de 1842
- FILANDIA, La Colina Iluminada del Quindío, el 20 de agosto de 1878
- CIRCASIA, Tierra de Hombres y Mujeres Libres, el 10 de agosto de 1884
- CALARCÁ. La Villa del Cacique, el 29 de junio 1886
- ARMENIA, Ciudad Milagro de Colombia, el 14 de octubre de 1889
- MONTENEGRO; La Villa del Quindío, el 19 de octubre de 1890
- PIJAO, El Pueblo más lindo del Quindío, el 15 de mayo de 1902
- GÉNOVA, Pueblito Paisa del Quindío, el 12 de octubre de 1903
- CÓRDOBA, Arrullo de Guaduales, el 01 de noviembre de 1912
- QUIMBAYA, Velas y Faroles, el 1 de Agosto de 1914
- LA TEBAIDA, Edén Tropical del Quindío, el 14 de agosto de 1916, y
- BUENAVISTA, El Mirador del Quindío, el 4 de marzo de 1934.

En el *CORAZÓN VERDE DE COLOMBIA* que por su ubicación se le denomina el triángulo de oro de Colombia, ya que se encuentra geoestratégicamente en un lugar importante del país para la movilidad nacional ⁷, se ha trabajado con ahínco desde la arriería campesina; es y ha sido la

⁶ Plan de Desarrollo del Quindío. 2016 – 2019; IGAC.

⁷ Idem

conjunción del soporte fundamental de negocios florecientes, como de una rica variedad de recursos naturales; la fértil hoya hidrográfica, la de una industria sin contaminación, la de variados pisos térmicos, la tierra de la Palma de Cera, el árbol emblemático del país y dormitorio permanente del loro orejiamarillo, la del oso de anteojos, el mono aullador y la del pájaro “barranquero”, el departamento del “*verde en todas sus tonalidades*”, la de guaduales ondeantes y heliconias formidables, la del amplio patrimonio cultural, la de tradiciones folclóricas autóctonas, la de cultores talentosos, y en general, la de nuestros hombres y mujeres reconocidos por su amabilidad y capacidad de enfrentar adversidades, conforman los atributos de la tierra quindiana ⁸.



Mapa 1: Departamento Quindío en Colombia.

Fuente: Mapa política Presidencia de la República; extracción mapa DANE DIVIPOLA.

El triángulo que forma Quindío (Mapa 2) y sus 12 municipios, tienen sus antecedentes especiales, que los hace sitio de visita constante de los colombianos; nuestra capital Armenia, definida “*Ciudad Milagro*”, emerge del terremoto de 1999, situación que afecto a todos los municipios quindianos y algunos de nuestro vecinos departamentos y nos dejó la enseñanza de observar la

⁸ Plan de desarrollo del Quindío, 2012 – 2015

madre naturaleza con mayor rigor y respeto. Nuestro departamento cuenta con una gran diversidad de pisos climáticos (desde los 1.180 msnm en La Tebaida, hasta los 4.500 msnm en el Parque de los Nevados al norte en Salento) y presencia de variados tipos de paisaje.

Los 1,845 km² del área territorial de Quindío comprende 0.16% de la extensión territorial del territorio nacional y de él se destaca, como se muestra en la Tabla 1, que hasta 2 de cada 100 kilómetros cuadrados son de características urbanas; los 12 municipios que conforman la división política administrativa del departamento, la capital Armenia es el municipio que más relativa área urbana ocupa en el territorio (11.2%), seguida de Córdoba y Circasia. Salento se destaca por ser el de mayor extensión en el conjunto de municipios con 328 kilómetros cuadrados de bosques altos, ríos fríos y montañas de palmas de cera, muchos de los atributos que conforman el “Valle del Cócora” lugar de cultivo de trucha y sitio de turismo por excelencia en el país. De la mayor extensión territorial del departamento del Quindío los municipios de Salento, Génova y Armenia representan la distribución porcentual más alta y el municipio más pequeño, Buenavista 0.3% corresponde al área urbana.

Tabla 1: Municipios departamento Quindío por extensión territorial y área de residencia (a), 2015

MUNICIPIO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	EXTENSIÓN AREA (a)	PORCENTAJE	EXTENSIÓN AREA (a)	PORCENTAJE	EXTENSIÓN AREA (a)	PORCENTAJE DEL TOTAL
Armenia	12.88	11.20	102.12	88.80	115	6
Buenavista	0.13	0.34	38.87	99.66	39	2
Calarcá	2.32	1.11	205.68	98.89	208	11
Circasia	1.68	1.93	85.32	98.07	87	5
Córdoba	2.11	2.34	87.89	97.66	90	5
Filandia	0.34	0.34	100.66	99.66	101	5
Génova	0.53	0.18	286.47	99.82	287	16
La Tebaida	1.47	1.67	86.53	98.33	88	5
Montenegro	1.70	1.21	139.30	98.79	141	8
Pijao	0.57	0.24	237.43	99.76	238	13
Quimbaya	2.15	1.74	120.85	98.26	123	7
Salento	0.48	0.15	327.52	99.85	328	18
Total	26.34	1.43	1.818,66	98.57	1.845	100

a: en km²

Fuente: IGAC – DANE – DIVIPOLA, 2015; Datos Internos Departamento del Quindío; cálculos de los analistas.



Mapa 2: División política administrativa y límites, Departamento Quindío 2013.

Fuente: Recurso informáticos cartográficos, Gobernación Quindío.

1.1.2 GEOGRAFÍA DEL TERRITORIO

1.1.2.1 RELIEVE

En el territorio Quindiano se distinguen dos tipos de relieves: el primero, montañoso, ubicado en el oriente y el segundo, ondulado, en el occidente. El montañoso, corresponde al flanco occidental de la cordillera Central, el cual se extiende en dirección sur – norte en el país, con pendientes abruptas muy relacionadas con la litología en su mayoría de rocas metamórficas. El segundo, corresponde al área cubierta de flujos de lodos volcánicos transportados por los ríos de modelado suave y bajas colinas. En la faja más occidental de esta morfología se encuentran los valles de los ríos, Barragán, al sur, producto de aluviones recientes y el La Vieja, en el sector norte, de predominio de rocas sedimentarias.

1.1.2.2 HIDROGRAFÍA

A dos vertientes hidrográficas son a las que tributan los ríos de Quindío; la cuenca del río La Vieja, que conforma la principal red hidrográfica del departamento, constituida por los ríos Barbas, Roble, Espejo, Quindío, Cristales, Santo Domingo, Navarco, Barragán, Gris, San Juan, Rojo, Lejos, Boquerón, Quebrada la Picota, Río Verde, Quebrada Buenavista y los Bolillos; el caudal, la oferta y áreas de escurrimiento en la cuenca del río la Vieja para el año 2013 se presentan en la Tabla 2; la otra cuenca la del río Cauca, que en menos cantidad de corrientes, el río la Vieja acaba en él, en el límite entre el departamento Valle del Cauca y Risaralda en el municipio de Cartago, perteneciente al primer departamento.

Aunque la red hidrográfica del departamento es bastante densa, sus caudales no son abundantes. Se extiende sobre un modelado de cenizas volcánicas y recorre diferentes pisos térmicos desde las nieves ocasionales, en el volcán del Quindío, hasta las zonas de clima medio, húmedo transicional a medio seco en el valle del río La Vieja. Entre los principales ríos, el Quindío y el Barragán, los cuales con sus numerosos afluentes, al unirse, forman al occidente del

departamento, el río La Vieja, vertiendo sus aguas finalmente al río Cauca, al norte del municipio de Cartago.

De estos ríos, el Quindío que es el más caudaloso; recorre el departamento en un trayecto al sur occidente desde las montañas del oriente, conformando la subcuenta río Quindío ubicado en el lado oriental del departamento integrada por los municipios de Armenia, Calarcá y Salento. El río nace en el "Paramillo" al nororiente del departamento; inicialmente recibe las quebradas Cárdenas, Peligrosa, La Honda, San Pacho, el Bosque, Santa Rita, Boquía y la Víbora, en el recorrido entre Salento y Armenia recibe las aguas del río Navarco y las quebradas Cusumbe, Chagualá, Castillo, La Duquesa y La Florida, al sur de Armenia recibe las quebradas El Pescador, La Bella y otras, uniéndose posteriormente al río Verde al suroccidente del corregimiento de Barcelona. La cuenca presenta un área total de 26,890.69 hectáreas, las cuales se distribuyen así: 21,900.91 hectáreas al municipio de Salento, 3,423.93 hectáreas al municipio de Calarcá y 1,565.85 hectáreas al municipio de Armenia (Mapa 3).

El río Barragán nace al sur del departamento. Recoge inicialmente las aguas de los ríos San Juan y Gris y posteriormente, las del río Lejos, el que a su vez está formado principalmente por el río Azul.

El río Espejo desemboca en el río La Vieja, al occidente de La Tebaida y tiene numerosos afluentes entre ellos las quebradas: Hojas Anchas, Arabia, Cajones, La Combia, La Primavera, los Micos, La Valencia y la Blanquilla. Al norte de la desembocadura del río Espejo, el río La Vieja recibe las aguas de las quebradas: San Pablo, Guatemala, La Esperanza, La María y los Tres Palitos; al occidente de Quimbaya desembocan las quebradas La Tijera, Buenavista, Belén, Mina Rica, Campo alegre y San Felipe; otros afluentes del río La Vieja son el río Roble, que nace al nororiente de la localidad de Circasia y el río Barbas, que sirve de límite entre los departamentos de Quindío y Risaralda; recorre de sur a norte en el límite occidental del departamento del Quindío con el Valle del Cauca y al suroccidente de La Tebaida desembocan las quebradas Cristales y Jaramilla, las cuales reciben las aguas de numerosos afluentes.

Tabla 2: Cuenca hidrográfica Quindío, ríos tributarios, 2013

FUENTE	CAUDAL (M3/SEG)	OFERTA (MM3/AÑO)	ÁREA KM2
Río Barbas	3.32	104.70	107.31
Río Gris	1.3	41.00	53.75
Río Roble	4.84	152.63	115.54
Río San Juan	2.3	72.53	63.1
Río Espejo	3.96	85.15	155.37
Río Rojo	1.503	47.40	127.55
Río Quindío	5.94	187.32	276.6
Río Lejos	3.37	106.28	231.07
Quebrada Cristales	1.7	53.61	92.4
Río Boquerón	0.55	17.34	50.68
Río Santo Domingo	3.3	104.7	151.99
Quebrada La Picota	1.87	58.97	42.63
Río Navarco	3.7	116.68	74.15
Río Verde	1.8	56.76	122.82
Río Barragán	2.02	63.70	98.91
Quebrada Buenavista	1.5	47.30	55.19

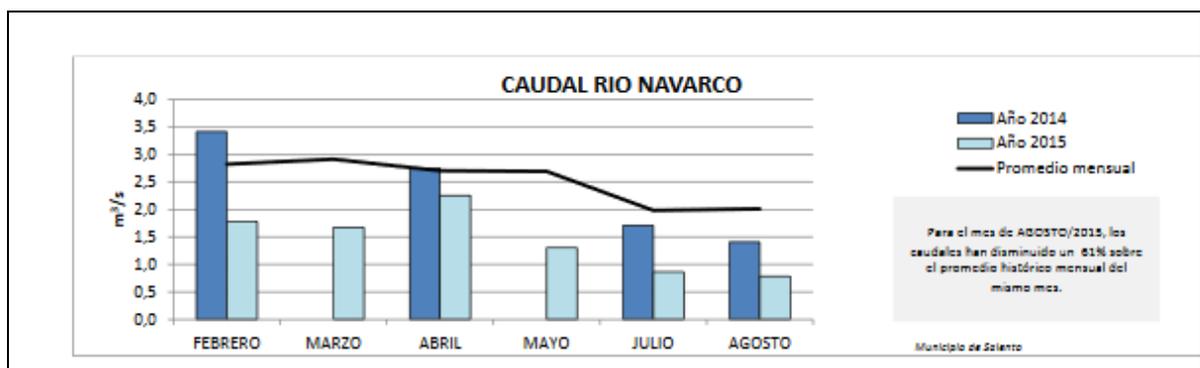
Fuente: Plan de Desarrollo Quindío 2012 – 2015

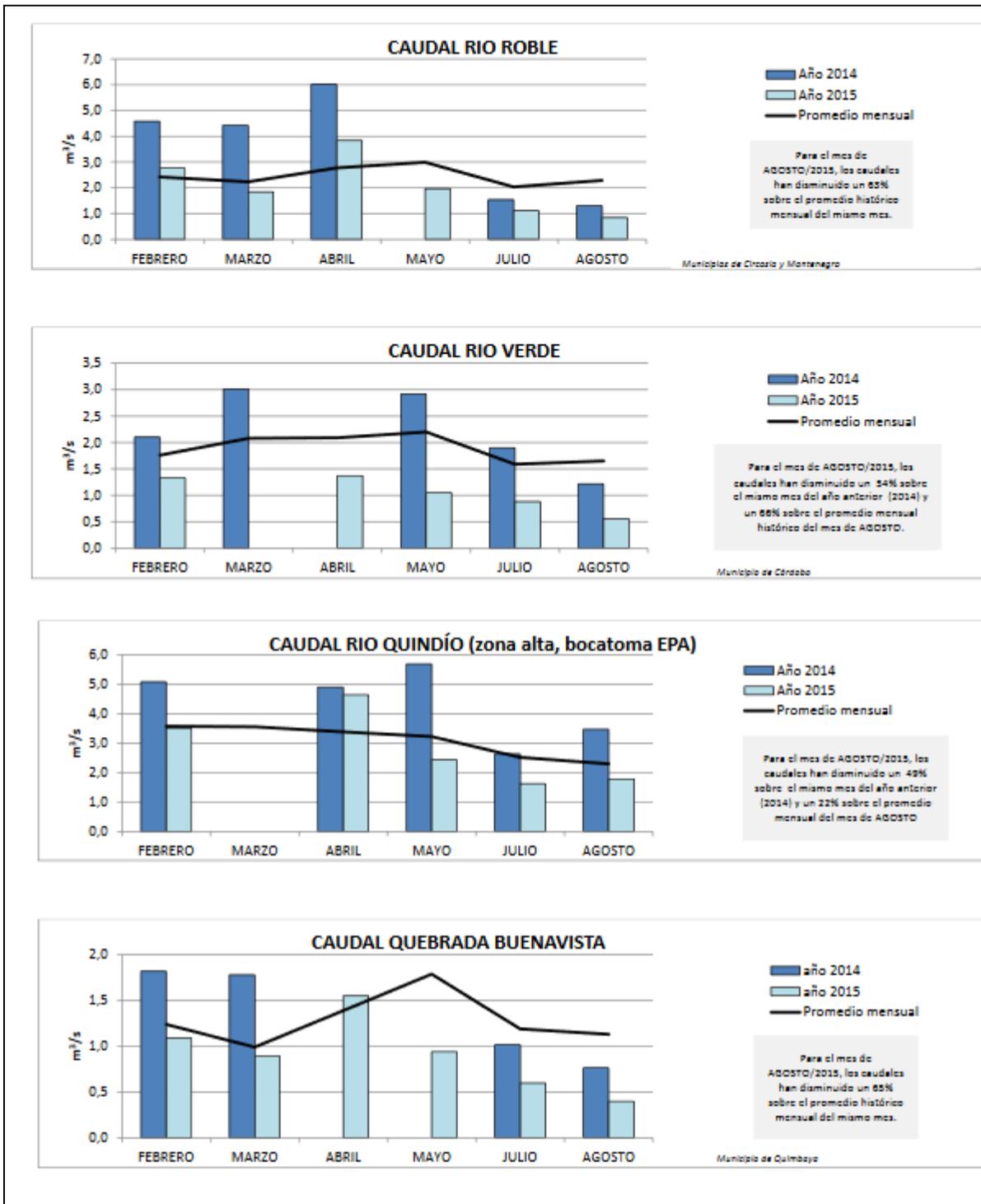
Para el periodo 2014 a 2015, en general se presentaron disminución de los caudales en las otras diferentes quebradas y ríos del departamento en las mediciones realizadas en las bocatomas en diferentes acueductos; la Tabla 3, detalla este caudal, siendo mayor la disminución del río Lejos para los municipios de Pijao, lo que obligo para la época y ante la disminución prevista con los fenómenos atmosféricos del pacifico, el dar recomendaciones especiales al sector salud, donde por el bajo aporte de aguas, se incrementa la capacidad de almacenamiento del mismo y la probabilidad de incremento de presencia de insectos hematófagos, (artrópodos) tipo Aedes y Anophelinos con las respectivas presencia e enfermedad de tipo vectorial, tales como malaria, dengue y alimenticias, como cólera e intoxicaciones, para intensificar las medidas de control de estas enfermedades.

Tabla 3: Variación mensual del caudal otras fuentes hídricas del departamento del Quindío, años 2014 y 2015.

FUENTE HÍDRICA	MONITOREO	CUADAL (M3/S) AGOSTO 2014	CUADAL (M3/S) AGOSTO 2015	PORCENTAJE DE CAMBIO
Quebrada Bolillos	Bocatoma Filandia	0.017	0.016	6
Quebrada Cristales	Estación La Tebaida	0.572	0.229	60
Quebrada Boquía	Unidad Salento	0.303	0.232	23
Río San Juan	Puente Génova	0.813	0.359	56
Río Lejos	Puente Pijao	1.376	0.478	65
Río Santo Domingo	Punto Calarcá	1.746	1.289	26
Río Espejo	La Herradura La Tebaida	2.575	1.667	35
Río Quindío	Estación, Calle Larga	4.805	1.929	60

Fuente: Fuente: CRQ; Boletín Hidrometeorológico #1 agosto de 2015.



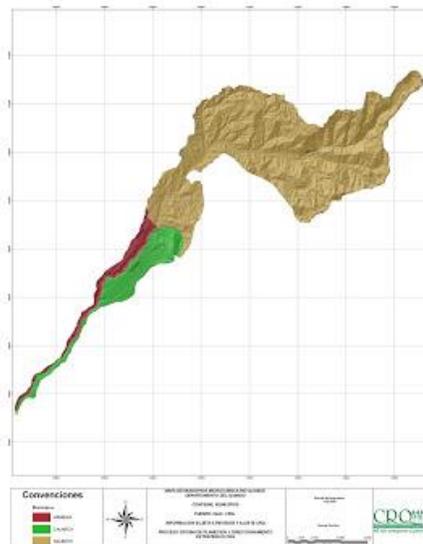


Gráfica 1: Variación de caudales 2014 a 2015 principales ríos Quindío.

Fuente: Fuente: CRQ; Boletín Hidrometeorológico #1 agosto de 2015.

La Gráfica 1 detalla, para los principales ríos del departamento, los cambios en los caudales, siendo en algunos casos la variación (descenso) mayor del 50% al comparar la vigencia 2014 con

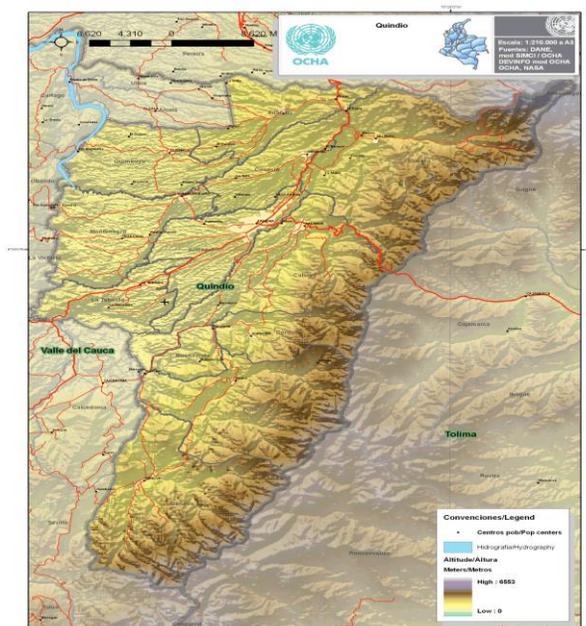
el año 2015. Las aguas por tanto del departamento son susceptibles a presentar variaciones importantes, lo que pondría en algún riesgo el abastecimiento de aguas potables a los municipios, lo que coloca un índice de vulnerabilidad al desabastecimiento hídrico alto en el 100% de su territorio⁹.



Mapa 3: Subcuenta del Río Quindío.

Fuente: CRQ.

1.1.2.3 ACCIDENTES GEOGRÁFICOS: ALTITUD Y RELIEVE



Mapa 4. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, departamento, Quindío, 2013.

⁹ Gobernación del Quindío, Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2019

Fuente: OCHA –

La gran diversidad de pisos climáticos del departamento, en tan limitada área geográfica, con traslados de altitud desde los 1.000 msnm a las casi cumbres heladas (4.500 msnm, zonas oscuras del Mapa 4), hacen del relieve del departamento especial y “empinado” o de alta pendiente; la Tabla 4 detalla las alturas medias de cada uno de los municipios en metros sobre el nivel del mar (msnm), que hacen adquirir en todos los municipios, básicamente un clima tipo cálido templado con una altura media de 1.500 msnm.

Tabla 4: Altura media sobre el nivel del mar, municipios, Quindío 2013,

MUNICIPIO	ALTURA MEDIA (msnm)
Armenia	1.483
Buenavista	1.500
Calarcá	1.537
Circasia	1.773
Córdoba	1.525
Filandia	1.800
Génova	1.500
La Tebaida	1.175
Montenegro	1.150
Pijao	1.650
Quimbaya	1.315
Salento	1.900

Fuente: MSPS; IGAC

La media de temperatura del territorio (19 °C) y oscila entre los 16 a 22 grados, siendo los municipios más cálidos Armenia, Montenegro y La Tebaida y Salento el más frío; la humedad no supera el 90% en todos los terrenos del departamento, pero se considera una zona de “*humedad relativa alta*”; la pluviosidad anual del departamento es abundante, comparada con la precipitación media mensual del país que oscila entre 119,3 en enero a 309,1 en mayo, según datos del banco mundial tal como se detalla en la Tabla 5, siendo los terrenos del municipio de Génova en el sur, el que más lluvia soporta al año.

Tabla 5: Temperatura, humedad, precipitación municipios Quindío, 2012.

MUNICIPIO	TEMPERATURA MEDIA °C	HUMEDAD RELATIVA	PRECIPITACIÓN ANUAL MM DE AGUA
Armenia	22	0.80	186.38
Buenavista	19	0.87	234.04
Calarcá	19	0.85	195.59
Circasia	18	0.85	181.10
Córdoba	19	0.86	239.09
Filandia	17	0.87	201.16
Génova	19	0.86	247.23
La Tebaida	22	0.85	218.15
Montenegro	22	0.84	232.24
Pijao	18	0.86	217.08
Quimbaya	20	0.85	222.25
Salento	16	0.87	206.35

Fuente: Corporación Autónoma del Quindío.

Los pisos térmicos del departamento se clasifican en 6 clases y se caracterizan por ser:

- a) Clima subnivel y pluvial. Se localiza en el cono y ladera del volcán del Quindío en altitudes que están más allá de 4,000 msnm; la temperatura oscila entre 1.5 y 6°C y la precipitación anual es de 1,000 a 2,000 mm de agua. La cima se cubre de nieve durante los meses más fríos.
- b) Clima extremadamente frío y pluvial. Al oriente del departamento entre los 3,500 a 4,000 msnm con temperatura entre los 6 a 9°C y precipitación anual de 2,000 a 4,000 mm de agua. En estas áreas las actividades agropecuarias son casi inexistentes debido a las condiciones geológicas y climáticas que dificultan su explotación económica.
- c) Clima muy frío y pluvial. Al oriente del departamento, en la franja que limita con el departamento del Tolima con altitudes entre 3,000 y 3,500 msnm; la temperatura promedio es de 9 a 12°C y la precipitación anual entre 2,000 y 4,000 mm de agua. Las bajas temperaturas y la humedad en estas zonas de gran altitud están condicionadas por la neblina. La humedad y la neblina no solo son originadas por las precipitaciones abundantes, sino también por la alta transpiración producida por la vegetación arbustiva que subsiste en algunos sectores.
- d) Clima frío y húmedo. Se sitúa en una zona que se extiende de norte a sur en el departamento y al oriente de las localidades de Filandia, Salento, Córdoba, Pijao y Génova en altitudes de 2,000 a 3,000 msnm; la temperatura oscila entre 12 y 18°C y la precipitación promedio anual es de 2,000 a 4,000 mm de agua.
- e) Clima medio, húmedo y muy húmedo. Se encuentran en la zona central del departamento en los municipios de Quimbaya, Montenegro, Circasia, Calarcá, Génova y la ciudad de Armenia, se le define la “franja cafetera”, en altitudes de 1,300 a 2,000 msnm. Este clima mantiene una temperatura de 18 a 24°C y precipitación pluvial de 2,000 a 4,000 mm de agua.
- f) Clima medio, húmedo transicional a medio, seco. Situado al occidente del departamento en el valle del río La Vieja, sectores que limitan con el departamento Valle del Cauca en altitudes de 1,000 a 1,300 msnm; la temperatura varía entre 18 a 24°C y precipitación pluvial anual de 1,000 a 2,000 mm de agua.

Según los reportes de temperaturas medias del departamento, para este último año 2015 se ha visto incrementos entre 1.4 a 1°C, para una media de incrementos en las cinco estaciones de 0,68°C; este casi 1 grado centígrado de incremento, aunque no pone en riesgo la salud, se debe tener adecuaciones para soportar las incomodidades para atender alteraciones del confort climático debido a oleadas de calor especialmente en la región Caribe y Andina¹⁰.

1.1.3 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Las vías del departamento se consideran estables y de alta calidad por donde se moviliza un importante volumen de tránsito automotor semanal (13,646 automotores en el corredor entre Armenia y Circasia y 11,412 entre Armenia y Calarcá en 2008,) según el INVIAS. El departamento

¹⁰ CRQ; Boletín Hidrometeorológico #1 agosto de 2015

cuenta, desde su capital, con tres ejes viales de primera categoría y que nos conectan estratégicamente con el país:

- i) al oriente la vía que conduce a Ibagué y Bogotá
- ii) al norte hacia Risaralda y
- iii) al sur con Valle del Cauca con Bugalagrande

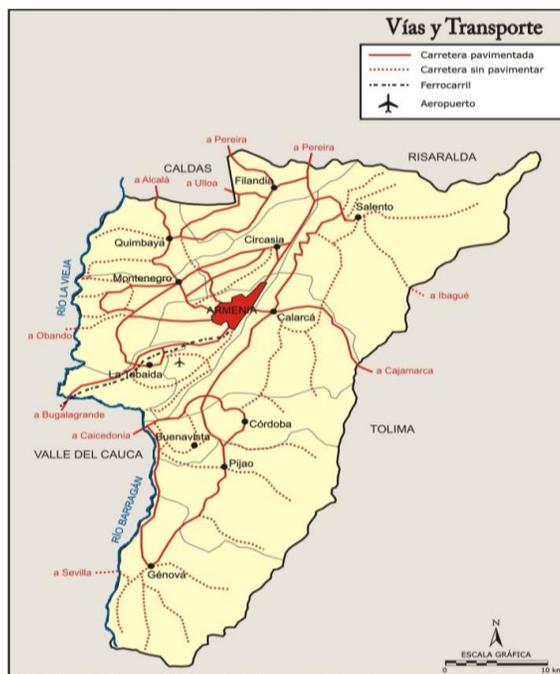
Las dos últimas se consideran vías de alto flujo y velocidad por su características de autopista (del Café y Recta la Paila Cali, Mapa 4 y 5) donde sus promedio de velocidad pueden alcanzar 80 Km/hora.

Las comunicaciones entre los municipios se realiza a un promedio de 25 kilómetros hora en base de tipo de transporte público de preferencia, como el bus típico del país o el Jeep con sus características (no control de paradas, pago de pasaje al conductor, no control de rutas, ingreso a destajo); habría algunos cabeceras con viajes de hasta de 1 hora (60 minutos) de desplazamientos hacia la capital departamental (Pijao, Génova, Córdoba y Buenavista), estos últimos, con carreteras de tipo departamental con menor velocidad promedio de 25 (tabla 6).

Tabla 6: Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío.

MUNICIPIOS	DISTANCIA EN KILÓMETROS A LA CAPITAL DEL DEPARTAMENTO	TIEMPO DE LLEGADA A LA CIUDAD CAPITAL DEL DEPARTAMENTO, EN MINUTOS.	TIPO DE TRANSPORTE A LA CIUDAD CAPITAL DEL DEPARTAMENTO
Armenia	0	0.00	Bus público
Buenavista	33.1	76.38	Bus público
Calarcá	5.7	13.15	Bus público
Circasia	11.7	27.00	Bus público
Córdoba	28	64.62	Bus público
Filandia	37	85.38	Bus público
Génova	64.38	148.57	Bus público
La Tebaida	18.2	42.00	Bus público
Montenegro	12	27.69	Bus público
Pijao	34	78.46	Bus público
Quimbaya	22.1	51.00	Bus público
Salento	30.9	71.31	Bus público

Fuente: IGAC, SIGPLAN; Google Earth, sistema de vías.



Mapa 5: Vías y Aeropuerto de Departamento Quindío 2013.

Fuente: IGAC, Sociedad Geográfica de Colombia.

La infraestructura del departamento de vías secundarias, corresponde a 16.32% de la malla vial y las terciarias, en su mayoría está pavimentadas y en buen estado al menos uno de cada dos kilómetros; las que están sin pavimento, la mayoría de los kilómetros cuentan con huellas, como se detalla en la Tabla 7.

Tabla 7: Total kilómetros de vías por tipo, departamento Quindío, 2015

TIPO DE VIA	PAVIMENTO	HUELLA	AFIRMADO	TOTAL
NACIONAL	121,6	0	0	121.6
SECUNDARIA	170.6.	101	0,1	343.7
TERCIARIA	126.03	1,413.17	115.57	1,654.8
TOTAL	493.78	1,514.17	115.67	2,120.1

Fuente: Departamento de Quindío, 2015, Plan de Desarrollo, página 142

El departamento cuenta con un terminal aéreo, El Aeropuerto El Edén de tipo internacional, Mapa 5; movilizó hasta un total de 483,000 pasajeros en el año 2015 como se detalla en la Tabla 8; se presenta así, una variación de incremento de hasta 43% de más pasajeros año al revisar las cifras de 2010¹¹.

Tabla 8: Total pasajeros aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2015.

CIUDAD	AEROPUERTO	TOTAL PASAJEROS QUE SALEN A DICIEMBRE DE	TOTAL PASAJEROS QUE ENTRAN A DICIEMBRE	TOTAL PASAJEROS A DICIEMBRE

¹¹ <http://aerpuertoeleden.com/> visitado mayo 20 de 2015.

		2015	DE 2015	DE 2015
Armenia	El Edén	244.716	239.107	483.823

Fuente: <http://www.aerocivil.gov.co/layouts/download.aspx?SourceUrl=/AAeronautica/Estadisticas/Estadisticas-Operacionales/Transporte-Aereo/Documents/Origen-Destino%20Mes%202015.xlsx>

Actualmente la línea férrea solo se encuentra habilitada entre el municipio de La Tebaida y el departamento del Valle del Cauca con una longitud de 14.1 Km, los cuales esta recientemente rehabilitados y aptos para el transporte de carga desde el puerto de Buenaventura hasta el puerto seco de La Tebaida y en nota periodística del Ministerio de Transporte de 14 de julio de 2015, se informa la inversión por 32 millones de dólares el Ferrocarril del Pacífico para llegar al puerto seco, lo que fortalecerá el intercambio comercial entre el Eje Cafetero y el Valle del Cauca.

1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

1.2.1 POBLACIÓN TOTAL

565.310 Personas son las que se estiman habitan el departamento en 2015 de los cálculos realizados de la población del censo de población y vivienda de 2005; 2 de cada tres habitantes del departamento se localizan en dos centros urbanos como son la capital, Armenia y el municipio de Calarcá y que por su cercanías se constituyen en el eje económico departamental.

La gran mayoría de habitantes de las ciudad y municipios viven en las zonas urbanas (87%) o casi 9 de cada diez personas, siendo la ciudad capital Armenia y La Tebaida, las zonas que presentan una concentración urbana mayor que la proporción departamental; los municipios con aún más población viviendo en zonas rurales son Génova, Buenavista, Córdoba, Pijao, Salento y Filandia, donde uno de cada dos habitantes están viviendo en los campos y veredas, (Tabla 9; Mapa 6); así, el sur departamental es el más rural, donde se concentran 22,679 habitantes en cuatro sectores municipales y aportan 4.06% de la población total departamental.

Tabla 9: Población total y por área de residencia, departamento Quindío, 2015

MUNICIPIO	POBLACIÓN CABECERA MUNICIPAL	POBLACIÓN AREA RURAL	POBLACIÓN TOTAL	PORCENTAJE POBLACIÓN CABECERA	GRADO URBANIZACIÓN
Armenia	288.684	7.999	296.683	97,3	alto
Buenavista	1.188	1.645	2.833	41,9	bajo
Calarcá	59.634	17.969	77.603	76,8	medio
Circasia	22.480	7.417	29.897	75,2	medio
Córdoba	2.996	2.309	5.305	56,5	bajo
Filandia	7.147	6.265	13.412	53,3	bajo
Génova	3.989	3.932	7.921	50,4	bajo
La Tebaida	39.498	2.665	42.163	93,7	alto
Montenegro	33.799	7.492	41.291	81,9	alto
Pijao	3.689	2.450	6.139	60,1	bajo
Quimbaya	29.142	5.806	34.948	83,4	alto
Salento	3.791	3.324	7.115	53,3	bajo
Total	496.037	69.273	565.310	87,7	alto

Fuente: DANE – Estimaciones poblacionales censo de 2005.

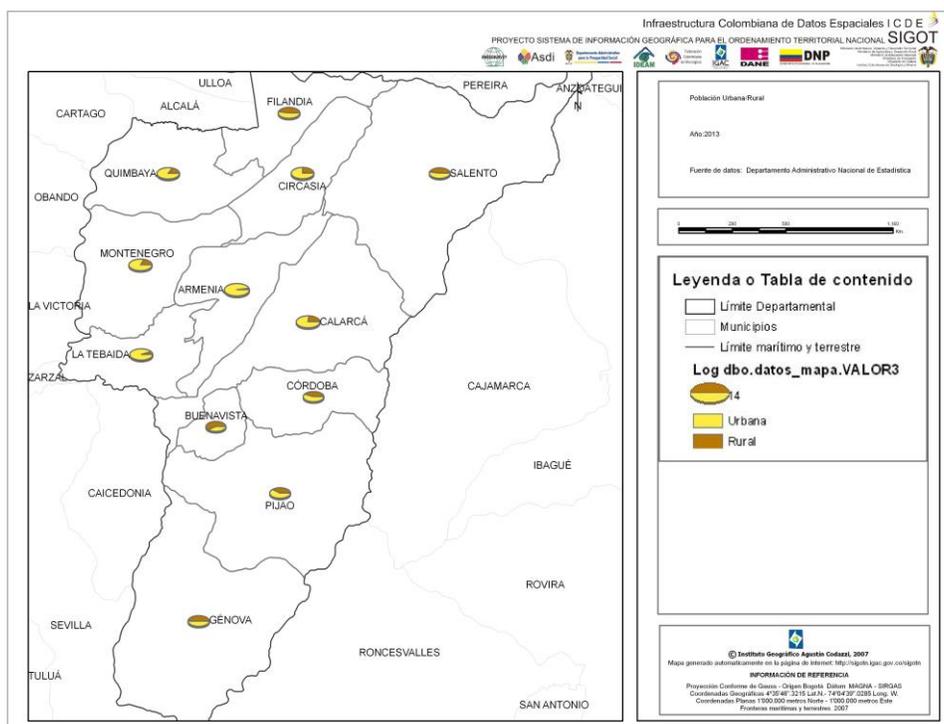
Tomando como referencia la población conciliada del censo de 2005 y de la estimaciones dadas según los comportamiento demográficos, se espera que crezca la población departamental a casi

9% interanual en los tres lustros estimados (2005 a 2020); varios sectores departamentales ven su crecimiento negativo, como son Buenavista, Córdoba, Génova, Pijao y Salento, que como se ha detallado, son áreas de más habitantes ruralizados, lo que daría cada año menos población o menos capacidad de habitación rural. En sentido contrario, La Tebaida y Circasia ven crecer su población, el primero, casi el doble cada año, (41,58%) y un décimo el segundo (13.64%) Tabla 10.

Existe una correlación entre los municipios con mayor número de habitantes y el grado de urbanización (Armenia, Montenegro, La Tebaida y Quimbaya), exceptuando Calarcá, que es el segundo municipio con más población pero tiene un grado de urbanización medio. Se puede apreciar así mismo, que los municipios más urbanizados corresponden a la “vecindad” de la capital o con una cercanía no mayor 22 kilómetros, mientras que los periféricos y los denominados “cordilleranos”, hay una mayor vocación rural, (agroindustrial, agro turística).

De las cifras del departamento, con las de los departamentos de la Región Central (urbanización 73.96%, 2012), el mayor grado de urbanización la aporta Quindío (13.58 puntos porcentuales de más); esta condiciones de crecimiento urbano y concentración de personas en las ciudades más pobladas, son expresión de variaciones en la historia y la vocación agrícola del departamento, generándose diferentes dinámicas desde la perspectiva laboral.

Así, la concentración de la población en la zona urbana ha de expresar un comportamiento epidemiológico y de los determinantes de salud directamente relacionados con tal dinámica de concentración poblacional; en el mismo sentido, aspectos como la movilidad laboral y la vocación económica del departamento serán fuertemente influidos por la concentración urbana relacionadas de manera directa con la estructura y misma dinámica de la red de prestación de servicios de salud.



Mapa 6: Porcentaje de Urbanización/Ruralización de la población departamento Quindío, 2013.

Fuente:

http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/descargarArchivo.aspx?url=http://sigotn.igac.gov.co/arcgisoutput/ags_map5faf27287d174bb49364d55bd8653fd8.jpg&ruta=completa

Tabla 10: Crecimiento poblacional años 2005 - 2020, departamento Quindío

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	VARIACION 15 AÑOS
Armenia	280.881	282.518	284.135	285.733	287.324	288.905	290.482	292.045	293.605	295.143	296.683	298.199	299.712	301.224	302.723	304.216	8,31%
Buenavista	3.094	3.066	3.035	3.010	2.985	2.961	2.937	2.911	2.886	2.859	2.833	2.805	2.779	2.758	2.730	2.700	-12,73%
Calarcá	73.720	74.089	74.471	74.851	75.243	75.633	76.027	76.415	76.819	77.201	77.603	77.987	78.385	78.779	79.174	79.574	7,94%
Circasia	27.443	27.694	27.934	28.183	28.418	28.666	28.903	29.150	29.393	29.642	29.897	30.143	30.394	30.655	30.914	31.185	13,64%
Córdoba	5.449	5.419	5.405	5.391	5.382	5.368	5.354	5.345	5.325	5.317	5.305	5.296	5.286	5.268	5.249	5.223	-4,15%
Filandia	12.930	12.973	13.022	13.070	13.114	13.164	13.212	13.255	13.310	13.357	13.412	13.465	13.520	13.580	13.628	13.669	5,72%
Génova	9.628	9.436	9.251	9.067	8.890	8.714	8.540	8.380	8.225	8.074	7.921	7.772	7.631	7.487	7.351	7.216	-25,05%
La Tebaida	33.501	34.290	35.093	35.905	36.727	37.576	38.445	39.338	40.247	41.188	42.163	43.159	44.187	45.242	46.323	47.432	41,58%
Montenegro	39.871	40.016	40.159	40.311	40.445	40.590	40.733	40.871	41.010	41.152	41.291	41.438	41.578	41.722	41.857	41.990	5,31%
Pijao	6.683	6.631	6.567	6.513	6.456	6.399	6.359	6.300	6.243	6.203	6.139	6.097	6.040	6.000	5.940	5.893	-11,82%
Quimbaya	34.060	34.163	34.254	34.351	34.431	34.519	34.604	34.687	34.777	34.862	34.948	35.036	35.118	35.195	35.276	35.352	3,79%
Salento	7.246	7.235	7.207	7.194	7.178	7.167	7.159	7.139	7.129	7.116	7.115	7.109	7.103	7.100	7.103	7.102	-1,99%
Total	534.506	537.530	540.533	543.579	546.593	549.662	552.755	555.836	558.969	562.114	565.310	568.506	571.733	575.010	578.268	581.552	8,80%

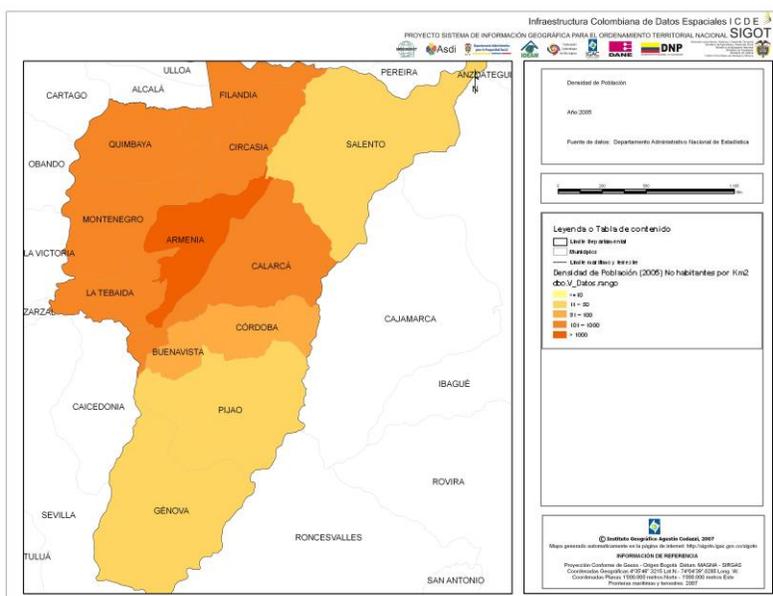
Fuente: DANE – Estimaciones de población. Base Municipal_area_1985-2020.xls

De los casi 2,000 kilómetros cuadrados del departamento (1,961.83), Salento es el territorio que más área abarca, sus 376 kilómetros cuadrados son 19% del total de la extensión geográfica departamental, seguido de los municipios Génova y Pijao; estos 1,962 km² del área departamental llegan a concentrar hasta 288 persona por km², más de 2,400 personas en Armenia y casi 20 en Salento, densidad 125 veces mayor frente a La Tebaida que presenta la densidad más cercana a la ciudad capital (473), Tabla 11. El Mapa 7 detalla esta distribución y comportamiento, que muestra las zonas departamentales menos densamente pobladas como las más amarillas, frente a la capital.

Tabla 11: Áreas municipales (urbanas y rurales) y densidad poblacional departamento Quindío, 2015.

MUNICIPIOS	AREA URBANA KM ²	AREA RURAL KM ²	AREA TOTAL KM ²	DENSIDAD POBLACIONAL (HAB/KM ²)
Armenia	22.53	98.8	121.33	2,445.26
Buenavista	0.14	40.98	41.12	68.90
Calarcá	2.44	216.79	219.23	353.98
Circasia	1.7	89.67	91.37	327.21
Córdoba	0.29	97.66	97.95	54.16
Filandia	0.8	108.6	109.4	122.60
Génova	0.55	297.34	297.89	26.59
La Tebaida	1.5	87.68	89.18	472.79
Montenegro	1.8	147.12	148.92	277.27
Pijao	0.58	242.54	243.12	25.25
Quimbaya	2.21	124.48	126.69	275.85
Salento	0.6	375.03	375.63	18.94
TOTAL	35.14	1,926.69	1,961.83	288.15

Fuente: <http://quindio.gov.co/indicadores-y-estadisticas/inicio-indicadores-y-estadisticas/introduccion-general.html>



Mapa 7: Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento Quindío, 2013

Fuente:

http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/descargarArchivo.aspx?url=http://sigotn.igac.gov.co/arcgisoutput/ags_map5faf27287d174bb49364d55bd8653fd8.jpg&ruta=completa

Para 2005 se contabilizaron en el Censo de este año por todos los municipios un total de 145,612 viviendas, de las cuales 94% de las mismas se encontraban habitadas; de este recuento se determinó que en Calarcá estaban las más habitadas (99%) y en Filandia se hallaron las más desocupadas o deshabitadas (86%). Del total de personas estimadas conciliadas, habría un promedio de personas por vivienda de 3.7 (Tabla 12), valor que se ha conservado según la Encuesta de Calidad de Vida de 2015 en el agregado de la región central que comprende los

departamentos de Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá y que se muestran en la Tabla 13, en la que se calculó 3.6 personas por vivienda y hogar; en el censo se contabilizaron igualmente 142,982 hogares, siendo los municipios de Buenavista, La Tebaida y Montenegro aquellos con más miembros por vivienda, donde la correlación hogares - viviendas es casi 1 (r:0.99). El Mapa 8, las zonas de amarillo mostaza son las de mayor viviendas contadas, y Buenavista es el municipio con menor construcciones de viviendas detectadas.

Tabla 12: Total viviendas, personas en viviendas, personas totales y personas por vivienda, departamento Quindío. 2005.

MUNICIPIOS	TOTAL VIVIENDAS	VIVIENDAS CON PERSONAS PRESENTES	TOTAL PERSONAS	PERSONAS POR VIVIENDA	TOTAL HOGARES
Armenia	80,336	74,119	271,094	3.66	76,779
Buenavista	739	704	2,883	4.10	741
Calarcá	18,915	18,741	70,873	3.78	19,373
Circasia	7,359	6,868	26,636	3.88	7,262
Córdoba	1,400	1,372	5,214	3.80	1,420
Filandia	3,717	3,220	12,430	3.86	3,332
Génova	2,601	2,393	9,063	3.79	2,442
La Tebaida	8,373	8,040	32,562	4.05	8,877
Montenegro	9,666	9,252	38,064	4.11	10,271
Pijao	1,748	1,647	6,379	3.87	1,675
Quimbaya	8,687	8,519	32,632	3.83	8,932
Salento	2,071	1,837	6,917	3.77	1,878
Total	145,612	136,712	514,747	3.77	142,982

Fuente: DANE – Censo 2005

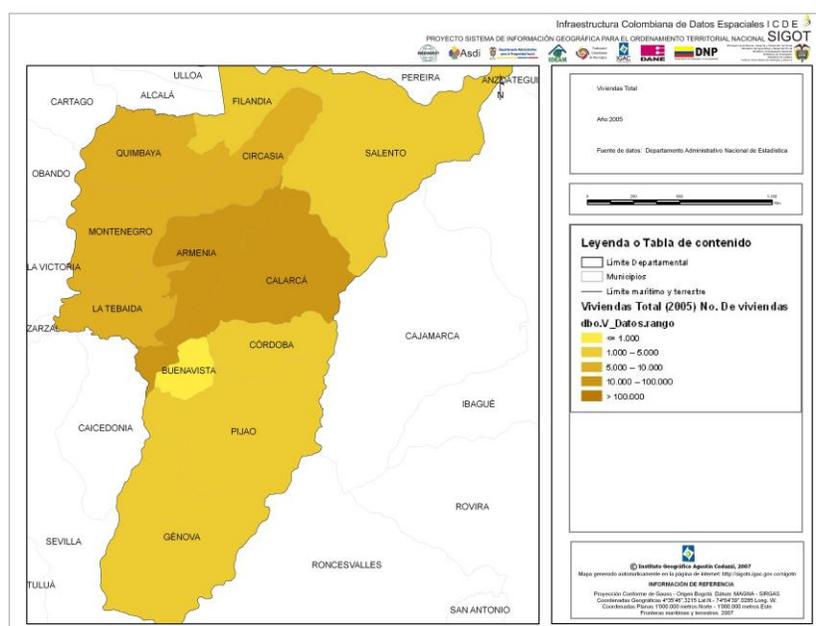
Tabla 13: Resultados Encuesta Calidad de Vida, región Central, Colombia 2015

REGIONES Y ÁREAS		TOTAL *			PROMEDIO	
		VIVIENDAS	HOGARES	PERSONAS	HOGARES POR VIVIENDA	PERSONAS POR HOGAR
Central	Total	1,718	1,741	5,556	1.0	3.2
	Cabecera	1,257	1,277	3,898	1.0	3.1
	Resto	461	465	1,658	1.0	3.6

Fuente: DANE, http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2015.pdf

*: Total muestra encuestada

Del total de las viviendas contabilizadas en la Tabla 14, se muestra que la gran mayoría son del tipo “casas” en el total departamental o al menos 3 de cada 4, en Circasia, 9 de cada diez construcciones de vivienda es una casa, mientras en Quimbaya 2 de cada tres construcciones de vivienda comprende este tipo de edificación.



Mapa 8: Distribución de los municipios según volumen de viviendas, departamento Quindío, 2005.

Fuente:

http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/descargarArchivo.aspx?url=http://sigotn.igac.gov.co/arcgisoutput/ags_mapbd6da48d13d24ccba046148ac5246a2f.jpg&ruta=completa

Tabla 14: Total tipos de vivienda, departamento Quindío 2005.

MUNICIPIOS	CASAS	CASA INDIGENA	APARTAMENTO	CUARTO	PORCENTAJE CASAS
Armenia	58,850	1	18,624	2,500	73.25%
Buenavista	657	1	49	29	88.90%
Calarcá	14,083	1	3,660	995	74.45%
Circasia	6,761	1	476	118	91.87%
Córdoba	1,241		89	68	88.64%
Filandia	3,154	4	487	69	84.85%
Génova	2,058		369	171	79.12%
La Tebaida	7,611	9	390	355	90.90%
Montenegro	7,899	11	1,115	533	81.72%
Pijao	1,446		204	92	82.72%
Quimbaya	5,680		2,249	753	65.39%
Salento	1,693	10	238	124	81.75%
Total	111,133	38	27,950	5,807	76.32%

Fuente: DANE – Censo 2005

Si bien los datos que a continuación se exponen hacen alusión a hogares, las variables que expresan “privación” o viviendas en situación crítica, nos dan una idea general de las condiciones de las viviendas en los municipios; la Tabla 15 detalla las características del comportamiento relativo de las condiciones de las viviendas en el departamento y detalla que en Armenia, Calarcá, La Tebaida y Circasia predomina el hacinamiento en más de 1 de cada 10 viviendas; en Buenavista, Pijao y Génova se halla la mayor proporción de viviendas sin servicios público de

agua, hasta 4 de cada diez; la falta de servicios de manejo de excretas es deficitaria en hasta 2 de cada diez viviendas en Pijao y en Córdoba en 1 de cada diez; respecto a la estructura de la vivienda en piso y paredes, en Montenegro y Córdoba se hallan las viviendas más inadecuadas, hasta casi 2 de cada diez.

Tabla 15: Porcentaje de hogares (vivienda) municipales con privación, departamento Quindío 2005.

MUNICIPIO	SIN ACCESO A FUENTE DE AGUA MEJORADA	INADECUADA ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	PISOS INADECUADOS	PAREDES INADECUADAS	HACINAMIENTO
Armenia	1.32%	1.44%	1.08%	4.16%	11.48%
Buenavista	38.23%	2.16%	1.84%	5.60%	13.61%
Calarcá	4.85%	1.98%	1.41%	4.33%	12.09%
Circasia	3.71%	1.28%	0.99%	2.88%	11.43%
Córdoba	18.58%	7.17%	1.03%	11.22%	13.92%
Filandia	3.43%	3.01%	0.90%	4.15%	9.37%
Génova	38.39%	6.38%	1.04%	3.61%	13.94%
La Tebaida	1.83%	1.01%	1.56%	5.48%	18.75%
Montenegro	3.17%	2.86%	2.05%	10.08%	17.78%
Pijao	30.98%	17.21%	0.94%	3.42%	12.42%
Quimbaya	3.08%	2.53%	1.48%	5.08%	14.62%
Salento	24.04%	3.77%	1.40%	3.09%	10.58%

Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005

No se hallan grupos poblacionales étnicos especiales distribuidos en el total poblacional departamental; el grupo étnico de mayor proporción declarado son los “afrodescendientes” que alcanzan a ser 2.45% de la población total, seguido de algunas comunidades indígenas que se asientan en municipios como Córdoba, Montenegro, La Tebaida, Quimbaya, Armenia y Calarcá. De los grupos Indígenas, se han reportado culturas Embera Chami y Katios, Nasa, Quichua, Yanaconas, Pastos, Inga, Pijao para una total de 270 familias; los afrodescendientes completan hasta 3,437 familias en las ciudades de Armenia, Montenegro, La Tebaida, Calarcá (Tabla 16); esta poblaciones de atención preferencial, por condiciones de vulnerabilidad, son preferentes en el sistema de salud del país.

Tabla 16: Población por pertenencia étnica, departamento Quindío, 2005

PERTENENCIA ÉTNICA	TOTAL	PORCENTAJE
Indígena	2,145	0.41
Rom (gitano)	37	0.01
Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	26	0.01
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) Afro descendiente	12,718	2.45
Ninguno de las anteriores	519,580	97.12
Total	534,506	100

Fuente: DANE, Censo 2005; Gobernación del Quindío.

1.2.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

De base ancha en 2005, se espera que la base poblacional se angoste y que los menores de 14 años pasen a ser el 24% de la población total en la proyección al año 2020; así mismo, se verá un ensanchamiento en las edades mayores que serán en 2020 hasta 2% de la población total

acumulada, sin ser un cambio abrupto este porcentaje debido a que 2005 era de 1.4%, distribución de mayor peso en las mujeres; estas condiciones de comportamiento de las edades superiores sin entrar en una transición demográfica franca debido a que las poblaciones de los grupos etarios centrales permanecen constantes, la población del departamento Quindío a 2020 se comportará en forma natural como se comporta la población de Colombia, o sea, sin cambios especiales o significativos Figura 1.

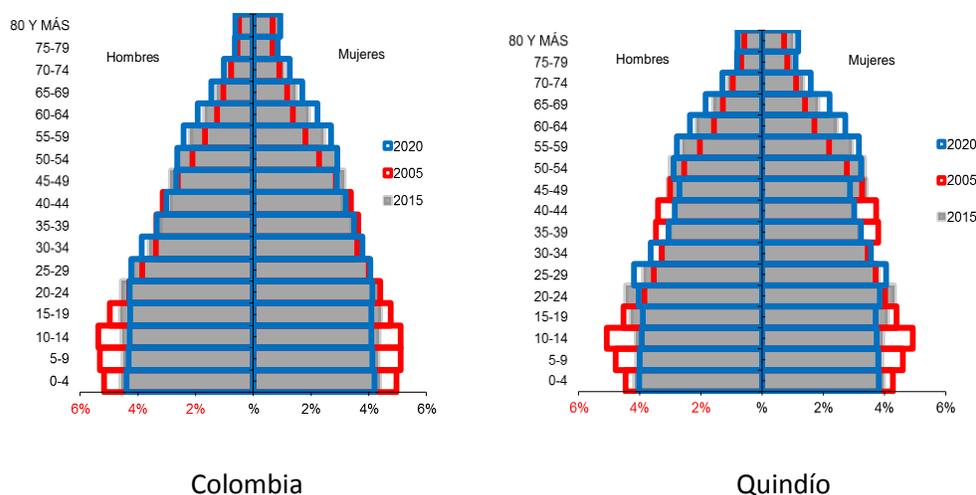


Figura 1: Pirámide Poblacional 2005 – 2020, departamento. Quindío.

Fuente: DANE – Censo de Población 2005 y estimaciones poblacionales 2005 - 2020.

1.2.3 POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD

Los ciclos vitales presentados en este documento obedecen a la reglamentación generada en las diferentes políticas públicas en el territorio nacional; por lo tanto, se entenderá como primera infancia a los menores de 5 años de edad, infantes a los niños y niñas entre 6 a 11 años, adolescentes a las personas entre 12 a 18 años, jóvenes, a personas entre 14 a 26 años, adultos entre 27 a 59 años y persona mayor a los mayores de 60 años¹².

Según discriminación de la población en primera infancia e infancia se espera que no sean más del 10% del total; en los grupos de adolescencia, adultez y juventud, estos grupos repiten poblaciones, así que por poblaciones totales, esta relación de personas especiales de análisis tendría a ser algo más bajo por población total (Tabla 17).

Tabla 17: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2015 y 2020.

CICLO VITAL	GRUPO ETARIO	2005		2015		2020		PORCENTAJE		
		TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE	2005	2015	2020
Primera infancia	0 a 5 años	56,320	8.41%	55,070	7.77%	54,606	7.61%	10.54%	9.74%	9,39%
Infancia	6 a 11 años	61,967	9.26%	54,267	7.66%	54,231	7.56%	11.59%	9.60%	9,33%
Adolescencia	12 a 18 años	70,810	10.58%	65,026	9.18%	62,033	8.65%	13.25%	11.50%	10,67%

¹² Ministerio de Salud y Protección Social; Documentos técnicos ASIS - 2015

Juventud	14 a 26 años	116,135	17.35%	124,277	17.54%	118,284	16.49%	21.73%	21.98	20,34%
Adultez	17 a 59 años	306,216	45.74%	331,228	46.75%	335,747	46.79%	57.29%	58.59	57,73%
Persona mayor	60 años y más	57,970	8.66%	78,704	11.11%	92,607	12.91%	10.89%	13.92	15,92%
Total		534.506		565,310		581.552		100.00%	100.00%	100.00%

*: Fuente: DANE; estimaciones poblacionales censo 2005.

En el crecimiento determinado para los años de trabajo y para 2020 de la Tabla 17, las poblaciones extremas, los adultos crecen a un ritmo de 54%, mientras los niños menores de 5 años decrecen a 11%, decrecimiento que se vería de mayor intensidad (18%) en los adolescentes y jóvenes, y un crecimiento moderado de la población adulta (1%), dentro del comportamiento porcentual total. La Figura 2, detalla el comportamiento de los años 2005, 2015 y 2020, donde solo la población adulta mayor de 60 años, su pendiente es algo creciente, frente a los otros grupos de ciclo vital, donde sus tendencias en los tres años tienden a ser más bien estáticas o bajas.

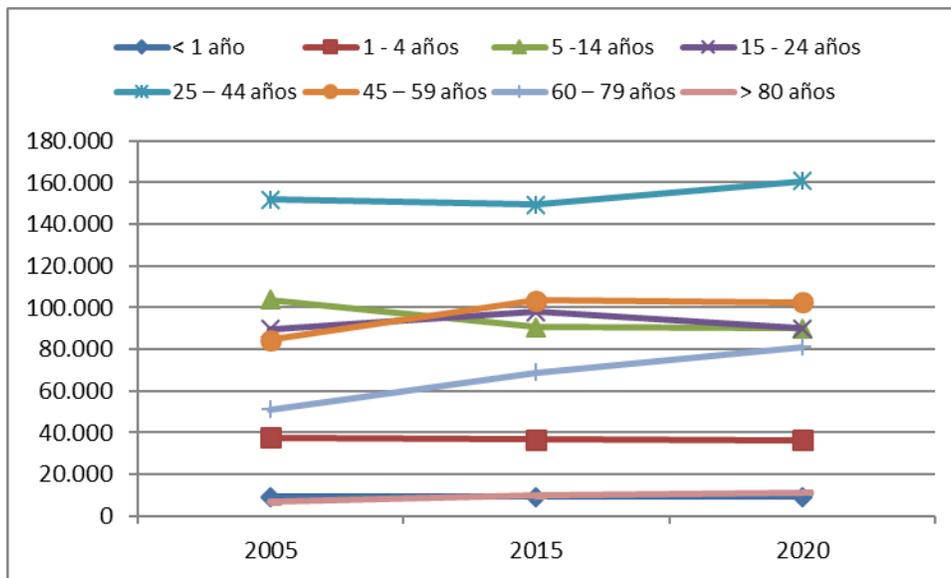


Figura 2: Volumen de la población por ciclo vital, departamento Quindío 2005, 2015 y 2020
Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005

Los hombres antes de los 24 años sobresalen sobre las mujeres, razón que se invierte después de la edad de los 25 años, viéndose que la proporción de mujeres es más alta en el grupo entre los mayores de 80. La razón hombre/mujer (R/M) cambia entre 1.05 en los menores de 1 año, a ser 0.73 en las personas de edad mayor, Figura 3.

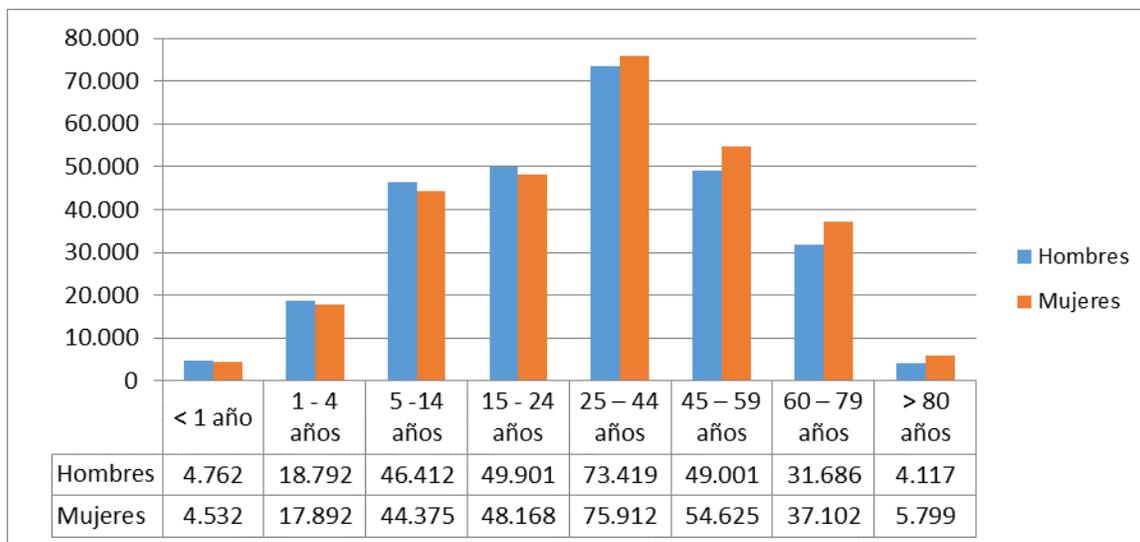


Figura 3: Población por sexo y grupo de edad y razón Hombre mujer (H/M), departamento Quindío, 2015

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

1.2.4 COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO

El comportamiento demográfico departamental y las relaciones que se dan entre los diferentes grupos de edad y sexo demarcan la dinámica de las poblaciones; la Tabla 18 detalla los principales indicadores demográficos donde se destaca:

- La razón hombre/mujer o razón de masculinidad en el departamento se mantiene constante en 0.96 con una tendencia a emparejarse a 2020; como antecedente del comportamiento natural de la existencia de más mujeres que hombres.
- La razón niños/mujer, o relación entre los menores de 5 años y mujeres en edad fértil (15 a 49 años), muestra un descenso de un punto en el lapso de 15 años de forma paulatina, que pronostica una menor fecundidad, teniendo en 2020 una relación niño mujer en 0.32.
- El índice de infancia o capacidad de atención a la infancia, detalla la relación entre los menores de 15 años y población total, muestra un descenso de 5 puntos para estar en 0.23 en 2020, cifra menor que la que se estima para el país.
- El índice de juventud o personas entre 15 y 29 años y población total no se espera que se movilice más de un punto en los 15 años estimados y se mantenga entre 0.23 a 0.24 desde 2005.
- El índice de vejez detalla que la población mayor de 65 años frente la población total crecerá a razón de 3 puntos, para estar en casi 0.11 en 2020, relación inversa al crecimiento infantil y juvenil. Este índice para el país oscila entre 0.06 a 0.07 que demuestra el incremento del mismo en el departamento.

- El índice de envejecimiento y su crecimiento en 20 unidades en el lapso de 15 años, implica una mirada especial a la política de estado frente a una población que requiere atención especial y estructuras de servicios, no solo de salud, adecuadas para sus características, que den soporte a las necesidades y demandas y así mismo, se requiere por parte de la autoridades, mantener una revisión del comportamiento de los adultos mayores frente a la población y concretar en forma de mediciones especiales esta tendencia; se espera para 2020 hasta 50 personas de más de 65 años por cada 100 personas menores de 15 años, lo que implica para los estados, una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad, siendo entonces este el reto para el Gobierno Departamental, en el marco de las políticas Nacionales directamente relacionadas con las poblaciones de edad mayor.
- índice demográfico de dependencia o relación de dependencia, se estima según el censo de 2005 que por cada dos personas económicamente activa entre los 15 a 64 años habría al menos 1 que dependiente de estas (personas menores de 15 años (niños) y personas mayores de 65 años (adultos mayores)), cifra que se observa descender (4 puntos) a costa de la disminución de la población menor, que como se demuestra, baja a velocidades de 5 puntos en el lapso demográfico estimado. Esta dependencia varía según la especificidad por edades, el índice dependencia infantil desciende a la proyección del año 2020, muy similar a la situación al descenso en el País y en la Zona Centro, que baja a una velocidad de 7 puntos entre 2005 a 2012 (0.4944/0.4251, respectivamente); el Índice de dependencia de mayores, que crece a 7 puntos en los 15 años; en el país lo hace a razón de 2 puntos y requerirá reinversiones en escenarios de atención especial a la población mayor.
- El índice de Friz (IF) o relación de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años, toma valores que si supera el resultado de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida; este índice en el periodo 2005 de 127.61 llega a 2020 a cifra 123.88, aún muy lejos del parámetro de envejecimiento; en una interpretación internúmerica, se considera como madura a la población en caso de que los valores estén entre 60 a 160.

Tabla 18: Indicadores de estructura demográfica en el departamento, (porcentaje), departamento, Quindío 2005 a 2020.

INDICADORES	2005	2015	2020
Razón de hombre/mujer	96.30%	96.44%	96.49%
Razón de niños/mujer	33.10%	32.23%	32.15%
Índice de infancia	28.13%	24.19%	23.31%
Índice de Juventud	24.05%	24.80%	23.73%
Índice de vejez	10.85%	13.92%	15.92%
Índice de envejecimiento	38.55%	57.55%	68.32%
Índice demográfico de dependencia	55.51%	50.54%	51.85%
Índice de dependencia infantil	43.75%	36.42%	35.39%
Índice de dependencia de mayores	11.76%	14.12%	16.46%
Índice de Friz	135.13	129.16	123.88

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

1.2.5 DINÁMICA DEMOGRÁFICA

La dinámica demográfica está dada por una serie de indicadores que muestran el proceso de movilidad de las poblaciones y su crecimiento en el lapso del tiempo de grupos quinquenales; la Tabla 19 detalla estos indicadores que nos muestran que:

- La tasa de crecimiento natural de la población crece hasta 13 personas por cada cien habitantes para 2020 6.97% menor que el primer quinquenio tabulado.
- La tasa de crecimiento total (media o exponencial) que se coloca 5.61 a 2015 y no se incrementa en forma especial en 0.06 puntos, manteniéndose en esa cifra, tal vez por los valores negativos dados por la migración.
- La tasa bruta de natalidad presenta descensos constantes, que según la proyección del censo de 2005 esta se corrige hacia un descenso más estacionario de un punto porcentual inter quinquenios, detalle que se observa en la figura 4, junto con los comportamientos de la tasa de mortalidad y el crecimiento natural.
- La tasa Bruta de mortalidad, en la figura 4, nos enseña como en los primeros quinquenios de la serie (1985 – 1990 a 2000-2005), esta tasa presenta un ligero descenso (7,02 a 6,97) para ascender en el siguiente quinquenio.
- El indicador de esperanza de vida al nacer es creciente en 1.47 años por los 7 quinquenios mostrados en la figura 5 para ser de casi de 76 años en 2020; por sexo esta esperanza de vida es mayor para mujeres frente a los hombres en 5.73 años, pero su incremento interquinquenos es mayor para ellos que para ellas, (1.53/1.32 respectivamente). El departamento ocupa el puesto 11 a nivel Nacional con una esperanza de vida al nacer de 74.46años a 2015, valor inferior al Nacional 75.22años.
- La tasa general de fecundidad se estima hasta 2015 en 65.7 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, inferior a la estimada para país que se situó en 71,5. La tasa global de fecundidad –TGF – estimada de 2.15, no se distancia el total de niños que tendría cada mujer respecto al país.
- Es importante tener presente que la edad media de fecundidad para el país ha ido en incremento a partir del 2000, y para el quinquenio 2010 - 2015 se espera que sea de 27.7 años. En el mismo sentido, por departamentos, se estima que la edad media de fecundidad oscile entre los 25 y 29 años (25.6 para el departamento), edades prácticamente el doble cuando se habla de fecundidad en mujeres entre los 10 -14 años.
- La tasa de reproducción neta, que referencia el número promedio de hijas que tendrá durante su vida una mujer, en el departamento se espera que al menos una mujer tenga una hija mujer en 2015, de los 2 hijos que tendría para el mismo año (1.02) en el departamento; para Colombia se espera algo más de 1 mujer hija por mujer (1.1).
- La tasa específica de fecundidad en las niñas entre 10 y 14 años se observa en 1.19 por 1,000 nacimientos y en mujeres entre 15 y 19 años es de 31,01.

Tabla 19: Dinámica demográfica estimada, departamento Quindío, 2010 a 2015.

INDICADOR	2010-2015	2015-2020
Tasa de crecimiento natural	9.64	8.7

Tasa de crecimiento total	5.61	5.67
Tasa bruta de natalidad	16.71	16.04
Tasa bruta de mortalidad	7.06	7.27
Tasa neta de migrantes	-3.98	-3.02
Tasa neta de reproducción	1.02	1.01
Esperanza de vida al nacer (años)	74.46	75.58
Esperanza de vida al nacer en hombres (años)	71.52	72.79
Esperanza de vida al nacer en mujeres (años)	77.57	78.52
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	65.70	65.40
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	2.15	2.12
Edad media de fecundidad - EMF (estimada)	25.60	
Tasa de reproducción neta (estimada)	1.022	
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años*	1.19	
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años*	31.01	

Fuente: DANE, proyecciones de censo 2005, series 1985 a 2020.

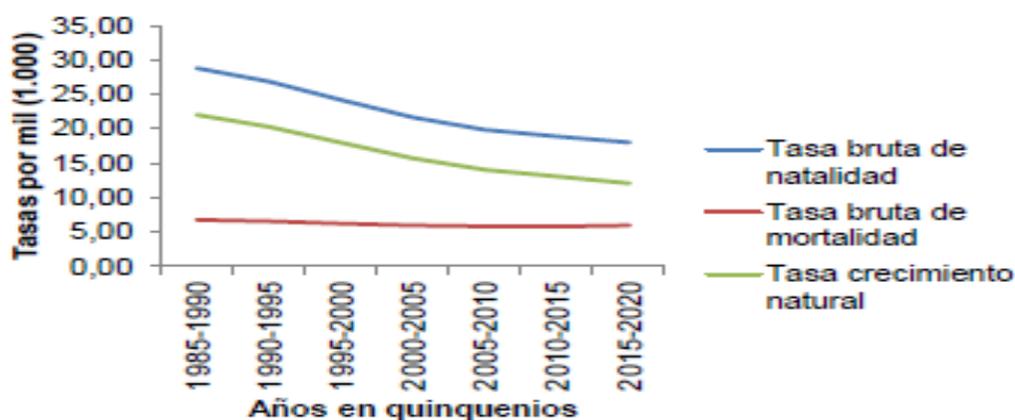


Figura 4: Dinámica demográfica de la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de mortalidad, departamento Quindío, 1985 al 2010.

Fuente: DANE, estimación demográficas 1985 – 2020

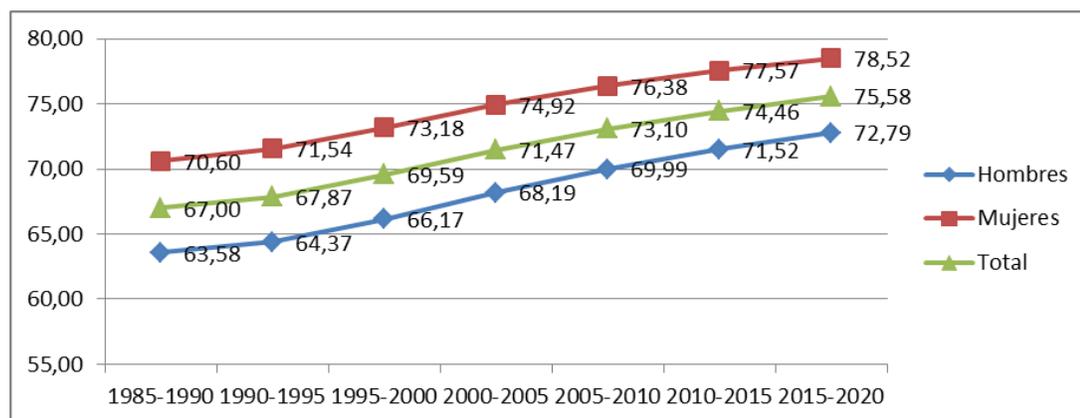


Figura 5: Esperanza de vida al nacer total y por sexo, departamento Quindío, 1985 – 2020

Fuente: DANE, proyecciones censales series 1995 - 2005

1.2.6 TASA NETA DE MIGRACIÓN

Es importante describir el comportamiento migratorio neto a partir 1985 basado en la tasa de migración cuando se observaba antes de 2000 una tasa neta de migración positiva (0.04) que pasó a una de tipo negativo; la tasa emigración ha variado en forma contante y proyectado hasta el 2020, se espera un balance negativo en -3.02 migrantes por cada 1,000 habitantes Figura 6; este desbalance o partida de los condepartamentales, se explica en relación con la búsqueda de oportunidades académicas y laborales fuera del Departamento y del país, en especial con el fenómeno natural de 1999. Es importante tener presente, desde la perspectiva de estabilidad financiera, que tales personas dentro de su dinámica familiar han tenido la posibilidad para movilizarse y ser fuente de ingresos y de estabilidad de para otros del núcleo familiar.

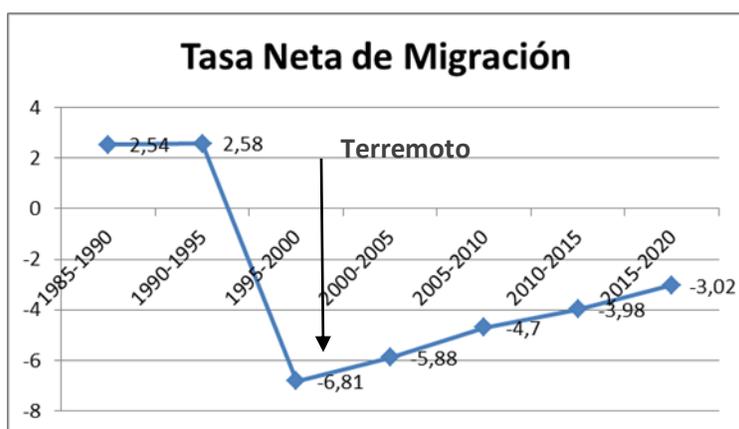


Figura 6: Tasa neta de migración, departamento de Quindío, 1985 a 2020.

Fuente: DANE; estimaciones de migración, construcción de los autores.

1.2.7 MOVILIDAD FORZADA

Para el año 2015 y con las cifras disponibles en el SISPRO, se documentan 36,541 personas como víctimas de desplazamiento forzado pasando de 35,591 en 2014 y de 31,720 en 2013; de manera general se puede describir que es mayor el desplazamiento entre los 10 a 54 años, mayor de las mujeres respecto a los hombres; en el grupo de 15 a 19 años el número fue mayor en varones, como para el grupo de edad entre 0 y 9 años. Como fenómeno constante en este periodo, el número de hombres victimizados con el desplazamiento con edades superiores a los 55 años fue mayor en cifras respecto al sexo femenino (víctimas también del fenómeno del desplazamiento) Tabla 20.

Tabla 20: Porcentaje poblacional víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, departamento Quindío 2015

Grupo etario	Hombres	Mujeres
De 0 a 4 años	5.04	4.32
De 5 a 9 años	8.62	7.55
De 10 a 14 años	10.78	9.71
De 15 a 19 años	9.91	9.47
De 20 a 24 años	10.65	10.17
De 25 a 29 años	8.28	9.78
De 30 a 34 años	7.30	8.95

Grupo etario	Hombres	Mujeres
De 35 a 39 años	7.02	8.43
De 40 a 44 años	6.47	7.55
De 45 a 49 años	5.95	6.77
De 50 a 54 años	5.21	5.47
De 55 a 59 años	4.27	3.97
De 60 a 64 años	3.57	2.69
De 65 a 69 años	2.36	1.89
De 70 a 74 años	1.68	1.27
De 75 a 79 años	1.08	0.76
De 80 años o más	1.52	0.90
NO DEFINIDO	0.30	0.34
Total	100	100

Fuente: Registro Único de Víctimas, fecha de corte agosto 31/13, Bodega de Datos, SISPRO.

1.3 ZONAS DE RIESGO

1.3.1 AMENAZAS DE TIPO NATURAL

El área geográfica departamental se localiza sobre la zona de influencia del sistema de “*Falla de Romera*”, el cual tiene inicio al sur del Golfo de Guayaquil en Ecuador, falla que se incorpora al país sobre el costado occidental y se interna en el mar Caribe al norte en Barranquilla. Esta comprende un numeroso conjunto de fallas paralelas: Falla de Silvia – Pijao, Falla Cauca – Almaguer y Falla Campanario – San Jerónimo, cuya actividad se remonta desde el periodo Paleozoico hasta la actualidad. La totalidad del territorio quindiano se encuentra clasificado como “zona de riesgo sísmico alto”, donde se esperan sismos con magnitud alrededor de 7 grados en la escala de Richter, con una historia reciente de movimientos telúrico que ocasiono 1.800 muertos en 1999 y el colapso de grandes volúmenes de edificaciones en las ciudades de Armenia, La Tebaida, Calarcá, Montenegro, y afecto en menor magnitud la ciudad de Pereira, con colapso importante de la red de hospitales y sistemas de socorro.

El Quindío se constituye en parte integral del área de influencia del cinturón circun-pacífico, al igual que otros departamentos de la región occidental de Colombia. Diferentes sistemas volcánicos activos e históricos influyen en el territorio quindiano. El volcán Machín que se encuentra a 15 kilómetros en línea recta de la ciudad de Ibagué (capital del departamento de Tolima) con 2,750 m.s.n.m se encuentra en la zona sismo-termológica norte, se ha clasificado como uno de los volcanes más explosivos y ácidos del mundo del que no existe consciencia y cabal conocimiento en la comunidad lo que incrementa su riesgo, en el mapa de riesgo del volcán, Armenia está ubicada a 40 kilómetros en línea recta como Silente y Calarcá, ciudades que se verían afectadas por la caída de cenizas y rocas volcánicas.

Se considera que al menos 15.1% de la población del departamento se encuentran ubicadas en zonas de alto riesgo por deslizamiento o en el mejor de los casos, riesgo mitigable por deslizamiento, porcentaje que se encuentra incrementado por el porcentaje de viviendas inadecuadas o con condiciones de privación. Los municipios “cordilleranos”, construidos sobre las márgenes inundables de ríos y quebradas, son altamente vulnerables por esta amenaza. Pijao, presenta una serie de taludes inestables aguas arriba del río Lejos, que eventualmente pueden producir deslizamientos con la posibilidad de obstrucción súbita de su cauce produciendo una avalancha de considerable magnitud; el Corregimiento de La Virginia del municipio de Calarcá,

donde el material suelto aledaño a la trayectoria del cauce de la quebrada El Cofre, aguas arriba se obstruye su cauce especialmente en temporada invernal, produciendo crecientes súbitas.

La Tabla 21 detalla el total de las viviendas de todos los estratos que están con riesgos naturales, sean deslizamientos, inundaciones o avalanchas; de las viviendas detectadas en riesgo, las ubicadas en zonas urbanas y del estrato uno son las más propensas a deslizamientos (82%), riesgo mayor detectado en el departamento; el segundo riesgo total de importancia, la inundación en las zonas urbanas, afectaría hasta 64% de las viviendas en el estrato uno, mientras 71% de las viviendas del mismo estrato están afectadas por riesgos de avalanchas. Así, en las 11,842 viviendas, unas 49.000 personas estarán en riesgos de estos tipos.

Tabla 21: Numero y porcentaje de viviendas con algún tipo de riesgo natural, por estrato y zonas, departamento, Quindío, 2012.

NIVEL SISBEN	DESPLAZAMIENTO				INUNDACION				AVALANCHA				TOTAL
	URBANO	%	RURAL	%	URBANO	%	RURAL	%	URBANO	%	RURAL	%	
Uno	6,156	82%	428	40%	956	64%	85	23%	770	71%	84	29%	8,479
Dos	1,200	16%	606	57%	416	28%	232	64%	267	25%	167	59%	2,888
Tres	193	3%	29	3%	118	8%	36	10%	40	4%	30	11%	446
Cuatro	0	0%	6	1%	3	0%	10	3%	6	1%	4	1%	29
Cinco	0	0%		0%		0%		0%		0%		0%	0
Seis	0	0%		0%		0%		0%		0%		0%	0
TOTAL	7,549	64%	1,069	9%	1,493	13%	363	3%	1,083	9%	285	2%	11,842

Fuente: Secretaría de Planeación, DNP, estratificación SISBEN 2012.

1.3.2 LA VULNERABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO ANTE INCENDIOS FORESTALES

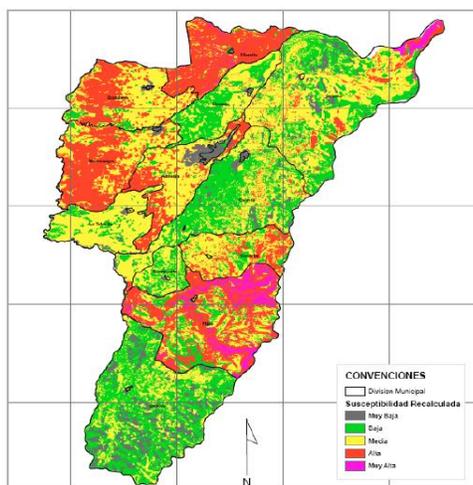
El departamento del Quindío posee una extensión de 196,065 hectáreas, de las cuales 29.1% lo constituyen bosques y guaduales naturales primarios intervenidos y secundarios altamente intervenidos que cumplen la doble función de protección-producción; 2.21% de lo cultivado, lo constituyen plantaciones forestales las cuales incluyen pinos, eucaliptos y guadua del tipo protector – productor.

Por altitud, el bosque abierto alto, presenta un área total de 17,627.37 hectáreas correspondientes al 31% de total los bosques; se encuentra principalmente en los municipios de la cordillera como Génova, Pijao, Córdoba, Calarcá y Salento; el bosque denso alto representa 13.6% de la totalidad de los bosques en el departamento, distribuido en los municipios de Génova, Pijao, Córdoba, Calarcá y Salento y unos pequeños parques en los municipios de Quimbaya y Montenegro. El bosque denso bajo presenta el menor porcentaje de área de todos los bosques (0.41%), se encuentra distribuido como relicto de bosques en los municipios de Quimbaya, Montenegro, La Tebaida, Armenia, Circasia y Filandia.

En los municipios de Filandia y Montenegro se reportan la mayor área afectada por incendios con 122.2 hectáreas afectadas. Se debe tener en cuenta que Filandia es el cuarto municipio que más áreas tienen destinadas a plantaciones forestales y en dichas situaciones, algunos incendios se deben a accidentes en las labores de cosecha, pero la mayoría es producto de acciones humanas

intencionales. En el municipio de Pijao resulta más afectado pues en un periodo de 3 años se reportaron 26 eventos en una extensión de 86.01 hectáreas.

En Calarcá, un predio en el sector de los Chorros de San Rafael, se afecta cada año por un incendio forestal, situación que se explica como consecuencia de la acción de pirómanos que transitan por el sector; en Génova, Salento, Circasia, Córdoba y La Tebaida se han reportado algún incendio de tipo forestal que su magnitud ha requerido algún intervención de los cuerpos de seguridad; el Mapa 9 detalla las áreas por municipios de propensión a incendios, con riesgos altos en las zonas occidentales departamentales y muy altas en el municipio de Pijao y las zonas norte de Salento.



Mapa 9: Susceptibilidad de incendios forestales recalculada incluyendo los niveles de ocurrencias históricas Quindío 2011.

Fuente: CRQ.

Se ha realizado una calificación de vulnerabilidad municipal en cuatro niveles de “Muy alto” a “Baja” así:

- La capacidad de respuesta institucional, dada por: disponibilidad de personal capacitado, -tratados diferencialmente-, vehículos, herramientas, equipos de control, sistema de comunicación, red de apoyo institucional, funcionalidad del Comité Local de Prevención y Atención de Desastres, instrumentos de gestión, Plan Local de Contingencias en Incendios Forestales debidamente actualizado.
- Accesibilidad sitios afectados por incendios forestales, vías de comunicación adecuadas para la movilización de los vehículos para la atención de las emergencias.

La vulnerabilidad de los municipios según rangos, que se detallan en la Tabla 22, dada en función de criterios técnicos antes descritos, resume en que solo un municipio, Salento, presenta el mayor riesgo (Muy Alto) y 3 de los 12 están en riesgo bajo.

Tabla 22: Nivel de vulnerabilidad municipal, departamento Quindío, 2014.

MUNICIPIO	VULNERABILIDAD POR CAPACIDAD
Armenia	Baja
Buenavista	Media
Calarcá	Media

MUNICIPIO	VULNERABILIDAD POR CAPACIDAD
Circasia	Alta
Córdoba	Media
Filandia	Alta
Génova	Alta
La Tebaida	Baja
Montenegro	Baja
Pijao	Alta
Quimbaya	Alta
Salento	Muy alto

Fuente: Corporación Regional del Quindío - CRQ.

CONCLUSIONES

La Ciudad de Armenia como la capital, aborda la mayor densidad poblacional (casi 6 veces más que el Municipio que le sigue); resultado del polo de atracción laboral y educativo dado el desarrollo social -económico y de su infraestructura propia de las capitales departamentales. Este lugar combinado con otras variables, como el nivel de urbanización, hace que la ciudad capital enfrente diferentes dinámicas y problemas relacionados con la salud de la población entre otros fenómenos de tipo social. Es importante anotar que el área de este Municipio ocupa el 5º lugar cuando comparamos tamaños de área frente a otras capitales del país.

En su orden, los municipios que presentan mayor densidad poblacional son: La Tebaida, Calarcá, Circasia y Montenegro, los cuales son los que geográficamente están más cercanos a la capital; los municipios denominados cordilleranos y con fuerte vocación agrícola, presentan las menores densidades poblacionales; algunos de estos con áreas geográficas extensas, caso de los municipios de Génova (2º lugar) y Pijao (3er lugar). Salento es el municipio con menor densidad poblacional y de mayor área geográfica; es importante mencionar que además de su vocación agrícola, en la actualidad le ha dado una conversión económica relacionada con el turismo, la agroindustria y el comercio, elementos que dinamizaran la red de servicios, donde además se contemplan aspectos relacionados con la accesibilidad geográfica, el grado de dispersión de la población, los mismos niveles de urbanización, entre otros factores.

La realidad demográfica del departamento condiciona una situación de acción, que a la luz de las capacidades técnico-políticas, infraestructura de los servicios de salud, servicios sociales y la economía familiar, deben ser analizadas para la planeación de intervenciones integrales; ahora bien vale preguntarnos la diferencia con los resultados nacionales y para ello es importante revisar la dinámica de la estructura poblacional, su comportamiento histórico, proyecciones y otras explicaciones causales sobre las variables que influyen en estas dinámicas.

La dinámica de la población del Departamento del Quindío, según ciclo vital, evidencia descenso progresivo en los periodos bajo análisis y la proyección (2005 - 2020) para grupos primera infancia, infancia, adolescencia; respecto a los grupos que crecen, los jóvenes, adultos y las personas mayores se deben esgrimir mejores políticas asistenciales. Para la proyección 2020, la estructura por ciclo vital es modificada en sus proporciones dado el aumento de las personas mayores (13.2%/2005 a 15.9%/2020).

Al evaluar la población por grupos etarios, la tendencia a 2020 es la disminución en los grupos inferiores a los 25 años; los grupos a partir de los 25 años hasta los mayores de 80 años tienen tendencia progresiva al ascenso/crecimiento. Respecto al sexo, hay un mayor peso de los hombres en los grupos menores de 25 años, límite desde donde predomina el sexo femenino; ahora bien en el conjunto y en todos los años, el peso proporcional de las mujeres es mayor que el valor correspondiente a los hombres.

La estructura poblacional estimada para el año 2020 presenta un peso proporcional: 25 - 44 años, 45 - 59 años, 5 - 14 y 15 - 24 años (tienen igual peso proporcional), 60 - 79 años, 1 - 4 años, mayores de 80 años, menores de 1 año, este comportamiento se considera importante en términos de la planificación de los servicios (salud y sociales).

Al comparar la razón de niños con Colombia (2012), hay una diferencia de más 2.71 (niños y niñas entre 0 - 4 años) a favor del departamento, conociéndose además que para Colombia, descendió

según reporte comparativo con 2005. El comparativo con el índice de infancia es diferente, si bien la cifra Colombia supera la del Departamento, también se reporta un descenso para el País con relación al 2005.

Para el año de 2013 y con relación al índice de juventud, este se corresponde casi con la cuarta parte de la población.

El índice de vejez y el índice de envejecimiento, para el departamento se espera que crezca e incluye el crecimiento estimado para la proyección 2020, debiéndose resaltar que se trata de un indicador afectado por cambios intergeneracionales y su aumento sistemático, implica para los Estados, una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de mayor edad.

Respecto al índice demográfico de dependencia, se estima un ascenso para el departamento en 2020 (51.85 personas), pero la cifra estimada será menor que la reportada para 2005; ahora bien, las cifras de Quindío son menores que las Nacionales, con comportamiento diferente en el índice de dependencia infantil que viene progresivamente disminuyendo. En complemento de los indicadores de dependencia; el índice de dependencia de mayores obviamente son reflejo de los cambios en la dinámica poblacional ya presentados; tal índice se ha comportado hacia el ascenso y así mismo se proyecta para el 2020 continuar su crecimiento. La proyección entonces es un reto para los planificadores no solo del sector salud, sino para todos los actores sociales involucrados en las políticas públicas del Departamento.

El índice de friz (IF) para todos los periodos ubica la población del Departamento como madura, resaltando la tendencia al descenso en la proyección 2020.

Estamos observando un ascenso en la tasa bruta de mortalidad y que esta se mantiene en la proyección hasta el 2020, situación que debe evaluarse a la luz de todas las intervenciones desde el sistema de salud y desde otros sectores tendientes a impactar las causas de las misma, el acceso y la calidad de los diferentes servicios que tienen directa injerencia en su disminución, es decir que pueden intervenir favorable y positivamente.

Sera lógico que al profundizar el comportamiento de la mortalidad, su estructura y su causalidad, tales diferencias sean explicadas, máxime si se logran evaluar la serie de determinantes que desde el punto de vista laboral, social y económico, tienen directa relación con la mortalidad específica por sexos, incluida la estructura y tendencias de la morbilidad, letalidad y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social incluida la red prestadora de servicios de salud.

Como dato complementario y teniendo en cuenta los quinquenios utilizados en este análisis, es de resaltar que la diferencia de la esperanza de vida al nacer por sexo se viene estrechando progresivamente a favor de los hombres, lo cual también se debe evaluar a la luz de los cambios en la estructura de la secuencia morbilidad – mortalidad, pero que se verán dilucidados en series amplias de población.

Con relación al indicador esperanza de vida al nacer, la tendencia es favorable para ambos sexos, los valores ascienden de manera progresiva en el tiempo (incluida la proyección 2020), la diferencia de 5.73 años en el indicador a favor de las mujeres es importante integrarlo a otra serie de variables que permiten el dominio demográfico futuro del género femenino con una serie de impactos a analizar sobre la misma dinámica demográfica, social-económica del departamento y con una serie de demandas muy específicas sobre el sector de la salud.

De manera puntual puede evidenciarse una tasa menor de natalidad para el departamento de Quindío, cuando se compara con la estimación Nacional del quinquenio. Esta tasa para el quinquenio en la Región Central se presenta entre 63 y 98 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, quedando la cifra del Departamento del Quindío allí incluida. Estas cifras son útiles al cruzarse con demás variables que proyectan la dinámica por ciclo vital y volúmenes poblaciones, para efectos de planificación en salud y de otros sectores, al estimarse también las necesidades de salud y sociales en el tiempo.

El significado que por cada 1.000 mujeres entre 10 - 14 años se presenta 1.19 nacimientos, muestra una situación preocupante en el ciclo vital de la niña, su nivel de dependencia familiar social, los impactos relacionados con las oportunidades educativas y laborales futuras; además de todo un análisis que debe realizarse desde la perspectiva de la salud relacionada con el binomio madre – hijo y lo más importante, el abuso sexual en este grupo de edad de infancia. En concordancia con lo anterior, el análisis debe trascender otros ámbitos y de manera importante, otros determinantes sociales, donde variables relacionadas con los valores sociales, estructura familiar, educación sexual entre otros comportamientos, que tienen directa injerencia para embarazos a temprana edad (embarazos en la adolescencia), tema que se ha catalogado como un problema de salud pública.

Las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años de 31.01 es una situación similar en lo mencionado para el grupo anterior, igual de preocupante desde la perspectiva de la ubicación en ciclo vital, su nivel de dependencia familiar social, los impactos relacionados con las oportunidades educativas presentes y laborales futuras; además de todo un análisis que debe realizarse desde la perspectiva de la salud relacionada del binomio madre - hijo en este grupo de edad calificado de alto riesgo obstétrico. En concordancia con lo anterior, el análisis debe trascender varios ámbitos y de manera importante, otro tipo de determinantes sociales, que tienen directa injerencia para embarazos que se presentan entre la edad de 15 y 19 años, sin olvidar otra serie de aspectos psicológicos, socio - económicos de las parejas y familias de las parejas.

En concordancia con análisis de la información de la serie de tiempo de los indicadores de natalidad y de mortalidad en el departamento, concluimos que el descenso en la natalidad y un comportamiento de la mortalidad con la información disponible, que deben interpretarse en conjunto con los determinantes sociales bajo las premisas de planificación e intervención desde el sector salud y los demás sectores involucrados, para mejorar las condiciones de vida de la población en un futuro no muy lejano (si vislumbramos datos del 2020).

Ya previamente se mencionó que según las estimaciones DANE, la natalidad al igual que la mortalidad en Colombia, sigue una tendencia al descenso y se espera que este comportamiento se mantenga hasta el 2020; en tal sentido el, departamento muestra en el indicador mortalidad otra tendencia y ello debe ser objeto profundo de análisis bajo una perspectiva integral (salud, social y económica).

Las tasas de crecimiento de la población (natural y total) dan cuenta del aumento poblacional en las proyecciones a 2020, sin embargo los valores de manera progresiva van decreciendo. La tasa bruta de natalidad tiene una tendencia progresiva al descenso, la cual se refleja en la base de la pirámide poblacional (constricción).

Como cifras de otros indicadores demográficos del departamento, tasa general de fecundidad, la tasa global de fecundidad, las tasas de fecundidad por edades específicas, son cifras para cotejar con los programas de salud pública dirigidos a la mujer, sus metas e impactos esperados. Respecto a la edad media de fecundidad se corresponde como un valor inferior a la reportada para el nivel nacional.

Respecto de la migración se presenta un fenómeno a partir del quinquenio 1995-2000, con emigración neta progresiva al descenso.

Con el propósito de que la caracterización de los fenómenos de desplazamiento forzados sea más completa e integral, la información futura debe desagregarse por periodos comparables e integrarse con otra serie de determinantes y variables socio-económicas internas y externas que deben incluir la relación con el Sistema General de Seguridad Social en salud, red de prestación de servicios de salud, aseguramiento, acceso y calidad de los servicios, entre otro tipo de asistencias sociales y de apoyo dirigidas a estas poblaciones altamente vulnerables y que de manera real, se involucran en comunidades con sus propias dinámicas y en ocasiones que abordan diversos tipos de problemas complejos.

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

La determinación de la salud y los efectos sobre ella, se elabora a partir de los análisis sobre los resultados en salud entendidos estos como la “afectación”, en este caso, con aspectos de mortalidad y en segundo instante con la morbilidad o enfermedad.

Se realiza el análisis de la mortalidad y morbilidad teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, Decima Revisión, CIE 10, organizada por 6 grandes causas; se calcularán las tasa de mortalidad global, como la específicas por subgrupo de edad y sus causas y las características de la mortalidad en las dinámicas materna, infantil y de la niñez; estas tasas se les realizará una ejercicio analítico de “tasación de las tasas”, ajustándolas por el método directo con base a una población estándar aportada por la OMS.

Se realizará un análisis de la morbilidad atendida, basándose en dos fuentes de información: la reportada por medio del sistema de Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) y el reporte de Enfermedades de Notificación Obligatorio, (ENO).

Los determinantes de salud es intermediarios y estructurales incorporará la desagregación por variables demográficas como sexo, nivel educativo, área de residencia, afiliación a la seguridad social, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad según las fuentes de información estandarizadas por el Estado.

La mirada integral de la morbilidad y mortalidad y de sus determinantes, permitirá contextualizar el análisis de situación de salud de la población del Quindío y permitirá, al realizarse el cruce de variables y usarse las proyecciones poblacionales, planificar y hacer propuestas de intervención, bajo un enfoque integral, con miras, no solo a mejorar las condiciones de salud de la población, sino la calidad de vida en su conjunto.

2.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS

El análisis de mortalidad se organizó por los siete grupos de causas de acuerdo a la lista de agrupación de la mortalidad 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se presenta en secuencia el total de muertes, las tasas brutas de mortalidad y luego los eventos de la mortalidad con sus respectivas tasas específicas desagregadas por quinquenios para el periodo de 2005 a 2013; seguidamente, se desarrolla en análisis de tasas ajustadas obtenidas mediante la estimación y ajuste de las tasas por edad según el método directo para una distribución de población hipotética planteada por la OPS.

En la Tabla 23, se detallan el total de los eventos de mortalidad, donde se muestra que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares, son las causas con mayor frecuencia observadas en el periodo entre 2005 a 2013, cuyo máximo número de eventos se dan en 2013 con 1,073 defunciones, seguidas de las demás causas y las

neoplasias. Solo se observa que los eventos de causa externa están disminuyendo en este último año.

En el periodo 2005 - 2013 se presentaron incrementos diferentes en los diferentes grupos de causa: las enfermedades transmisibles (244/252), neoplasias (740/756), enfermedades del sistema circulatorio (1,050/1,073) y las demás causas (803/900) y las que presentaron un descenso fueron: afecciones del periodo perinatal (38/37) y las causas externas (455/423); el cambio se da en general con un aumento de 4% de las defunciones, y el más intenso es el último tipo de defunciones, que crecen 175%, lo que muestra mala calidad de información desde la fuente.

Tabla 23: Total de muertes ocurridas, agrupadas por la lista 6/67 OPS, departamento Quindío 2005 al 2013.

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	213	200	212	200	201	246	247	244	252
Neoplasias	605	553	654	642	642	686	693	740	756
Enfermedades del sistema circulatorio	996	985	959	1,008	972	1,039	997	1,050	1,073
Afecciones periodo perinatal	63	51	65	53	63	45	47	38	37
Causas externas	473	480	504	461	505	464	450	455	423
Las demás causas	866	788	855	832	835	857	773	803	900
Signos y síntomas mal definidos	5	7	7	4	9	14	32	4	11
Total de defunciones	3,221	3,064	3,256	3,200	3,227	3,351	3,239	3,334	3,452

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

Este comportamiento en las defunciones en el lapso de nueve años en Quindío, muestra un comportamiento de una variabilidad exponencial de las tasa general de mortalidad con tendencia al descenso en tres estas, las demás causas, externas y perinatales; las causas con tasa generales de mortalidad siempre mayor son las enfermedades cardiovasculares, estas oscila en 6 puntos en los extremos anuales, la mayor tasa se presentó para 2013 (Tabla 24, Figura 7); al evaluar el total de las defunciones, en 2013 se presentó la mayor tasa bruta de mortalidad, 618 defunciones por 100,000 habitantes, mientras que para el año 2006 en el departamento del Quindío se presentó un menor riesgo de morir, con 570 defunciones por 100,000 habitantes, o la que equivale a que se incrementó en 8% la probabilidad de fallecer.

Tabla 24: Tasas Brutas de Mortalidad por Grandes Causas, departamento Quindío, 2005 al 2013 (tasas por 100.000 habitantes).

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	40	37	39	37	37	45	45	44	45
Neoplasias	113	103	121	118	117	125	125	133	135
Enfermedades del sistema circulatorio	186	183	177	185	178	189	180	189	192
Afecciones periodo perinatal	12	10	12	10	12	8	9	7	7
Causas externas	89	89	93	85	92	84	81	82	76
Las demás causas	162	147	158	153	152	156	140	144	161
Signos y síntomas mal definidos	1	1	1	1	2	3	6	1	2
Tasa general de defunciones	603	570	602	589	590	610	586	600	618

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

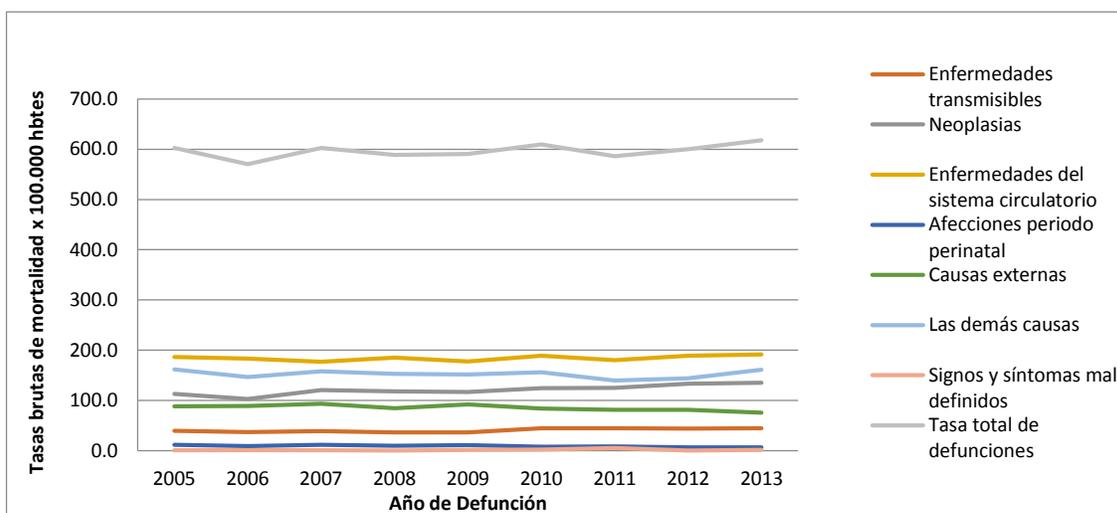


Figura 7: Comportamiento de la tasa bruta de mortalidad por grandes causas departamento, Quindío, 2005 a 2013.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

Al desarrollar las tasas específicas por edad y causas, (Tabla 24 a Tabla 50), se destaca que por infecciones, el grupo menos afectado es el de niños entre los 10 a 14 años, y el más afectado son los adultos mayores de 80 años, cuya tasa casi cuadruplica la del grupo superior a este; en general entre 2012 a 2013, solo se mejora la tasa de mortalidad específica por enfermedades infecciosas en 7 grupos de edad (41%), presentándose una disminución de 0.13% en el más afectado y el de mayor reducción fue el 35 a 39 años, con un descenso importante en las defunciones por causas infecciosas en los grupos de menores de 19 años, de venir observándose tasa de 13 casos por cada 100,000 menores de 4 años en 2012 a pasar a 9.

En las causas por cáncer o neoplasias, son evidentes los altos riesgos que aumentan progresivamente en los mayores de 50 años, aunque es una morbilidad que se incrementa desde los 25 años y más hasta el máximo valor de 1,829 defunciones por 100,000 mayores de 80 años en 2013, incrementándose en los 9 años 12% esta última tasa.

Las enfermedades circulatorias que aportan el mayor volumen de defunciones anuales, entre 959 y 1,076 casos entre 2005 (996) a 2013; la tasa específica en los mayores de 80 años fue de aproximadamente 5.000 fallecimientos por cada 100,000 personas y superó esta cifra en 2012. A partir de los 70 años de edad las tasas específicas superan el valor de 1,000 fallecimientos por cien mil duplicándose y cuadruplicándose en los grupos quinquenales subsiguientes.

Las expresiones de riesgo por causas perinatales, se deberán explorar en las causas de la infancia, donde en este grupo de edad las afecciones perinatales aportaron 36 defunciones en 2013, para una tasa de 78 por 100,000 niños en el grupo de menores de 4 años, ya la mitad de la tasa más alta observada para el año 2007.

La Tabla 29 muestra que las defunciones por causa externas, que aporta entre 504 a 423 fallecimientos en los años analizados, siendo este último de 2013 y el más bajo en nueve años; se evidencia que las personas mayores de 80 años presentan una probabilidad de morir que pueden

tener hasta 203 defunciones anuales por 100,000 personas de esta edad, ésta tasa es la más alta en el último año en todos los grupos de edad, es de resaltar que éste comportamiento supera las tasas observadas en los grupos de edad donde se esperaba que se presentaran las mayores tasas por causas externas (adultos y jóvenes). Esta situación se deberá dilucidar por el gobierno, si es frente a la alta agresión o la falta de protección al adulto mayor y la probabilidad de muerte por este evento. Las tasas en los grupos de edad joven (menores de 30), la mayor tasa específica se observa entre los 25 a 29 años; en el grupo de 30 a 34 años, con referencia a 2010 específicamente, que podrían tener hasta 175 defunciones por cada 100.000 personas disminuyo 29% su probabilidad de morir en 2013.

Respecto con las tasa específicas por las demás causas, el menor volumen de defunciones se observaron en 2011 con 773 casos y en 2013 se presenta el de mayor eventos; es importante resaltar que el la mayor tasa es aportada por los grupos de edad elevada a partir de los 75 años donde se evidencia un crecimiento progresivo de los grupos quinquenales.

Las causas mal definidas y síntomas de enfermedad mal calificados, llama la atención que se hallan sextuplicados entre el primer año de análisis a 2011, asunto que muestra fallas en la calidad de codificación, asunto de atención por la autoridad en salud responsable de la capacitación del gremio médico en la correcta codificación de las casos en el sistema de información; esta codificación a 2013 mejora pero se incrementa con relación a 2012.

Tabla 25: Total tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	11	24	15	32	14	30	17	37	9	20	9	20	6	13	6	13	4	9
De 5 a 9 años	3	6	2	4	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	1	2
De 10 a 14 años	0	0	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	2	4	0	0	0	0
De 15 a 19 años	1	2	2	4	3	6	0	0	1	2	3	6	1	2	3	6	2	4
De 20 a 24 años	9	21	4	9	4	9	3	7	10	22	7	15	3	6	5	11	4	8
De 25 a 29 años	10	26	12	31	12	31	7	18	15	38	6	15	10	25	9	22	14	34
De 30 a 34 años	14	39	14	39	17	48	15	42	12	33	17	47	17	46	15	41	16	43
De 35 a 39 años	15	39	14	37	19	51	12	33	13	37	9	26	15	44	14	41	9	26
De 40 a 44 años	15	39	20	52	12	31	15	39	17	45	20	53	19	52	16	45	15	43
De 45 a 49 años	15	45	11	32	19	54	18	50	9	25	13	35	15	40	13	35	15	40
De 50 a 54 años	16	56	12	41	6	20	18	58	11	35	11	34	21	63	13	38	14	40
De 55 a 59 años	11	49	14	60	14	57	11	43	7	27	10	37	20	71	17	59	21	71
De 60 a 64 años	4	23	9	50	15	80	8	41	8	39	7	33	15	68	16	70	11	46
De 65 a 69 años	8	55	10	68	5	34	10	66	9	58	7	44	14	85	14	82	16	90
De 70 a 74 años	24	217	12	106	7	60	10	84	11	91	17	138	18	144	16	126	19	146
De 75 a 79 años	16	199	15	189	12	151	18	221	17	202	22	251	17	187	17	181	20	208
De 80 y más años	41	593	33	452	52	679	37	465	49	595	87	1022	54	614	69	760	71	759
Total	213		200		212		199		200		246		247		244		252	

Tabla 26: Total tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	2	4	4	9	4	9	3	6	1	2	1	2	1	2	2	4	4	9
De 5 a 9 años	4	8	1	2	2	4	2	4	4	9	4	9	2	4	1	2	4	9
De 10 a 14 años	1	2	1	2	6	11	4	8	1	2	5	10	2	4	2	4	1	2
De 15 a 19 años	5	10	2	4	5	10	3	6	2	4	3	6	5	10	5	10	5	10
De 20 a 24 años	6	14	3	7	5	12	4	9	9	20	5	11	3	6	2	4	2	4
De 25 a 29 años	7	18	9	23	2	5	5	13	5	13	6	15	5	12	5	12	4	10
De 30 a 34 años	7	19	6	17	4	11	13	36	11	30	9	25	7	19	11	30	12	32

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 35 a 39 años	19	49	11	29	9	24	12	33	15	43	14	41	15	44	13	38	10	29
De 40 a 44 años	26	68	25	65	16	42	21	55	26	68	24	64	19	52	28	78	19	55
De 45 a 49 años	32	95	33	96	36	102	33	92	37	101	40	108	43	115	40	107	34	91
De 50 a 54 años	42	148	48	164	44	146	38	123	41	129	50	154	49	147	56	164	45	129
De 55 a 59 años	60	266	51	217	53	217	51	201	57	216	51	187	59	210	53	184	65	219
De 60 a 64 años	59	336	51	282	60	320	64	329	69	340	67	317	69	313	79	344	74	310
De 65 a 69 años	79	548	80	547	89	599	75	496	69	447	94	592	81	493	104	610	99	558
De 70 a 74 años	76	687	82	724	110	949	96	808	77	634	79	639	107	854	93	731	104	802
De 75 a 79 años	68	847	60	757	97	1219	87	1069	84	996	95	1082	90	990	96	1022	103	1070
De 80 y más años	112	1621	86	1177	112	1463	131	1648	131	1590	139	1632	136	1546	150	1653	171	1829
Total	605		553		654		642		639		686		693		740		756	

Tabla 27: Total tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	3	6	3	6	2	4	3	6	5	11	2	4	1	2	0	0	0	0
De 5 a 9 años	0	0	2	4	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0
De 10 a 14 años	0	0	1	2	1	2	1	2	0	0	1	2	1	2	2	4	0	0
De 15 a 19 años	2	4	1	2	0	0	1	2	2	4	1	2	0	0	1	2	0	0
De 20 a 24 años	3	7	2	5	3	7	1	2	3	7	2	4	4	9	7	15	1	2
De 25 a 29 años	1	3	3	8	1	3	3	8	1	3	3	8	4	10	3	7	5	12
De 30 a 34 años	7	19	5	14	5	14	4	11	4	11	3	8	2	5	5	14	6	16
De 35 a 39 años	12	31	3	8	10	27	6	17	5	14	8	23	6	18	9	26	4	12
De 40 a 44 años	15	39	14	36	14	36	21	55	14	37	12	32	12	33	15	42	12	35
De 45 a 49 años	25	75	21	61	33	94	19	53	23	63	21	57	14	38	21	56	16	43
De 50 a 54 años	48	169	50	171	36	120	35	113	31	98	42	129	46	138	40	117	45	129
De 55 a 59 años	48	213	63	268	64	262	63	248	68	258	62	228	49	175	59	204	59	199
De 60 a 64 años	87	496	51	282	76	406	69	354	68	335	83	393	63	286	77	335	78	327
De 65 a 69 años	106	735	113	772	86	579	100	662	104	673	80	503	93	566	86	504	83	468
De 70 a 74 años	123	1111	115	1016	133	1147	127	1068	140	1153	132	1068	136	1086	135	1062	134	1033
De 75 a 79 años	183	2279	176	2221	164	2061	164	2014	133	1578	159	1812	171	1880	130	1384	163	1693
De 80 y más años	333	4818	362	4955	330	4311	391	4918	370	4491	426	5002	395	4490	459	5058	467	4994
Total	996		985		959		1008		971		1038		997		1050		1073	

Tabla 28: Total tasas específicas por afecciones periodo perinatal, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	63	135	51	109	65	140	53	115	63	137	45	98	46	100	38	83	36	78
Total	63		51		65		53		63		45		46		38		36	

Tabla 29: Tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	11	24	14	30	5	11	8	17	10	22	4	9	5	11	13	28	2	4
De 5 a 9 años	2	4	5	10	2	4	3	6	4	9	2	4	3	7	2	4	0	0
De 10 a 14 años	3	6	7	13	13	25	8	16	8	16	3	6	5	10	7	15	1	2
De 15 a 19 años	48	100	47	96	67	134	40	79	38	74	50	97	59	115	41	81	45	91
De 20 a 24 años	70	166	69	162	73	170	70	160	70	157	58	128	58	125	65	137	63	130
De 25 a 29 años	51	132	62	160	60	154	59	151	68	173	67	169	62	155	45	111	51	123
De 30 a 34 años	46	128	54	151	57	160	56	156	59	163	64	175	54	147	59	160	46	124
De 35 a 39 años	57	147	38	100	45	122	47	131	45	129	27	79	39	115	36	106	34	99
De 40 a 44 años	43	113	36	94	43	112	39	101	38	100	34	91	32	87	27	76	30	87
De 45 a 49 años	37	110	32	93	34	97	23	64	30	82	21	57	20	54	33	88	27	72
De 50 a 54 años	23	81	29	99	21	70	23	74	24	76	26	80	33	99	22	65	27	78

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 55 a 59 años	17	75	18	77	22	90	19	75	13	49	23	84	15	53	20	69	21	71
De 60 a 64 años	15	85	16	88	10	53	10	51	19	94	17	80	11	50	20	87	10	42
De 65 a 69 años	14	97	16	109	11	74	12	79	22	142	12	76	10	61	8	47	18	101
De 70 a 74 años	9	81	9	80	11	95	10	84	14	115	10	81	16	128	13	102	18	139
De 75 a 79 años	8	100	10	126	12	151	12	147	18	214	17	194	10	110	12	128	11	114
De 80 y más años	19	275	17	233	18	235	22	277	24	291	28	329	18	205	31	342	19	203
Total	473		479		504		461		504		463		450		454		423	

Tabla 30: Tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2013

QUINQUENIOS	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	Eventos	Tasa																
De 0 a 4 años	28	60	36	77	37	80	30	65	32	69	34	74	29	63	25	54	23	50
De 5 a 9 años	3	6	4	8	5	10	5	11	3	6	0	0	4	9	0	0	3	7
De 10 a 14 años	6	11	4	8	4	8	2	4	1	2	4	8	2	4	1	2	3	6
De 15 a 19 años	5	10	9	18	3	6	11	22	2	4	7	14	4	8	6	12	3	6
De 20 a 24 años	10	24	12	28	7	16	8	18	7	16	3	7	2	4	3	6	4	8
De 25 a 29 años	8	21	9	23	5	13	6	15	8	20	6	15	3	7	10	25	8	19
De 30 a 34 años	4	11	9	25	10	28	9	25	5	14	8	22	9	24	5	14	7	19
De 35 a 39 años	10	26	8	21	10	27	6	17	12	34	8	23	10	29	8	23	7	20
De 40 a 44 años	16	42	14	36	14	36	15	39	15	39	17	45	7	19	16	45	14	40
De 45 a 49 años	21	63	20	58	20	57	14	39	21	58	25	68	17	46	17	45	20	54
De 50 a 54 años	30	105	25	85	31	103	29	94	25	79	26	80	25	75	17	50	25	72
De 55 a 59 años	46	204	47	200	39	160	35	138	49	186	33	121	45	160	44	152	34	115
De 60 a 64 años	57	325	69	382	63	336	48	246	46	227	56	265	58	263	55	240	52	218
De 65 a 69 años	96	666	71	485	76	512	70	463	67	434	79	497	63	384	63	370	83	468
De 70 a 74 años	130	1175	92	813	103	888	105	883	90	741	122	987	83	663	103	810	114	879
De 75 a 79 años	134	1669	130	1641	135	1696	129	1585	143	1696	132	1504	113	1242	119	1267	116	1205
De 80 y más años	262	3791	229	3134	293	3828	310	3899	305	3702	297	3488	299	3398	311	3427	384	4107
Total	866		788		855		832		831		857		773		803		900	

Tabla 31: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2013

Quinquenios	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Todos	Eventos								
Total	5	7	7	4	9	14	32	4	11

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE.

2.1.1 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS

La descripción de la defunción y sus causas por grandes grupos, pretende tener el análisis global de las magnitudes del daño a la salud y el detalle de las causas por subgrupos, nos permitirá establecer dentro de esas grandes causas, las causas en un detalle presupuestado en función de una agrupación y por grupo de enfermedades que más incidencia tendría en la población. La lista corta de la OPS 6/67 detalla 67 subgrupos de causas que resumen las enfermedades analíticas que se describen en la clasificación internacional de enfermedades y sus frecuencias de defunciones se detallan en las Tabla 25 a Tabla 30 y Figura 8 a Figura 13 que las acompañan.

Al detallar las diferentes causas y por grupo, sobresalen las infecciones respiratorias agudas y el VIH/SIDA como causas infecciosas principales, aumentando en dos puntos de tasa en 2013; por neoplasias, 5 tipos presentan tasa superiores a 15 casos por 100,000 habitantes y son en su orden, los tumores de los órganos digestivos y peritoneo, estómago, bronquios y pulmón, los no

diferenciados y mama; las enfermedades cardiovasculares, la mayor tasa es permanente el infarto de miocardio y la enfermedad cerebro vascular las más probables de observar en la comunidad Quindiana.

Respecto a las enfermedades del periodo perinatal, las causas más frecuentes y que presentan mayor tasa corresponden a los trastornos respiratorios específicos de este período; por causas externas, las agresiones (homicidios) aportan las mayores defunciones con relación a las causas externas, con unas cifras altas en los primeros años de la serie y una marcada tendencia al descenso en los mayores de 65 años donde se presentan tasas por debajo de 10 por 100,000 habitantes; en otras enfermedades, las enfermedades que presentan más frecuencia y por tanto mayores tasas corresponden en su orden a diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías inferiores pulmonares y enfermedades del sistema urinario. Al observar la tendencia de la tasa se encuentra un comportamiento al descenso en estas enfermedades.

En otras enfermedades, las enfermedades que presentan más frecuencia y por tanto mayores tasas corresponden en su orden a, enfermedades crónicas de las vías inferiores pulmonares, diabetes mellitus y enfermedades del sistema urinario, y al observar la tendencia de la tasa en los 9 años se encuentra un comportamiento al descenso en estas enfermedades.

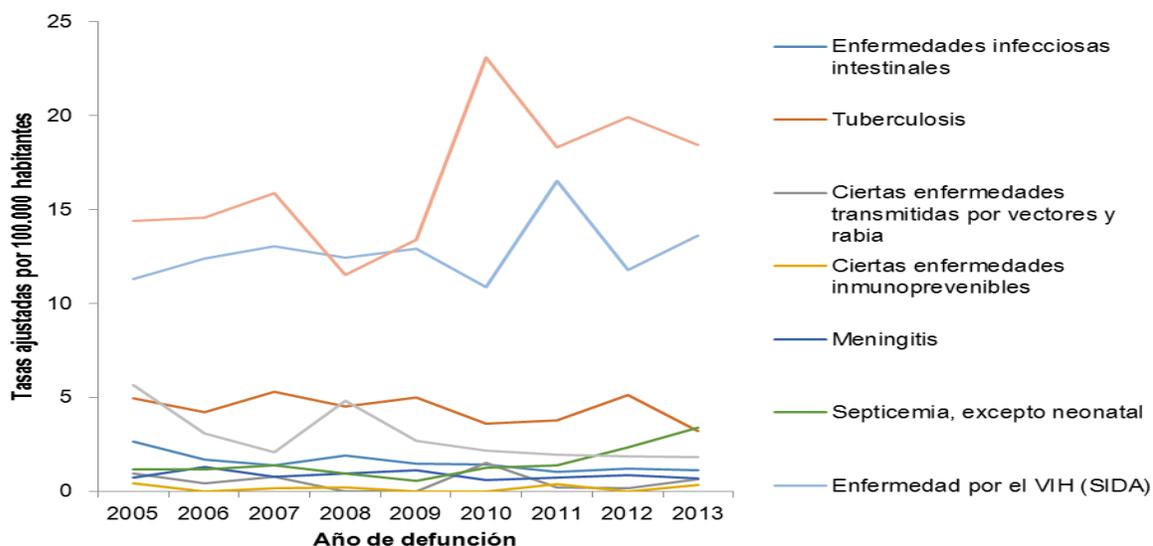


Figura 8: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por enfermedades infecciosas, departamento Quindío 2005 a 2013.

Tabla 32: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 Enfermedades Transmisibles, departamento Quindío, 2005 a 2013

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Enfermedades infecciosas intestinales	13	9	7	10	8	7	6	7	7	
Tuberculosis	25	22	28	24	27	20	22	30	19	
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	5	2	4			8	1	1	4	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	2		1	1			2		2	
Meningitis	4	7	4	5	6	3	4	5	4	

Septicemia, excepto neonatal	6	6	7	5	3	7	8	14	20
Enfermedad por el VIH (SIDA)	59	64	68	68	69	59	90	64	75
Infecciones respiratorias agudas	70	74	82	61	73	130	106	117	113
Resto de ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	29	16	11	26	15	12	8	6	8
					TASAS				
GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades infecciosas intestinales	2,62	1,69	1,36	1,89	1,47	1,42	1,05	1,19	1,12
Tuberculosis	4,93	4,19	5,28	4,53	4,98	3,60	3,76	5,11	3,19
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	0,95	0,43	0,78	0,00	0,00	1,51	0,21	0,17	0,64
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,40	0,00	0,16	0,19	0,00	0,00	0,36	0,00	0,33
Meningitis	0,72	1,28	0,77	0,93	1,10	0,58	0,70	0,86	0,69
Septicemia, excepto neonatal	1,14	1,16	1,38	0,95	0,55	1,23	1,38	2,33	3,36
Enfermedad por el VIH (SIDA)	11,31	12,37	13,04	12,43	12,88	10,86	16,51	11,75	13,60
Infecciones respiratorias agudas	14,40	14,54	15,84	11,52	13,38	23,07	18,28	19,89	18,43
Resto de ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	5,64	3,08	2,08	4,81	2,68	2,16	1,95	1,84	1,82

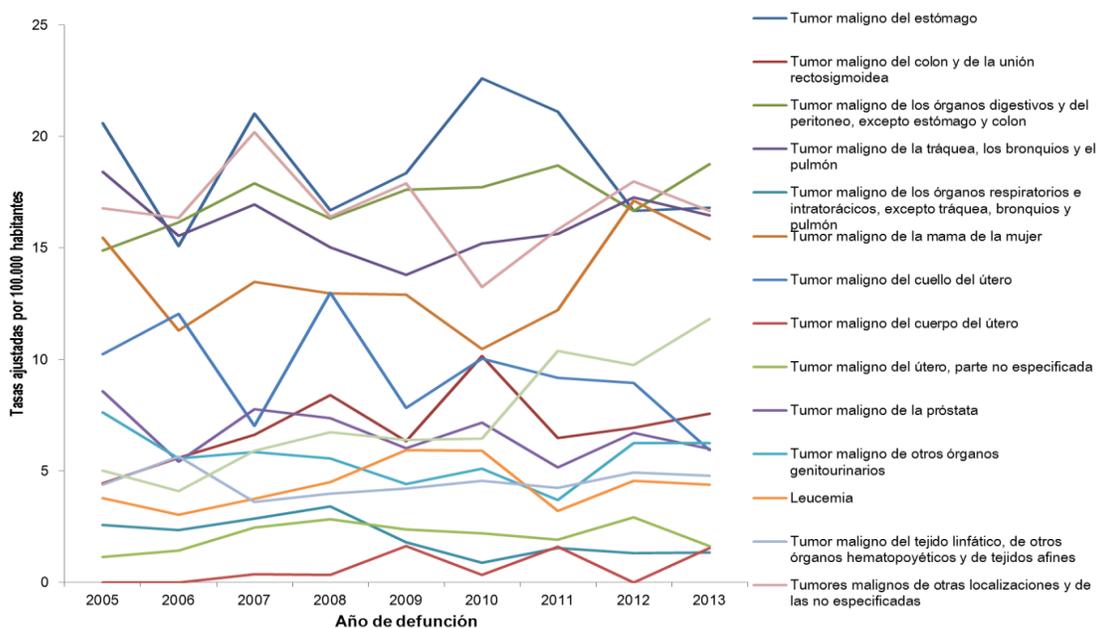


Figura 9: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Neoplasias, departamento Quindío 2005 a 2013

Tabla 33: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas neoplasias, departamento Quindío, 2005 a 2013.

GRUPO DE CAUSAS	Casos									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Tumor maligno del estómago	103	77	110	89	101	127	123	98	103	
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	22	29	35	45	35	57	38	41	46	
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	74	82	93	88	98	101	109	99	116	
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	91	79	88	80	76	86	91	103	101	
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	13	12	15	18	10	5	9	8	8	
Tumor maligno de la mama de la mujer	41	31	38	38	38	31	38	54	50	
Tumor maligno del cuello del útero	28	33	20	37	23	31	28	28	19	
Tumor maligno del cuerpo del útero	0	0	1	1	5	1	5	0	5	

Tumor maligno del útero, parte no especificada	3	4	7	8	7	7	6	9	5
Tumor maligno de la próstata	41	27	40	39	33	40	30	40	37
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	38	28	31	30	24	29	21	37	38
Leucemia	20	16	20	24	32	33	18	27	26
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	22	30	19	21	23	26	25	30	29
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	84	84	106	88	99	75	92	107	101
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	25	21	31	36	35	37	60	59	72
GRUPO DE CAUSAS				Tasas ajustadas					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tumor maligno del estómago	20,6	15,1	21,0	16,7	18,4	22,6	21,1	16,7	16,8
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	4,5	5,6	6,6	8,4	6,3	10,1	6,5	6,9	7,6
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	14,9	16,1	17,9	16,3	17,6	17,7	18,7	16,7	18,8
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	18,4	15,6	17,0	15,0	13,8	15,2	15,6	17,3	16,5
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,6	2,4	2,9	3,4	1,8	0,9	1,5	1,3	1,3
Tumor maligno de la mama de la mujer	15,5	11,3	13,5	13,0	12,9	10,5	12,2	17,1	15,4
Tumor maligno del cuello del útero	10,2	12,0	7,0	13,0	7,8	10,0	9,2	9,0	5,9
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,0	0,0	0,4	0,3	1,6	0,4	1,6	0,0	1,5
Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,1	1,4	2,5	2,8	2,4	2,2	1,9	2,9	1,6
Tumor maligno de la próstata	8,6	5,4	7,8	7,4	6,0	7,2	5,2	6,7	6,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,6	5,6	5,8	5,6	4,4	5,1	3,7	6,2	6,2
Leucemia	3,8	3,0	3,8	4,5	5,9	5,9	3,2	4,5	4,4
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,4	5,6	3,6	4,0	4,2	4,6	4,2	4,9	4,8
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,8	16,4	20,2	16,4	17,9	13,2	15,8	18,0	16,7
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	5,0	4,1	5,9	6,7	6,4	6,4	10,4	9,7	11,8

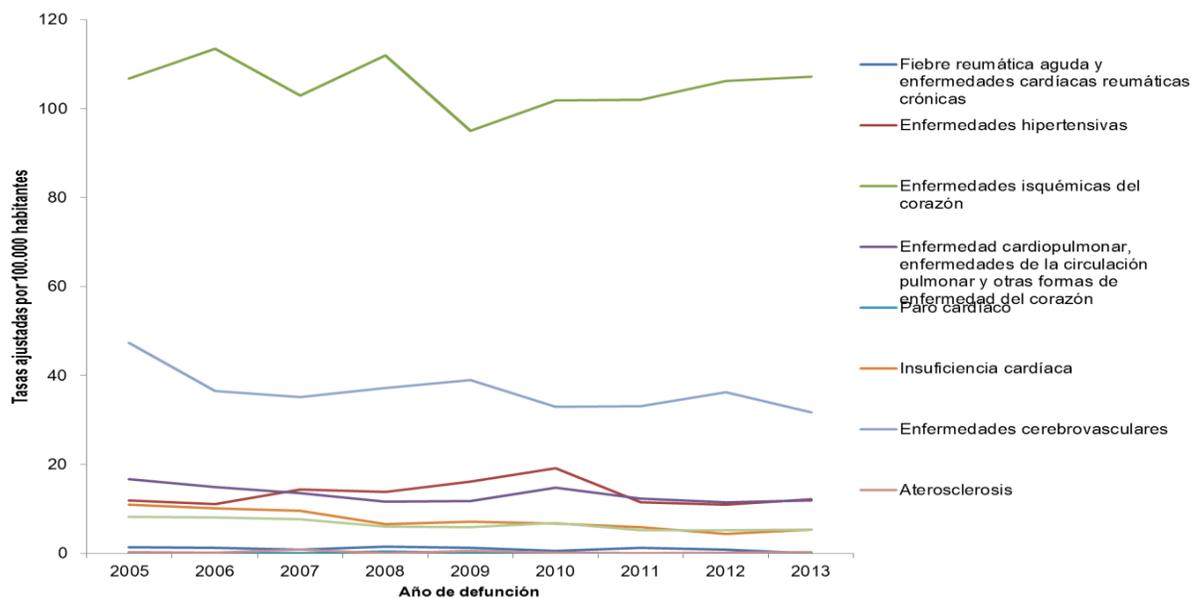


Figura 10: Tendencia de la tasas brutas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, departamento Quindío 2005 a 2013

Tabla 34: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas circulatorias, departamento Quindío 2005 a 2013

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	7	6	4	8	7	3	7	5		
Enfermedades hipertensivas	58	55	74	73	88	108	67	66	75	
Enfermedades isquémicas del corazón	523	570	535	597	522	577	594	637	661	
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	82	76	70	62	65	84	72	68	73	
Paro cardíaco				2	1	1				
Insuficiencia cardíaca	54	51	49	35	39	38	34	26	33	
Enfermedades cerebrovasculares	232	185	183	199	214	188	193	216	196	
Aterosclerosis	1	1	4		3	1		1	2	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	40	41	40	32	32	39	30	31	33	
GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,4	1,2	0,8	1,5	1,3	0,5	1,2	0,8	0,0	
Enfermedades hipertensivas	11,9	11,1	14,4	13,8	16,1	19,1	11,4	11,0	12,2	
Enfermedades isquémicas del corazón	106,8	113,4	103,0	111,9	95,0	101,8	102,0	106,3	107,2	
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	16,7	15,0	13,5	11,7	11,8	14,8	12,4	11,5	11,9	
Paro cardíaco	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	
Insuficiencia cardíaca	11,0	10,2	9,5	6,6	7,2	6,7	5,9	4,3	5,3	
Enfermedades cerebrovasculares	47,3	36,6	35,2	37,2	39,0	33,0	33,0	36,2	31,7	
Aterosclerosis	0,2	0,2	0,8	0,0	0,5	0,2	0,0	0,2	0,3	
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	8,2	8,1	7,7	6,1	5,8	6,9	5,1	5,2	5,4	

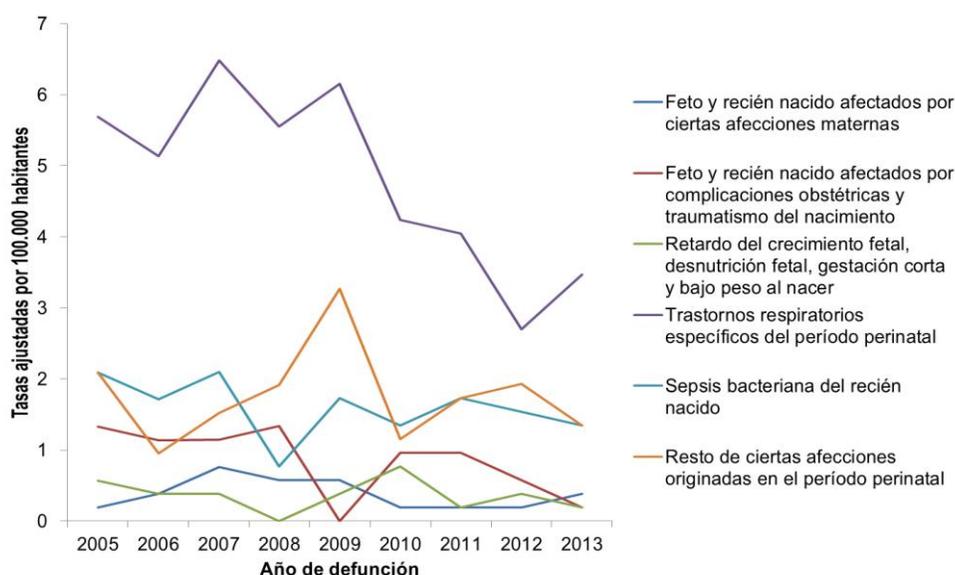


Figura 11: Tendencia de las tasas brutas de mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, Quindío 2005 a 2013

Tabla 35: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas afecciones perinatales, Departamento Quindío, 2005 a 2013.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	2	4	3	3	1	1	1	2	
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	7	6	6	7		5	5	3	1	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3	2	2		2	4	1	2	1	
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	30	27	34	29	32	22	22	14	18	
Sepsis bacteriana del recién nacido	11	9	11	4	9	7	9	8	7	
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	11	5	8	10	17	6	9	10	8	

GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	0,2	0,4	0,8	0,6	0,6	0,2	0,2	0,2	0,4	
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,3	1,1	1,1	1,3	0,0	1,0	1,0	0,6	0,2	
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,6	0,4	0,4	0,0	0,4	0,8	0,2	0,4	0,2	
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	5,7	5,1	6,5	5,6	6,1	4,2	4,0	2,7	3,5	
Sepsis bacteriana del recién nacido	2,1	1,7	2,1	0,8	1,7	1,3	1,7	1,5	1,3	
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,1	1,0	1,5	1,9	3,3	1,2	1,7	1,9	1,3	

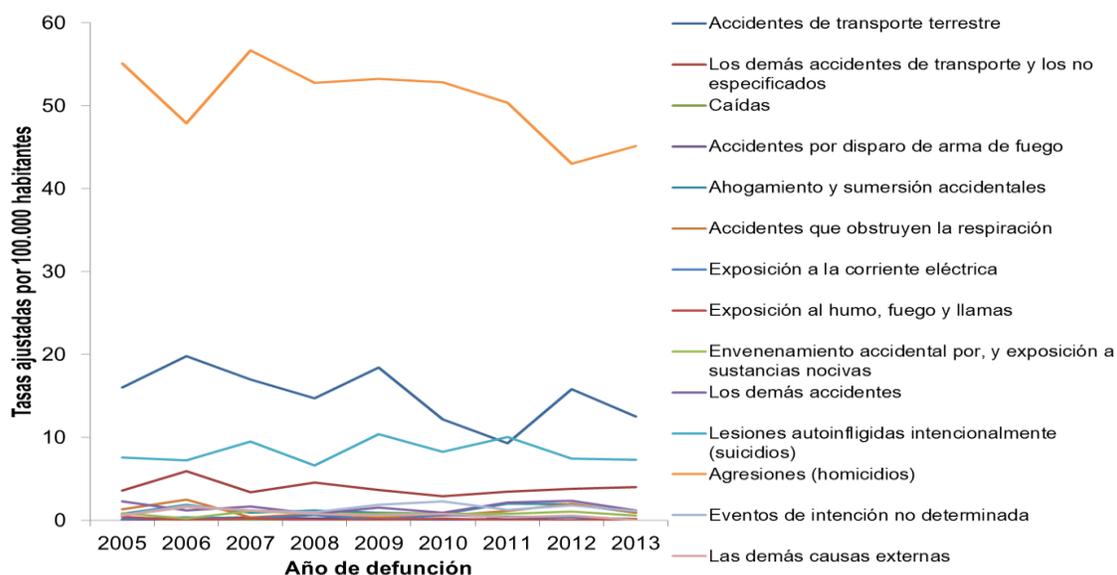


Figura 12: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Causas Externas, Quindío 2005 a 2013.

Tabla 36: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas externas, departamento Quindío, 2005 a 2013.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Accidentes de transporte terrestre	82	103	90	80	99	68	52	89	72	
Los demás accidentes de transporte y los no especificados								1		
Caídas	28	37	25	36	33	29	24	29	32	
Accidentes por disparo de arma de fuego		1	2	1	1		1	2		
Ahogamiento y sumersión accidentales	4	10	5	6	5	4	11	11	5	
Accidentes que obstruyen la respiración	7	13	2	4	2	3	6	11	5	
Exposición a la corriente eléctrica	1	2	1	3		3	2	2	1	
Exposición al humo, fuego y llamas	2		1			1			1	
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	4	1	6	4	4	4	4	6	3	

GRUPO DE CAUSAS	CASOS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Los demás accidentes	12	6	9	4	8	5	12	13	7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	39	38	51	35	56	46	56	41	42
Agresiones (homicidios)	288	252	300	279	284	284	273	237	249
Eventos de intención no determinada	3	9	6	5	10	13	7	10	6
Las demás causas externas	3	8	6	4	3	4	2	3	

GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Accidentes de transporte terrestre	16,0	19,8	17,0	14,7	18,4	12,1	9,3	15,8	12,5
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	3,5	5,9	3,4	4,6	3,7	2,9	3,5	3,7	4,0
Caídas	5,5	7,3	4,8	6,9	6,1	5,2	4,2	4,9	5,3
Accidentes por disparo de arma de fuego	0,0	0,2	0,4	0,2	0,2	0,0	0,2	0,4	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,8	1,9	0,9	1,2	0,9	0,7	2,0	2,0	0,9
Accidentes que obstruyen la respiración	1,3	2,5	0,4	0,8	0,4	0,6	1,1	2,0	0,9
Exposición a la corriente eléctrica	0,2	0,4	0,2	0,6	0,0	0,6	0,4	0,3	0,2
Exposición al humo, fuego y llamas	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	0,8	0,2	1,1	0,8	0,7	0,8	0,7	1,0	0,5
Los demás accidentes	2,3	1,2	1,6	0,8	1,5	0,9	2,1	2,3	1,2
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,5	7,2	9,5	6,6	10,4	8,2	10,0	7,4	7,3
Agresiones (homicidios)	55,1	47,9	56,6	52,7	53,2	52,8	50,4	43,0	45,2
Eventos de intención no determinada	0,6	1,7	1,1	1,0	1,9	2,3	1,2	1,8	1,1
Las demás causas externas	0,6	1,6	1,2	0,8	0,6	0,8	0,4	0,6	0,0

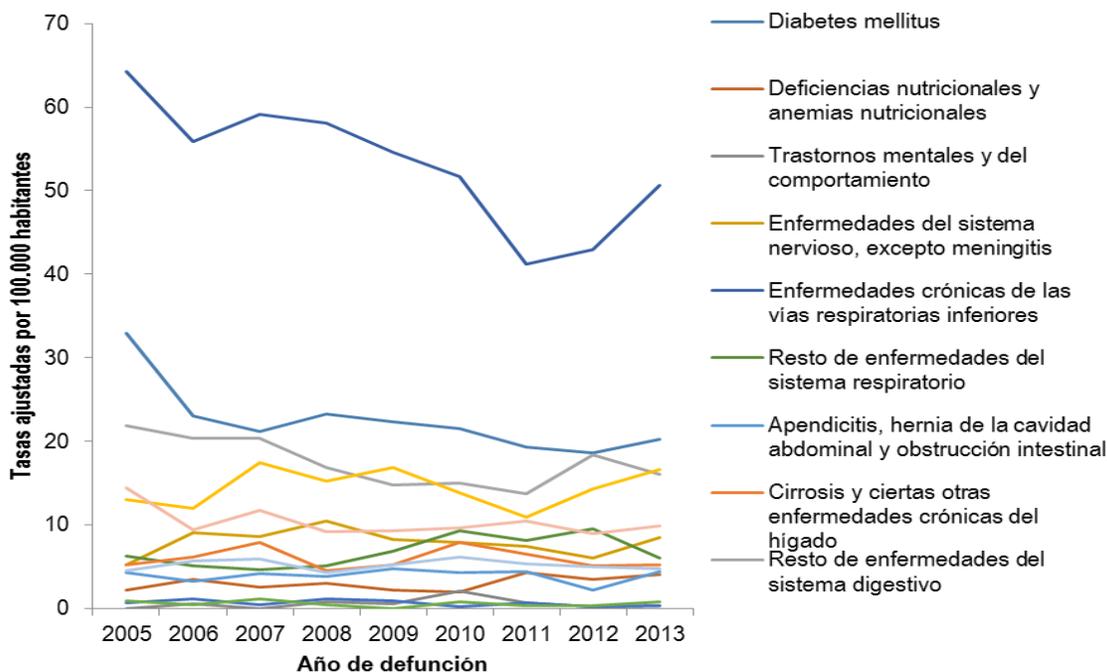


Figura 13: Tendencia de las tasas brutas de mortalidad por otras causas diversas, departamento Quindío 2005 a 2013

Tabla 37: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según otras causas de enfermedades, departamento Quindío, 2005 a 2013.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Diabetes mellitus	162	116	110	124	123	122	112	111	125
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	11	17	14	16	12	11	25	21	25
Trastornos mentales y del comportamiento		3		4	3	12	4	1	2
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	27	47	46	57	45	45	43	35	50
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	312	280	304	309	302	292	240	258	312
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	31	26	24	27	39	52	47	57	37
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	21	16	22	20	26	25	26	13	27
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	26	32	41	24	28	44	38	30	32
Resto de enfermedades del sistema digestivo	108	104	105	90	82	85	80	110	98
Enfermedades del sistema urinario	64	60	90	81	92	78	64	85	102
Hiperplasia de la próstata	3	6	2	6	5	1	4	1	2
Embarazo, parto y puerperio	5	2	6	2		4	2	2	4
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	30	31	23	27	32	28	26	25
Resto de las enfermedades	72	49	61	49	51	54	60	53	59
	TASAS AJUSTADAS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Diabetes mellitus	32,9	23,0	21,1	23,3	22,3	21,6	19,3	18,6	20,2
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,2	3,5	2,5	3,0	2,2	2,0	4,3	3,5	4,1
Trastornos mentales y del comportamiento	0,0	0,6	0,0	0,8	0,5	2,1	0,7	0,2	0,3
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5,3	9,1	8,6	10,5	8,2	7,9	7,4	6,1	8,5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	64,3	55,9	59,1	58,1	54,6	51,7	41,2	43,0	50,6
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,3	5,2	4,7	5,1	6,9	9,3	8,2	9,6	6,0
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	4,3	3,2	4,2	3,8	4,8	4,3	4,5	2,2	4,4
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	5,2	6,2	7,9	4,5	5,2	7,9	6,5	5,1	5,2
Resto de enfermedades del sistema digestivo	21,8	20,4	20,4	16,9	14,8	15,0	13,7	18,4	16,1
Enfermedades del sistema urinario	13,0	11,9	17,4	15,2	16,8	13,8	10,9	14,3	16,6
Hiperplasia de la próstata	0,6	1,2	0,4	1,1	0,9	0,2	0,7	0,2	0,3
Embarazo, parto y puerperio	0,9	0,4	1,2	0,4	0,0	0,8	0,4	0,4	0,8
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,6	5,7	5,9	4,3	5,2	6,1	5,4	5,0	4,7
Resto de las enfermedades	14,4	9,5	11,7	9,2	9,2	9,6	10,5	8,9	9,8

Tabla 38: Total defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según Signos, síntomas y afecciones mal definidas, departamento Quindío, 2005 a 2013

GRUPO DE CAUSAS	TOTAL EVENTOS									TOTAL TASA BRUTAS								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	5	7	7	4	9	14	32	4	11	0,94	1,30	1,30	0,74	1,65	2,55	5,79	5,79	5,79

2.1.2 TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD

La estandarización de la tasa es un análisis realizado para establecer las distancias o magnitudes que se presentarían en algunas poblaciones especiales y cuando deseamos saber si las estructuras naturales de esa población afectan la presencia de la misma mortalidad.

El ajuste, estandarización o tasación de una tasa, se refiere a procedimientos matemáticos usados en epidemiología para realizar comparaciones de las medidas de resumen entre grupos, en este caso, tasas de mortalidad. En general, las comparaciones a menudo se complican por las diferencias entre los grupos poblacionales, presentes por las condiciones naturales de los mismos (las poblaciones más jóvenes sufren más lesiones y las poblaciones adultas sufren más

enfermedades crónicas), factores que influyen en las mediciones de interés, pero que no son el centro de la comparación. Con el ajuste, se pretende controlar el efecto de los factores de confusión para lograr una comparación equilibrada, y establecer los riesgos en igualdad de condiciones.

El análisis de las tasas estandarizadas tienen tres insumos básicos; uno son los eventos que se pretenden analizar, en este caso las defunciones presentes en el departamento representadas en las tasas brutas de mortalidad, el segundo, son las poblaciones que se pretenden igualar, en este caso las poblaciones del departamento que se han estimado por las autoridades estadísticas del país y las aportadas por análisis evaluativos de las poblaciones mundiales y tres, son las comparaciones que se evalúan, al tener la combinación metodológica de la tasación de las tasas, en este caso, la razón de las tasa, las crudas y las obtenidas al realizar el ejercicio metodológico.

El método analítico es un ejercicio algebraico, donde su complicación radica en tener los estratos poblacionales, en las mismas distancias, o sea en este caso, con los mismos límites de edad; se sigue el método directo que comprende la estimación de casos esperados de eventos de interés (defunciones) por cada uno de los grupos estratificados a partir de las tasas específicas naturales, aplicadas a unas poblaciones hipotéticas que se definen como “población estándar”; estas defunciones obtenidas o esperadas de los riesgos conocidos, se enfrentan a las poblaciones hipotéticas para construir una tasa estandarizada y se realiza el análisis de razón de tasas.

El concepto interpretativo de la estandarización, se refiere a las condiciones de salud que se esperaría tener si la población de referencia se comportara como la población estándar; así enfrentando metodológicamente las tasas crudas y específicas a las poblaciones estándares por grupos etarios (estratos) del departamento, se vería que esta tasa bajaría paulatinamente por todas las causas de mortalidad en el departamento del Quindío, como se detalla en la Figura 14.

A continuación y en orden de prioridad se presentan las primeras causas de mortalidad ajustadas:

- *Primera causa: Enfermedades del sistema circulatorio*; presenta las mayores tasas una tendencia al descenso a través de los años 2005 a 2013.
- *Segunda causa: Las demás enfermedades que incluyen enfermedades de tipo crónico* como la diabetes mellitus y las enfermedades obstructivas de las vías respiratorias inferiores presentan tendencia al descenso.
- *Tercera causa: Neoplasias*: a diferencia de la tendencia de las causas ubicadas en los primeros lugares, las neoplasias se ubican en el tercer lugar, con una tendencia al leve ascenso de la tasa estandarizada, la cual debe correlacionarse con información epidemiológica internacional y nacional disponible y su impacto sobre la sociedad en diferentes escenarios, incluyendo la muerte.
- *Cuarta causa: Causas externas*, presentan una curva más estable y una ligera tendencia al descenso, donde bien vale la pena establecer análisis e hipótesis en todo el contexto de la accidentalidad y la violencia que tienen directa relación con este tipo de causas externas.

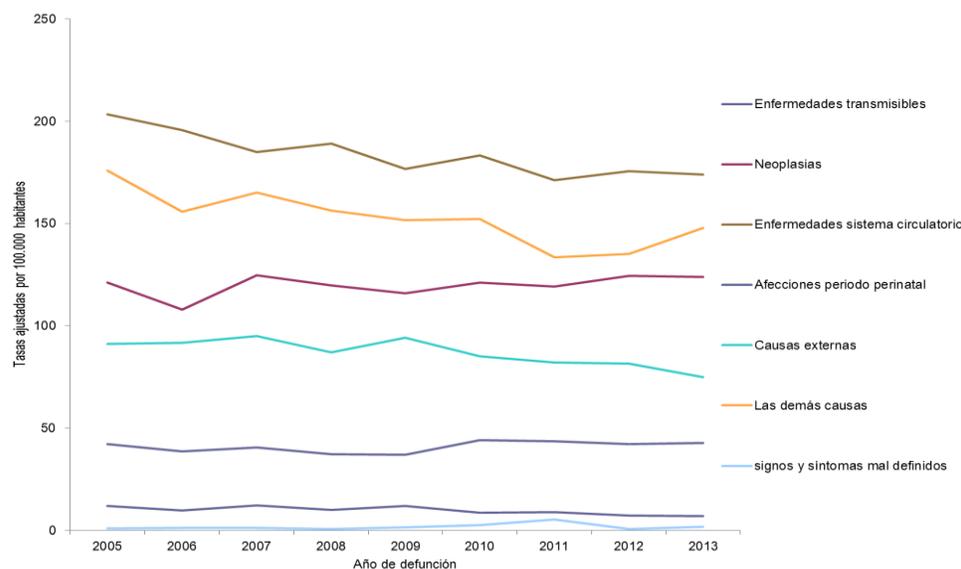


Figura 14: Tasa de mortalidad ajustada (estándar) por edad, departamento Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Manejo de datos Secretaria de salud Quindío. MSPS.

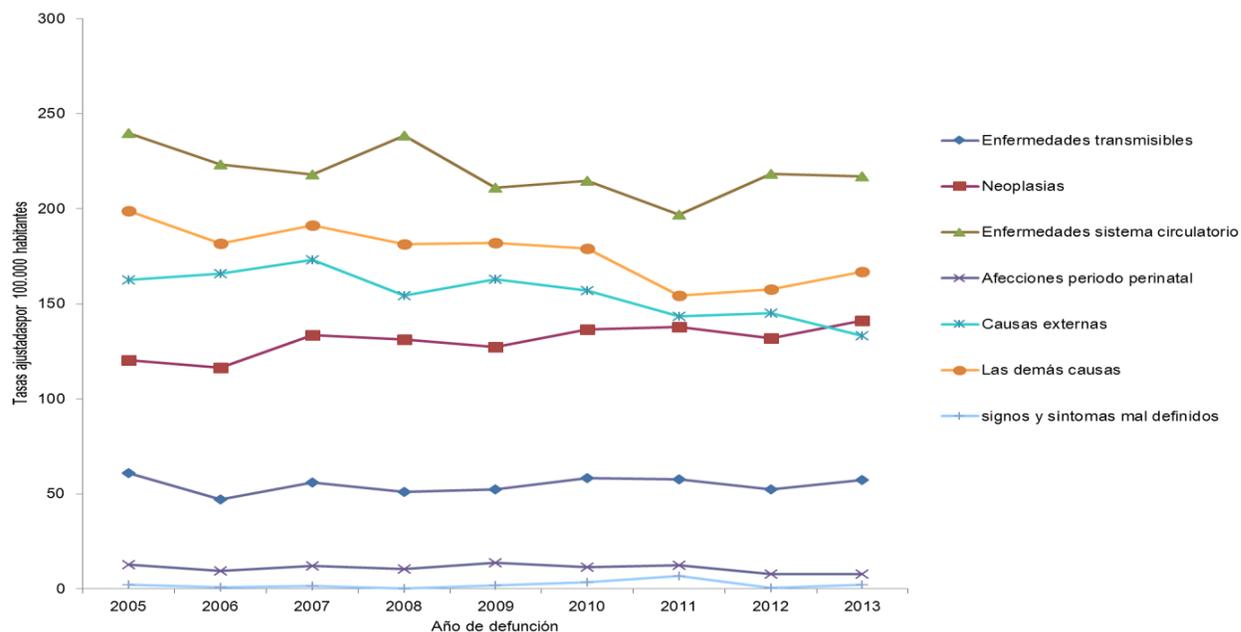


Figura 15: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres departamento Quindío, 2005 – 2013.

Fuente: Manejo de datos Secretaria de salud Quindío. MSPS.

Según sexo, en el hombre, las tasas estandarizadas son semejantes a las totales en su comportamiento, con una inclinación a tener mayor tasa de mortalidad por neoplasias e infecciosas, si la población masculina se comportara como una población estándar mundial (Figura 15), y en las mujeres se presentaría un incremento de las tasas estandarizadas en caso de infecciones por enfermedades transmisibles y en los eventos que llevarían a la muerte por

lesiones, si estuvieran en las condiciones poblacionales antes detalladas, tal como se observa en la Figura 16.

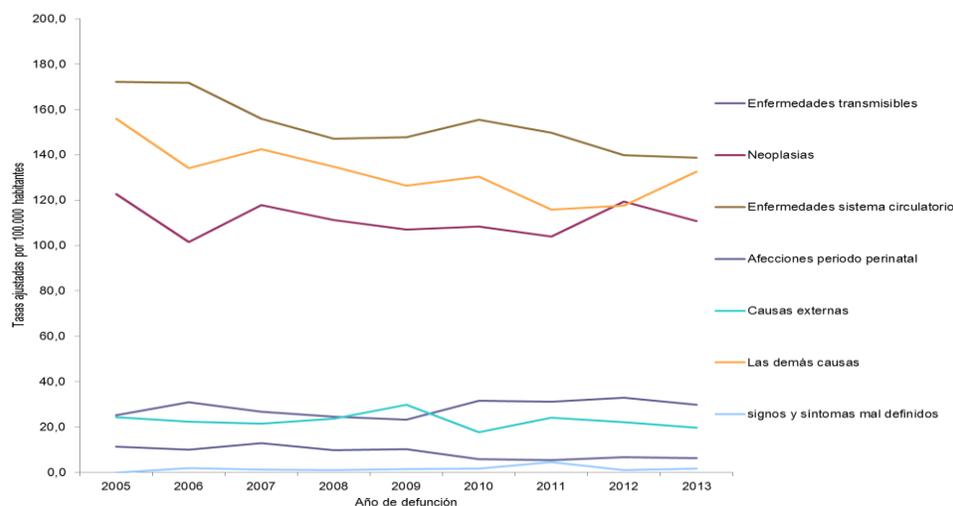


Figura 16: Tasa de mortalidad ajustada por edad, mujeres del departamento Quindío, 2005 – 2013.

Fuente: Fuente: Manejo de datos Secretaria de salud Quindío. MSPS.

A continuación se describe el análisis detallado de las tasas ajustadas en los hombres en el departamento del Quindío, según la Figura 15:

- La primera causa, las enfermedades del sistema circulatorio, tendría una tendencia ligeramente al descenso en caso de tener poblaciones en la distribución estándar hipotética, después de presentar en 2008 un incremento en la tasa de ese año.
- Las segundas causas, las demás causas de mortalidad, están en una tendencia permanente a descender en la población hipotética estándar masculina, donde se involucra la Diabetes mellitus.
- La tercera causa de defunciones, las lesiones de causa externa, de presentar una inclinación suave a crecer en los primeros años de análisis y para los tres últimos, la tendencia es a descender aunque no con la velocidad de las segundas causas.
- La cuarta causa, neoplasias, en posición de la población estándar, muestra un ascenso permanente, destacándose que estas tres últimas causas (segunda, tercera y cuarta), llegan a presentar una tasa similar en el año final de la serie de análisis.
- La quinta causa, las enfermedades transmisibles, presentan un comportamiento horizontal, sin indicios de impactos, cuando la distribución de la población sigue una estratificación hipotética estándar.
- La sexta causa las enfermedades que afectan el periodo perinatal, tienden a disminuir en forma paulatina, sin una tendencia marcada de esta disminución.

Con relación a las tasas estandarizadas en la población femenina, se concluye que teniendo esta población una distribución hipotética, según la Figura 16:

- La primera causa de defunción las enfermedades cardiovasculares, con un comportamiento bifásico, presenta una leve inclinación en su crecimiento en los últimos tres años; tal comportamiento en términos hipotéticos al relacionar con la población estándar.
- La segunda causa, clasificadas como las demás causas, agrupa enfermedades como la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, con una tendencia marcada hacia el descenso en la población femenina si esta tuviera una estructura estaría como la de una población estándar.
- La tercera causa, el cáncer, tiene una tendencia al descenso en forma constante si la población femenina es similar a la estándar.

Estas tres primeras causas de defunción conforman en la mujer de Quindío, un grupo especial de intervención, debido a que comparten la misma inclinación y un volumen de casos progresivo al descenso en el transcurso de los años analizados.

- La cuarta y quinta causa, que se entrecruzan en su posición presentan un comportamiento más estable en los primeros cinco años de la serie, mientras que las enfermedades transmisibles en los últimos años presentan una tendencia al ascenso las causas externas presentan tasa inferiores a las del año 2009.
- La sexta causa, las enfermedades perinatales, presentan un ligero descenso; hipotéticamente se puede tener presente el mayor control de las enfermedades de las gestantes además se debe involucrar la disminución de la fertilidad entre otras variables sujetas de investigaciones epidemiológicas, por lo cual amerita estudios en los que se analice la prestación de los servicios del binomio madre e hijo.

Con relación al país, la mortalidad general disminuyó durante 2008 a 2013 en 1.6%, pero se produjeron 8 muertes más por cada 100,000 habitantes que durante 2010. Por regiones, la región central, Bogotá/Cundinamarca y Oriental, disminuyeron su mortalidad en 8, 31 y 32 muertes por cada 100,000 personas respectivamente. Por causas, en el periodo entre 2008 a 2010 las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables de cerca de 25% de la mortalidad general, seguida de las demás enfermedades y las neoplasias con 22.04% y un 15.42% respectivamente; ahora bien la mortalidad general se presentó porcentualmente diferente en todas las regiones, aunque entre las primeras cuatro causas de muerte se encuentran enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas, las enfermedades del periodo perinatal y las neoplasias en todas las regiones.

La región central, durante 2010, aportó 29.86% (68,862 muertes, 3 de cada diez defunciones) de la mortalidad del país. La principal causa de muerte fueron las causas externas que aportaron 15.50% (10,672 muertes) de las defunciones de la región y alcanzaron una tasa bruta de 73.23; estas son seguidas por el grupo de enfermedades del sistema circulatorio y de las demás enfermedades con tasas brutas de 69.93 y 54.80 muertes por 100,000 habitantes de la región, respectivamente.

Según informe ASIS Colombia, durante 2010, las enfermedades del sistema circulatorio representaron las causas más frecuentes de mortalidad en hombres y mujeres (30,510/28,888 muertes, 25.63% y 32,34% respectivamente), lo cual corresponde al 13.04% y 12.35% de la mortalidad total por sexo. La segunda causa de mortalidad en hombres para el año 2010 fueron las causas externas (28,952 muertes) 24.32% del total de la mortalidad en hombres y 12.38% de la mortalidad general. En el sexo femenino, la segunda causa de mortalidad fueron las demás enfermedades, seguidas de las neoplasias; estas últimas produjeron 18,412 muertes (20.55%) de la mortalidad en las mujeres y 7.87% de la mortalidad general. Entre los años 2008 y 2010 la tasa de mortalidad bruta por edad mostró un descenso, pasando de 66.64 a 63.21 defunciones por cada 100,000 mil.

En la región central, en 2010 el 50.99% de las defunciones ocurridas (18,943), una de cada dos corresponden a hombres; durante este año las causas externas causaron 26.9% de las muertes en este sexo y han sido la primera causa de muerte entre 2008 y 2010 con tasas brutas entre 73.39 y 83.05 eventos por 100,000 habitantes. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio y las demás enfermedades constituyen la segunda y tercera causa de muerte con tasas de 69.93 y 54.80 por cada 100,000 habitantes respectivamente.

El 37.49% (25,814 muertes) de las defunciones ocurridas en 2010 corresponde a mujeres, así algo más de 10% no se les ha definido el tipo de sexo; durante este año las enfermedades del sistema circulatorio causaron 33.16% de las muertes en el sexo femenino para la región y han sido la primera causa de muerte entre los años 2008 y 2010 con tasas que varían entre 65.02 y 60.86. El grupo de las demás enfermedades y las neoplasias, constituyen la segunda y tercera causa de muerte más frecuente con tasas ajustadas de 54.18 y 45.28 por cada 100,000 habitantes respectivamente para 2010.

2.1.3 MORTALIDAD AJUSTADA POR SUBGRUPOS DE CAUSAS POR SEXO

En esta parte se realiza un análisis más detallado sobre la magnitud y tendencia de las tasas ajustadas por edad, por hombres y mujeres, según los subgrupos de enfermedades dentro los seis grupos de mortalidad que resumen la lista 6/67 de OPS ya descrita en la sección de mortalidad general.

Siguiendo el mismo método de enfrentar las tasas observadas de defunción, en este caso, si ambos sexos se comportaran en su distribución por edad como una población estándar, observamos, según se distribuya la población en sus grupos etarios el siguiente comportamiento.

Las Figura 17 y

, detalla que, por infecciones o enfermedades transmisibles, la infección por el VIH/SIDA en hombres tiende a ser fuertemente ascendente en forma constante (2005 – 16.99, 2013-20.74 por 100,000 hombres), y en las mujeres su ascenso se observa en los últimos tres años. Las defunciones esperadas por infecciones respiratorias agudas en ambos sexos tienden a ser similares, constantes y crecientes, primeras causas de mortalidad en ambos sexos en 2013 (22.78 por cien mil hombres y 14.83 por 100,000 mujeres).

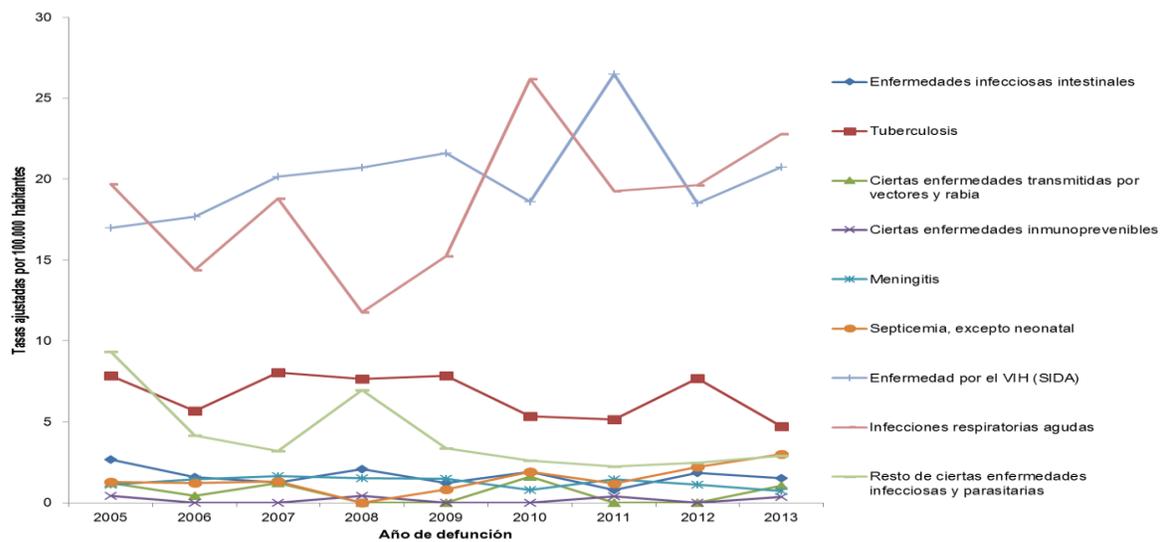


Figura 17: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades Transmisibles en hombres, Quindío 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

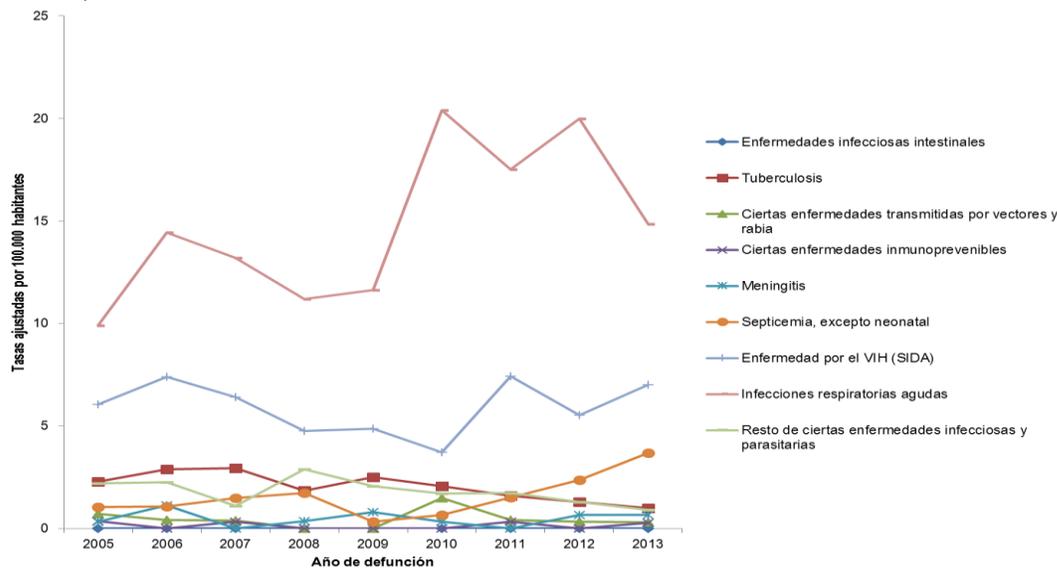


Figura 18: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades transmisibles en mujeres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

La tuberculosis sigue siendo una causa importante de mortalidad en ambos sexos, si estos se distribuyeran hipotéticamente como una población estándar; en ellos, baja la mortalidad a una velocidad de 2.8 puntos de tasa mientras la mujer desciende en 0.3 puntos, esperando a 2013, menos defunciones por cada 100,000 personas por sexo respectivamente. Otras causas

infecciosas aún se presentan en la mortalidad en forma constante que demuestran fracasos en la atención preventiva, como el caso de infecciones intestinales, meningitis y septicemias que aumentan para 2013, que aunque sus tasas ajustadas son bajas, deben ser analizados de manera individual estos casos en los procesos de vigilancia de la salud pública; otras causas infecciosas de defunciones, aunque sus análisis muestran que en las series temporales se esperarían valores de 0 en sus tasas ajustadas como en las infecciones prevenibles con vacunación, se observa en sus tendencias que hay fluctuaciones y entrecruzamientos, algunas con comportamientos similares y muy estables en el tiempo.

Las Figura 19 y Figura 20 detallan las defunciones esperadas en poblaciones hipotéticas a las que se les aplicaría las tasas observadas de hombres y mujeres de Quindío por causas de enfermedades neoplásicas; en ambos sexos, las causas que afectan la tráquea y pulmón en hombres que crecería y órganos diverso digestivos en mujeres, son las que presentan mayores tasas ajustadas en la serie entre a 2013; las causas de cáncer de estómago en hombres y mama en mujeres, corresponde a las segundas causas de defunciones con mayores tasas en el lapso de tiempo de 9 años; respecto a los cánceres específicos de los órganos genitales de ambos grupos y de interés en salud pública, en caso de hombres, la tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata tiende a ser más baja a 2013, pero con un comportamiento errático en los nueve años observados aunque en descenso en su diagnóstico, el cáncer de mama, segundo en importancia y primero en 2012, igualmente tiende a subir con la cifra de 2013, pero siempre es mayor su intensidad que el de cáncer de cuello del útero (tasa ajustada 15.38/5.92 mama/cuello útero por 100,000 personas en 2013).

Las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer presentan variaciones importantes y diferentes por sexo, donde se puede concluir que en los hombres se presentan tasa más elevadas respecto a las mujeres, en especial, en las cinco causas con tasa más altas. En las mujeres las tasas ajustadas presentan comportamientos muy erráticos con picos no explicados por la naturaleza de la enfermedad; con relación a las últimas cuatro causas los tumores maligno de tejido linfático y de otros órganos hematopoyéticos y el tumor maligno del cuerpo del útero tienen tendencia al ascenso al comparar los años 2010 - 2013 en los hombres y mujeres.

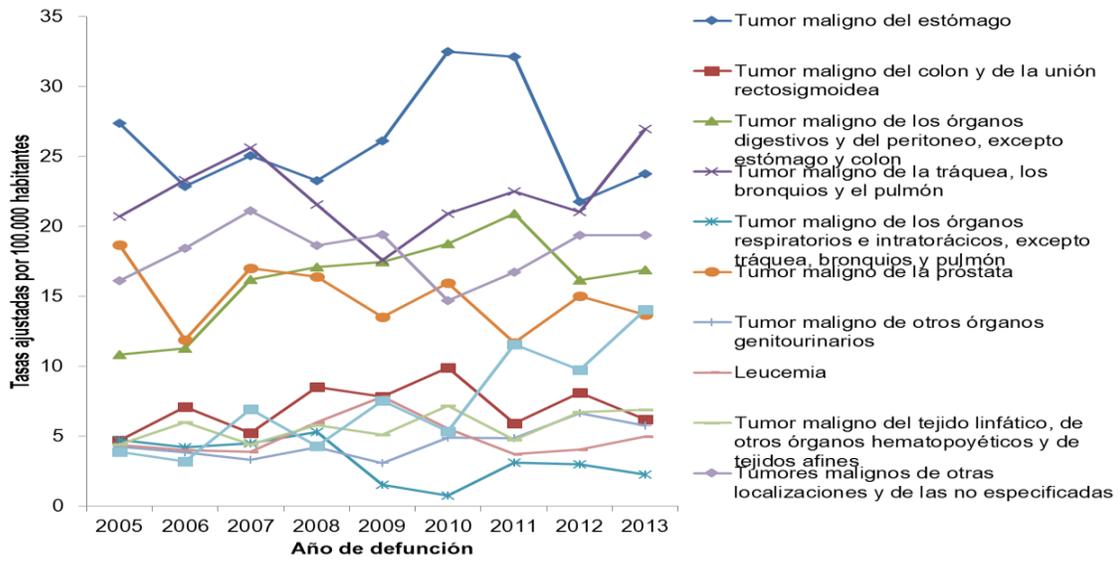


Figura 19: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

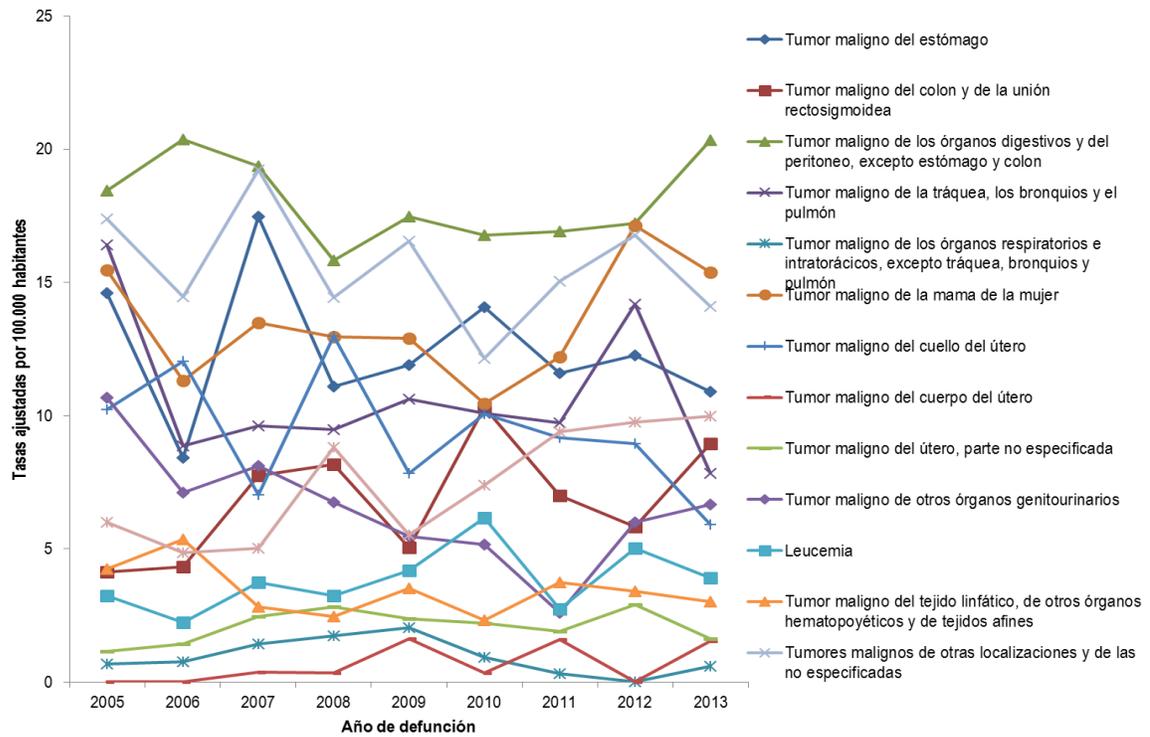


Figura 20: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las Figura 21 y 22 detalla las tendencias de las tasas ajustadas por enfermedades circulatorias en hombres y mujeres teniendo una distribución poblacional con la establecida por OMS; es evidente la alta tasa ajustada de defunciones causadas por infartos o enfermedad isquémica del corazón en ambos sexos, con inclinaciones crecientes, para esperar 129 muertes en hombres y 79 defunciones en mujeres por cada 100,000 personas en 2013; la segunda causa de defunción, muy por debajo de las isquémicas cardiacas, la lesión cerebro vascular, presentan una tendencia diferente, en ellas bajaría en 12 puntos la tasa en el lapso de 9 años, mientras en ellos esta disminución sería de 19 unidades de tasa, por tanto más letal la enfermedad cerebro vascular en ellas; se destaca que estas dos causas de defunción por enfermedades cardiovasculares, las diferencias entre la primera y segunda, son de hasta 101 puntos de tasa en los hombres y en las mujeres 54. Las demás causas de mortalidad, sus tasas ajustadas, aunque no siendo bajas, tienen un comportamiento estable, caso de las enfermedades hipertensivas, tercera causa de importancia y cardiopulmonar cuarta, su presencia es estática y con leve tendencia a crecer.

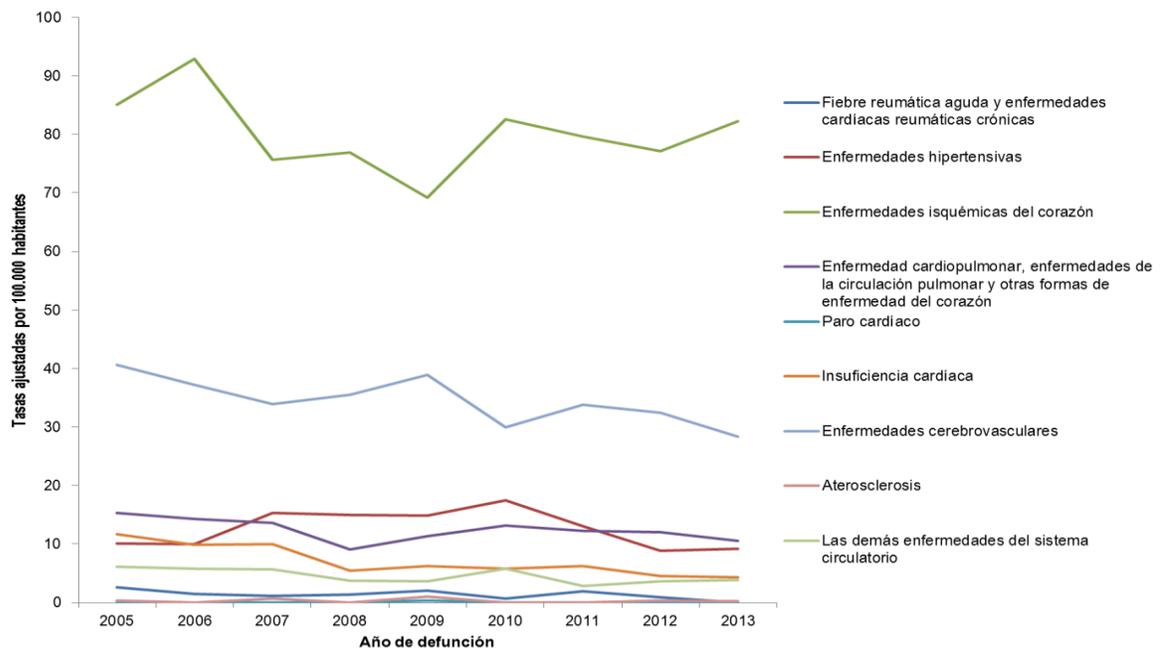


Figura 21: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Quindío, 2005 – 2013

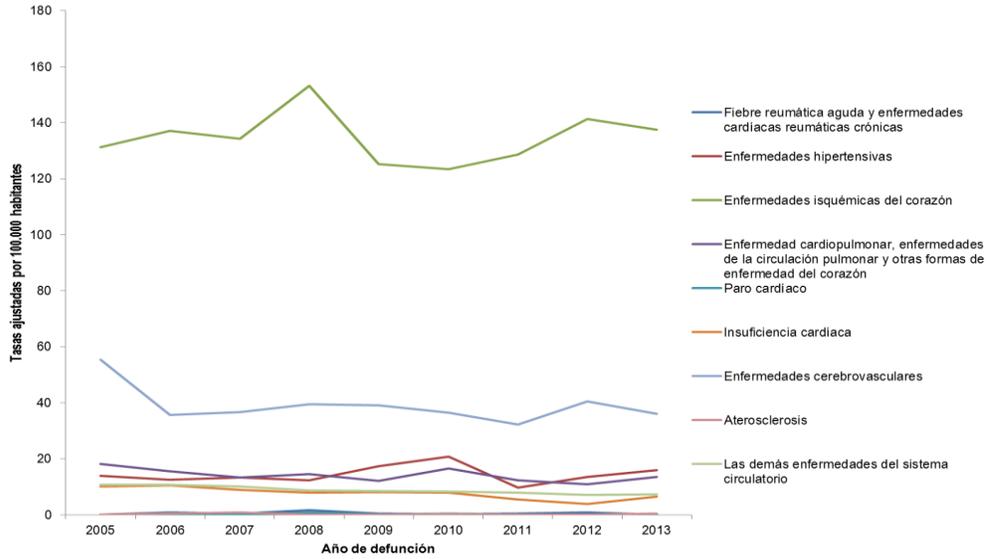


Figura 22: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las afecciones perinatales que afectan a los recién nacidos tendrían unos comportamientos que se enseña en las **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** por ambos sexos, donde las afecciones trastornos respiratorios del recién nacido o del periodo perinatal, crecerían en los recién nacidos hombres y decrecerían en las mujeres, como principal causa de mortalidad; otras causas de mortalidad que se observa en los menores de 7 días de nacidos aportarían hasta 4 defunciones por cada 100,000 habitantes hombres o mujeres en 2013 si estas poblaciones por sexo se distribuyeran como una población estándar en sus grupos etarios.

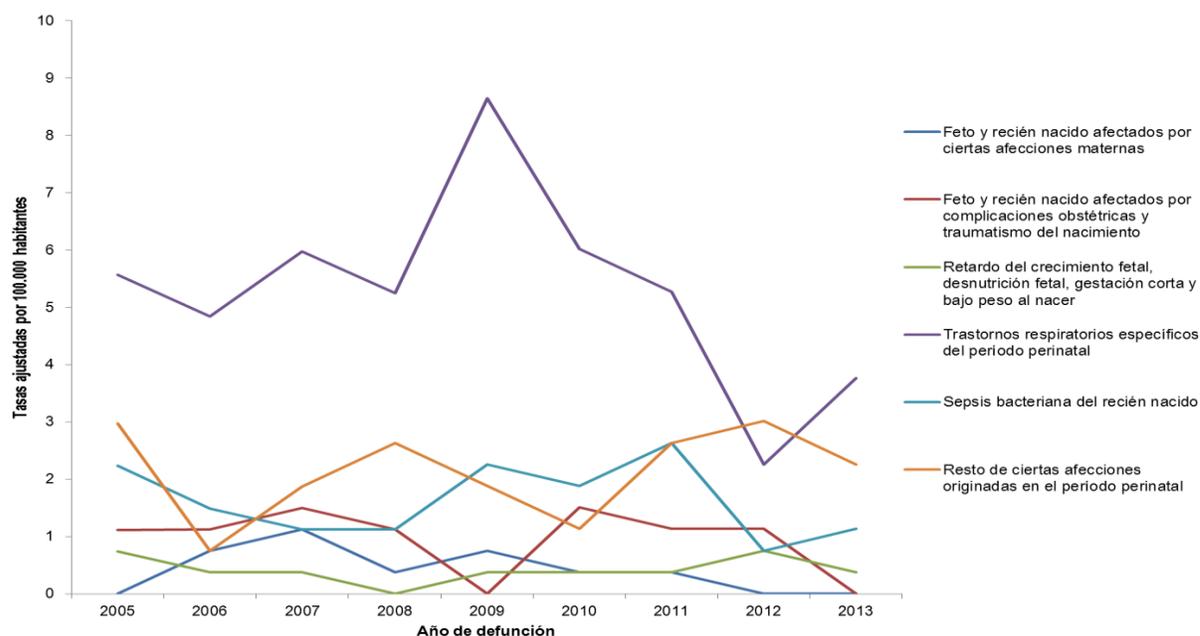


Figura 23: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

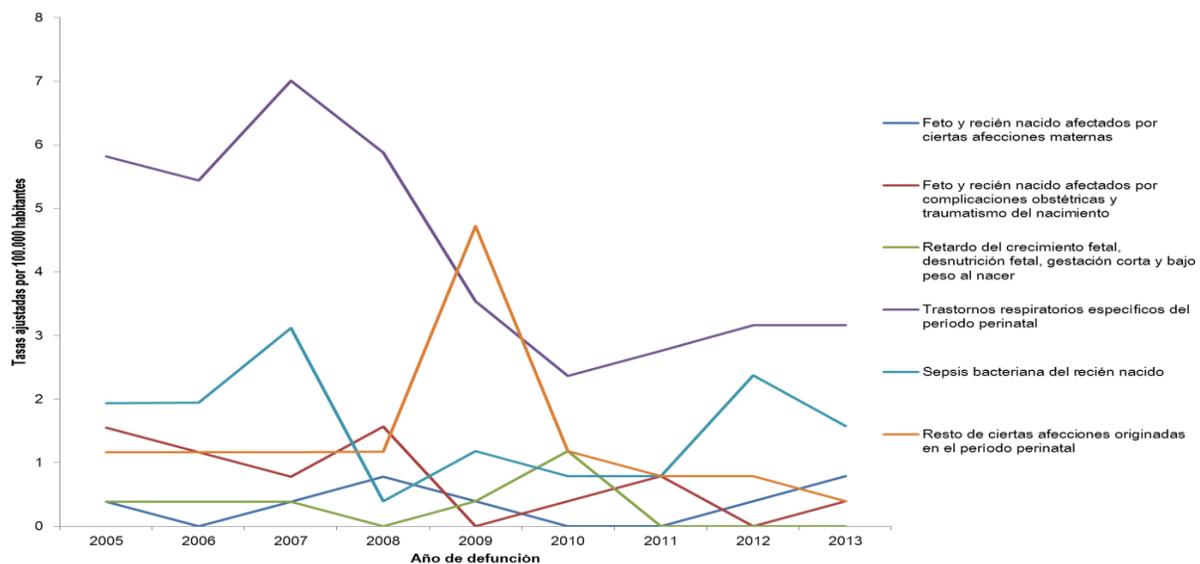


Figura 24: Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres, Quindío, 2005 – 2013.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las causas externas de mortalidad, o lesiones, según las **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** que detallan

las tasas ajustadas por sexo, las agresiones intencionales (homicidios), estas puede afectar hasta 95 hombres por cada 100,000 varones y a 7 mujeres por 100,000 mujeres con un descenso moderado de 7 puntos; aunque gráficamente tienden a ser levemente descendente (22 puntos de tasa) en hombres, es fuertemente ascendente en ellas (4 puntos de tasa) entre 2005 a 2012; la segunda causa de defunción por causas externas, las lesiones causadas por accidentes de tránsito, es 63 puntos de tasa menor en hombres y 2 en mujeres frente a la primera; se destaca que en 2005, esta causa (los accidentes de tránsito) que era la primera en mujeres, con 9 eventos por cada 100,000 mujeres en 2013 pasa a una tasa ajustada 50% menor. Las muertes por lesiones auto infligidas, diagnóstico de salud mental de la población, en los hombres presento un ligero aumento ya para 2013 está estable como en las, sus tasas llegaría a ser 12 en hombres y 3 en mujeres en 2013 por cada 100.000 habitantes por sexo. A excepción de las otras causas de mortalidad por lesiones externas, las caídas tendrían una tasa mayor a 20 defunciones por cada 100.000 personas en hombres y un comportamiento muy errático en las mujeres.

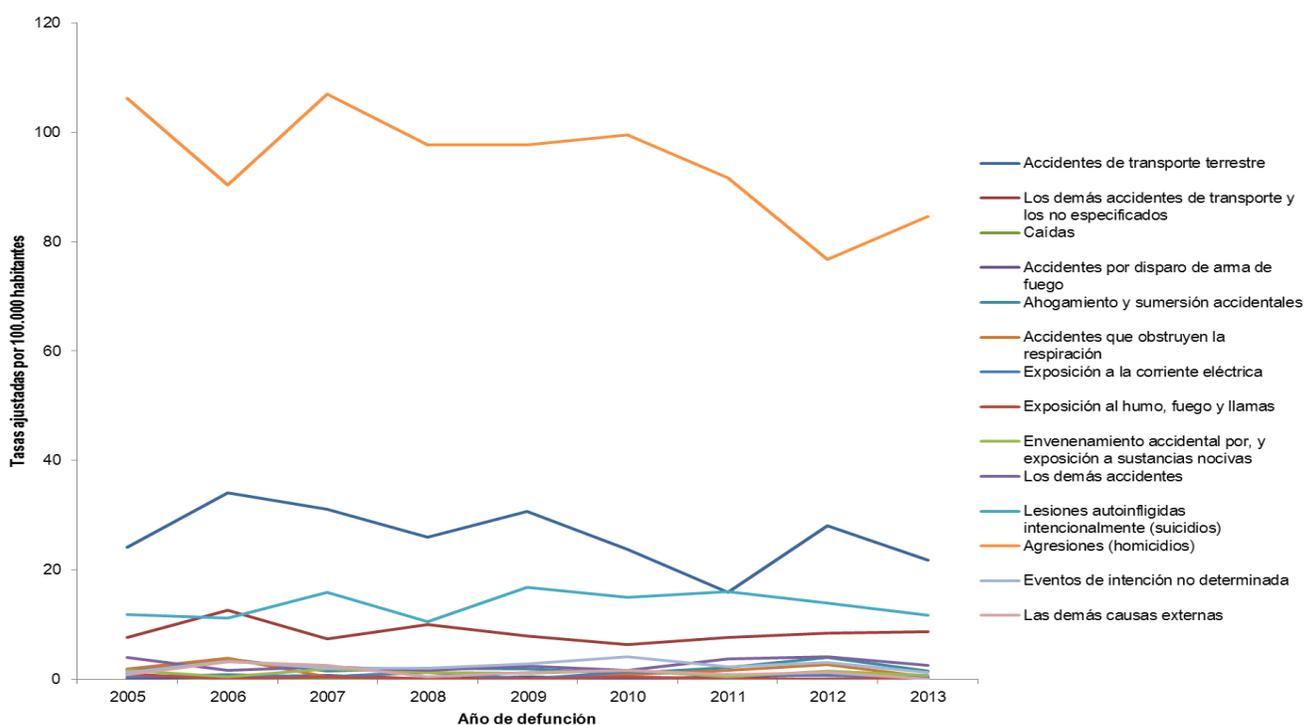


Figura 25: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en hombres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

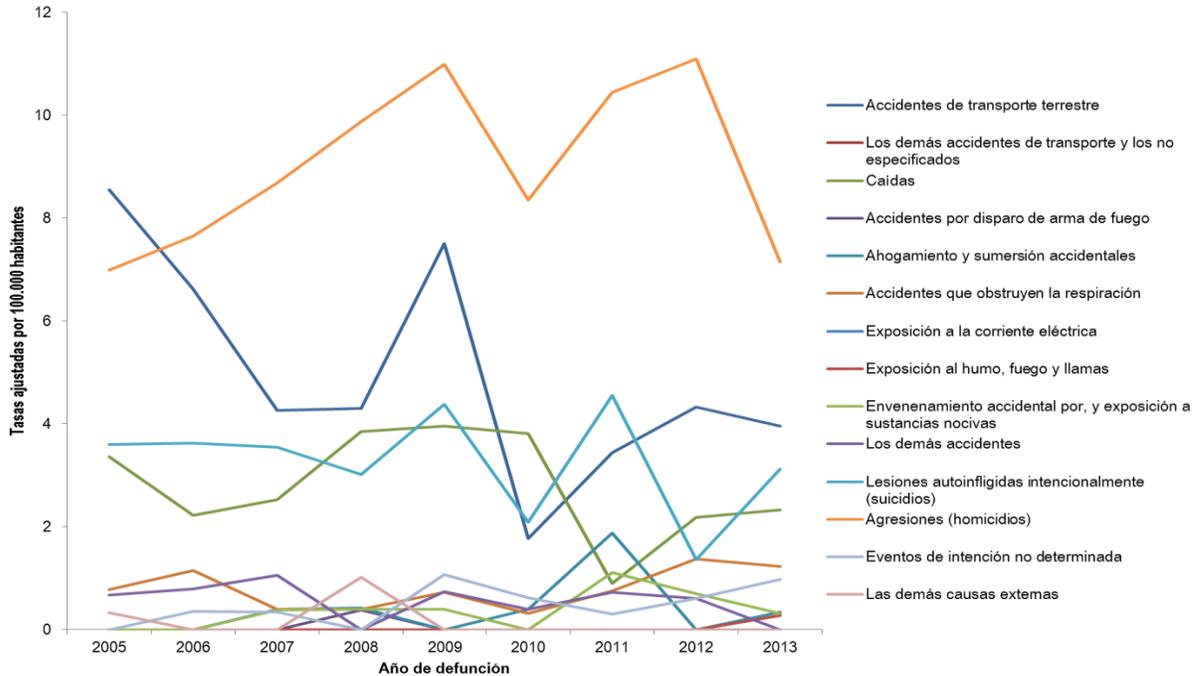


Figura 26: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en mujeres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las

Figura 27 y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, que enseñan las tendencias de las tasa ajustadas por diversas enfermedades, se observa que para hombres las tres primeras causas son las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del aparato urinario y la diabetes mellitus, en mujeres son enfermedades de las vías respiratorias, la segunda causa diabetes mellitus y tercera causa enfermedades del sistema digestivo; por las complicaciones respiratorias se verían hasta 67 defunciones en hombres y 37 en mujeres, por las complicaciones del sistema urinario, 24 defunciones en hombres y 11 mujeres y las complicaciones por diabetes, 18 defunciones en hombres 22 en mujeres por cada 100,000 personas en cada grupos de sexo, si estos tuvieran una distribución etaria estándar como la analizada. Hasta con tasas menores de 16 casos por 100,000 mujeres y hombres, el resto de causas que componen el grupo de las demás enfermedades, tienen una participación agrupada estable, que incluye las defunciones asociadas en embarazo parto y puerperio.

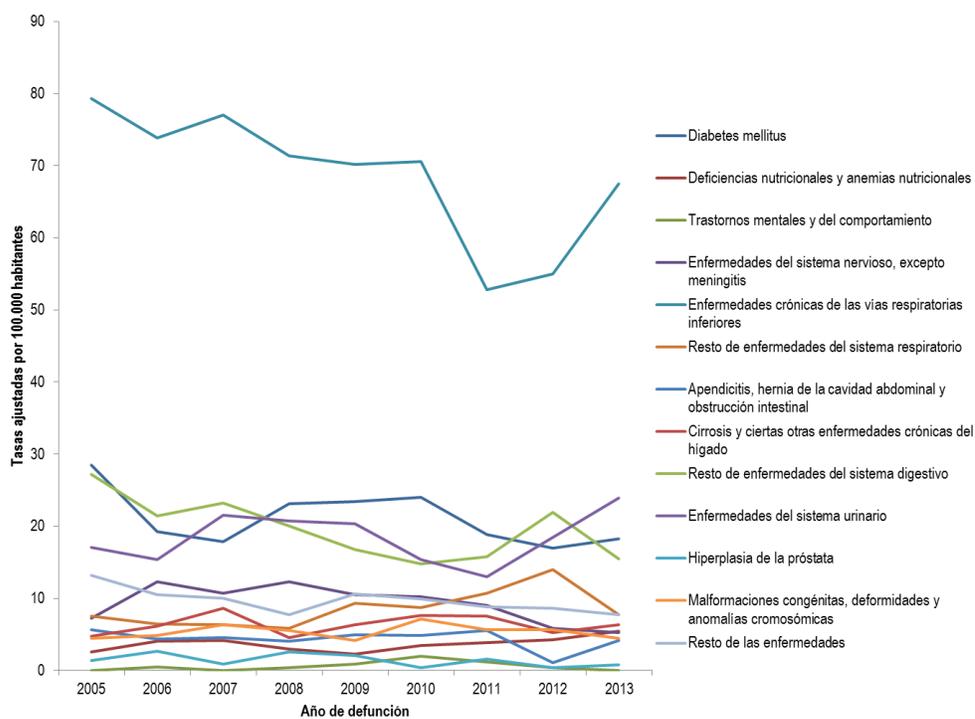


Figura 27: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en hombres, Quindío 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

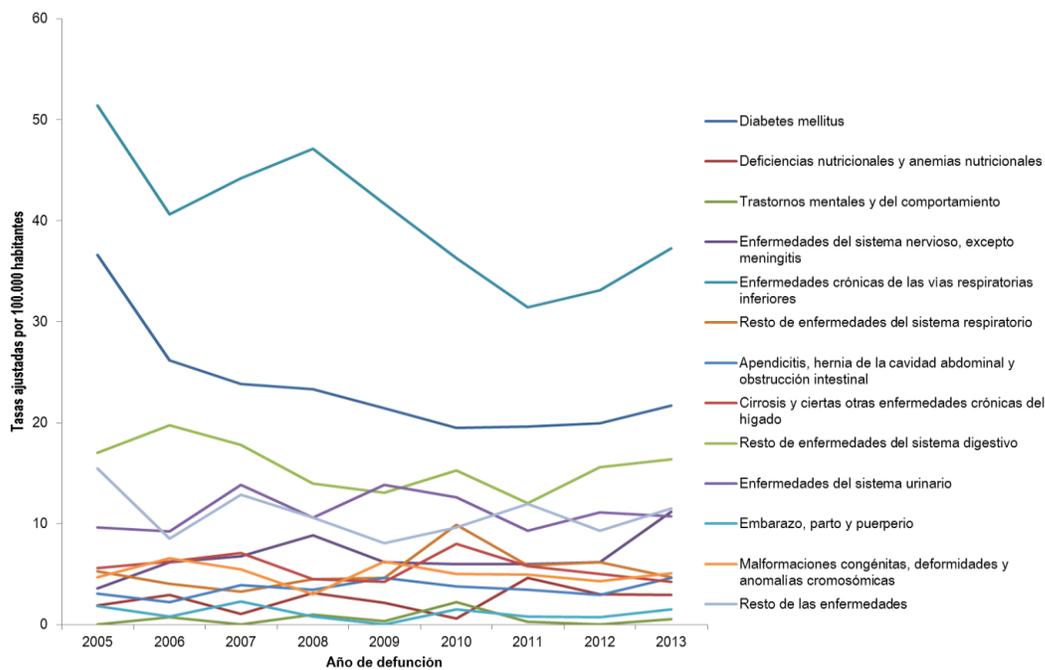


Figura 28: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en mujeres, Quindío 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

2.1.4 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP

En la siguiente Tabla 39 se presentan el total de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por hombres, mujeres, según la lista agrupada de las Grandes Causas de la OPS para los años entre 2005 a 2013.

Tabla 39: Total AVPP en hombres, mujeres y total por las Grandes Causas, Quindío. 2005 al 2013

CAUSAS AGRUPADAS	2005			2006			2007		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	4.295	1.968	6.263	3.883	2.511	6.394	4.232	2.158	6.390
Neoplasias	5.194	7.340	12.534	4.946	6.494	11.440	5.465	6.973	12.438
Enfermedades sistema circulatorio	7.395	6.636	14.031	7.158	6.173	13.331	7.338	6.043	13.380
Afecciones periodo perinatal	2.719	2.392	5.111	1.999	2.144	4.143	2.559	2.721	5.281
Causas externas	17.734	2.820	20.553	18.288	2.823	21.111	19.591	2.873	22.464
Las demás causas	7.801	7.499	15.299	7.878	7.495	15.374	8.040	7.102	15.142
signos y síntomas mal definidos	144	0	144	57	174	232	159	212	370
Totales	45.282	19.511	73.935	44.209	27.814	61.729	40.148	28.082	57.672
CAUSAS AGRUPADAS	2008			2009			2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	4.123	1.831	5.954	4.023	1.732	5.755	3.906	1.899	5.805
Neoplasias	5.328	6.987	12.315	5.670	6.983	12.653	6.350	6.979	13.329
Enfermedades sistema circulatorio	7.697	5.496	13.193	7.203	5.877	13.080	7.551	5.795	13.345
Afecciones periodo perinatal	2.239	2.062	4.301	2.959	2.144	5.103	2.399	1.237	3.636
Causas externas	17.222	2.819	20.041	17.829	3.412	21.241	17.408	1.878	19.286
Las demás causas	7.600	6.544	14.144	7.459	6.456	13.915	7.503	7.093	14.596
signos y síntomas mal definidos	29	121	150	173	117	290	407	32	440
Totales	36714	25860	70098	40213	26721	60265	39809	24913	70437
CAUSAS AGRUPADAS	2011			2012			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	4.099	2.345	6.444	3.752	2.243	5.995	3.897	2.066	5.963
Neoplasias	6.336	6.740	13.076	6.031	8.030	14.061	6.303	7.410	13.713
Enfermedades sistema circulatorio	6.391	6.231	12.621	7.716	5.843	13.559	7.345	5.696	13.041
Afecciones periodo perinatal	2.639	1.152	3.792	1.679	1.402	3.081	1.677	1.319	2.997
Causas externas	16.705	2.988	19.692	16.222	2.850	19.072	15.306	2.111	17.417
Las demás causas	6.972	5.773	12.745	6.256	6.509	12.765	6.591	6.906	13.497
signos y síntomas mal definidos	345	336	681	80	173	253	260	168	428
Totales	43487	19499	69051	41736	17258	68786	41379	19007	67056

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

La Figura 29 detalla el total absoluto de AVPP que se observaron en Quindío en el lapso de tiempo de análisis, donde se muestran que estos años perdidos están descendiendo en forma paulatina, resultado de estados de mejoras y de bienestar de la población; el año de más años de vida perdida prematura mostro fue 2007 con 75,645 años en el total de las defunciones, de las cuales las causas externas aportaron al total 22,464 años en ambos sexos, 19,591 de estos los apporto el sexo masculino. El año de menos impacto en vida prematura perdida es el 2013, donde el total de las defunciones sumaron 67,056 AVPP absolutos; de estos años, 17,417 los aportaron las lesiones o causas externas, de las cuales los hombres aportaron 15,306 AVPP y en las neoplasia que en la suma del total de las diferencias a la edad de morir sumaron 13,041 AVPP años de mayor vida prematura perdida por cáncer en la serie entre 2005 a 2013.

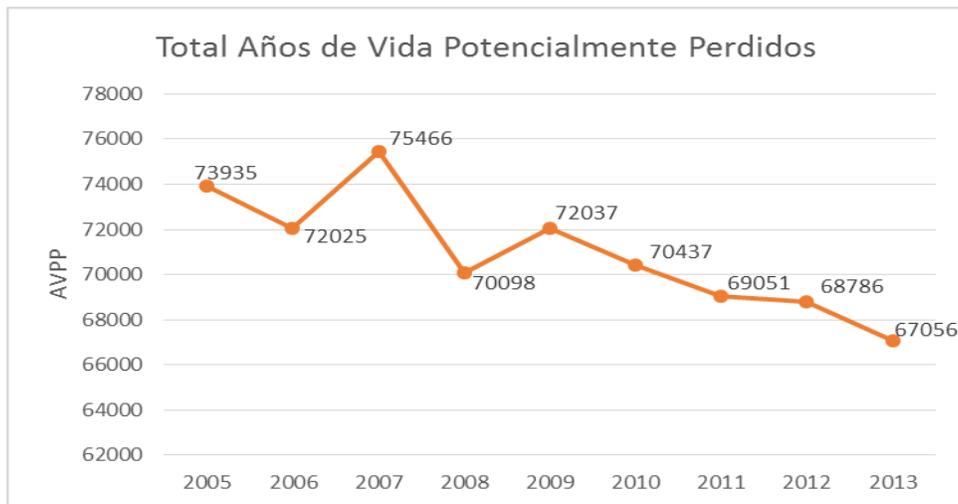


Figura 29: Total de AVPP años todas las causas. Quindío 2005 a 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

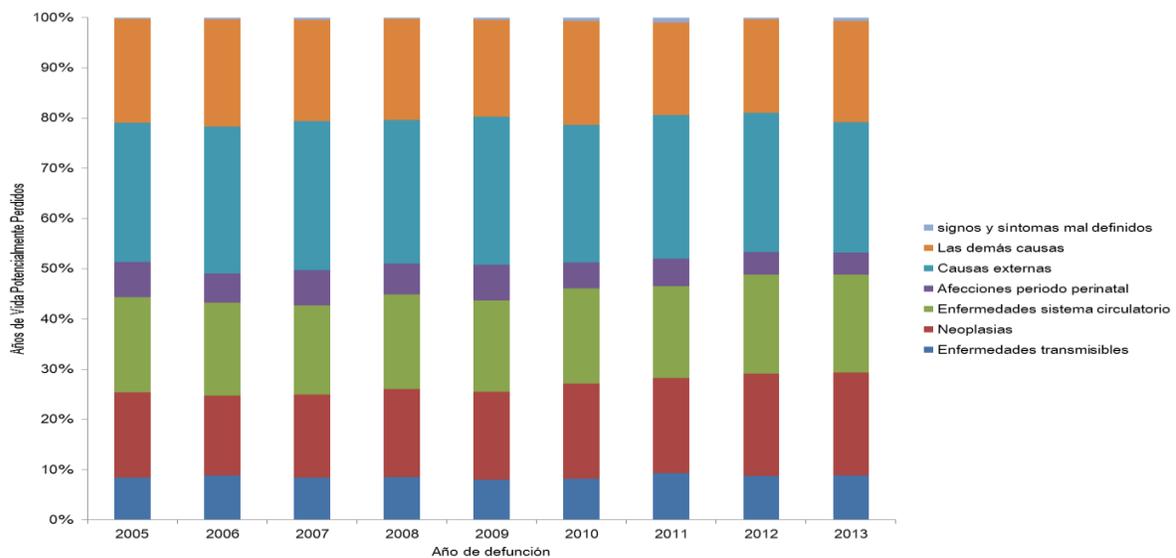


Figura 30: AVPP por grandes causas, lista 6/67 de la OPS, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

En la población total y bajo una mirada general del orden y del peso proporcional de los AVPP por las grandes causas entre 2005 – 2013, Figura 30, se expresan muy ligeras fluctuaciones, sin patrones claros de una tendencia de cambio. En 2013 y evaluando el total (67,056 AVPP) y la distribución de peso porcentual por las grandes causas, se identifica que ocupa el primer lugar las causas externas que entregan 25.97% (17,417 AVPP), le siguen las neoplasias 20.45% (13,712 AVPP), en el tercer lugar el grupo de las demás causas 20.13% (13,496 AVPP); en el siguiente puesto las enfermedades del sistema circulatorio 19.45%, (13,041 AVPP). En la quinta ubicación

las enfermedades transmisibles 8.89% (5,963 AVPP), le siguen afecciones perinatales 4.47% (2,995 AVPP) y en último lugar el grupo de signos y síntomas mal definidos 0.64% (428 AVPP).

Al analizar los AVPP tanto en hombres como en mujeres, se revisa el comportamiento de la tendencia entre 2005 al año disponible 2013; con enfoque en el último año 2013 y siguiendo la Tabla 39, las Figura 31 y

Figura 32; se describe que en 2013 en hombres, el primer lugar 36.99% de los AVPP son por causas externas (15,306 AVPP), le siguen las causa cardiovasculares 17.75% (7,345 AVPP), las otras causas de enfermedades 15.93% (6,591 AVPP), las neoplasias con 15.23%, (6.303 AVPP), las enfermedades transmisibles 9.42% (3,897 AVPP) y por último las afecciones perinatales (1,677 AVPP) con 4.05%.

En las mujeres, el primer lugar el grupo de las demás causas 36.33% (6,906 AVPP), las enfermedades cardiovasculares aportan 29.97% de los AVPP (5,696 AVPP), las causas externas 11.11% (2,111 AVPP), las enfermedades transmisibles 10.87% (2,066 AVPP), las afecciones del periodo perinatal 6.94% (1,319 AVPP), las enfermedades neoplásicas 3.9% (741 AVPP) y por últimos el grupo no determinado con 0.88% (168 AVPP).

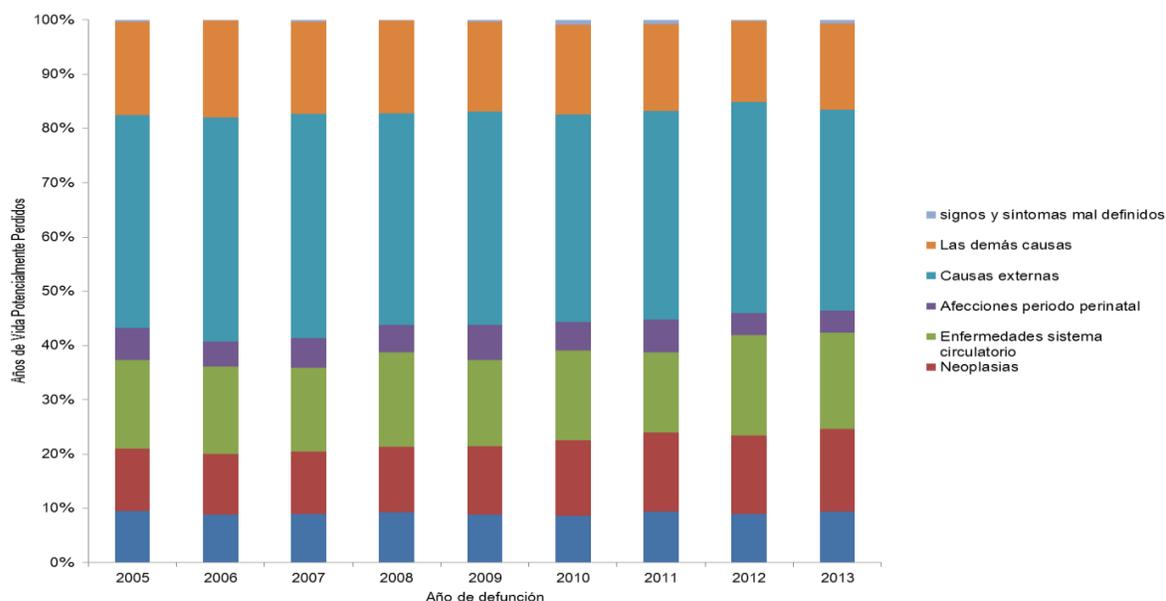


Figura 31: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en hombres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

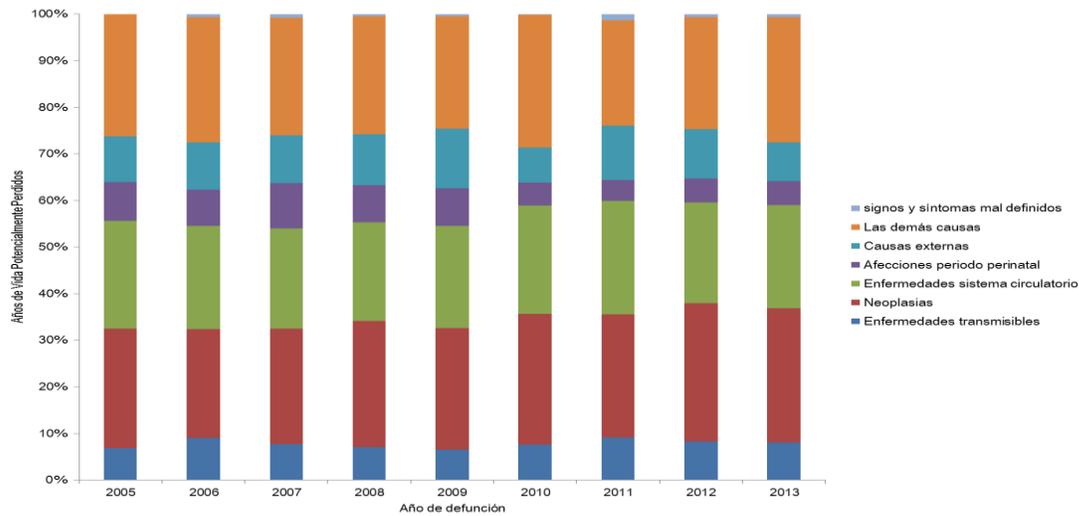


Figura 32: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en mujeres, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

En este 2013 el aporte de AVPP es superior en los hombres (41,379 AVPP) respecto de la mujeres (19,907 AVPP), lo cual significa el mayor aporte del sexo masculino en la estructura total de la mortalidad prematura del departamento, siendo importante resaltar que al comparar la mayor diferencia de AVPP aportados según sexo, la diferencia se ubica en las causas externas (15,306 hombres/2,111 mujeres). Con relación a las mujeres, existe una diferencia menor, mientras en las mujeres los grupo de causas de mortalidad prematura más importante son las neoplasias, según el aporte de los AVPP, en los hombres el comportamiento es menor (6,303 hombres/7,410mujeres), el comportamiento de los AVPP por las enfermedades del sistema circulatorio es igualmente, más severo en los hombres en el comparativo con las mujeres en el año 2013 (7,345 AVPP/5,696 AVPP) respectivamente.

2.1.5 TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

Al llevar las tasas específicas de años potencialmente perdido a un población hipotética estándar en base de sus distribución etaria, al revisar la Tabla 40 y Figura 33 es visible la ubicación de la tasa ajustada esperada por las causas externas en primer lugar, con valores de AVPP esperados entre 3,928 a 3,147 AVPP por 100,000 personas y con importante tendencia al descenso entre 2005 a 2013; así mismo con una amplia diferencia y ocupando el segundo lugar, se encuentran las demás causas, muestra valores de 2,992 a 2,309 en 2013; las enfermedades sistema circulatorio ocasionarían entre 2,787 a 2,135 AVPP por 100,00 personas.

En general, al establecer una comparación entre el inicio de las serie (2005 - 2013) se identifica una tendencia a la disminución de la muerte prematura; con relación a las neoplasias las cifras ajustadas de AVPP se comportamiento entre 2,189 y 2,439 sin una rebaja a este valor primero en 2013, hecho importante de análisis y de proyección frente a todo el proceso de planificación relacionado, de manera directa con las patologías oncológicas, donde el país tiene normativas y plan trazado para el abordaje de esta problemática considerada de salud pública.

Tabla 40: Tasa ajustadas de AVPP por grandes causas lista OPS 6/67, departamento Quindío 2005 – 2013.

GRANDES CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Enfermedades transmisibles	1205,8	1221,3	1221,3	1123,4	1085,0	1070,9	1177,8	1086,6	1064,4
Neoplasias	2439,3	2189,1	2327,1	2278,1	2291,7	2363,7	2265,7	2401,0	2299,3
Enfermedades sistema circulatorio	2787,6	2589,9	2538,4	2448,4	2367,6	2352,1	2173,3	2288,5	2135,4
Afecciones periodo perinatal	969,6	787,8	1006,3	823,6	980,6	700,1	730,3	593,8	577,4
Causas externas	3928,2	4027,3	4220,2	3787,1	3996,9	3583,9	3623,7	3491,5	3147,6
Las demás causas	2992,3	2961,8	2878,7	2637,5	2558,9	2631,2	2262,3	2222,9	2309,6
signos y síntomas mal definidos	27,6	45,1	72,5	28,3	52,8	82,8	118,0	47,4	78,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

La línea de tendencia de la tasas ajustadas de AVPP por las enfermedades transmisibles (1,221.3 a 1,064.4) tiene un comportamiento suave hacia el descenso y la tendencia de las afecciones del periodo perinatal oscilan entre 577.4 a 1.006.3 por 100.000 personas presentando un comportamiento de línea suave oscilante.

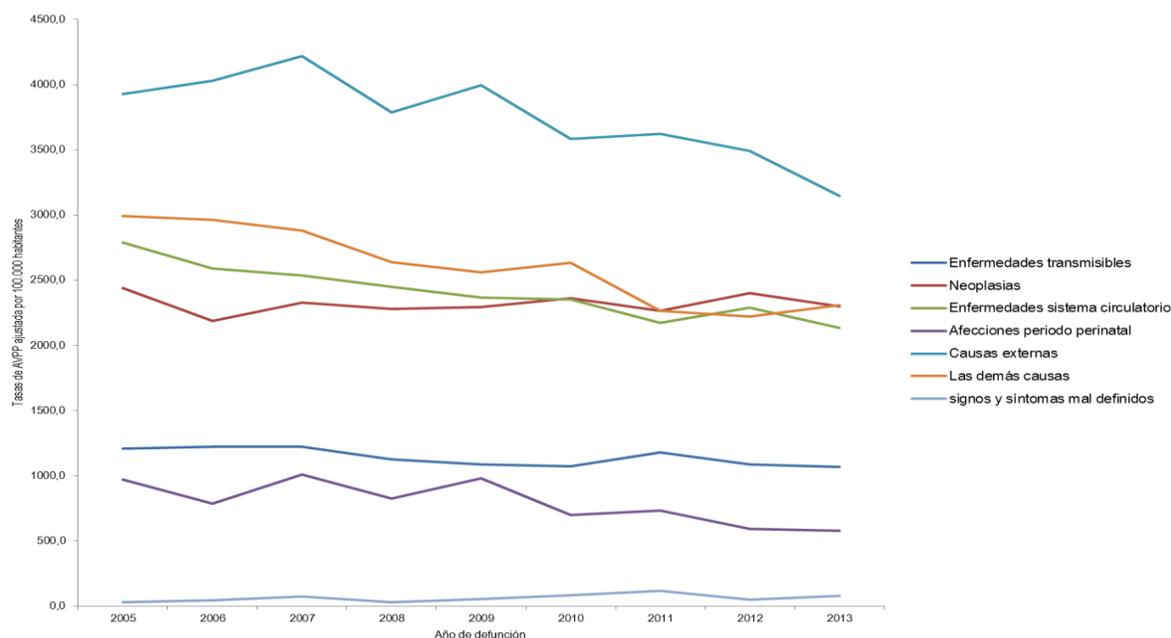


Figura 33. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67, Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

2.1.6 TASA DE AVPP AJUSTADA SEGUN SEXO Y POR GRANDES CAUSAS

Siguiendo la serie de tiempo y utilizando las tasas ajustada de AVPP, son diferentes los escenarios de tasa ajustadas de AVPP entre hombres y mujeres; en ellos, la primera causa de

aporte a la tasa ajustada de AVPP son las causas externas con la tendencia a que disminuyan, mientras que en ellas la primera causa de muerte prematura con tasa ajustada más alta son las neoplasias, tal como se detalla en la Tabla 41. En la citada tabla se **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** detalla las diferencias numéricas entre hombres y mujeres entre 2005 a 2013, donde el aporte de los hombres en la tasa ajustada esperada de AVPP, son el doble frente a la mujer en las causas infecciosas, con el aporte de las causas externas que son casi 8 veces en 2013.

Se podría decir gráficamente, que en la mujer, las tres primeras grandes causas en importancia en el aporte de las tasa ajustadas de AVPP, o sea que llevan a una mujer a la muerte a más temprana edad, tienen un comportamiento similar en tendencia; estas son el cáncer o neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y demás causas, donde en ellas incluye la diabetes, enfermedades de las vías respiratorias inferiores, el embarazo y las enfermedades renales, que son las primeras causas de defunción en ellas. Con tasas muy semejantes y en algunos periodos, entrelazados sus tendencias, las tres últimas causas de aportes a vida prematuramente perdidas en mujeres, estas causas sin líneas muy pendientes tienden al descenso, Figura 34 y Figura 35.

En resumen, se destaca que las causas externas en hombres modifican su tasa entre 2005 a 2013 (6,973/5,611 AVPP respectivamente) y en las mujeres disminuye 27% (1,034/750 AVPP respectivamente); las neoplasias, en las mujeres baja muy poco la tasa de AVPP entre 2005 a 2012 (2,722/2,361 AVPP respectivamente) y en los hombres aumenta en la mismo sentidos (2,130/2,239 AVPP respectivamente).

Tabla 41: Tasa ajustadas de AVPP por grandes causas y por sexo, departamento Quindío 2005 – 2013

CAUSAS AGRUPADAS	2005			2006			2007		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	1706,3	737,2	1205,8	1521,5	937,1	1221,3	1666,3	804,2	1221,3
Neoplasias	2130,4	2722,9	2439,3	2002,3	2371,2	2189,1	2162,5	2488,0	2327,1
Enfermedades sistema circulatorio	3129,6	2484,4	2787,6	2953,2	2257,4	2589,9	2970,9	2150,1	2538,4
Afecciones periodo perinatal	1009,3	928,1	969,6	744,3	833,2	787,8	955,0	1059,8	1006,3
Causas externas	6973,9	1034,9	3928,2	7127,6	1061,4	4027,3	7524,7	1058,2	4220,2
Las demás causas	3190,5	2817,3	2992,3	3156,0	2789,3	2961,8	3191,5	2604,1	2878,7
signos y síntomas mal definidos	55,9	0,0	27,6	24,3	67,5	45,1	63,9	83,8	72,5
CAUSAS AGRUPADAS	2008			2009			2010		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	1591,0	683,3	1123,4	1560,5	644,7	1085,0	1493,8	672,8	1070,9
Neoplasias	2084,8	2467,2	2278,1	2173,4	2405,1	2291,7	2384,8	2343,2	2363,7
Enfermedades sistema circulatorio	3056,3	1907,5	2448,4	2789,3	1989,8	2367,6	2858,6	1896,1	2352,1
Afecciones periodo perinatal	839,0	807,5	823,6	1111,5	843,6	980,6	902,2	488,0	700,1
Causas externas	6644,8	1050,7	3787,1	6872,5	1242,2	3996,9	6616,4	667,9	3583,9
Las demás causas	2962,6	2337,5	2637,5	2881,6	2278,1	2558,9	2839,0	2444,6	2631,2
signos y síntomas mal definidos	10,5	46,5	28,3	63,5	43,5	52,8	155,2	10,4	82,8
CAUSAS AGRUPADAS	2011			2012			2013		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Enfermedades transmisibles	1556,3	821,9	1177,8	1413,9	778,5	1086,6	1446,2	711,6	1064,4
Neoplasias	2329,0	2210,6	2265,7	2170,9	2621,6	2401,0	2239,6	2361,2	2299,3
Enfermedades sistema circulatorio	2370,8	2005,8	2173,3	2805,5	1831,0	2288,5	2611,3	1723,2	2135,4
Afecciones periodo perinatal	992,3	455,1	730,3	631,5	554,1	593,8	630,5	521,6	577,4
Causas externas	6252,9	1071,9	3623,7	6048,7	1021,9	3491,5	5611,1	750,0	3147,6
Las demás causas	2605,7	1933,7	2262,3	2292,8	2178,8	2222,9	2385,2	2257,0	2309,6
signos y síntomas mal definidos	123,0	114,6	118,0	30,1	65,0	47,4	95,0	62,2	78,8

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

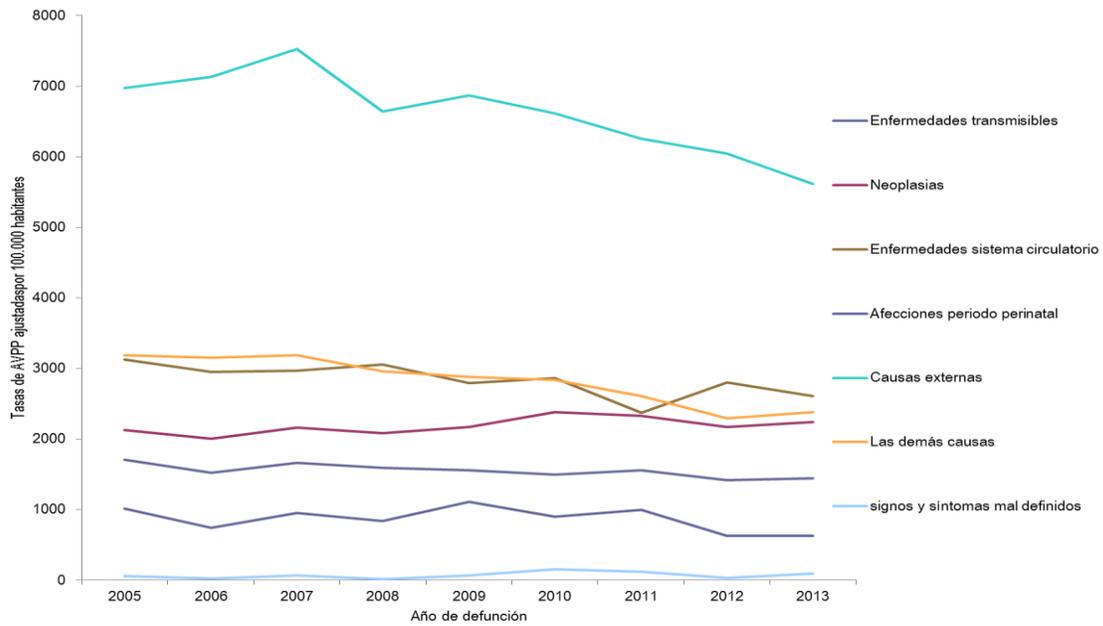


Figura 34: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Quindío, 2005 – 2013

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

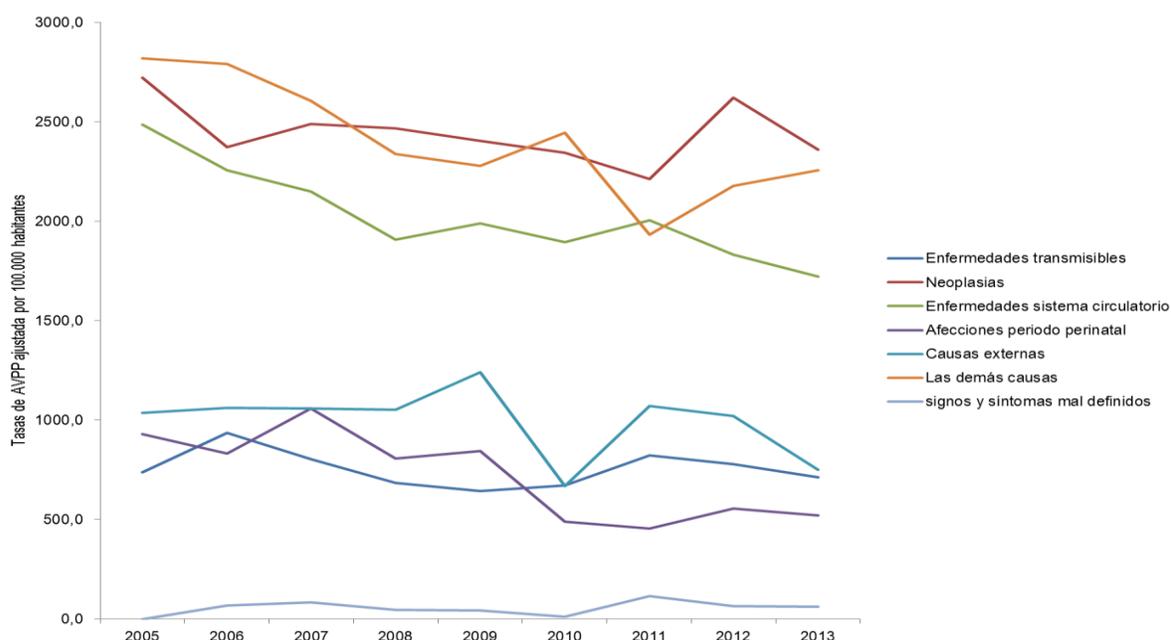


Figura 35: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado, mujeres del Quindío, 2005 – 2013
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

2.1.1 SEMAFORIZACIÓN POR MORTALIDAD

Tabla 42: Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Quindío, 2005-2013

CAUSA DE MUERTE	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,20	12,50	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,14	15,39	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,43	5,92	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,33	13,68	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	16,82	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,43	20,22	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4,42	7,26	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,54	0,32	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30,83	45,16	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,00	0,00	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	1,30	1,12	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘

CAUSA DE MUERTE	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por emergencias y desastres	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE - EEVV

En la relación de mortalidad comparativa con el País, estarán en verde aspectos con mortalidad por malaria debido a que sus tasas están o se mantienen en 0. No se encuentran reporte por casos de rabia en humanos en Quindío para el periodo de consulta de 2005 a 2013 (Códigos CIE: 10: A820 - A 821 - A 829, por geografía de residencia departamento y municipio y por causa básica de muerte) Tabla 42.

Se observa que para 2013, las tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno del estómago, diabetes mellitus, trastornos mentales, y homicidios, son los eventos que presentan una tendencia a estar creciendo o estar tan altas como la referencia nacional; los homicidios, aunque están bajando el departamento, su tasa aun sobrepasa 15 unidades de tasa a la nación, lo que debe obligar incrementar las acciones de control social y atención a las agresiones humanas, como expresión de salud mental, de la cual sus tasa de mortalidad ajustadas, igualmente están tan superiores como los de la nación.

2.2 MORTALIDAD ESPECIAL

2.2.1 MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

El análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se realiza calculando las tasas específicas de mortalidad para el departamento y municipios de los reportes de las bases de nacimientos y defunciones que maneja el Ministerio de Salud y Protección Social y que administra el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE); en este se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, tumores (neoplasias), enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema genitourinario, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades, causas externas de morbilidad y mortalidad, síndrome respiratorio agudo grave (SRAG).

2.2.1.1 MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad de la niñez es un indicador de las condiciones de vida de la población así como de las oportunidades sociales de desarrollo y de los esfuerzos sociales para proteger a los niños, como las personas más vulnerables. La mayoría de las muertes en menores de un año son prevenibles y la tasa de mortalidad infantil es imprescindible como indicador de monitoreo del derecho a la salud. La sobre mortalidad infantil puede interpretarse como una brecha en la implementación del derecho a la salud y producto de discriminación estructural en la sociedad.

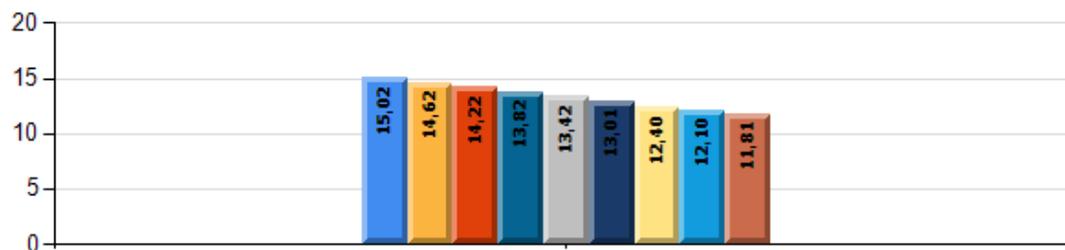
Tabla 43: Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2013

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
63001 - Armenia	14,35	16,76	16,21	15,51	16,66	13,73	13,09	12,93	8,84
63111 - Buenavista	0	38,46	33,33	64,52	0	0	0	0	0
63130 - Calarcá	8,36	8,99	14,04	11,25	16,6	21,32	8,13	8,60	17,04
63190 - Circasia	3,02	5,51	20,53	9,84	12,27	6,99	6,6	23,33	7,69
63212 - Córdoba	0	25,64	13,7	32,26	13,33	0	14,29	13,70	0
63272 - Filandia	12,05	0	19,87	15,38	0	22,22	45,87	0	10,64
63302 - Génova	7,3	16	29,63	8,4	18,87	9,71	23,81	0	13,51
63401 - La Tebaida	18,61	7,23	15,09	20,53	20,33	15,35	19,11	16,28	0
63470 - Montenegro	19,26	21,04	11,25	14,41	15,69	7,89	7,83	6,49	18,79
63548 - Pijao	31,58	21,74	38,1	14,08	0	0	0	0	31,25
63594 - Quimbaya	14,86	9,24	11,85	7,09	10,31	16,17	11,08	8,29	9,65
63690 - Salento	12,05	14,08	0	11,36	23,53	0	14,08	41,67	0
Total	13,6	14,1	15,86	14,56	15,76	13,98	12,53	12,08	10,17

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

La mortalidad infantil en Quindío presenta una tendencia al franco descenso en cinco años. Muy paralela a la defunción del menor de 1 año de la nación, aunque con incrementos entre 2007 a 2009, siendo este último año el de la mayor tasa de la serie analizada, esta tasa disminuye a 2013 a 10.17 defunciones por mil nacidos vivos. La serie municipal, aún más dispersa, los resultados de consistencia en la disminución o evitación de la mortalidad infantil, la Tabla 43 nos enseñan que por municipios para 2013, 4 de estos mostraron tasas en 0, lo que significa mejora en las condiciones generales de esta población; en Pijao para 2103, el riesgo de morir fue 3 veces superior que el resultado de Armenia de madres residentes en estos municipio; se destaca que la mortalidad infantil, en 2013, no supera los valores de 32 defunciones por 1,000 nacimientos, valor que llegó a 46 en 2011 en Filandia o 64 en Buenavista en 2008; la mortalidad infantil es muy cambiante debido a las poblaciones pequeñas de menores de un año y los nacimientos observados, poblaciones que no toleran defunciones mayores en este grupo de edad; en general, no se deben observar más de 10 defunciones por 1,000 nacimientos, valor ideal de estabilidad y de eficiencia en salud.

Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)



2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
15,02	14,62	14,22	13,82	13,42	13,01	12,40	12,10	11,81

Figura 36: Tasa de mortalidad infantil Ajustada, Quindío, 2005- 2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

La Figura 36, que muestra la tasa ajustada para poblaciones menores de un año, se espera descensos de una unidad anual en el valor de la tasa de mortalidad infantil, si la población del departamento tuviera la misma población estándar mundial.

2.2.1.2 MORTALIDAD NEONATAL

Al revisar la tendencia de Mortalidad Neonatal, defunciones hasta los 28 días después de nacido, la mayor tasa se presentó en 2009 con 11.01 defunciones por 1,000 nacidos vivos. La tendencia a este indicador componente de mortalidad infantil es al descenso tal vez con algo de mayor que la del país; para 2013 se observa que la serie de 5 años llega a casi 8 defunciones por 1,000 nacimientos vivos, lo que implica mantener la vigilancia en este evento y la intervención en la salud de materna y de la embarazada (Figura 37), más un en la zonas rurales donde se expresa mayor tasa frente a las urbanas Tabla 44.

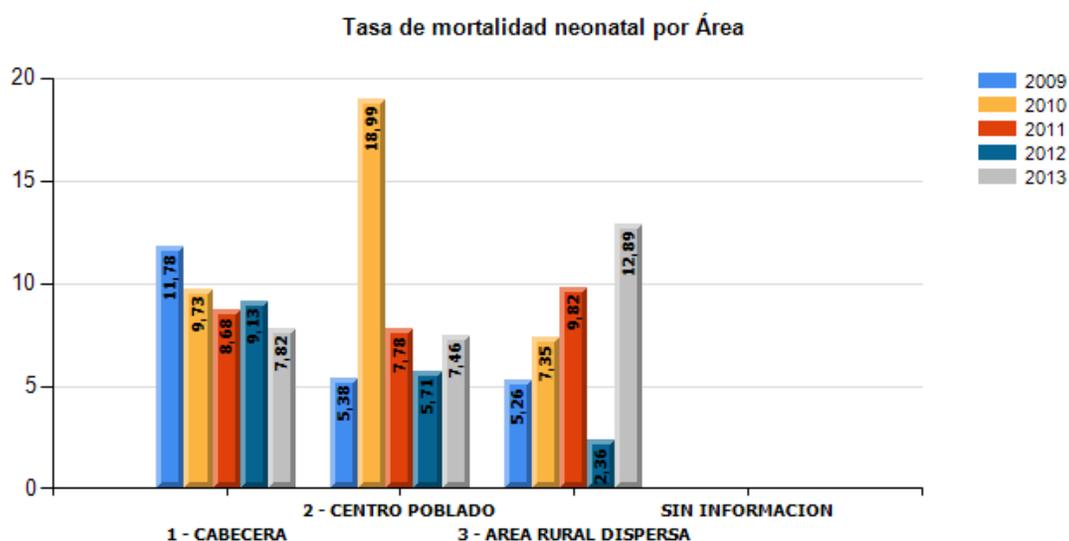


Figura 37: Tasa de mortalidad neonatal, Quindío, 2009- 2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

Tabla 44: Tasa de mortalidad Neonatal, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2009 a 2013

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013
1 - CABECERA	11,78	9,73	8,68	9,13	7,82
2 - CENTRO POBLADO	5,38	18,99	7,78	5,71	7,46
3 - AREA RURAL DISPERSA	5,26	7,35	9,82	2,36	12,89
Total General	11,01	9,75	8,74	8,55	8,14

2.2.1.3 MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

La Figura 38 detalla la tendencia del comportamiento de la muerte del menor de 5 años o definida como de la niñez, que para 2010 a 2013 se emparejo con el comportamiento del país, la que supero en 2 puntos de tasa en el último año; esta tendencia de la mortalidad de la niñez, que

viene de un pico máximo en 2009 con una tasa de 18.51 por mil nacidos vivos, muestra un descenso de casi 33%.

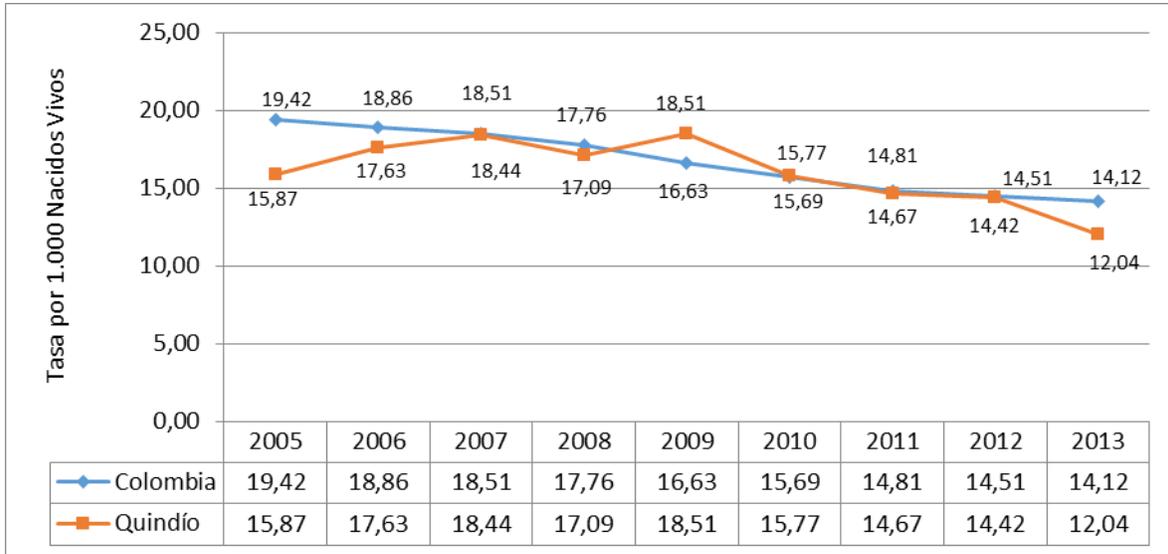
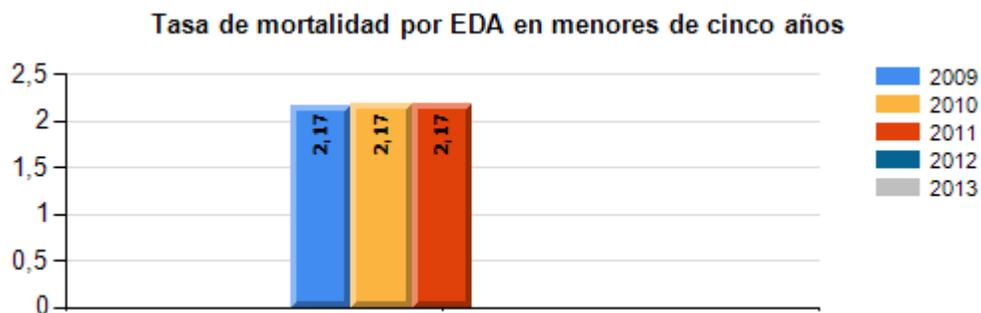


Figura 38: Tasa de mortalidad en la niñez, Quindío, 2005- 2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

2.2.1.3.1 MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) EN MENOR DE 5 AÑOS.

Es importante resaltar la ausencia de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años en el departamento, aunque con presencia de eventos en todos los años analizados a 2009; sin que se pueda definir que su presencia es controlada, aun puede encontrarse condiciones precarias en el suministro de agua apta para el consumo humano y falta de detección de complicaciones generadas por episodios diarreicos en los niños. En los años 2005 y 2006 se registraron las tasa más altas por estas infecciones o complicaciones intestinales en los niños, las cuales se mantuvieron con 4,29 por 100.000 menores de 5 años; a 2007 se presentó una disminución marcada (50%) en la tasa, valor que se ha mantiene hasta 2011 con una tasa de 2,17 por debajo de la referencia Nacional (Figura 39).



2009	2010	2011	2012	2013
2,17	2,17	2,17	0,00	0,00

Figura 39: Tasa de mortalidad por EDA, Quindío, 2005- 2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

2.2.1.3.2 MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENOR DE 5 AÑOS.

Entre 2005 a 2007 las tasa específica para la infección respiratoria aguda (IRA) creció en forma importante presentando el pico más alto en 2007 para posteriormente presentar un descenso progresivo hasta 2011, donde el riesgo de morir por una IRA está estable a tasa de 6,52 por 100.000 menores de 5 años y se situó por debajo de la tendencia nacional (Figura 40). Esta tasa de pasar de 6.52 por cien mil menores, se duplico en 2012 y luego se redujo 90% en 2013, lo que demuestra lo controlable que es las complicaciones de la infancia y de la enfermedad respiratorio; solo voluntad en la prestación de servicios de salud y detección de las complicaciones son las claves de esta reducción.



2009	2010	2011	2012	2013
10,84	6,52	6,52	13,05	2,17

Figura 40: Tasa de mortalidad por IRA, Quindío, 2005- 2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

2.2.1.3.3 MORTALIDAD POR DESNUTRICION EN MENOR DE 5 AÑOS.

Las afecciones nutricionales muestran un comportamiento que demuestra condiciones de pobreza en el departamento, con variaciones interanuales en la identificación de estas causas de mortalidad en el menor de cinco años; aunque en el país tiende a bajar, la tasa del departamento se ha colocada en 2012 en 0, pero que se hace evidente de nuevo en 2013, como se detalla en la Figura 41.

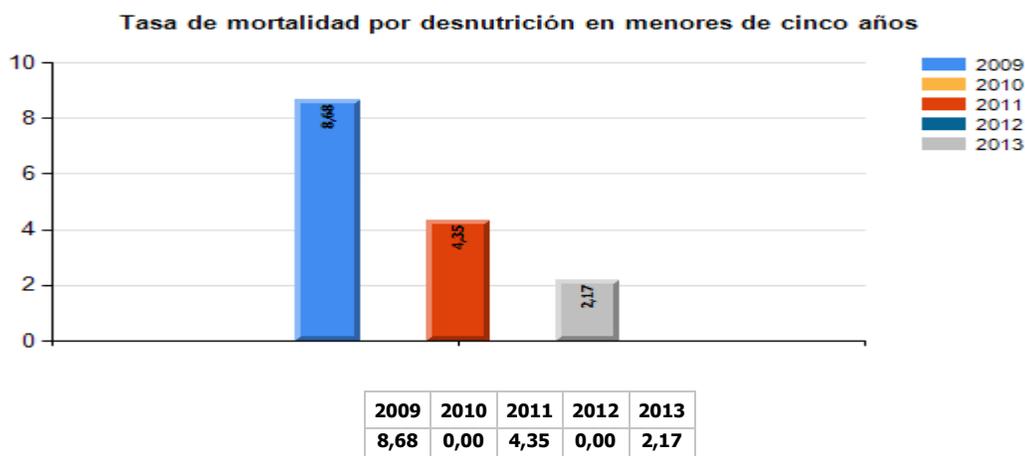


Figura 41: Tasa de mortalidad por desnutrición, Quindío, 2005- 2013.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

2.2.2 MORTALIDAD POR CAUSAS SEGÚN LA LISTA 6/67 EN MENORES DE 1 AÑO Y ENTRE 1 A 5 AÑOS.

Se presentan, en la Tabla 45: el comportamiento de las causas de mortalidad en los menores de 1 año en el departamento, excluyendo de la tabla los grupos de causas que no mostraron eventos en los años entre 2005 a 2013 en el total de los grupos de ciclo de vida del menor. Solo se presentan casos en 14 grupos de causas,

Por grupo de causas, las enfermedades infecciosas parasitarias que afectaron el grupo poblacional menor de un año, mostrando una reducción importante entre 2005 y 2011 y su ausencia en 2012 y 2013; El comportamiento de la mortalidad infantil relacionada es muy variable, resaltando que en los 2012 y 2013 no se presentaron casos.

La causa neoplasias, que no es expresión de mortalidad intensa en el grupo de menos de 1 año, se presentaron algunos casos que colocaron su tasa a un valor de 0.32 defunciones en la mujeres, para un total de 0.17 defunciones por cáncer por cada 1,000 menores de un año; desde 2009, no se presenta una defunción por estas causas en el grupos de menos de 1 año. Al igual que las neoplasias, las enfermedades de la sangre y de los órganos hemopoyéticos, fueron causantes de algunas defunciones en 2005 y 2009; para estos años últimos a 2013 no se expresen dentro en las causas de mortalidad.

Los trastornos endocrinos y metabólicos, no generan defunciones en los últimos cuatro años antes de 2013, siendo enfermedades que se presentaron con una probabilidad de llevar a la muertes a 0.46 niños por cada mil menores de 1 años en 2009.

En el grupo de enfermedades del sistema nerviosos, afecto a un grupo de varones en 2012, algo mayor que lo que se observó en 2010, cuando su tasa se observó 0.33 defunciones por cada 1,000 menores de 1 año, aunque menos intensa para tener una tasa total en 2012 de 0.34.

Las afecciones del sistema circulatorio, su mayor tasa se observó en 2009, y en los años siguientes su tasa se localiza en 0.16; para 2012 y 2013, no se reportaron defunciones en los menores de 1 año por estas causas.

Las enfermedades del sistema respiratorio son más prevalentes en este grupo de niños y sus complicaciones como se menciona antes, son más severas y letales; siempre presentes en la serie temporal, en los menores de 1 año se registran las tasa más altas y que están creciendo en los 9 años mostrados; en 2007 se registró el mayor valor 1 defunción por cada 1,000 niños menores de 1 año y el más bajo se registró en 2011 que repitió en 2012, para 2013 esta tasa volvió a presentar un pico importante situándose casi en 2. En el conjunto de las afecciones respiratorias, se destaca el que neumonías son las principales causas de defunciones, en especial en el menor de 1 año, cuando en 2007 colocó la tasa en 43 defunciones por cada 100,000 menores de 1 año.

El grupo de trastornos digestivos en los menores, se presentan con una que no supera los 0.31 defunciones por cada 1,000 niños de menos de 1 año, tasa observada en 2009 y en 2005 la segunda más alta; para los años 2012 y 2013, la tasa se situó en 0.17 defunciones por 1,000 habitantes, razón por la cual el menor de un año muy susceptibles a la descompensación hídrica por enfermedades diarreicas e intestinales deben ser objeto de vigilancia extrema.

Las enfermedades del periodo perinatal, son las que entregan la mayoría de eventos y son el bloque más importante de la mortalidad en este grupo de edad; las enfermedades y las complicaciones durante el periodo perinatal, son una de las etapas de atención y de impacto en la disminución de la tasa de mortalidad infantil más importantes, en donde, con la intervención se podría disminuir hasta 60% de la defunción en el menor de 1 año; la tasa observada en 2005 y similar en 2007 de más de 9 defunciones por cada 1,000 niños menores de un año, son las más altas observadas; para 2012 y 2013, estas tasa disminuye en tres unidades de tasa, si algo menos en 2013 afectando de preferencia al menor varón, en toda la serie; así la tasa de mortalidad perinatal está mostrando ser casi 50% de la carga de la mortalidad infantil, valor que obliga a intervenir en forma especial este grupo de causas; dentro de estas afecciones del periodo perinatal, los traumatismos del nacimiento y la neumopatía congénita son las causas más incidentes que afectan al menor de preferencia.

Las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas afectan más a los menores de 1 año, frente a los niños que sobreviven un año de vida; con tasa estables, en los menores de 1 año se producen hasta 4.55 defunciones por cada 1,000 niños antes del año de edad tasa observada en 2010; por sus diversas causas, las malformaciones congénitas del corazón y del sistema nervioso, son las más incidentales en los menores de 1 año; para 2012 y 2013, las malformaciones congénitas ocasionaron hasta 3 defunciones por cada 1,000, en este caso en las niñas, presentan la mayor carga en la defunción.

Los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio en la defunción se presenta con una tasa presentes en los casos de muerte en los niños; esta imprecisión, que puede deberse a falta de pericia en el diagnóstico final, puede ser igualmente desenlaces no atendidos con

celeridad en la infancia. De hasta 0.14 eventos en el menor de 1 año por cada 1,000 de estos niños vistos en 2006, se pasó a 0.34 en 2013, lo que demuestra desmejoramiento e la atención.

Las demás enfermedades son eventos poco frecuente antes del año de edad, pero las causas externas afectan permanentemente, con tasas de hasta 1.13 defunciones por cada menor de 1,000 menores de 1 año en 2006; la causa externa más incidente letal son lesiones o mecanismos que obstruyen la vía área en el menor de 1 año, con una tasa que se situó en 0.17 defunciones por 1,000 menores de un año en 2013.

Tabla 45: Tasas específicas de mortalidad Infantil, según la lista de 67 causas y causa específicas, departamento, Quindío, 2005 – 2013

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	1,23	0,30	0,33			
	MASCULINO	1,04	0,56	0,56	0,87		0,63	0,32		
	TOTAL	0,67	0,42	0,43	1,04	0,15	0,49	0,16		
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO		0,28		0,31					
	MASCULINO					0,31				0,32
	TOTAL		0,14		0,15	0,15				0,17
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	MASCULINO	0,26				0,31				
	TOTAL	0,13				0,15				
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO		0,28		0,31	0,61				
	MASCULINO	0,26				0,31				
	TOTAL	0,13	0,14		0,15	0,46				
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO			0,59			0,33		0,68	
	MASCULINO		0,56	0,28	0,58		0,63			
	TOTAL		0,28	0,43	0,30		0,49		0,34	
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	0,31	0,61	0,33	0,34		
	MASCULINO		0,56		0,29	0,92				
	TOTAL	0,13	0,42	0,14	0,30	0,76	0,16	0,16		
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,27	0,57	0,59	0,31	0,61			0,68	
	MASCULINO	0,52	0,28	1,39	0,87	0,92	0,63	0,63	1,32	0,32
	TOTAL	0,40	0,42	1,00	0,59	0,76	0,33	0,33	1,01	0,17
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO			0,29		0,30			0,34	
	MASCULINO	0,52	0,28		0,29	0,31		0,32		0,32
	TOTAL	0,27	0,14	0,14	0,15	0,31		0,16	0,17	0,17
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	MASCULINO				0,29					
	TOTAL				0,15					
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	7,92	7,41	9,72	7,66	7,61	5,00	4,46	5,81	5,68
	MASCULINO	8,86	6,98	8,60	8,08	11,38	9,52	10,48	6,92	6,49
	TOTAL	8,40	7,19	9,15	7,87	9,48	7,32	7,58	6,37	6,10
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	3,00	3,99	3,83	1,53	3,35	3,67	3,09	2,73	3,90
	MASCULINO	2,35	3,07	3,89	3,75	2,46	5,39	4,44	3,95	2,27
	TOTAL	2,67	3,53	3,86	2,67	2,91	4,55	3,79	3,35	3,05
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO		0,28	0,59	0,31	0,30			0,34	0,35
	MASCULINO						0,63	0,32	0,33	0,32
	TOTAL		0,14	0,29	0,15	0,15	0,33	0,16	0,34	0,34
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO		0,28		0,31					
	MASCULINO				0,29					
	TOTAL		0,14		0,30					
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,82	0,85	0,59	0,92	0,30			0,34	0,35
	MASCULINO	0,78	1,12	0,28	0,29	0,62	0,63	0,32	0,66	
	TOTAL	0,80	1,13	0,43	0,59	0,46	0,33	0,16	0,50	0,17

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEV

La Tabla detalla que para 2013 cuatro grupos de causa que históricamente vienen causando defunciones en el menor de 5 años, ya para este último año de análisis no aporta defunciones,

como tampoco en tres de las causas en 2012, en general para esas causas de defunciones en los menores de 5 años, desagregadas por sexo.

Por grupo de causas, las enfermedades infecciosas parasitarias que afectaron principalmente a este grupo poblacional menor con hasta 18 defunciones por estas causas en 2005, con variaciones poco intensas hasta 2008, cuando baja a valores de hasta 4 en 2009; asciende a los valores de 2007 o hasta algo superiores en la expresión de la probabilidad y estar en un valor de 7 defunciones por cada 100,000 niños en los últimos años. Las causas infecciosas en los niños ocasionan una probabilidad de mortalidad importante en Quindío, aunque con descensos importantes a 2013, que frente a 2005, ha descendido 20 unidades de probabilidad. Se destaca que los niños y niñas aún permanecen riesgos altos de morir por infecciones, como la presencia de infecciones por otras infecciones del intestino que solo se ve en los más mayores y una infección de las meninges.

Las causas neoplasias están afectando en todos los años en los menores de cinco tanto niñas como niños, de preferencia entre los niños de 1 a 4 años; en los varones, de afectar a máximo 5 de ellos por cada 100.000 varones menores de 5 años, para 2013 su probabilidad se triplicó; en ellas, mueren hasta 13 niñas menores de 5 años por cada 100,000 de ellas en esta edad, valores visto en 2006 y 2008 y ser de 4 en 2013; dentro de estas neoplasias analizadas, se observa con mayor tasa algunos tumores de comportamiento incierto y se destaca que desde 2005 se identifican 9 defunciones por afecciones de tipo maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines en los grupos de menos de 5 años en la serie departamental, sin defunción por leucemias o linfomas

El grupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, sin ser muy incidente en el menor de 5 años, es algo más alta en los varoncitos que en las niñas, situación que cambia en 2011; para 2012 y 2013 no hay casos de defunciones por estas causas en los menores de 1 a 5 años,

Los trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicas, que puede llevar hasta a 9 niños a una defunción por cada 100,000 menores de 5 años en 2009 puede afectar a 13 varones entre 1 a 4 años por cada 100,000 de ellos en 2011; sin ser una tasa alta, afecto a 4 de cada 100,000 varoncitos para tener una tasa departamental de 2 defunciones por cada 100.000 niños menores de 5 años en 2013.

En el grupo de enfermedades del sistema nerviosos, su alta tasa se observó en 2006, de preferencia en el sexo masculino, que afecto a hasta 21 niños por cada 100,000 menores de 5 años, la mayor tasa de la serie; para 2013 no se reportaron defunciones asociadas a malestar del sistema nervioso.

Las afecciones del sistema circulatorio, que no impactó a los menores entre 2012 a 2013, pueden afectar, hasta 10 años de esta edad entre los niños y los 5 años, por cada 100,000 de estos menores, como se observó en 2009.

Las enfermedades del sistema respiratorio, siempre presentes en la serie temporal en ambos sexos, afectan en general al grupo poblacional, donde se han registrado casos que pueden ascender hasta 24 niños por cada 100,000, y 34 varones por cada cien mil de estos niños de este sexo; para 2013, se afectaría apenas 2 niños y tres varones, de una cifra alta de 15 en 2012; estos valores muestran el desconfort en la atención y la falta de observancia de protocolos a las

infeccione y afecciones respiratorias del menor entre el año y los cinco años, atenciones que son susceptibles de realizar en los prestadores básicos y de atención al menor.

El grupo de trastornos digestivos en los menores se presentan con una tasa que no supera los 13 casos de defunciones por cada 100,000 niños entre el año y los 5, tasa observada en dos años, 2005 y 2008; para 2013 la tasa de defunción por enfermedades intestinales alcanza a afectar a 2 menores por cada 100,000 de este grupos de edad Las enfermedades genitourinarias no son tan letales en los menores, aunque se han dado casos graves, como en 2008 y 2011, que colocan la tasa en 2 defunciones por cada 100,000 menores de entre 1 año a 5; no hubo defunciones en 2012 y 2013.

La etapa de atención y de disminución de la tasa de mortalidad en la niñez por afecciones originadas en el periodo perinatal, se constituyen en causas importantes de defunción; las tasas son intensas, con casi 137 defunciones por cada 100,000 niños en 2009 (156 en niños y 115 en niñas); para 2013 y 2012, las tasa aunque ya no tan intensas, aun llevan a una probabilidad de muerte a hasta 9 varoncitos y a 7 niñas, para una tasa específica de 78,3 defunciones por cada 100,000 niños entre el año y los cinco años de vida.

Las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas que está afectando a los menores con tasas de hasta máximo 8 defunciones poa cada 100,000 menores varones de estas edades; en 2013 esta tasa de defunción ascendió a 43 muertes por 100,000 niños entre uno y cinco años, con mayor probabilidad en la niñas.

Las causas definidas como signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio en la defunción, se presenta con una tasa de hasta 4 eventos en el menor por cada 100,000 de niños mayores de 1 año a cinco años y pudo ser de hasta 9 defunciones por cada 100,000 mujeres de este grupos de edad en 2006; se observa que este tipo de circunstancias de diagnósticos imprecisos está aumentando, para ser de hasta casi 5 en la tasa general en 2013, por cada 100,000 niños entre 1 y menores de 5 años. Junto con las demás enfermedades, que son menos frecuentes, la tasa conjunta puede llevar a la defunción a 6 de cada 100,000 menores de estas edades, 2 puntos de tasa aportaría esta ultimas causas.

Las causas externas de morbilidad y mortalidad, afectan permanentemente a los niños en el lapso del tiempo de los 9 años tabulados; las tasas más alta por causas externas en los menores de 5 años y mayores de uno, llego a hacer de hasta 42 defunciones por cada 100,000 niños varones en 2006, para no ver en 2013 a este grupos de niños fallecidos por traumas o circunstancia de externas. La tasa de mortalidad por causa externas fue tan alta en 2012, como la observada en 2006, año de mayor agresión al menor reportada en el sistema de estadísticas vitales, sin poderse definir una disminución de los riesgos de defunciones por agresiones o causa externas en estos infantes. Se observa que los accidentes de transporte y las demás causas externas son los más fatales para ellos de hasta 5 años

Tabla 45: Tasas específicas de mortalidad en menores de 5 años, según la lista de las 67 causas departamento, Quindío, 2005 – 2013

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	8,76	8,77	13,19	17,68	8,88	8,91			8,92
	MASCULINO	25,14	8,40	8,42	16,92		12,73	12,73		4,24
	TOTAL	17,13	8,58	10,75	17,29	4,34	10,87	6,52		6,52
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	4,38	13,16	13,19	13,26			4,46	8,92	4,46
	MASCULINO	4,19	4,20	4,21		4,24	4,24			12,73

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	TOTAL	4,28	8,58	8,60	6,48	2,17	2,17	2,17	4,35	8,70
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO							4,46		
	MASCULINO	4,19				4,24				
	TOTAL	2,14				2,17		2,17		
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO		4,39		8,84	8,88				
	MASCULINO	4,19	4,20			8,48		12,73		4,24
	TOTAL	2,14	4,29		4,32	8,68		6,52		2,17
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	4,38	8,77	13,19	4,42	8,88	4,45		8,92	
	MASCULINO		21,01	8,42	8,46	4,24	12,73			
	TOTAL	2,14	15,02	10,75	6,48	6,51	8,69		4,35	
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	4,38	4,39	8,79	4,42	8,88	4,45	4,46		
	MASCULINO	8,38	8,40		8,46	12,72	4,24			
	TOTAL	6,42	6,44	4,30	6,48	10,84	4,35	2,17		
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	8,76	17,54	13,19	8,84	8,88	4,45	4,46	8,92	
	MASCULINO	8,38	16,81	33,70	29,60	21,20	12,73	8,49	21,22	4,24
	TOTAL	8,57	17,17	23,66	19,45	15,18	8,69	6,52	15,22	2,17
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO			4,40		4,44			4,46	
	MASCULINO	12,57	8,40	4,21	12,69	4,24		4,24		4,24
	TOTAL	6,42	4,29	4,30	6,48	4,34		2,17	2,17	2,17
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	4,38								
	MASCULINO				4,23			4,24		
	TOTAL	2,14			2,16			2,17		
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	127,02	114,04	145,05	110,52	115,45	66,79	57,95	75,84	71,39
	MASCULINO	142,45	105,05	134,78	118,41	156,87	127,33	140,04	89,13	84,86
	TOTAL	134,91	109,45	139,81	114,55	136,64	97,79	100,00	82,65	78,30
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	48,18	65,79	57,14	22,10	57,73	53,43	40,12	40,15	49,08
	MASCULINO	37,71	50,42	63,18	54,98	38,16	76,40	59,41	50,93	38,19
	TOTAL	42,83	57,94	60,22	38,90	47,72	65,19	50,00	45,67	43,50
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO		8,77	8,79	4,42	4,44			4,46	4,46
	MASCULINO	4,19					8,49	4,24	4,24	4,24
	TOTAL	2,14	4,29	4,30	2,16	2,17	4,35	2,17	4,35	4,35
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO		4,39		4,42					
	MASCULINO				4,23					4,24
	TOTAL		2,15		4,32					2,17
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	17,52	17,54	13,19	17,68	13,32	4,45	4,46	22,30	4,46
	MASCULINO	29,33	42,02	8,42	12,69	25,44	12,73	16,97	33,95	
	TOTAL	23,56	32,19	10,75	15,13	19,52	8,69	10,87	28,27	2,17

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEV

2.2.3 MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna para el departamento del Quindío presenta tendencia a un leve descenso con valores de su razón siempre por debajo de la resultados nacionales para el periodo comprendido entre 2008 a 2012; con dos picos, el más alto se presentó en el año 2007 donde se superó la tasa nacional en 13 valores de tasa que llevo a poner el riesgo de morir estando en embarazo o después del parto a 85 gestantes de cada 100,000 nacimientos y en 2013, que duplico la razón de 2102 y fue superior a la nacional en 12 unidades de tasa, Figura 42 y Figura 45.

La razón observada en el lapso de tiempo analítico, coloca a la gestación como una prioridad departamental, y es posible no ver defunciones maternas, como en 2009, si se mantienen esquemas óptimos y vigilantes de atención, adecuados para atender las complicaciones que se presentan en la gestación.

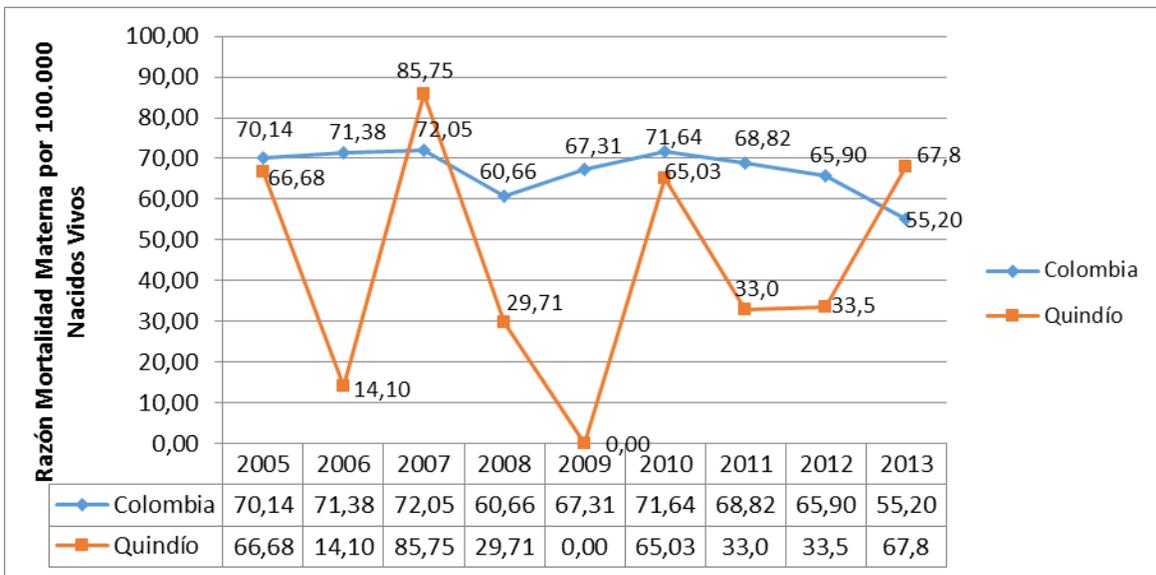


Figura 42: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV

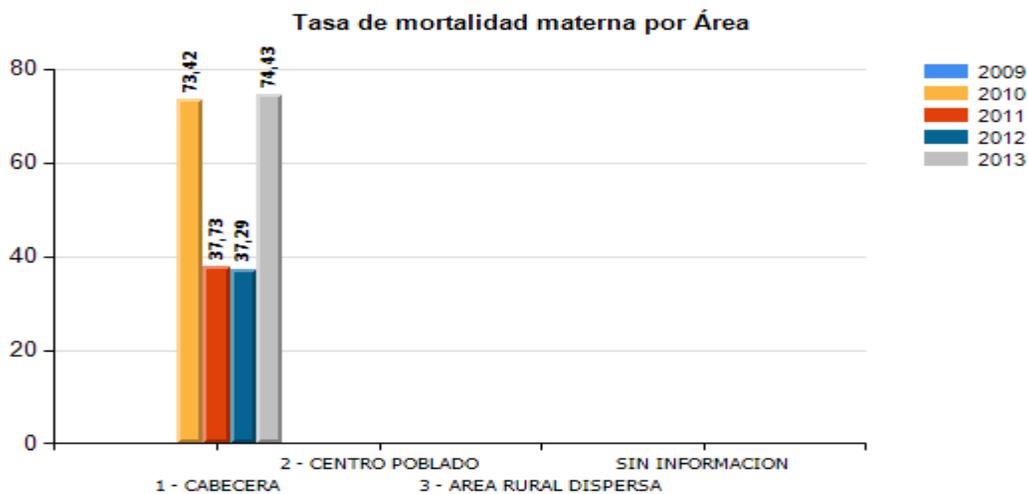


Figura 43: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2013

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE - EEVV

2.2.4 ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ

Para el año 2103, se presentan un tendencia a disminución de las tasas especiales de mortalidad en niñez, infancia y maternas; solo dos tipos de estas defunciones tendría un comportamiento superior al nacional, como es la mortalidad materna y la mortalidad por desnutrición en el menor de cinco años.

Tres de las causas estarían en un rango de valores inferiores a los de la nación (de color verde), no siendo un motivo para desentender las complicaciones o su prevención, caso de las infecciones

respiratorias, la diarrea y desnutrición en menor de un año; los otros eventos de causas, estarán en un rango tan cerca a la nación (color amarillo), que sus intervenciones deben estar acompañados con estrategias nacionales debido a que están afectando por igual a los grupos poblacionales por igual, tanto del país como los del departamento Tabla 46.

Tabla 46: SemafORIZACIÓN tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento, Quindío 2005 – 2013.

CAUSA DE MUERTE	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna	55,25	67,82	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad neonatal	7,26	8,14	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	11,56	10,17	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	14,12	12,04	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,42	2,17	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,42	0,00	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,77	2,17	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Proporción de muertes infantiles asociadas a la desnutrición	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-

2.3 DETERMINANTES DE SALUD INTERMEDIARIOS EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ

esta parte del análisis se realizó mediante la estimación de las diferencias absolutas y relativas entre grupos extremos, considerando como variable socioeconómica el índice de necesidades básicas insatisfechas (nbi), estableciendo dos grupos límites, el grupo de menos condición en necesidades básicas y el grupo de mejor condición de necesidades básicas para valorar las condiciones de inequidades. Cabe anotar que los valores de 0.00 que aparecen en la siguiente Tabla 47, obedecen a que no hubo reporte de evento para el caso y por ende, no se obtuvo valor para la tasa. La interpretación recaba únicamente donde se dieron los respectivos reportes.

Tabla 47: Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI en el Quindío, 2011

ÍNDICES	Razón de mortalidad materna	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad infantil ajustada (DANE)	Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años
Cociente de tasas extremas	0.00	0.00	1.82	0.00	0.00
Diferencia de tasas extremas	-31.92	-10.21	10.72	-4.34	-4.34
Riesgo atribuible poblacional	-0.38	-1.46	-0.36	1.92	-2.06
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	-1.20	-16.6	-2.84	30.70	-90.29

Fuente: Cálculos basados en Indicadores del Departamento

- La TMI (tasa de mortalidad infantil), es dos veces más alta en la peor unidad, lo que significa que por cada mil nacidos vivos, mueren 1.82 veces más niños en el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, que en el grupo con menos privación. La TMI en un sentido absoluto (Diferencia de tasas extremas), en niños en

el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas mueren 10 niños más, por cada 1,000 que nacen vivos, que en el grupo con menores necesidades.

- La TMI (*tasa de mortalidad infantil*), según el Riesgo Atribuible Poblacional, refiere que si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad general que el municipio con menos privación se reduciría la mortalidad general en 0.36 muertes por cada 100,000 habitantes. Lo que significa que la tasa global de mortalidad del municipio con mayor porcentaje de pobreza es menor que la tasa del municipio con menor porcentaje de pobreza, lo cual representa un 2.84 por ciento de la mortalidad infantil que se produce a escala departamental por cada 1,000 nv.
- La TMN, (*tasa de mortalidad neonatal*), en términos absolutos, la diferencia de tasas extremas, significa que en el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas tiene 10 muertes de neonatos menos por cada 1,000 que nacen vivos, que en el grupo con menor porcentaje de pobreza.
- La TMN (*tasa de mortalidad neonatal*), por el Riesgo Atribuible Poblacional, refiere que si todos los municipios tuvieran la misma tasa de mortalidad general que el municipio con menos privación se reduciría la mortalidad general en 1.46 muertes por cada 1,000 que nacen vivos, lo que representa un 16.6 por ciento de la mortalidad por cada 1,000 nv.
- La Tasa de Mortalidad por IRA, en términos absolutos, significa que el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas tiene 4 muertes en niños menores de cinco años por IRA por cada 1.000 niños < de cinco años, que en el grupo con menor porcentaje de pobreza.
- En cuanto al Riesgo Atribuible Poblacional, en la Mortalidad por IRA en menores de cinco años, significa si el país lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en el grupo con el menor porcentaje de pobreza se evitarían en promedio 2 muertes en cada 1,000 niños menores de cinco años, lo cual representa un 30 por ciento de las muertes que se producen a escala departamental, por cada 1,000 niños menores de cinco años.
- La Tasa de Mortalidad por EDA, en términos absolutos, significa que el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas tiene 4 muertes en niños menores de cinco años por EDA por cada 1,000 niños < de cinco años, que en el grupo con menor porcentaje de pobreza.
- En cuanto al Riesgo Atribuible Poblacional, en la Mortalidad por EDA en menores de cinco años, significa si el país lograra alcanzar las condiciones que prevalecen en el grupo con el menor porcentaje de pobreza se evitarían en promedio 2 muertes en cada 1,000 niños menores de cinco años, lo cual representa un 90 por ciento de las muertes que se producen a escala departamental por cada 1,000 niño menores de cinco años.

El análisis de la RMM a través de las estimaciones absolutas y relativas, se encontró que al interpretar los valores estimados no se encuentra suficiencia en los mismos, debido a que para el periodo analizado el reporte de muertes maternas es muy escaso.

La Figura 43 muestra la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos año 2013 y el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, en los municipios del Quindío. Los municipios con mayor tasa de mortalidad infantil son Pijao, Montenegro, Calarcá y Génova. Génova es el municipio con mayor índice de NBI con 25.42 y Córdoba con 24,82. Los municipios de Buenavista, Córdoba, La Tebaida y Salento presentaron tasas de mortalidad infantil en cero ya que no tuvieron casos.

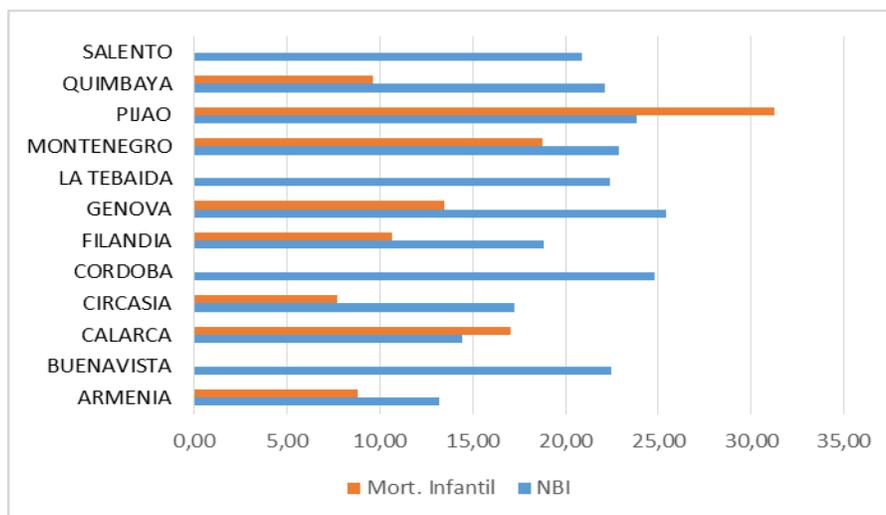


Figura 43: Tasa de mortalidad infantil por NBI en el Quindío, 2011

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE - EEVV

2.4 DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.

2.4.1 ETNIA

En el periodo analizado en el Quindío, la Razón de mortalidad materna tuvo un cambio en contra de 34 puntos porcentuales, donde la RMM paso de 34,05 a 68,66, encontrándose el reporte en la categoría de Otras etnias. En la población indígena, la mortalidad neonatal presentó una tasa de 38,71 en el 2013, sin hallarse registro en el año 2012. En 34 puntos porcentuales, cambio el comportamiento de la mortalidad neonatal en niños y niñas de raza Negro, mulato, afrocolombiano y afro descendiente en el Quindío, seguido de un leve descenso de -0,41 puntos porcentuales en el total general, como se presenta en la Tabla 48.

Tabla 48: Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, Quindío, 2012 – 2013

Etnia	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			Etnia	Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos		
	2012	2013	Cambio		2012	2013	Cambio
Indígena				Indígena	0	35,71	35
Rom (gitano)				Rom (gitano)			
Raizal				Raizal			
Negro, mulato, afrodescendiente				Negro, mulato, afrodescendiente	33,90	0	-34
Otras etnias	34,05	68,66	34	Otras etnias	8,0	7,9	0,1
Total general	33,55	67,82	34	Total general	8,55	8,14	-0,41

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesasis/> SISPRO.

2.4.2 ÁREA DE RESIDENCIA

En el periodo analizado, la Razón de mortalidad materna tuvo un cambio a favor de 37 puntos porcentuales, según el área de residencia de cabecera. Respecto a la mortalidad neonatal un cambio a favor del indicador con disminución en cabecera de 1,32 puntos porcentuales y un aumento de 10,52 puntos porcentuales en el área dispersa, encontrándose igualmente un aumento de 1,75 puntos respecto a las muertes neonatales en el Quindío en el área centro poblado, tal como se presenta en la Tabla 49.

Tabla 49: Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, Quindío, 2012/2013.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos				
Área de residencia	2012	2013	Cambio	Área de residencia	2012	2013	Cambio
Cabecera	37,29	74,43	37	Cabecera	9,13	7,82	-1,32
Centro Poblado				Centro Poblado	5,71	7,46	1,75
Área rural dispersa				Área rural dispersa	2,36	12,89	10,52

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesasis/SISPRO>.

En la Figura 44 Figura 44: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2013. se presenta el comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal desde el 2009 al 2013, en el departamento del Quindío, por etnia y área de residencia.

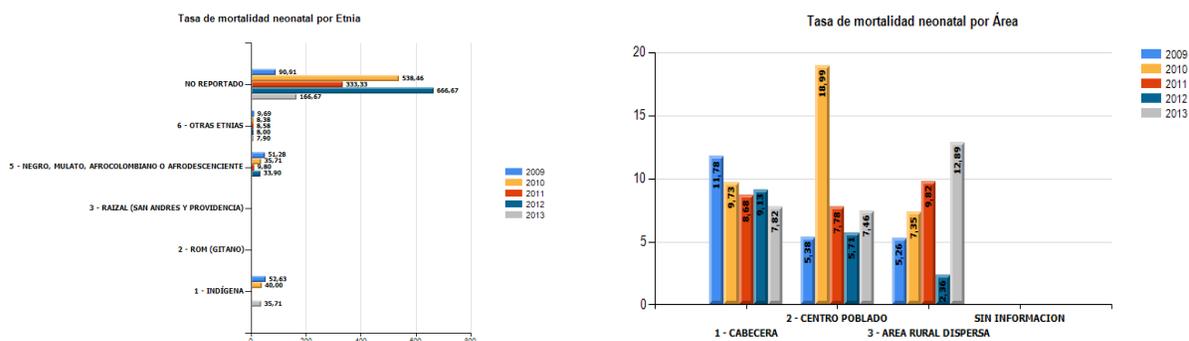


Figura 44: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2013.

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesasis/SISPRO>

2.5 IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES IDENTIFICADAS POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO -INFANTIL

Tabla 50: Identificación de prioridades en salud, departamento del Quindío

INDICADOR	CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADA	VALOR DEL INDICADOR EN LA ENTIDAD TERRITORIAL	VALOR DEL INDICADOR EN LA ENTIDAD TERRITORIAL DE REFERENCIA	TENDENCIA A TRAVÉS DEL TIEMPO 2005 AL 2013
Mortalidad general por grandes causas	Enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	138,8		Oscilante
	Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	45,2		Oscilante

Mortalidad específica por subgrupo	Tasa de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente	7,3		Oscilante
	las enfermedades transmisibles	42,7		Descendente
	El tumor maligno del útero	5,92		Descendente
	El tumor maligno de estómago	16,8		Descendente
	enfermedades isquémicas del corazón	107,16		Ascendente
	los accidentes de transporte terrestre	12,5		Oscilante
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad por IRA	2,17	15,94	Oscilante
	Tasa de mortalidad EDA	0,0	3,74	Descendente
	Tasa de mortalidad por desnutrición en < de cinco años	0,0	0,06	Descendente

Fuente: EEVV DANE.

2.6 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA.

2.6.1 CAUSAS EN CONSULTA AMBULATORIA.

En el departamento de Quindío para 2014 se reportaron un total de 1'111.700 consultas del ámbito ambulatorio y al describir las primeras diez causas según la agrupación en 298 causas, se analizan algo más de 1 de cada casi tres consultas para acumular 45.71% de total y hasta las enfermedades que representan al menos más de 1% de la atención ambulatorio se acumulan algo menos de 2 de cada tres consultas, como la faringitis aguda y amigdalitis aguda.

En forma más resumida, y en su orden, para el total de la atención, las primeras cinco causas de demanda de servicios según diagnóstico agrupado son (Tabla 51):

- 1) Hipertensión esencial, 9.88%
- 2) Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, 8.62%
- 3) Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, 7.79
- 4) Caries dental, 5.24%
- 5) Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, 2.86%

Según sexo, 40.12% de las consultas se dieron a hombres (445,975) y 59.88% para el sexo femenino (665,725), manteniéndose la relación de atención por sexo; en los hombre las diez primeras causas acumulan 41.5%% (182,292 consultas del total en ellos) y las mujeres 43.9%% (292,551 consultas del total en ellas), la razón según sexo en consulta en general significa que por cada consulta dada a un hombre se presentaron hasta casi dos consultas en el sexo femenino, expresándose una mayor demanda de atención en 2014 en los servicios ambulatorios (consulta externa) en este grupo específico de población.

Al comparar según sexo, en el orden de los volúmenes de atención, en los hombres toman una importancia espacial las cinco primeras causas así: Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, Hipertensión esencial (primaria), Otros síntomas, signos y hallazgos

anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Caries dental, Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, y en las mujeres, estas cinco causas serían: Hipertensión esencial (primaria), Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Caries dental, Diabetes mellitus.

Si tenemos en cuenta cifras nacionales, en 2011 se registraron 124.074.757 consultas en país, de las cuales entonces el 0.90% fueron aportadas por el departamento de Quindío (1'111.700) en el reporte de las consultas del Ministerio de Salud y Protección Social; se reporta en el ASIS Nacional que la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, la parasitosis intestinal y la hipertensión esencial son los diagnósticos más frecuentes por los que consulta la población en el último año publicado.

Se encuentra entonces en estas primeras causas, exceptuando la hipertensión arterial, diferencias en las personas según sexo, respecto al perfil de la morbilidad en nuestro Departamento según se describe anteriormente, donde predominan las causas relacionadas con salud oral, otros síntomas, signos no clasificados en otra parte, trastornos endocrinos y la diabetes en las mujeres, como entidad nosológica claramente diagnosticada.

Tabla 51: Treinta primeras causas de consulta según 298 causas, Quindío 2014

ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	145	Hipertensión esencial (primaria)	38,914	70,891	109,805	9.88%	9.88%
2	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	41,216	54,623	95,839	8.62%	18.50%
3	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	32,166	54,387	86,553	7.79%	26.28%
4	180	Caries dental	24,799	33,445	58,244	5.24%	31.52%
5	111	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	11,609	20,200	31,809	2.86%	34.38%
6	104	Diabetes mellitus	10,786	17,377	28,163	2.53%	36.92%
7	206	Otras dorsopatías	11,510	15,916	27,426	2.47%	39.38%
8	199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	11,278	15,957	27,235	2.45%	41.83%
9	207	Trastornos de los tejidos blandos	8,594	13,731	22,325	2.01%	43.84%
10	217	Otras enfermedades del sistema urinario	4,779	16,022	20,801	1.87%	45.71%
11	7	Tuberculosis respiratoria	8,942	9,774	18,716	1.68%	47.40%
12	137	Trastornos de la acomodación y de la refracción	6,930	11,756	18,686	1.68%	49.08%
13	103	Otros trastornos de la tiroides	2,981	15,577	18,558	1.67%	50.75%
14	42	Micosis	8,509	9,883	18,392	1.65%	52.40%
15	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	7,169	8,832	16,001	1.44%	53.84%
16	185	Otras enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	4,737	9,230	13,967	1.26%	55.10%
17	192	Otras enfermedades del intestino y del peritoneo	4,604	9,012	13,616	1.22%	56.32%
18	142	Otras enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	5,092	8,067	13,159	1.18%	57.51%
19	139	Otras enfermedades del ojo y de sus anexos	4,919	7,551	12,470	1.12%	57.62%

ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
20	116	Trastorno del humor (afectivos)	4,338	8,042	12,380	1.11%	57.73%
21	125	Migraña y otros síndromes de cefalea	2,187	10,160	12,347	1.11%	58.84%
22	40	Parotiditis	8,282	3,933	12,215	1.10%	59.94%
23	203	Otros trastornos de las articulaciones	4,630	7,427	12,057	1.08%	61.02%
24	165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	5,101	6,679	11,780	1.06%	61.13%
25	233	Otros trastornos de las vías genitourinarias	48	9,852	9,900	0.89%	61.14%
26	172	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	4,831	4,981	9,812	0.88%	62.02%
27	176	Asma	5,361	4,393	9,754	0.88%	62.90%
28	198	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	4,698	4,492	9,190	0.83%	62.98%
29		Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	3,641	4,356	7,997	0.72%	63.70%
30		Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatoformos	2,314	5,368	7,682	0.69%	64.39%
Subtotal			274,202	434,465	715,840	64.39%	
Resto de causas			171,773	193,811	395,860	35.61%	
Total consultas			445,975	665,725	1,111,700	100.00%	
Porcentaje de las 30 primeras causas			40,12%	59,88%			

2.6.2 CAUSAS DE CONSULTA URGENCIAS

En el departamento de Quindío en 2014 se reportan según las 298 causas 136,439 consultas de urgencias; las primeras cinco causas acumulan 32.46% (44,293 consultas) del total y en su orden según diagnóstico agrupado, se muestran en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** Tabla 52

Tabla 52: Primeras motivos de consulta por urgencia, por sexo, Quindío 2014.

CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJA ACUMULADO
270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4,926	6,746	11,672	8.55%
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	4,268	2,726	6,994	13.68%
041	Otras enfermedades virales	4,020	4,088	8,108	19.62%
005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3,984	4,372	8,356	25.75%
267	Dolor abdominal y pélvico	3,143	6,020	9,163	32.46%
167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2,611	3,101	5,712	36.65%
206	Otras dorsopatías	2,600	3,233	5,833	40.93%
165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	2,235	2,422	4,657	44.34%
170	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	1,484	1,802	3,286	46.75%
268	Fiebre de origen desconocido	1,359	1,357	2,716	48.74%
Subtotal		30,630	35,867	66,497	
Resto de causas		27,529	42,413	69,942	
Total consultas		58,159	78,280	136,439	

Se destaca que dentro de esta variedad de causas, se encuentra muchos diagnósticos sintomáticos, que son dos motivos de atención, como son los hallazgos anormales y la dorso-patía, siendo evidente la presencia de afecciones respiratorias e infecciosas, febriles, y los accidentes como segunda causa de atención en urgencias. Por sexo, es igualmente mas

preferente la consulta en la mujer en las urgencias, con una relación de casi algo más de una mujeres por hombre (1.33)

En tres eventos la relación mujer hombres, la casuística por urgencias es similar como son las virosis, las fiebres inespecíficas y las faringitis y en una es preferente en los hombres, como es la violencia o los traumatismos.

Para Colombia durante 2011 se registraron 7'814.859 urgencias (5.82% de las atenciones), si establecemos la relación con el Departamento del Quindío, este apporto el 1.75% (136,439 urgencias) al total país.

2.6.3 CAUSAS HOSPITALIZACION (EGRESO)

En el departamento de Quindío en 2014 se reportan según las 298 causas un total de 23,973 egresos hospitalarios, donde las primeras cinco causas acumulan 21.01% (4,200) que corresponden con los siguientes motivos de egreso de hospitalización Tabla 53:

1. Otras complicaciones del embarazo y del parto 4.79% (958)
2. Otras, atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto 4.71% (942)
3. Otras enfermedades del sistema urinario 4.39% (877)
4. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 3.65 (730)
5. Neumonía 3.47% (693)

Tabla 53: Principales motivos de egreso hospitalario, Quindío 2014.

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	242	Otras complicaciones del embarazo y del parto	958	4.00%	4.00%
2	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	942	3.93%	7.93%
3	217	Otras enfermedades del sistema urinario	877	3.66%	11.58%
4	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	730	3.05%	14.63%
5	169	Neumonía	693	2.89%	17.52%
6	198	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	656	2.74%	20.26%
7	267	Dolor abdominal y pélvico	636	2.65%	22.91%
8	233	Otros trastornos de las vías genitourinarias	542	2.26%	25.17%
9	32	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	528	2.20%	27.37%
10	239	Otras atención materna relacionada con el feto y la vacidad amniótica, y con posibles problemas del parto	500	2.09%	29.46%
11	116	Trastorno del humor (afectivos)	480	2.00%	31.46%
12	96	Otros tumores insitu y benignos, y tumores de comportamiento incierto desconocido	446	1.86%	33.32%
13	274	Fracturas de otros huesos de los miembros	442	1.84%	35.16%
14	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	440	1.84%	37.00%
15	114	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	425	1.77%	38.77%
Sub total			9,295	38.77%	
Demás causa			14,678	61.23%	
Total			23,973	100.0%	

Si agrupamos la primera y decima causa, dada su relación con la atención materna se acumulan casi 1,500 egresos (7.2%), resaltando la importancia de este grupo poblacional en la atención hospitalaria, siguiendo en orden de importancia agrupada, las afecciones de los órganos respiratorios, que serían 7% de los egresos en este 2014.

Para Colombia en 2011 se reportan 2'387.401 hospitalizaciones (1,78%), aportando el Quindío 23,973 egresos (1.00%) a este total país Tabla 54.

Tabla 54: Comparativo de la demanda de servicios Colombia / Departamento del Quindío, 2014

ATENCIONES	COLOMBIA		QUINDIO	
	No	%	No	%
Consultas	124.074.757	92,40	1.111.700	87,39
Urgencias	7.814.859	5,82	136.439	10,73
Egresos	2.387.401	1,78	23.973	1,88
Totales	134.277.017	100	1.272.112	100

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, SISPRO/RIPS.

Según la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, al enfrentar la capacidad en las atenciones del Departamento del Quindío y el País, la necesidad de atención en términos porcentuales, es inferior en las consultas externas, pero superior en urgencias y egresos hospitalarios y cuyas diferencias son específicas para el departamento; en este caso se están realizando más urgencias que consultas externa lo que daría un diagnóstico de insuficiencia o no respuesta oportuna a la necesidad de la población, o una sobre carga de emergencias médicas que dan saturación a los servicios de urgencias.

Las diferencias entre las áreas de atención o modalidades de atención debe ser objeto de análisis a la luz de la disponibilidad y suficiencia, en el marco de las redes integrales de prestadores de servicios de salud, y adecuarse a poblaciones y cruzarse la información con variables económicas (gasto en salud del Departamento según servicios y programas de restructuración de las redes de atención), que nos permitan estrechar la brecha entre urgencias, con una supuesta sobrecarga frente a la carga de urgencias que atienden en el país, y las consulta externa que no da abasto a la demanda. En el concepto de egreso hospitalarios, aunque representan una diferencias de 0.1 puntos porcentuales, puede representar un sobre uso de los servicios de internación, ocasionados por demoradas en la atención básica.

Si establecemos la razón de proporciones en el comportamiento de la atención a los ciudadanos, en el total del país se reporta comparativamente 1.05 veces más consultas externas que el departamento de Quindío, la razón de urgencias (1.83) expresa que mientras en el país se presta una (1) atención por urgencias, en el departamento del Quindío se dan hasta 2 citas o atenciones; en este mismo sentido, la razón de egresos (1.05) expresa los egresos están algo más estabilizados frente a los del país.

En los análisis de necesidades, ajustando los datos con la capacidad de información según la oferta instalada en 2015, se establecería las necesidades de atención en siete aspectos definidos así:

Grupo 1: definido de lesión, constituido por resultados en salud establecidos por

- 1) la tasa de enfermedades de notificación obligatoria (ENO): todos los eventos notificados al SIVIGILA en 2014, sobre la población de referencia.

2) la tasa de mortalidad general no fetal: toda defunción no fetal por residencia en 2013, sobre la población de referencia.

3) producción de servicios de salud. La producción de servicios per cápita municipal en 2015 multiplicados la población de referencia municipal para el año.

Grupo 2: definido de prevención:

4) BCG en recién nacidos: total de menores de un mes de vida con BCG dividido la población de referencia municipal para el año

5) DPT 3 dosis: el total de menores de uno a seis meses de vida con tres dosis de DPT dividido la población de referencia municipal para el año

6) VOP 3 dosis: total de menores de uno a seis meses de vida con tres dosis de VOP dividido la población de referencia municipal para el año

7) y la capacidad de entregar actividades preventivas (diferentes a vacunación o consulta médica): total de actividades preventivas diferente a vacunación y consulta dividida la población de referencia municipal para el año 2015

Estos siete resultados se clasifican en dos grupos de análisis final así:

Grupo 1: con resultado analítico mayor de 1: donde su resultado en sentido de dimensión es mayor a uno y se consideraría de riesgo.

Grupo 2: con resultado analítico menor de 1: donde su resultado en sentido de dimensión es menor a uno y se consideraría de riesgo.

Se realiza un análisis de razón de tasas, teniendo en cuenta lo reportado por el sistema de información de salud del país y administrados por el SISPRO; esta razón de tasas busca interpretar las necesidades de salud, observando los logros en atención o el malestar presentes en cada uno de los municipios con relación a los presentados en Bogotá y la Nación; se presentan los resultados referidos en dos colores, siendo el rojo los municipios con más riesgos o de déficit frente a los resultados de Bogotá y el País, y los de color verde, los que están con un resultado similar que el de Bogotá o el país.

La Tabla 55 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**detalla que solo dos municipios tendrían una tasa de incidencia menor que la de Bogotá y uno una tasa de mortalidad general menor que la de la nación; así, en el departamento frente al control de los eventos y situación adversas a las salud debe incrementar sus esfuerzos en atención, más aun cuando ante una necesidad de atención, todos los municipios tendrían incapacidad de atenderlas satisfactoriamente frente a las resultados observado en Bogotá uy el país.

Tabla 55: Análisis de riesgo del grupo uno, Quindío 2015.

MUNICIPIO	RAZÓN TASA DE INCIDENCIA DE ENO		RAZÓN TASA DE MORTALIDAD GENERAL		RAZÓN DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS CON NECESIDAD	
	BOGOTÁ	NACIONAL	BOGOTÁ	NACIONAL	BOGOTÁ	NACIONAL
	Armenia	1.471	1.316	1.762	1.523	2.093
Buenavista	0.495	0.443	1.118	0.966	2.093	1.286
Calarcá	1.399	1.251	1.574	1.360	2.093	1.286
Circasia	1.153	1.031	1.481	1.280	2.093	1.286

MUNICIPIO	RAZÓN TASA DE INCIDENCIA DE ENO		RAZÓN TASA DE MORTALIDAD GENERAL		RAZÓN DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS CON NECESIDAD	
	BOGOTÁ	NACIONAL	BOGOTÁ	NACIONAL	BOGOTÁ	NACIONAL
	Córdoba	1.233	1.103	1.161	1.003	2.093
Filandia	1.487	1.331	1.333	1.152	2.093	1.286
Génova	1.493	1.336	1.601	1.384	2.093	1.286
La Tebaida	1.741	1.557	1.309	1.131	2.093	1.286
Montenegro	1.659	1.485	1.802	1.557	2.093	1.286
Pijao	2.028	1.814	1.335	1.153	2.093	1.286
Quimbaya	1.251	1.119	1.654	1.429	2.093	1.286
Salento	0.761	0.681	1.810	1.564	2.093	1.286

La Tabla 56 detalla que, ante las actividades preventivas, el departamento debe incrementar así mismo su capacidad de atención, en especial en la vacunación contra BCG, que solo está al día y acorde a los resultados del país y Bogotá en Armenia; habría una situación de adecuada actividad en caso de DPT y aplicación de VOP en mas municipios y la capacidad de realizar actividades preventivas diferentes a la vacunación y consulta, está en déficit en el total de los municipios del departamento.

Tabla 56: Análisis de riesgo del grupo dos, Quindío 2015

MUNICIPIO	Razón BCG		Razón DPT		Razón VOP		Razón preventiva	
	Bogotá	Nacional	Bogotá	Nacional	Bogotá	Nacional	Bogotá	Nacional
Armenia	1.202	1.396	1.065	1.060	1.073	1.064	0.456	1.156
Buenavista	0.438	0.509	0.646	0.643	0.651	0.645	0.011	0.028
Calarca	0.655	0.760	0.699	0.696	0.706	0.700	0.170	0.430
Circasia	0.521	0.605	0.798	0.794	0.807	0.800	0.130	0.329
Córdoba	0.485	0.563	1.047	1.043	1.055	1.046	0.009	0.024
Filandia	0.622	0.723	1.029	1.025	1.027	1.019	0.112	0.283
Génova	0.476	0.553	0.745	0.742	0.751	0.744	0.093	0.236
La Tebaida	0.628	0.729	1.011	1.007	1.024	1.015	0.049	0.124
Montenegro	0.558	0.649	0.955	0.951	0.960	0.952	0.120	0.305
Pijao	0.416	0.483	0.827	0.823	0.833	0.826	0.012	0.030
Quimbaya	0.566	0.657	1.056	1.052	1.064	1.055	0.196	0.497
Salento	0.333	0.387	0.904	0.900	0.911	0.903	0.028	0.070

2.6.4 ANÁLISIS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL

Las Tabla 57 a Tabla 59 detallan el comportamiento porcentual en Quindío durante 2009 a 2014 de las seis grandes grupos de causas de atención según ciclo vital, donde se completan el total de los motivos de atención agregados según el grupo de causas en los cinco grandes grupos.

La presencia de las causa de atención es variante en los diferentes grupos de edad; antes de los cinco años son prevalentes las enfermedades asociadas con condiciones transmisibles y nutricionales y son los motivos que acumulan la mayor proporción de atenciones, con una carga similar las enfermedades no transmisibles, en el segundo grupo de edad, predomina las no trasmisibles sobre las trasmisibles al igual que en el adolescente; en el adulto mayor, las condiciones no trasmisibles llegan a ser desde tres de cada cuatro atenciones, y en los más mayores 2 de cada tres.

En general, se puede decir que entre 2013 a 2014, la variación de los porcentajes de atención se da en poco valor (-3 y 2 puntos porcentuales), en la primeras causa de atención, y en general en todas las causas hay un crecimiento que no supera una unidad porcentual.

Por sexo, en hombres y mujeres siguen el mismo patrón de atención por causa y se observan incrementos o decrementos en las causa de atención que no varía más de 3 puntos porcentuales, sean en valores que crecen o disminuyen; en los hombres jóvenes, las lesiones crecieron casi en 3% con relación a 2013 en 2014, y en las mujeres, la mayor variación se da en la captación de enfermedades no transmisibles en los menores de 5 años. Los cambios proporcionales de atenciones que están dando, y a disminuir, muestran que la carga de atención es de permanecer y no variar el perfil de morbilidad atendida en los años analizadas.

Tabla 57: Total porcentual de causas de morbilidad en personas según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014.

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,03	43,50	39,54	41,69	41,08	38,46	-2,62
	Condiciones materno perinatales *	1,93	1,51	1,42	1,59	1,34	1,75	0,40
	Enfermedades no transmisibles	33,91	32,08	34,61	34,09	33,83	35,76	1,93
	Lesiones	6,38	6,28	7,27	6,62	7,63	7,64	0,01
	Signos y síntomas mal definidos	15,76	16,63	17,15	16,01	16,13	16,39	0,27
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,20	34,27	29,09	27,23	28,64	27,84	-0,80
	Condiciones materno perinatales *	0,01	0,05	0,03	0,01	0,05	0,03	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	43,57	42,78	47,08	50,36	47,48	46,92	-0,56
	Lesiones	7,27	6,96	8,02	7,86	8,21	8,56	0,35
	Signos y síntomas mal definidos	14,95	15,94	15,78	14,54	15,62	16,64	1,02
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,44	27,32	21,21	20,51	21,02	20,46	-0,56
	Condiciones materno perinatales *	2,73	2,49	2,35	2,13	2,07	2,31	0,24
	Enfermedades no transmisibles	48,17	47,09	51,07	53,82	50,60	50,33	-0,27
	Lesiones	7,67	7,56	8,70	8,50	9,45	10,04	0,59

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Signos y síntomas mal definidos	15,00	15,55	16,66	15,04	16,85	16,86	0,01
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,82	25,35	20,69	20,05	20,31	19,99	-0,32
	Condiciones materno perinatales *	4,83	4,02	4,31	3,97	4,16	4,36	0,20
	Enfermedades no transmisibles	47,40	47,31	49,98	52,49	49,36	48,13	-1,23
	Lesiones	7,65	7,82	8,61	8,40	9,31	10,81	1,50
	Signos y síntomas mal definidos	15,30	15,50	16,41	15,09	16,86	16,71	-0,15
	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,06	20,96	17,62	17,30	18,22	17,29	-0,93
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones materno perinatales *	1,32	1,09	1,13	1,18	1,31	1,29	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	53,73	55,37	58,34	59,37	55,92	56,63	0,71
	Lesiones	6,86	7,11	7,50	7,49	8,09	8,86	0,77
	Signos y síntomas mal definidos	17,03	15,47	15,40	14,66	16,46	15,92	-0,54
	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,25	16,66	13,04	12,79	13,49	12,75	-0,75
	Enfermedades no transmisibles	60,61	62,19	66,60	66,26	63,43	64,62	1,19
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones	6,69	6,40	6,42	6,45	7,26	7,18	-0,08
	Signos y síntomas mal definidos	17,45	14,75	13,94	14,49	15,82	15,45	-0,37

Fuente: Sispro / Minprotección Social

Tabla 58: Total porcentual de causas de morbilidad en personas, hombres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013- 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,74	43,14	39,38	41,70	40,88	38,49	-2,40
	Condiciones materno perinatales *	1,99	1,65	1,52	1,67	1,52	1,87	0,34

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013- 2014
	Enfermedades no transmisibles	33,71	31,93	34,63	33,49	33,59	35,11	1,53
	Lesiones	6,99	6,96	7,99	7,22	8,22	8,54	0,32
	Signos y síntomas mal definidos	15,57	16,33	16,47	15,91	15,79	15,99	0,20
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33,79	33,88	28,32	26,82	28,22	27,88	-0,35
	Enfermedades no transmisibles	43,11	42,21	47,01	49,93	46,97	46,05	-0,92
	Lesiones	8,52	8,39	9,55	9,30	9,64	10,08	0,44
	Signos y síntomas mal definidos	14,58	15,52	15,13	13,96	15,17	16,00	0,83
	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,31	29,14	22,19	21,27	22,08	21,54	-0,54
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades no transmisibles	46,14	45,00	50,08	52,55	49,53	49,15	-0,38
	Lesiones	11,15	11,12	13,04	12,51	13,86	14,66	0,80
	Signos y síntomas mal definidos	14,40	14,73	14,68	13,66	14,53	14,66	0,13
	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,08	27,54	22,06	21,53	21,87	21,58	-0,29
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades no transmisibles	46,24	45,46	49,48	51,76	48,92	46,70	-2,22
	Lesiones	12,85	12,96	14,59	13,87	15,32	17,87	2,55
	Signos y síntomas mal definidos	13,83	14,04	13,87	12,84	13,89	13,85	-0,05
	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,54	21,73	18,24	17,84	19,11	18,31	-0,80
Adulterez (27 - 59 años)	Enfermedades no transmisibles	52,79	53,44	56,69	58,37	54,68	54,23	-0,44
	Lesiones	10,30	10,89	11,49	10,88	12,15	13,68	1,53
	Signos y síntomas mal definidos	15,36	13,95	13,57	12,92	14,07	13,77	-0,29
	Condiciones transmisibles	14,76	16,20	12,57	12,08	12,97	12,57	-0,40
Persona mayor (> 60)	Condiciones transmisibles	14,76	16,20	12,57	12,08	12,97	12,57	-0,40

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013- 2014
años)	y nutricionales							
	Enfermedades no transmisibles	60,70	62,26	66,14	66,56	63,70	64,06	0,37
	Lesiones	6,94	6,89	6,97	6,80	7,61	7,89	0,28
	Signos y síntomas mal definidos	17,61	14,64	14,32	14,56	15,73	15,48	-0,25

Fuente: Sispro / Minprotección Social

Tabla 59: Total porcentual de causas de morbilidad en personas, mujeres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,35	43,90	39,71	41,68	41,30	38,44	-2,86
	Condiciones materno perinatales *	1,85	1,37	1,30	1,51	1,14	1,61	0,47
	Enfermedades no transmisibles	34,12	32,24	34,60	34,75	34,09	36,47	2,38
	Lesiones	5,71	5,54	6,50	5,95	6,98	6,65	-0,34
	Signos y síntomas mal definidos	15,97	16,96	17,89	16,11	16,49	16,83	0,34
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,64	34,70	29,91	27,68	29,09	27,81	-1,28
	Condiciones materno perinatales *	0,03	0,11	0,05	0,02	0,10	0,06	-0,03
	Enfermedades no transmisibles	44,05	43,40	47,17	50,84	48,03	47,84	-0,20
	Lesiones	5,95	5,39	6,38	6,28	6,68	6,98	0,30
	Signos y síntomas mal definidos	15,34	16,40	16,49	15,19	16,10	17,31	1,21
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,06	25,93	20,48	19,93	20,20	19,61	-0,59
	Condiciones materno perinatales *	4,74	4,39	4,12	3,76	3,68	4,13	0,45
	Enfermedades no transmisibles	49,67	48,68	51,81	54,79	51,43	51,26	-0,17
	Lesiones	5,09	4,84	5,45	5,44	6,03	6,41	0,38
	Signos y	15,44	16,17	18,14	16,09	18,65	18,59	-0,06

CICLO VITAL	GRAN CAUSA DE MORBILIDAD síntomas mal definidos	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,54	24,00	19,88	19,15	19,36	18,96	-0,40
	Condiciones materno perinatales *	7,57	6,50	6,85	6,40	6,71	7,21	0,50
	Enfermedades no transmisibles	48,06	48,45	50,27	52,93	49,63	49,06	-0,58
	Lesiones	4,70	4,65	5,10	5,05	5,62	6,20	0,58
	Signos y síntomas mal definidos	16,14	16,40	17,90	16,47	18,68	18,58	-0,10
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,78	20,51	17,27	16,99	17,69	16,66	-1,03
	Condiciones materno perinatales *	2,09	1,73	1,77	1,88	2,09	2,10	0,00
	Enfermedades no transmisibles	54,28	56,49	59,28	59,96	56,67	58,12	1,45
	Lesiones	4,85	4,92	5,23	5,49	5,64	5,88	0,24
	Signos y síntomas mal definidos	18,00	16,36	16,45	15,68	17,91	17,25	-0,66
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,60	17,00	13,37	3,77	13,88	12,87	-1,00
	Enfermedades no transmisibles	60,54	62,14	66,93	18,74	63,23	65,03	1,81
	Lesiones	6,52	6,03	6,03	1,76	7,01	6,66	-0,35
	Signos y síntomas mal definidos	17,34	14,83	13,67	4,10	15,89	15,44	-0,45

Fuente: Sispro / Minprotección Social

2.6.4.1 MORBILIDAD GRUPO 0 A 4 AÑOS

En Quindío para 2014 en el grupo de edad 0 a 4 años, se reportan según las 298 causas, 29,952 consultas externas (para las primeras quince causas); en tal sentido definimos las proporciones para las primeras cinco causas 56%, acumulan 2 de cada cinco atenciones (5,692) y en su orden se comportan así:

1. Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 15,85%
2. Fiebre de origen desconocido 10,7%
3. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso 10,1%

4. Caries dental 9,9%

5. Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda 9,7%

Al ampliar hacia las primeras diez causas, se incluyen: faringitis aguda y amigdalitis aguda, otras enfermedades virales, otitis media y otros trastornos del oído medio, Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, para un acumulado total de 84,5% en estas primeras diez causas de (25,324 consultas). Si agrupamos las causas que tienen directa relación con el sistema respiratorio (dentro de las primeras quince causas de la Tabla 60), su peso porcentual adopta una proporción muy dominante en el perfil (39%) en este grupo de edad.

Tabla 60: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas en el Grupo de 0 a 4 años, Quindío, 2014.

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	FRECUENCIA
1	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	4,747
2	268	Fiebre de origen desconocido	3,206
3	005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3,025
4	170	Caries Dental	3,028
5	005	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	2,922
6	181	Trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	2,420
7	041	Otras enfermedades virales	2,075
8	140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	1,370
9	169	Neumonía	1,358
10	217	Otras enfermedades del sistema urinario	1,173
11	262	Deformidades congénitas de la cadera	1,089
12	199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	984
13	165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	976
14	176	Asma	833
15	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	746
Total 15 primeras consultas			29,952

2.6.4.2 MORBILIDAD GRUPO 5 A 14 AÑOS.

En Quindío para 2014, para grupo de edad 5 a 14 años, se reportan, según las 298 causas, un total de 16,532 consultas externas (para las primeras quince causas); en tal sentido definimos las proporciones para las primeras cinco causas que acumulan 54% de la atención (8,959 consultas) y en su orden se comportan así:

1. Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores 17%
2. Fiebre de origen desconocido 11%
3. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte 11%
4. Caries Dental 8%
5. Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso: 7%

Con el propósito de realizar una mejor caracterización de los diagnósticos y de resaltar algunos que quedaría por fuera, se presentan el que las enfermedades relacionadas con los dientes y

estructuras de sostén tienen un peso dentro de las primeras quince causas del 27%, las enfermedades de las vías respiratorias en su conjunto le corresponden el 13% emergen en este grupo trastornos mentales y del comportamiento, epilepsia que son 8% del total Tabla 61.

Tabla 61: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 5 a 14 años, Quindío 2014

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	FRECUENCIA
1	180	Caries dental	2,879
2	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1,825
3	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	1,739
4	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	1,396
5	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	1,120
6	267	Dolor abdominal pélvico	1,052
7	199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	947
8	041	Otras enfermedades virales	835
9	172	Otras enfermedades de la nariz y de los senos nasales	725
10	165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	707
11	005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	692
12	176	Asma	683
13	217	Otras enfermedades del sistema urinario	652
14	119	Otros trastornos mentales y del comportamiento	641
15	124	Epilepsia	639
Total causas			16,532

2.6.4.3 MORBILIDAD GRUPO DE 15 A 44 AÑOS.

En Quindío para 2014 grupo de edad 15 a 44 años, se reportan, según las 298 causas un total de 63,711 consultas externas (para las primeras quince causas), en tal sentido, definimos las proporciones para las primeras cinco causas que acumula 49% (31,122 consultas) y en su orden se comportan así:

1. Caries dental: 11%
2. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte: 11%
3. Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén: 10%
4. Otras enfermedades del sistema urinario 9%
5. Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo: 7%.

Si agrupamos algunas causas, el perfil se completa así: Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén acumulan 22% de la atención, lo que permite asumir una posición dominante en la morbilidad de este grupo por tales causas; otro aspecto de interés es la amplitud de sistemas y órganos afectados por la morbilidad si tenemos en cuenta las siguientes causas para

completar las primeras diez: 6. Dolor abdominal y pélvico; 7. Hipertensión esencial (primaria); 8. Gastritis y duodenitis; 9. Otras dorsopatias; 10. Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos.

Otros aspectos que deben mencionarse, el mismo efecto sobre la calidad del perfil de morbilidad al ubicarse los Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte en segundo lugar, y resaltar como de manera específica, aparecen trastornos mentales y del comportamiento (en las primeras quince causas según 298 causas) debido al uso de otras sustancias psicoactivas (13 posición con 4% de las consultas) Tabla 62.

Tabla 62: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 15 a 44 años, Quindío 2014

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	FRECUENCIA
1	180	Caries dental	7,693
2	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	6,967
3	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	6,583
4	217	Otras enfermedades del sistema urinario	5,484
5	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	4,395
6	267	Dolor abdominal y pélvico	4,793
7	145	Hipertensión esencial (primaria)	4,648
8	184	Gastritis y duodenitis	3,956
9	206	Otras dorsopatias	3,532
10	226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	3,276
11	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2,936
12	239	Atención materna relacionada con el feto y la vaciedad amniótica, y con posibles problemas del parto	2,843
13	114	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	2,385
14	041	Otras enfermedades virales	2,157
15	125	Migraña y otros síndromes de cefalea	2,063
Total consultas			63.711

2.6.4.4 MORBILIDAD GRUPO 45 A 59 AÑOS.

En Quindío para 2014, en el grupo de edad 45 a 59 años, se reportan según las 298 causas, un total de 59,647 consultas externas (para las primeras quince causas), en tal sentido definimos las proporciones para las primeras cinco causas que acumula 58% de la atención con 34,308, y en su orden se comportan así:

1. Hipertensión esencial (primaria): 20.64%
2. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte: 5.81%
3. Diabetes Mellitus: 3.99%

4. Caries dental: 3.99%

5. Otras dorsopatias: 3.74%

Consistente entonces el hallazgo de los Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, que resta calidad y discriminación al perfil; se marcan de manera importante patologías de tipo crónico y ocupan como se evidencia los primeros lugares.

Si ampliamos el análisis dentro de las diez primeras causas, se suman al perfil otra serie de condiciones crónicas de importancia epidemiológica para este grupo específico poblacional, dada la sinergia negativa que pueden ejercer las comorbilidades o al actuar unas como factores de riesgo para otras enfermedades y complicaciones como causas importantes de letalidad; las causas que continúan la lista son: 6. Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos (5%), 7. Otras enfermedades del sistema urinario (5%), 8. Gastritis y duodenitis (5%), 9. Bronquitis y enfisema, y otras enfermedades pulmonares obstructivas (5%) y 10. Dolor abdominal y pélvico (4%); con estas diez causas se aborda un 82% del perfil al disponer del grupo de quince según las 298 causas Tabla 63.

Tabla 63: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 45 a 59 años, Quindío 2014

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	FRECUENCIA
1	145	Hipertensión esencial (primaria)	16,935
2	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5,653
3	104	Diabetes mellitus	4,357
4	180	Caries dental	3,831
5	206	Otras dorsopatías	3,532
6	111	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	3,269
7	217	Otras enfermedades del sistema urinario	3,213
8	184	Gastritis y duodenitis	2,935
9	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2,690
10	267	Dolor abdominal y pélvico	2,484
11	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2,589
12	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2,567
13	116	Trastorno del humor (afectivos)	2,375
14	140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	1,833
15	192	Otras enfermedades del intestino y del peritoneo	1,384
Total consultas			59.647

2.6.4.5 MORBILIDAD GRUPO 60 Y MÁS AÑOS

En Quindío para 2011 el grupo de edad 60 y más años, se reportan según las 298 causas, un total de 70,483 consultas externas (para las primeras quince causas), en tal sentido definimos las proporciones para las primeras cinco causas un acumulado de 70%, 49,421 consultas, y en su orden se comportan así:

1. Hipertensión esencial (primaria) 42%

2. Diabetes Mellitus: 8%

3. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte: 8%
4. Bronquitis y enfisema, y otras enfermedades pulmonares obstructivas: 7%
5. Otras enfermedades del sistema urinario: 5%

Persiste el efecto de Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, en la calidad y discriminación de los perfiles de morbilidad y ocupa lugar preponderante (No.2).

Las causas que completan las diez causas y que explican el 90% incluye otras dorsopatías, otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, gastritis y duodenitis, otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo y dolor abdominal y pélvico; perfil muy similar al presentado para el grupo de 45 a 59 años Tabla 64.

Tabla 64: Quince motivos más frecuentes de consulta, según la lista de 298 Causas, en el Grupo de 60 y más años, Quindío 2014.

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	FRECUENCIA
1	145	Hipertensión esencial (primaria)	29.385
2	104	Diabetes mellitus	5.978
3	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5.632
4	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.733
5	217	Otras enfermedades del sistema urinario	3.693
6	206	Otras dorsopatias	3.258
7	111	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	2.857
8	184	Gastritis y duodenitis	2.501
9	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	2.836
10	267	Dolor abdominal y pélvico	2.487
11	207	Trastornos de los tejidos blandos	2.369
12	201	Artrosis	1.484
13	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	1.287
14	180	Caries dental	1.036
15	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	947
Total causas			70.483

2.6.5 MORBILIDAD POR CICLO VITAL

Se presenta la morbilidad atendida por ciclo vital por los 6 grandes grupos de causas de mortalidad y morbilidad y se realiza el abordaje teniendo en cuenta las frecuencias absolutas y su diferencia entre 2013 – 2014, observando el reporte histórico desde 2009.

2.6.5.1 PRIMERA INFANCIA.

En la primera infancia se evidencia que las condiciones transmisibles y nutricionales se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a nivel general, el segundo lugar

lo ocupan las enfermedades no transmisibles y el tercer grupo los signos y síntomas mal definidos; este orden se conserva en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla 65, la proporción de las enfermedades infecciosas y nutricionales entre los dos años de análisis, (41% y 38% respectivamente), solo han cambiado en 1 actividad adicional; con respecto a las enfermedades no transmisibles, su variación porcentual es con incremento de dos puntos porcentuales (34% - 36%) entre los años respectivamente aumentando solo en 162 atenciones adicionales.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una mayor demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (2,051 atenciones) o 6.81% adicional.

Tabla 65: Total personas atendidas primera infancia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	11,982	15,553	13,220	10,250	12,554	12,555	1
Condiciones materno perinatales	549	541	474	391	410	570	160
Enfermedades no transmisibles	9,666	11,468	11,572	8,381	10,337	11,672	1,335
Lesiones	1,819	2,245	2,432	1,627	2,331	2,493	162
Signos y síntomas mal definidos	4,493	5,945	5,735	3,935	4,928	5,351	423
Total general	28,509	35,752	33,433	24,584	30,560	32,641	2,081

2.6.5.2 INFANCIA.

En la infancia se evidencia que las enfermedades maternas perinatales y las condiciones transmisibles y nutricionales se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a nivel general, en tercer lugar signos y síntomas mal definidos; este orden se conserva en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla 66, la proporción de las enfermedades infecciosas y nutricionales entre los dos años de análisis, (29% y 27% respectivamente), solo han cambiado en menos de 1,682 actividades; con respecto a las enfermedades no transmisibles, su variación porcentual es sin incremento de puntos porcentuales (13% - 13%) entre los años respectivamente, disminuyendo en 349 atenciones.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (3,560 menos atenciones) o -6.07% adicional.

Tabla 66: Total personas atendidas infancia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	13,461	18,006	16,432	13,103	16,731	15,049	-1,682
Condiciones materno perinatales	11,136	14,315	13,248	10,453	13,584	12,356	-1,228
Enfermedades no transmisibles	6,925	10,138	7,408	5,899	7,478	7,129	-349
Lesiones	5,848	8,154	8,314	7,159	8,433	8,351	-82
Signos y síntomas mal definidos	8,723	12,030	12,295	10,491	12,459	12,240	-219
Total general	46,093	62,643	57,697	47,105	58,685	55,125	-3,560

2.6.5.3 ADOLESCENCIA

En la adolescencia se evidencia que las enfermedades no transmisibles y las condiciones transmisibles/nutricionales se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a

nivel general, en tercer lugar signos y síntomas mal definidos; este orden se conserva en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla 67, la proporción de las enfermedades no transmisibles entre los dos años de análisis, (51% y 50% respectivamente), solo han cambiado en menos de 465 actividades; con respecto a las enfermedades transmisibles y nutricionales, su variación porcentual es con disminución de un punto porcentual (21% - 20%) entre los años respectivamente, disminuyendo en 349 atenciones.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (731 menos atenciones) o -2.05% adicional.

Tabla 67: Total personas atendidas adolescencia, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	6,925	10,138	7,408	5,899	7,478	7,129	-349
Condiciones materno perinatales	714	924	822	613	738	805	67
Enfermedades no transmisibles	12,616	17,473	17,836	15,479	18,001	17,536	-465
Lesiones	2,008	2,805	3,039	2,445	3,362	3,499	137
Signos y síntomas mal definidos	3,928	5,769	5,818	4,325	5,995	5,874	-121
Total general	26,191	37,109	34,923	28,761	35,574	34,843	-731

2.6.5.4 JUVENTUD

En la juventud, se evidencia que las lesiones y los síntomas y signos mal definidos se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a nivel general, en tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales; este orden se conserva en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla 68, la proporción de las lesiones entre los dos años de análisis, (51% y 51% respectivamente), solo han cambiado en menos de 610 actividades; con respecto a los signos y síntomas mal definidos, su variación porcentual es con disminución de un punto porcentual (20% - 19%) entre los años respectivamente, disminuyendo en 1,891 atenciones.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (2,651 menos atenciones) o -1.92% adicional.

Tabla 68: Total personas atendidas en la juventud, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	17,379	23,023	21,682	20,167	25,570	25,460	-110
Condiciones materno perinatales *	1,477	1,899	1,877	1,657	2,433	2,598	165
Enfermedades no transmisibles	7,527	10,220	9,598	7,990	11,788	11,583	-205
Lesiones	49,182	65,946	58,503	52,944	69,919	69,309	-610
Signos y síntomas mal definidos	23,020	28,785	23,964	21,779	28,199	26,308	-1,891
Total general	98,585	129,873	115,624	104,537	137,909	135,258	-2,651

2.6.5.5 ADULTEZ

En la adultez, se evidencia que las Condiciones materno perinatales y las Condiciones transmisibles y nutricionales, se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a nivel general, en tercer lugar las lesiones; este orden se conserva en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla 69, la proporción de condiciones materno y perinatales entre los dos años de análisis, (43% y 42% respectivamente), solo han cambiado en menos de 2,411 actividades; con respecto a las condiciones transmisibles y nutricionales, su variación porcentual es sin cambios de puntos porcentual (33% - 33%) entre los años respectivamente, disminuyendo en 1,235 atenciones.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (3,431 menos atenciones) o -1.52% adicional.

Tabla 69: Total personas atendidas adultez, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	52,702	64,659	63,606	59,119	75,585	74,350	22,883
Condiciones materno perinatales *	69,039	86,915	86,610	79,163	96,438	94,027	27,399
Enfermedades no transmisibles	5,270	8,654	7,517	6,880	8,633	8,153	3,363
Lesiones	20,950	32,304	38,391	35,632	40,587	41,336	19,637
Signos y síntomas mal definidos	2,314	3,322	3,699	3,470	4,649	4,595	2,335
Total general	150,275	195,854	199,823	184,264	225,892	222,461	75,617

2.6.5.6 PERSONA MAYOR

En las personas mayores, se evidencia que las condiciones no trasmisibles y los signos y síntomas mal definidos se corresponden con las primeras causas de demanda de servicios a nivel general, en tercer lugar las Condiciones transmisibles y nutricionales; este orden ha variado en los años bajo análisis.

De acuerdo con la Tabla **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, la proporción de enfermedades no trasmisibles entre los dos años de análisis, (63% y 65% respectivamente), solo han cambiado en más de 749 actividades; con respecto a las condiciones síntomas y signos mal definidos, su variación porcentual es con cambios de un punto porcentual menos (16% - 15%) entre los años respectivamente, disminuyendo en 237 atenciones.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios en 2014 respecto a 2013 (22 menos atenciones) o -0.03% adicional.

Tabla 70: Total personas atendidas persona mayor, diferencia 2013/2014, Quindío 2009 – 2014

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Condiciones transmisibles y nutricionales	5.270	8.654	7.517	6.880	8.633	8.153	3.363
Enfermedades no transmisibles	20.950	32.304	38.391	35.632	40.587	41.336	19.637
Lesiones	2.314	3.322	3.699	3.470	4.649	4.595	2.335
Signos y síntomas mal definidos	6.032	7.661	8.036	7.792	10.123	9.886	4.091
Total general	34.566	51.941	57.643	53.774	63.992	63.970	29.426

A manera de resumen y teniendo en cuenta la morbilidad según ciclo vital (demanda de servicios a nivel general y primera vez), algunas consideraciones, que se detalla en Tabla 70:

- La demanda de servicios en atenciones dadas a los población de Quindío ha disminuido sutilmente en 0.46% en 2013 a 2014
- La demanda de servicios en grupo primera infancia e infancia ha crecido en ambos grupos un punto porcentual, siendo la demanda del primer grupo algo más intensa en número de atenciones efectivamente dadas.

- En los grupos mayores de la infancia, como son adolescentes, juventud, adultos y mayores, la demanda no ha variado en su participación porcentual en los dos años, aunque se ha visto una disminución en la solicitud de servicios asistenciales.

Tabla 70: Total atenciones por ciclo de vida, Quindío 2009 – 2014.

CICLO VITAL	2009	2010	2011	2012	2013	2014	DIFERENCIA
Primera infancia	28,509	35,752	33,433	24,584	30,560	32,641	2,081
Infancia	65,084	89,703	93,087	80,370	96,565	98,625	2,060
Adolescencia	26,191	37,109	34,923	28,761	35,574	34,843	-731
Juventud	98,585	129,873	115,624	104,537	137,909	135,258	-2,651
Adulthood	150,275	195,854	199,823	184,264	225,892	222,461	-3431
Persona mayor	34,566	51,941	57,643	53,774	63,992	63,970	-22
Total general	403,210	540,232	534,533	476,290	590,492	587,798	-2,694

2.6.6 MORBILIDAD POR SUBGRUPOS DE CAUSAS EN LOS CICLOS VITALES

2.6.6.1 CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES:

Dentro de las enfermedades infecciosas, transmisibles y nutricionales, el mayor peso proporcional de las infecciones respiratorias en el grupo de primera infancia (55%) y las infecciones parasitarias en el resto de los grupos de edad entre 47 a 57%, en estos grupos posteriores a la primera infancia Tabla 71.

Con relación a los cambios (variación puntos porcentuales entre 2013/2014), algunas consideraciones generales:

- El principal aumento en lo correspondiente a las enfermedades infecciosas y parasitarias en todos los grupos, más acentuado en el grupo de la adolescencia y juventud;
- Las infecciones respiratorias, tienden a disminuir su demanda en todos los grupos en general.
- Las deficiencias nutricionales tienen no sobrepasan una variación de 1 punto porcentual en los años, lo que significa que esta demanda de servicios por estas enfermedades permanecen estáticas.

Tabla 71: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2014.

CICLO VITAL	CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	41,22	42,13	39,24	37,98	39,26	41,23	1,97
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,88	54,51	56,93	57,92	57,09	55,32	-1,77
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9,	3,90	3,36	3,83	4,10	3,65	3,45	-0,20

CICLO VITAL	CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
E51-E64)								
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	47,32	53,94	49,94	47,45	48,55	50,21	1,65
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,41	43,61	46,99	49,47	48,48	47,02	-1,46
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,26	2,45	3,07	3,08	2,97	2,78	-0,19
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	49,54	57,56	52,97	49,22	52,75	55,49	2,75
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,88	39,97	43,78	46,97	44,38	41,51	-2,87
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,58	2,47	3,25	3,81	2,87	2,99	0,12
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	50,83	57,85	53,05	51,41	55,11	57,43	2,31
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,03	40,06	44,47	45,77	42,84	40,36	-2,48
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,14	2,09	2,48	2,82	2,04	2,21	0,17
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	51,11	56,55	50,42	48,26	53,79	55,43	1,64
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,17	41,79	47,56	49,60	44,17	42,68	-1,49
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50,	2,71	1,66	2,02	2,14	2,04	1,89	-0,15

CICLO VITAL	CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	D50-D53, D64.9, E51-E64)							
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,89	52,71	46,20	46,25	48,71	50,66	1,95
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,06	45,13	50,88	49,80	47,71	45,57	-2,15
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,05	2,17	2,92	3,95	3,58	3,77	0,19

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

2.6.6.2 CONDICIONES MATERNO PERINATALES

De acuerdo con los subgrupos de causas de morbilidad de este apartado, sobresalen dentro las condiciones materno y perinatales un comportamiento definido para cada uno de los ciclos vitales; en el de las edades inferiores o infantes, hay un predominio de condiciones derivadas durante el periodo perinatal y al avanzar el ciclo vital, predominan las condiciones maternas; en general y al revisar la tabla los cambios de comportamiento en puntos porcentuales 2013 a 2014 por su baja variación en puntos porcentuales, se consideran estables en el tiempo, en los grupos, a excepción de la infancia, que ve variar su presentación en más o menos 33%, Tabla 72.

Tabla 72: Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97,83	96,86	98,10	100,00	99,02	98,42	-0,60
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	2,17	3,14	1,90	0,00	0,98	1,58	0,60
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	33,33	82,35	28,57	100,00	53,85	87,50	33,65
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	66,67	17,65	71,43	0,00	46,15	12,50	-33,65
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	1,53	1,29	3,11	0,00	2,13	3,52	1,39

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	98,47	98,71	96,89	100,00	97,87	96,48	-1,39
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	1,71	1,79	2,22	0,10	1,76	3,19	1,43
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	98,29	98,21	97,78	99,90	98,24	96,81	-1,43
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	2,80	3,02	2,95	0,00	1,95	2,40	0,45
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	97,20	96,98	97,05	100,00	98,05	97,60	-0,45

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

2.6.6.3 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Las tablas siguientes detallan el comportamiento ciclo vital dentro de las causas no transmisibles, que integra enfermedades tipo neoplasias y diabetes, desordenes endocrinos, trastornos neuropsiquiatricos, trastornos sensoriales, cardiovasculares, respiratorias, digestivas, genitourinarias, piel, musculo esqueléticas, anomalías congénitas y enfermedad oral; al ser muy variada su presentación en cada uno de los tiempos analizados, dentro de la primera infancia, se resalta las enfermedades orales, las que entregan más proporción de casos en este grupos de edad, seguidos de enfermedades respiratoria, siendo las primeras, las orales, las que más han variado en el lapso descrito en sentido positivo, y las que más han disminuido en necesidad de atención la enfermedades respiratorias (Tabla 73).

Tabla 73: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 – 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,36	0,45	0,34	0,37	0,43	0,58	0,15
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,36	0,42	0,53	0,65	0,52	0,47	-0,05
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,09	0,10	0,07	0,08	0,05	0,04	-0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-	1,82	2,01	2,07	2,58	2,71	2,92	0,21

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)							
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3,30	4,13	3,93	4,62	4,87	5,30	0,42
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,72	9,88	9,35	11,31	10,48	10,26	-0,22
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,69	0,54	0,75	0,54	0,66	0,65	-0,01
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	17,27	15,67	16,52	18,57	16,62	13,36	-3,26
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,96	8,65	8,60	9,43	7,98	7,97	0,00
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,76	9,03	9,04	10,09	9,31	8,70	-0,61
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	17,02	16,31	14,80	16,63	16,40	14,49	-1,92
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	6,53	6,37	6,25	6,81	6,81	6,55	-0,25
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	10,81	7,95	9,14	11,55	10,68	10,09	-0,59
	Condiciones orales (K00-K14)	13,32	18,49	18,61	6,77	12,49	18,63	6,14

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

En grupo de edad mayor de la infancia, las enfermedades de la boca, de los órganos de los sentidos y las de las enfermedades respiratorias, son los diagnósticos que más necesidad se genera en estos niños; las variaciones de solicitud de atenciones por estas causas son más estables, atendiendo menos condiciones orales, 2 menos de cada 100 atenciones y más condiciones psiquiátricas, pero menos de una más de cada cien entre 2013 a 2014, .

Tabla 74: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la infancia, Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,46	0,35	0,42	0,37	0,44	0,38	-0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,35	0,47	0,30	0,38	0,41	0,47	0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,17	0,23	0,13	0,16	0,16	0,15	-0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,66	3,26	3,76	3,84	3,93	4,02	0,09

Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,20	8,14	7,48	9,14	9,65	10,05	0,39
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	15,56	13,99	11,99	12,48	14,05	15,27	1,22
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,65	0,58	0,68	0,63	0,65	0,88	0,24
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	12,87	11,46	12,35	11,62	10,87	10,30	-0,57
Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,81	5,04	5,38	5,06	5,14	4,80	-0,34
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,75	6,95	6,51	6,26	5,93	6,10	0,17
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,58	8,99	9,01	7,97	7,95	8,28	0,33
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	6,23	5,55	5,93	5,80	6,06	6,44	0,38
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2,02	1,76	1,91	2,40	2,48	2,69	0,21
Condiciones orales (K00-K14)	28,71	33,26	34,15	33,89	32,27	30,16	-2,10

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

En la adolescencia, las enfermedades orales y las alteraciones neuropsiquiátricas, aportan más de 10% de la atención en último año observado; dándose los cambios mayores en estas dos tipos de morbilidades, variando una consulta por cada cien vistas entre los dos años últimos 2013 2014, Tabla 75.

Tabla 75: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,43	0,39	0,39	0,26	0,38	0,60	0,22
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,54	0,47	0,55	0,73	0,82	0,88	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,16	0,19	0,21	0,19	0,19	0,39	0,19
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,32	4,04	4,35	5,03	4,45	4,12	-0,32
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,58	10,44	9,81	10,65	11,84	12,86	1,02
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	12,34	9,95	9,21	9,71	11,07	11,79	0,72

Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,23	1,22	1,22	1,22	1,29	1,59	0,30
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,23	6,27	6,72	6,51	6,03	5,47	-0,56
Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,28	8,32	8,07	7,53	7,76	7,28	-0,48
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,35	11,60	11,37	11,19	11,03	10,88	-0,14
Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,40	11,22	10,84	10,56	10,17	9,86	-0,31
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	9,53	9,06	9,46	8,99	9,46	9,92	0,46
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,61	0,78	0,80	0,92	1,24	1,14	-0,09
Condiciones orales (K00-K14)	22,01	26,06	27,00	26,49	24,28	23,20	-1,07

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

La Tabla 76, muestra en el análisis de la juventud, un predominio de las enfermedades genitourinarias y de los trastornos orales las mayores necesidades de atención, en 2013; entre las mayores variaciones de atenciones los adolescentes consultaron algo menos de 1 de cada cien por enfermedades de la boca y algo menos de uno, por cien o mejor unos más por cada mil consultas por trastornos psiquiátricos entre 2013 a 2014.

Tabla 76: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,47	0,34	0,37	0,35	0,40	0,53	0,13
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,70	0,58	0,63	0,80	0,88	0,99	0,11
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,21	0,23	0,21	0,22	0,22	0,36	0,14
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,41	4,42	4,87	5,54	5,11	4,79	-0,32
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,50	10,65	9,82	10,56	11,03	11,71	0,68
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,09	8,28	7,72	8,30	10,98	10,66	-0,32
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,79	1,80	1,73	1,73	1,94	2,18	0,25

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,33	5,01	4,90	4,88	4,22	4,13	-0,09
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,66	10,21	9,43	9,31	9,23	8,88	-0,35
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,53	16,03	15,49	15,07	14,58	14,85	0,27
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,89	9,54	9,47	9,16	9,15	9,17	0,01
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10,64	10,20	10,22	9,39	9,94	10,54	0,59
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,39	0,47	0,45	0,51	0,95	0,65	-0,30
	Condiciones orales (K00-K14)	19,37	22,24	24,69	24,18	21,38	20,56	-0,82

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

En las personas adultas, como se detalla en la Tabla 77, las enfermedades musco esqueléticas, genitourinarias y las enfermedades de la boca son las más prevalentes, y son más de 10% de la atención en este grupos de personas por ciclo vital; las variaciones de la atención no son marcadas en los grupos, dejando de atender mayormente en la condicione de las enfermedades orales, donde se dejó de atender a una de cien necesidades.

Tabla 77: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,85	0,69	0,75	0,70	0,78	1,03	0,25
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,48	1,31	1,26	1,54	1,69	1,82	0,13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,74	1,90	2,18	2,00	1,89	2,21	0,32
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	8,18	8,00	8,85	9,60	9,26	8,71	-0,55
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,10	8,74	7,69	8,45	8,39	8,69	0,29
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,09	7,49	6,66	7,39	8,64	9,38	0,75
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	9,87	10,45	11,71	10,43	9,45	10,15	0,70
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,32	3,58	3,11	3,32	2,82	2,70	-0,12
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,63	9,69	8,76	9,09	8,87	8,52	-0,35
	Enfermedades genitourinarias (N00-	13,22	12,80	11,57	11,90	12,11	12,05	-0,06

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	N64, N75-N98)							
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,92	5,43	5,11	4,89	5,34	5,25	-0,09
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,33	15,11	15,15	14,16	14,73	14,87	0,14
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,20	0,21	0,20	0,24	0,49	0,30	-0,19
	Condiciones orales (K00-K14)	13,08	14,60	17,00	16,30	15,54	14,31	-1,22

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

En las personas mayores, las enfermedades no transmisibles se comportan de forma similar, predominan las enfermedades musculo esqueléticas, cardiovasculares que podría decirse son una de cada atenciones que se les da a los mayores de 60 años; la necesidad de atención por las condiciones musculo esqueléticas no varían años tras año, y las cardiovasculares es la que más variación posita muestra en los dos años analizados, requiriendo una nueva atención por cada cien que se realizaron en 2013, Tabla 78.

Tabla 78: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,75	1,53	1,31	1,51	1,69	2,23	0,54
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,15	0,93	0,88	1,18	1,26	1,39	0,13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5,33	4,99	5,74	5,45	5,13	5,51	0,38
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6,93	6,28	7,27	7,59	7,37	6,64	-0,74
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,76	5,56	4,67	5,00	4,95	5,76	0,81
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,42	9,41	7,89	8,42	10,08	9,93	-0,15
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	27,78	28,70	31,76	28,34	25,87	26,77	0,90
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,50	5,92	5,12	4,71	4,71	4,97	0,26
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,66	7,78	6,83	7,06	6,95	6,78	-0,18
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,72	7,58	6,88	8,64	9,23	8,70	-0,53
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,40	4,04	3,66	3,72	3,99	3,93	-0,06

CICLO VITAL	SUBGRUPO DE CAUSA DE MORBILIDAD ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,87	12,76	12,50	12,21	12,51	12,56	0,05
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,16	0,13	0,10	0,13	0,42	0,20	-0,22
	Condiciones orales (K00-K14)	3,58	4,40	5,38	6,05	5,83	4,63	-1,20

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

2.6.6.4 LESIONES.

Las lesiones por ciclo vital y su comportamiento en los motivos de consulta, se detallan en la Tabla 79, donde se describen los pesos proporcionales de atención en salud por la causa más importante como su variación porcentual de la carga de atenciones entre 2013 y 2014.

De acuerdo con las proporciones observadas en la primera infancia, las causas de atención principales son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y segunda, lesiones no intencionales que corresponden que son casi el total de las atenciones; las primeras al disminuir su necesidad de atenciones y la segunda, ha crecido en casi 9 casos nuevos por cada cien consultas de 2013.

Para el grupo etario de la infancia, las causas de solicitar atención es similar al grupo anterior; las causas de morbilidad primeras como son los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y la segunda las lesiones no intencionales se corresponden con el 99.25%; la causa primera causas los traumatismos han crecido en una consulta nueva por cada doscientas atenciones de 2013 y las lesiones disminuyen apenas en 0.02%.

En la adolescencia las causas de morbilidad de traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas son 90% de las atenciones y las lesiones no intencionales, corresponden en conjunto a 98.3% de la atención dada en este grupo de ciclo vital; la causa de lesiones, bajan a una razón de dos atenciones por cada cien consultas, y los traumas crecen a una razón de 0.24%.

Al respecto del grupo personas mayores (de más 60 años) la causa principal, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, son 91,84%, de la atención y las lesiones no intencionales (7,88%) acumulan casi toda la atención; respecto a las variaciones entre 2013 a 2013, las causas variaron en uno caso de cada cien.

Tabla 79: Morbilidad específica por las lesiones, Quindío 2009 – 2014

CICLO VITAL	LESIONES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,97	7,84	8,16	8,57	9,57	8,64	-0,93
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,11	0,04	0,16	0,06	0,13	0,28	0,15

CICLO VITAL	LESIONES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,09	0,12	0,00	0,00	0,20	0,20
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,87	92,03	91,56	91,37	90,30	90,89	0,59
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,10	8,36	8,23	9,32	10,50	10,48	-0,02
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,33	0,36	0,17	0,55	0,23	-0,33
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,09	0,06	0,09	0,05	-0,04
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,90	91,31	91,32	90,45	88,86	89,25	0,39
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,79	6,60	5,84	6,66	7,51	6,93	-0,58
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,18	1,38	1,21	1,53	1,32	1,69	0,37
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,18	0,13	0,08	0,12	0,08	-0,03
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,98	91,85	92,82	91,72	91,06	91,30	0,24
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,74	5,51	5,35	6,59	7,76	6,75	-1,02
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,82	1,36	1,16	1,49	1,32	1,65	0,34
	Lesiones de	0,11	0,23	0,16	0,07	0,18	0,08	-0,10

CICLO VITAL	LESIONES	PROPORCIÓN 2009	PROPORCIÓN 2010	PROPORCIÓN 2011	PROPORCIÓN 2012	PROPORCIÓN 2013	PROPORCIÓN 2014	CAMBIO EN PUNTOS PORCENTUALES 2013 - 2014
	intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872) Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,34	92,90	93,34	91,86	90,74	91,52	0,78
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	4,76	5,91	6,21	6,30	7,81	6,48	-1,33
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	0,30	0,55	0,50	0,63	0,67	0,62	-0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,03	0,05	0,05	0,03	0,09	0,05	-0,04
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,91	93,49	93,24	93,04	91,43	92,84	1,42
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	6,20	5,64	6,39	7,75	8,71	7,88	-0,83
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	0,09	0,09	0,35	0,23	0,19	0,26	0,07
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,03	0,13	0,11	0,04	0,02	-0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,71	94,24	93,13	91,91	91,06	91,84	0,79

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social

2.6.6.5 MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO

El grupo de eventos de enfermedades de alto costo, busca establecer la carga de morbilidad por estas enfermedades que comprenden una serie de eventos que su tratamiento consumo alto recursos financieros y tecnológicos en salud. Integran estas, las enfermedades renales crónicas, la enfermedad causada por ser portador del VIH (SIDA), las leucemias en los niños, y las enfermedades huérfanas o raras, esta ultimas en fase de sistematización de su presencia.

El comportamiento de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal muestra que se incrementó un punto porcentual con referencial al crecimiento nacional (8 y 7 respectivamente), como en un punto de tasa, pasando de 28 puntos en el análisis previo a 29 en 2015 con lo que supera en el Departamento la cifra Nacional 1.44 veces más; la tasa departamental en se encuentra en 96.6 casos por 100,000 personas, mientras la tasa en la población afiliada muestra una diferencia de 7.9 puntos de tasa; así es más grave la problemática en la población general, 1.67 veces más. La Tasa de incidencia de VIH notificada al sistema de información de la CAC, del 2008 al 2015 que mostró un patrón incremento, ahora tiende a bajar y la diferencia nacional no es tan alta (5 puntos de tasa), lo que coloca en amarillo este indicador con relación al país, sin dejar la alerta que constituye la alta prioridad para el departamento, Tabla 80.

Se observa un intensidad baja de casos de leucemias en los menores, con una menor tasa que la nacional, enfermedades que entran en el complejo sistema de atención por unidades funcionales especializadas para ellas, lo que favorecerá lo que se observa cómo es que para los dos últimos años se reporta tendencia al descenso.

Tabla 80: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008-2014

EVENTO	COLOMBIA	QUINDÍO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	66,80	96,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	11,73	19,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	11,57	16,97	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,50	0,00	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	2,48	2,03	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘

Fuente: CAC.

* :Estimación a nivel del departamento

** : Cuenta de alto costo

*** : SIVIGILA

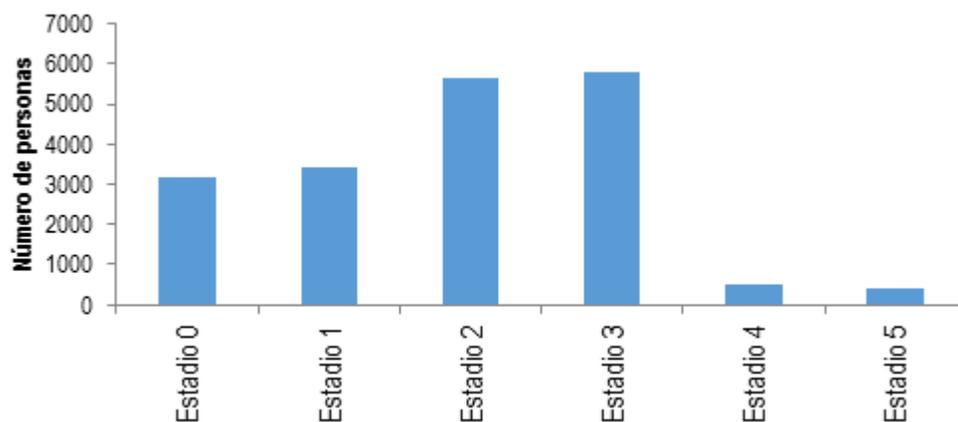


Figura 45: Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento Quindío, 2014

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social CAC 2014

La Figura 45 detalla la progresión de la Enfermedad renal crónica y sus diferentes estadios, donde el mayor número de pacientes se ubican en el estadio 2 y 3 superándose para la en cada caso los 5,000 pacientes y los pasos a estadios superiores 4 y 5, es bajo, hallándose en general menos de 1000 personas afectadas en ellos; estas cifras útiles para los cálculos de demandas de servicios, costos, planificación de la red de servicios en lo relacionado con la enfermedad de alto costo, caso particular de la enfermedad renal crónica.

2.6.6.6 MORBILIDAD DE EVENTOS PRECURSORES

Se han considerado dos eventos precursores de enfermedad renal crónica, como son la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial; ambas enfermedades presentan en el departamento tasa superiores a las nacionales, con un riesgo medio o semejante al del país por tanto su color se torna amarillo; en la hipertensión arterial, con tres puntos de diferencia de tasa (8,39 a 6.60), su cambio en la CAC es de 18% inferior con el de la nación, los datos de hipertensión varían en la CAC en 18% para el país, mientras para Quindío en 0.12%, bajando la diferencia de tasas en 67%. La diabetes mellitus, se presenta una diferencia de tasa que no llega a una unidad, con una tendencia a bajar, sigue siendo más alta; esta enfermedad se constituyen en un escenario de riesgo para los eventos cardiovasculares, que ocupan la primera causa de mortalidad en el departamento, como se muestra en la Tabla 81.

Tabla 81: Eventos precursores del departamento, Quindío, 2009 -2014

Evento	Colombia	Quindío	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	1,51	2,13	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘
Prevalencia de hipertensión arterial	6,60	8,39	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social; SISPRO, CAC 2014

Es de resaltar que estos eventos precursores se constituyen en los principales factores de riesgo para los eventos cardiovasculares, los que son la primera causa de mortalidad en el departamento, y muestran que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares son las causas con mayor frecuencia observada en el periodo entre 2005 a 2013.

2.7 MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, reporta al sistema de información de salud del país, una serie de enfermedades que se han considerado de importancia e interés en salud pública; este sistema de información vigila una serie de enfermedades y situaciones en salud que deben ser informadas en forma oportuna a las autoridades sanitaria territoriales para su intervención y control; el SIVIGILA está operando en el total de los municipios del departamento y no presenta atrasos en los procesos de notificación, o sea, está informando en cada semana los eventos de interés por los prestadores de servicios de salud obligados a reportar.

Según la magnitud (frecuencias absolutas) detalladas en la Tabla 82, las primeras seis causas acumulan el 76% de los casos notificados en 5 años, por tal razón se definen como los eventos más incidentes: dengue 24%, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia 19%, varicela individual 16%, vigilancia de las violencias de género (v. intrafamiliar, v. sexual) 9%, vigilancia integrada de rabia humana, 5% y chikungunya 3%, que siendo una arbovirosis, se corresponden con un acumulado del 27% al integrarse con la notificación con dengue (perfil predominante de enfermedades transmitidas por vectores).

Tabla 82: Cinco primeros eventos de notificación – Departamento, Quindío (2011 – 2015).

COD	EVENTO	2011	2012	2013	2014	2015	total
210	DENGUE	1,118	606	1,834	3,131	3,960	10,649
300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1,163	1,597	2,619	2,383	309	8,071
831	VARICELA INDIVIDUAL	1,778	1,319	1,316	1,252	1,129	6,794
875	VIGILANCIA EN S.P. DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO (V. INTRAFAMILIAR, V. SEXUAL)		466	1,118	1,236	1,215	4,035
307	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA					2163	2,163
217	CHIKUNGUNYA				11	1,450	1,461

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, SIVIGILA 2011 - 2015

Respecto a los eventos que presentan la serie completa es clara la tendencia al ascenso en la notificación de dengue, respecto a la razón de notificación chikungunya por cada caso reportado 2014 se reportan para 2015 (131casos). La evidencia del reporte agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y vigilancia integrada de rabia humana, confirman la evidencia del fortalecimiento del sistema de notificación en el Departamento; lo anterior favorece que para cada periodo las estadísticas y los indicadores epidemiológicos de los eventos ENO sean un reflejo más valido del comportamiento de los riesgos o enfermedades en la comunidad Quindiana. En este sentido es importante resaltar que entre 2014 - 2015 la notificación de ENO se incrementó un 24% comparativamente.

Con relación al evento varicela individual si comparamos valor máximo año 2011 en 2015 la cifra es inferior, si asumimos que la notificación es adecuada sería posible establecer hipótesis de trabajo relacionadas con el cambio del comportamiento epidemiológico, virológico del agente causante; obviamente estas hipótesis deben involucrar sesiones de trabajo profundas con otras fuentes de información, incluyendo lógicamente los análisis de campo de las investigaciones de vigilancia epidemiológica entre otras fuentes. En el evento relacionado con la vigilancia en Salud Pública de las violencias de género el reporte para los últimos 3 años supera los 1,000 eventos con ligera variación en los dos últimos años de la serie.

Como otros eventos que se catalogan de importante incidencia y que han de analizarse de manera específica (vigilancia epidemiológica/programas y estrategias de intervención) se observan, las intoxicaciones (plaguicidas, fármacos y psicofármacos y en general sin especificación), el comportamiento de la infección por vih/sida/mortalidad por sida y el bajo peso al nacer.

La Tabla 83 detalla todos los eventos y sus frecuencias, como las variaciones en los años reportados en Quindío entre 2011 a 2015 y que se encuentran en el sistema de bodega de datos departamental; en los años de análisis se han reportado 43,621 casos; se detalla igualmente el comportamiento de la notificación y su crecimiento, reflejándose además aspectos relacionados con capacidad diagnóstica y obviamente la tendencia de riesgos o morbilidades enmarcadas en vigilancia de la salud pública (ENO) nivel departamental Figura 46.

Tabla 83: Eventos de vigilancia en salud pública, departamento Quindío 2011 – 2015

COD	EVENTO	2011	2012	2013	2014	2015	total	Porcentaje acumulado
210	DENGUE	1.118	606	1.834	3.131	3.960	10.649	24.4%
300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.163	1.597	2.619	2.383	309	8.071	42.9%
831	VARICELA INDIVIDUAL	1.778	1.319	1.316	1.252	1.129	6.794	58.5%
875	VIGILANCIA EN S.P. DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO (V. INTRAFAMILIAR, V. SEXUAL)		466	1.118	1.236	1.215	4.035	67.7%
307	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA					2163	2.163	72.7%
217	CHIKUNGUNYA				11	1.450	1.461	76.0%
360	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	316	237	227	224	24	1.028	78.4%
850	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	171	146	165	160	360	1.002	80.7%
820	TUBERCULOSIS PULMONAR	227	165	173	147	231	943	82.9%
370	INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	249	187	219	204	18	877	84.9%
365	INTOXICACIONES					824	824	86.8%
414	INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	182	105	145	267	24	723	88.4%
110	BAJO PESO AL NACER		83	69	169	175	496	89.6%
228	EXPOSICIÓN A FLÚOR			134	237	90	461	90.6%
750	SÍFILIS GESTACIONAL	116	88	71	69	92	436	91.6%
560	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	86	63	107	66	82	404	92.5%
330	HEPATITIS A (BROTE)	159	27	38	29	15	268	93.2%
410	INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.		70	81	93	15	259	93.7%
490	MALARIA VIVAX	81	59	51	32	2	225	94.3%
620	PAROTIDITIS	60	43	36	36	39	214	94.8%
455	LEPTOSPIROSIS	85	5	10	77	27	204	95.2%
340	HEPATITIS B	34	29	40	49	51	203	95.7%
420	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	48	34	42	45	32	201	96.1%
810	TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	57	29	36	28		150	96.5%
549	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA		10	35	33	71	149	96.8%
345	ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	125	8	3	1		137	97.1%
740	SÍFILIS CONGÉNITA	43	25	18	16	12	114	97.4%
348	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA		68	21	8	10	107	97.7%
220	DENGUE GRAVE	19	4	20	36	21	100	97.9%
458	LESIONES POR POLVORA	20	38	30	8		96	98.1%
215	DEFECTOS CONGENITOS					94	94	98.3%
298	EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	35	20	18	16	2	91	98.5%
400	INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	24	30	21	13		88	98.7%

COD	EVENTO	2011	2012	2013	2014	2015	total	Porcentaje acumulado
735	ANOMALIAS CONGENITAS		13	37	38		88	98.9%
100	ACCIDENTE OFIDICO	15	16	10	11	13	65	99.1%
470	MALARIA FALCIPARUM	15	12	6	13	1	47	99.2%
412	INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	12	6	15	11	1	45	99.3%
530	MENINGITIS TUBERCULOSA	16	13	13	2		44	99.4%
452	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS				5	34	39	99.5%
580	MORTALIDAD POR DENGUE	7	1	7	9	2	26	99.5%
450	LEPRA	5	6	3	7	2	23	99.6%
600	MORTALIDAD POR IRA	1	9	1	2	9	22	99.6%
460	MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	7	8	2	4		21	99.7%
800	TOSFERINA	2	8	7	2	2	21	99.7%
456	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	7	8	2	1		18	99.8%
550	MORTALIDAD MATERNA	3	3	3	4	3	16	99.8%
825	TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE		5	1	5	4	15	99.9%
380	INTOXICACIÓN POR METANOL	5	1	4	1		11	99.9%
343	HIPOTIROIDISMO CONGENITO		1	1	7		9	99.9%
459	CANCER INFANTIL				6	3	9	99.9%
205	CHAGAS			3		2	5	99.9%
495	MALARIA COMPLICADA	1	2	2			5	99.9%
760	TÉTANOS ACCIDENTAL	4			1		5	100.0%
500	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	3	1				4	100.0%
520	MENINGITIS POR NEUMOCOCO	1		2	1		4	100.0%
895	ZIKA					3	3	100.0%
320	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA			1		1	2	100.0%
390	INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	1		1			2	100.0%
896	HTLV - BANCOS DE SANGRE					2	2	100.0%
510	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1					1	100.0%
590	MORTALIDAD POR EDA 0-4 AÑOS			1			1	100.0%
815	TUBERCULOSIS				1		1	100.0%
Total general		6.302	5.674	8.819	10.207	12.619	43,621	

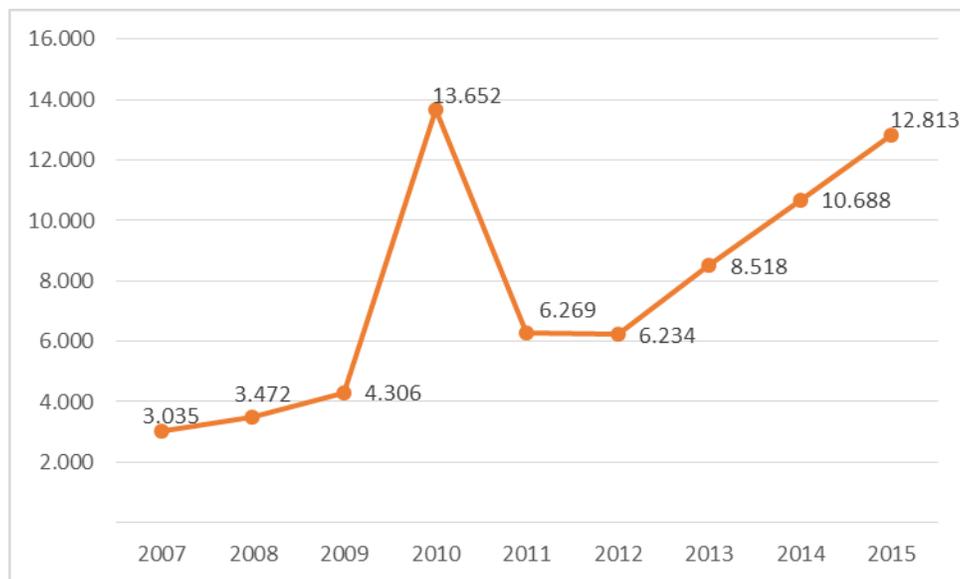


Figura 46: Tendencia de notificación al SIVIGILA, departamento Quindío 2007 a 2015.

Fuente: Secretaria de Salud, VSP; Departamento Quindío.

A continuación y teniendo en cuenta la tendencia de las proporciones de incidencia por 100,000 habitantes de 2015 de los eventos que acumulan 90% de la notificación, se destaca, según la Figura 47.

- Dengue: como primera causa de notificación, el descenso de 2012 lo catapulto ha cifras 6 veces superiores en 2015; su incidencia de 700 casos por cada 100,000 habitantes, muestra los ciclos de esta arbovirosis que esta sin control en el departamento.
- Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y la vigilancia integrada de la rabia, muestran que en su organización temática, no ha variado su incidencia, o si ha variado, esta ha sido en pocas unidades de tasa en su disminución; la rabia es una enfermedad infecciosa viral de alta mortalidad (mayor de 90%) y presente aun en las poblaciones de Colombia y se han presentado casos en municipios del Valle del Cauca y Tolima, debiéndose resaltar que ambos departamentos colindan geograficamente con el nuestro; la información de campo y de los respectivos soportes (comités de análisis) para dar el real contexto al comportamiento reportado de este evento, se convierten en valiosas herramientas de trabajo para el área responsable de esta vigilancia; la tasa se aproxima a 400 casos por 100,000 habitantes.
- Chikungunya. Esta arbovirosis es transmitida por el mosquito más efectivo en preservar estos virus, el Aedes aegypti mosquito perenne por las malas condiciones básicas de la vivienda y el manejo de las aguas domésticas, favorecen que esta enfermedad se halla incrementado hasta en 1,000% referente a los casos del año anterior; tal como plantea para el evento dengue, el comportamiento del chikungunya se considera desbordado su control, situación que se debe asumir como reto y prioridad en el marco de las gestiones integrales de salud pública para el Departamento del Quindío.

- La vigilancia en salud pública de las violencias de género (v. intrafamiliar, v. sexual), muestra que no varía dentro del sistema de información y por tanto dentro de la sociedad en el marco de la notificación y suponiéndose un subregistro frente a tendencias culturales de ocultamiento y temor respecto al reporte del evento; la violencia de género y la familiar, que afecta a algo más de 200 individuos por cada 100,000 habitantes, sabemos que 80 a 90% de esta violencia, la violentada es la mujer; así mismo es altamente probable que la conciencia colectiva, la intervención y apoyo estatal frente a las rutas de atención, la incorporación del evento en el sistema de vigilancia den explicación del perfil, obviamente el comportamiento que no se modifica.
- Varicela individual: enfermedad eruptiva de la infancia, es de gran poder epidémico, más en escolares; aunque su tendencia en la serie es en ascenso - descenso muy leve y poco insinuado; esta enfermedad vera su descenso al favorecer la vacunación contra esta enfermedad, que aunque no deja secuelas en el infante, si puede llegar a ser molesta y ser causa de letalidad en los jóvenes adultos que aún pueden no tener inmunidad; su tasa esta alrededor de los 200 casos por 100,000 habitantes.
- Infección por VIH/SIDA/ y mortalidad por SIDA: se construye el indicador de incidencia en notificación, que para 2015 y los años anteriores presenta una tendencia plana.
- Tuberculosis pulmonar: esta infección trasmisible y ocasionada por el bacilo de Koch, detalla que es una enfermedad de alta presencia en la comunidad del departamento del Quindío con valores que no descienden en 2015, con 231 casos incidentes; las cifras que son fluctuantes en los seis años de notificación construyen una tendencia a disminuir; sin embargo es necesario tener presente la necesidad de intensificar la difusión de la información a la comunidad para que demanden servicios de salud al identificarse como sintomáticos respiratorios a lo cual debe sumarse la búsqueda activa por todo el personal de salud en sus diferentes instituciones y niveles. Se siguen notificando eventos de tuberculosis, como la farmacoresistencia con 4 casos. Se debe destacar aun que esta enfermedad es ahora una complicación de la infección de la inmunidad, y una de sus mayores causas de muerte, el comportamiento de los eventos tuberculosis pulmonar y mortalidad VIH/Sida/ es muy similar sus tasas son inferiores a 50 casos por 100,000 habitantes para cada año; es de resaltar un pequeño giro al incremento en ambos eventos en el periodo 2014-2015, siendo superior en la mortalidad por VIH – SIDA.
- El bajo peso al nacer presenta una incidencia en la notificación que se triplica con referencia al año 2013, para 2015 se informan 175 recién nacidos afectados por problemas de peso o con menos de 2,500 gramos al nacer, situación a profundizar, si integramos la información sobre las condiciones de salud del binomio madre - hijo en la comunidad Quindiana, condiciones no tan positivas para una gestación sana, como la observada en adolescentes y el comportamiento de indicadores de riesgo nutricional en los grupos de gestantes, adolescentes, neonatos.

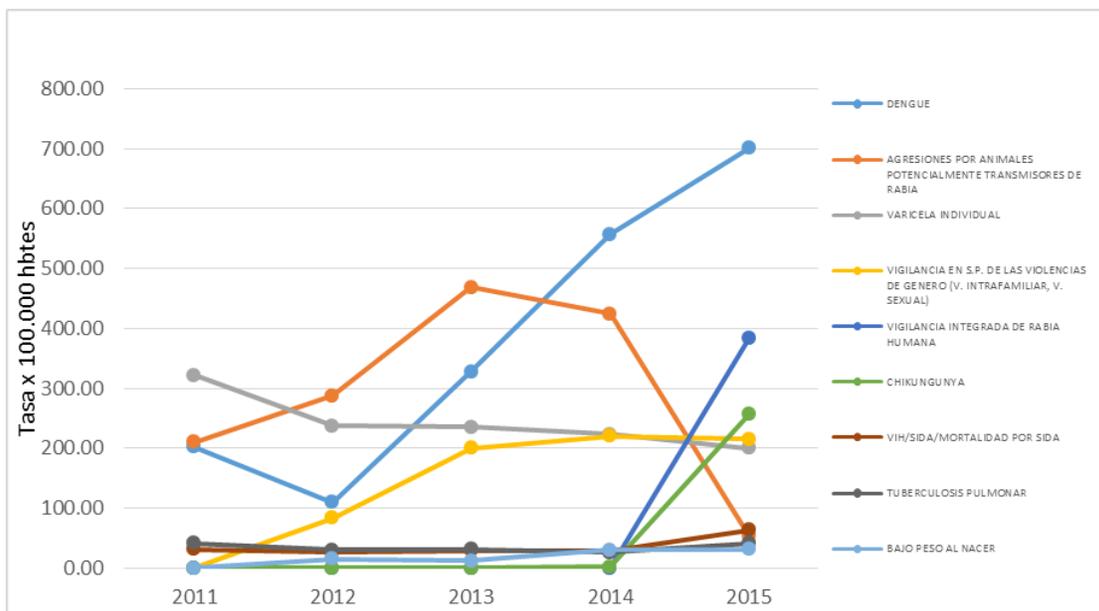


Figura 47: Tendencia de las tasa de incidencia de ENO, SIVIGILA, departamento, Quindío 2011 – 2015

Fuente: SIVIGILA Departamento del Quindío (2015).

La Tabla 84, detalla el comportamiento de la notificación obligatoria y su relación con el país, la construcción su respectiva priorización y semaforización:

- Por Accidentes biológicos, no se presentan eventos.
- Por intoxicaciones: las Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas, presentan un riesgo similar al de la nación, aunque la tasa es la mitad de la observada en el país.
- Por asunto de lesiones en el trabajo, no se reportan eventos.
- Por trastornos mentales el evento Suicidio (tasa x 100.000 hbts), presenta alta presencia y un comportamiento similar al del país, aunque casi duplica su tasa en el evento violencia contra el menor (País 4,30 - 7,40 Departamento).
- En aspecto Ambiental, no se detectan riesgos mayores.
- En cáncer, se hallan eventos de cáncer de mama y de cuello uterino que intensifican la tasa con relación a la nación, con algunos casos de leucemias en niños ya documentadas, pero que no sobrepasan los riesgos nacionales.
- En caso de las enfermedades Cardiovascular y Congénitas, que integra las Enfermedades raras, no se han reportado.
- Las afecciones Materno perinatales, se ven riesgos algo mayores y similares que los de la nación en casos de las afecciones de Bajo peso al nacer, Mortalidad materna (razón x 100.000 NV), Mortalidad perinatal, Mortalidad neonatal tardía, Mortalidad Fetal, muy descritos en el capítulo de mortalidad.

- Los eventos de salud mental no se reportan, sin desconocer que el evento principal de violencia como la de género, es un componente importante de la salud mental.
- Según los reportes y periodos los eventos de nutrición se hallan riesgos similares en caso de Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años.
- Respecto a las enfermedades transmisibles se destacan como de mayor riesgo, las ya descritas: Infección Respiratoria Aguda, Tuberculosis pulmonar y Tuberculosis extrapulmonar, Letalidad de hepatitis B, C y infección B-D, Letalidad de dengue y Letalidad de Dengue grave, como semejantes al país, a excepción de la letalidad por dengue y por hepatitis que tendrían un comportamiento único para el departamento (tasa excede más allá del límite superior nacional).
- Del Uso y consumo, no se hallan eventos de mayor riesgo.
- De las Tasas de incidencia PDSP, se hallan, como semejante al país, el dengue y dengue graves, leptospirosis, y la enfermedad de Chagas, VIH y Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar; se hallan como únicos para el departamento, o sea su tasa excede más allá del límite superior nacional, la incidencia de sífilis congénita y la incidencia de violencia contra la mujer.
- Los eventos inmunoprevenibles u objeto del programa ampliado de inmunización, aunque sus tasas no rebasan el riesgo común nacional, se están aún reportando casos de parotiditis, hepatitis B y tosferina.
- Los brotes de Hepatitis A han descendido a 15 casos, de 29 vistos en 2014, representando una disminución próxima al 50%.
- Los eventos de malaria (3 casos), se consideran no autóctonos, debido a que en el departamento no hay reporte de presencia del anophelles capaces de transmitir el plasmodio.

Con esta clasificación y definición de riesgos de eventos, se considera relevante comentar que para un fortalecimiento del sistema de notificación y en general de la vigilancia epidemiológica en el Departamento se deben hacer énfasis en los procesos analíticos que controlen el subregistro, frente a la serie de casos y eventos que la comunidad o el mismo personal de salud no identifican, relacionan y reportan y pueden subestimar la real magnitud del problema, limitar la vigilancia epidemiológica y las intervenciones en salud pública requeridas.

Tabla 84: SemafORIZACIÓN de los eventos de notificación obligatoria del departamento Quindío, 2007 – 2014.

Causa de muerte	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Causas externas			-	-	-	-	-	-	-	-	-
Accidentes biológicos											
Accidente ofídico	1,09	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Causa de muerte	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Muerte por accidentes de tránsito (tasa x 100.000 hbtes - Forensis)	13,43	16,90	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗
Intoxicaciones											
Exposición a flúor	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	0,93	0,45	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Laboral											
Lesiones en menor trabajador	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mental											
Suicidio (tasa x 100.000 hb)	4,30	7,40	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Violencia escolar	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Violencia											
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	0,42	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No transmisibles											
Ambiental											
Vigilancia entomológica	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer											
Cáncer (mama tasa x 100.000 hb)	11,14	17,12	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Cáncer (cérvix)	6,43	8,95	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Cáncer infantil	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiovascular											
Congénitas											
Defectos congénitos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades raras	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Materno perinatal											
Bajo peso al nacer	8,84	6,68	-	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Embarazo en adolescentes	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Morbilidad materna extrema	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad materna (razón x 100.000 NV)	67,07	67,82	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Mortalidad perinatal	14,75	17,43	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Mortalidad neonatal tardía	2,28	1,34	-	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Mortalidad Fetal	10,14	8,31	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Mental											
Consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición											
Vigilancia del estado nutricional en menores de 18 años	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años	0,00	4,11	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘
Trasmisibles											
Inmunoprevenibles											

Causa de muerte	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Difteria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Evento adverso seguido a la vacunación	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis Neisseria	12,73	0,00	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-
Meningitis tuberculosa	0,00	0,00	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-
Tétanos accidental	46,67	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Tétanos neonatal	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	0,00	0,00	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-
Materno perinatal	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis gestacional y congénita	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis congénita	1,04	0,00	-	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infección Respiratoria Aguda	0,40	0,44	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	41,25	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lepra	1,32	0,00	-	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-
Tuberculosis pulmonar	7,72	10,74	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘
Tuberculosis extrapulmonar	50,94	55,17	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Tuberculosis farmacorresistente	8,52	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmisión sexual y sanguínea	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de hepatitis A	0,08	0,00	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-
Letalidad de hepatitis B, C y confección B-D	1,72	5,26	-	↗	↗	↘	-	-	-	↗	↘
Chagas crónico y agudo	29,77	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cisticercosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letalidad de dengue	0,18	0,21	-	↗	↘	-	↗	↗	↗	↗	↘
Letalidad de Dengue grave	5,11	14,29	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↘	↘
Enfermedades de origen prionico	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis	5,65	0,00	-	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-
Letalidad de Malaria	0,02	0,00	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-
Letalidad de malaria asociada	1,61	0,00	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-
ETA	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vectores	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chikugunya	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zika	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vigilancia sanitaria											
Uso y consumo											
Consumo de antibióticos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP											
Tasa de incidencia de dengue	343,21	321,48	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de dengue grave	8,66	3,68	-	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,69	1,25	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de Chagas	2,29	1,44	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘
Tasa de incidencia de sífilis congénita	249,08	305,19	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de incidencia de VIH	11,57	16,97	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘

Causa de muerte	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer	185,54	336,15	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar	159,33	174,70	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗

Fuente: Sivigila Quindío 2015

A continuación y como elementos que pretenden motivar profundo análisis, algunos comentarios técnicos que se consideran de prioritaria atención:

- El comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores, que exigen de manera eficaz y efectiva reordenamiento del medio ambiente y participación activa de la comunidad como de múltiples actores (sectores), nos pueden cobrar una carga social importante si no se controlan efectivamente ahora con la presencia del virus Zika, que comparten escenarios de trasmisión y que afectan posiblemente a los niños en gestación y si definitivamente se quieren impactar su morbilidad y letalidad; se debe reconocer además el abordaje de enfermedades virales directamente relacionadas como el caso del chikungunya y zika con sus respectivos impactos sobre la salud, la dinámica educativa, laboral y riesgos más graves para la salud.
- Persiste la presencia del evento de sífilis congénita, que refleja un severo problema de calidad en el proceso de atención en los servicios de salud (públicos y privados) y muy posiblemente relacionado con las competencias educativas del personal de salud en el tema, situación que puede ser fácilmente subsanables en procesos de capacitación continua e implementación de sistemas de control relacionados con vigilancia epidemiológica estricta en los programas y las atenciones brindadas a las gestantes y una reestructuración de los servicios de atención a la gestante, al parto y al recién nacido, acorde a la Política de Atención Integral en salud (PAIS).
- Todo un trabajo y todo un reto a nivel social, familiar y cultural se debe estructurar para disminuir la tasa de incidencia de violencia contra la mujer, situación que se complementa con la intervención para bajar la tasa de incidencia de violencia familiar que superan el riesgo Nacional; en este aparte relevante mencionar además lo correspondiente a la violencia contra el menor

2.8 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, 2009 A 2014.

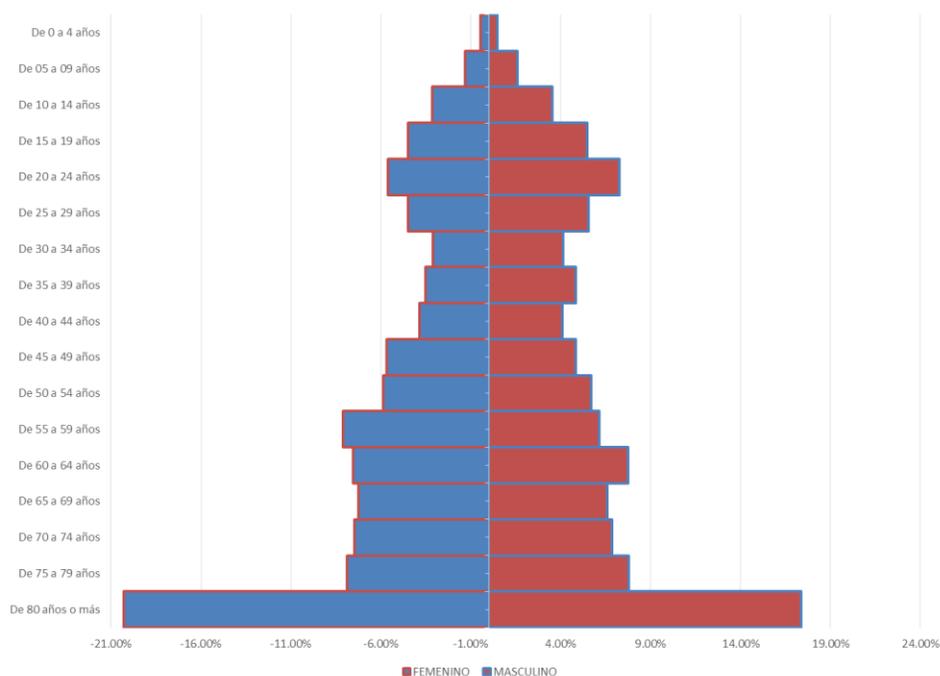


Figura 48: Pirámide de la condición de discapacidad en Quindío a 2014.

El censo realizado en 2005, en el departamento de Quindío se tenía una prevalencia de discapacidad del 6.55% o por cada 100 personas, ligeramente por encima de la prevalencia nacional que fue del 6.4%.

Para efectos del análisis de las condiciones de la población con discapacidad del departamento, se procesaron los datos de 11,786 personas con discapacidad incluidas hasta el mes de diciembre de 2014 en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), aumento esperado de este porcentaje (1,383 en 2013) de cobertura del registro una vez finalizarse el proceso de actualización que comenzó desde el año 2012 en todos los municipios del departamento, y de pasar al registro automatizado en línea del manual; por tanto se podría decir que la prevalencia de personas con una discapacidad se sitúa actualmente en 2.10%, 4.4 puntos porcentuales más bajo que el esperado.

La pirámide de población en condición de discapacidad, Figura 48, identifica población en condición de discapacidad en todos los grupos etarios, con una base predominante en los mayores de 80 años, con casos desde la niñez que pueden ser 1% en cada sexo y el ensanchamiento en los grupos entre los 15 a 29 años, algo más en los hombres, mucho posible secuela de accidentalidad escolar, estudiantil, accidentalidad de tránsito, violencia y las relaciones con eventos ocupacionales en trabajadores jóvenes. Es evidente la sobrecarga social en el concepto del índice de dependencia de la vejes, que si esta incrementado con una persona en condición de discapacidad, la dependencia se convierte en una doble carga para la población; situación que se observa con el alto crecimiento de la población en las edades después de los 55 años, como impacto de las enfermedades crónicas mal manejadas en sus tempranos inicios. La

frecuencia de la discapacidad tanto en hombres como en mujeres tiende a ser mayor conforme aumenta la edad, entendiendo que se debe a una mayor exposición a factores de riesgo y a determinantes como los estilos de vida y el medio ambiente.

Respecto a la distribución de las alteraciones permanentes y teniendo en cuenta que una persona con discapacidad puede presentar varios tipos de alteraciones de manera simultánea, por tanto la sumatoria de los casos por alteración, es superior al total de personas con discapacidad registradas; se observa que los tres tipos de alteraciones más frecuentes en la población con discapacidad del departamento del Quindío en 2014, son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (50.71%); con el sistema nervioso (41.39%) y con los ojos (36.2%). Las alteraciones relacionadas con los órganos de los sentidos del olfato, el tacto y el gusto son las menos frecuentes con un porcentaje del 1.38% (Tabla 85).

Tabla 85: Total de personas por alteraciones permanentes del departamento del Quindío, 2009-2014

ALTERACIONES PERMANENTES	2011	2012	2013	2014	TOTAL	PROPORCIÓN**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2,699	94	794	2,390	5,977	50.71
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	1,824	30	269	668	2,791	23.68
El sistema genital y reproductivo	0	14	92	241	347	2.94
El sistema nervioso	1,951	83	605	2,239	4,878	41.39
La digestión, el metabolismo, las hormonas	977	24	100	370	1,471	12.48
La piel	0	3	48	148	199	1.69
La voz y el habla	867	30	280	930	2,107	17.88
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	4	27	132	163	1.38
Los oídos	934	30	243	757	1,964	16.66
Los ojos	2,538	51	405	1,273	4,267	36.20
Total	5,748	192	1,386	4,460	11,786	100.0

Por grupos de edad tal como se determina en la pirámide, principalmente se ven afectados los adultos mayores (de 60 años y más) y los mayores de 80 años acumulan 1 de cada tres personas en condiciones de discapacidad (37%) en ambos sexos; en ellos la condición de discapacidad está estrechamente relacionada con la aparición de enfermedades crónicas degenerativas, cáncer y con alteraciones cardiovasculares.

La relación por sexo y grupos de edad, solo en 5 grupos etarios, la carga de discapacidad es mayor en mujeres que en hombres, como son los grupos mayores de 45 a 59 años, entre los 65 a 74 años y en los mayores de 80.

2.8.1 PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD POR SEXO

Las Tabla 86 y Tabla 87, referencian las condiciones de discapacidad de hombres y mujeres. En los hombres, las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el sistema nervioso y los ojos, que acumulan casi 70% de las discapacidades, en 6,050 hombres registrados, con lo que se determina que cada hombre registrado, se está declarando hasta dos (1.84) funciones alteradas. En las mujeres, con la misma organización de órganos con

discapacidad, se acumulan 60% de las alteraciones declaradas, y con las alteraciones del sistema cardiorrespiratorio y las defensas, 72% de las condiciones en 5,708 mujeres, con lo que se determina que por cada mujer registrada, se están presentando más de dos condiciones de discapacidad (2.15). Según estas tablas, en ambos grupos de sexo y edades, la mayoría de sistemas y órganos reportan alguna alteración.

Tabla 86: Alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del Quindío, 2014

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Total discapacidad	Total personas
De 0 a 4 años	15			12	3	1	8		5	7	52	30
De 05 a 09 años	36	11	3	55	3	2	42	2	10	11	164	97
De 10 a 14 años	61	15	4	129	11	5	77		19	40	346	214
De 15 a 19 años	93	35	8	210	17	8	99	7	29	77	548	331
De 20 a 24 años	140	39	18	237	32	17	164	15	94	133	850	440
De 25 a 29 años	109	42	15	203	22	9	130	8	65	76	637	336
De 30 a 34 años	113	27	11	148	17	7	81	8	37	55	477	251
De 35 a 39 años	140	29	17	169	23	9	88	11	32	69	558	292
De 40 a 44 años	135	27	13	120	27	12	43	5	26	60	441	247
De 45 a 49 años	160	34	12	122	25	8	53	12	32	84	508	292
De 50 a 54 años	206	48	12	162	42	9	56	5	32	103	627	345
De 55 a 59 años	220	66	19	127	39	12	49	9	50	119	644	372
De 60 a 64 años	258	111	25	164	51	14	51	6	68	167	804	469
De 65 a 69 años	235	102	30	122	52	11	46	11	77	165	749	398
De 70 a 74 años	235	127	26	110	52	7	40	9	83	180	742	415
De 75 a 79 años	264	155	28	152	50	11	48	9	104	195	861	470
De 80 años o más	671	365	108	319	133	39	115	20	292	478	2175	1,051
Total	3.091	1,237	350	2.561	599	181	1,190	137	1,055	2,019	11,183	6,050

FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad, noviembre de 2015.

Tabla 87: Alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Quindío, 2014

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Total discapacidad	Total personas
De 0 a 4 años	11	5	4	13	5	1	4	4	4	5	56	28
De 05 a 09 años	36	5	3	38	1	1	29	2	8	14	137	78
De 10 a 14 años	61	14	6	120	10	1	65	2	15	21	315	186
De 15 a 19 años	84	35	16	130	20	2	80	5	24	77	473	259
De 20 a 24 años	100	22	13	169	32	14	93	7	47	105	602	315
De 25 a 29 años	85	25	9	149	31	9	80	7	39	75	509	255
De 30 a 34 años	62	28	7	90	29	9	61	5	29	61	381	180
De 35 a 39 años	76	29	11	98	30	13	39	4	29	58	387	198
De 40 a 44 años	96	32	14	113	36	14	49	7	32	63	456	233

Grupo de Edad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	El sistema genital y reproductivo	El sistema nervioso	La digestión, el metabolismo, las hormonas	La piel	La voz y el habla	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	Los oídos	Los ojos	Total discapacidad	Total personas
De 45 a 49 años	154	67	17	132	50	12	53	7	31	103	626	320
De 50 a 54 años	146	85	28	127	55	9	44	7	42	121	664	338
De 55 a 59 años	239	132	24	180	79	15	46	5	55	203	978	464
De 60 a 64 años	232	163	20	160	91	14	40	18	61	204	1003	436
De 65 a 69 años	233	165	18	142	76	16	35	8	50	196	939	414
De 70 a 74 años	223	175	26	140	81	10	41	8	74	208	986	422
De 75 a 79 años	247	176	27	125	74	18	43	10	74	192	986	438
De 80 años o más	782	393	71	379	168	64	103	29	289	532	2,810	1,144
Total	2,867	1,551	314	2,305	868	222	905	135	903	2,238	12,308	5,708

Los tipos de alteraciones tienen origen por diferentes causas principales, como enfermedad general, accidentes donde predominan los de tránsito, del trabajo y en el hogar y algunos los accidentes deportivos y los producidos en el centro educativo; las alteraciones genéticas y hereditarias, condiciones de salud de la madre durante el embarazo y hechos violentos donde se afecta más al hombre, generalmente por delincuencia y algunas lesiones de carácter social.

Las condiciones de discapacidad permanente según su peso proporcional se clasifican de la siguiente manera:

1. Alteraciones del movimiento (3,091 – 2,867)
2. Afectaciones sistema nervioso (2,561 – 2,305)
3. Discapacidad permanente de los ojos (2,019 – 2,238)

Al determinar las diferencias entre hombres (6,050) y mujeres (5,708), la variación entre sexos de 5.65%, se distribuye con variaciones porcentuales variadas entre las discapacidades más frecuentes, así: 7.24% para la primera, 9.99 % menos mujeres para la segunda, y 10.84% en la tercera.

A noviembre de 2015, incorporando parcialmente este último año, se observa un crecimiento importante del registro, lo que ofrece un panorama más completo de las personas con estas condiciones; el registro se ha incrementado entre 201 a 2015 en 37% siendo el Número de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema genital y reproductivo en que más ha incrementado su registro (58%) Tabla 88.

Tabla 88: Histórico de registro de personas en condiciones de discapacidad en Quindío a noviembre de 2015.

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	Porcentaje de incremento
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2.723	2.819	3.625	6.060	8.497	40%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1.853	1.883	2.157	2.831	3.488	23%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema genital y reproductivo	323	338	431	678	1.073	58%
Número de personas con discapacidad con alteración	1.976	2.061	2.678	4.964	7.106	43%

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	Porcentaje de incremento
permanente en el sistema nervioso						
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en la digestión, el metabolismo, las hormonas	987	1.012	1.116	1.495	1.868	25%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en la piel	204	208	257	406	538	33%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en la voz y el habla	882	913	1.198	2.149	3.185	48%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	111	115	143	279	391	40%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en los oídos	947	978	1.223	1.995	2.693	35%
Número de personas con discapacidad con alteración permanente en los ojos	2.569	2.622	3.031	4.325	5.581	29%
Número de personas con discapacidad que trabajan en actividades agrícolas	288	292	313	368	421	14%
Número de personas con discapacidad que trabajan en actividades de Comercio	177	184	208	269	320	19%
Número de personas con discapacidad que trabajan en actividades de la Industria	23	25	28	39	47	21%
Número de personas con discapacidad que trabajan en actividades de servicios	144	151	173	217	264	22%
Número de personas con discapacidad que trabajan en actividades pecuarias	5	5	6	7	8	14%
Número de personas con discapacidad que trabajan en otras actividades económicas	186	190	226	347	527	52%
Número de personas en condición de discapacidad	5,816	6,012	7,421	11,959	16,427	37%

La Tabla 89 detalla cómo están ingresando las diferentes tipos de discapacidad a la base de registro, sobre el total de discapacidades declaradas; es así que la discapacidad más frecuente se presenta siempre en 40% de los registros, como es la alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, seguidas alteración permanente en el sistema nervioso, que son entre 20 a 30% de la discapacidad declarada. Así en este porcentaje, se están enfermando novelmente y produciendo una discapacidad las causas determinadas, personas que se ven afectadas por enfermedades básicamente de tipo neuromuscular, posiblemente por enfermedades vasculares.

Tabla 89: Porcentaje de ingreso de tipos de discapacidad por año en Quindío, a noviembre de 2015

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	28.57	31.77	43.22	40.70	40.34
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema cardiorrespiratorio y las defensas	14.29	7.29	7.29	4.42	4.52
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema genital y reproductivo	0	2.60	1.23	0.56	1.17
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en el sistema nervioso	0	28.13	21.72	30.49	29.97
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en la digestión, el metabolismo, las hormonas	0	7.81	1.88	1.23	1.17
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en la piel	0	0.52	0.43	0.47	0.37
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en la voz y el habla	14.29	5.21	5.84	5.36	6.26
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	0	0	0.25	0.39
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente	14.29	3.13	6.20	7.33	4.91

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015
en los oídos					
Porcentaje de personas con discapacidad con alteración permanente en los ojos	28.57	10.42	10.46	8.39	10.90
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en actividades agrícolas	14.29	2.26	1.61	1.29	1.18
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en actividades de Comercio	0	3.95	1.77	1.43	1.34
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en actividades de la Industria	0	1.13	0.23	0.26	0.22
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en actividades de servicios	0	3.95	1.69	0.98	1.16
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en actividades pecuarias	0	0	0.08	0.02	0.02
Porcentaje de personas con discapacidad que trabajan en otras actividades	0	2.26	2.77	2.83	4.16

Dentro de los procesos de evaluación y análisis, y más en discapacidad, se correlacionaran la información de discapacidad y morbilidad y determinar la relación de la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus con eventos como las accidentes cerebrovasculares y sus secuelas; las afectaciones de la hipertensión y la diabetes sobre las microvasculatura, afecta órganos diana, y es posible que la lesión de la retina tenga directa relación con el perfil de discapacidad predominante, como las afectaciones del movimiento, del sistema nervioso y de los ojos.

El prevenir en sus diferentes etapas la morbilidades descritas, en la adecuación gestión de las rutas de atención, definitivamente impactara sobre el comportamiento de la incidencia de las discapacidades predominantes; tal dinámica entonces brinda más argumentos técnicos para la planificación y destinación de recursos en salud publica frente a los eventos en mención, que motiven la profundización y el cruce de información en el sistema integrado de información, para la planificación de acciones, en especial para y en estos grupos de población, ya vulnerable, así como monitoreo y evaluaciones de las acciones, programas e intervenciones ejecutadas.

Sin ser un elemento de conclusión estructural de la Condición de discapacidad en Quindío, se está evidenciando que:

- En general, se reporta un incremento entre 2011 a 2015 de las condiciones permanentes de discapacidad, como expresión de un fortalecimiento del sistema de información de la discapacidad como es el registro. Este estará estable cuando se determine una prevalencia de discapacidad muy cercana a la detectada por el DANE, o la que reporte el nuevo censo de población.
- La discapacidad con alteración permanente del movimiento aumento 40%, las del sistema cardio-respiratorio y las defensas 23%, las del sistema genital y reproductivo 58%, del sistema nervioso 43% para 2015, sin tener el registro aun consolidado este ultimo año.

Se destaca dentro de reporte, el que las personas en condición de discapacidad están accediendo progresivamente más a ocupar puestos laborales, que da cuenta de cambios culturales sociales donde se protegen poblaciones más vulnerables y se enfrenta la discriminación frente a condiciones especiales de sus pobladores. Las actividades económicas reportadas que integran personas con discapacidad se corresponden según la información disponible con el gremio agrícola, el comercio, industria, servicios, pecuarias, y bancarias económicas; hay que destacar

que la Ley protege a estas personas y adicionalmente entrega incentivos el empleo al dar mejoras en impuestos a empleadores.



CONCLUSIONES

Este comportamiento de las defunciones en el lapso de 9 años en Quindío, muestra un comportamiento que tiende a disminuir suavemente en algunas morbilidades, evidenciándose con cambios en la severidad mostrada con los años de vida potencialmente perdidos; las tasa brutas de mortalidad por sus causas, como primera causa, las enfermedades circulatorias, llegan a cifras que afectan a casi 2 de cada mil personas, y en segundo orden las demás causas, involucra la Diabetes mellitus (DM) que es la precursora de la misma, en este sentido, podría decirse algún descontrol en la clínica de la DM o un diagnóstico tardío, sin ser esto una conclusión única y estadísticamente tratada; sin cambios el que tiene mayor participación en la mortalidad en departamento y en especial en las causas que corresponde a las circulatorios es la enfermedad isquémica del corazón.

El comportamiento de las neoplasias como causa importante de defunciones, tercer lugar, su tendencia creciente es leve en los hombres y en las mujeres se presentan un descenso progresivo, con un crecimiento en los dos últimos años en los conceptos de ajustes de las tasas; las defunciones por neoplasia en los análisis ajustados se mantiene como tercera causa en la muerte general de los quindianos, tanto en hombres y mujeres; el ascenso de estas enfermedades, aunque leve, general un impacto social-familiar y sobre el sector de la salud importante, que requieren intervenciones definidas de Ley. En las causas por cáncer o neoplasias, son evidentes los altos riesgos que aumentan progresivamente en los mayores de 50 años, cuyas tasas logran crecer casi un 25% en 9 años.

La cuarta causa de mortalidad con tasas en descenso, las causas externas, es una tendencia que baja en ambos sexos, tanto en el concepto de tasa general o bruta, como en la ajustada. En tal sentido es importante tener información relacionada con el comportamiento de todas las causas de violencia, accidentalidad y de la estructura causal y las relaciones respecto a sus determinantes sociales, próximos y distales.

El quinto lugar de importancia en la mortalidad, son las causas por enfermedades transmisibles e infecciosas que tienen un comportamiento general estático, más tendiente a crecer en la población general como en el comportamiento ajustado de los datos. La mortalidad por infecciones, que como se demostró está asociada a enfermedades prevalentes, asociados a descontrol ambiental y de malas situación en el suministro de servicios públicos adecuados, tanto domiciliarios como sociales, entre los que se cuenta salud. Las infecciones hacen parte del grupo grande de enfermedades objeto de vigilancia, debido a que demuestran precariedad y desabastecimiento básico de vida; su presencia puede decirse como fracasos en un análisis profundo en torno al impacto de las acciones de salud pública de prevención, a los avances en diagnóstico temprano y los tratamientos precoces, a la efectividad de los mismos, al impacto de las acciones de vigilancia epidemiológica, entre otras intervenciones que favorecen que las enfermedades transmisibles e infecciosas no sean tan letales. Dentro del contexto de las enfermedades infecciosas y trasmisibles, se debe tener énfasis en los análisis de las infecciones reemergentes como la tuberculosis, malaria, en lo relacionado con gestión integral en salud. La infección por VIH (SIDA), situación infecciosa de segundo orden entre estas causas de defunciones, demuestra la capacidad de transmisión de este virus; la tasa en los hombres es muy superior, prácticamente duplican las cifras para el sexo femenino.

Las causas que afectan el periodo perinatal, es evidente su tendencia al descenso, su tasa ha descendido en algo así como 50% entre 2005 a 2011, con un comportamiento similar al presentado para ambos sexos. Las afecciones del periodo perinatal se convierte en indicador de alarma, establece los impactos de los programas de atención dirigidos al binomio madre-hijo; la salud perinatal conjuga acciones vinculantes obligatorios para los actores del sector salud y demás, como de los ambientes familiares y comunitarios; la salud perinatal relaciona la calidad de los servicios de salud en todo el procesos de la gestación y a la capacidad social de mantener con adecuada salud a los niños que nacen como de las noveles madres, donde el entorno ambiental y social-económico, debe ser amable que permita la vida y no se observen defunciones por causas que son prevenibles por la sociedad.

Finalmente como causa última los eventos definidos como signos y síntomas mal definidos, se considera el mantener la necesidad estrategias institucionales para el personal médico y de apoyo, para la adecuada capacitación, procesos y herramientas para la codificación de las causas de muerte de una manera adecuada y con calidad. Una mejor codificación y clasificación de estos diagnósticos favorece la calidad de la información sobre la mortalidad, en su conjunto, haciendo más valida la información y generándose un mejor aporte para la toma de decisiones.

Para Colombia en el año 2010 (según documento ASIS) el comportamiento de la mortalidad por edad y sexo muestra que la población de los hombres describe una curva en W alargada en las puntas, donde 4,85% del total de las muertes ocurren en los hombres menores de 5 años, la mortalidad en la población escolar es relativamente baja hasta los 14 años y se observa un incremento progresivo en la mortalidad de los adolescentes para alcanzar un pico máximo entre los jóvenes de 20 a 29 años, cuyo descenso máximo se alcanza a los 35 a 39 y a partir de los 40 se incrementa, para acelerarse entre las edades de 75 años en adelante. En las mujeres 5,01% de las muertes ocurren en las menores de 5 años y aumenta progresivamente a partir de la adolescencia hasta los 79 años donde se acelera en las edades superiores.

Durante el periodo 2005 al 2013 las tasas ajustadas han tenido una tendencia a descender en todas las causas de mortalidad; en los hombres la tasa ajustada por la edad se observa una tendencia al aumento para las causas neoplásicas e infecciones, y en las mujeres las infecciones y lesiones, incrementaría levemente su tasa ajustadas durante 2005 al 2013.

De acuerdo a las tasas ajustadas de mortalidad por la edad, la causa con mayor probabilidad de presentarse, si se tuviera una población estándar, es la muerte por las enfermedades del sistema circulatorio tanto en hombres como en mujeres en 2005 a 2013. Los valores en ellos ascienden hasta los 220 casos esperados por 100.000 personas estandarizadas, y en la mujeres a 140 en las enfermedades isquémicas del corazón, diferencias que pueden orientar a los analistas, planificadores y tomadores de decisiones del sector salud y de otros sectores socio-económicos, para intervenir de forma temprana estos eventos. Otras causas en este grupo son enfermedades cerebrovasculares están las enfermedades hipertensivas esenciales y los trastornos de la circulación pulmonar.

Como segunda causa, las demás causa de enfermedades en ambos sexos, involucra un espectro de malestares de media a baja prevalencia, como los trastornos y complicaciones de la gestación; esta diversidad de causas viene presentando un descenso paulatino en ambos sexos, pero para los dos últimos años se incrementaron para tener tasas esperadas de defunción como de 2010.

Las neoplasias, que son el tercer motivo de defunciones en aportar una tasa estandarizada más alta, paso de ser la cuarta en orden en los hombres para ser tercera, como en las mujeres. Se observa que en ambos sexos, el comportamiento ajustado de los tumores como se había anotado en estudios previos, no presentan una tendencia clara, manteniéndose dos tipos de tumores como principales en la línea superior, los de estómago en el hombre y los de los órganos digestivos diferentes al estómago en la mujer; otros tumores importantes en ellos, son los de tráquea y bronquios, y en ellas son los de mama, ambos, situaciones emergentes de interés en salud pública, el primero con el control del tabaco y el segundo con la detección temprana, ambos de diferente intervención, pero ejemplos de impacto diferencia en la acción pública de salud.

El cuarto lugar, las causas externas de morbilidad y mortalidad, incluyen accidentes de transporte terrestre las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio), las caídas, homicidios y otras agresiones o accidentes. El techo de las causas externas que entregan una tasa esperada ajustada de mortalidad en hombre y mujeres está los homicidios, en ellos la tasa puede estar en esperarse hasta menos de 100 homicidios por cada 100,000 personas estandarizadas, y en ella su podría esperar una cifra 10 veces menor en 2013; por tanto hay que hacer una intervención exhaustiva en el comportamiento mental, en las actitudes machistas de la sociedad, y las capacidades de resiliencia de la población masculina.

Durante el periodo entre 2005 a 2013, en la población general, el análisis de AVPP muestra que en Quindío estos años perdidos de forma prematura están descendiendo en forma paulatina; reconocido lo anterior, la prioridad por carga de la enfermedad en relación a los AVPP, nos brinda una perspectiva respecto a las causas de muerte, no solo en relación con su frecuencia absolutas (No de muertes y sus tasas) sino con dependencia en el momento que se ajustan por edad.

En 2013 y evaluando el total de los AVPP y la distribución de peso porcentual por las grandes causas, se identifica que ocupa el primer lugar las causas externas que entregan 25.97%, le siguen las neoplasias con 20.45%, en el tercer lugar el grupo de las demás causas 20.13%, en el siguiente puesto las enfermedades del sistema circulatorio 19.45%. En la quinta ubicación las enfermedades transmisibles 8.89%, le siguen afecciones perinatales 4.47% y en último lugar el grupo de signos y síntomas mal definidos 0.64%.

El comportamiento de los AVPP por sexo, se destaca en 2013 que en hombres, el primer lugar, 36.99% de los AVPP son por causas externas, le siguen las causas cardiovasculares 17.75%, las otras causas de enfermedades 15.93%, las neoplasias con 15.23%, las enfermedades transmisibles 9.42% y por último las afecciones perinatales con 4.05%. En las mujeres el primer lugar el grupo de las demás causas 36.33%, las enfermedades cardiovasculares aportan 29.97% de los AVPP, las causas externas 11.11%, las enfermedades transmisibles 10.87%, las afecciones del periodo perinatal 6.94%, las enfermedades neoplásicas 3.9% y por últimos el grupo no determinado con 0.88%.

Así, esta carga importante de mortalidad prematura o a edades tempranas, hace implementar acciones de salud poblacional, en el caso de los hombres, de forma que se angoste la flanja de muertes a edades prematuras por homicidios (no diciendo que se presenten a mayores edades), y en el caso de las mujeres, la neoplasia pueden ser más controladas; es de destacar que la edad tope de análisis son 70 años, en otras palabras lo ideal es que la gente fallezca a las edades más altas posibles.

En el análisis de las tasas ajustadas de AVPP, la mayor carga es aportada por las causas externas y el segundo lugar por el grupo de las demás causas y se ubica en un tercer lugar las neoplasias. Así estamos perdiendo hasta 3150 años de forma prematura por cada 1000 personas; tal presencia desde la perspectiva de la salud pública y la atención en salud, resalta la necesidad de tenerlas presentes, dada la carga de la enfermedad que representan en la comunidad Quindiana y disponerse hoy de mejores recursos para su prevención y manejo, en general para todas la causa que llevan en forma temprana a la población.

En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2013, esta está descendiendo pero no en forma organizada dentro del departamento; hay que destacar que poblaciones pequeñas no toleran defunciones en sus grupos etarios, más allá que el recambio poblacional natural; la principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio, que son más prevalentes en este grupo de niños y sus complicaciones como se menciona antes, son más severas y letales; en los mayores ya hasta los cinco años, la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; si dejar de mencionar las enfermedades infecciosas y parasitarias que deben ser controladas por el sistema social de atención en salud.

En el periodo entre 2005 a 2013, en el departamento la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad infantil se observa una tendencia a la disminución. La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años la tendencia ha venido en incremento.

3 CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – DSS

3.1 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD

El análisis de los determinantes intermedios de la salud, se fundamentó en el uso de las medidas de desigualdades, con la estimación de las diferencias relativas y absolutas, el índice de concentración y los índices basados en comparaciones de dos a dos. Para las medidas de desigualdad se tuvo en cuenta, aquellos indicadores que resultaron en peor condición para el departamento y organizada por las variables socioeconómicas que definen pobreza a través del índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, el Analfabetismo y la Cobertura al SGSSS.

El análisis sobre los determinantes intermedios se abordó en el contexto de las capacidades de adquirir bienes las personas, organizadas en cinco aspectos como son:

- Condiciones de vida
- Seguridad Alimentaria y Nutricional
- Condiciones de trabajo
- Factores conductuales y psicológicos y culturales
- Sistema Sanitario

3.2 CONDICIONES DE VIDA

A continuación se presenta una descripción de la condiciones de vida de acuerdo a la estimación de la razón de proporciones con los intervalos de confianza de 95%, con los datos del departamento y la razón determinada con el valor de referencia de la nación. A continuación se describen los aspectos relevantes:

- Cobertura de servicio público domiciliario de electricidad: corresponde a una tasa de 98.8 por 100,000 habitantes en el departamento del Quindío y se encuentra un 5% por encima de la tasa nacional.
- Cobertura de servicio público domiciliario de acueducto: El departamento del Quindío cuenta con una tasa de cobertura de acueducto de 95.9 por 100,000 habitantes, un 14% por encima del referente nacional.
- Cobertura de servicio público domiciliario de alcantarillado: El Quindío supera en 26% la tasa de cobertura de alcantarillado del país, siendo la tasa departamental del 92.2 por 100.000 habitantes.
- Cobertura de servicio público domiciliario de telefonía: el Quindío se encuentra 66% por debajo de la tasa nacional de referencia.
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): El IRCA del departamento del Quindío es de 2.8%, mientras que este indicador para el nivel nacional es del 23.8%, lo cual indica que el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano es 11.7% más bajo que el nivel nacional.
- Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada: este indicador para el departamento es de 3.9% y se encuentra en 22% por debajo del referente nacional.

- Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: corresponde en el Departamento al 2%, 11.7% más bajo que el nivel nacional.
- Coberturas útiles de vacunación para rabia en Animales: este indicador de 89.9% en el Quindío, es 27% más alto que el registrado para el nivel nacional.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se describe el estado de los indicadores de condiciones de vida para el departamento, en donde se observa que el único aspecto con referencia y algo alejado de los datos del país fue la cobertura de telefonía, aunque esta de tipo fijo. Los demás indicadores superaron el valor de referencia país.

Tabla 90: Determinantes intermedios en Quindío y Colombia, 2013

DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	
Cobertura de servicios de electricidad	15,8	99,8	
Cobertura de acueducto	89,9	99,6	
Cobertura de alcantarillado	76,7	99,3	
Cobertura de servicios de telefonía	95,6	96,7	
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA), 2014	33,07	1,63	
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	3,9	
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	2	
Coberturas útiles de vacunación para rabia en animales (SIVIGILA)	44.42	60,86	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social, 2015.

3.3 INFORMACIÓN DISPONIBLE A NIVEL DEPARTAMENTAL *

Un aspecto complementario es el comportamiento de la condición del urbanismo y su relación con el bajo peso al nacer y la sífilis congénita y su relación a través del Índice de concentración; urbanismo está definido como la proporción acumulada de la población ubicada en la cabecera y la proporción acumulada en el resto, o no cabecera que en este caso se supone, rural Figura 49.

En la construcción del índice de concentración, de estas dos condiciones, el bajo peso al nacer organizado por el urbanismo, la inclinación positiva sobre la diagonal de la curva refiere que el 50% de la población urbana concentra aproximadamente el 25% de la población con bajo peso al nacer, caso contrario se presenta con la enfermedad sífilis congénita (SC), donde 75% de la proporción que acumula los casos de la SC, se concentran en el 50% de la proporción de la población no urbanizada.

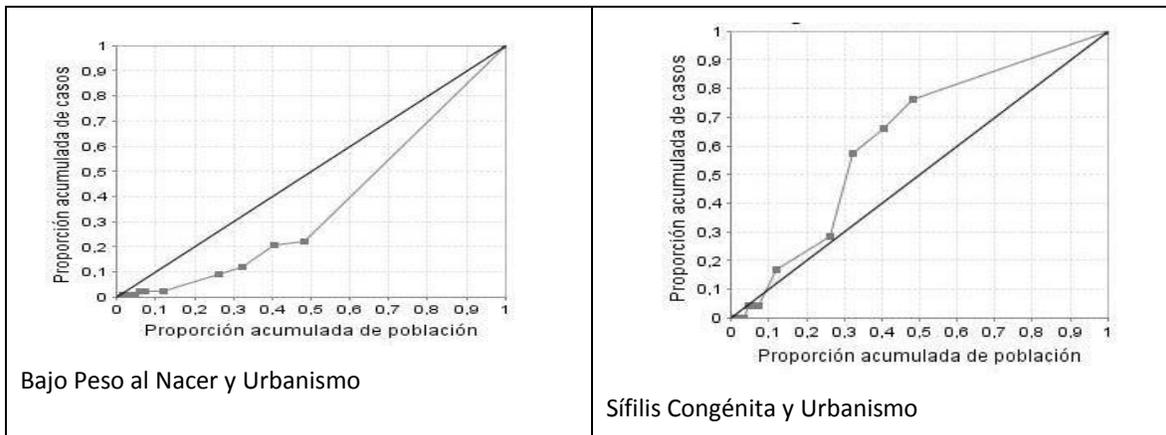


Figura 49: Urbanismo, Bajo Peso al Nacer y Sífilis Congénita, a través del Índice de Concentración
Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP.

3.4 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Los siguientes indicadores relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional se toman de la Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutrición (ENSIN) para 2010; no se referencia los datos de la versión de la misma Encuesta para el Quindío debido que para este año su disponibilidad se dio solamente a la Región Central, de la que se integra el departamento.

El indicador sobre la prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010), no se encontró disponible para el departamento del Quindío.

De acuerdo al comportamiento de los datos, en la Tabla 91, encontramos:

- Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: El departamento del Quindío refleja una tendencia a la disminución en este indicador, en 2005 la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue de 2.20 meses y en 2010 se situó en el 1.80 meses; así el departamento del Quindío se encuentra 61% por debajo del indicador nacional.
- Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer: El porcentaje de nacidos vivos con menos de 2,500 gramos al nacer ha mostrado una tendencia al descenso en 1.3 puntos entre los años 2005 (8.29%) y 2013 (6.94%). Este indicador para el departamento del Quindío es 23% más bajo que el indicador nacional.
- Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años: se ha presentado una tendencia a la disminución entre 2005 (7 por 100.000 habitantes menores de 5 años) y el 2010 (3.4 por cada cien mil menores de 5 años). El departamento del Quindío se encuentra en 2% por debajo del indicador nacional.
- Prevalencia de desnutrición crónica. Este indicador ha mostrado una tendencia al aumento, en 2005 la prevalencia fue de 12 por cien mil menores de 5 años y en 2010 fue de 13 por 100.000 habitantes menores de 5 años. El Quindío se encuentra 72% por debajo del referente nacional.
- Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años: en 2005 la prevalencia de obesidad en hombres de 18 y 64 años fue de 13.7 por 100.000 habitantes y en el 2010 fue de 17.5.

La tendencia al aumento refleja que el departamento del Quindío se encuentra 6% por encima del indicador nacional.

Tabla 91. Determinantes intermedios de la salud - Seguridad Alimentaria y Nutricional del Quindío, 2014

DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	1,1					-				
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2013)	8,97	6,94	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	3,5					-				
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	9,6					-				
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16,5	17,5					-				
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,2	15,1					-				
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	sd					-				

3.5 CONDICIONES DE TRABAJO

La Incidencia de accidentalidad en el trabajo y la Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo en el departamento de Quindío para 2012 muestran que el municipio de Armenia es el que reporta mayo número de accidentalidad con 7,032 casos por cien mil habitantes, seguido de Calarcá con 447 eventos por 100.000 personas, La Tebaida con 145 y Quimbaya con 130; el municipio con la menor tasa de incidencia es Génova con 9 eventos por 100,000 personas.

Respecto a la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo, los municipios con mayor incidencia de enfermedades laborales son Armenia con 72 por cien mil personas y La Tebaida y Quimbaya con una tasa de 3 por 100,000 personas.

3.6 CONDICIONES Y FACTORES PSICOLÓGICOS - CULTURALES

Siguiendo la metodología de comparación, relacionado los datos departamentales frente a los de la nación, encontramos en este aspecto, y como se detalla en la Tabla 92:

- Porcentaje de personas de 5 a 64 años con consumo de frutas y verduras diariamente: 40.9% en el departamento y se encuentra en un 8% por debajo del nivel nacional.
- Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: 40.1 por 100.000 habitantes, el indicador departamental no presenta diferencia con el referente nacional.
- Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): 83.3% en el departamento, 5% más alto que el indicador del país.
- Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: 7.39 por 100.000 habitantes, el indicador departamental se encuentra 41% más alto que el nivel nacional.
- Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años: En el Quindío la transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años es de 0.01%.
- Cobertura de tratamiento antirretroviral: 99% de las personas que viven con el virus del VIH reciben tratamiento antirretroviral, el indicador está 4% por encima del nivel nacional.
- Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: 14.2 por 100.000 habitantes en el departamento y se encuentra 63% más alto que el referente nacional.
- Prevalencia de fumadores actuales: en el departamento del Quindío es de 14.5 por 100.000 habitantes, un 13% más alta que la prevalencia de fumadores en el país.
- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: en el departamento del Quindío la incidencia es de 166 por 100.000 habitantes, 4.2% más que el indicador del nivel nacional.
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: 336 por 100.000 mujeres, siendo menos de 2 veces (1.82) más alta que la incidencia nacional.

Tabla 92: Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales del Quindío

DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	47,45	40,9					↗				
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares (ENSPA 2011)	39,81	40,1						-			
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	79,1	83,8					↗				

DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	7,39						↗			
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2014)	1,71	0				-	-	-	-	-	-
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2014)	89,43	91,48						-	↗	↗	↗
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	14,17						↗			
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	14,5		0,0							
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2014)	159,33	166						↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2014)	185,54	336,2						-	↗	↗	↗

Fuente: Consulta a las Encuestas de ENS 2007, ENSIN 2010, ENSPA 2011, ENDS 2010, Cuenta de alto costo MSPS 2010, Forensis 2011 a través del Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO.

3.7 SISTEMA SANITARIO

El comportamiento del sistema sanitario, entendido como la estructura de provisión de servicios públicos de salud, la estructura de prestación de servicios públicos básicos domiciliarios, la capacidad de atender en forma amplia la población diseñado por medio de las coberturas de atención en vacunación y a llevar los resultados departamentales a una comparación con parámetros nacionales determinamos que según la disponibilidad de información (Tabla 93):

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: para el departamento 12.7%, este indicador es 80% más bajo que el nivel nacional.
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: 7.1%, 12% más alta que el referente nacional.
- Cobertura de afiliación al SGSSS: 88.1%, el indicador se encuentra 1% por debajo del nivel nacional.
- Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos, entre el año 2005 y el 2012: se ha evidenciado una tendencia al aumento del 10% en las coberturas de vacunación con BCG (2005 - 83.7% y 2012 – 105.1%); el indicador se encuentra en un 15 puntos más alto que el referente nacional.

- Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: para el departamento es de 97.1%, la cual aumentó con relación al año inmediatamente anterior. El indicador se encuentra 6 puntos porcentuales más alto que el nivel nacional.
- Coberturas administrativas de vacunación con VOP 3 dosis en menores de 1 año: en 2012, el Quindío alcanzó una cobertura del 95.4%, la tendencia aumentó en 32.6% con relación a 2011 y en 2015 se presenta una cobertura de 97.1%, lo anterior indica que el Departamento se encuentra en 6 puntos porcentuales por encima del indicador nacional.
- Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: corresponde a 99.3% para el año 2012, el aumento fue del 30% con relación al año 2011 (76.22%), en 2015 esta valor se sitúa en 93.2%, la cobertura en el Departamento es un 1 punto porcentual más baja que la Nacional.
- Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: entre 2005 y 2011, ha aumentado en 7.8% este indicador, (87.2% - 2005 y 91.9% - 2011), y para 2013 se situó en 94%; sin embargo el Quindío está en un 10 puntos por encima del nivel nacional.
- Cobertura de parto institucional: en el Quindío la tendencia de cobertura de partos institucionales ha aumentado entre los años 2005 (98.6%) y 2011 (99.3%) en 0.7% y es un 1 punto más alto que el indicador Nacional en 2013; el porcentaje de cesáreas esta en 31%, seis puntos superiores a los recomendado de 25%.
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en 2006: el departamento del Quindío corresponde al 98.5%, esta tendencia se mantuvo entre los años 2008 y 2010 con 99.5%, se registró un descenso en el año 2007 al 98.8% y en 2011 en 99.3%. No se encuentra diferencia entre el indicador departamental y el nacional y se colocó en 99.5%

Tabla 93: Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento

DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	12,7										
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	6,3	7,1										
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2014)	96,49	89,42						-	-	↗	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2014)	89,7	105,1	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	91,4	97,1	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio VOP 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	91,4	97,1	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2014)	94	93,2	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	86,49	94,62	↗	↗	↗	↗	↘	↘				

DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
(EEVV-DANE 2013) Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2013)	98,63	99,43	↗	↗	↗	↗	↗	↘				
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	98,71	99,49	↗	-	↗	↗	↗	↘				

En la Tabla 94 se presentan las poblaciones de los municipios sin aseguramiento a la seguridad social en salud y con barreras de acceso a los servicios de salud y departamento, ordenados según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), en donde este indicador muestra valores de no aseguramiento que van desde 33 a 15% y de barreras 14 a 3.67% en los diferentes municipios, siendo el total general de no aseguramiento de 21.8% y de barreras de 7.1%.

Tabla 94: Porcentaje de población sin aseguramiento y con barreras de acceso a los servicios de salud, por IPM, departamento y municipios Quindío, 2005.

MUNICIPIO	POBLACIÓN POBRE NO AFILIADA	CON BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD
Armenia	22.92%	6.83%
Buenavista	20.44%	3.67%
Calarcá	16.11%	4.53%
Circasia	15.16%	7.91%
Córdoba	15.10%	14.09%
Filandia	24.26%	9.07%
Génova	32.64%	11.89%
La Tebaida	20.30%	5.13%
Montenegro	22.37%	8.41%
Pijao	19.37%	7.85%
Quimbaya	28.97%	11.38%
Salento	19.67%	7.46%
Quindío	21.8%	7.1%

3.8 ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La Tabla 95 detalla el volumen de servicios habilitados para la prestación de servicios públicos de salud en el total de los municipios del departamento; 3,350 diferentes esquemas de atención y entrega de productos en salud se hayan habilitados dentro del esquema de la seguridad del paciente, para conformar las redes de atención a los ciudadanos, para un total de 5.93 servicios por cada 1,000 habitantes.

46.4% de los servicios habilitados se clasifican de consulta externa mientras que 20.9% son servicios de promoción y prevención de la salud, los que acumulan algo menos de 70% del total de la capacidad instalada en el departamento.

La Tabla 96 detalla este volumen ya por tipo de servicios específicos de atención habilitada y para 2016, el sistema de habilitación deberá estar adecuado a las nuevas exigencias en la garantía de la atención en salud de la población y organizarse en red, de forma que pueden operar el modelo de atención nacional en salud de forma integrada, articulados con todos los planes de beneficios y armonizando las acciones de otros sectores que influyen las salud, centrado en el ciudadanos, la familia y la comunidad; los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios de salud habilitados, tanto públicos y privados, cumplen un rol social de obligación de mantener la salud de

la población, a eso se comprometen con la autorización de profesión y de acción que les entrega el Estado.

Tabla 95: Total de servicios habilitados por grupos de servicios, departamento Quindío, 2015

GRUPO DE SERVICIO	GRUPO	PORCENTAJE
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	625	18,7%
Consulta Externa	1556	46,4%
Hospitalario	81	2,4%
Otros Servicios	30	0,9%
Promoción y Prevención	700	20,9%
Quirúrgico	112	3,3%
Transporte Especial de Pacientes	31	0,9%
Urgencias	18	0,5%
Total general	3.350	100,0%

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS, corte diciembre de 2015

Tabla 96: Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud, departamento Quindío, 2015

GRUPO SERVICIO	INDICADOR	2015
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	6
ATENCION EXTRAMURAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	9
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	2
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o	2

GRUPO SERVICIO	INDICADOR	2015
	psiquiatría	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	64
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	58
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	62
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	34
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	58
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	73
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	51
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	54
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	63
	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	1
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	7

GRUPO SERVICIO	INDICADOR	2015
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	82
	Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	32
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	110
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	35
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	65
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	90
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	26
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	80
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	1

GRUPO SERVICIO	INDICADOR	2015
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	15
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	14
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	72
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	50
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	16
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	22
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	57
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	82
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	7

La capacidad instalada se completa con 930 camas de hospitalización para una tasa de 2.11 camas por cada mil personas, 1,41 camas para hospitalización de adultos por cada mil habitantes, 41 camas de cuidado intensivo que incluye todos los tipos, 14 salas de partos y 34 quirófanos, estas capacidad instaladas en 846 sedes de IPS, de la cual existe una de naturaleza mixta, tal como se detallan en la Tabla 97

Tabla 97: Capacidad Instalada, total y cobertura tasa por 1.000 habitantes, departamento Quindío. 2015

Indicador	2015
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,11
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,02

Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,13
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1.08
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0.10
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0.08
Razón de camas por 1.000 habitantes	2.12

3.9 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD

Las condiciones sociales en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el efecto del sistema de salud, según la Organización Mundial de la Salud, inciden en la probabilidad en un peso que determina el que las personas pueden estar sanas, a riesgo de enfermar o estar enfermas. De modo que parte de éste análisis, se basa en comprender el rol que juega las condiciones estructurales en que se desarrolla la cotidianidad de la población y del individuo, como el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación.

Adicionalmente, el análisis se apoya en los insumos que aporta el Índice Multidimensional de la Pobreza (IMP) desarrollado por el Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), el cual refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de dimensiones. La medida permite determinar la naturaleza de la privación (de acuerdo con las dimensiones seleccionadas) y la intensidad y profundidad de la misma.

Las Dimensiones que contempla el IMP son:

- Condiciones educativas del hogar
- Condiciones de la niñez y juventud
- Trabajo
- Salud
- Acceso a servicios públicos domiciliarios
- Condiciones de la vivienda.

El Departamento Nacional de Planeación (DNP) desarrollo el IMP para el país con disponibilidad de la información de los municipios y departamentos con base de la proyección del censo del 2005.

A continuación se presenta los aspectos relevantes de cada determinante estructural alineado con los efectos a la salud de la población.

3.10 POBREZA.

Entre los aspectos relevantes, de acuerdo a los indicadores sobre pobreza encontramos (Tabla 98):

- Proporción de población con Necesidades Básicas Insatisfechas NBI: 16.2% de la población se encuentra aun con sus necesidades básicas por atender.
- Proporción de población en miseria: para el departamento del Quindío es de 2.99%.
- Línea de Indigencia: entre 2008 y 2012 la población en condición de indigencia del departamento del Quindío ha aumentado a 13.1%, casi 2.6% anualmente.
- Proporción de población en hacinamiento: en el departamento del Quindío se observa que 4.85% de la población vive en hacinamiento (más de tres personas que duermen en una misma habitación)

- Coeficiente de Gini para ingresos: entre 2008 (0.56) y 2012 (0.53), el coeficiente de Gini en el departamento del Quindío tuvo una reducción de 2 puntos, lo cual representa una disminución en la desigualdad entre los ingresos de los hogares.

Tabla 98: Otros indicadores de ingreso socio económicos, Quindío 2005 – 2014

INDICADOR	2005	2012	2013	2014
IPM	41,6%			
Índice Pobreza Monetaria	45,6	38,9	35,6	31,7
Tasa Desempleo %	19,5	15,4	15,8	13,5
GINI (Eje derecho)	0,52	0,53	0,50	0,50

La determinación de las NBI, permiten identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza, con base en los indicadores relacionados con siete áreas de necesidades básicas de las personas y establece las dimensiones de valoración para cada necesidad, identificadas como:

- el Acceso a la vivienda:
- Calidad de la vivienda y hacinamiento
- El Acceso a servicios sanitarios
- Disponibilidad de agua potable
- Tipo de sistema de eliminación de excretas
- El Acceso a educación, asistencia de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo
- Capacidad económica sobre la probabilidad de insuficiencia de ingresos del hogar.

Con base en la definición del índice NBI, se procedió a valorar la Razón de Mortalidad Materna (RMM) y la Sífilis Congénita (SC) a través del Índice de Concentración, para el Quindío en 2011, que muestra que 70% de la proporción acumulada de casos de Sífilis Congénita se acumula en el 40% de la proporción de la población con mayores necesidades básicas insatisfechas. En el caso de la razón de mortalidad materna, si bien el índice no fue muy nítido en su presentación, refiere que al menos 50% de la proporción acumulada de casos debida y calificada como muerte materna, se acumulan en 50% de la proporción de la población con un NBI más desfavorable

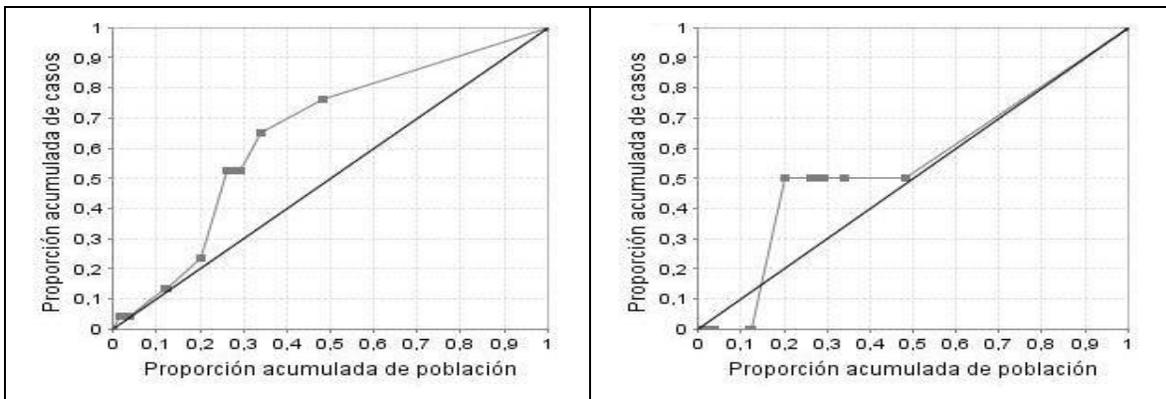


Figura 50: NBI, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración

Fuente: EEV DANE y SIVIGILA, y DNP

3.11 COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN

La tasa de cobertura de educación primaria se definió en 105%, más baja que la tasa del país con una tendencia a la disminución entre 2007 (115.9%) y 2012 (102.6%); la tasa de cobertura bruta de educación secundaria es 10%, más alta que el referente nacional y presenta una tendencia al aumento entre los años 2008 (105.6%) y 2012 (115.7%); la tasa de cobertura bruta de educación categoría media es 10 unidades mayor que el indicador nacional, mostrando una tendencia a incrementarse a 2013 con un 87%, (Tabla 99: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2013).

Tabla 99: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2013

INDICADORES EDUCATIVOS	COLOMBIA	QUINDIO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	14,5			0									
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2014)	1,10204	1,005	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2014)	1,02316	1,127	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2014)	0,78214	0,872	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗

De acuerdo al IMP, se presentan los indicadores de analfabetismo, inasistencia escolar y rezago escolar, logro educativo, por municipio y el departamental.

Se consideran las siguientes definiciones:

- El bajo logro educativo, es cuando una persona se considera en privación si al menos hay una persona de 15 años o más en su hogar con menos de 9 años de educación.
- Analfabetismo, una persona se considera en privación si al menos hay una persona de 15 años y más en su hogar que no sabe leer y escribir.
- Inasistencia escolar, son hogares con al menos un niño entre 6 y 16 años que no asiste a una institución educativa.
- Regazo Escolar, son hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con rezago escolar (número de años aprobados es inferior a la norma nacional).

Los datos para el departamento muestran que de 6 de cada 10 personas mayores de 15 años en el Quindío presentan bajo logro escolar. Los municipios con mayor bajo logro son Buenavista, Córdoba, Filandia, Génova, Pijao y Montenegro, con valores que superan el 80 por ciento, y el menor, es el municipio de Armenia con un bajo logro educativo de 53 por ciento. Los Hogares con al menos un niño entre 7 y 17 años con que presentan el número de años aprobados inferior

a la norma nacional, calificados con rezago escolar, superando el valor departamental de 24.6% fue en los municipios de Buenavista, Córdoba, Filandia, Génova, Pijao, La Tebaida y Pijao, todos con valores por encima del 35%. En la Tabla 100 y Figura 51 se detallan los indicadores mencionados.

Tabla 100: Condiciones de la cobertura educativa por el IMP proyección DNP departamento, Quindío, 2005

MUNICIPIO	BAJO LOGRO EDUCATIVO	ANALFABETISMO	INASISTENCIA ESCOLAR	REZAGO ESCOLAR
Armenia	53.28%	10.10%	5.96%	18.57%
Buenavista	83.67%	19.38%	8.76%	37.14%
Calarcá	67.09%	16.19%	7.22%	26.61%
Circasia	71.80%	15.71%	6.57%	28.43%
Córdoba	85.81%	24.03%	12.92%	42.59%
Filandia	80.30%	20.68%	9.78%	38.77%
Génova	86.23%	25.21%	13.15%	38.03%
La Tebaida	78.52%	21.69%	9.25%	35.98%
Montenegro	82.24%	22.16%	10.07%	31.64%
Pijao	83.66%	21.87%	9.20%	37.79%
Quimbaya	78.93%	21.60%	11.40%	32.16%
Salento	75.26%	21.01%	8.96%	34.15%
Quindío	63.7	14.5	7.4	24.6

Fuente Departamento Nacional de Planeación, DNP.

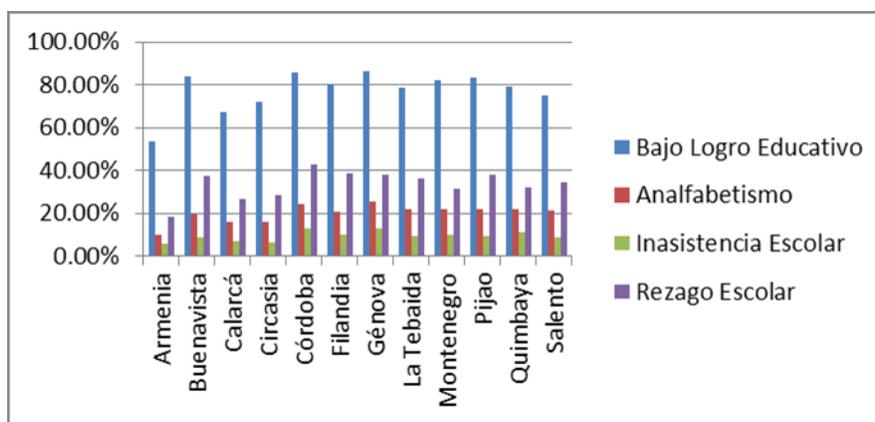


Figura 51: Condiciones de la cobertura educativa del Quindío, por el IMP, proyección 2005 DNP

Fuente Departamento Nacional de Planeación, DNP.

Tomando como referencia la variable de Analfabetismo en mayores de 15 años y la tasa de sífilis congénita en el Quindío, se muestra que 50% de la población acumulada con analfabetismo en mayores de 15 años, concentra aproximadamente el 80% de los casos de sífilis congénita en el Quindío para el año 2011.

Si bien el índice no fue muy nítido en su presentación para la RMM, si muestra que al menos en 50% de la proporción que acumula los casos de muertes maternas, dichas muertes se acumulan en 50% de la proporción de la población con Analfabetismo en mayor de 15 años Figura 52.

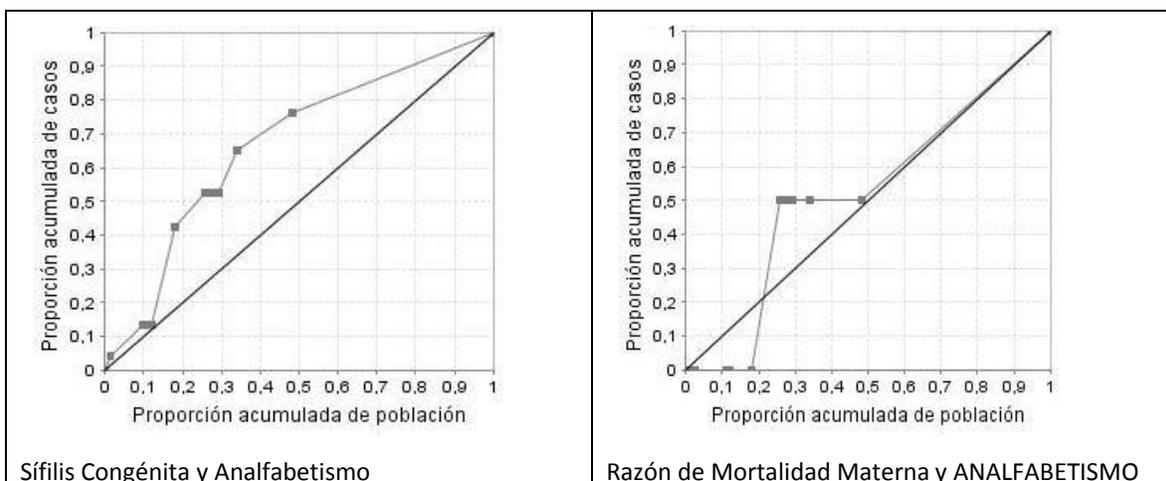


Figura 52: Analfabetismo, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración

Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP.

3.12 POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA

Corresponde a toda la población que podría hacer parte del mercado de trabajo, es decir, es la oferta potencial de trabajo de una economía. En el caso colombiano incluye aquellas personas mayores de 10 años que habitan en las zonas rurales y urbanas.

En Quindío, secuenta con una población en edad de trabajar superior a la del país. La tendencia al aumento demostró que esta población creció en un 2.47% entre 2001 (76.8) y 2007 (78,7), como se detalla la Figura 53.

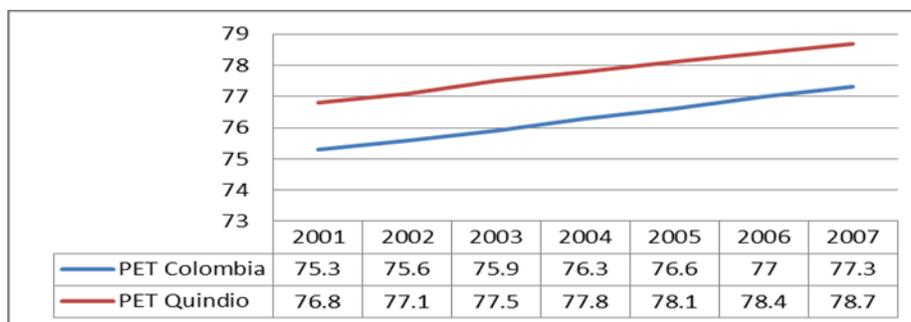


Figura 53: Población económicamente activa departamento Quindío, 2001 -2007

Fuente: DANE

3.13 TASA DE DESEMPLEO

Entre 2001 a 2004, en el Quindío se presentó un aumento en la tasa de desempleo que llego a 19.2%, y entre 2004 y 2007 la tasa de desempleo disminuyó a 54%; para 2007 y 2009 la tasa de desempleo aumento a 37.2% y entre el 2009 y 2012 la disminución fue del 15.4%, el ultimo datos del DANE para Quindío en 2014, sitúa la tasa de desempleo en 13.5% (Tabla 101). La población económicamente activa ha crecido a la par del país, y para 2007 se considera que 90% de la población presente esta clasificación, Figura 54.

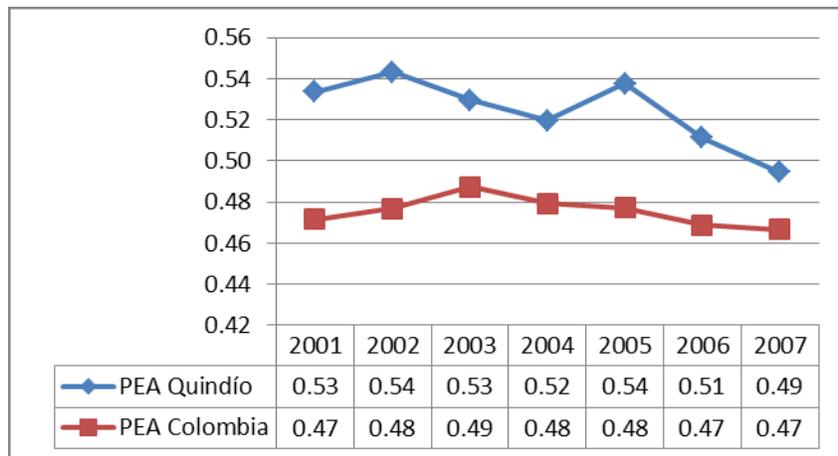


Figura 54: Población económicamente activa departamento y Colombia, 2001 -2007
Fuente: DANE

La condición de trabajo Infantil con al menos un niño entre 12 y 17 años trabajando para zona urbana y niños entre 10 -17 años para la zona rural, con alta tasa de dependencia económica, así como los hogares en los que hay más de tres personas por miembro ocupado.

En la Tabla 101 y Figura 54, se presentan los indicadores desagregados por municipio, donde todos los municipios del Quindío, menos Armenia, se encuentran por encima del porcentaje departamental de empleo informal, y este en el departamento llega a 88,7%. El trabajo infantil, los municipios mayormente implicados con éste indicador son Buenavista, Córdoba, Filandia, Génova y Pijao.

Tabla 101: Condiciones laborales, según el IPM en el Quindío, por municipio

MUNICIPIO	EMPLEO INFORMAL	TRABAJO INFANTIL	ALTA TASA DE DEPENDENCIA ECONÓMICA
Armenia	85,77%	2,13%	40,30%
Buenavista	92,96%	5,23%	36,75%
Calarcá	89,37%	3,29%	39,44%
Circasia	89,40%	2,49%	38,76%
Córdoba	92,92%	7,27%	38,36%
Filandia	93,70%	5,91%	42,87%
Génova	95,60%	8,03%	40,59%
La Tebaida	94,69%	3,38%	49,10%
Montenegro	94,99%	3,38%	44,49%
Pijao	93,31%	6,82%	42,56%
Quimbaya	92,70%	5,13%	38,27%
Salento	89,37%	4,19%	40,66%
Quindío	88,7%	3,0%	40,9%

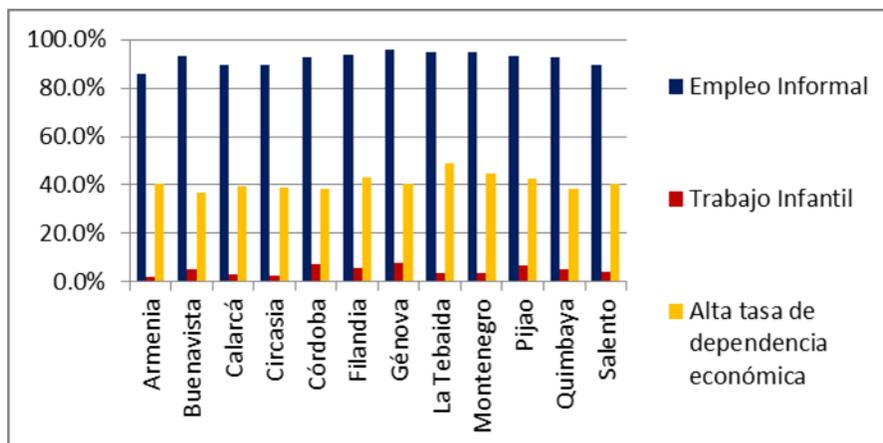


Figura 55: Empleo informal, trabajo infantil y dependencia económica, Quindío.

Fuente: Índice de Pobreza Multidimensional – IPM, DANE

3.14 ETNIA

2,88% de la población del Quindío pertenecen a algún grupo étnico, que suman 14.926 personas (2012). El grupo más numeroso son los Negro(a)s, mulato(a)s, afrocolombiano(a)s Afro descendientes, con 12.718 personas, organizados en aproximadamente en 3,437 familias, localizados principalmente en las ciudades de Armenia, Montenegro, lo que representa el 2.45% de la población total.

La población indígena, segunda en volumen con 2,145 personas, las cuales 1,564 se encuentran residenciados en la ciudad de Armenia, organizados en aproximadamente en 270 familias, localizados principalmente en los municipios de Córdoba, Montenegro, La Tebaida, Quimbaya, Armenia y Calarcá. Los grupos Indígenas reconocidos son los Embera Chami y Katios, Nasa, Quichua, Yanaconas, Pastos e Inga, representando el 0.041% de la población total del departamento.

Se encuentran reportados 26 raizales en el departamento, de los cuales, 12 residen en Armenia y se cuentan 37 personas de la etnia ROM o gitanos, ubicados principalmente en Armenia.

4 CAPÍTULO IV: PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se propone ahora realizar la priorización en salud. Para esto se debe realizar primero el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes, y con el análisis cuantitativo, identificar los municipios que se encuentran en peor situación según a las baterías de indicadores estimados a través del documento por el método del Índices de Necesidades en Salud –INS; este análisis se realizara únicamente a nivel departamental.

4.1 RECONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES EFECTOS DE SALUD IDENTIFICADOS PREVIAMENTE

Se hará el reconocimiento de los problemas identificados en el primer y segundo capítulo; para delimitar su definición, debe ser formulado como una *“situación negativa que debe ser modificada”*, se debe definir la población afectada, las consecuencias y la magnitud expresada, de acuerdo con los indicadores estimados en los capítulos uno y dos (PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD).

Acorde con las diferentes dimensiones y teniendo presentes las conclusiones que capítulo a capítulo, se analizaron en la metodología ASIS aplicada para el departamento del Quindío, se realiza un primer ejercicio de consenso técnico con el área de epidemiología (Secretaría Departamental de Salud), donde se identifican y priorizan los principales problemas de salud del Departamento de acuerdo con la información dispuesta para este ASIS 2014. Como criterios guía para la priorización, se tienen principalmente en cuenta la magnitud y severidad el evento y desde una perspectiva integral, las posibilidades técnicas de intervención, Tabla 102

Tabla 102. Priorización de los problemas de salud del Quindío, 2015

DIMENSIONES	PROBLEMAS
Salud ambiental	Problema 1 Alta letalidad de leptospirosis
	Problema 2 Alta Incidencia de dengue
	Problema 3 Alta letalidad de dengue grave
	Problema 4 Alta morbilidad por EDA en la población infantil
	Problema 5 Alta incidencia (aumento) de eventos ETA
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Problema 6 Mortalidad riesgo cardiovascular
	Problema 7 Alta mortalidad neoplasias
	Problema 8 Alta morbilidad por caries dental
	Problema 9 Mortalidad prematura por patologías crónicas (mujeres)
	Problema 10 Mortalidad por causas externas
	Problema 11 Mortalidad por lesiones autoinflingidas
Convivencia social y salud mental	Problema 12 Mortalidad por accidentalidad
	Problema 13 Morbilidad por trastornos mentales por consumo de SPA En población joven y adolescente
	Problema 14 Aumento de la violencia contra la mujer
Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 15 Bajo peso al nacer.
	Problema 16 Prevalencia DNT crónica en niños y como cusa de muerte
Sexualidad,	Problema 17 Aumento de la incidencia de sífilis gestacional y congénita

DIMENSIONES	PROBLEMAS
derechos sexuales y reproductivos	Problema 18 Embarazos en adolescentes (10-19) Problema 19 Falencias en la prestación de servicios para el binomio madre e hijo Problema 20 Mortalidad perinatal
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Problema 21 Elevadas incidencias de VIH-SIDA Problema 22 Elevadas incidencias de Tuberculosis Problema 23 Tasa mortalidad por IRA en menores de 5 años Problema 24 Mortalidad por Meningitis meningococcica
Salúd pública en emergencias y desastres	Problema 25 Tasa de mortalidad por emergencias y desastres mayor a nacional Problema 26 Falta de Centro Regulador de Urgencias
Salud y ámbito laboral	Problema 27 Alta Accidentalidad laboral principalmente en la capital
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Problema 28 Carencia de un modelo de atención diferenciado para el adulto mayor Problema 29 Carencia de estrategias de APS a poblaciones especiales
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Problema 30 No definición del Diagnósticos por parte del personal médico Problema 31 codificación para morbilidad con relación al aumento de diagnósticos de síntomas y signos mal definidos Problema 32 No garantía de la calidad del dato a nivel institucional

4.2 ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD – INS.

A continuación se presentan los indicadores utilizados en los cálculos de los índices de necesidades insatisfechas en salud realizado mediante el programa EPIDAT 3.1, Tabla 103

Tabla 103: Indicadores de los Índices de necesidades en salud, Quindío, 2013

SIGLA	DESCRIPCION
POBLA	Población total
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas %
VACPENTA	Cobertura vacunación pentavalente
MPERI	Tasa Mortalidad Afecciones Perinatales
MORTINF	Tasa de mortalidad Infantil
TMCARDIO	Tasa Mortalidad Enf. Sistema Circulatorio
TMCEXT	Tasa Mortalidad Causa Externa
TMNEOPLA	Tasa Mortalidad por Neoplasias
INCTBC	Incidencia TBC pulmonar
INCVIH	Incidencia VIH - SIDA
INCDENGUE	Incidencia Dengue
INCSIFILC	incidencia Sífilis Congénita
BPN	Nacidos vivos con Bajo Peso al Nacer
EMBADOL	Embarazo en adolescentes %
COBASEG	Cobertura de Aseguramiento %
COBACUED	Cobertura Acueducto %
EDUMEDIA	Cobertura Bruta de Educación Media

La Tabla 104 corresponde a la categorización de los municipios según el índice de necesidades en salud (INS), la cual se convierte en un guía importante para el proceso planificador y la toma de decisiones, en especial sobre los determinantes en salud que tiene mayor impacto en las

condiciones de vida de la población Quindiana, y que deben ser intervenidos directamente por el sector salud.

El propósito en la planificación de estas intervenciones en salud, es la reducción de la morbilidad y de mortalidad y mejorar la calidad de vida de la población; la aplicación de las orientaciones técnicas brindadas por este informe del ASIS y de manera relevante, las prioridades definidas y la categorización de los municipios de acuerdo al INS, se considera como una orientación valiosa para lograr el fin antes propuesto, como una directriz de acción por los municipios.

Tabla 104: Índice de Necesidades en Salud del departamento, 2015

UNIDADES	PUNTAJES
Quimbaya	-6,41
Génova	-5,1
La Tebaida	-3,9
Calarcá	-3,33
Montenegro	-2,92
Circasia	0,98
Buenavista	1,04
Armenia	2,12
Salento	2,42
Filandia	2,66
Pijao	3,37
Córdoba	9,07

Fuente: indicadores seleccionados por analistas del documento

A continuación se relaciona el comportamiento de la calificación de los municipios según el Índice de necesidades en Salud:

Cuartil 25	-3,4725
Cuartil 50	1,01
Cuartil 75	2,48

En la Tabla 104, que de acuerdo a la calificación de los municipios, Quimbaya, Génova y La Tebaida son los municipios con mayores índices de necesidades en salud al presentar los valores negativos más altos en la tabla, mientras que Filandia, Pijao y Córdoba son los municipios en mejores condiciones de salud.

5 RECOMENDACIONES TECNICAS CON BASE EN EL ANALISIS SITUACION DE SALUD – ASIS, QUINDIO / 2016.

Si bien la intencionalidad técnica del ASIS es resaltar los procesos planificadores y de gestión del sector salud de una manera integral en el territorio, en el escenario de este trabajo se busca propiciar el dialogo en salud, para que se tengan muy presentes aspectos claves que fortalecen,

no solo el direccionamiento de las intervenciones por la autoridad territorial como rector del sector y el impacto de las tareas previstas; se propone que las acciones sean reflejadas en políticas, lineamientos técnicos, programas, estrategias, acciones sectoriales, y entre otras:

- Intensificar la investigación en salud local, que no necesariamente tiene que seguir métodos y modelos complejos; es vital comprender y dimensionar el comportamiento de los eventos (en principio los considerados prioritarios) en nuestra comunidad; la intervención en su integralidad a los mismos, involucra entonces actores y sectores propios y ajenos, reconociendo que las causalidades del malestar y el origen del bienestar se ubican en lo social, económico, cultural, estilos de vida. Investigaciones exploratorias, descriptivas, estudios transversales, modelos evaluativos (acción-participación) dan luces para que investigadores más expertos (universidades, otros grupos de investigación, proyectos de investigación) generen más conocimiento; debemos tener presente que en el Departamento del Quindío hay varias universidades con carreras en las áreas de la salud y ya hay inscritos grupos de investigación en Colciencias.
- Teniendo presente que al ASIS no pretende alcanzar la totalidad de la información, que el trabajo nunca acaba y que las labores no son perfectas, se requiere de la complementación a los resultado descritos se amplíen con otras fuentes de información, con investigaciones específicas o profundas para los aspectos que en el territorio se deseen indagar; esta aseveración, si la explicación de los eventos o la planificación para la intervención de los mismos requiere más detalle, de forma tal manera que los cursos de acción y las decisiones presenten menos incertidumbres. Lograr lo anterior significa disponer de un alto nivel de trabajo en equipo y reconocer que la labor, además de ser intersectorial, es multi y transdisciplinaria, al evidenciar cómo las estructuras causales de los eventos y los eventos en sí, son expresión de complejas (biológicas, sociales-económicas, culturales, estilos de vida, servicios de salud, psicológicas, conductuales, ambientales-sanitarias, etc).
- Si bien el comentario que a continuación se plasma, como que todos lo conocemos y se pregunta uno ¿para qué repetirlo?, es probable que su dimensionamiento no lo tengamos claro y muchos de las conclusiones de este trabajo lo reclaman: la educación, la calidad de la misma para los trabajadores de la salud, el seguimiento de guías, protocolos, procesos y procedimientos es fundamental, de tal manera que debe sumarse la formación capacitación continua y las actualizaciones; en el otro escenario la relevancia de todas las acciones de promoción de la salud, las acciones de IEC (información, educación y comunicación) dirigida a la comunidad, que les permita hacerse partícipes de todas las acciones que beneficien su salud, la de las familias y del colectivo donde convive.

A continuación y siguiendo los capítulos del documento se resaltaran algunos aspectos que, además de calificarse como de prioritaria atención y que como se menciona previamente, deben ser profundizados (investigación, complementación de la información); ellos son eje central para la toma de decisiones sectoriales y para la gestión de trabajo participativo con otros actores,

sectores, la comunidad misma y de manera muy importante, los líderes técnico-políticos que ejercen su función técnica en el territorio:

- La ubicación geográfica estratégica del Departamento del Quindío, el estado de los indicadores de condiciones de vida, además de otras señales que tienen relación con la vocación turística, el paisaje, el reconocimiento de las condiciones ambientales-higiénico/sanitarias por las personas y grupos interesados, el precio de la tierra y los costos (al comparar con otras zonas del país), son un atractivo para que personas en su etapa de pensión, jubilación, intenciones de inversión estén migrando al Departamento del Quindío; tal fenómeno es muy importante tenerlo en cuenta respecto a la dinámica de la prestación de los servicios de salud según perfil de morbilidad y mortalidad y de otras variables que han de tenerse presentes a nivel sectorial y por parte de otros actores de la sociedad.
- La dinámica del turismo y sus picos según temporadas, genera otro tipo de exigencias a la red de servicios; sus capacidades y dinámicas, que es muy importante tenerlas presentes en el marco del equilibrio, no solo de la calidad de la prestación de los servicios de salud, sino de la misma capacidad del departamento para la logística respectiva integral, el posicionamiento y mantenimiento del renglón económico turístico, siendo necesario mencionar el importante accionar y desarrollo que se debe disponer para las acciones de vigilancia epidemiológica, donde se incluye la capacidad de respuesta ante situaciones que superan la cotidianidad (ej brotes de enfermedades, intoxicaciones , etc). En el mismo sentido, el turismo y su dinámica, exige a las entidades, comunidades, empresas una adecuada planificación, preparación para la atención de potenciales emergencias y desastres.
- Los fenómenos climáticos, el impacto sobre la disponibilidad del agua y su almacenamiento, es claro que incrementa los riesgos de contaminación del agua y favorece e intensifica problemáticas relacionadas con las enfermedades transmitidas por vectores endémicas en el territorio; el trabajo educativo, cultural de concientización y la intensificación de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitarias y de reordenamiento del medio ambiente, son fundamentales en los diferentes planes de acción según criterios (enfoque de riesgo). Como complemento y comentario muy general, dar continuidad a investigaciones existentes (caso por ejemplo del comportamiento epidemiológico de las enfermedades vectoriales en el Quindío) puede significar un gran aporte en las condiciones actuales del territorio. Al integrar la información es clara la tendencia al ascenso en la notificación de dengue, respecto a la razón de notificación del chikungunya, enfermedad emergente y claramente identificada, por cada caso reportado 2014 se reportan para 2015 131 casos; como complemento de la información, es de mencionar que la letalidad por dengue en nuestro Departamento supera los límites superiores nacionales en la semaforización y que no debe existir.
- El comportamiento de las enfermedades transmitidas por vectores, que exigen de manera eficaz y efectiva el reordenamiento del medio ambiente y la participación activa de la comunidad como de múltiples actores (sectores), nos pueden cobrar una carga social importante de enfermedad si no se controlan efectivamente; esto está relacionado con la presencia del virus Zika, que comparte escenarios de transmisión y que afecta

potencialmente los niños en gestación. Si definitivamente se quieren impactar su morbilidad y presencia de letalidad, se debe reconocer la problemática existente, además el abordaje de enfermedades virales directamente relacionadas como el caso del chikungunya y zika con sus respectivos impactos sobre la salud, la dinámica educativa, laboral y los riesgos más graves para la salud.

- El Departamento en su conjunto, crece en su tamaño poblacional, así como el nivel de ubicación urbana de la misma en el marco de dinámica demográfica; tales fenómenos dan claras señales para que la red de prestación de servicios (públicos y privados) y sus respectivos modelo de atención, tenga presentes las diferentes variables del ASIS, se actualice, modernice y genere proyecciones; a manera de ejemplo y teniendo en cuenta criterios anteriores, se perfila un incremento en la demanda de servicios por parte de personas de edad mayor (población geriátrica), ¿Cómo se comporta la red de servicios y que proyecciones existen en el ámbito Departamental, para dar respuesta a esta necesidad?. Para la proyección 2020, la estructura por ciclo vital es modificada en sus proporciones dado el aumento de las personas mayores (13.2%/2005 a 15.9%/2020).
- En correspondencia con análisis anterior, El índice de vejez y el índice de envejecimiento, para el departamento se espera que crezca e incluye el crecimiento estimado para la proyección 2020, debiéndose resaltar que se trata de un indicador afectado por cambios intergeneracionales y su aumento sistemático implica para los gobiernos, una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de mayor edad; esta consideración muy importante en la planificación de mediano y largo plazo del Departamento, debiéndose sumar al anterior fenómeno el ascenso proyectado para 2020 del índice demográfico de dependencia, estimación que se considera además otro reto para los planificadores no solo del sector salud, sino para todos los actores sociales involucrados en las políticas públicas del Departamento.
- La Ciudad de Armenia como capital, aborda la mayor densidad poblacional (casi 6 veces más que el Municipio que le sigue); resultado del polo de atracción laboral y educativo dado el desarrollo social y económico y de la infraestructura propia de las capitales departamentales. Este lugar combinado, con otras variables, como el nivel de urbanización, hace que la ciudad capital enfrente diferentes dinámicas y problemas relacionados con la salud de la población entre otros fenómenos de tipo social.
- Respecto al tema étnico, el tamaño poblacional de las diferentes comunidades, aunque no es representativo en su peso proporcional para las unidades espacio-poblacionales - municipios, es fundamental su protección y adecuadas coberturas de servicios, dadas las variables sociales y económicas y culturales generadoras de brechas, inequidades aumentándose los riesgos en los diversos ámbitos de la salud y principalmente de los grupos más vulnerables, caso por ejemplo niños, gestantes, ancianos; es claro entonces que estos pobladores son de atención preferencial (prioridad) en el sistema general de seguridad social en salud.
- El significado que por cada 1.000 mujeres entre 10 – 14 años se presenta 1.19 nacimientos, muestra una situación preocupante en el ciclo vital de la niña, su nivel de dependencia familiar social, los impactos relacionados con las oportunidades educativas y

laborales futuras; las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años de 31,01, es una situación similar en lo mencionado para el grupo anterior. Se considera relevante para el Departamento del Quindío, asumir este comportamiento de la fecundidad en las jóvenes como una problemática de prioritaria atención, dados los múltiples impactos sobre las gestantes, familias y la dinámica comunitaria en su conjunto, en razón a todas las variables sociales-económicas, culturales, educativas intervinientes.

- Comportamientos de la dinámica poblacional relacionados con emigración neta progresiva que crece, fenómenos de desplazamiento forzado, potenciales impactos relacionados con el proceso de paz para el Departamento del Quindío, deben ser analizados a profundidad con complementación de información y asesores expertos; lo anterior para mencionar que las hipótesis de trabajo que se definan, deben hacer parte de las diferentes mesas planificadoras del desarrollo regional inmediato, incluyendo las competencias del sector salud y las repercusiones de estas dinámicas sobre la prestación de los servicios de salud.
- Al abordar la mortalidad el comportamiento en las defunciones en el lapso de nueve años en el Departamento Quindío, presenta tendencia al descenso en las demás causas, las causas externas y perinatales; las causas con tasas generales de mortalidad siempre mayor son las enfermedades cardiovasculares. Al evaluar el total de las defunciones, se incrementó en 8.4% la probabilidad de fallecer al comparar vigencia 2006 con 2013. Estamos abordando un ascenso en la tasa bruta de mortalidad y esta se mantiene en la proyección hasta el 2020, situación que debe evaluarse a la luz de todas las intervenciones desde el sistema de salud y desde otros sectores tendientes a impactar las causas de las misma, el acceso y la calidad de los diferentes servicios que tienen directa injerencia en su disminución, es decir que pueden intervenir favorable y positivamente.
- Al desarrollar las tasas específicas de mortalidad por edad y causas, se destaca que por infecciones, el grupo menos afectado es el de los niños entre los 10 a 14 años, y el más afectado son los adultos mayores de 80 años; en las causas por cáncer o neoplasias, son evidentes los altos riesgos que aumentan progresivamente en los mayores de 50 años.
- Con relación a las enfermedades circulatorias y cardiovasculares, que aportan el mayor volumen de defunciones anuales, a partir de los 70 años de edad las tasas específicas superan el valor de 1.000 fallecimientos por cien mil, casi duplicándose y cuadruplicándose en los grupos quinquenales subsiguientes. Las mayores tasas se corresponden con el infarto de miocardio y la enfermedad cerebro-vascular.
- Es evidente la alta tasa ajustada de defunciones causadas por infartos o enfermedad isquémica del corazón en ambos sexos; la segunda causa de defunción, muy por debajo de las isquémicas cardiacas, la lesión cerebro vascular, presentan una tendencia diferente, en ellas bajaría en 12 puntos la tasa en el lapso de 9 años, mientras en ellos esta disminución sería de 19 unidades de tasa, por tanto más letal la enfermedad cerebro vascular en ellas; las demás causas de mortalidad, sus tasas ajustadas, aunque no siendo bajas, tienen un comportamiento estable, caso de las enfermedades hipertensivas, tercera causa de importancia y cardiopulmonar cuarta, su presencia es estática y con leve tendencia a crecer.

- Con relación a eventos precursoros como la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial, estos presentan en el departamento tasas superiores a las nacionales; es de resaltar que estos se constituyen en los principales factores de riesgo para los eventos cardiovasculares (primera causa de mortalidad en el departamento, periodo 2005 a 2013). El comportamiento descrito de los eventos precursor, es importante alerta frente al papel de los programas de salud pública dirigidos a impactar estos eventos; el análisis del manejo en el tiempo de la estructura de los programas, su gestión integral, indicador y metas, como importantes recursos para la toma de decisiones.
- En la descripción de la defunción y sus causas por grandes grupos, sobresalen las infecciones respiratorias agudas y el VIH/SIDA como causas infecciosas principales, aumentando en dos puntos de tasa en 2013; por neoplasias, cinco tipos presentan tasas superiores a 15 casos por 100.000 habitantes y son en su orden, los tumores de los órganos digestivos y peritoneo, estomago, bronquios y pulmón, los no diferenciados y mama. Respecto de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer presentan variaciones importantes y diferentes por sexo, donde se puede concluir que en los hombres se presentan tasas más elevadas respecto a las mujeres.
- Por causas externas, las agresiones (homicidios) aportan las mayores defunciones con relación a las causas externas, con unas cifras altas en los primeros años de la serie y una marcada tendencia al descenso en los mayores de 65, años donde se presentan tasas por debajo de 10 por cien mil.
- En otras enfermedades, las enfermedades que presentan más frecuencia y por tanto mayores tasas como causa de defunción se corresponden en su orden a diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías inferiores pulmonares y enfermedades del sistema urinario.

A continuación y en orden de prioridad se presentan las primeras causas de mortalidad ajustadas:

– *Primera causa: Enfermedades del sistema circulatorio;* presenta las mayores tasas y una tendencia al descenso a través de los años 2005 a 2013.

– *Segunda causa: Las demás enfermedades que* incluyen enfermedades de tipo crónico como la diabetes mellitus y las enfermedades obstructivas de las vías respiratorias inferiores, presentan tendencia al descenso.

– *Tercera causa: Neoplasias.* A diferencia de la tendencia de las causas ubicadas en los primeros lugares, las neoplasias se ubican en el tercer lugar, con una tendencia al leve ascenso de la tasa estandarizada, la cual debe correlacionarse con información epidemiológica internacional y nacional disponible y su impacto sobre la sociedad en diferentes escenarios, incluyendo la muerte.

– *Cuarta causa: Causas externas,* presentan una curva más estable y una ligera tendencia al descenso, donde bien vale la pena establecer análisis e hipótesis en todo el contexto de la accidentalidad y la violencia que tienen directa relación con este tipo de causas externas.

En la interacción tasas ajustadas de mortalidad según la variable sexo, el comportamiento encontrado se corresponde con:

- En el hombre, las tasas estandarizadas son semejantes a las totales en su comportamiento, con una inclinación a tener mayor tasa de mortalidad por neoplasias e infecciosas, si la población masculina se comportara como una población estándar mundial, y en las mujeres se presentaría un incremento de las tasas estandarizadas en caso de infecciones por enfermedades transmisibles y en los eventos que llevarían a la muerte por lesiones, si estuvieran en las condiciones poblacionales antes detalladas.
 - Al incorporar el subgrupo de causas de mortalidad se concluye: por infecciones o enfermedades transmisibles, la infección por el VIH/SIDA en hombres tiende a ser fuertemente ascendente en forma constante (2005 – 16.99, 2013-26.48 por 100.000 hombres), y en las mujeres su ascenso se observa en los último tres años. Las defunciones esperadas por infecciones respiratorias agudas en ambos sexos tienden a ser similares, constantes y crecientes, primeras causas de mortalidad en ambos sexos en 2013 (19,24 por cien mil hombres y 7,49 por 100.000 mujeres).
- La tuberculosis sigue siendo una causa importante de mortalidad en ambos sexos; desde la perspectiva de la vigilancia epidemiológica, la tuberculosis pulmonar es una enfermedad de alta presencia en la comunidad del departamento del Quindío, siendo necesario tener presente la necesidad de intensificar la difusión de la información a la comunidad para que demanden servicios de salud, a identificarse como sintomáticos respiratorios, a lo cual debe sumarse la búsqueda activa por todo el personal de salud en sus diferentes instituciones y niveles; profundizándose el problema si se integra el tema de los casos con fármaco-resistencia.
- Al analizar las causa externas de mortalidad o lesiones, se reporta que agresiones intencionales (homicidios), puede afectar hasta 95 hombres por cada 100,000 varones y a 7 mujeres por 100.000 la segunda causa de defunción por causas externas, las lesiones causadas por accidentes de tránsito. A excepción de las otras causas de mortalidad por lesiones externas, las caídas tendrían una tasa mayor a 10 defunciones por cada 100.000 personas en hombres y un comportamiento muy errático en las mujeres. Las muertes por lesiones auto infligidas, diagnóstico de salud mental de la población, en los hombres presento un ligero aumento ya para 2013 sus tasas llegarían a ser 12 en hombres y 3 en mujeres en 2013 por cada 100.000 habitantes por sexo.
- En relación a los AVPP, se presenta un descenso en forma paulatina, resultado de estados de mejoras y de bienestar de la población; el año de menos impacto en vida prematura perdida es 2013, donde el total de las defunciones sumaron 67,056 AVPP absolutos; de estos años, 17,417 los aportaron las lesiones o causas externas, de las cuales los hombres aportaron 15,306 AVPP y en las neoplasia que en la suma del total de las diferencias a la edad de morir sumaron 13,041 AVPP años de mayor vida prematura perdida por cáncer en la serie entre 2005 a 2013. Esta última información es crucial en el marco de la planificación de acciones tendientes a impactar los problemas de salud de

mayor impacto en la comunidad, bajo la perspectiva de la pérdida de años de los pobladores al morir tempranamente según la esperanza de vida al nacer en nuestro departamento. El indicador AVPP o más bien su tendencia nos posibilita la construcción de hipótesis de mejora o deterioro de la sociedad en una perspectiva integral siguiendo el comportamiento de la mortalidad y sus causas.

- En este 2013 el aporte de AVPP es superior en los hombres respecto de las mujeres, lo cual significa el mayor aporte del sexo masculino en la estructura total de la mortalidad prematura del departamento, siendo importante resaltar que al comparar la mayor diferencia de AVPP aportados según sexo, la diferencia se ubica en las causas externas. Con relación a las mujeres, existe una diferencia menor, mientras en las mujeres los grupo de causas de mortalidad prematura más importante son las neoplasias, según el aporte de los AVPP; el comportamiento de los AVPP por las enfermedades del sistema circulatorio es igualmente, más severo en los hombres en el comparativo con las mujeres en el año 2013.
- Si utilizamos la semaforización y al compararnos con datos Nacionales, se observa que para 2013, las tasas ajustadas de mortalidad por tumor maligno del estómago, diabetes mellitus, trastornos mentales y homicidios, son los eventos que presentan una tendencia a estar creciendo o estar tan altas como la referencia nacional; los homicidios, aunque están bajando el departamento, su tasa aun sobrepasa 15 unidades de tasa a la nación, lo que debe obligar incrementar las acciones de control social y atención a las agresiones humanas, como expresión de salud mental, de la cual sus tasas de mortalidad ajustadas, igualmente están tan superiores como los de la nación.
- En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2013, esta está descendiendo, pero no en forma “organizada” dentro del departamento; a principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio y sus complicaciones, que son más prevalentes en este grupo de niños. En los mayores ya hasta los cinco años, la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, sin dejar de mencionar las enfermedades infecciosas y parasitarias que deben ser controladas por el sistema social de atención en salud. Respecto a las enfermedades del periodo perinatal causantes de defunción, las causas más frecuentes y que presentan mayor tasa corresponden a los trastornos respiratorios específicos de este período.
- En el periodo entre 2005 a 2013, en el departamento la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad infantil presentan una tendencia a la disminución. La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años presenta una tendencia hacia el incremento.

5.1 CONSIDERACION TECNICAS RELACIONADAS CON LA MORBILIDAD ATENDIDA.

- Al comparar según sexo, los volúmenes de atención en la consulta ambulatoria en los hombres las cinco primeras causas, se comportan así: Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, Hipertensión esencial (primaria), Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Caries dental, Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, y en las mujeres, estas cinco causas serían: Hipertensión esencial (primaria), Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Caries dental, Diabetes mellitus.
- A nivel de la demanda de servicios de urgencias, se destaca que dentro de esta variedad de causas, se encuentra muchos diagnósticos sintomáticos, que son dos motivos de atención, como son los hallazgos anormales y la dorsopatías, siendo evidente la presencia de afecciones respiratorias e infecciosas, febriles, y los accidentes como segunda causa de atención en urgencias. En tres eventos en la relación mujeres-hombres, la casuística por urgencias es similar como son las virosis, las fiebres inespecíficas y las faringitis y en una es preferente en los hombres, como es la violencia o los traumatismos.
- Con relación a las causas de hospitalización la demanda se concentra por: Otras complicaciones del embarazo y del parto. Otras, atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto. Otras enfermedades del sistema urinario. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Neumonía.
- Acorde con perfil de egresos resalta la importancia de la atención de las maternas en la red de prestación de servicios y la relación con las diferentes intervenciones y programas destinados a proteger el binomio madre-hijo.
- Un aspecto de importante análisis tiene relación con que se están realizando más urgencias que consultas externa lo que daría un diagnóstico de insuficiencia o no respuesta oportuna a la necesidad de la población, o una sobrecarga de emergencias médicas que dan saturación a los servicios de urgencias; la profundización y análisis del tema puede ser de importante ayuda en el manejo de eficiencias de la red de servicios, participación activa de la comunidad y mejor utilización de los servicios, o en otro escenario adecuadas respuestas por los responsables a las necesidades ambulatorias de servicios requeridos por la comunidad, incluyendo las acciones de salud pública; en tal sentido el incremento de las actividades preventivas en el Departamento debe cumplir varias funciones y se logran resultados multiimpacto, aun sobre la demanda de los servicios de salud.
- Respecto al análisis de la morbilidad por ciclo vital, se reporta que la presencia de las causas de atención es variante en los diferentes grupos de edad, antes de los cinco años son prevalentes las enfermedades asociadas con condiciones transmisibles y nutricionales, son los motivos que acumulan la mayor proporción de atenciones, con una carga similar las enfermedades no transmisibles, en el segundo grupo de edad, predomina las no trasmisibles sobre las trasmisibles al igual que en el adolescente; en el adulto mayor, las condiciones no trasmisibles llegan a ser desde tres de cada cuatro atenciones, y en los más mayores 2 de cada tres.

- En su orden y según peso proporcional la morbilidad en el grupo de 1 a 4 años reporta: 1. Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. 2. Fiebre de origen desconocido. 3. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. 4. Caries dental .5. Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso. Con algunas diferencias porcentuales el grupo de 5-14 años, presenta el mismo orden de causas de morbilidad. Ahora bien, con el propósito de realizar una mejor caracterización de los diagnósticos (grupo 5 - 14años) se complementa reportando que las enfermedades relacionadas con los dientes y estructuras de sostén tienen un peso dentro de las primeras quince causas del 27%, las enfermedades de las vías respiratorias en su conjunto le corresponden el 13%; ahora bien, emergen en este grupo trastornos mentales y del comportamiento, epilepsia que son 8% del total. Importante establecer correlaciones con reportes y diagnósticos específicos en área salud mental de la población joven, comportamiento de consumo sustancias psicoactivas y todo lo relacionado con eventos como el intento de suicidio y el suicidio.
- Para el grupo de 15 - 44años se acumula el 49% de las causas de morbilidad en las primeras cinco: 1. Caries dental.2. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.3. Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén.4. Otras enfermedades del sistema urinario.5. Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo.
- En el grupo siguiente (45 - 59años) el 58% de las causas de morbilidad se corresponde en su orden con : 1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. 3. Diabetes Mellitus. 4. Caries dental.5. Otras dorsopatias.
- Para el grupo de 60 y más años, 70% de las causas de morbilidad en su orden se corresponden con: 1. Hipertensión esencial (primaria). 2. Diabetes Mellitus. 3. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte. 4. Bronquitis y enfisema, y otras enfermedades pulmonares obstructivas. 5. Otras enfermedades del sistema urinario. Es evidente el posicionamiento para las edades mayores de las enfermedades catalogadas como crónicas.

En el marco de los eventos de notificación obligatoria (ENO) a continuación se describen los aspectos técnicos más relevantes que a manera de conclusión, dan cuenta de avances, necesidades, prioridades y preocupaciones para orientar la toma de decisiones en el escenario colectivo de la salud pública del Departamento según los lineamientos Nacionales y Departamentales específicos:

- En este sentido es importante resaltar que entre 2014 - 2015 la notificación de ENO se incrementó un 24% comparativamente. En los años de análisis se han reportado 43,621 casos, evidencia del comportamiento de la notificación y su crecimiento, reflejándose además aspectos relacionados con capacidad diagnóstica y obviamente la tendencia de riesgos o morbilidades enmarcadas en vigilancia de la salud pública (ENO) nivel departamental, y que muestran mayores riesgos que el nacional.

- La evidencia del reporte agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y vigilancia integrada de rabia humana, confirman la evidencia del fortalecimiento del sistema de notificación en el Departamento y expresan en segundo lugar un evento de necesaria vigilancia integral, dado el reporte de circulación del virus en Departamentos aledaños con casos de rabia humana en años anteriores (Departamentos del Valle y Tolima).
- La infección por VIH/SIDA/ y mortalidad por SIDA se construyen el indicador de incidencia en notificación, que para 2015 y los años anteriores presenta una tendencia plana; correspondiéndose entonces en un evento de trascendental importancia dadas las múltiples interacciones sociales-culturales-educativas y el impacto sobre la salud (caso peyorativa mortalidad) de la población, máxime si correlacionamos con el comportamiento de la enfermedad tuberculosis
- El bajo peso al nacer situación a profundizar, si integramos la información sobre las condiciones de salud del binomio madre - hijo en la comunidad Quindiana, condiciones no tan positivas para una gestación sana, como la observada en adolescentes y el comportamiento de indicadores de riesgo nutricional en los grupos de gestantes, adolescentes, neonatos.
- Por trastornos mentales el evento Suicidio (tasa x 100.000 habitantes), presenta alta presencia y un comportamiento similar al del país, aunque casi duplica su tasa en el evento violencia contra el menor.
- Como eventos que hacen un llamado de atención al Departamento en un contexto integral, dado que sus tasas exceden el límite superior nacional, se reportan: letalidad por dengue y por hepatitis, la incidencia de sífilis congénita y la incidencia de violencia contra la mujer. La profundización de estos temas, la integración de la información (fuentes e investigaciones de campo), el análisis de situación de programas y estrategias dirigidos a combatir estos eventos, deben dar clara orientación de la intervención futura sin perder de vista, que precisamente el monitoreo y control de los indicadores de resultados en el tiempo, es lo que dará cuenta de la efectividad y eficacia de las decisiones tomadas bajo criterios de políticas departamentales para lograr real impacto sobre la situación de salud de la comunidad.
- Persiste la presencia del evento de sífilis congénita, que refleja un severo problema de calidad en el proceso de atención en los servicios de salud (públicos y privados) y muy posiblemente relacionado con las competencias educativas del personal de salud en el tema, situación que puede ser fácilmente subsanable en procesos de capacitación continua e implementación de sistemas de control relacionados con vigilancia epidemiológica estricta en los programas y las atenciones brindadas a las gestantes como de una reestructuración de los servicios de atención a la gestante, al parto y al recién nacido, acorde a la Política de Atención Integral en salud (PAIS).
- Todo un trabajo y todo un reto a nivel social, familiar y cultural se debe estructurar para disminuir la tasa de incidencia de violencia contra la mujer, situación que se complementa con la intervención para bajar la tasa de incidencia de violencia familiar que superan el

riesgo Nacional; en este aparte relevante mencionar además lo correspondiente a la violencia contra el menor

Desde una perspectiva administrativa, si bien el sistema de vigilancia epidemiológica liderado por la Secretaria de Salud del Departamento del Quindío se enmarca como fortaleza institucional, bien es necesario plantear el cubrimiento de necesidades para mantenerlo y superar aspectos relacionados con el fortalecimiento del talento humano, herramientas y otros recursos que posibiliten una mejor adecuación a las exigencias de ley, requerimientos técnicos y plan de desarrollo previsto con innovación, ajustes tecnológicos para el mejor cumplimiento de su rol y responsabilidades: En este mismo contexto y a manera de recomendación, se considera relevante comentar que para un fortalecimiento del sistema de notificación y en general de la vigilancia epidemiológica en el Departamento, se deben hacer énfasis en los procesos analíticos que controlen el sub-registro frente a la magnitud de casos y eventos que la comunidad o el mismo personal de salud no identifican, relacionan y reportan y pueden subestimar la real magnitud del problema, limitan las acciones de intervención de la vigilancia epidemiológica y las intervenciones en salud pública requeridas. Esta recomendación en el contexto de mejoramiento continuo de procesos, dado que se ha reconocido el avance del desarrollo del sistema departamental, donde como eje, se tiene el sistema de notificación de los eventos de notificación obligatoria (ENO).

A continuación y haciendo referencia a comentarios técnicos (tipo conclusiones) respecto del comportamiento de la discapacidad en el Departamento del Quindío, se reporta:

- La prevalencia de personas con una discapacidad se sitúa para 2014 en 2.10%; la pirámide de población en condición de discapacidad, identifica discapacidad en todos los grupos etarios, con una base predominante en los mayores de 80 años, con ensanchamiento en los grupos entre los 15 a 29 años, algo más en los hombres, como posible secuela de accidentalidad escolar, estudiantil, accidentalidad de tránsito, violencia y las relaciones con eventos ocupacionales en trabajadores jóvenes. Para el Departamento del Quindío es evidente la sobrecarga social en el concepto del índice de dependencia de la vejez, que si esta incrementado con una persona en condición de discapacidad, la dependencia se convierte en una doble carga para la población; situación que se observa con el alto crecimiento de la población en las edades después de los 55 años, como impacto de las enfermedades crónicas mal manejadas en sus tempranos inicios.
- Se observa que los tres tipos de alteraciones más frecuentes en la población con discapacidad del departamento del Quindío en 2014, son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (50.71%); con el sistema nervioso (41.39%) y con los ojos (36.2%), información que debe cruzarse con comportamiento de la morbilidad, eventos precursores donde las patologías crónicas y sus complicaciones son las causantes de la discapacidad (accidentes vasculares cerebrales, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares). Resaltar que por sexo la mayor carga de discapacidad es en mujeres de grupos de edad mayor, situación concordante con elementos técnicos demográficos antes expuestos, entre otras variables relacionadas con morbilidad y comportamiento de los eventos precursores.

- Al profundizar sobre la causalidad de la discapacidad, se hace necesario hacer un marco de reflexión más amplio, cuyos elementos se describen en el ASIS cuando se diferencia según grupos de edad, sexo, la morbilidad, sus causas y complicaciones entre otro tipo de determinantes sociales-económicos, culturales y educativos. Los tipos de alteraciones generadoras de discapacidad tienen origen por diferentes causas principales, como enfermedad general (hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes) y sus complicaciones, accidentes donde predominan los de tránsito, del trabajo y en el hogar y algunos los accidentes deportivos y los producidos en el centro educativo; las alteraciones genéticas y hereditarias, condiciones de salud de la madre durante el embarazo y hechos violentos donde se afecta más al hombre, generalmente por delincuencia y algunas lesiones de carácter social (relacionadas con distintos tipos de violencia).

El prevenir en sus diferentes etapas la morbilidad descrita, en la adecuada gestión de las rutas de atención, impactara sobre el comportamiento de la incidencia de la discapacidad; tal dinámica brinda entonces, más argumentos técnicos para la planificación y destinación de recursos en salud pública frente a los eventos en mención, que motiven la profundización y el cruce de datos y variables en el sistema integrado de información para la planificación de acciones, en especial, para grupos de población (considerados de riesgo) y para el monitoreo, la realización de evaluaciones respecto de las acciones, programas e intervenciones ejecutadas.

Se destaca dentro de reporte, el que las personas en condición de discapacidad están accediendo progresivamente más a ocupar puestos laborales, que da cuenta de cambios culturales y sociales, donde se protegen poblaciones más vulnerables y se enfrenta la discriminación frente a condiciones especiales de sus pobladores. Hay que destacar que la Ley protege a estas personas y adicionalmente, se entrega incentivos el empleo al dar mejoras en impuestos a empleadores.

Avanzando en el Documento ASIS QUINDIO – 2016 y en sus conclusiones, se aborda el análisis de los determinantes sociales en salud, integrándose aspectos fundamentales y estructurales para la dinámica de desarrollo del Departamento y su interacción con las variables del proceso salud-enfermedad.

- La ubicación de estas dos condiciones: bajo peso al nacer y la enfermedad sífilis congénita en la dinámica de la protección social y de salud del binomio madre/hijo, pero cuyos resultados afectan de manera contundente el recién nacido; puede aseverarse que constituyen con alta probabilidad, uno de los resultados más importantes del ASIS QUINDIO/2016, dado que cuestionan la seguridad alimentaria de las gestantes, la integralidad de su atención y vigilancia, a la vez que se cuestiona desde una enfermedad (que podemos denominar trazadora), la calidad de la atención de los programas de atención dirigidos a gestante, donde de manera muy importante participan todos los miembros del equipo de salud (con una mayor responsabilidad por parte de la enfermera jefe, el médico y el médico especialista de gineco-obstetra); el cuestionamiento tiene mayor trasfondo, cuando desde el punto de vista diagnóstico hay recursos, se dispone de protocolos – guías de práctica clínica basadas en la evidencia, refrendadas en este caso por el Ministerio de Salud y Protección Social y la sociedad científica y se dispone de medicamentos eficaces para el manejo de la sífilis en la gestante. Así las cosas, muy importante la planificación y ejecución de un plan de mejoramiento Departamental que

involucre todos los actores Secretarías de Salud, entidades aseguradoras, instituciones prestadoras y como eje central los programas de atención dirigidos a las gestantes y recién nacidos. En el mismo sentido del análisis la prioridad del trabajo en la comunidad rural, donde pueden ser más relevantes aspectos relacionados con nivel educativo entre otras variables de tipo cultural, así como la misma relación con la red prestadora de los servicios de salud y las barreras de acceso a los mismos. A manera de recomendación y dando prioridad al monitoreo del evento sífilis congénita en el Departamento, el utilizar mapas de riesgo e integrar variables de la madre relacionadas con su nivel educativo, ubicación rural y el índice NBI, favorecerá el análisis, la toma de decisiones, la orientación de investigaciones.

- Al integrar en el análisis las variables de seguridad alimentaria y nutrición, algunos aspectos son preocupantes y de manera concreta en población más vulnerable como los recién nacidos, donde su bajo peso al nacer y el tiempo inadecuado de duración de la lactancia materna incrementan en el primer semestre de vida, las posibilidades de enfermar y de morir.
- Al respecto de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, si bien las cifras son diferentes al promedio Nacional, el indicador es expresión de una historia negativa en el contexto de la atención nutricional y la seguridad brindada a la población infantil a lo largo de su corta vida; en tal sentido, hay importante cuestionamiento social respecto a las condiciones de las familias y al impacto logrado previamente por los programas dirigidos a proteger esta población en la dimensión nutricional. El análisis a profundidad y la reorientación de las intervenciones, pueden monitorearse a futuro y darse el respectivo reporte de los resultados y la efectividad-eficacia de las respectivas acciones de mejora estatales y de las entidades responsables de impactar la problemática.
- Un tema nutricional de alta relevancia para la población mayor de 18 años, la tendencia de la obesidad (al aumento) refleja como el departamento del Quindío se encuentra 6% por encima del indicador nacional; el tema de gran importancia al integrarse a la información con eventos precursores (diabetes mellitus, hipertensión arterial) y el perfil de causas de morbi-mortalidad, donde hay clara interacción científica en la relación de la obesidad con enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, renales crónicas; importante entonces, bajo un enfoque de riesgo epidemiológico y de las intervenciones de salud pública, la identificación de un factor de riesgo modificable como la obesidad a través de acciones directamente relacionadas con estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, entre otros).
- En complemento con las variables que preceden y amplían el ASIS, se incluyen condiciones y factores psicológicos - culturales, alertándose sobre otros aspectos fundamental de la dinámica social del Departamento del Quindío y que de manera clara, interactúan o tienen directa incidencia sobre problemáticas relevantes a la realidad de la comunidad y que además cuestionan los resultados pasados y presentes de las tareas emprendidas; se reporta un 8% menos de consumo de frutas y verduras (grupo 5 -64 años), prevalencia de consumo de alcohol en escolares 11 a 18 años similar al promedio nacional, prevalencia de consumo de marihuana en escolares mayor al promedio del país, la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita supera las cifras nacionales, así

como la prevalencia de fumadores actuales, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y la tasa de incidencia de violencia contra la mujer también son superiores. Estudiar, investigar, evaluar y planear para intervenir estas problemáticas supera los alcances de este trabajo; sin embargo si se interpreta la existencia de un serio cuestionamiento a las dinámicas sociales en que se desarrolla el Departamento, que además superan las competencias del sector salud y que involucran todos los actores del colectivo, siendo fundamental la comunidad misma.

En relación al sistema sanitario insistir sobre algunos aspectos que merecen su revisión para la orientación de acciones sectoriales y gubernamentales.

- Se amerita, en el contexto departamental, profundizar y analizar lo reportado frente a los hogares que presentan barreras de acceso a los servicios de salud, si previamente existe un reconocimiento sobre la diferencia en lo relacionado con accesibilidad geográfica (al comparar con otras zonas del país) y la importante cobertura de aseguramiento; obviamente aclarar la relación prestadores - aseguradores entre otras variables, despejando las inquietudes.
- Muy importante monitorear la tendencia al descenso en coberturas de vacunación y actuar oportunamente, para que este fenómeno no se profundice, pudiendo ocasionar coberturas no útiles y colocar en riesgo la salud de la población objetivo.

Frente a la estructura de la prestación de servicios de salud, la información disponible en este documento ASIS además de ser útil, se convierte en una invitación para que los actores profundicen sus análisis frente a problemáticas conocidas y vigentes, entre otros retos, que se definen según la dinámica del sistema general de seguridad social en salud del país, sus marcos normativos y la difícil dinámica relacionada con el flujo de los recursos del sistema que afectan los organismos de dirección y la red de prestación de servicios de salud en toda su dimensión.

A manera de reflexión y como reto técnico, que no solo involucra la Dirección territorial de salud, las variables expuestas respecto a la habilitación de servicios, capacidad instalada, oferta, han de integrarse con otra información disponible y por completar y comparar en el marco del documento disponible sobre la red de servicios y la situación actual de la red de prestadores del Departamento, según las tensiones financieras en las relaciones con los diversos aseguradores, además de las tareas futuras según los nuevos lineamientos y políticas (como es el caso de redes integrales para la prestación de los servicios de salud), que trascienden en la dinámica los ámbitos locales y departamentales; el comentario técnico debe traducirse en invitación para la integración de actores, los diálogos requeridos para los diversos escenarios planificadores relacionados con la dinámica de la prestación de los servicios de salud, consideraciones financieras y de la calidad de los mismos que superan los alcances de este trabajo.

A continuación y de manera muy sintética para la finalización de estas conclusiones del ASIS QUINDIO 2016, los comentarios relacionados con el análisis de los determinantes de las inequidades en salud que previamente fueron expuestos de una manera más amplia al final del documento.

- Es muy claro entonces que si bien desde lo sectorial (Salud) se exponen los determinantes de las inequidades en salud es el trabajo intersectorial y la mirada gubernamental lo que posibilita se planifiquen acciones integrales y estructurales que le brinden posibilidades al

colectivo de desarrollarse y de imprimir mejoras en sus condiciones de vida, así como su situación de salud en el marco del proceso riesgos, salud-enfermedad.

- Comparativamente entre 2005-2014 la tendencia de algunos indicadores de ingreso socio-económico, reportan para el Departamento del Quindío disminución en el índice de pobreza, en su tasa de desempleo y el coeficiente de Gini expresa una disminución en la desigualdad en los ingresos de los hogares. Ya relacionando el índice de necesidades básicas insatisfechas – NBI, el 40% de los casos de sífilis congénita y el 50% de las muertes maternas se concentran en el grupo humano con mayores índices de NBI.