

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

DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2016



ASIS 2016



Gobernación del Quindío



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL QUINDIO

DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA



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

ASESORA MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

LUZ STELLA RIOS MARIN

Grupo Planeación en Salud Pública – Dirección de Epidemiología y Demografía

DISEÑO Y ELABORACION:

ANA CECILIA LOPEZ VIDAL

Profesional Especializada. Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

ROMELIA GONZALEZ QUINTERO

Ingeniera de Sistemas. Vigilancia de Eventos de Interés en Salud Pública

Junio de 2017



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.....19

INTRODUCCION21

METODOLOGÍA.....23

1 CAPITULO I. TERRITORIO Y DEMOGRAFIA27

1.1 EL TERRITORIO DEPARTAMENTAL 27

1.1.1 LOCALIZACIÓN EN EL PAÍS..... 27

1.1.2 GEOGRAFÍA DEL TERRITORIO 30

1.1.3 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA 43

1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO 46

1.2.1 POBLACIÓN TOTAL 46

1.2.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA..... 55

1.2.3 POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD..... 55

1.2.4 COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO 58

1.2.5 DINÁMICA DEMOGRÁFICA 61

1.2.6 TASA NETA DE MIGRACIÓN 64

1.2.7 MOVILIDAD FORZADA 65

1.3 ZONAS DE RIESGO 67

1.3.1 AMENAZAS DE TIPO NATURAL 67

CONCLUSIONES.....72

2 CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.....78

2.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL Y MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS. 79

2.1.1 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS 92

2.1.2 TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD..... 108

2.1.3 MORTALIDAD AJUSTADA POR SUBGRUPOS DE CAUSAS POR SEXO 116

2.1.4 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP 132

2.1.5 TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP) 138

2.1.6 TASA DE AVPP AJUSTADA SEGUN SEXO Y POR GRANDES CAUSAS..... 140

2.1.7 SEMAFORIZACIÓN POR MORTALIDAD 143

2.2 MORTALIDAD ESPECIAL 145

2.2.1 MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ 145

2.2.2 MORTALIDAD NEONATAL..... 148

2.2.3 MORTALIDAD POR CAUSAS SEGÚN LA LISTA 6/67 EN MENORES DE 1 AÑO Y ENTRE 1 A 5 AÑOS. 153

2.2.4 MORTALIDAD MATERNA..... 165

2.2.5 ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ. 167

2.3 DETERMINANTES DE SALUD INTERMEDIARIOS EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ 168

2.4 DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ. 171

2.4.1 ETNIA..... 172

2.4.2 ÁREA DE RESIDENCIA 172



2.5 IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO - INFANTIL 174

3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA. 174

3.1 CAUSAS EN CONSULTA AMBULATORIA..... 174

3.1.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA POR CONSULTA..... 175

3.1.2 CAUSAS DE CONSULTA URGENCIAS 178

3.1.3 CAUSAS HOSPITALIZACION (EGRESO) 180

3.1.4 ANÁLISIS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL..... 185

3.1.5 MORBILIDAD POR SUBGRUPOS DE CAUSAS EN LOS CICLOS VITALES 202

4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, 2009 A 2016..... 250

4.1 PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD POR SEXO 253

4.2 CONCLUSIONES 260





LISTA DE TABLAS



Tabla 1: Municipios departamento Quindío por extensión territorial en km²y área de residencia (a), 2016..... 29

Tabla 2: Cuenca hidrográfica Quindío, ríos tributarios, 2013. 32

Tabla 3: Variación mensual del caudal otras fuentes hídricas del departamento del Quindío, años 2014 y 2015..... 33

Tabla 4: Variación Mensual del caudal en algunas fuentes hídricas del Departamento del Quindío años 2014 – 2015 y promedio mensual multianual a 2016..... 37

Tabla 5: Variación Mensual del Caudal de Oras Fuentes hídricas del Departamento del Quindío año 2016. 38

Tabla 6: Altura media sobre el nivel del mar, municipios, Quindío 2013. 40

Tabla 7: Temperatura, humedad, precipitación municipios Quindío, 2012. 41

Tabla 8: Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío..... 43

Tabla 9: Total, kilómetros de vías por tipo, departamento Quindío, 2015..... 45

Tabla 10: Total, pasajeros aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2016. 45

Tabla 11: Población total y por área de residencia, departamento Quindío, 2016. 47

Tabla 12: Crecimiento poblacional años 2005 - 2020, departamento Quindío..... 49

Tabla 13: Áreas municipales (urbanas y rurales) y densidad poblacional departamento Quindío, 2016.49

Tabla 14: Total, viviendas, personas en viviendas, personas totales y personas por vivienda, departamento Quindío. 2005..... 51

Tabla 15: Resultados Encuesta Calidad de Vida, región Central, Colombia 2015..... 51

Tabla 16: Total, tipos de vivienda, departamento Quindío 2016..... 52

Tabla 17: Porcentaje de hogares (vivienda) municipales con privación, departamento Quindío 2005.. 53

Tabla 18: Población por pertenencia étnica, departamento Quindío, 2005..... 54



Tabla 19: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2016 y 2020. 56

Tabla 20: Indicadores de estructura demográfica en el departamento, (porcentaje), departamento, Quindío 2005 a 2020. 60

Tabla 21: Dinámica demográfica estimada, departamento Quindío, 2010 a 2020. 63

Tabla 22: Porcentaje poblacional víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, departamento Quindío 2015. 65

Tabla 23: Víctimas Registradas según Municipio donde Residen o se encuentran (Corte a mayo 10 de 2017)..... 66

Tabla 24: Número y porcentaje de viviendas con algún tipo de riesgo natural, por estrato y zonas, departamento, Quindío, 2012..... 69

Tabla 25: Nivel de vulnerabilidad municipal, departamento Quindío, 2014. 72

Tabla 26: Total, de muertes ocurridas, agrupadas por la lista 6/67 OPS, departamento Quindío 2005 al 2014..... 80

Tabla 27: Tasas Brutas de Mortalidad por Grandes Causas, departamento Quindío, 2005 al 2014 (tasas por 100.000 habitantes). 81

Tabla 28: Total, tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014. 83

Tabla 29: Total, tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014. 84

Tabla 30: Total, tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014. 86

Tabla 31: Total, tasas específicas por afecciones periodo perinatal, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014..... 88

Tabla 32: Tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014. 89

Tabla 33: Tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014. 91

Tabla 34: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2014..... 92





Tabla 35: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 Enfermedades Transmisibles, departamento Quindío, 2005 a 2014. 94

Tabla 36: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas neoplasias, departamento Quindío, 2005 a 2014. 96

Tabla 37: Total, defunciones (eventos) y tasas ajustadas de mortalidad según 67 causas circulatorias, departamento Quindío 2005 a 2014. 99

Tabla 38: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas afecciones perinatales, Departamento Quindío, 2005 a 2014. 101

Tabla 39: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas externas, departamento Quindío, 2005 a 2014. 103

Tabla 40: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según otras causas de enfermedades, departamento Quindío, 2005 a 2014. 106

Tabla 41: Total, defunciones (eventos) y tasas ajustadas de mortalidad según Signos, síntomas y afecciones mal definidas, departamento Quindío, 2005 a 2014. 108

Tabla 42: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2014. 108

Tabla 43: Total, AVPP en hombres, mujeres y total por las Grandes Causas, Quindío. 2005 al 2014. .. 133

Tabla 44: Tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista OPS 6/67, departamento Quindío 2005 – 2014. 139

Tabla 45: Tasa ajustada de AVPP por grandes causas y por sexo, departamento Quindío 2005 – 2014. 141

Tabla 46: Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Quindío, 2005-2014. 144

Tabla 47: Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2014. 146

Tabla 48: Tasa de mortalidad Neonatal, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2009 a 2014. 149

Tabla 49: Tasas específicas de mortalidad Infantil, según la lista de 67 causas y causa específicas, departamento, Quindío, 2005 – 2014. 156

Tabla 50: Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 5 años de edad, Departamento del Quindío 2005 – 2014. 162





Tabla 51: Tasas específicas de mortalidad en menores de 0 a 5 años, según la lista de las 67 causas departamento, Quindío, 2005 – 2014..... 164

Tabla 52: Semaforización tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento, Quindío 2005 – 2014..... 168

Tabla 53: Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI en el Quindío, 2014..... 169

Tabla 54: Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, Quindío, 2013 – 2014..... 172

Tabla 55: Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, Quindío, 2013 – 2014..... 173

Tabla 56: Identificación de prioridades en salud, departamento del Quindío. 174

Tabla 57: Treinta primeras causas de consulta según 298 causas, Quindío 2015. 176

Tabla 58: Primeras causas de consulta por urgencia, por sexo, Quindío 2015..... 179

Tabla 59: Principales motivos de egreso hospitalario, Quindío 2015. 181

Tabla 60: Comparativo de la demanda de servicios Colombia / Departamento del Quindío, 2015..... 182

Tabla 61: Análisis de riesgo del grupo uno, Quindío 2015. 184

Tabla 62: Análisis de riesgo del grupo dos, Quindío 2015. 185

Tabla 63: Total, porcentual de causas de morbilidad en población general según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2015), Quindío 2009 – 2015..... 186

Tabla 64: Total, porcentual de causas de morbilidad en hombres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2015..... 188

Tabla 65: Total, porcentual de causas de morbilidad en mujeres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2011 a 2014), Quindío 2009 – 2015..... 189

Tabla 66: Total, personas atendidas primera infancia, Quindío 2009 – 2015..... 197

Tabla 67: Total, personas atendidas infancia, Quindío 2009 – 2015. 198

Tabla 68: Total personas atendidas adolescencia, Quindío 2009 – 2015. 199

Tabla 69: Total, personas atendidas en la juventud, Quindío 2009 – 2015..... 200



Tabla 70: Total, personas atendidas adultez, Quindío 2009 – 2015. 200

Tabla 71: Total personas atendidas persona mayor, Quindío 2009 – 2015..... 201

Tabla 72: Total, atenciones por ciclo de vida, Quindío 2009 – 2015. 202

Tabla 73: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2015. 203

Tabla 74: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2015. 207

Tabla 75: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Quindío 2009 – 2015..... 210

Tabla 76: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la infancia, Quindío 2009 – 2015..... 212

Tabla 77: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Quindío 2009 – 2015..... 214

Tabla 78: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Quindío 2009 – 2015..... 216

Tabla 79: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Quindío 2009 – 2015..... 217

Tabla 80: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años Quindío 2009 – 2015. 219

Tabla 81: Morbilidad específica por las lesiones, Quindío 2009 – 2015..... 222

Tabla 82: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008-2014..... 229

Tabla 83: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008-2015..... 229

Tabla 84: Eventos precursores del departamento, Quindío, 2009 -2015. 231

Tabla 85: Cinco primeros eventos de notificación – Departamento, Quindío (2011 – 2016). 234

Tabla 86: Eventos de vigilancia en salud pública, departamento Quindío 2011 – 2016..... 235





Tabla 87: Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del departamento Quindío, 2007 – 246

Tabla 88: Total personas por alteraciones permanentes del departamento del Quindío, 2009-2016.. 253

Tabla 89: Alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del Quindío, 2016 255

Tabla 90: Alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Quindío, 2016..... 255

Tabla 91: Histórico de registro de personas en condiciones de discapacidad en Quindío a noviembre de 2015..... 256

Tabla 92: Porcentaje de ingreso de tipos de discapacidad por año en Quindío, a noviembre de 2015 257

Tabla 93: Determinantes intermedios en Quindío y Colombia, 2015..... 267

Tabla 94. Determinantes intermedios de la salud - Seguridad Alimentaria y Nutricional del Quindío, 2015 270

Tabla 95: Resultados gran encuesta Integrada de Hogares – series anuales indicadores laborales Dpto del Quindío 2010 – 2016 272

Tabla 96: Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales del Quindío 275

Tabla 97: Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento 277

Tabla 98: Porcentaje de población sin aseguramiento y con barreras de acceso a los servicios de salud, por IPM, departamento y municipios Quindío, 2005..... 278

Tabla 99: Total de servicios habilitados por grupos de servicios, departamento Quindío, 2015 279

Tabla 100: Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud, departamento Quindío, 2015 279

Tabla 101: Capacidad Instalada, total y cobertura tasa por 1.000 habitantes, departamento Quindío. 2015..... 284

Tabla 102: Otros indicadores de ingreso socio económicos, Quindío 2005 – 2014 286

Tabla 103: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2015..... 287

Tabla 104: Condiciones de la cobertura educativa por el IMP proyección DNP departamento, Quindío, 2005..... 289





Tabla 105: Condiciones laborales, según el IPM en el Quindío, por municipio 292

Tabla 106. Priorización de los problemas de salud del Quindío, 2016 294

Tabla 107: Indicadores de los Índices de necesidades en salud, Quindío, 2013..... 296

Tabla 108: Índice de Necesidades en Salud del departamento, 2015 297





LISTAS DE FIGURAS

Figura 1: Pirámide Poblacional 2005 – 2020, departamento. Quindío..... 55

Figura 2: Volumen de la población por ciclo vital, departamento Quindío 2005, 2016 y 2020..... 57

Figura 3: Población por sexo y grupo de edad y razón Hombre mujer (H/M), departamento Quindío, 2016
..... 58

Figura 4: Dinámica demográfica de la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de mortalidad, departamento Quindío, 1985 al 2010. 64

Figura 5: Esperanza de vida al nacer total y por sexo, departamento Quindío, 1985 – 2020. 64

Figura 6: Tasa neta de migración, departamento de Quindío, 1985 a 2020..... 65

Figura 7: Comportamiento de la tasa bruta de mortalidad por grandes causas departamento, Quindío, 2005 a 2014. 82

Figura 8: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas, departamento Quindío 2005 a 2014. 94

Figura 9: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Neoplasias, departamento Quindío 2005 a 2014
..... 96

Figura 10: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades cardiovasculares,
departamento del Quindío 2005 a 2014. 99

Figura 11: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, Quindío 2005 a 2014. 101

Figura 12: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Causas Externas, Quindío 2005 a 2014. ... 103

Figura 13: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por otras causas diversas, departamento Quindío 2005 a 2014. 106

Figura 14: Tasa de mortalidad ajustada (estándar) por edad, departamento Quindío, 2005 – 2014.... 111

Figura 15: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres departamento Quindío, 2005 – 2014.
..... 113



Figura 16: Tasa de mortalidad ajustada por edad, mujeres del departamento Quindío, 2005 – 2014. 114

Figura 17: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades Transmisibles en hombres, Quindío 2005 – 2013..... 119

Figura 18: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades transmisibles en mujeres, Quindío, 2005 – 2013..... 120

Figura 19: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Quindío, 2005 – 2014..... 122

Figura 20: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Quindío, 2005 – 2014. 123

Figura 21: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Quindío, 2005 – 2014. 124

Figura 22: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Quindío, 2005 – 2014..... 125

Figura 23: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Quindío, 2005 – 2014. 126

Figura 24: Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres, Quindío, 2005 – 2014..... 127

Figura 25: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en hombres, Quindío, 2005 – 2014.128

Figura 26: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en mujeres, Quindío, 2005 – 2013.129

Figura 27: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en hombres, Quindío 2005 – 2014..... 131

Figura 28: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en mujeres, Quindío 2005 – 2014..... 132

Figura 29: Total de AVPP años todas las causas. Quindío 2005 a 2013. 135

Figura 30: AVPP por grandes causas, lista 6/67 de la OPS, Quindío, 2005 – 2014..... 136

Figura 31: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en hombres, Quindío, 2005 – 2014. 137



Figura 32: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en mujeres, Quindío, 2005 – 2014..... 138

Figura 33. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67, Quindío, 2005 – 2014..... 140

Figura 34: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Quindío, 2005 – 2014.
..... 142

Figura 35: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado, mujeres del Quindío, 2005 – 2014 .. 143

Figura 36: Tasa de mortalidad infantil Ajustada, Quindío, 2005- 2013..... 148

Figura 37: Tasa de mortalidad neonatal, Quindío, 2005- 2014..... 149

Figura 38: Tasa de mortalidad en la niñez, Quindío, 2005- 2014..... 150

Figura 39: Tasa de mortalidad por EDA, Quindío, 2005- 2014..... 151

Figura 40: Tasa de mortalidad por IRA, Quindío, 2005- 2013. 152

Figura 41: Tasa de mortalidad por desnutrición, Quindío, 2005- 2014. 153

Figura 42: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2014..... 166

Figura 43: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2014..... 167

Figura 44: Tasa de mortalidad infantil por NBI en el Quindío, 2014. 171

Figura 45: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2014. 173

Figura 46: Morbilidad atendida en la primera infancia, Quindío, 2009 – 2015. 191

Figura 47: Morbilidad atendida en la Infancia, Quindío, 2009 – 2015..... 192

Figura 48: Morbilidad atendida en la Adolescencia, Quindío, 2009 – 2015. 193

Figura 49: Morbilidad atendida en la Juventud, Quindío, 2009 – 2015..... 194

Figura 50: Morbilidad atendida en la Adulthood, Quindío, 2009 – 2015. 195

Figura 51: Morbilidad en persona mayor de 60 años, Quindío, 2015..... 196

Figura 52: Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento Quindío, 2015 231

Figura 53: Tendencia de notificación al SIVIGILA, departamento Quindío 2007 a 2016. 239

Figura 54: Tendencia de las tasas de incidencia de ENO, SIVIGILA, departamento, Quindío 2011 – 2016
..... 242



Figura 55: Pirámide de la condición de discapacidad en Quindío a 2016..... 252

Figura 56: Urbanismo, Bajo Peso al Nacer y Sífilis Congénita, a través del Índice de Concentración... 268

Figura 57: NBI, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración..... 287

Figura 58: Condiciones de la cobertura educativa del Quindío, por el IMP, proyección 2005 DNP 289

Figura 59: Analfabetismo, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración..... 290

Figura 60: Población económicamente activa departamento Quindío, 2001 -2007 291

Figura 61: Población económicamente activa departamento y Colombia, 2001 -2007 291

Figura 62: Empleo informal, trabajo infantil y dependencia económica, Quindío. 292





LISTAS DE MAPAS

Mapa 1: Departamento Quindío en Colombia..... 28

Mapa 2: División política administrativa y limites, Departamento Quindío 2013..... 30

Mapa 3: Subcuenta del Rio Quindío. 39

Mapa 4: Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, departamento, Quindío, 2013..... 40

Mapa 5: Vías y Aeropuerto de Departamento Quindío 2013. 44

Mapa 6: Porcentaje de Urbanización/Ruralización de la población departamento Quindío, 2013..... 48

Mapa 7: Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento Quindío, 2013..... 50

Mapa 8: Distribución de los municipios según volumen de viviendas, departamento Quindío, 2005..... 52

Mapa 9: Susceptibilidad de incendios forestales recalculada incluyendo los niveles de ocurrencias históricas Quindío 2011..... 71



PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud, viene presentando una transformación metodológica importante, teniendo en cuenta los avances logrados en las normas que promueven los ASIS como instrumento fundamental para la toma de decisiones desde todas las instancias con competencia relacionada, resaltando la participación transectorial, como lo dispuesto, en la Resolución 1536 de 2015, donde se define el ASIS como parte fundamental para la generación de los Planes Territoriales de Salud, la Resolución 0429 de 2016 por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, la cual atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, la Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 como una apuesta política por la equidad en salud.

El Análisis de Situación de Salud, permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores; facilitan la identificación de necesidades, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados, y la evaluación de su impacto en salud". Estudia además la interacción entre las condiciones de vida, causas y el nivel de los procesos de salud en los diferentes niveles del territorio, políticos y sociales. Incluyen como fundamento, el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y ocupación, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2014)

El presente documento se desarrolla a partir de la guía conceptual y metodológica, dada por el Ministerio de Salud y Protección Social, sus anexos y las plantillas sistematizadas de datos, que se constituyen en el material básico para la elaboración del ASIS, se estandariza un proceso de manejo de los datos que permite a las entidades territoriales, identificar desde la base social, ambiental, económica, epidemiológica

de los individuos, los factores que inciden en el comportamiento del proceso salud – enfermedad, generando una herramienta informática efectiva, que permite la proyección y materialización de políticas públicas que busquen la integración y coordinación de todos los sectores de forma asertiva y centrada en las personas,



plasmado en un plan de atención tanto colectivo como individual, para construir un desarrollo en salud digno de los habitantes del territorio Quindiano.

20

En el documento se encuentran tres contenidos que resumen la totalidad del contenido estructural

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



INTRODUCCION

Toda política Nacional o territorial, debe partir del conocimiento del Análisis de la situación de salud y sus determinantes sociales, considerados como factores condicionantes de las intervenciones proyectadas, las cuales deben contar con la integralidad y coordinación entre los actores del sistema de salud (Salud Pública, Prestadores de Servicios de salud y Aseguradores) y demás sectores con competencia, con el fin de obtener estrategias e instrumentos que permitan la transformación que busca la Política de Atención Integral en Salud “PAIS” “Un Sistema de Salud al Servicio de la Gente” emanado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Es así como el proceso de Análisis de Situación de Salud viene presentando transformaciones en relación a su contextualización acorde a la necesidad de visualizar los determinantes sociales que intervienen en el proceso salud – enfermedad, que requieren del concurso integral de todos los sectores competentes y de la comunidad, para lograr impactar en forma efectiva en el comportamiento situacional de los eventos y factores que impactan positiva o negativamente en la salud de la población, convirtiéndose en una herramienta informativa útil de orientación, para la planeación y toma de decisiones relacionadas con la salud con el fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el territorio.

El documento 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.



El gobierno Departamental se propone “...impulsar la construcción de la paz en el Quindío... “En Defensa del Bien Común”, los actos del gobierno “...confluyen... con fortaleza a lo que, en la visión... construida participativamente, la ciudadanía denominó Quindío Territorio Verde” ¹ para el disfrute y la felicidad.

Dado lo anterior, el Plan de Desarrollo del Departamento del Quindío 2016 – 2019 “En Defensa del Bien Común” enfoca su intervención en 5 ejes estratégicos, los cuales se orientan al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, relacionando en forma inicial la intervención desde diferentes determinantes sociales de la siguiente manera:

- **Desarrollo Sostenible.** Eje enfocado a la mitigación y adaptación al cambio climático en el Quindío, para atender los graves problemas de disponibilidad, uso y tratamiento de las aguas en el departamento.
- **Prosperidad Con Equidad.** Eje generado para afrontar la desaceleración económica del Departamento del Quindío.
- **Inclusión Social.** Eje centrado en la protección a la vida y en la educación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, para que aporten al desarrollo de un nuevo Quindío
- **Seguridad Humana.** Eje relacionado con el Quindío como Departamento inteligente, tolerante y solidario, para resolver los problemas de inseguridad, interviniendo además otros aspectos que ponen en riesgo inmediato la existencia de diversas poblaciones dentro de un enfoque de Seguridad Humana.
- **Buen Gobierno.** Eje integral que propone el rescate del interés común, ante la crisis de gobernabilidad democrática en el departamento.

¹ 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 ².

Este SISPRO integra información de estas fuentes:

- DANE: Censo Nacional de población y vivienda de 2005
- DANE: Estadísticas de mortalidad y natalidad nacional de 2014
- Ministerio de Salud y Protección Social: Atenciones en salud 2016

² Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos SISPRO



- Ministerio de Salud y Protección Social: registro de población con Discapacidad a 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Sistema de registro de vacunación PAI de 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social: Base Única De Afiliados a 2016
- Instituto Nacional de Salud: Sistema de Vigilancia de la Salud Pública - SIVIGILA de 2016.
- Registro de Víctimas de la Violencia
- Cuenta de alto costo

El ASIS incluye además informes de otras fuentes no integradas como:

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

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 construyó 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 describen 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. Además, se cuenta con un análisis de la 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 mismo **Capítulo II** Análisis de la Morbilidad, se determina la enfermedad atendida con una comparación global nacional y se hace una 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.

Igualmente en el **Capítulo II**, 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 III**, 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 índice de necesidades en salud INS del Departamento.

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.



1 CAPITULO I. TERRITORIO Y DEMOGRAFIA

1.1 EL TERRITORIO DEPARTAMENTAL

1.1.1 LOCALIZACIÓN EN EL PAÍS

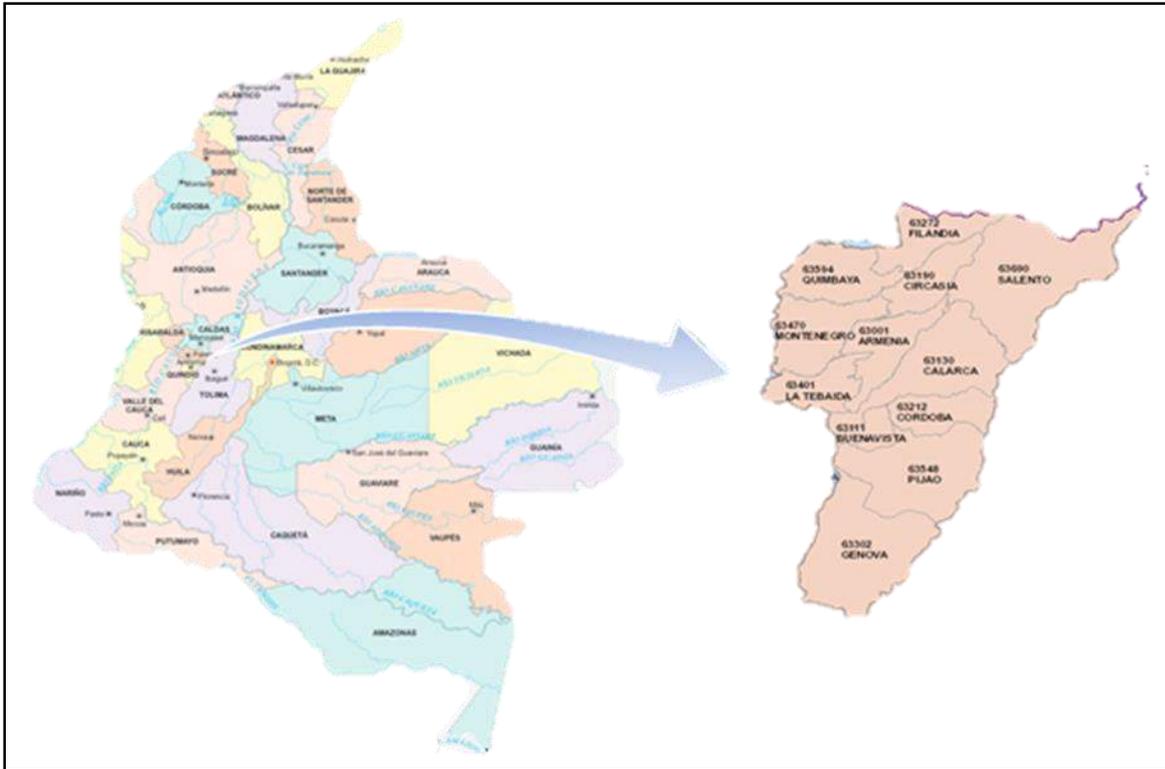
El Departamento del Quindío está ubicado en la parte centro - occidental del país, localizado entre los 04°04'41" y 04°43'18" de latitud norte y entre los 75°23'41" y 75°53'56" de longitud oeste. Limita por el Norte con los departamentos del Valle del Cauca y Risaralda, por el Este con el departamento del Tolima, por el Sur con los departamentos de Tolima y Valle del Cauca y por el Oeste con el departamento del Valle del Cauca. 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 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. 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 ³, se ha trabajado con ahínco desde la arriería campesina; es y ha sido la 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 guadales 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

³ Idem



amabilidad y capacidad de enfrentar adversidades, conforman los atributos de la tierra quindiana ⁴. (¡Error! o se encuentra el origen de la referencia.):



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 propios y foráneos; 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 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.

⁴ Plan de desarrollo del Quindío, 2012 – 2015



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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, que hasta 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 en km²y área de residencia (a), 2016.

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
Finlandia	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

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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**; 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, 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. Circunstancias.

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

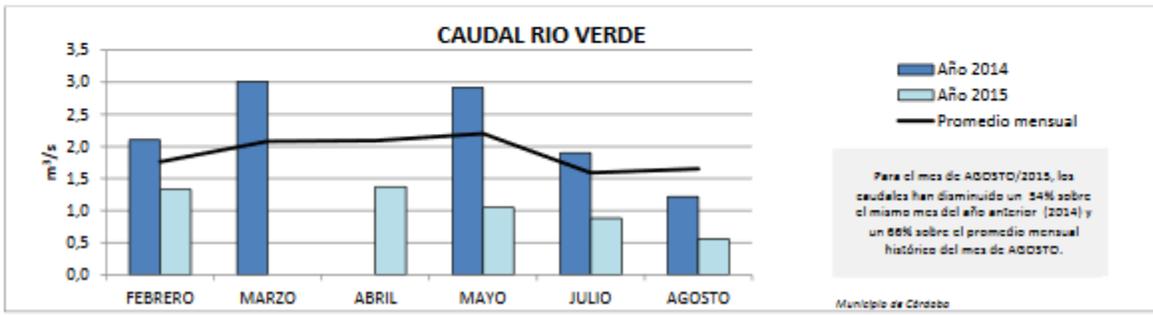
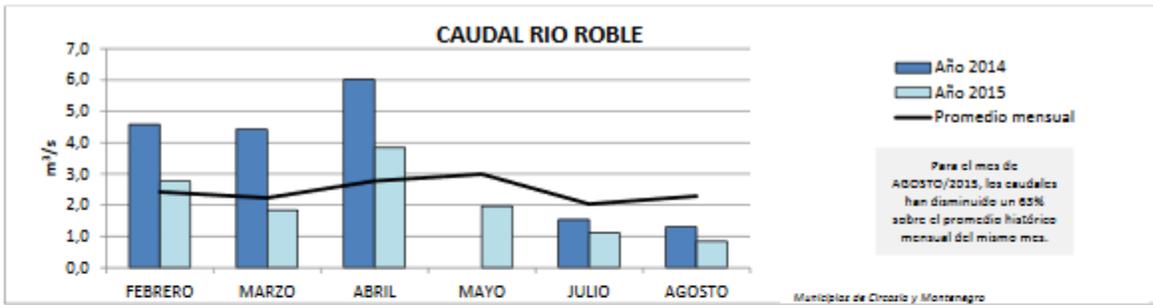
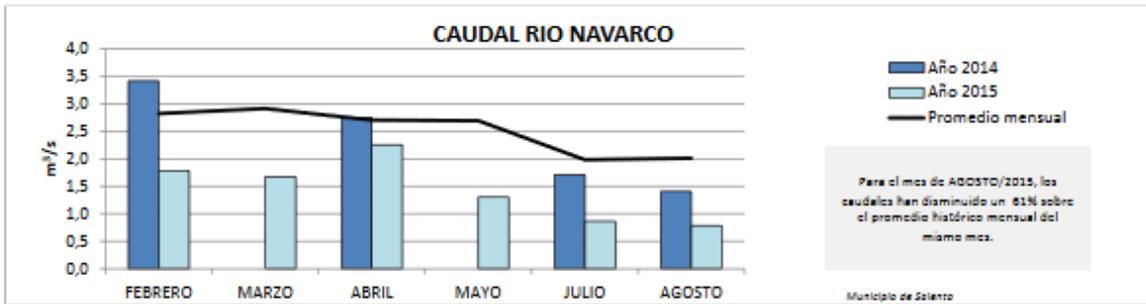
FUENTE HÍDRICA	MONITOREO	CUADAL (M3/S) AGOSTO 2014	CUADAL (M3/S) AGOSTO 2015	PORCENTAJE DE CAMBIO
Quebrada Bolillos	Bocatoma Filandia	0.017	0.016	6
Quebrada Cristales	Estación La Tebaida	0.572	0.229	60
Quebrada Boquía	Unidad Salento	0.303	0.232	23
Río San Juan	Puente Génova	0.813	0.359	56
Río Lejos	Puente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



Rio Espejo	La Herradura La Tebaida	2.575	1.667	35
Rio Quindío	Estación, Calle Larga	4.805	1.929	60



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



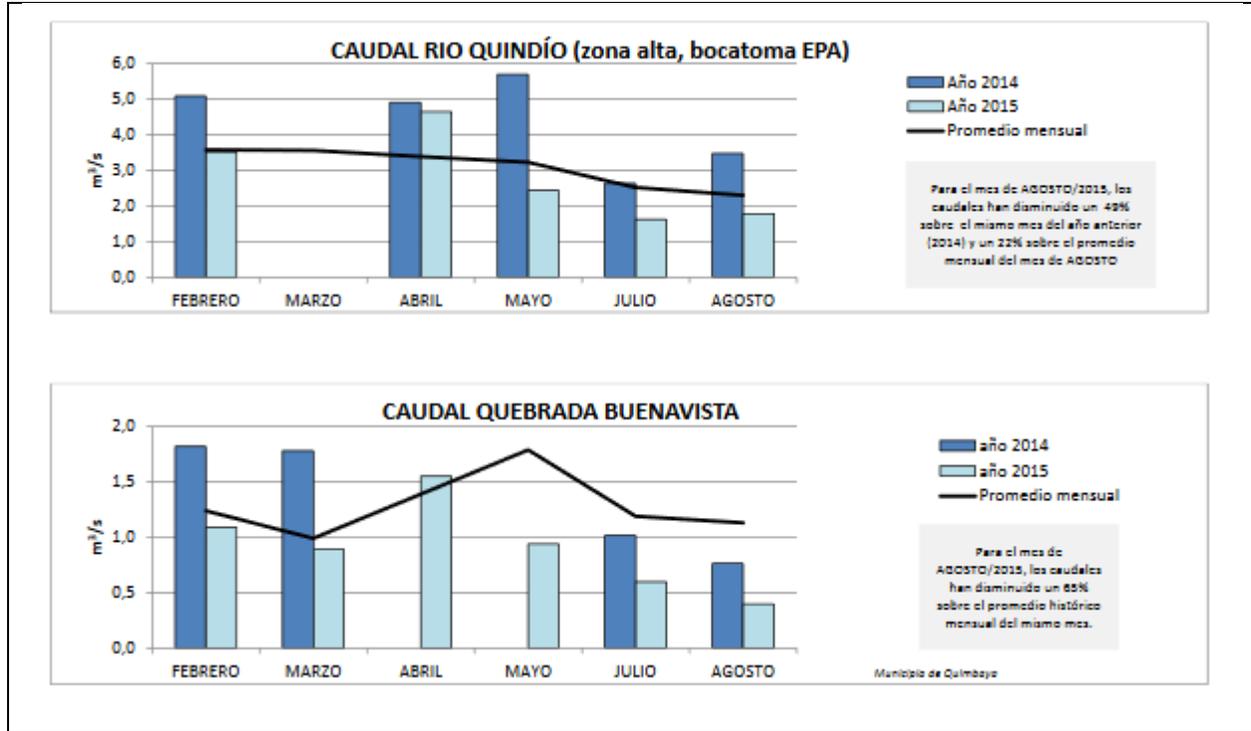


Figura 1: Variación de caudales 2014 a 2015 principales ríos Quindío.

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

La Figura 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 territorio⁵.

De acuerdo a lo informado por la Corporación regional del Quindío, el comportamiento de los caudales de las principales fuentes hídricas del Departamento del Quindío durante el periodo con corte a abril de 2016 teniendo en cuenta que aún continúa el calentamiento en la cuenca del pacífico tropical, asociado con la presencia del fenómeno El Niño en fase de finalización, de acuerdo con la información suministrada por el

⁵ Gobernación del Quindío, Plan de Desarrollo Departamental 2016 – 2019



Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia IDEAM, en la publicación No. 254 de abril de 2016.

La Tabla 4, presenta la variación mensual de caudales de las principales fuentes hídricas del departamento del Quindío, teniendo en cuenta la presencia del fenómeno de variabilidad climática “El niño”, que ha estado presente en el país, desde el mes de marzo de 2015; los caudales fueron obtenidos por el método de vadeo, representando la situación actual correspondiente al día y la hora en que se llevó a cabo el Aforo.

Tabla 4: Variación Mensual del caudal en algunas fuentes hídricas del Departamento del Quindío años 2014 – 2015 y promedio mensual multianual a 2016.

Fuente Hídrica	Estación	Años de registro	Caudal registrado año 2014			Caudal registrado año 2015			Caudal registrado año 2016			Caudal medio mensual multianual			
			(m³/s)			(m³/s)			(m³/s)			(m³/s)			
			FEB	MAR	ABR	FEB	MAR	ABR	FEB	MAR	ABR	FEB	MAR	ABR	Promedio ANUAL
Rio Quindío*	Bocatoma EPA	24	5,09		4,91	3,52		4,65	1,33	1,98	2,49	3,58	3,56	3,39	3,22
Quebrada Buenavista	Puerto Alejandría	26	1,82	1,78		1,09	0,89	1,55	0,36	0,43	0,45	1,24	0,99	1,39	1,26
Rio Roble	La Española	22	4,58	4,43	6,02	2,76	1,84	3,84	1,13	1,65	1,72	2,42	2,23	2,77	2,59
Rio Verde	Centro Guadua	24	2,10	3,01		1,33		1,37	0,66	0,61	1,03	1,76	2,08	2,09	1,87
Rio Navarco	Palestina	24	3,41		2,75	1,78	1,67	2,25	0,62	0,61	0,67	2,82	2,91	2,70	2,46
Quebrada Cristales	Villa Sonia	19	1,20		1,61	0,65	0,62	0,92	0,24	0,39	0,42	0,52	0,48	0,63	0,55
Rio Espejo	La Herradura	15	4,50			2,83		3,43	1,34	1,74		3,93	4,25	4,13	3,93

Fuente: Red Hidrometeorológica – Subdirección de Gestión Ambiental CRQ – 2016

De acuerdo a lo anterior y como consecuencia de la reducción significativa de la oferta hídrica total superficial en las fuentes hídricas del Departamento del Quindío a causa del fenómeno de variabilidad climática “El niño”, no fueron tenidos en cuenta los reportes del caudal monitoreado para el año 2015, dada la afectación del promedio multianual de caudales.



De acuerdo al análisis de caudal para el Departamento del Quindío año 2016 en relación con los años 2014, 2015 y promedio histórico de las principales fuentes hídricas, se informa lo más destacado:

Tabla 5: Variación Mensual del Caudal de Otras Fuentes hídricas del Departamento del Quindío año 2016.

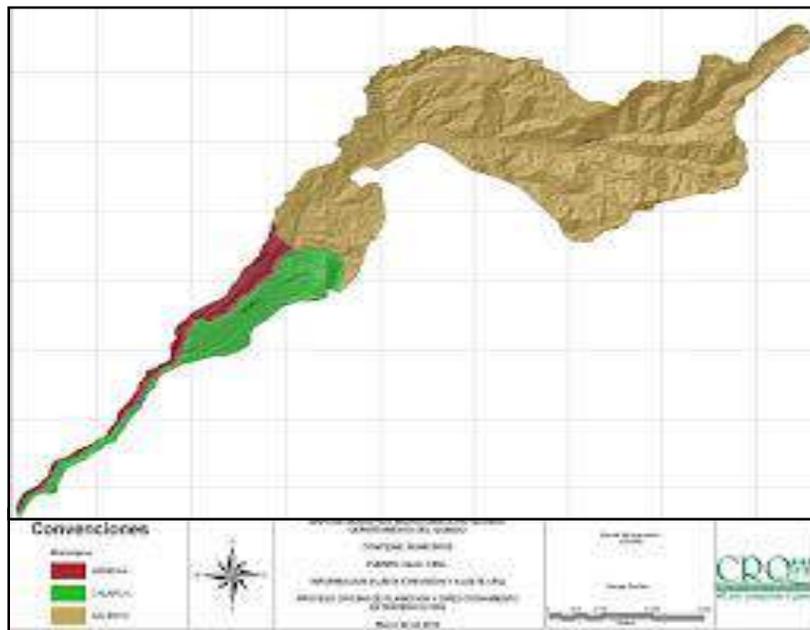
#	Corriente Hídrica	Localización	Promedio Caudal (m ³ /s) feb-2016	Promedio Caudal (m ³ /s) mar-2016	Promedio Caudal (m ³ /s) abr-2016
1	RÍO ROBLE	ANTES DE LA BOCATOMA ROBLE ESAQUIN CIRCASIA	0,026		
2	QUEBRADA BOLILLOS	PARÁMETRO DE MEDICIÓN 150 METROS ANTES DE LA BOCATOMA BOLILLOS / FILANDIA	0,024	0,099	0,142
3	RÍO QUINDÍO	PARÁMETRO DE MEDICIÓN BALÍ ANTES CALLE LARGA/ PARTE BAJA CUENCA - ARMENIA	2,376	3,083	
4	RÍO QUINDÍO	PARÁMETRO DE MEDICIÓN DESPUES CAPTACIÓN PCH CAMPESTRE / CALARCÁ	0,161	2,460	
5	RÍO SANTO DOMINGO	PARÁMETRO DE MEDICIÓN LA SORPRESA PARTE BAJA CUENCA / CÓRDOBA	1,216	1,494	
6	RÍO LEJOS	PARÁMETRO DE MEDICIÓN PUENTE PIDAO PARTE MEDIA, CUENCA / PIDAO	0,584	0,607	0,690
7	RÍO SAN JUAN	PARÁMETRO DE MEDICIÓN PUENTE URBANO GENOVA PARTE BAJA CUENCA / GENOVA	0,351	0,644	1,280
8	QUEBRADA BOQUISA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN QUEBRADA BOQUISA / PARTE BAJA MICROCUENCA/ SALENTO	0,254	0,564	
9	QUEBRADA LOS JUSTOS	PARÁMETRO DE MEDICIÓN DESPUES DE LA CAPTACIÓN / CORDOBA	0,008		
10	QUEBRADA LA PICOTA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN DESPUES DE LA CAPTACIÓN / BUENAVISTA	0,002		
11	RÍO GRIS	PARÁMETRO DE MEDICIÓN DESPUES DE LA CAPTACIÓN / GENOVA	0,276		
12	QUEBRADA LA GATA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN BOCATOMA EL SALADO / CALARCÁ	0,141		
13	QUEBRADA LA ARENOSA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA DESEMBOCADURA AL RÍO ROBLE / CIRCASIA	0,049		
14	QUEBRADA LA CASCAIDA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / PIDAO	0,007		
15	QUEBRADA CRISTALINA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / SALENTO	0,001		
16	QUEBRADA BOLIVIA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / SALENTO	0,002		
17	QUEBRADA CRUZ GORDA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / SALENTO	0,015		
18	QUEBRADA EL BOSQUE	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / CIRCASIA	0,008		
19	QUEBRADA BUENAVISTA	PARÁMETRO DE MEDICIÓN ANTES DE LA CAPTACIÓN / QUIMBAYA	0,113		
20	QUEBRADA SAN BERNARDO	PARÁMETRO DE MEDICIÓN 80 METROS ANTES DE LA BOCATOMA BOLILLOS / FILANDIA	0,011	0,091	0,117

Fuente: Red Hidrometeorológica - Subdirección de Gestión Ambiental 2016

De las 7 fuentes hídricas monitoreadas para el mes de febrero de 2016, se observó una reducción en el caudal con relación al promedio histórico que va desde el 53% al 78% siendo el río Navarco el más afectado, seguido del río espejo y los ríos Quindío y Río verde, siendo necesario el desarrollo de acciones de prevención para los acueductos de las zonas rurales de los municipios de Salento, Armenia y Córdoba.

El comportamiento de los caudales para el mes de abril de 2016 permite evidenciar una reducción con relación al promedio histórico del mismo mes que va del 29% al 75%, siendo la corriente hídrica más afectada la del río Navarco, seguido de la Quebrada Buenavista con una disminución del 67% las unidades hidrográficas de menor reducción fueron el río Quindío y quebrada Cristales.

Los análisis realizados por el IDEAM, con base en los modelos numéricos de los diferentes centros internacionales de predicción climática y observaciones recientes, permiten estimar, que se mantiene la probabilidad de continuidad en las condiciones cálidas en cuenca del pacifico tropical para el segundo trimestre de 2016, igualmente los modelos globales de predicción proyectan una disminución en las anomalías cálidas al centro del pacifico Tropical, con tendencia a la neutralidad hacia el mes de mayo. Es necesario seguir muy de cerca la evolución de los principales indicadores océano – atmosféricos que determinan la condición de la fase cálida de la oscilación del sur.



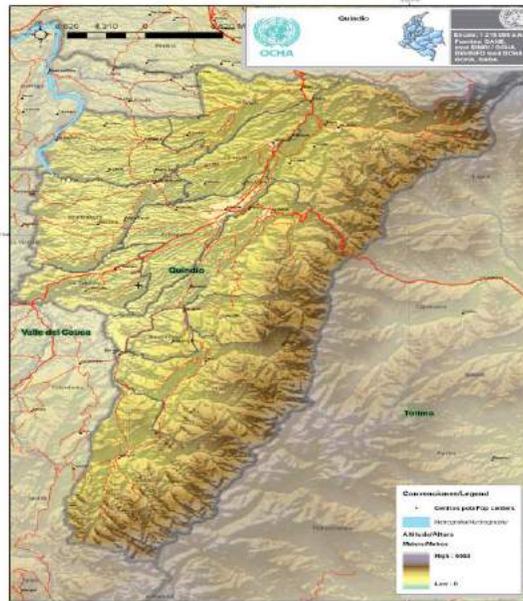
Mapa 3: Subcuenta del Rio Quindío.

Fuente: CRQ.

1.1.2.3 ACCIDENTES GEOGRÁFICOS: ALTITUD Y RELIEVE

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 **¡Error! No se encuentra el origen e la referencia.** 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.



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

Fuente: OCHA.

Tabla 6: 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. La tabla 7 muestra el comportamiento de la temperatura humedad relativa y precipitación, evidenciando que los municipios de Génova, Córdoba y Buenavista presentaron la mayor precipitación anual.

Tabla 7: 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 Andina⁶.

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 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 característica de autopista (del Café y Recta la Paila Cali, Mapa 5) donde su promedio de velocidad pueden alcanzar 80 Km/hora.

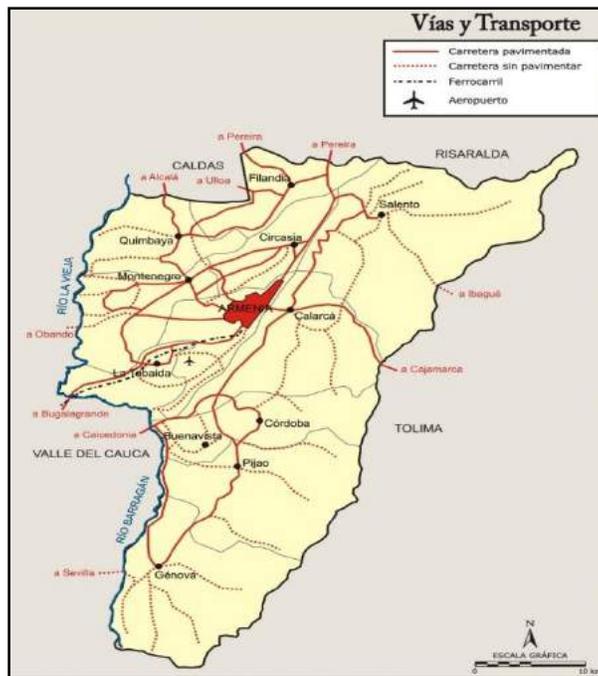
Las comunicaciones entre los municipios se realiza a un promedio de 25 kilómetros hora en base de tipo de transporte público de preferencia, como el bus típico del país o el Jeep con sus características (no control de paradas, pago de pasaje al conductor, no control de rutas, ingreso a destajo); habría 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 8).

Tabla 8: Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío.

⁶ CRQ; Boletín Hidrometereológico #1 agosto de 2015

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 vías 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.9.**

Tabla 9: 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, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**; movilizó hasta un total de 472.790 pasajeros en el año 2016 como se detalla en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**; se presenta así, una variación de incremento de hasta 43% de más pasajeros año al revisar las cifras de 2010⁷, con una leve disminución del 2% en relación al número reportado para la vigencia 2015.

Tabla 10: Total, pasajeros aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2016.

CIUDAD	AEROPUERTO	TOTAL, PASAJEROS QUE SALEN A DICIEMBRE DE 2016	TOTAL, PASAJEROS QUE ENTRAN A DICIEMBRE DE 2016	TOTAL, PASAJEROS A DICIEMBRE DE 2016
Armenia	El Edén	238.887	233.903	472.790

Fuente: [http://www.aerocivil.gov.co/ layouts/download.aspx?SourceUrl=/AAeronautica/Estadisticas/Estadisticas-Operacionales/Transporte-Aereo/Documents/Origen-Destino%20Mes%202016.xlsx](http://www.aerocivil.gov.co/layouts/download.aspx?SourceUrl=/AAeronautica/Estadisticas/Estadisticas-Operacionales/Transporte-Aereo/Documents/Origen-Destino%20Mes%202016.xlsx)

⁷ <http://aerpuertoeleden.com/> visitado mayo 20 de 2015.



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.

Lo anterior solo duro un año, dado que, para el mes de mayo de 2016, se paró la mayoría de sus operaciones, confirmándose por el vicepresidente de la república como una frustración, informando que se adelantaran las acciones para caducar la concesión e iniciar con una nueva firma, que pueda operar el corredor. Lo anterior ha bloqueado el dinamismo de la zona franca y el puerto seco en la Tebaida, por el grave incumplimiento del que ha sido víctima el Departamento del Quindío.

1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

1.2.1 POBLACIÓN TOTAL

La proyección poblacional del Departamento del Quindío, para la vigencia 2016, informa un total de 568.506 Personas que se estiman habitan el departamento, evidenciando según 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 cercanía 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 mayor proporción de 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, (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.;** 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 11: Población total y por área de residencia, departamento Quindío, 2016.

MUNICIPIO	POBLACIÓN CABECERA MUNICIPAL	POBLACIÓN AREA RURAL	POBLACIÓN TOTAL	PORCENTAJE POBLACIÓN CABECERA	GRADO URBANIZACIÓN
Armenia	290.189	8.010	298.199	97,3	alto
Buenavista	1.185	1.620	2.805	42,2	bajo
Calarcá	59.986	18.001	77.987	76,9	medio
Circasia	22.729	7.414	30.143	75,4	medio
Córdoba	2.997	2.299	5.296	56,6	bajo
Filandia	7.205	6.260	13.465	53,5	bajo
Génova	3.928	3.844	7.772	50,5	bajo
La Tebaida	40.502	2.657	43.159	93,8	alto
Montenegro	33.955	7.483	41.438	81,9	alto
Pijao	3.677	2.420	6.097	60,3	bajo
Quimbaya	29.280	5.756	35.036	83,6	alto
Salento	3.803	3.306	7.109	53,5	bajo
Total	499.436	69.070	568.506	87,9	alto

Fuente: DANE – Estimaciones poblacionales censo de 2005.

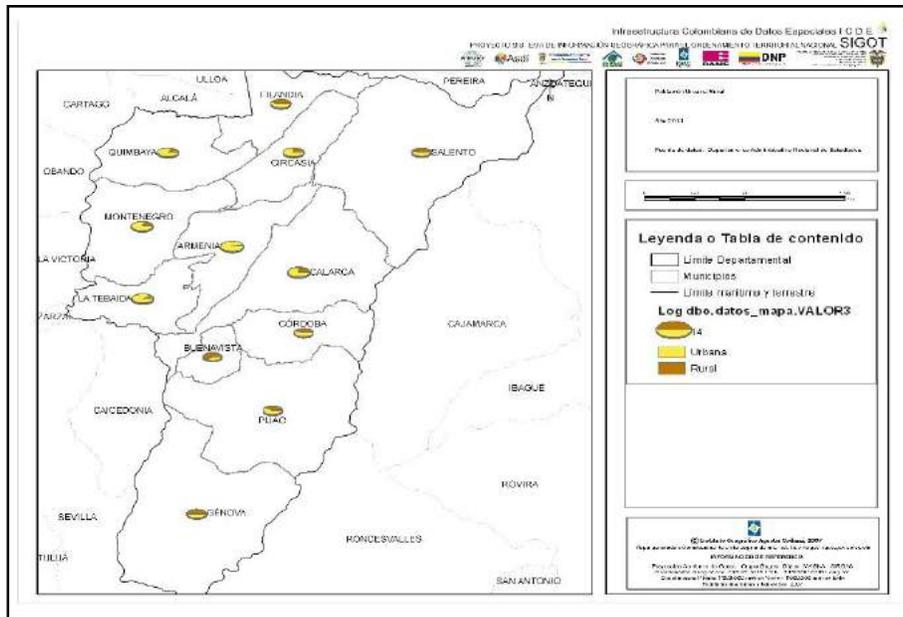
Tomando como referencia la población conciliada del censo de 2005 y de la estimaciones dadas según los comportamientos demográficos, se espera que crezca la población departamental a casi 9% interanual en los tres lustros estimados (2005 a 2020); varios sectores departamentales ven su crecimiento negativo, como son Buenavista, Córdoba, Génova, Pijao y Salento, que como se ha detallado, son municipios que concentran el mayor porcentaje de población residente en zona rural, presentando cada año menos población; En sentido contrario, La Tebaida y Circasia ven crecer su población, el primero, casi el doble cada año, (41,58%) y el segundo (13.64%) **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

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 condición 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 12: 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 1.845 kilómetros cuadrados del departamento, Salento es el territorio que más área abarca, sus 376 kilómetros cuadrados son 20% del total de la extensión geográfica departamental, seguido de los municipios Génova y Pijao; estos 1,845 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), **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..** 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 13: Áreas municipales (urbanas y rurales) y densidad poblacional departamento Quindío, 2016.

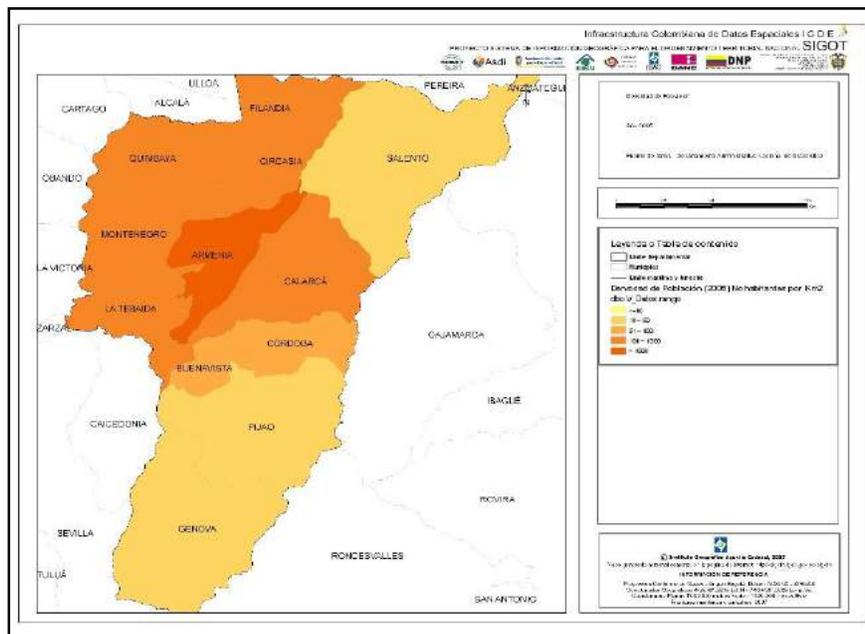
MUNICIPIOS	AREA URBANA KM ²	AREA RURAL KM ²	AREA TOTAL KM ²	DENSIDAD POBLACIONAL (HAB/KM ²)
Armenia	12.88	102.12	115	2,593.034
Buenavista	0.13	38.87	39	71.92
Calarcá	2.32	205.68	208	374.93
Circasia	1.68	85.32	87	346.47



Córdoba	2.11	87.89	90	58.84
Filandia	0.34	100.66	101	133.316
Génova	0.53	286.47	287	27.080
La Tebaida	1.47	86.53	88	49.443
Montenegro	1.70	139.30	141	293.886
Pijao	0.57	237.43	238	25.617
Quimbaya	2.15	120.85	123	284.845
Salento	0.48	327.52	328	21.67
TOTAL	26.34	1.818,66	1.845	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 (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**), 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, 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 mayores viviendas contadas, y Buenavista es el municipio con menor construcciones de viviendas detectadas.

Tabla 14: 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

De acuerdo a las estimaciones y proyecciones de viviendas realizadas por el DANE, el Departamento del Quindío muestra para la vigencia 2016 un total de 178.491 viviendas en total, de las cuales 167.596 presentan ocupación.

Tabla 15: Resultados Encuesta Calidad de Vida, región Central, Colombia 2015.

REGIONES Y ÁREAS	TOTAL *	PROMEDIO
------------------	---------	----------

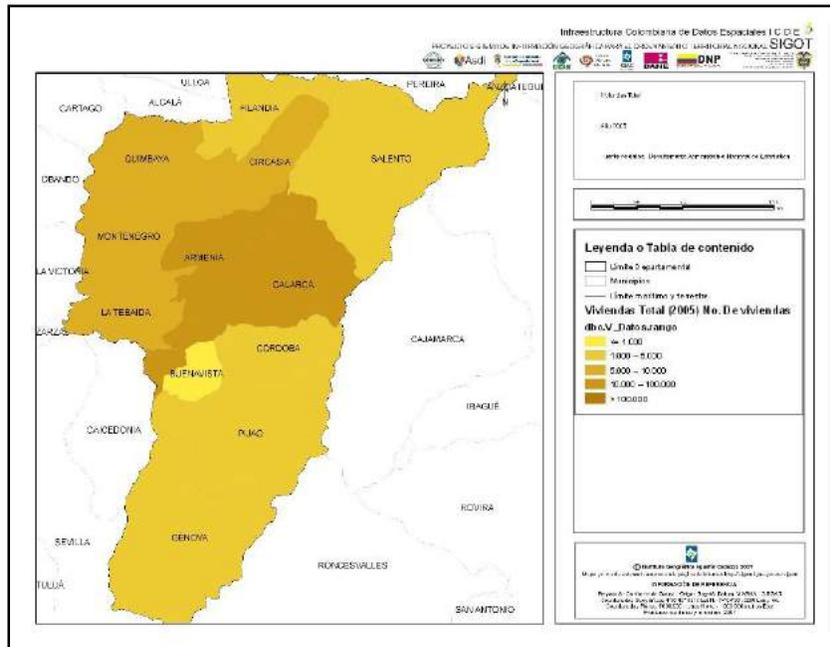


		VIVIENDAS	HOGARES	PERSONAS	HOGARES POR VIVIENDA	PERSONAS POR HOGAR
Central	Total	1,718	1,741	5,556	1.0	3.2
	Cabecera	1,257	1,277	3,898	1.0	3.1
	Resto	461	465	1,658	1.0	3.6



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 , 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_mapbd6da48d13d24ccb046148ac5246a2f.jpg&ruta=completa

Tabla 16: Total, tipos de vivienda, departamento Quindío 2016.

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

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 17: 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 (

); esta poblaciones de atención preferencial, por condiciones de vulnerabilidad, son preferentes en el sistema de salud del país.

Se encuentra un resguardo indígena Embera Chami referenciado a nivel nacional con una población de 232 personas ubicado en la ciudad de Armenia Quindío.

Tabla 18: 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

La pirámide poblacional para el 2005, muestra una base ancha, la cual se angosta a través del tiempo, evidenciándose una disminución efectiva en el número de nacidos vivos, pasando los menores de 14 años a ser el 24% de la población total según la proyección al año 2020; así mismo, se verá un ensanchamiento en las edades mayores que llegarán para el 2020 hasta el 2% de la población total acumulada, sin ser un cambio abrupto este porcentaje dado que para el 2005 era del 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

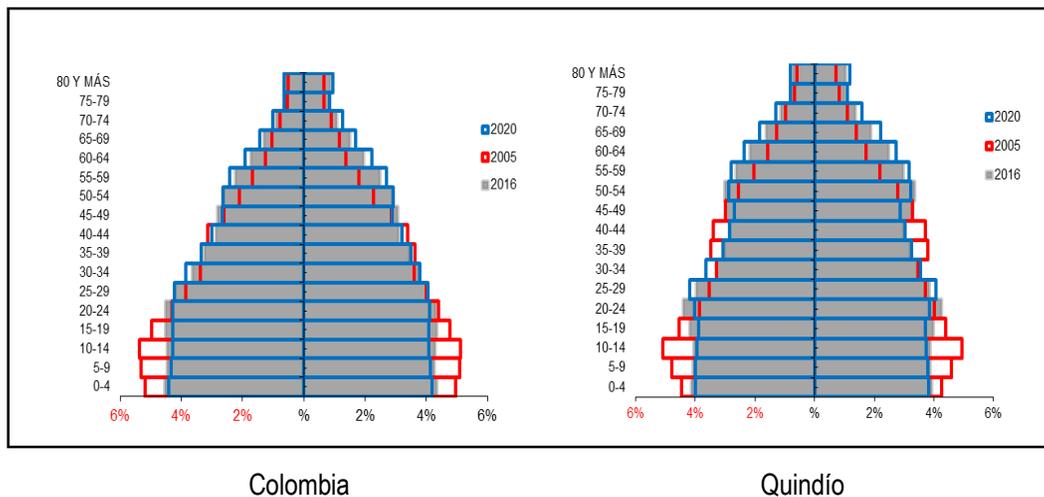


Figura 1: Pirámide Poblacional 2005 – 2020, departamento. Quindío.

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 años⁸.

Tabla 19: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2016 y 2020.

CICLO VITAL	GRUPO ETARIO	2005		2016		2020	
		TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL	PORCENTAJE
Primera infancia	0 a 5 años	56,320	8.41%	55,079	9,69%	54,606	7.61%
Infancia	6 a 11 años	61,967	9.26%	54,149	9,52%	54,231	7.56%
Adolescencia	12 a 18 años	70,810	10.58%	64,001	11,26%	62,033	8.65%
Juventud	14 a 26 años	116,135	17.35%	123,406	21,71%	118,284	16.49%
Adultez	17 a 59 años	306,216	45.74%	332,487	58,48%	335,747	46.79%
Persona mayor	60 años y más	57,970	8.66%	81,384	14,32%	92,607	12.91%
Total		534.506		568.506		581.552	

*: Fuente: DANE; estimaciones poblacionales censo 2005.

La Tabla 19 muestra el comportamiento por ciclos vitales, evidenciando que los niños menores de 5 años (primera infancia) presentan un comportamiento decreciente con una variabilidad promedio proyectada para el 2020 de 3 puntos porcentuales; los ciclos vitales de infancia y adolescencia, presentan un descenso importante entre el 2005 al 2016 con un promedio del 11.5% , sin embargo de acuerdo a la proyección para el 2020, el ciclo de infancia muestra una tendencia estable con un leve aumento del 0.15%, situación contraria a la proyectada para el ciclo de adolescencia en el que se continua con menor intensidad el comportamiento decreciente en un 3.07%.

El ciclo vital de 14 a 26 años de edad, clasificado como Juventud, despliega un incremento entre el 2005 al 2016 del 6%, presentándose entre el 2016 al 2020 un comportamiento decreciente del 4.1%., igual comportamiento se presenta en el ciclo de adultez, teniendo un comportamiento con tendencia al aumento hasta el año 2016 e iniciando un descenso hacia el 2020.

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social; Documentos técnicos ASIS - 2016



El ciclo vital de las personas mayores de 60 y más años, muestra una clara tendencia al aumento, presentando un incremento del 37.4% entre el 2005 al 2020, situación que evidencia la dinámica poblacional del Departamento, orientada hacia la madurez, escenario que obliga a iniciar procesos de adecuación para la atención y mejoramiento de condiciones de vida de esta población.

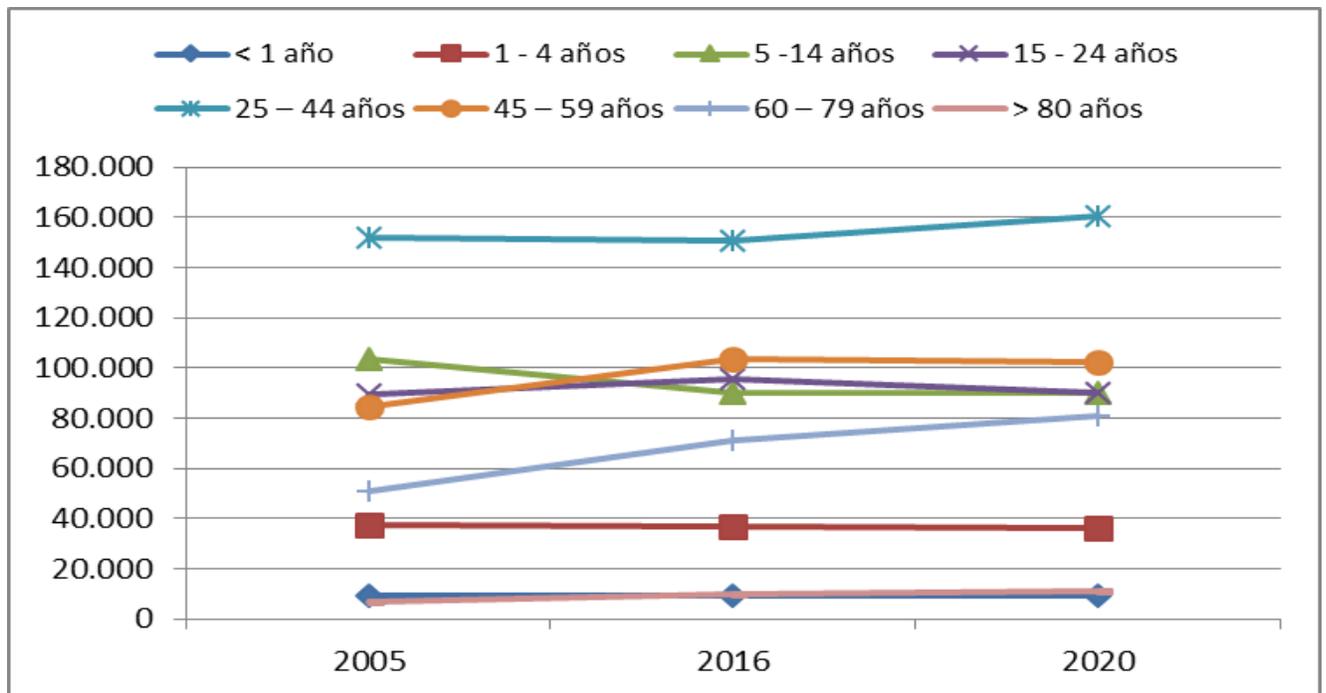


Figura 2: Volumen de la población por ciclo vital, departamento Quindío 2005, 2016 y 2020

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.



Los hombres antes de los 24 años superan a las mujeres, razón que se invierte después de la edad de 25 años, viéndose que la proporción de mujeres es más alta hasta el grupo de los mayores de 80 años de edad. 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.

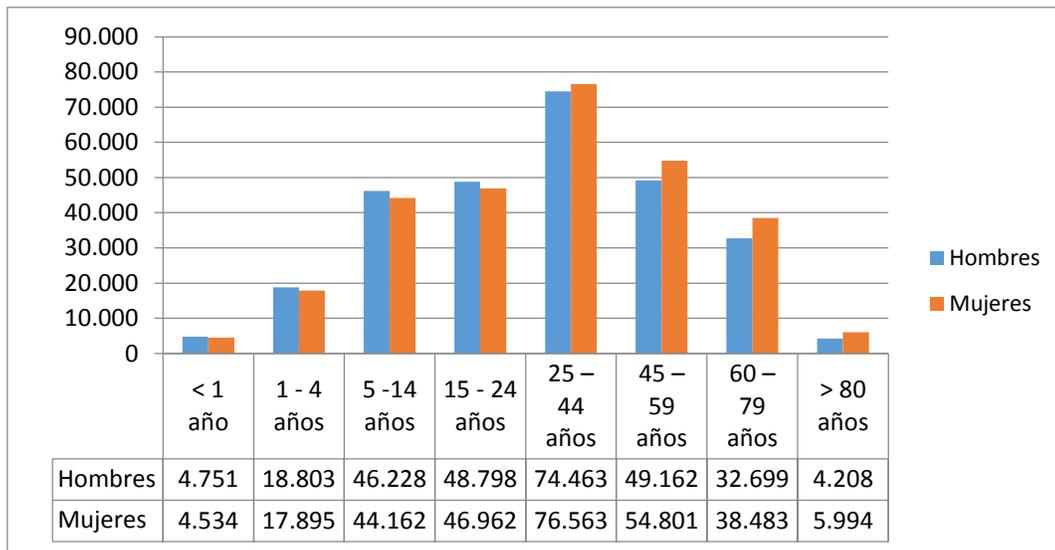


Figura 3: Población por sexo y grupo de edad y razón Hombre mujer (H/M), departamento Quindío, 2016

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 **referencia**. 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 significando que para el Departamento del Quindío, por cada hombre hay una mujer; 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 activas 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, la 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 internumérica, se considera como madura a la población en caso de que los valores estén entre 60 a 160.

Tabla 20: Indicadores de estructura demográfica en el departamento, (porcentaje), departamento, Quindío 2005 a 2020.

INDICADORES	2005	2016	2020
Razón de hombre/mujer	96.30%	96.45%	96.49%
Razón de niños/mujer	33.10%	32.32%	32.15%



Índice de infancia	28.13%	23.99%	23.31%
Índice de Juventud	24.05%	24.66%	23.73%
Índice de vejez	10.85%	14.32%	15.92%
Índice de envejecimiento	38.55%	59.68%	68.32%
Índice demográfico de dependencia	55.51%	50.70%	51.85%
Índice de dependencia infantil	43.75%	36.15%	35.39%
Índice de dependencia de mayores	11.76%	14.55%	16.46%
Índice de Friz	135.13	128.45	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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** detalla estos indicadores estimados para el Departamento del Quindío, 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 21: Dinámica demográfica estimada, departamento Quindío, 2010 a 2020.

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	26,00
Tasa de reproducción neta (estimada)	1,02	1,01
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.

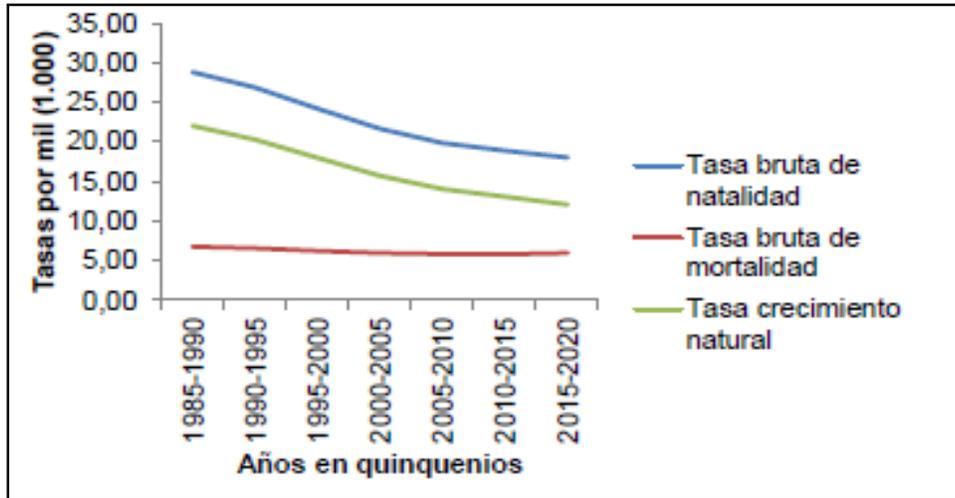


Figura 4: Dinámica demográfica de la tasa de crecimiento natural, tasa bruta de Natalidad, tasa bruta de mortalidad, departamento Quindío, 1985 al 2010.

Fuente: DANE, estimación demográfica 1985 – 2020

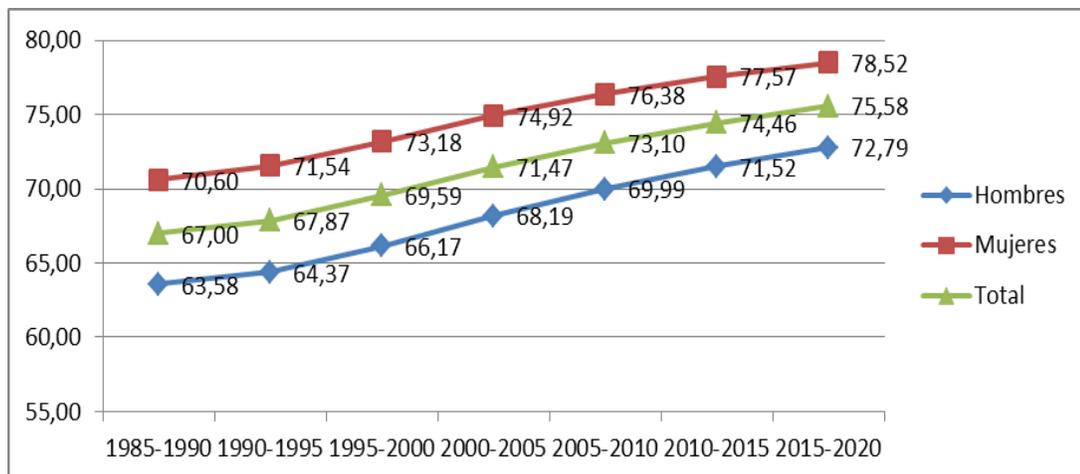


Figura 5: Esperanza de vida al nacer total y por sexo, departamento Quindío, 1985 – 2020.

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 con



departamentales, 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 para otros del núcleo familiar.

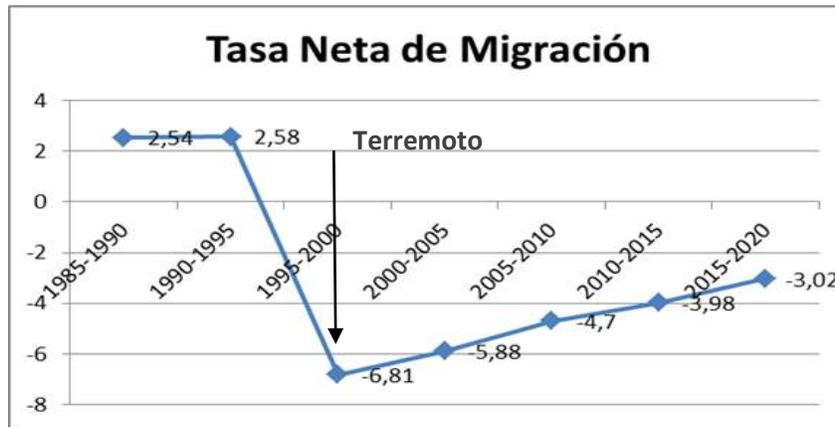


Figura 6: Tasa neta de migración, departamento de Quindío, 1985 a 2020.

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) ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

Tabla 22: Porcentaje poblacional víctima de desplazamiento por grupo de edad, sexo, departamento Quindío 2015.

Edad	2015
------	------



	Hombres	Mujeres	Total
De 0 A 4 Años	638	597	1.235
De 05 A 09 Años	1.426	1.328	2.754
De 10 A 14 Años	1.775	1.683	3.458
De 15 A 19 Años	1.856	1.982	3.838
De 20 A 24 Años	1.835	1.832	3.667
De 25 A 29 Años	1.532	1.828	3.360
De 30 A 34 Años	1.193	1.495	2.688
De 35 A 39 Años	1.256	1.592	2.848
De 40 A 44 Años	1.137	1.370	2.507
De 45 A 49 Años	1.083	1.333	2.416
De 50 A 54 Años	922	1.052	1.974
De 55 A 59 Años	779	778	1.557
De 60 A 64 Años	616	554	1.170
De 65 A 69 Años	458	358	816
De 70 A 74 Años	285	252	537
De 75 A 79 Años	214	159	373
De 80 Años O Más	272	185	457
Sin dato			189
Total	17.277	18.378	35.844

Fuente: Registro Único de Víctimas, fecha de corte septiembre 01/15, Bodega de Datos, SISPRO.

El reporte descrito en la Tabla 23 Toma como referencia el lugar de ubicación de la víctima, entendido como el último lugar conocido de residencia de las víctimas, tomando como referencia las distintas fuentes de datos con las que cuenta la SRNI (SISBEN, PAARI, MFEA, entre otras). Es importante tener en cuenta que esta información se encuentra sujeta a cambios de acuerdo con la movilidad que las víctimas tienen en el territorio nacional.

Tabla 23: Víctimas Registradas según Municipio donde Residen o se encuentran (Corte a mayo 10 de 2017).

MUNICIPIO	No.
ARMENIA	20.086
BUENAVISTA	373
CALARCA	6.395
CIRCASIA	1.864
CORDOBA	1.088



FILANDIA	789
GENOVA	2.087
LA TEBAIDA	4.011
MONTENEGRO	3.716
PIJAO	1.699
QUIMBAYA	2.982
SALENTO	686
TOTAL	45.776



Fuente: Registro Único de Víctimas – RUV

1.3 ZONAS DE RIESGO

1.3.1 AMENAZAS DE TIPO NATURAL

1.3.1.1 RIESGOS SISMICOS

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.

1.3.1.2 ERUPCION VOLCÁNICA

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.

EL volcán cerro Machín, forma parte del complejo volcánico del parque Nacional, Natural de los Nevados y sus características composicionales lo hacen un volcán explosivo tipo Pliniano, que presenta acumulación de presiones por el taponamiento que se conformó en su cráter en la última de sus activaciones volcánicas sucedida hace más de 800 años. Estas características unidas a la ubicación geográfica hacen que el Machín se convierta en una amenaza para los habitantes de los departamentos del Tolima, Quindío, Norte del Valle del Cauca y algunos municipios de Cundinamarca. Indiscutiblemente la amenaza para el Departamento del Quindío está relacionada con la presencia de ceniza volcánica que caería en grandes cantidades inclusive de acuerdo al escenario que se presente puede superar los 100 centímetros de espesor, lo cual haría caótico la vida en esta por afectación en Salud, en comunicaciones, en transporte, contaminación de los acueductos y colapso del alcantarillado, además la presencia de la ceniza en los techos puede provocar su colapso por lo tanto haría necesario tomar medidas como la reubicación temporal de sus habitantes y el cierre de sus vías hasta que se limpien todas las estructuras en el Departamento.

1.3.1.3 DESLIZAMIENTOS

Se considera que al menos el 15.1% de la población del departamento se encuentra ubicada 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.

1.3.1.4 VENDABALES

En este fenómeno se presentan dos factores uno de tipo socio-natural y el otro por eventos de origen humano no intencional, los de tipo socio-natural: La capa boscosa que se ubicaba en los departamentos del Choco, Valle del Cauca y Cauca fueron erradicadas a una velocidad desmedida y sus efectos inmediatos es el paso de las corrientes cálidas del pacifico que llegaron hasta los departamentos del centro del país, entre ellos los del eje cafetero donde chocaron contra las corrientes frías provenientes de la cordillera ocasionando la aparición de procesos conocidos como vendavales.

Eventos de origen humano no intencional: Las viviendas del Departamento del Quindío se construyeron sin tener en cuenta este tipo de fenómenos que afectan actualmente a la comunidad. El análisis de la velocidad y dirección de los vientos nos indican que es un fenómeno propio de la zona costera y su repercusión actual sobre el territorio Quindiano deja familias afectadas continuamente.

La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** 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 24: Número y porcentaje de viviendas con algún tipo de riesgo natural, por estrato y zonas, departamento, Quindío, 2012.



NIVEL SISBEN	DESLIZAMIENTO				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: Secretaria de Planeación, DNP, estratificación SISBEN 2012.

1.3.1.5 LA VULNERABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO ANTE INCENDIOS FORESTALES

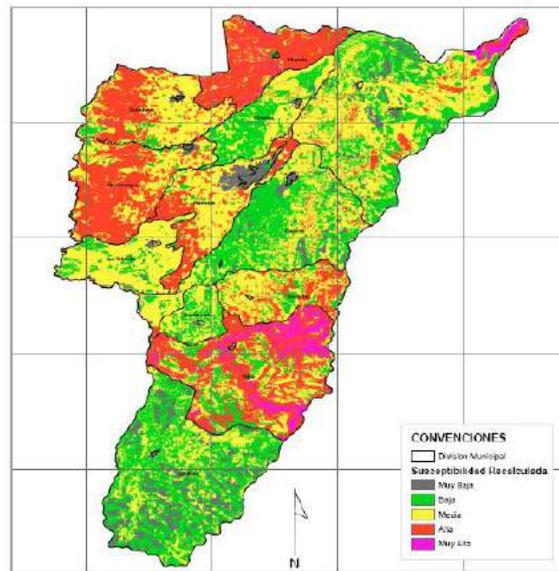
El departamento del Quindío posee una extensión de 196,065 hectáreas, de las cuales 29.1% lo constituyen bosques y guaduales naturales primarios intervenidos y secundarios altamente intervenidos que cumplen la doble función de protección–producción; 2.21% de lo cultivado, lo constituyen plantaciones 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. 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 **¡Error! No se encuentra el origen e la referencia.**, 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 25: Nivel de vulnerabilidad municipal, departamento Quindío, 2014.

MUNICIPIO	VULNERABILIDAD POR CAPACIDAD
Armenia	Baja
Buenavista	Media
Calarcá	Media
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; teniendo en cuenta la diferencia con los resultados nacionales, siendo 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).

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.

Se observa un ascenso en la tasa bruta de mortalidad, manteniéndose 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 diferencias 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 situaciones de extrema relevancia como 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.

La 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.

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.



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.

En relación a las amenazas para el Departamento del Quindío, los Sismos se presentan en primer lugar, afectando la totalidad del Departamento, dado la influencia de las fallas geológicas presentes en la región; en segundo lugar, el riesgo volcánico, que de igual forma se influencia por la ubicación en el cinturón del pacífico y especialmente la cercanía al volcán Machín y finalmente el riesgo de deslizamientos, situación que se intensifica debido a la presencia permanente de fenómenos climáticos que afectan las zonas clasificadas como de alto riesgo.



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

El análisis exhaustivo de la morbi-mortalidad presente en la población, evidencia el impacto generado por la exposición continua a determinantes sociales, que afectan el curso de vida de la misma, generando modificaciones en el proceso salud – enfermedad de la comunidad, por lo que surge la necesidad de generar herramientas informativas que aporten a la orientación específica de políticas, planes y estrategias de tipo integral que involucren a los actores intersectoriales con competencia en la respuesta proyectada.

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

Para el análisis de la morbilidad atendida, se tuvieron en cuenta dos fuentes de información: la reportada por medio del sistema de Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS), reportada a la plataforma Nacional SISPRO y el reporte de Enfermedades de Notificación Obligatorio, (ENO), al sistema SIVIGILA, realizando mediciones de incidencia y prevalencia, con el fin de definir el comportamiento histórico por ciclos vitales en la población del territorio.

Los determinantes sociales, clasificados como intermediarios y estructurales se evalúan según 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, logrando obtener un acercamiento a la realidad de la población Quindiana.

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 seis 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 2014, de acuerdo al último cierre oficial dado por el DANE; 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se detallan el total de los eventos de mortalidad, onde se muestra que las muertes por enfermedades del sistema circulatorio o enfermedades cardiovasculares, presentan la mayor frecuencia, mostrando comportamientos inestables entre las vigencias 2005 al 2011, iniciando a partir del año 2012, un comportamiento con tendencia al aumento, con un promedio anual de incremento promedio del 5%, siendo la vigencia 2014 la de mayor reporte, correspondiendo al 31,4% del total de muertes informadas, clasificándose como la principal causa de mortalidad para la población del Departamento del Quindío.

Las neoplasias, presentan una tendencia al aumento, ocupando el segundo lugar en la causalidad analizada de la mortalidad en el Departamento, seguido de las causas externas, las cuales muestran una tendencia relativamente estable, con un aumento significativo para la vigencia 2014, la cual supera la vigencia anterior en un 3.4%.

Las enfermedades transmisibles, presentan un comportamiento en relación al número de casos inestable, con altibajos, que muestran su comportamiento más bajo entre las vigencias 2008 y 2009, iniciando para el 2010, una tendencia al aumento la cual muestra su mayor pico comportamental para el año 2014. Las



afecciones del periodo perinatal, muestra una tendencia al descenso a partir del año 2010, tendencia que se mantiene hasta el año 2014



Los signos y síntomas mal definidos corresponden a situaciones directamente relacionadas con la calidad de la información suministrada por el personal médico encargado del diligenciamiento del certificado de defunción, situación que se debe intervenir desde la academia con actividades de fortalecimiento desde la institucionalidad.

El grupo relacionado como las demás causas, concentra la mortalidad restante, abarcando las otras causas que no corresponden a las expuestas, significando el 25.8%.

Tabla 26: Total, de muertes ocurridas, agrupadas por la lista 6/67 OPS, departamento Quindío 2005 al 2014.

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades del sistema circulatorio	996	985	959	1.008	972	1,039	997	1,050	1,073	1128
Las demás causas	866	788	855	832	835	857	773	803	900	927
Neoplasias	605	553	654	642	642	686	693	740	756	783
Causas externas	473	480	504	461	505	464	450	455	423	442
Enfermedades transmisibles	213	200	212	200	201	246	247	244	252	264
Afecciones periodo perinatal	63	51	65	53	63	45	47	38	37	34
Signos y síntomas mal definidos	5	7	7	4	9	14	32	4	11	10
Total, de defunciones	3,221	3,064	3,256	3,200	3,227	3,351	3,239	3,334	3,452	3,588

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

En La tabla 27, se exponen los resultados para el Departamento del Quindío de las tasas brutas de Mortalidad por grandes causas, en un lapso de 10 años, mostrando un comportamiento de una variabilidad exponencial con tendencia al aumento en los dos primeros grandes grupos de causas (enfermedades del Sistema Circulatorio y Neoplasias), en las causas externas, se muestran tasas elevadas hasta la vigencia 2012,



iniciándose un descenso importante para el año 2013, sin embargo nuevamente inicia el aumento para la vigencia 2014.

La mortalidad por enfermedades transmisibles, presenta un comportamiento marcado por incrementos significativos cada tres años, encontrando que los incrementos entre los años 2005 al 2009 fueron relativamente bajos con una tendencia estable, presentándose el mayor pico comportamental en la vigencia 2010, directamente relacionada con la situación de epidemia presentada por las enfermedades transmitidas por vectores, especialmente el Dengue, momento en que se marca una situación permanente para el territorio, presentando comportamientos similares de vigencia a vigencia con tendencia al aumento, siendo la vigencia 2014, la de mayor comportamiento, año en el que se suma una afectación importante por la circulación de nuevos virus de tipo hemorrágico y respiratorios.

La tasa de mortalidad por afecciones perinatales, presenta una disminución importante a partir de la vigencia 2009, presentando una estabilidad en la tendencia, con una leve disminución para la vigencia 2014, siendo importante aclarar que el comportamiento del evento se relaciona con la calidad de la información relacionada en los certificados de defunción, que en ocasiones orienta la causalidad a situaciones de tipo maternas.

Al evaluar el total de las defunciones, en 2014 se presentó la mayor tasa bruta de mortalidad, 638 defunciones por 100,000 habitantes, mientras que para el año 2005 en el departamento del Quindío se presentó un menor riesgo de morir, con 603 defunciones por 100,000 habitantes, o la que equivale a que se incrementó en un 5.5% la probabilidad de fallecer.

Tabla 27: Tasas Brutas de Mortalidad por Grandes Causas, departamento Quindío, 2005 al 2014 (tasas por 100.000 habitantes).

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades del sistema circulatorio	186	183	177	185	178	189	180	189	192	201
Neoplasias	113	103	121	118	117	125	125	133	135	139
Causas externas	89	89	93	85	92	84	81	82	76	79
Enfermedades transmisibles	40	37	39	37	37	45	45	44	45	47



Afecciones periodo perinatal	12	10	12	10	12	8	9	7	7	6
Signos y síntomas mal definidos	1	1	1	1	2	3	6	1	2	2
Las demás causas	162	147	158	153	152	156	140	144	161	165
Tasa general de defunciones	603	570	602	589	590	610	586	600	618	638



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

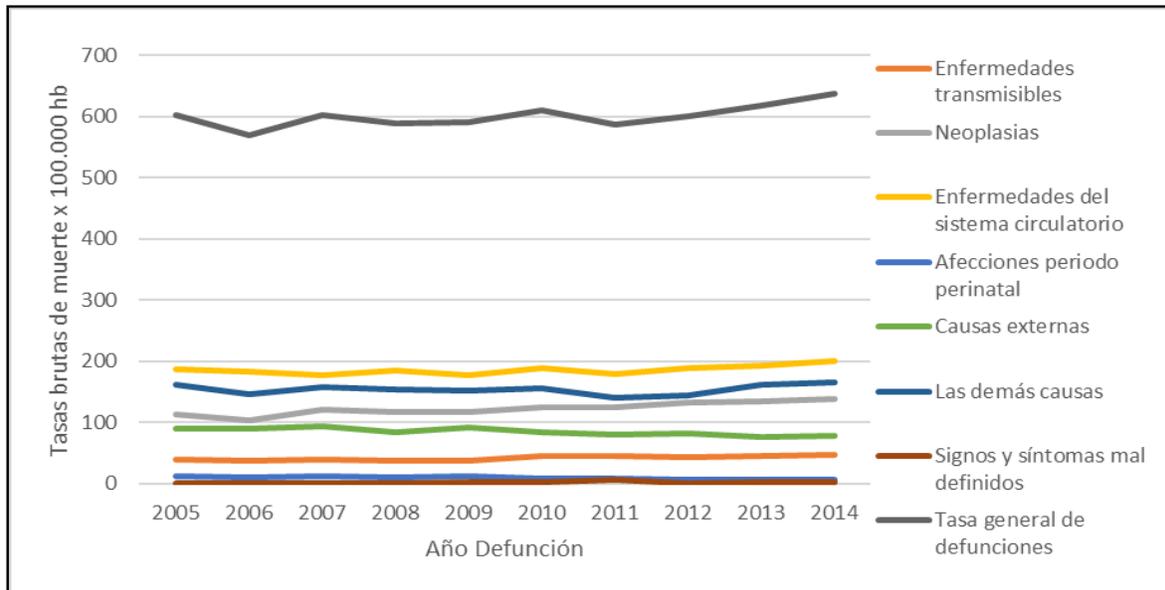


Figura 7: Comportamiento de la tasa bruta de mortalidad por grandes causas departamento, Quindío, 2005 a 2014.

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

La mortalidad por enfermedades transmisibles, según rangos quinquenales, del 2005 al 2014 (Tabla 28) muestra que históricamente, los rangos de mayor afectación por las enfermedades transmisibles son los mayores de 60 años de edad, siendo los de 80 y más años, los que muestran el mayor comportamiento. Otros grupos etarios como los de 35 a 39 y de 55 a 59, presentaron comportamientos importantes, ubicando estos rangos como los de mayor promedio, después de los mayores de 80 años. En los menores de edad, el número de muertes se evidencia en mayor porcentaje en los niños de 0 a 4 años de edad.



La verificación por tasas globales de mortalidad por enfermedades transmisibles, muestra aumentos para la vigencia 2014 en 7 rangos quinquenales, que corresponden al 41.17% del total (de 0 a 4 años, de 10 a 14 años, de 15 a 19 años, de 35 a 39 años, 45 a 49 años, 55 a 59 y 60 a 64 años); Disminución en 6 rangos etareos, (25 a 29 años, 40 a 44 años, 50 a 54 años, 65 a 69 años, 70 a 74 y mayores de 80 años) siendo importante aclarar que en los rangos etareos de mayores de 65 años, se concentra la mayor proporción de muertes por enfermedades transmisibles, siendo el año 2010 el de mayor impacto en este grupo poblacional.

Los rangos quinquenales que, de acuerdo a la tasa global de mortalidad por enfermedades transmisibles, presentaron tendencias estables para el año 214, fueron los rangos de 5 a 9 años, 28 a 24 años y 30 a 34 años de edad).

Tabla 28: Total, tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.

EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	11	15	14	17	9	9	6	6	4	6
De 5 a 9 años	3	2	0	0	1	0	0	1	1	1
De 10 a 14 años	0	1	1	0	1	1	2	0	0	1
De 15 a 19 años	1	2	3	0	1	3	1	3	2	3
De 20 a 24 años	9	4	4	3	10	7	3	5	4	4
De 25 a 29 años	10	12	12	7	15	6	10	9	14	8
De 30 a 34 años	14	14	17	15	12	17	17	15	16	16
De 35 a 39 años	15	14	19	12	13	9	15	14	9	21
De 40 a 44 años	15	20	12	15	17	20	19	16	15	10
De 45 a 49 años	15	11	19	18	9	13	15	13	15	22
De 50 a 54 años	16	12	6	18	11	11	21	13	14	12
De 55 a 59 años	11	14	14	11	7	10	20	17	21	27
De 60 a 64 años	4	9	15	8	8	7	15	16	11	14
De 65 a 69 años	8	10	5	10	9	7	14	14	16	14
De 70 a 74 años	24	12	7	10	11	17	18	16	19	18
De 75 a 79 años	16	15	12	18	17	22	17	17	20	21
De 80 y más años	41	33	52	37	49	87	54	69	71	66
Total	213	200	212	199	200	246	247	244	252	264



EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	23,6	32,2	30,1	36,7	19,5	19,6	13,0	13,0	8,7	13,1
De 5 a 9 años	6,0	4,1	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	2,2	2,2	2,2
De 10 a 14 años	0,0	1,9	1,9	0,0	2,0	2,0	4,2	0,0	0,0	2,2
De 15 a 19 años	2,1	4,1	6,0	0,0	1,9	5,8	1,9	5,9	4,0	6,2
De 20 a 24 años	21,4	9,4	9,3	6,9	22,5	15,4	6,5	10,5	8,2	8,1
De 25 a 29 años	25,8	30,9	30,8	17,9	38,2	15,1	24,9	22,1	33,8	18,9
De 30 a 34 años	38,8	39,2	47,6	41,7	33,1	46,5	46,2	40,6	43,1	42,8
De 35 a 39 años	38,6	36,8	51,4	33,4	37,2	26,2	44,1	41,1	26,2	60,5
De 40 a 44 años	39,3	52,0	31,1	39,0	44,6	53,3	51,8	44,8	43,3	29,6
De 45 a 49 años	44,7	32,0	54,1	50,2	24,7	35,2	40,2	34,7	40,2	59,4
De 50 a 54 años	56,2	40,9	19,9	58,3	34,7	33,9	63,2	38,2	40,2	33,9
De 55 a 59 años	48,8	59,7	57,3	43,3	26,6	36,7	71,2	58,9	70,8	88,8
De 60 a 64 años	22,8	49,8	80,1	41,1	39,4	33,1	68,1	69,7	46,1	56,4
De 65 a 69 años	55,5	68,4	33,7	66,2	58,3	44,1	85,3	82,1	90,2	75,7
De 70 a 74 años	216,9	106,0	60,4	84,1	90,6	137,5	143,7	125,8	146,4	135,1
De 75 a 79 años	199,3	189,3	150,8	221,1	201,7	250,7	186,9	181,0	207,7	213,2
De 80 y más años	593,3	451,7	679,3	465,4	594,8	1021,6	613,8	760,4	759,3	685,5

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 1,900 defunciones por 100,000 en los mayores de 80 años para el 2014, incrementándose en los 10 años analizados un 14.7% esta última tasa.

El seguimiento realizado a los casos de cáncer en menores de 18 años se realiza, teniendo en cuenta el impacto social generado alrededor tanto de la enfermedad como del deceso por causa de la misma que por sus condiciones físicas, inmunológicas, etc., pueden presentar una sobrevida del 80%.

La mortalidad por cáncer o neoplasias califica al Departamento del Quindío como uno de los de mayor riesgo a nivel Nacional, dada la clara tendencia al aumento mostrada por el evento año tras año, siendo la vigencia 2014, la de mayor proporción en la década analizada.

Tabla 29: Total, tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.



EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	2	4	4	3	1	1	1	2	4	1
De 5 a 9 años	4	1	2	2	4	4	2	1	4	1
De 10 a 14 años	1	1	6	4	1	5	2	2	1	0
De 15 a 19 años	5	2	5	3	2	3	5	5	5	4
De 20 a 24 años	6	3	5	4	9	5	3	2	2	3
De 25 a 29 años	7	9	2	5	5	6	5	5	4	6
De 30 a 34 años	7	6	4	13	11	9	7	11	12	6
De 35 a 39 años	19	11	9	12	15	14	15	13	10	14
De 40 a 44 años	26	25	16	21	26	24	19	28	19	20
De 45 a 49 años	32	33	36	33	37	40	43	40	34	35
De 50 a 54 años	42	48	44	38	41	50	49	56	45	50
De 55 a 59 años	60	51	53	51	57	51	59	53	65	63
De 60 a 64 años	59	51	60	64	69	67	69	79	74	100
De 65 a 69 años	79	80	89	75	69	94	81	104	99	104
De 70 a 74 años	76	82	110	96	77	79	107	93	104	98
De 75 a 79 años	68	60	97	87	84	95	90	96	103	95
De 80 y más años	112	86	112	131	131	139	136	150	171	183
Total	605	553	654	642	639	686	693	740	756	783
EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	4,3	8,6	8,6	6,5	2,2	2,2	2,2	4,3	8,7	2,2
De 5 a 9 años	8,0	2,0	4,2	4,2	8,5	8,6	4,4	2,2	8,8	2,2
De 10 a 14 años	1,9	1,9	11,5	7,8	2,0	10,2	4,2	4,2	2,2	0,0
De 15 a 19 años	10,5	4,1	10,0	5,9	3,9	5,8	9,7	9,9	10,1	8,3
De 20 a 24 años	14,3	7,1	11,6	9,2	20,2	11,0	6,5	4,2	4,1	6,1
De 25 a 29 años	18,1	23,2	5,1	12,8	12,7	15,1	12,5	12,3	9,7	14,2
De 30 a 34 años	19,4	16,8	11,2	36,2	30,3	24,6	19,0	29,8	32,3	16,1
De 35 a 39 años	48,8	28,9	24,3	33,4	42,9	40,8	44,1	38,1	29,1	40,3
De 40 a 44 años	68,2	65,1	41,5	54,6	68,2	64,0	51,8	78,5	54,8	59,2
De 45 a 49 años	95,4	96,1	102,4	92,0	101,4	108,2	115,3	106,9	91,0	94,4
De 50 a 54 años	147,6	163,8	146,1	123,0	129,5	154,1	147,4	164,5	129,4	141,2
De 55 a 59 años	266,2	217,3	217,0	200,9	216,5	187,3	210,2	183,5	219,3	207,2
De 60 a 64 años	336,3	282,0	320,3	328,6	340,2	317,1	313,2	344,2	309,8	403,2
De 65 a 69 años	547,9	546,9	599,4	496,4	446,7	591,5	493,3	610,0	557,9	562,4
De 70 a 74 años	686,7	724,4	948,5	807,6	634,1	639,0	854,2	731,4	801,6	735,6
De 75 a 79 años	846,8	757,2	1218,7	1068,7	996,4	1082,5	989,6	1021,9	1069,6	964,4
De 80 y más años	1620,6	1177,1	1463,1	1647,6	1590,2	1632,2	1545,8	1653,1	1828,7	1900,7

El grupo de causas correspondiente a las enfermedades del Sistema Circulatorio se clasifica como la primera causa de mortalidad para la población del Departamento del Quindío, siendo el grupo poblacional más



afectado los mayores de 80 años de edad y en su orden, los de 75 a 79 años y de 70 a 74 años, presentando un aumento en el comportamiento a partir de los 60 años de edad.

Si bien, se espera que la mortalidad por eventos de tipo crónico, como en el caso de las enfermedades del Sistema Circulatorio, se presenten en mayor proporción en la población de adultos mayores, es importante tener en cuenta el comportamiento en todos los rangos etareos, dado que de los 50 a los 59 años se presenta un número de muertes significativa año tras año; seguido del rango etario de 40 a 49 años de edad, rango temprano para la ocurrencia de este tipo de eventos.

En el rango de 30 a 39 años de edad, se presenta un constante de 10 fallecimientos entre las vigencias 2013 y 2014, situación que sumada a las 5 muertes en población entre los 20 a los 29 años de edad, generan alerta, dado que es población en extremo joven, que sufre los efectos fatales de enfermedades crónicas, que generan años de vida potencialmente perdidos, siendo un indicador negativo que muestra la necesidad de fortalecer las acciones de Promoción de los Estilos de Vida Saludable desde la infancia, para disminuir la presencia de muertes en edades tempranas.

Tabla 30: Total, tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.



EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	3	3	2	3	5	2	1	0	0	1
De 5 a 9 años	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0
De 10 a 14 años	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0
De 15 a 19 años	2	1	0	1	2	1	0	1	0	0
De 20 a 24 años	3	2	3	1	3	2	4	7	1	2
De 25 a 29 años	1	3	1	3	1	3	4	3	5	3
De 30 a 34 años	7	5	5	4	4	3	2	5	6	4
De 35 a 39 años	12	3	10	6	5	8	6	9	4	6
De 40 a 44 años	15	14	14	21	14	12	12	15	12	12
De 45 a 49 años	25	21	33	19	23	21	14	21	16	20
De 50 a 54 años	48	50	36	35	31	42	46	40	45	50
De 55 a 59 años	48	63	64	63	68	62	49	59	59	55
De 60 a 64 años	87	51	76	69	68	83	63	77	78	73
De 65 a 69 años	106	113	86	100	104	80	93	86	83	94
De 70 a 74 años	123	115	133	127	140	132	136	135	134	126
De 75 a 79 años	183	176	164	164	133	159	171	130	163	186
De 80 y más años	333	362	330	391	370	426	395	459	467	496
Total	996	985	959	1008	971	1038	997	1050	1073	1128

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	6,4	6,4	4,3	6,5	10,8	4,3	2,2	0,0	0,0	2,2
De 5 a 9 años	0,0	4,1	2,1	0,0	0,0	2,2	0,0	2,2	0,0	0,0
De 10 a 14 años	0,0	1,9	1,9	1,9	0,0	2,0	2,1	4,2	0,0	0,0
De 15 a 19 años	4,2	2,1	0,0	2,0	3,9	1,9	0,0	2,0	0,0	0,0
De 20 a 24 años	7,1	4,7	7,0	2,3	6,7	4,4	8,6	14,7	2,1	4,1
De 25 a 29 años	2,6	7,7	2,6	7,7	2,5	7,6	10,0	7,4	12,1	7,1
De 30 a 34 años	19,4	14,0	14,0	11,1	11,0	8,2	5,4	13,5	16,2	10,7
De 35 a 39 años	30,9	7,9	27,0	16,7	14,3	23,3	17,6	26,4	11,6	17,3
De 40 a 44 años	39,3	36,4	36,3	54,6	36,7	32,0	32,7	42,0	34,6	35,5
De 45 a 49 años	74,5	61,1	93,9	53,0	63,0	56,8	37,6	56,1	42,8	54,0
De 50 a 54 años	168,7	170,6	119,6	113,3	97,9	129,4	138,4	117,5	129,4	141,2
De 55 a 59 años	213,0	268,4	262,0	248,2	258,3	227,7	174,5	204,3	199,0	180,9
De 60 a 64 años	495,9	282,0	405,7	354,3	335,3	392,8	286,0	335,5	326,6	294,3
De 65 a 69 años	735,2	772,5	579,2	661,9	673,3	503,4	566,4	504,4	467,7	508,3
De 70 a 74 años	1111,4	1015,9	1146,8	1068,4	1152,9	1067,7	1085,7	1061,7	1032,8	945,7
De 75 a 79 años	2279,0	2221,1	2060,6	2014,5	1577,7	1811,8	1880,2	1383,9	1692,6	1888,1
De 80 y más años	4818,4	4954,8	4310,9	4917,6	4491,4	5002,3	4489,7	5058,4	4994,1	5151,6



Las afecciones del periodo perinatal, muestra una tendencia clara al descenso siendo la vigencia 2014, la de menor comportamiento, con una disminución promedio del 9.37%, con cuatro puntos de disminución en la tasa de específica de mortalidad por afecciones del periodo perinatal.

Pese a lo anterior, es importante aclarar que para este grupo de causas se han identificado falencias en relación al diligenciamiento de los certificados de defunción, encontrando que se certifican muertes fuera del periodo descrito en el grupo de causas y en otros casos se relaciona este tipo de muertes con causas maternas.

Tabla 31: Total, tasas específicas por afecciones periodo perinatal, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.

EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	63	51	65	53	63	45	46	38	36	34
De 5 a 9 años	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	134,9	109,4	139,8	114,6	136,6	97,8	100,0	82,6	78,3	74,0
De 5 a 9 años	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	2,2	0,0

Las muertes por causa externa, como se muestran en la Tabla 32, se presentan en todos los rangos etareos, evidenciando en los menores de 10 años para la vigencia 2014, un comportamiento que en relación a la vigencia anterior supera el número de casos en un 50% promedio, siendo el quinquenio de 10 a 14 años el que muestra una tendencia al aumento significativa para este grupo poblacional.

A partir de los 15 años, se inicia un aumento significativo en el número de muertes que a pesar de mostrar una disminución a partir del 2012, para el año 2014, el comportamiento nuevamente se incrementa, siendo el quinquenio de 20 a 24 años el más afectado, siguiéndose un comportamiento elevado hasta los 39 años de edad, a partir de este rango se demuestra un descenso en el número de casos, hasta los mayores de 80 años de edad, donde nuevamente se evidencia un incremento importante que supera la vigencia 2013 en un 54%.



En relación a la medición de tasas específicas de mortalidad por causas externas según rangos etareos, el mayor comportamiento lo muestran los mayores de 80 años de edad, seguido en un promedio más bajo por la población de 20 a 24 años y en su orden de 25 a 29 años, siendo estos rangos los de mayor riesgo para la presencia de muertes por causa externa.

Tabla 32: Tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.

EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	11	14	5	8	10	4	5	13	2	4
De 5 a 9 años	2	5	2	3	4	2	3	2	0	1
De 10 a 14 años	3	7	13	8	8	3	5	7	1	7
De 15 a 19 años	48	47	67	40	38	50	59	41	45	48
De 20 a 24 años	70	69	73	70	70	58	58	65	63	65
De 25 a 29 años	51	62	60	59	68	67	62	45	51	52
De 30 a 34 años	46	54	57	56	59	64	54	59	46	44
De 35 a 39 años	57	38	45	47	45	27	39	36	34	35
De 40 a 44 años	43	36	43	39	38	34	32	27	30	25
De 45 a 49 años	37	32	34	23	30	21	20	33	27	16
De 50 a 54 años	23	29	21	23	24	26	33	22	27	20
De 55 a 59 años	17	18	22	19	13	23	15	20	21	24
De 60 a 64 años	15	16	10	10	19	17	11	20	10	20
De 65 a 69 años	14	16	11	12	22	12	10	8	18	20
De 70 a 74 años	9	9	11	10	14	10	16	13	18	12
De 75 a 79 años	8	10	12	12	18	17	10	12	11	14
De 80 y más años	19	17	18	22	24	28	18	31	19	35
Total	473	479	504	461	504	463	450	454	423	442



EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	23,6	30,0	10,8	17,3	21,7	8,7	10,9	28,3	4,3	8,7
De 5 a 9 años	4,0	10,2	4,2	6,3	8,5	4,3	6,5	4,4	0,0	2,2
De 10 a 14 años	5,6	13,2	24,8	15,6	16,0	6,1	10,4	14,8	2,2	15,2
De 15 a 19 años	100,5	96,4	134,5	78,8	73,9	96,9	115,0	81,1	90,9	99,2
De 20 a 24 años	166,4	162,5	169,8	160,3	157,5	127,8	124,9	136,7	129,7	131,9
De 25 a 29 años	131,8	159,5	153,9	150,9	173,0	169,1	154,6	110,6	123,1	123,0
De 30 a 34 años	127,6	151,2	159,5	155,7	162,7	175,1	146,9	159,7	123,9	117,7
De 35 a 39 años	146,5	99,9	121,7	131,0	128,8	78,7	114,6	105,6	98,9	100,8
De 40 a 44 años	112,8	93,7	111,6	101,4	99,7	90,6	87,2	75,6	86,5	74,0
De 45 a 49 años	110,3	93,1	96,7	64,1	82,2	56,8	53,7	88,2	72,3	43,2
De 50 a 54 años	80,8	98,9	69,7	74,5	75,8	80,1	99,3	64,6	77,6	56,5
De 55 a 59 años	75,4	76,7	90,1	74,9	49,4	84,5	53,4	69,3	70,8	78,9
De 60 a 64 años	85,5	88,5	53,4	51,3	93,7	80,4	49,9	87,1	41,9	80,6
De 65 a 69 años	97,1	109,4	74,1	79,4	142,4	75,5	60,9	46,9	101,4	108,2
De 70 a 74 años	81,3	79,5	94,9	84,1	115,3	80,9	127,7	102,2	138,7	90,1
De 75 a 79 años	99,6	126,2	150,8	147,4	213,5	193,7	110,0	127,7	114,2	142,1
De 80 y más años	274,9	232,7	235,1	276,7	291,3	328,8	204,6	341,6	203,2	363,5

Respecto a las tasas específicas por las demás causas, el menor volumen de defunciones que se observaron en el 2011 con un total de 773 casos y en 2014 se presenta el de mayor comportamiento con un total de 927 casos de mortalidad; es importante resaltar que 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 tasas de mortalidad por las demás causas, muestra valores extremos en la población de 75 y más años, superando en forma significativa los demás grupos etareos.



Tabla 33: Tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2014.

EDAD	MUERTES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	28	36	37	30	32	34	29	25	23	22
De 5 a 9 años	3	4	5	5	3	0	4	0	3	1
De 10 a 14 años	6	4	4	2	1	4	2	1	3	6
De 15 a 19 años	5	9	3	11	2	7	4	6	3	3
De 20 a 24 años	10	12	7	8	7	3	2	3	4	5
De 25 a 29 años	8	9	5	6	8	6	3	10	8	12
De 30 a 34 años	4	9	10	9	5	8	9	5	7	11
De 35 a 39 años	10	8	10	6	12	8	10	8	7	2
De 40 a 44 años	16	14	14	15	15	17	7	16	14	13
De 45 a 49 años	21	20	20	14	21	25	17	17	20	12
De 50 a 54 años	30	25	31	29	25	26	25	17	25	28
De 55 a 59 años	46	47	39	35	49	33	45	44	34	38
De 60 a 64 años	57	69	63	48	46	56	58	55	52	50
De 65 a 69 años	96	71	76	70	67	79	63	63	83	76
De 70 a 74 años	130	92	103	105	90	122	83	103	114	104
De 75 a 79 años	134	130	135	129	143	132	113	119	116	131
De 80 y más años	262	229	293	310	305	297	299	311	384	413
Total	866	788	855	832	831	857	773	803	900	927
EDAD	TASAS ESPECÍFICAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
De 0 a 4 años	60,0	77,3	79,6	64,8	69,4	73,9	63,0	54,4	50,0	47,9
De 5 a 9 años	6,0	8,2	10,4	10,5	6,4	0,0	8,7	0,0	6,6	2,2
De 10 a 14 años	11,2	7,5	7,6	3,9	2,0	8,2	4,2	2,1	6,5	13,1
De 15 a 19 años	10,5	18,5	6,0	21,7	3,9	13,6	7,8	11,9	6,1	6,2
De 20 a 24 años	23,8	28,3	16,3	18,3	15,7	6,6	4,3	6,3	8,2	10,1
De 25 a 29 años	20,7	23,2	12,8	15,3	20,4	15,1	7,5	24,6	19,3	28,4
De 30 a 34 años	11,1	25,2	28,0	25,0	13,8	21,9	24,5	13,5	18,9	29,4
De 35 a 39 años	25,7	21,0	27,0	16,7	34,3	23,3	29,4	23,5	20,4	5,8
De 40 a 44 años	42,0	36,4	36,3	39,0	39,4	45,3	19,1	44,8	40,4	38,5
De 45 a 49 años	62,6	58,2	56,9	39,0	57,5	67,6	45,6	45,4	53,5	32,4
De 50 a 54 años	105,4	85,3	102,9	93,9	79,0	80,1	75,2	49,9	71,9	79,1
De 55 a 59 años	204,1	200,3	159,7	137,9	186,1	121,2	160,3	152,4	114,7	125,0
De 60 a 64 años	324,9	381,6	336,3	246,4	226,8	265,0	263,3	239,6	217,7	201,6
De 65 a 69 años	665,8	485,4	511,9	463,3	433,7	497,1	383,7	369,5	467,7	411,0
De 70 a 74 años	1174,7	812,7	888,2	883,3	741,2	986,8	662,6	810,0	878,7	780,6
De 75 a 79 años	1668,7	1640,6	1696,2	1584,6	1696,3	1504,1	1242,4	1266,8	1204,6	1329,8
De 80 y más años	3791,1	3134,4	3827,6	3898,9	3702,4	3487,6	3398,5	3427,4	4106,5	4289,6



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 los casos en el sistema de información; esta codificación a 2014 mejora, pero se incrementa con relación a 2012.

Tabla 34: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2014.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Eventos									
5	7	7	4	9	14	32	4	11	10

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 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 que se detallan a continuación.

En relación a la mortalidad por enfermedades transmisibles, se encuentra que históricamente, las Infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer lugar de ocurrencia, presentando el mayor comportamiento en el año 2010, momento en el que ingresa el virus de la influenza A H1N1, posteriormente, para la vigencia 2011, se disminuye el número de muertes, sin embargo tiende al aumento, como se muestra para la vigencia 2014; el proceso de seguimiento adelantado para el evento, evidencia la circulación de múltiples virus respiratorios, que cursan en los cuadros graves de la población, situación que sumada a la vulnerabilidad nutricional, inmunológica y social de la población, aumentan el riesgo de letalidad en el territorio.



En segundo lugar, se encuentran las muertes por VIH/SIDA, las cuales entre el 2005 al 2010, presentaron una tendencia elevada pero estable, mostrando un incremento importante para la vigencia 2011, siendo esta la de mayor comportamiento del periodo analizado, continuándose el comportamiento elevado hacia el 2014.

La Tuberculosis, siendo un evento clasificado como reemergente, presenta un comportamiento elevado en el Departamento del Quindío, mostrándose en el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles, con un comportamiento relativamente estable, que muestra la necesidad de intensificar la captación oportuna de los casos, con el fin de disminuir la letalidad, además es uno de los eventos que en una importante proporción se asocia a los casos de VIH/SIDA aportando a la gravedad de los cuadros clínicos.

Las septicemias, presentan un comportamiento importante en la causalidad, presentándose una disminución para el 2014, en el número de casos en relación a la vigencia 2013. Las enfermedades vectoriales, muestran un aumento importante para la vigencia 2014, con un incremento promedio del 55.5% entre las vigencias 2013 al 2014, siendo el Dengue la principal causa.

Entre las demás causas, la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales muestra un comportamiento totalmente estable, siendo los adultos mayores la población más afectada. La mortalidad por meningitis muestra una tendencia estable, con un comportamiento importante en la población de adulta del Departamento, evidenciando un descenso marcado para la vigencia 2014.

Las mortalidades por enfermedades inmunoprevenibles se presentan relacionadas con eventos que no se encuentran cubiertos por el programa ampliado de inmunizaciones.

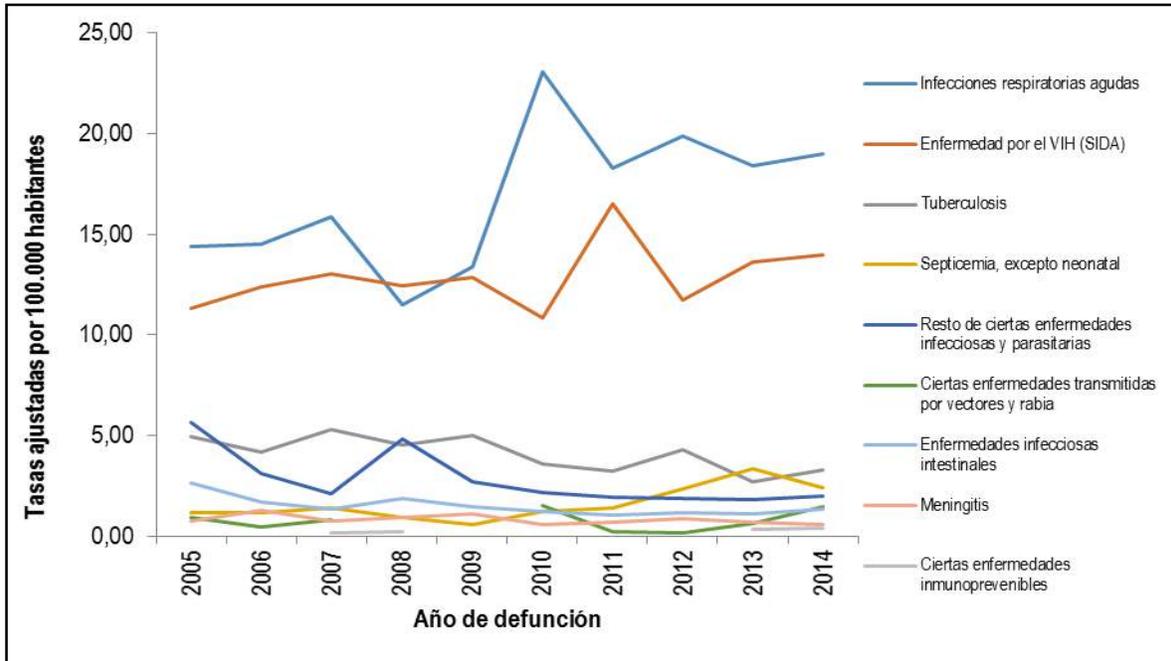


Figura 8: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas, departamento Quindío 2005 a 2014.

Tabla 35: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 Enfermedades Transmisibles, departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades infecciosas intestinales	13	9	7	10	8	7	6	7	7	8
Tuberculosis	25	22	28	24	27	20	22	30	19	20
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	5	2	4			8	1	1	4	9
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	2		1	1			2		2	2
Meningitis	4	7	4	5	6	3	4	5	4	3
Septicemia, excepto neonatal	6	6	7	5	3	7	8	14	20	15
Enfermedad por el VIH (SIDA)	59	64	68	68	69	59	90	64	75	80
Infecciones respiratorias agudas	70	74	82	61	73	130	106	117	113	118



Resto de ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	29	16	11	26	15	12	8	6	8	11
	TASAS									
GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades infecciosas intestinales	2,62	1,69	1,36	1,89	1,47	1,42	1,05	1,19	1,12	1,3
Tuberculosis	4,93	4,19	5,28	4,53	4,98	3,6	3,76	5,11	3,19	3,3
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	0,95	0,43	0,78	0	0	1,51	0,21	0,17	0,64	1,5
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,4	0	0,16	0,19	0	0	0,36	0	0,33	0,4
Meningitis	0,72	1,28	0,77	0,93	1,1	0,58	0,7	0,86	0,69	0,6
Septicemia, excepto neonatal	1,14	1,16	1,38	0,95	0,55	1,23	1,38	2,33	3,36	2,4
Enfermedad por el VIH (SIDA)	11,31	12,37	13,04	12,43	12,88	10,86	16,51	11,75	13,6	14,0
Infecciones respiratorias agudas	14,4	14,54	15,84	11,52	13,38	23,07	18,28	19,89	18,43	19,0
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	2,0



La mortalidad por neoplasias, se ha convertido para el Departamento del Quindío en la segunda causa de mortalidad, para la población del Departamento, siendo el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, el de mayor comportamiento, seguido del tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, muy cerca numéricamente del tumor maligno del estómago.

En un lugar muy importante se ubican los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, acompañados de los tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, muestran un aumento significativo a partir del año 2011, momento en que se incrementa el número de muertes en un 38.3%, continuando su comportamiento elevado hasta la vigencia 2014,

El tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea, sigue en orden de comportamiento, al igual que el tumor maligno de la mama de la mujer, tumor maligno del cuello uterino y del útero, tumor maligno de próstata y órganos genitourinarios y las leucemias, que afectan en mayor proporción a la población menor de 18 años de edad.

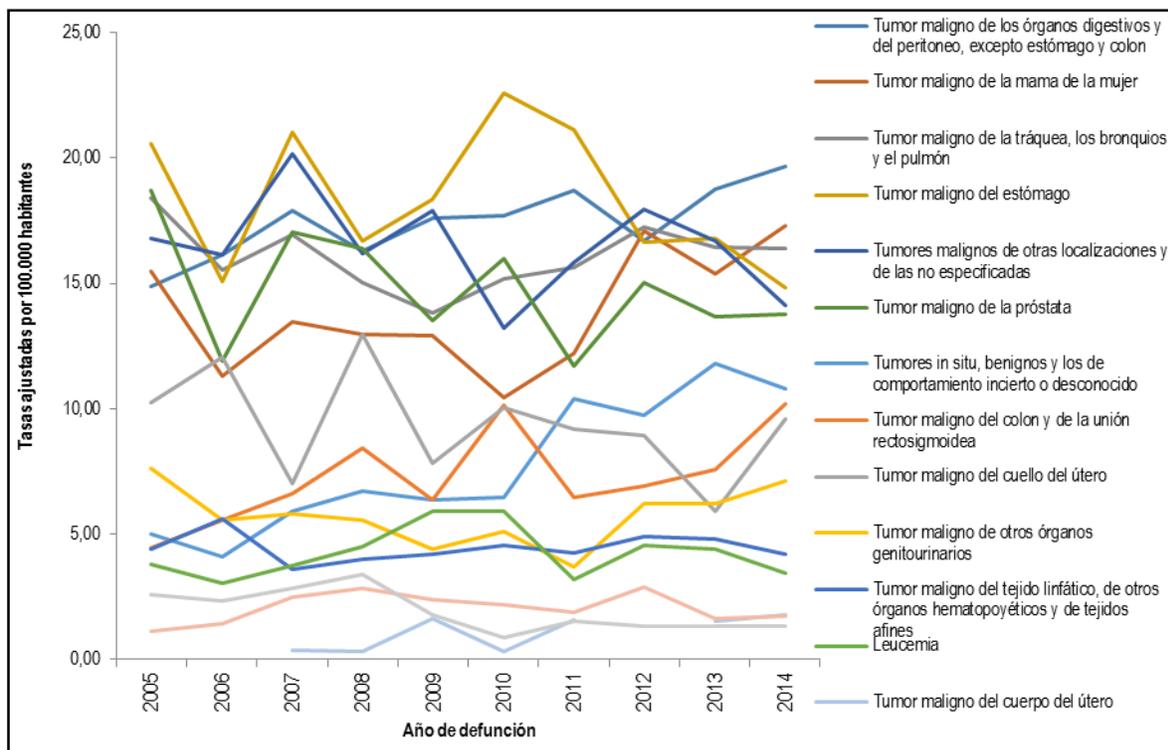


Figura 9: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Neoplasias, departamento Quindío 2005 a 2014

Tabla 36: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas neoplasias, departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	Casos									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tumor maligno del estómago	103	77	110	89	101	127	123	98	103	93
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	22	29	35	45	35	57	38	41	46	64
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	74	82	93	88	98	101	109	99	116	124
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	91	79	88	80	76	86	91	103	101	104
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	13	12	15	18	10	5	9	8	8	8
Tumor maligno de la mama de la mujer	41	31	38	38	38	31	38	54	50	58
Tumor maligno del cuello del útero	28	33	20	37	23	31	28	28	19	31
Tumor maligno del cuerpo del útero	0	0	1	1	5	1	5	0	5	6
Tumor maligno del útero, parte no especificada	3	4	7	8	7	7	6	9	5	6
Tumor maligno de la próstata	41	27	40	39	33	40	30	40	37	38



Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	38	28	31	30	24	29	21	37	38	45
Leucemia	20	16	20	24	32	33	18	27	26	21
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	22	30	19	21	23	26	25	30	29	26
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	84	84	106	88	99	75	92	107	101	91
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	25	21	31	36	35	37	60	59	72	68

GRUPO DE CAUSAS	Casos									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tumor maligno del estómago	103	77	110	89	101	127	123	98	103	93
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	22	29	35	45	35	57	38	41	46	64
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	74	82	93	88	98	101	109	99	116	124
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	91	79	88	80	76	86	91	103	101	104
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	13	12	15	18	10	5	9	8	8	8
Tumor maligno de la mama de la mujer	41	31	38	38	38	31	38	54	50	58
Tumor maligno del cuello del útero	28	33	20	37	23	31	28	28	19	31
Tumor maligno del cuerpo del útero	0	0	1	1	5	1	5	0	5	6
Tumor maligno del útero, parte no especificada	3	4	7	8	7	7	6	9	5	6
Tumor maligno de la próstata	41	27	40	39	33	40	30	40	37	38
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	38	28	31	30	24	29	21	37	38	45
Leucemia	20	16	20	24	32	33	18	27	26	21
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	22	30	19	21	23	26	25	30	29	26
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	84	84	106	88	99	75	92	107	101	91
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	25	21	31	36	35	37	60	59	72	68

GRUPO DE CAUSAS	Tasas ajustadas									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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	19,7
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	17,3
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	16,4
Tumor maligno del estómago	20,6	15,1	21,0	16,7	18,4	22,6	21,1	16,7	16,8	14,8
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	16,8	16,2	20,2	16,2	17,9	13,2	15,8	18,0	16,7	14,1
Tumor maligno de la próstata	18,7	11,9	17,0	16,4	13,5	16,0	11,7	15,0	13,7	13,8
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	10,8
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	10,2
Tumor maligno del cuello del útero	10,2	12,0	7,0	13,0	7,8	10,0	9,2	9,0	5,9	9,6
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,6	5,6	5,8	5,6	4,4	5,1	3,7	6,2	6,2	7,1
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	4,2
Leucemia	3,8	3,0	3,8	4,5	5,9	5,9	3,2	4,5	4,4	3,5
Tumor maligno del cuerpo del útero			0,4	0,3	1,6	0,4	1,6		1,5	1,8
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	1,7
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	1,3



La mortalidad por enfermedades cardiovasculares se categoriza como la principal causa de muerte para la población del Departamento del Quindío, siendo la enfermedad Isquémica del corazón, la que marca el comportamiento de este grupo con un número de casos que supera en un 65% las demás causas, sin embargo, para la vigencia 2014, se presenta un leve descenso.

Las enfermedades cerebrovasculares, presentan un comportamiento elevado, con altibajos entre vigencias, presentándose para el año 2014, un incremento del 15%, en relación a la vigencia anterior; las terceras causas relacionadas son las enfermedades hipertensivas, las cuales presentan un aumento importante para la vigencia 2014, presentando la cifra más alta desde el 2011.

En su orden se presentan la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedad de la circulación pulmonar con un comportamiento relativamente estable con variaciones del 5% promedio. Las demás enfermedades del sistema circulatorio y la insuficiencia cardíaca que en menor proporción siguen influyendo en la mortalidad de la población.

Se relaciona un solo caso de mortalidad por Aterosclerosis para la vigencia 2014 y la fiebre reumática y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas presentaron reporte de muerte hasta la vigencia 2012, no presentándose muertes por esta causa en las vigencias 2013 y 2014.

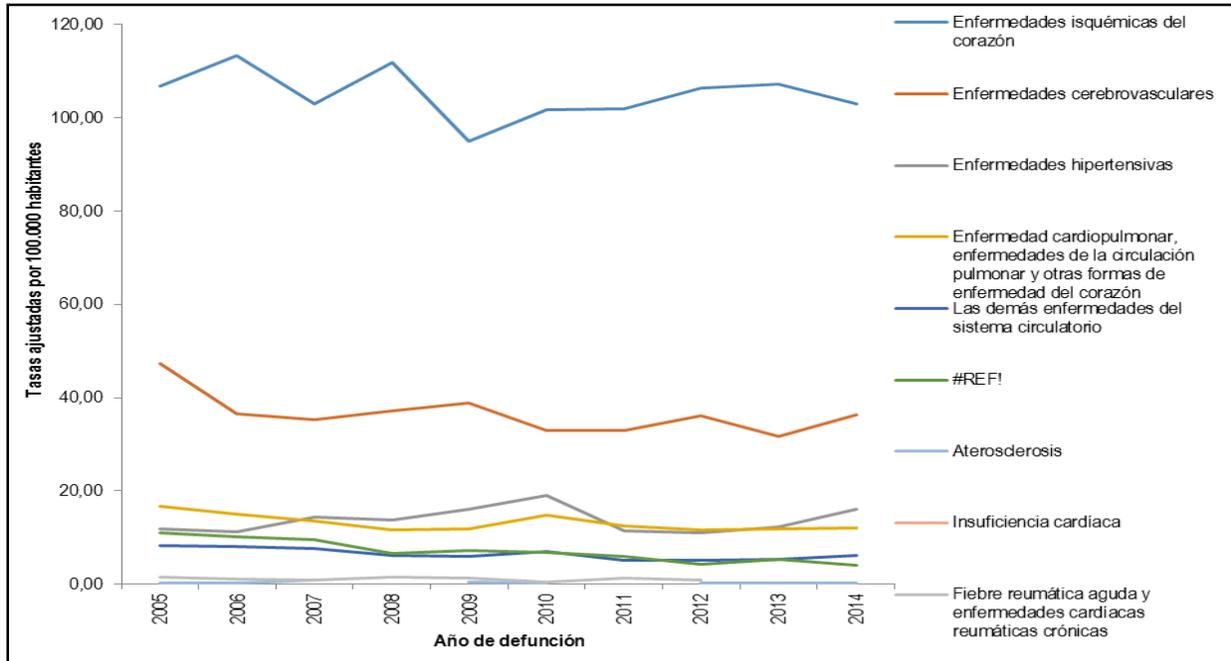


Figura 10: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, departamento del Quindío 2005 a 2014.

Tabla 37: Total, defunciones (eventos) y tasas ajustadas de mortalidad según 67 causas circulatorias, departamento Quindío 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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	101
Enfermedades isquémicas del corazón	523	570	535	597	522	577	594	637	661	654
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	82	76	70	62	65	84	72	68	73	77
Paro cardíaco				2	1	1				
Insuficiencia cardíaca	54	51	49	35	39	38	34	26	33	26
Enfermedades cerebrovasculares	232	185	183	199	214	188	193	216	196	230
Aterosclerosis	1	1	4		3	1		1	2	1
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	40	41	40	32	32	39	30	31	33	39
GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014



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	12,2	16,1
Enfermedades isquémicas del corazón	106,8	113,4	103	111,9	95	101,8	102	106,3	107,2	103,0
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	16,7	15	13,5	11,7	11,8	14,8	12,4	11,5	11,9	12,1
Paro cardíaco	0	0	0	0,4	0,2	0,2	0	0	0	0
Insuficiencia cardíaca	11	10,2	9,5	6,6	7,2	6,7	5,9	4,3	5,3	4,1
Enfermedades cerebrovasculares	47,3	36,6	35,2	37,2	39	33	33	36,2	31,7	36,3
Aterosclerosis	0,2	0,2	0,8	0	0,5	0,2	0	0,2	0,3	0,2
La mortalidad por enfermedades del periodo perinatal										



La mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, para la vigencia 2014, presenta un descenso importante, siendo los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal los de mayor comportamiento, seguido del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Sepsis bacteriana del recién nacido, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento y Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer.

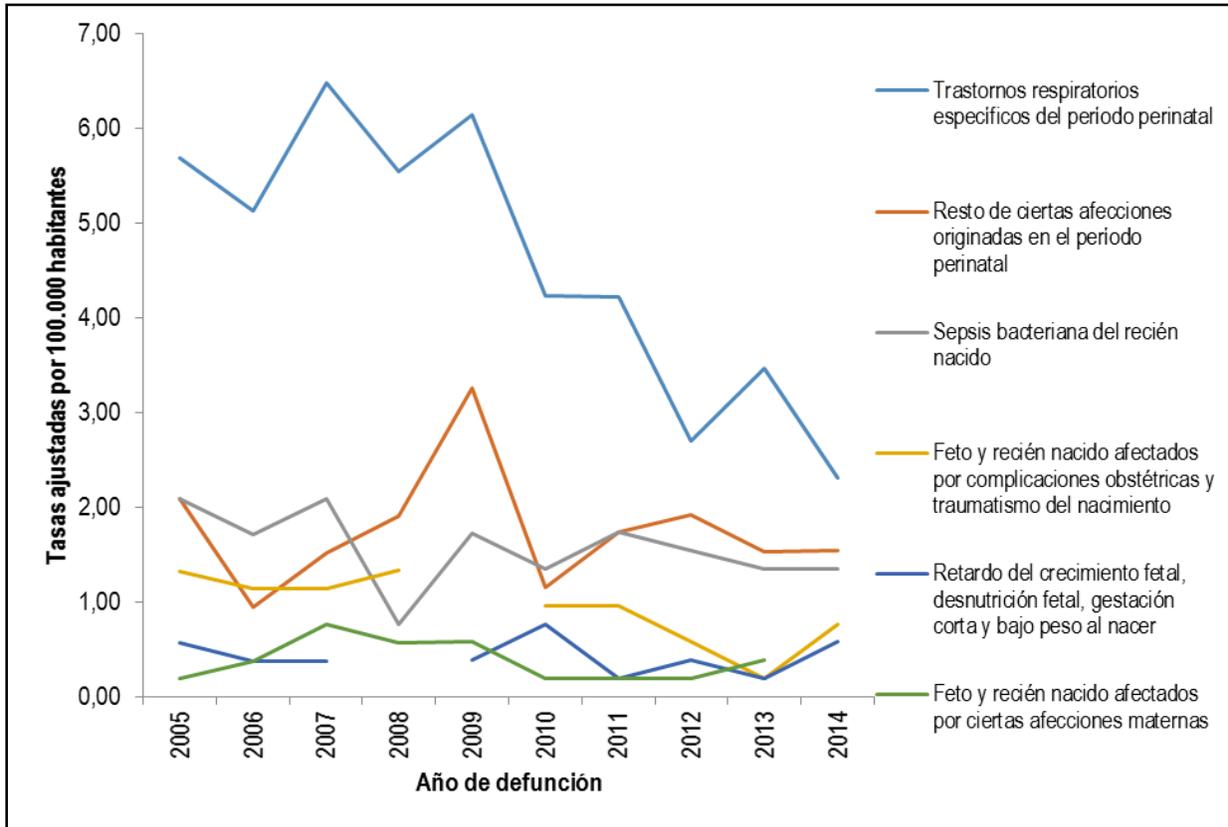


Figura 11: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, Quindío 2005 a 2014.

Tabla 38: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas afecciones perinatales, Departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	2	4	3	3	1	1	1	2	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	7	6	6	7		5	5	3	1	4



Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3	2	2		2	4	1	2	1	3
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	30	27	34	29	32	22	22	14	18	12
Sepsis bacteriana del recién nacido	11	9	11	4	9	7	9	8	7	7
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	11	5	8	10	17	6	9	10	8	8
GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
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	0
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	1,3	1,1	1,1	1,3	0	1	1	0,6	0,2	0,8
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	0,6	0,4	0,4	0	0,4	0,8	0,2	0,4	0,2	0,6
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	5,7	5,1	6,5	5,6	6,1	4,2	4	2,7	3,5	2,3
Sepsis bacteriana del recién nacido	2,1	1,7	2,1	0,8	1,7	1,3	1,7	1,5	1,4	1,4
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2,1	1	1,5	1,9	3,3	1,2	1,7	1,9	1,5	1,5



Las muertes por causa externa históricamente se mueven entre la segunda y tercera primeras causas de muerte para la población del Departamento del Quindío, ocupando el primer lugar los homicidios mostrando el mayor comportamiento en el año 2007, continuándose un comportamiento estable hasta el 2011, presentándose para el 2012 una disminución en el número de muertes, siendo la vigencia 2014, la de menor comportamiento.

En segundo lugar, los accidentes de tránsito, los cuales presentan una tendencia clara al aumento, siendo el 2014, el que concentro el mayor número de muertes. Otra situación que presenta en su orden un



comportamiento importante son los suicidios, que a pesar de mostrar un descenso para la vigencia 2014, el comportamiento histórico muestra una tendencia estable.

Las caídas, los eventos de intención no determinada, los demás accidentes, ahogamiento y sumersión accidentales, corresponden a las causas que en menor proporción hacen parte importante de la mortalidad por causas externas.

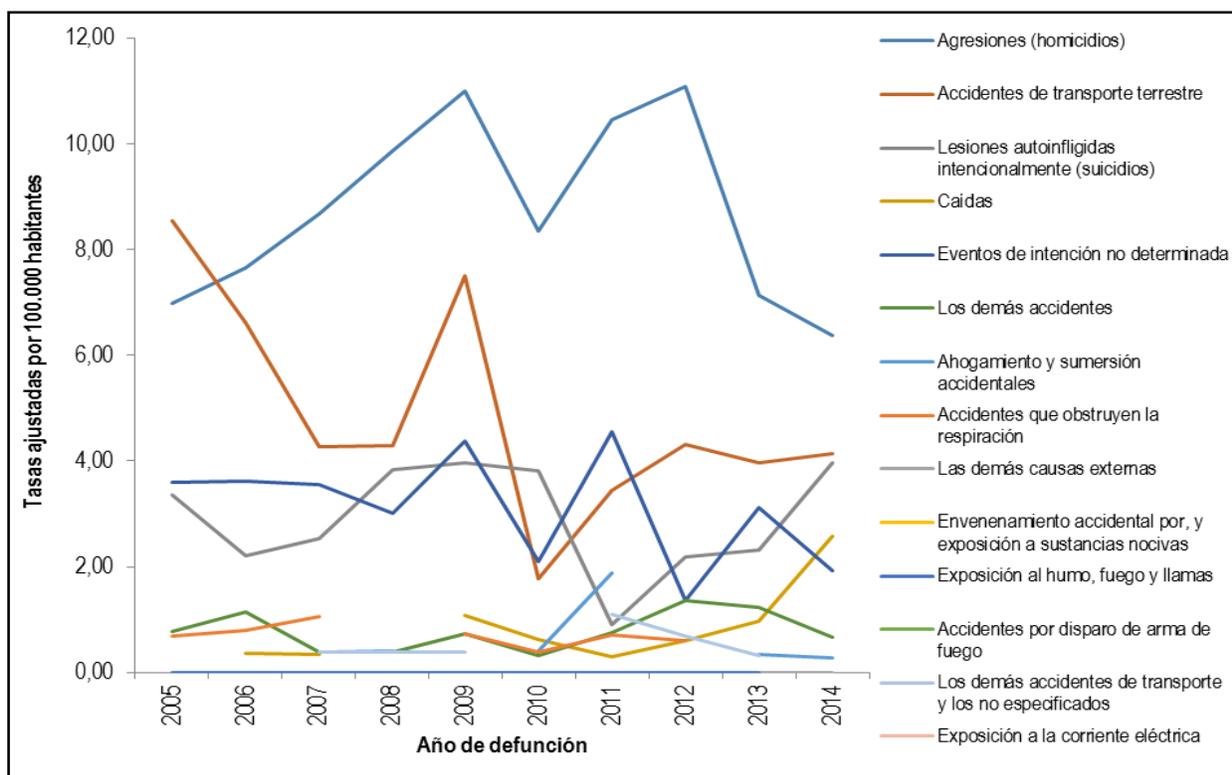


Figura 12: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Causas Externas, Quindío 2005 a 2014.

Tabla 39: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas externas, departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS
-----------------	-------



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	82	103	90	80	99	68	52	89	72	101
Los demás accidentes de transporte y los no especificados								1		
Caídas	28	37	25	36	33	29	24	29	32	29
Accidentes por disparo de arma de fuego		1	2	1	1		1	2		1
Ahogamiento y sumersión accidentales	4	10	5	6	5	4	11	11	5	6
Accidentes que obstruyen la respiración	7	13	2	4	2	3	6	11	5	2
Exposición a la corriente eléctrica	1	2	1	3		3	2	2	1	0
Exposición al humo, fuego y llamas	2		1			1			1	1
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	4	1	6	4	4	4	4	6	3	1
Los demás accidentes	12	6	9	4	8	5	12	13	7	8
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	39	38	51	35	56	46	56	41	42	33
Agresiones (homicidios)	288	252	300	279	284	284	273	237	249	235
Eventos de intención no determinada	3	9	6	5	10	13	7	10	6	23
Las demás causas externas	3	8	6	4	3	4	2	3	0	2
GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Accidentes de transporte terrestre	16	19,8	17	14,7	18,4	12,1	9,3	15,8	12,5	17,4
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	4,6
Accidentes por disparo de arma de fuego	0	0,2	0,4	0,2	0,2	0	0,2	0,4	0	0,2
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,8	1,9	0,9	1,2	0,9	0,7	2	2	0,9	1,1
Accidentes que obstruyen la respiración	1,3	2,5	0,4	0,8	0,4	0,6	1,1	2	0,9	0,4
Exposición a la corriente eléctrica	0,2	0,4	0,2	0,6	0	0,6	0,4	0,3	0,2	0
Exposición al humo, fuego y llamas	0,4	0	0,2	0	0	0,2	0	0	0,2	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	0,5	0,2
Los demás accidentes	2,3	1,2	1,6	0,8	1,5	0,9	2,1	2,3	1,2	1,3
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,5	7,2	9,5	6,6	10,4	8,2	10	7,4	7,3	5,8
Agresiones (homicidios)	55,1	47,9	56,6	52,7	53,2	52,8	50,4	43	45,2	42,2
Eventos de intención no determinada	0,6	1,7	1,1	1	1,9	2,3	1,2	1,8	1,1	4,0
Las demás causas externas	0,6	1,6	1,2	0,8	0,6	0,8	0,4	0,6	0	0,3

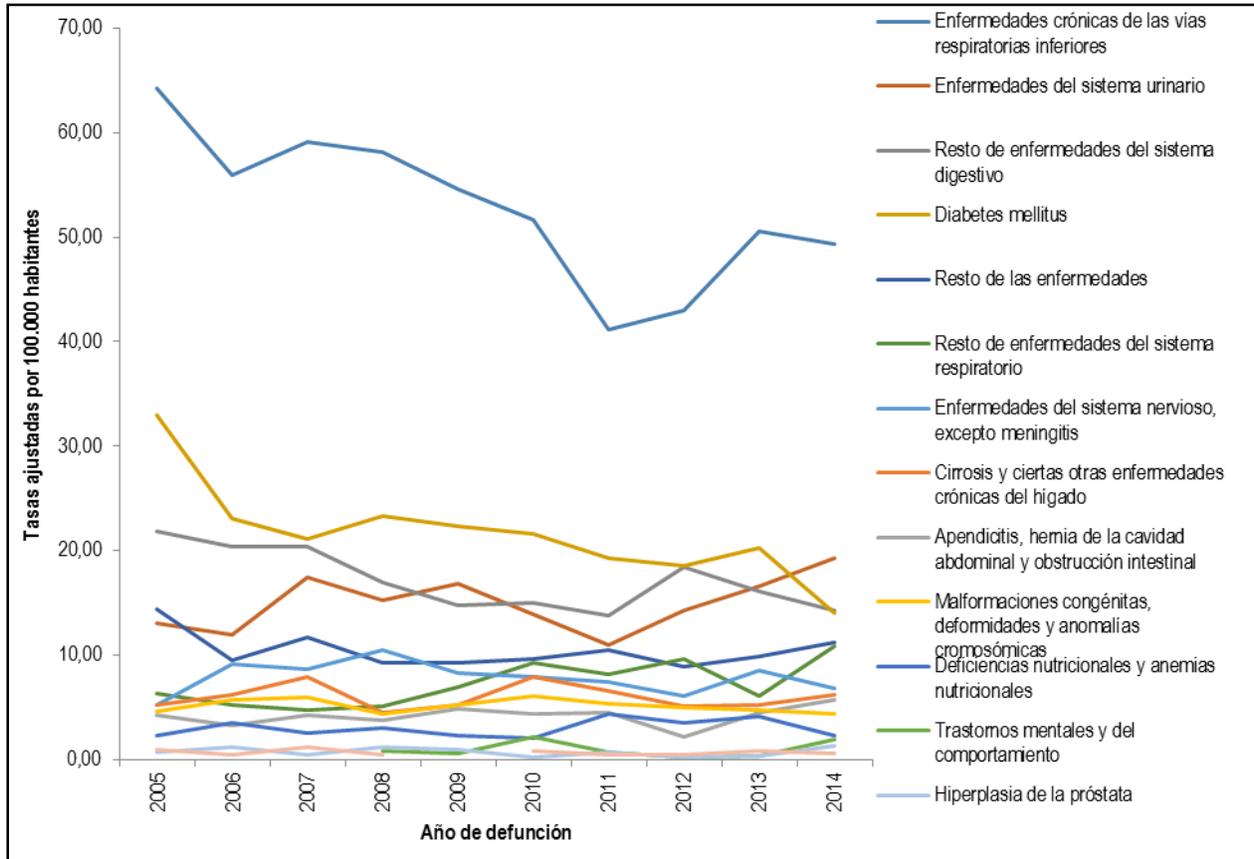
La mortalidad por otras causas diversas, concentra eventos no clasificadas en los anteriores grupos de mortalidad, encontrando que el mayor comportamiento se muestra en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales concentran el 34% del total de muertes analizadas en este grupo,



presentando una estabilidad en el comportamiento en relación a la vigencia 2013, seguido en menor proporción por las enfermedades del sistema urinario con el 13.2%, las cuales a pesar de presentarse en un número inferior presentan un incremento importante para la vigencia 2014, siendo la mayor cifra registrada históricamente, las demás enfermedades del sistema respiratorio con un porcentaje igual 13.2%, la Diabetes mellitus 9,6%, igual comportamiento para el resto de enfermedades del sistema digestivo, eventos que evidencian una leve disminución para la vigencia 2014; con el 4,4% continúan las enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis.

Las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, representan el 3.8%, sin embargo, corresponden a una de las situaciones que se suman a la mortalidad infantil, correspondiendo a la principal causa de mortalidad en los menores de 1 año para el Departamento del Quindío.

Entre las demás causas con comportamientos menores se evidencian, además, las cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, hiperplasia de la próstata, las relacionadas con el embarazo el parto y el puerperio.



106

Figura 13: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por otras causas diversas, departamento Quindío 2005 a 2014.

Tabla 40: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según otras causas de enfermedades, departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Diabetes mellitus	162	116	110	124	123	122	112	111	125	89
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	11	17	14	16	12	11	25	21	25	14
Trastornos mentales y del comportamiento		3		4	3	12	4	1	2	12
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	27	47	46	57	45	45	43	35	50	41
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	312	280	304	309	302	292	240	258	312	314
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	31	26	24	27	39	52	47	57	37	68



Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	21	16	22	20	26	25	26	13	27	35
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	26	32	41	24	28	44	38	30	32	38
Resto de enfermedades del sistema digestivo	108	104	105	90	82	85	80	110	98	89
Enfermedades del sistema urinario	64	60	90	81	92	78	64	85	102	122
Hiperplasia de la próstata	3	6	2	6	5	1	4	1	2	8
Embarazo, parto y puerperio	5	2	6	2		4	2	2	4	3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	30	31	23	27	32	28	26	25	24
Resto de las enfermedades	72	49	61	49	51	54	60	53	59	69
GRUPO DE CAUSAS	TASAS AJUSTADAS									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Diabetes mellitus	32,9	23	21,1	23,3	22,3	21,6	19,3	18,6	20,2	14,0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,2	3,5	2,5	3	2,2	2	4,3	3,5	4,1	2,3
Trastornos mentales y del comportamiento	0	0,6	0	0,8	0,5	2,1	0,7	0,2	0,3	1,9
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	5,3	9,1	8,6	10,5	8,2	7,9	7,4	6,1	8,5	6,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	64,3	55,9	59,1	58,1	54,6	51,7	41,2	43	50,6	49,4
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,3	5,2	4,7	5,1	6,9	9,3	8,2	9,6	6,1	10,9
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	5,7
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	6,2
Resto de enfermedades del sistema digestivo	21,8	20,4	20,4	16,9	14,8	15	13,7	18,4	16,1	14,3
Enfermedades del sistema urinario	13	11,9	17,4	15,2	16,8	13,8	10,9	14,3	16,6	19,3
Hiperplasia de la próstata	0,6	1,2	0,4	1,1	0,9	0,2	0,7	0,2	0,3	1,3
Embarazo, parto y puerperio	0,9	0,4	1,2	0,4	0	0,8	0,4	0,4	0,8	0,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	4,6	5,7	5,9	4,3	5,2	6,1	5,4	5	4,7	4,4
Resto de las enfermedades	14,4	9,5	11,7	9,2	9,2	9,6	10,5	8,9	9,8	11,2

Los signos, síntomas y afecciones mal definidas, presentan un comportamiento estable entre las vigencias 2005 al 2008, presentando un aumento a partir del año 2009, siendo el año 2011 el de mayor registro, situación que afecta la clasificación de la causalidad para el Departamento, dado que por el mal diligenciamiento de la causa de muerte en los certificados de defunción, por parte del personal médico, no se logra identificar si hacen parte de los grupos analizados, lo que podría cambiar la priorización de las intervenciones; se presenta en forma posterior un descenso, sin embargo entre los años 2013 y 2014, se torna estable el comportamiento.



Tabla 41: Total, defunciones (eventos) y tasas ajustadas de mortalidad según Signos, síntomas y afecciones mal definidas, departamento Quindío, 2005 a 2014.

GRUPO DE CAUSAS	TOTAL, EVENTOS										TOTAL, TASA AJUSTADA									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Signos, síntomas y afecciones mal definidas	5	7	7	4	9	14	32	4	11	10	1,0	1,4	1,4	0,8	1,6	2,6	5,5	0,7	1,9	1,7

Tabla 42: Tasas específicas por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2014.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Eventos									
5	7	7	4	9	14	32	4	11	10

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

2.1.2 TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD

La estandarización de las tasas 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:** Las enfermedades del Sistema Circulatorio, presentan las mayores tasas con una tendencia al descenso entre los años 2005 al 2011, presentándose un aumento



importante para la vigencia 2012 y continuando un comportamiento estable entre los años 2013 y 2014.

- ✓ **Segunda causa:** *Las demás enfermedades* que incluyen enfermedades de tipo crónico como la diabetes mellitus y las enfermedades obstructivas de las vías respiratorias inferiores, entre otras, que presentan una tendencia que disminuye para la vigencia 2011 e inicia un aumento significativo para el 2013, continuándose para el 2014.

- ✓ **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.

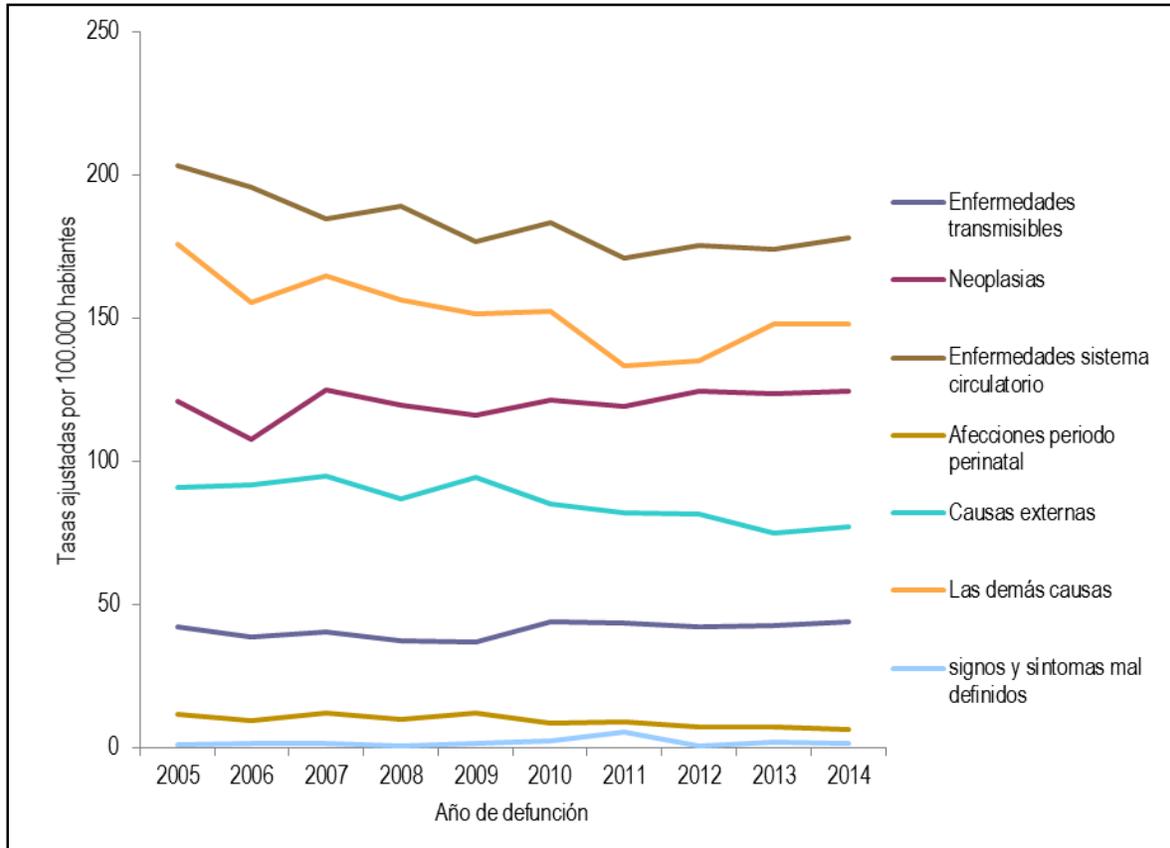


Figura 14: Tasa de mortalidad ajustada (estándar) por edad, departamento Quindío, 2005 – 2014

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

El sexo marca un determinante importante en el comportamiento de la causalidad en la mortalidad para la población, encontrando que 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.

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



- ✓ **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, con una estabilidad en el comportamiento a partir del año 2012 hasta el 2014.
- ✓ **Segunda Causa**, las demás causas de mortalidad, están en una tendencia permanente a descender en la población hipotética estándar masculino, donde se involucran las Enfermedades respiratorias crónicas, Diabetes mellitus, entre otras.
- ✓ **Tercera Causa**, las lesiones de causa externa, presenta una tendencia elevada en los años 2005 al 2007, presentando una disminución importante a partir del año 2008, comportamiento que se continua hasta el 2013, iniciando nuevamente un leve aumento en la vigencia 2014.
- ✓ **Cuarta Causa**, las neoplasias, en posición de la población estándar, muestra un ascenso permanente, destacándose que para la vigencia 2013, superan el comportamiento de la segunda causa, mostrando un leve descenso para el 2014.
- ✓ **Quinta Causa**, las enfermedades transmisibles, presentan un comportamiento horizontal, sin indicios de impactos, cuando la distribución de la población sigue una estratificación hipotética estándar, evidenciándose un aumento para el 2014.
- ✓ **Sexta Causa**, las enfermedades que afectan el periodo perinatal, tienden a disminuir en forma paulatina, sin una tendencia marcada de esta disminución.

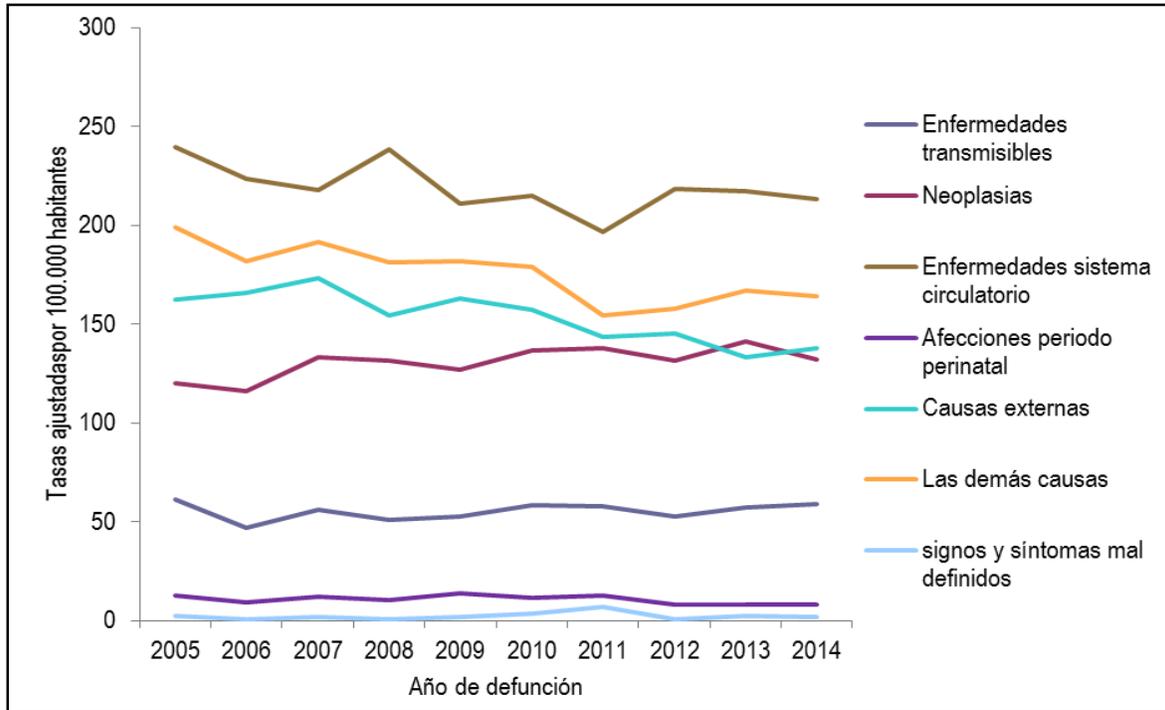


Figura 15: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres departamento Quindío, 2005 – 2014.

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

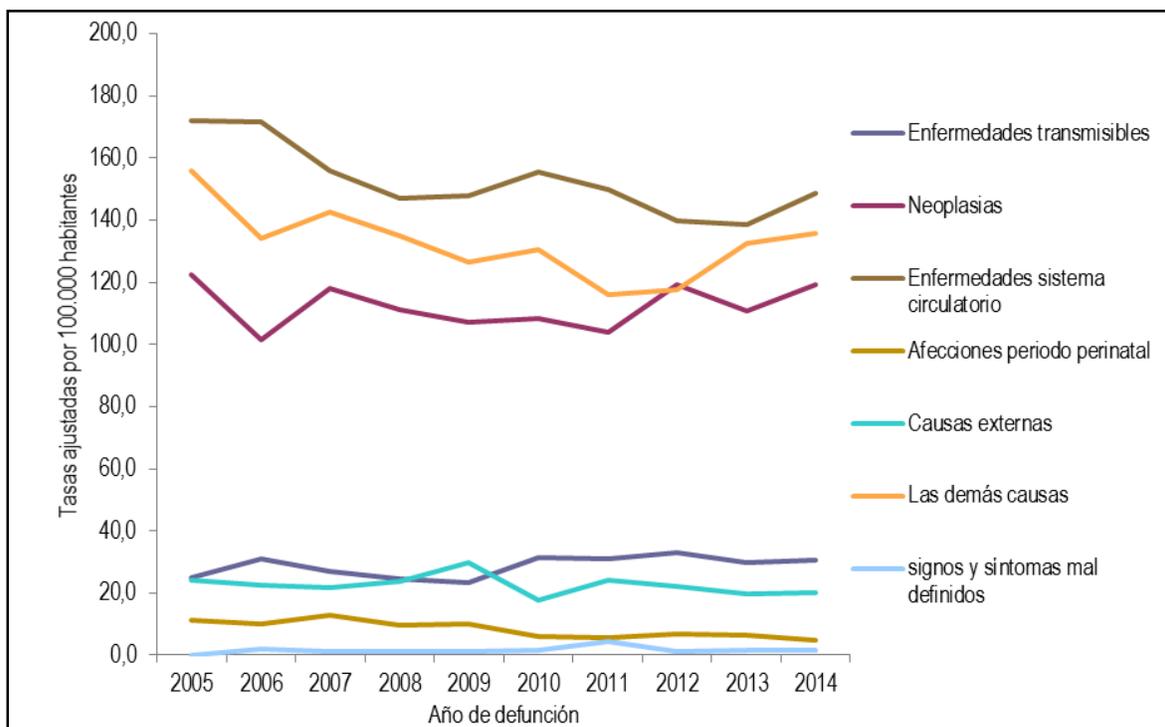




Figura 16: Tasa de mortalidad ajustada por edad, mujeres del departamento Quindío, 2005 – 2014.

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

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

- ✓ **Primera causa de defunción**, las enfermedades del sistema circulatorio, con un comportamiento bifásico, presenta una leve inclinación en su crecimiento en los años 2010 al 2012; tal comportamiento en términos hipotéticos al relacionar con la población estándar con incremento de importancia para la vigencia 2014.
- ✓ **Segunda causa de defunción**, 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.
- ✓ **Tercera causa de defunción**, las Neoplasias, con una población estándar muestra que el cáncer se ha convertido en una de las principales dolencias para el sexo femenino con consecuencias letales que cada vez marcan el comportamiento de la letalidad en esta población, siendo el año 20014, el que muestra un comportamiento elevado que supera las vigencias anteriores.

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

- ✓ **La cuarta y quinta causa de defunción**, 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 inferior a las del año 2009.



- ✓ **La sexta causa de defunción**, las enfermedades del periodo perinatal, 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 para el Departamento del Quindío presentó un incremento del 10.2% entre el 2005 al 2014. Situación que ubica al Departamento, dentro de los territorios que superan la tasa Nacional, mostrando el siguiente comportamiento de acuerdo a lo expuesto en el ASIS Colombia 2016, donde se informa que el comportamiento Nacional evidencia que la mortalidad en general presento una tendencia decreciente, evidenciando que la mortalidad ajustada por edad disminuyo en un 15%, correspondiendo el 56.92% al sexo masculino y el 43.08% restante al sexo femenino, manteniéndose una constante en la brecha de mortalidad por sexo, siendo la tasa ajustada por edad un 51%.

En relación a la mortalidad según las grandes causas, la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, coincidiendo con el análisis Departamental; siendo los Departamentos de Magdalena, Meta, Norte de Santander, Quindío, Tolima y Arauca los que presentaron en 2014 tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio significativamente más altas que la nacional mientras que en los departamentos de Cauca, Chocó, La Guajira, Nariño, Putumayo, Amazonas, Guainía, Guavire, Vaupés y Vichada, las tasas fueron significativamente más bajas.

Las neoplasias, entre las primeras causas de mortalidad a nivel Nacional, muestra que los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, causaron el 14,98% (53.310) del total de muertes por neoplasias, pasando de 14,15 a 13,67 muertes por cada 100.000 habitantes, para una reducción del 3,36% traducida en 0,48 muertes menos por cada 100.000 habitantes.

Para 2014 Quindío y Risaralda tuvieron tasas ajustadas de mortalidad por neoplasias significativamente más altas que la nacional. Bolívar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Sucre, Putumayo, San Andrés, Amazonas,



Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tuvieron tasas significativamente menores que la nacional. Los demás departamentos no mostraron diferencias estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 95%.

Las causas externas se ubicaron en el cuarto lugar de frecuencia de mortalidad, Entre 2005 y 2014 para 2014 Caquetá, Cauca, Meta, Quindío, Arauca, Casanare, Putumayo y Vichada tuvieron tasas ajustadas de mortalidad por esta causa significativamente mayores que la nacional. Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Córdoba, Cundinamarca y La Guajira tuvieron tasas significativamente menores que la nacional.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso a través del tiempo. En este grupo las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte; entre 2005 y 2014.

Para 2014 Atlántico, Quindío, Casanare y Amazonas tuvieron tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades transmisibles significativamente más altas que la nacional. Solo Cauca, Nariño y Vichada presentaron tasas significativamente más bajas.

En general, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido baja y constante. Entre 2005 y 2014 el 45,59% (21.388) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; las tasas ajustadas se redujeron en un 41%, equivalente a 2,38 muertes menos por cada 100.000 habitantes

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, se observa, para la vigencia 2014, que las enfermedades del sistema circulatorio, son la principal causa de letalidad para la población, siendo el sexo masculino el de mayor afectación con una tasa ajustada de 213.22 x 100.000 hombres, en relación a la tasa presentada en el sexo femenino, que alcanzo 148.65 x 100.000 mujeres.

En su orden de prioridad, sigue el grupo de las demás causas, en las que situaciones como las enfermedades respiratorias de tipo crónico, la diabetes, afecciones del sistema urinario, muestran un comportamiento importante, resultando afectado en mayor proporción el sexo masculino (164.11 x 100.000 hombres) y un comportamiento en el sexo femenino de 135.33 x 100.000 mujeres; las neoplasias vienen presentando un incremento importante, representando una tasa ajustada para el Departamento de 124.69 x 100.000 habitantes, siendo el sexo masculino el que relaciona la mayor tasa, sin embargo el incremento presentado en el sexo femenino es sin dudar significativo, dado que la letalidad presenta su mayor cifra para el 2014, quedando en 119.35 x 100.000 mujeres.

Las causas externas, se enmarcan especialmente en el sexo masculino con una tasa ajustada de 132.21 x 100.000 hombres, letalidad marcada especialmente por el homicidio, frente a una tasa de 31.06 x 100.000 mujeres.

En menor proporción se encuentran las afecciones perinatales, donde de igual forma el sexo masculino es el más afectado y finalmente los diagnósticos mal definidos, que no aportan al análisis de causalidad y sugieren dar continuidad a los procesos de mejoramiento de la calidad en relación a la certificación de las muertes en el Departamento.

Las figuras 17 y 18, muestran el comportamiento según tasas de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en la población masculina y en la población femenina siendo para la población masculina, que el VIH – SIDA se muestra como principal causa de letalidad, presentando el pico comportamental más alto en la vigencia 2011, continuando su comportamiento elevado al cierre de la vigencia 2014 con una tasa ajustada de mortalidad de 21.70 x100.000 hombres; las mujeres presentan tasas ajustadas inferiores a las del sexo masculino, ubicando el VIH – SIDA como segundo lugar de letalidad dentro



de las enfermedades transmisibles con una tasa ajustada de 6.87×100.000 mujeres, con un leve descenso en relación a la vigencia anterior; le continua en comportamiento las Infecciones Respiratorias Agudas, las cuales muestran ascensos interanuales, sin embargo a partir del año 2012, la tendencia es al aumento sostenido, siendo el 2014, el de mayor reporte con una tasa ajustada de 22.26×100.000 hombres y 16.31×100.000 mujeres, correspondiendo a la primer causa de mortalidad en el sexo femenino.

En el tercer lugar se ubica la Tuberculosis, enfermedad reemergente que continua con una presencia permanente en el territorio, mostrando en la población masculina comportamientos inestables de aumento y descenso, mostrando aumento con relación a la vigencia anterior con una tasa de 5.49×100.000 hombres, para el sexo femenino, el comportamiento se muestra inferior con una tasa ajustada para el 2014 de 1.27×100.000 mujeres.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias se presentan especialmente en la población de adultos mayores y/o población con falencias de inmunidad, correspondiendo al cuarto lugar del grupo analizado, seguido de las septicemias, excepto la neonatal, las meningitis, evidenciadas especialmente en población susceptible y expuesta a procesos largos de hospitalización.

Las enfermedades transmitidas por vectores, presentan un comportamiento importante, generalmente cíclico, dado que se presentan aumentos en la letalidad en promedio cada tres años, sin embargo debido a los cambios climáticos que facilitan la proliferación y permanencia de vectores como el *Aedes Aegypti* y *Albopictus*, unido a situaciones comportamentales que favorecen su permanencia al interior de las viviendas, para la vigencia 2014, se presenta la tasa ajustada (1.75×100.000 hombres) más alta del periodo analizado, superando para el sexo masculino la presentada en la vigencia 2010, momento de epidemia Nacional de mayor trascendencia para Dengue. En el sexo femenino la tasa ajustada fue de 1.13×100.000 mujeres, más alta que la presentada en el 2013.

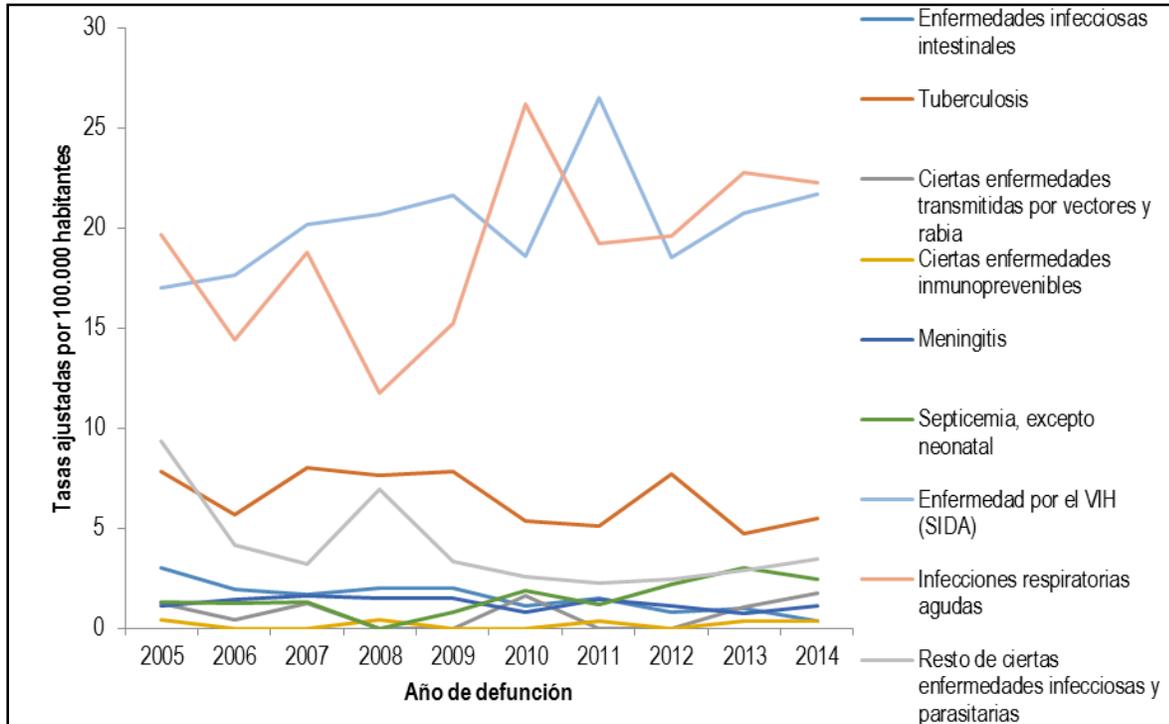


Figura 17: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades Transmisibles en hombres, Quindío 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

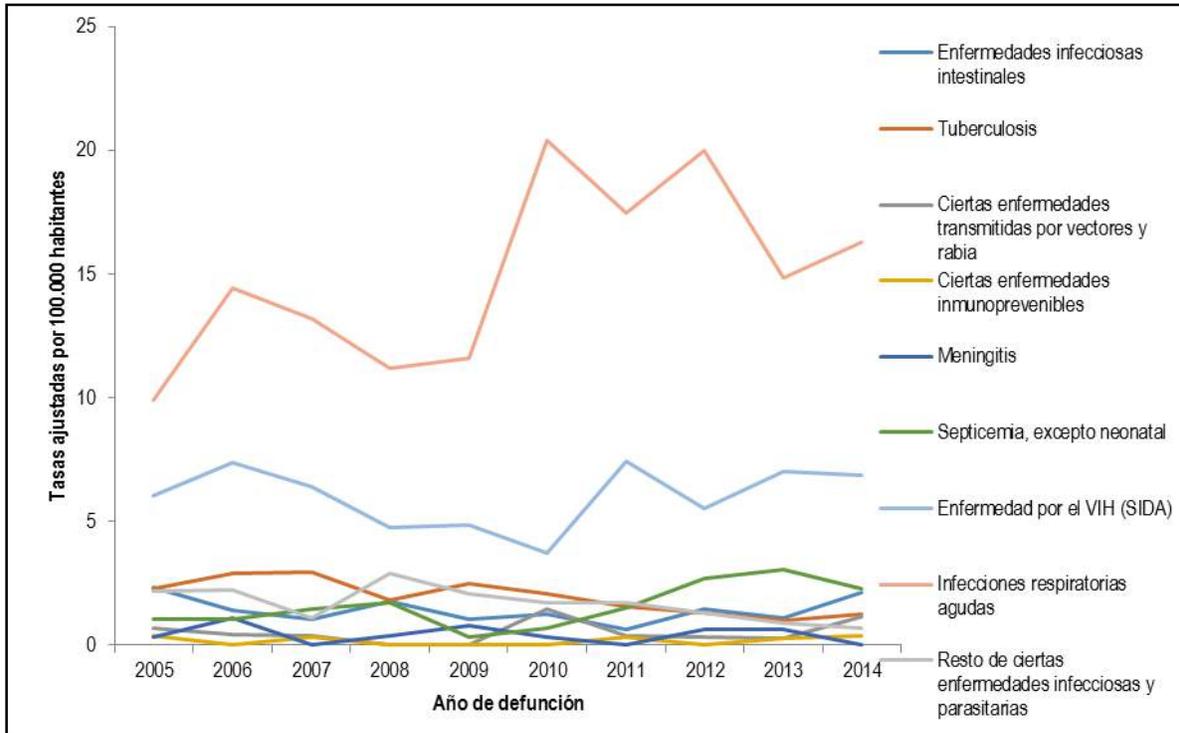


Figura 18: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades transmisibles en mujeres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

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; la muerte por cáncer viene presentando un incremento inusitado, ubicando al Departamento del Quindío entre los primeros lugares a nivel nacional, situación que se agudiza debido a las falencias en relación a la cobertura de las unidades oncológicas, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y el tratamiento, dadas las dificultades administrativas por parte de las EAPB en el territorio.

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, sin embargo, el comportamiento para las mujeres muestra un aumento de importancia.



Para el sexo femenino, la primera causa de muerte por Neoplasia se da por los tumores de los órganos digestivos y peritoneo excepto estómago y colon (23.48 x 100.000 mujeres), mientras en los hombres, la primera causa se ubica en los tumores de tráquea, bronquios y pulmón (23.51 x 100.000 hombres)

121

En segundo lugar, se encuentra para el sexo masculino los tumores de estómago (23.10 x 100.000 hombres) y en las mujeres el tumor de mama (17.31 x 100.000 mujeres), este último en vigilancia por el Sistema de Salud Pública,

En el tercer lugar para el sexo femenino con una tasa de 13.21 x 100.000 mujeres están los tumores de otras localizaciones no especificadas, lo que indica probablemente una captación inoportuna que no permite la identificación de la neoplasia y su posterior tratamiento; para el sexo masculino los tumores de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. (15.08 x 100.000 hombres).

En cuarto lugar se encuentra para el sexo femenino el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (10.45 x 100.000 mujeres) y en los hombres el tumor de próstata (13.75 x 100.000 hombres); encontrando dentro de las causas más frecuentes neoplasias que pueden ser identificadas en forma temprana, por medio de estudios incluidos en los planes de salud, a los que la población tiene acceso, según la normatividad, generando la necesidad de adelantar seguimientos específicos al cumplimiento de las estrategias adelantadas por las entidades e instituciones con competencia, para generar acciones de mejora que impacten en la reducción de este tipo de padecimientos.

En el quinto y sexto lugar para el sexo femenino, se encuentran los tumores insitu, benignos y de comportamiento desconocido, seguido de los tumores del cuello del útero, los cuales presentan para la vigencia 2014, una tasa de 9.59 x 100.000 mujeres, superando significativamente el comportamiento de la vigencia anterior. En los hombres los tumores del colon y la unión recto-sigmoidea representan una tasa ajustada de 11.16 x 100.000 hombres y en sexto lugar los tumores de los órganos genitourinarios, que superan el comportamiento de la vigencia 2013.

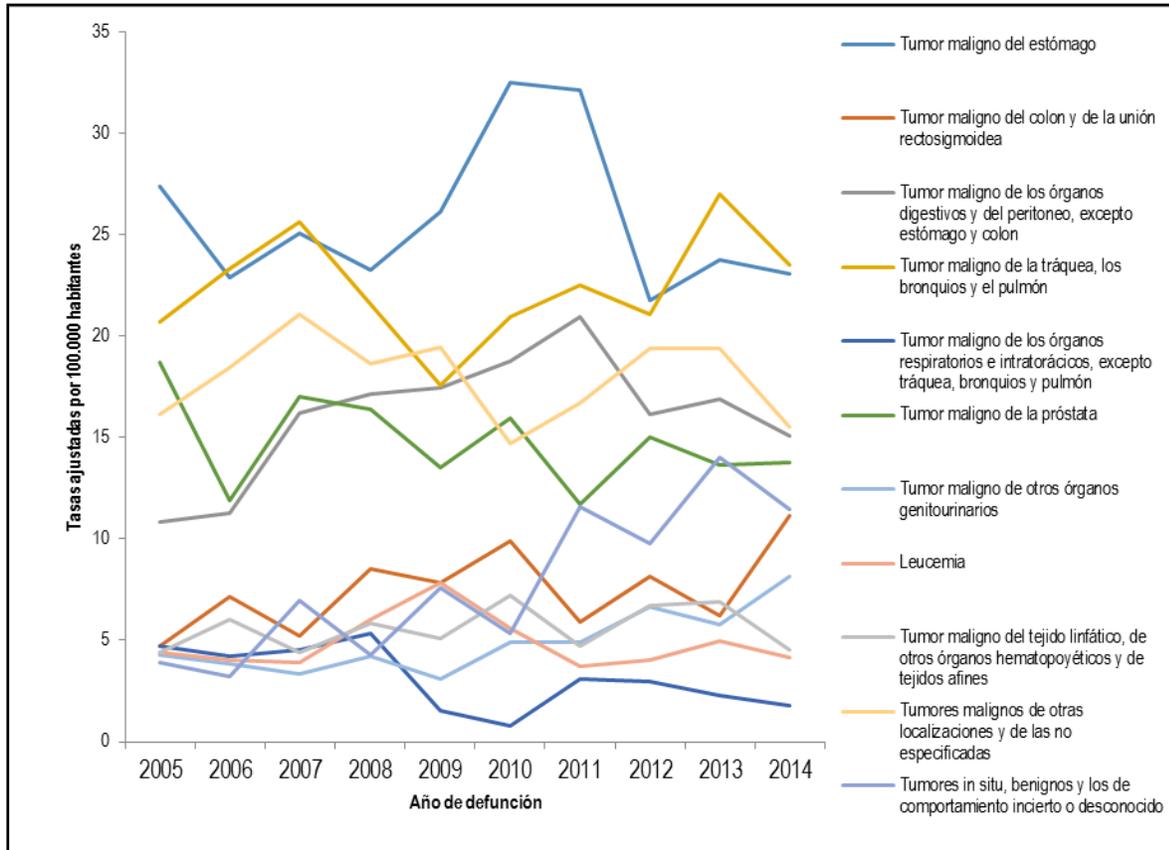


Figura 19: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

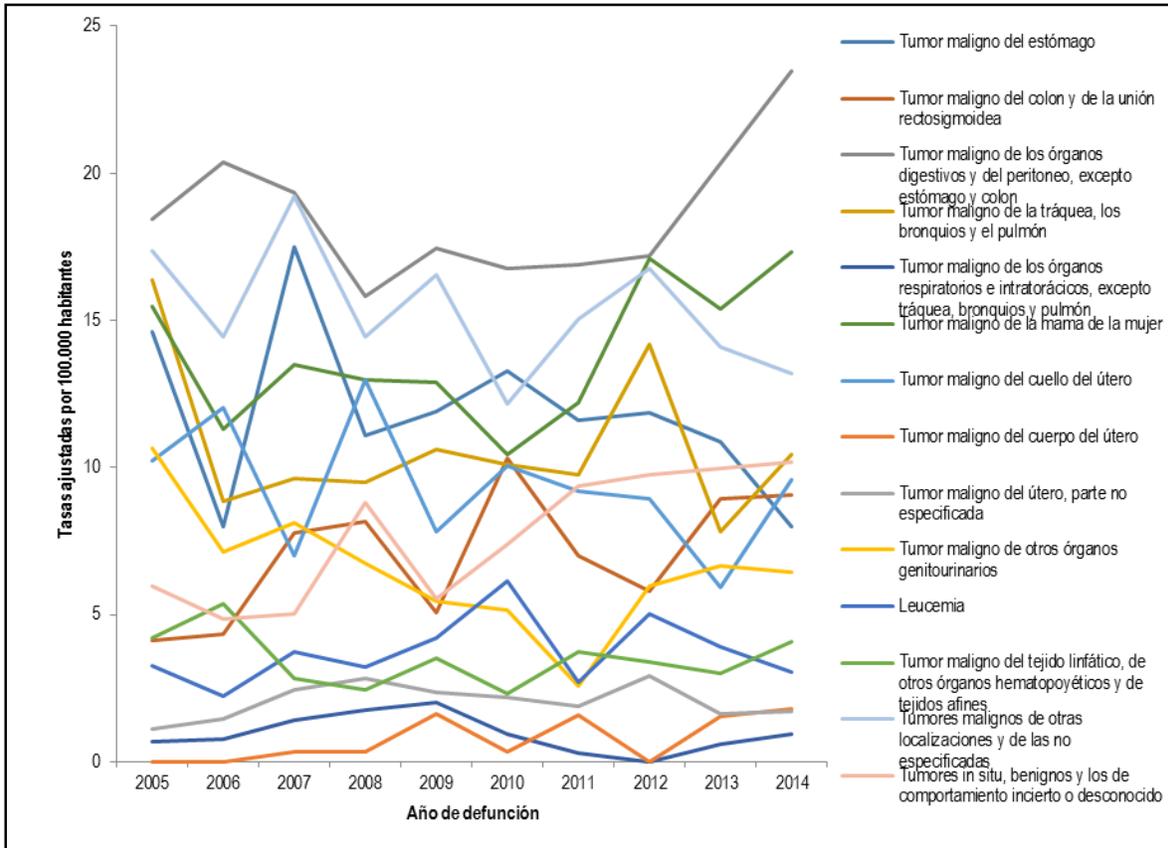


Figura 20: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Quindío, 2005 – 2014.

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 como distribución poblacional la estándar establecida por OMS; El comportamiento de las tasas ajustadas por enfermedades circulatorias difiere según el sexo, encontrando que en relación a las Enfermedades Isquémicas del corazón, se espera para el sexo masculino 140.13 muertes por cada 100.000 hombres, correspondiendo a la principal causa en este grupo específico, seguido de las enfermedades cerebrovasculares (33.99 x 100.000 hombres), en tercer lugar la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (13.63 x 100.000 hombres) y las enfermedades hipertensivas (13.05 x 100.000 hombres).

Para el sexo femenino el comportamiento de las enfermedades circulatorias, según el análisis de tasas ajustadas muestra, que las enfermedades isquémicas del corazón son la primer causa (72.49 x 100.000



mujeres), en segundo lugar con una tasa elevada están las enfermedades cerebrovasculares con una tasa ajustada de 37.86 x 100.000 mujeres; en tercer lugar se presentan las enfermedades hipertensivas (18.55 x 100.000 mujeres), seguido de la enfermedad cardiopulmonar y otras formas de enfermedad del corazón(10.93 x 100.000 mujeres) finalmente la insuficiencia cardíaca y las demás enfermedades del sistema circulatorio.

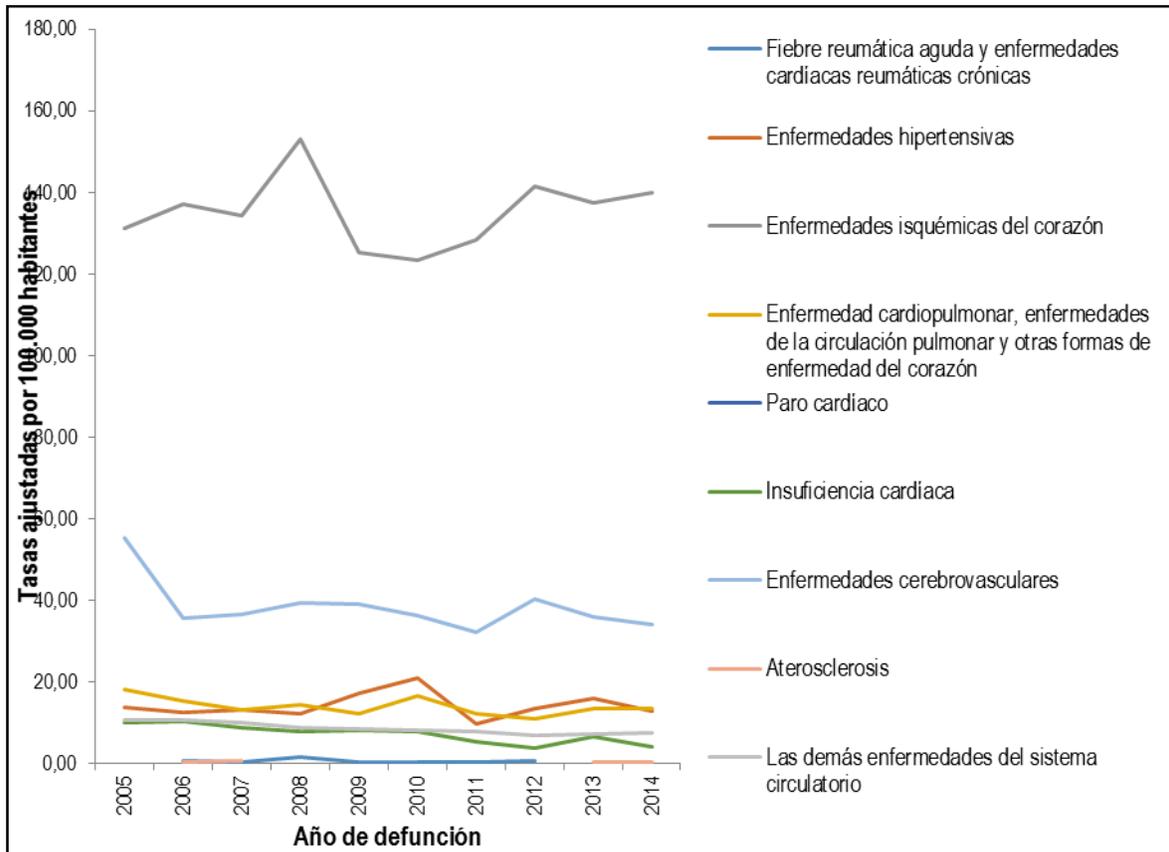


Figura 21: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Quindío, 2005 – 2014.

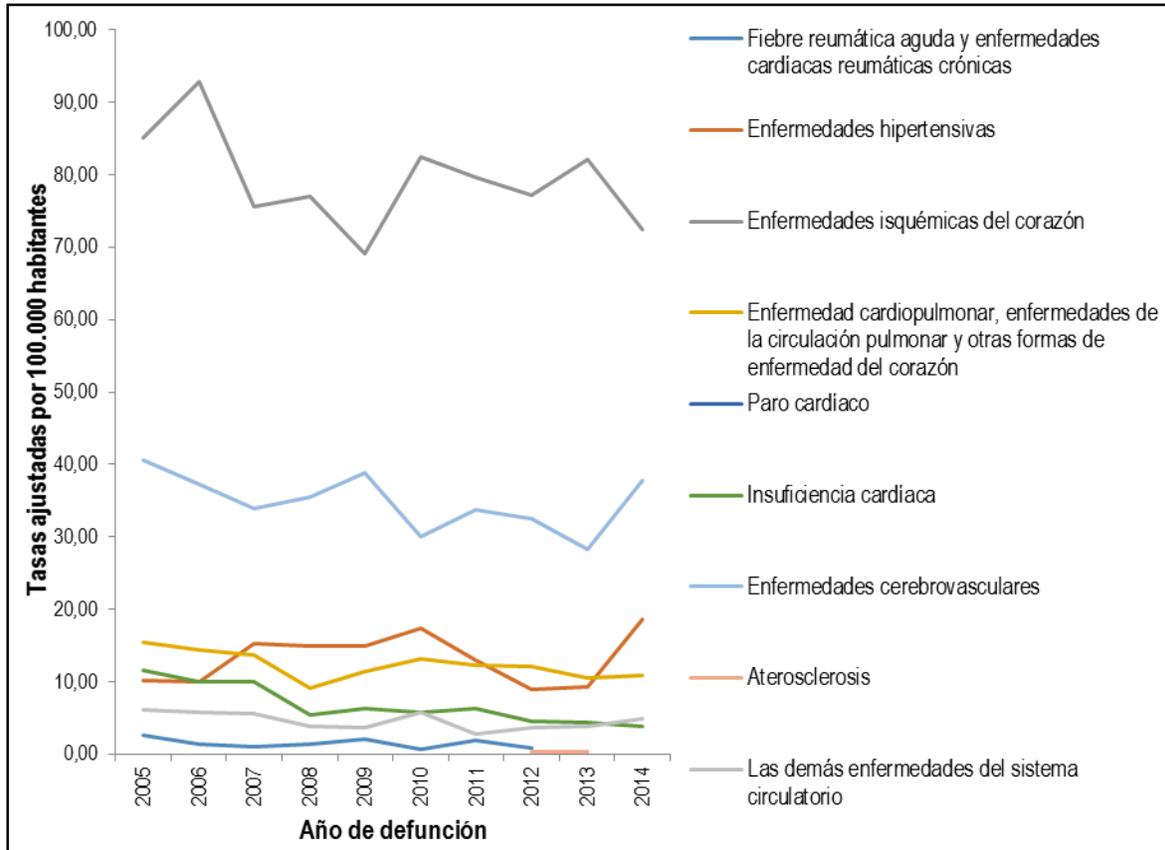


Figura 22: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las Afecciones originadas en el periodo perinatal, muestran el siguiente comportamiento: los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal los de mayor comportamiento, los cuales crecerían en los recién nacidos hombres y decrecerían en las mujeres, como principal causa de mortalidad seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido ocupando el segundo lugar, en un tercer lugar feto y recién nacido afectado por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, el resto de afecciones del periodo perinatal en los menores de 7 días de nacidos aportarían hasta 3 defunciones por cada 100,000 habitantes hombres o mujeres en 2014 si estas poblaciones por sexo se distribuyeran como una población estándar en sus grupos etarios.

La mortalidad perinatal, viene presentando disminuciones importantes relacionadas en forma directa por la disminución de la natalidad en la población.

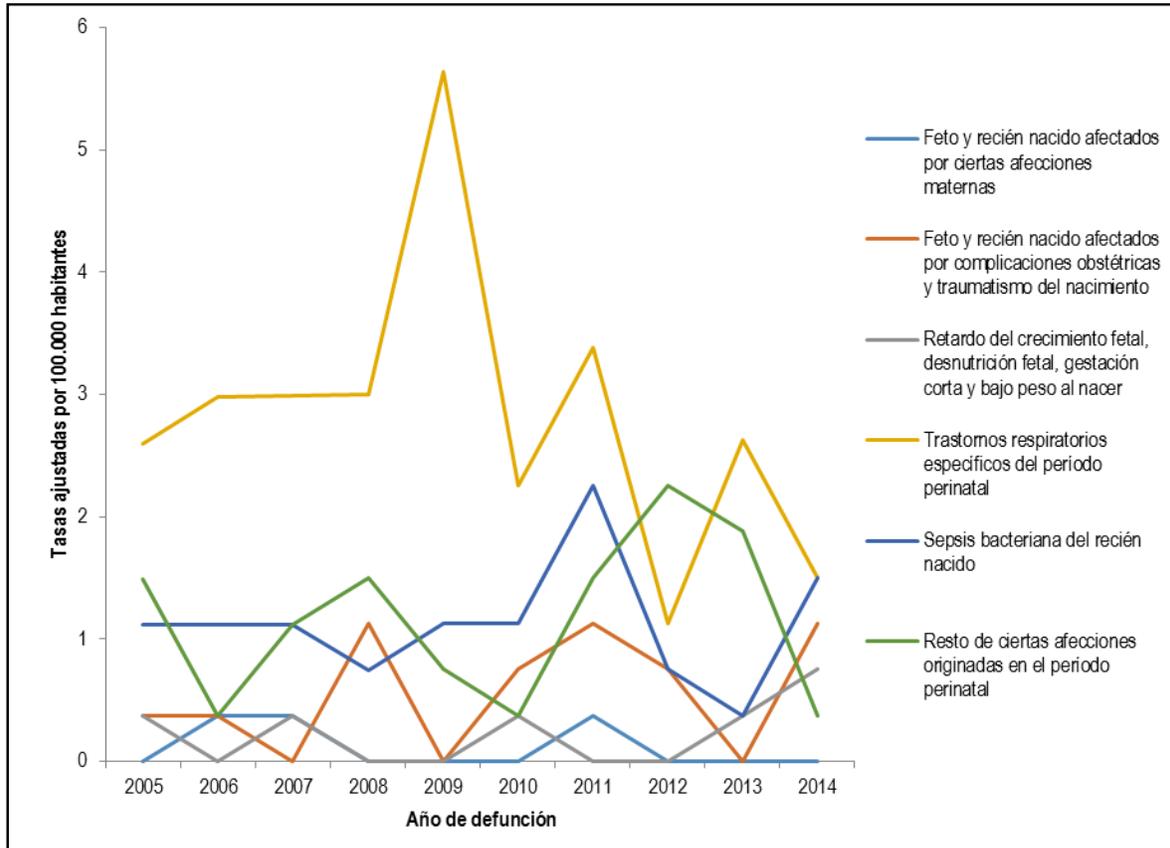


Figura 23: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

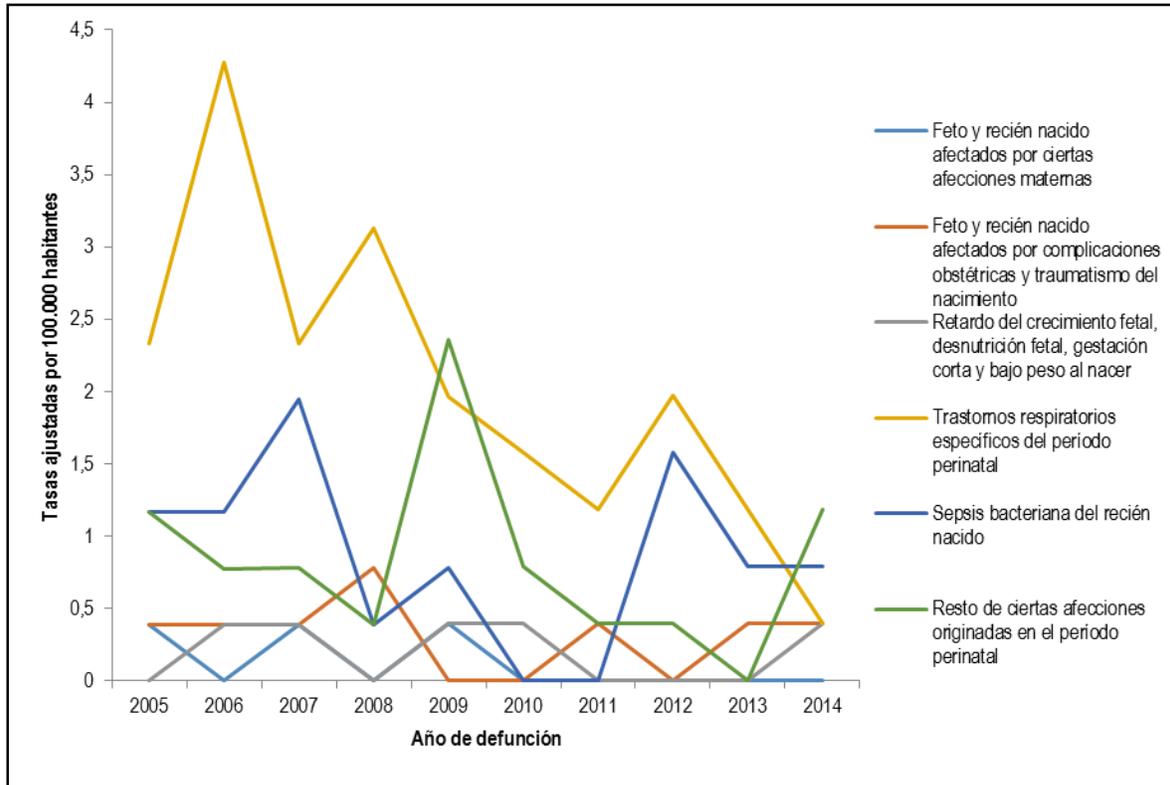


Figura 24: Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

La mortalidad por causas externas, según tasas ajustadas a población estándar de la OMS, muestra en forma general, que el homicidio representa la principal causa en este grupo, seguido de los accidentes de tránsito, y como tercera causa en menor porcentaje, las lesiones auto infligidas.

Las figuras 25 y 26 muestran el comportamiento histórico (2005 – 2014) de las tasas ajustadas según sexo de la mortalidad por causas externas, representando para el sexo masculino 79 muertes esperadas x cada 100.000 hombres, como primer causa, mostrando un descenso en relación a la vigencia 2013, seguida de los accidentes de tránsito (31.74 x 100.000 hombres) las cuales muestran un incremento de importancia representando la mayor tasa del histórico analizado, y las lesiones auto infligidas con una tasa de 9.98 x 100.000 hombres, en menor proporción y en su orden se encuentran los eventos de intención no determinada, Caídas y demás accidentes.



En el sexo femenino, se evidencia un menor impacto de la muerte por causas externas, siendo el homicidio la principal causa (6.37 x 100.000 mujeres), mostrando una leve disminución en el comportamiento, en segundo lugar, los accidentes de transporte (4.15 x 100.000 mujeres), con un incremento importante para la vigencia 2014, Caídas (3.97 x 100.000 mujeres) y eventos de intención no determinada.

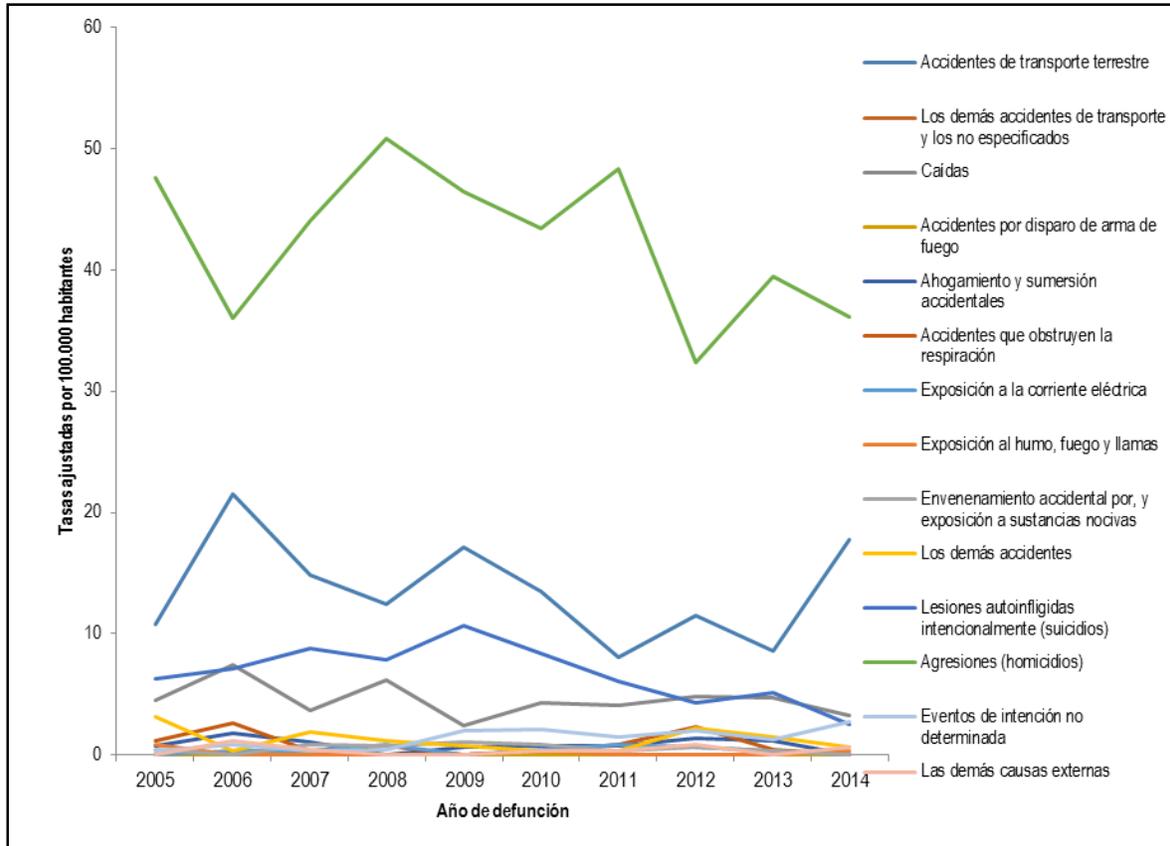


Figura 25: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en hombres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

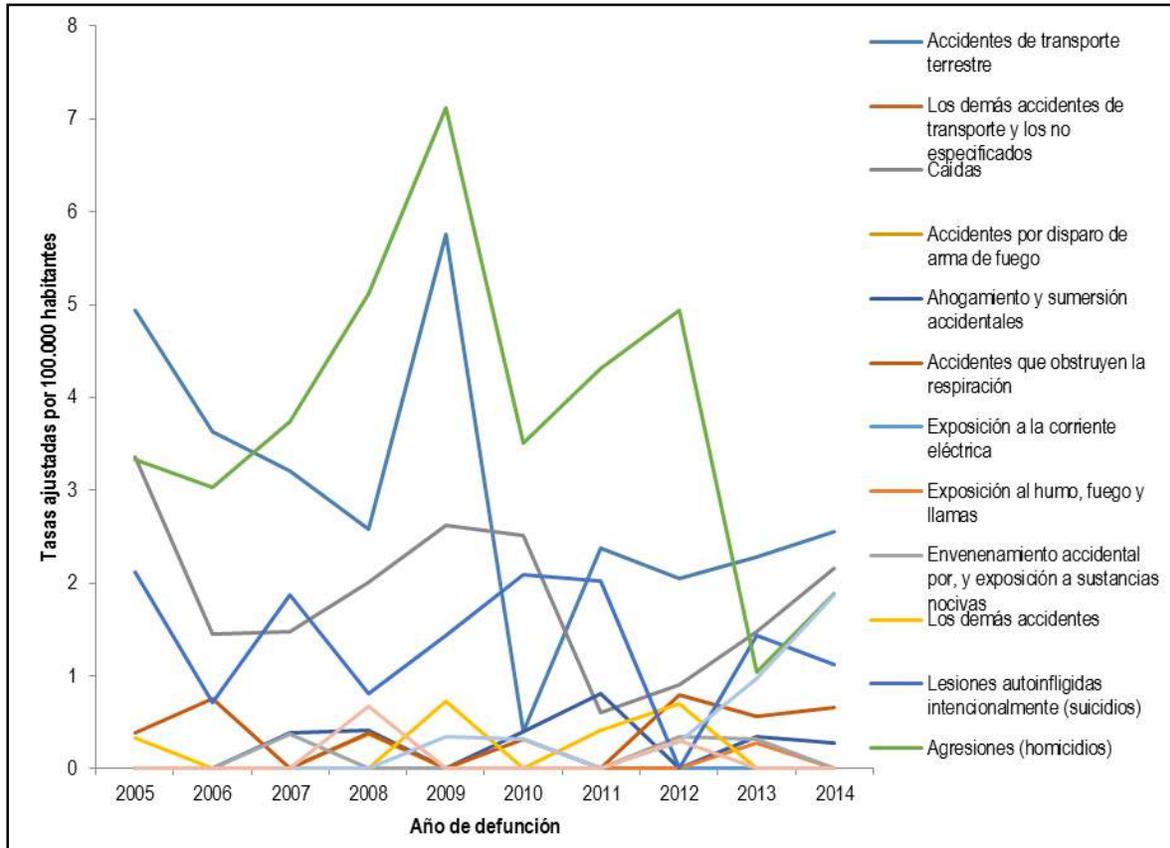


Figura 26: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en mujeres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

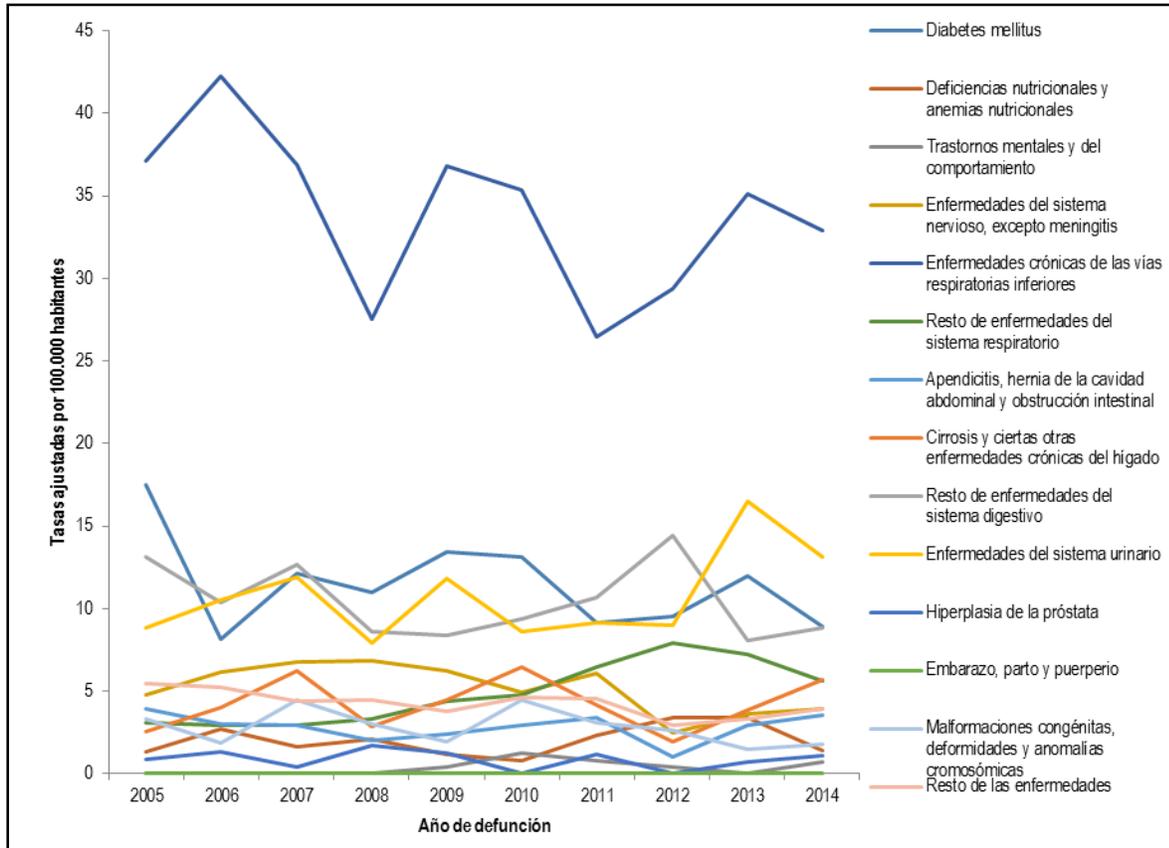


Figura 27 , que enseñan las tendencias de las tasa ajustadas por diversas enfermedades, se observa que para hombres las tres primeras casusas son las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del aparato urinario y la diabetes mellitus, en mujeres son enfermedades de las vías respiratorias, la segunda causa diabetes mellitus y tercera causa enfermedades del sistema digestivo; por las complicaciones respiratorias se verían hasta 62 defunciones en hombres y 39 en mujeres, por las complicaciones del sistema urinario, 22 defunciones en hombres y 17 mujeres y las complicaciones por diabetes, 14 defunciones en hombres 13 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.

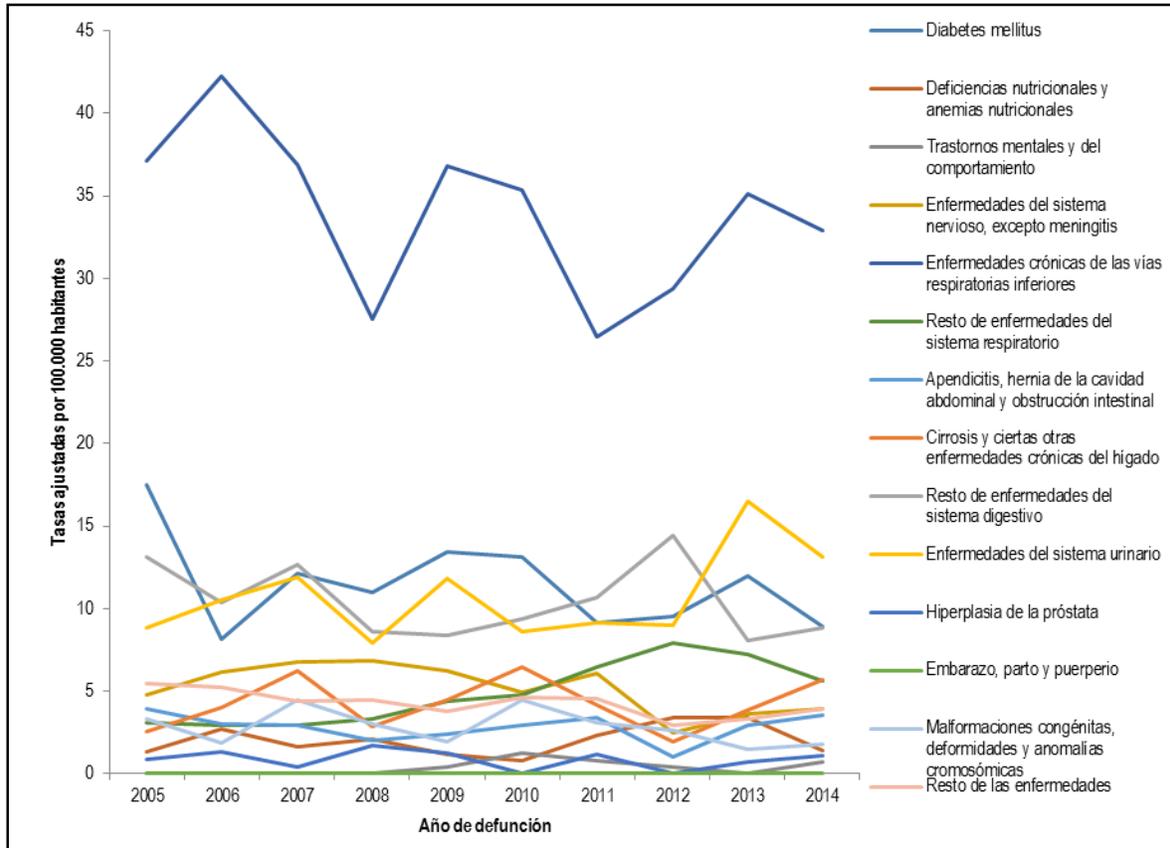


Figura 27: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en hombres, Quindío 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

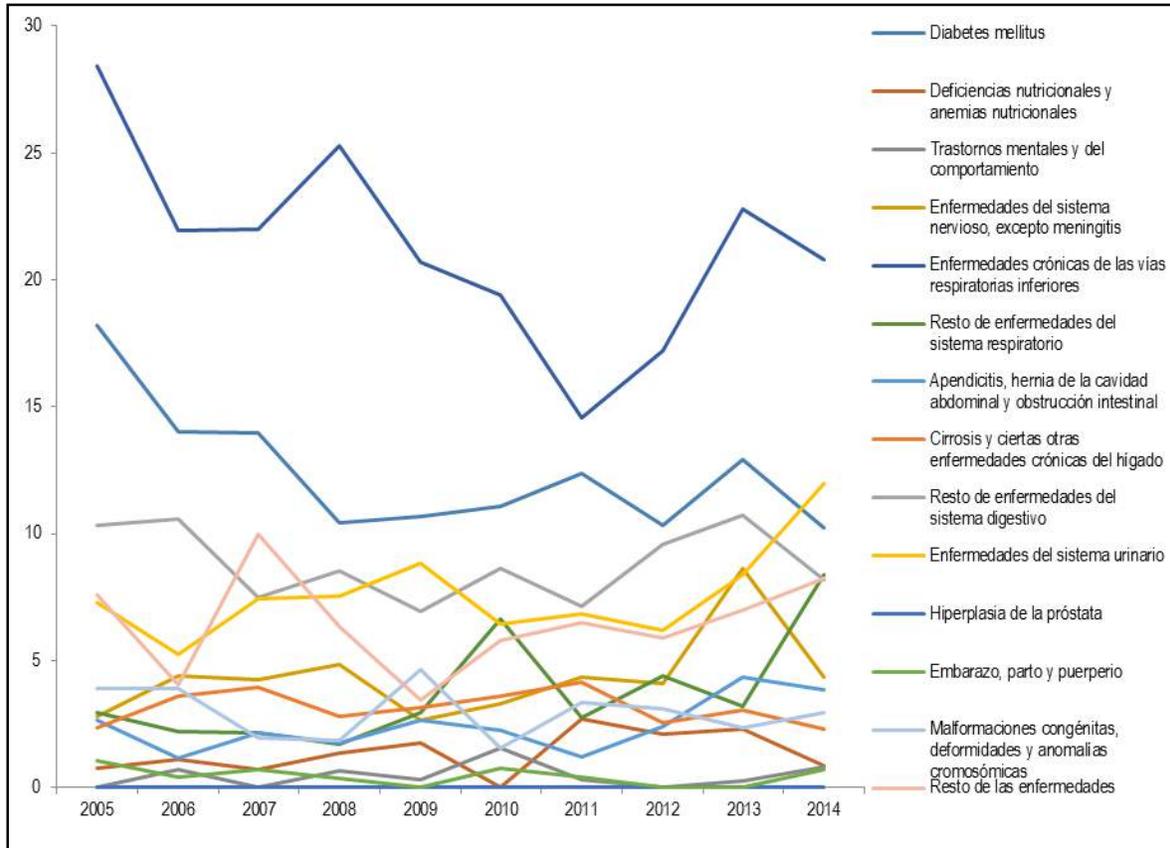


Figura 28: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en mujeres, Quindío 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

2.1.4 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP

En la siguiente Tabla 43 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 2014, se muestra el comportamiento de los años de vida potencialmente perdidos por cada uno de los grandes grupos de causas de mortalidad, evidenciándose el mayor impacto en el grupo de las causas externas, en la que se genera el mayor número de AVPP especialmente en la población de sexo masculino, presentando para la vigencia 2014, un incremento en relación a la vigencia anterior, pero en cifras inferiores al comportamiento relacionado entre los años 2005 al 2012.



En segundo lugar se encuentran las Neoplasias, con un comportamiento estable desde el 2012, con tendencia al aumento, en tercer lugar se encuentran las Enfermedades del Sistema Circulatorio con un leve aumento para la vigencia 2014, situación que demuestra la mortalidad por causas de tipo crónico en población cada vez más joven, las enfermedades transmisibles, presentan un aumento importante en el número de AVPP debido a la mortalidad en menores de edad, especialmente por infecciones respiratorias agudas graves y las afecciones del periodo perinatal, como las de mayor impacto.

Para el sexo masculino los años de vida potencialmente perdidos se deben principalmente a la muerte por causas externas, situación que afecta la población joven, hasta el punto de mostrarse cambios de importancia en el comportamiento demográfico de la población masculina en los rangos de 15 a 35 años de edad, mostrando incremento para la vigencia 2014, en segundo lugar, se muestran las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las Neoplasias, como principales causas.

Para las mujeres, la principal causa de AVPP son las Neoplasias, presentes en población cada vez más joven, al igual que el sexo masculino, la segunda causa son las enfermedades del Sistema circulatorio y las enfermedades transmisibles,

Tabla 43: Total, AVPP en hombres, mujeres y total por las Grandes Causas, Quindío. 2005 al 2014.

Hombres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	4.299	3.888	4.241	4.134	4.028	3.913	4.103	3.761	3.899	4.407
Neoplasias	5.194	4.946	5.465	5.328	5.670	6.350	6.336	6.031	6.303	5.934
Enfermedades sistema circulatorio	7.395	7.158	7.338	7.697	7.203	7.551	6.391	7.716	7.345	7.590
Afecciones periodo perinatal	2.718	1.999	2.556	2.238	2.958	2.398	2.638	1.679	1.667	1.759
Causas externas	17.734	18.288	19.591	17.223	17.829	17.408	16.705	16.222	15.307	15.809
Las demás causas	7.798	7.874	8.035	7.593	7.455	7.500	6.967	6.256	6.588	6.463
Signos y síntomas mal definidos	144	57	159	29	173	407	344	80	260	176
Mujeres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	1.970	2.515	2.160	1.833	1.736	1.899	2.345	2.245	2.066	2.266
Neoplasias	7.340	6.494	6.973	6.987	6.983	6.979	6.740	8.030	7.410	7.971
Enfermedades sistema circulatorio	6.636	6.173	6.043	5.496	5.877	5.795	6.231	5.843	5.696	6.004



Afecciones periodo perinatal	2.391	2.143	2.720	2.061	2.141	1.237	1.132	1.402	1.319	989
Causas externas	2.819	2.823	2.873	2.819	3.412	1.878	2.988	2.850	2.111	2.121
Las demás causas	7.497	7.493	7.100	6.544	6.451	7.093	5.772	6.507	6.906	7.076
Signos y síntomas mal definidos		176	216	123	119	32	336	176	170	111
Total	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	6.269	6.403	6.401	5.968	5.764	5.812	6.449	6.006	5.965	6.673
Neoplasias	12.53 4	11.44 0	12.43 8	12.31 5	12.65 3	13.32 9	13.07 6	14.06 1	13.71 3	13.90 5
Enfermedades sistema circulatorio	14.03 1	13.33 1	13.38 0	13.19 3	13.08 0	13.34 5	12.62 1	13.55 9	13.04 1	13.59 4
Afecciones periodo perinatal	5.109	4.142	5.276	4.299	5.099	3.635	3.771	3.080	2.986	2.748
Causas externas	20.55 3	21.11 1	22.46 4	20.04 1	21.24 1	19.28 6	19.69 3	19.07 2	17.41 8	17.93 0
Las demás causas	15.29 4	15.36 6	15.13 5	14.13 6	13.90 6	14.59 3	12.74 0	12.76 3	13.49 5	13.53 9
Signos y síntomas mal definidos	144	234	374	152	292	440	681	256	430	287



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 (10 años), donde se muestran que estos años perdidos venían descendiendo en forma paulatina, sin embargo para la vigencia 2014, se presenta un aumento importante en los AVPP, relacionados especialmente con las enfermedades transmisibles, las causas externas y las Neoplasias en poblaciones tempranas; con un 2.37% AVPP más que la vigencia anterior, el año de más años de vida perdida prematura mostro fue 2007 con 75,468 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 67,048 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 la neoplasia que en la suma del total de las diferencias a la edad de morir sumaron 13,905 AVPP años de mayor vida prematura perdida por cáncer en la serie entre 2005 a 2014.

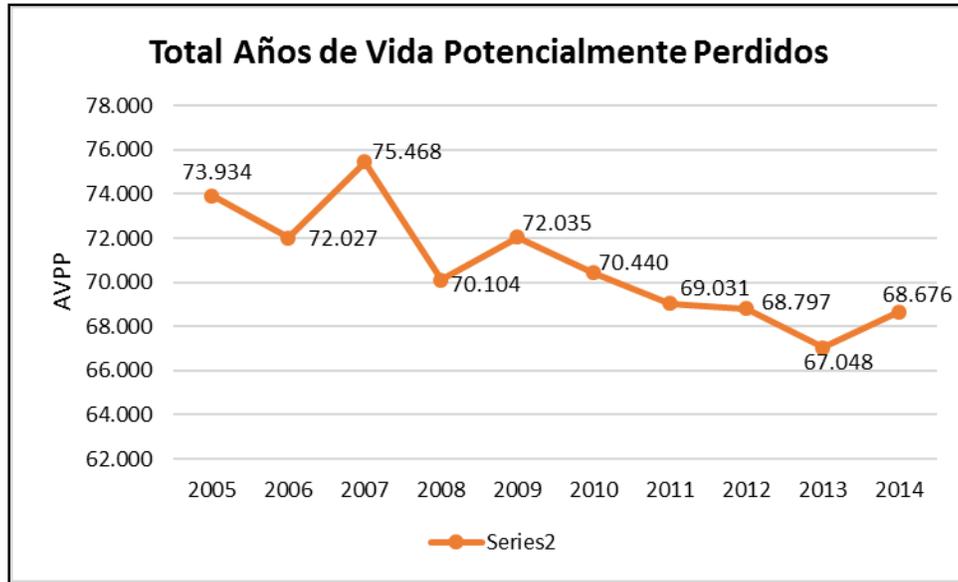


Figura 29: Total de AVPP años todas las causas. Quindío 2005 a 2014.

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 – 2014, Figura 30, se expresan muy ligeras fluctuaciones, sin patrones claros de una tendencia de cambio. En 2014 y evaluando el total (68.676 AVPP) y la distribución de peso porcentual por las grandes causas, se identifica que ocupa el primer lugar las causas externas que entregan 26.10% (17.930 AVPP), le siguen las neoplasias 20.24% (13,905 AVPP), en el tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio 19.79%, (13,594 AVPP). En el cuarto lugar, el grupo de las demás causas 19.71% (13,539 AVPP); En la quinta ubicación las enfermedades transmisibles 9.71% (6.673 AVPP), le siguen afecciones perinatales 4.% (2.748 AVPP) y en último lugar el grupo de signos y síntomas mal definidos 0.41% (287 AVPP).

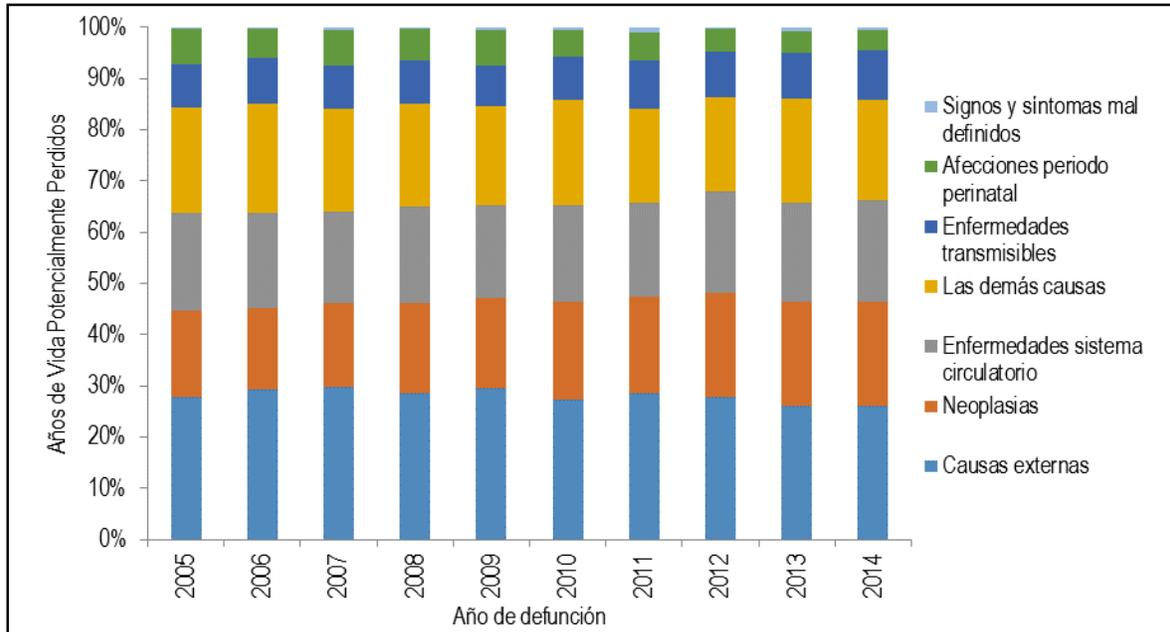


Figura 30: AVPP por grandes causas, lista 6/67 de la OPS, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Al analizar los AVPP tanto en hombres como en mujeres, se revisa el comportamiento de la tendencia entre 2005 al año disponible 2014; con enfoque en el último año 2014 y siguiendo la Tabla 43, las Figura 31 y

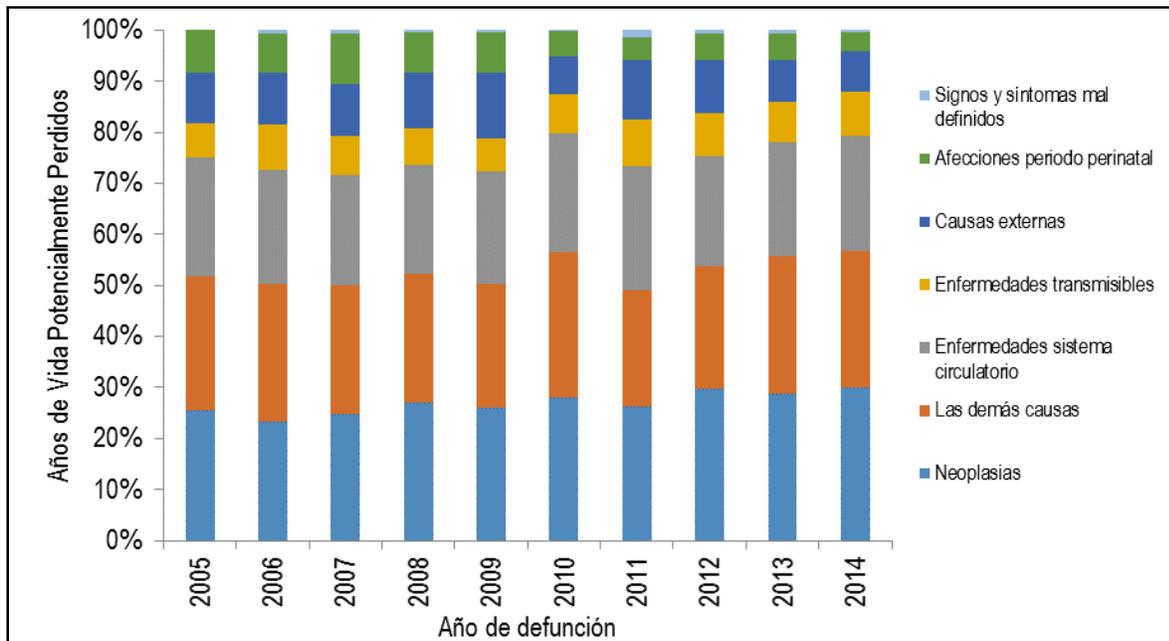




Figura 32; se describe que en 2014 en el sexo masculino, se reporta un total de 42.138 AVPP, siendo el primer lugar con el 37.51% de los AVPP las causas externas (15,809 AVPP), le siguen las causa cardiovasculares 17.82% (7.590 AVPP), las otras causas de enfermedades %15.33% (6,463 AVPP), las neoplasias con 14.01%, (5.934 AVPP), las enfermedades transmisibles 9.24% (3,897 AVPP) y por último las afecciones perinatales (1.759 AVPP) con 4.17%.

En las mujeres, para el año 2014, se analizan 26.538 AVPP, siendo el primer lugar el grupo de las Neoplasias con el 30.03% (7.971 AVPP), en segundo lugar las demás causas 26.66% (7.076 AVPP), las enfermedades del sistema circulatorio aportan 22.62% de los AVPP (6.004 AVPP), las enfermedades transmisibles 8,53% (2,266 AVPP), las causas externas 11.11% (2,111 AVPP), las afecciones del periodo perinatal 3.72% (989 AVPP), y por últimos el grupo no determinado con 0.41% (111 AVPPP).

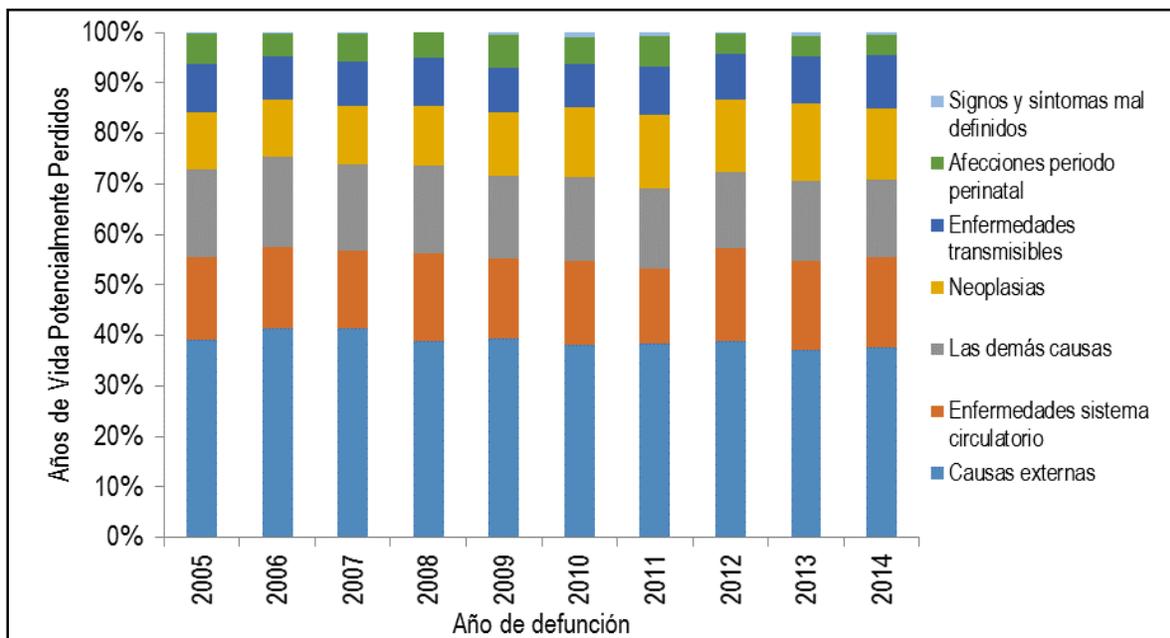


Figura 31: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67de la OPS en hombres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

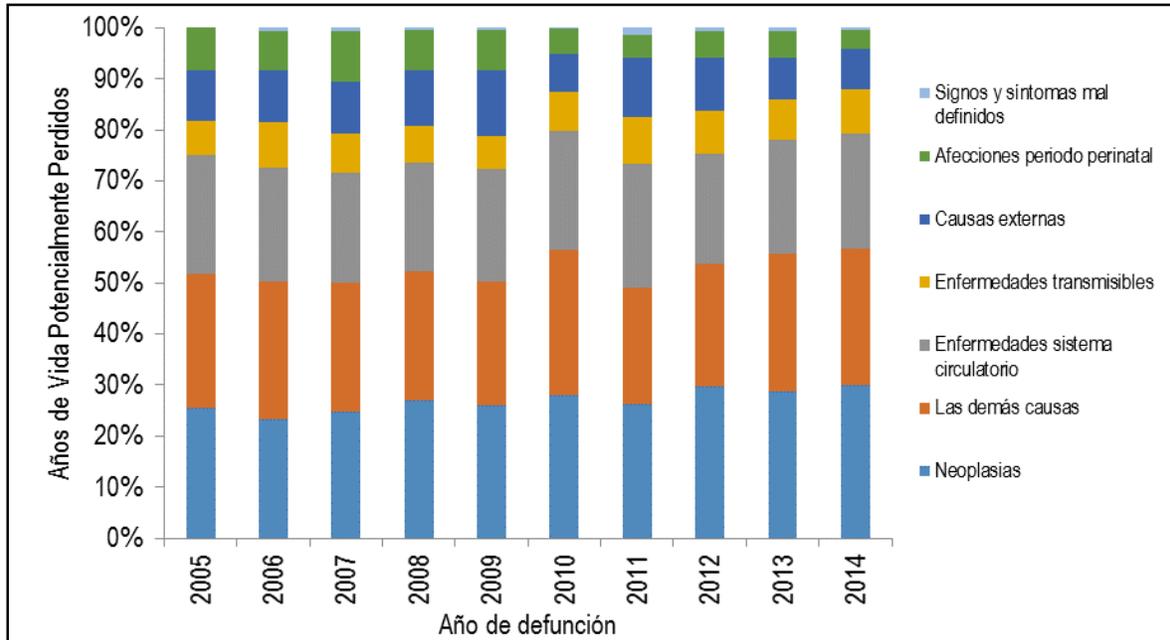


Figura 32: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67 de la OPS en mujeres, Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

En el 2014 el aporte de AVPP es superior en los hombres (42.138 AVPP) respecto de la mujer (26.308 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 (15,809 hombres / 2.121 mujeres). Con relación a las mujeres, existe una diferencia menor, mientras en las mujeres los grupos de causas de mortalidad prematura más importante son las neoplasias, según el aporte de los AVPP, en los hombres el comportamiento es menor (5.934 hombres/ 7.901 mujeres), el comportamiento de los AVPP por las enfermedades del sistema circulatorio es igualmente, más severo en los hombres en el comparativo con las mujeres para el año 2014 (7,590 AVPP/ 6.004 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 44 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 3,224



AVPP por 100,000 personas y con importante tendencia al descenso entre 2005 hasta el 2013, con un leve aumento para la vigencia 2014; así mismo con una amplia diferencia y ocupando el segundo lugar, se encuentran las demás causas, muestra valores de 2,992 a 2,274 en 2014; las enfermedades sistema circulatorio ocasionarían entre 2,787 a 2,172 AVPP por 100,00 personas.

En general, al establecer una comparación entre el inicio de las serie (2005 - 2014) se identifica una tendencia estable de la muerte prematura; con relación a las neoplasias las cifras ajustadas de AVPP con un comportamiento entre 2,439 y 2,266 mostrando un aumento para la vigencia 2012 (2.401 AVPP), hecho importante de análisis y de proyección frente a todo el proceso de planificación relacionado, de manera directa con las patologías oncológicas, dada la situación mostrada por el Departamento de Quindío, que lo ubica dentro de los primeros lugares a nivel Nacional, donde el país tiene normativas y plan trazado para el abordaje de esta problemática considerada de salud pública

Tabla 44: Tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista OPS 6/67, departamento Quindío 2005 – 2014.

GRANDES CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades transmisibles	1205,8	1221,3	1221,3	1123,4	1085,0	1070,9	1177,8	1086,6	1064,4	1183,7
Neoplasias	2439,3	2189,1	2327,1	2278,1	2291,7	2363,7	2265,7	2401,0	2299,3	2266,6
Enfermedades sistema circulatorio	2787,6	2589,9	2538,4	2448,4	2367,6	2352,1	2173,3	2288,5	2135,4	2172,8
Afecciones periodo perinatal	969,6	787,8	1006,3	823,6	980,6	700,1	730,3	593,8	577,4	529,7
Causas externas	3928,2	4027,3	4220,2	3787,1	3996,9	3583,9	3623,7	3491,5	3147,6	3224,7
Las demás causas	2992,3	2961,8	2878,7	2637,5	2558,9	2631,2	2262,3	2222,9	2309,6	2274,8
signos y síntomas mal definidos	27,6	45,1	72,5	28,3	52,8	82,8	118,0	47,4	78,8	50,4

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El comportamiento lineal mostrado en la figura No. 33 por las tasas ajustadas de AVPP entre los años 2005 al 2014, muestra que las causas externas representan el mayor número de años de vida potencialmente perdidos en la población, en relación a las demás causas, con un comportamiento descendente hasta la vigencia 2013, momento en el que se presenta un leve aumento para el año 2014; las neoplasias, con una tendencia relativamente estable, supera para la vigencia 2014 el comportamiento de las enfermedades del sistema circulatorio e iguala el comportamiento de las demás causas ubicándose en el segundo lugar de interés; las enfermedades transmisibles de acuerdo a la tasa ajustada de AVPP muestra una estabilidad en la tendencia con un pico comportamental en el año 2011 y nuevamente en el 2014.

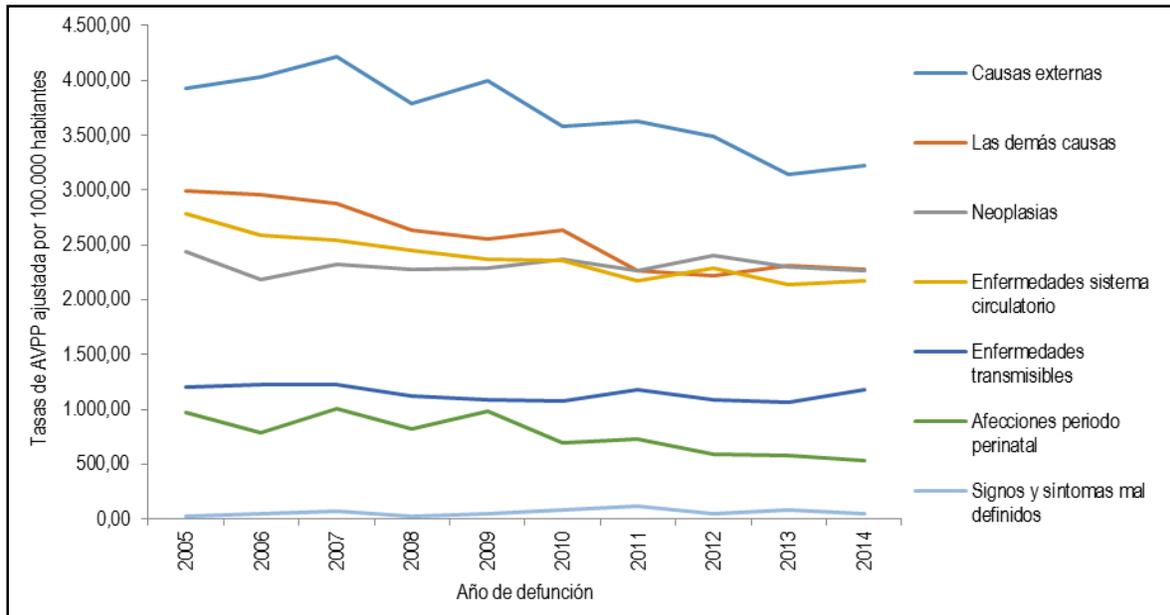


Figura 33. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67, Quindío, 2005 – 2014.

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 una tendencia decreciente hasta el 2013 y un leve aumento para la vigencia 2014, 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 45. En la citada tabla se detallan las diferencias numéricas entre hombres y mujeres entre 2005 a 2014, 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 2014.

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 para el sexo femenino, sumándose las enfermedades transmisibles en la vigencia 2014. Figura 34 y Figura 35.

En resumen, se destaca que las causas externas en hombres modifican su tasa entre 2005 a 2014 (6,974 / 5,740 AVPP respectivamente) y en las mujeres disminuye 27,6% (1,034 / 748 AVPP respectivamente); las neoplasias, en las mujeres baja muy poco la tasa de AVPP entre 2005 a 2011, presentándose un incremento en el año 2012, vigencia de mayor interés, con leve descenso para el 2013 y un incremento para el 2014 (2,722 / 2,474 AVPP respectivamente) y en los hombres el comportamiento es estable (2,130 / 2,474 AVPP respectivamente).

Tabla 45: Tasa ajustada de AVPP por grandes causas y por sexo, departamento Quindío 2005 – 2014.

Hombres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Causas externas	6.974,0	7.127,6	7.524,7	6.644,8	6.872,5	6.616,4	6.253,0	6.048,8	5.611,1	5.740,9
Enfermedades sistema circulatorio	3.129,6	2.953,2	2.970,9	3.056,3	2.789,3	2.858,7	2.370,8	2.805,5	2.611,3	2.633,3
Las demás causas	3.189,6	3.154,3	3.189,7	2.959,9	2.879,8	2.837,9	2.603,9	2.292,7	2.384,3	2.297,7
Neoplasias	2.130,5	2.002,4	2.162,5	2.084,8	2.173,4	2.384,8	2.329,0	2.170,9	2.239,6	2.051,1
Enfermedades transmisibles	1.708,0	1.523,2	1.669,6	1.595,2	1.562,2	1.496,3	1.558,0	1.417,3	1.447,0	1.618,9
Afecciones periodo perinatal	1.009,0	744,1	953,9	838,7	1.111,0	901,9	991,9	631,3	625,8	661,6
Signos y síntomas mal definidos	55,9	24,3	63,9	10,5	63,5	155,2	123,0	30,1	95,0	62,7
Mujeres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Neoplasias	2.722,9	2.371,2	2.488,1	2.467,2	2.405,1	2.343,2	2.210,6	2.621,6	2.361,3	2.474,9
Las demás causas	2.816,4	2.788,3	2.603,1	2.337,5	2.276,3	2.444,6	1.933,7	2.177,9	2.256,9	2.271,3
Enfermedades sistema circulatorio	2.484,4	2.257,4	2.150,1	1.907,4	1.989,8	1.896,1	2.005,8	1.831,0	1.723,2	1.765,9
Enfermedades transmisibles	738,0	938,8	805,0	684,1	646,3	672,8	821,9	779,3	711,6	770,4
Causas externas	1.034,9	1.061,4	1.058,2	1.050,7	1.242,3	667,9	1.071,9	1.021,9	750,0	747,9
Afecciones periodo perinatal	927,8	833,0	1.059,4	807,2	842,5	487,9	445,1	554,0	521,5	391,0
Signos y síntomas mal definidos		68,3	85,4	47,3	44,3	10,4	114,6	65,8	63,1	36,0
Total	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Causas externas	3.928,2	4.027,3	4.220,2	3.787,1	3.996,9	3.583,9	3.623,7	3.491,5	3.147,6	3.224,7
Las demás causas	2.991,4	2.960,5	2.877,3	2.636,1	2.557,1	2.630,6	2.261,4	2.222,4	2.309,1	2.274,8
Neoplasias	2.439,3	2.189,1	2.327,2	2.278,1	2.291,7	2.363,7	2.265,7	2.401,1	2.299,3	2.266,6
Enfermedades sistema circulatorio	2.787,6	2.589,9	2.538,4	2.448,4	2.367,6	2.352,1	2.173,3	2.288,5	2.135,4	2.172,8
Enfermedades transmisibles	1.207,0	1.223,0	1.223,5	1.125,9	1.086,7	1.072,2	1.178,7	1.088,7	1.064,9	1.183,7



Afecciones periodo perinatal	969,3	787,6	1.005,5	823,3	979,9	699,8	725,3	593,6	574,9	529,7
Signos y síntomas mal definidos	27,6	45,5	73,3	28,7	53,2	82,8	118,0	47,8	79,2	50,4

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

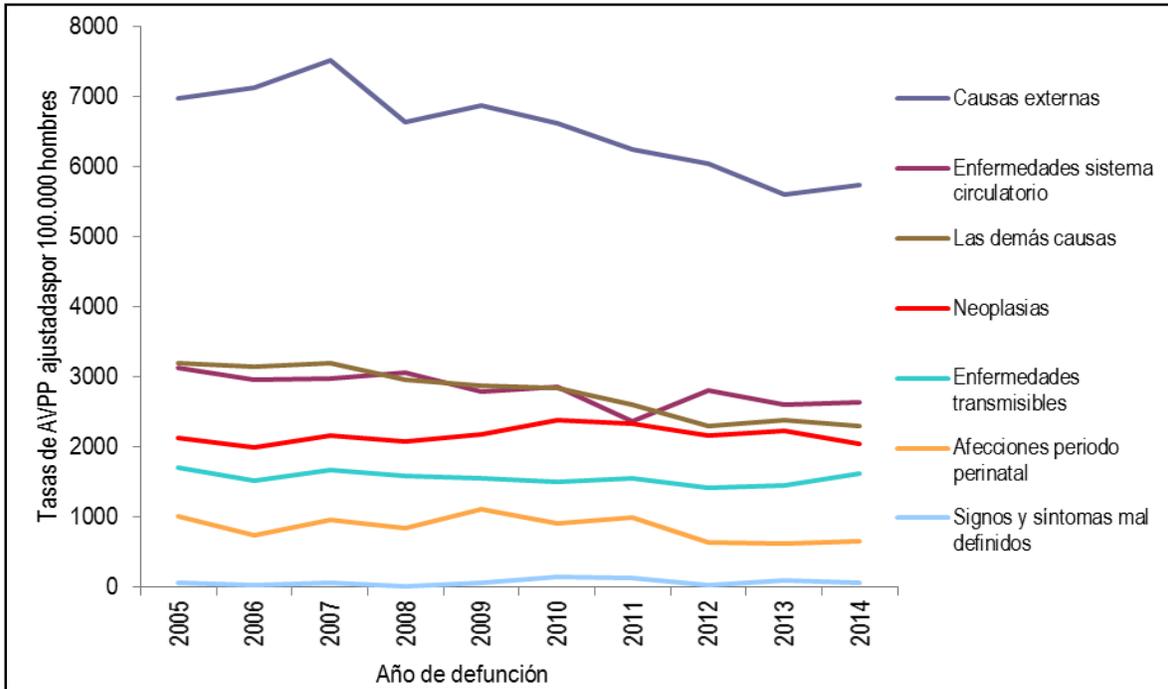


Figura 34: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Quindío, 2005 – 2014.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

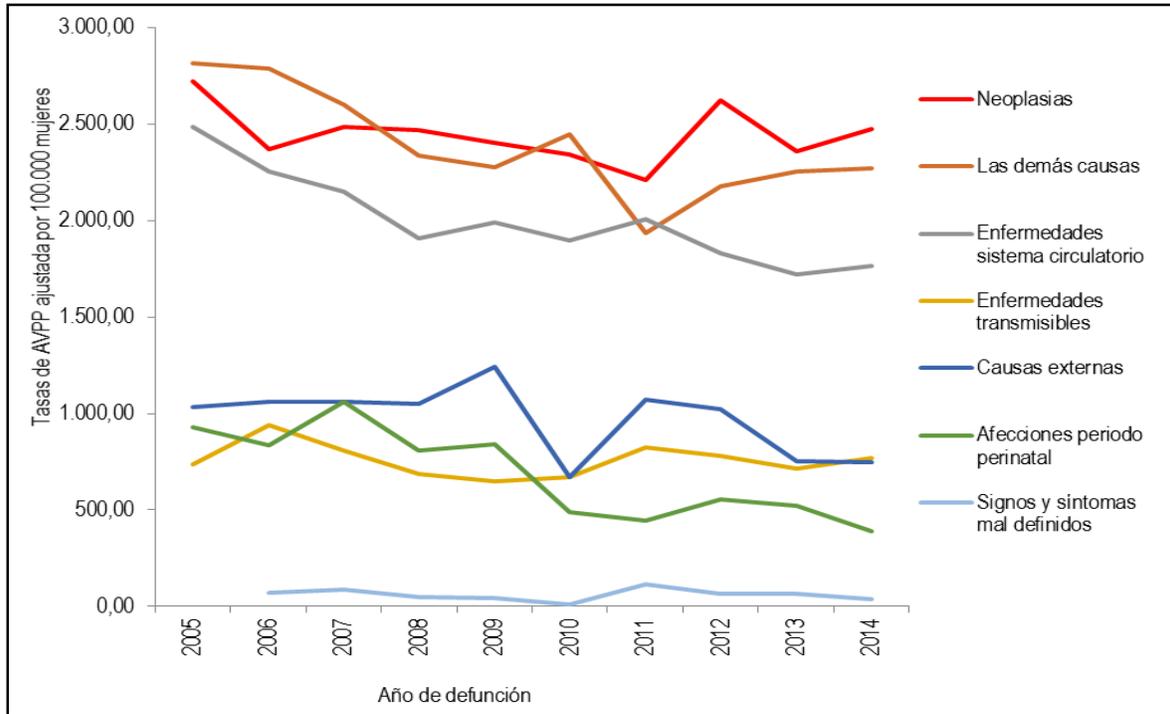


Figura 35: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado, mujeres del Quindío, 2005 – 2014

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

2.1.7 SEMAFORIZACIÓN POR MORTALIDAD

En la relación de mortalidad comparativa con el País, estarán en verde aspectos como la mortalidad por malaria debido a que sus tasas están o se mantienen en 0. Dado que el Departamento a logrado dar tratamiento oportuno a los casos importados de Departamentos endémicos y logro mitigar situación de brote autóctono en el municipio de Calarcá sin consecuencias letales. No se encuentran reporte por casos de rabia en humanos en Quindío para el periodo de consulta de 2005 a 2014 (Códigos CIE: 10: A820 - A 821 - A 829, por geografía de residencia departamento y municipio y por causa básica de muerte) Tabla 46.

Se observa que para el año 2014, las tasas ajustadas, que sobrepasan en forma significativa la tasa Nacional son los homicidios, evidenciando que el Departamento del Quindío supera la tasa Nacional en 15.18 puntos, seguido de la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama, que excede la tasa Nacional en 8.78 puntos; situaciones semaforizadas en rojo que requieren prioridad de intervención.



las tasas ajustadas de mortalidad por Accidente de tránsito, tumor maligno de cuello uterino, tumor maligno de estómago, lesiones auto infringidas intencionalmente, los Trastornos mentales y del comportamiento, y las enfermedades infecciosas, muestran comportamientos que superan la tasa Nacional, semaforizadas en amarillo, indicando prioridad media de intervención; de igual forma se clasifican en amarillo el tumor maligno de próstata y la diabetes mellitus, que a pesar de encontrarse por debajo de la tasa Nacional se categorizan en riesgo medio, por las cifras cercanas a la tasa Nacional y por ser eventos trazadores como el caso de la diabetes mellitus.

Tabla 46: Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Quindío, 2005-2014.

Causa de muerte	Colombia	Quindío	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,27	17,97	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,49	20,27	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,77	10,83	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	15,04	13,77	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,36	16,54	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,22	15,83	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4,47	5,87	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0,97	2,13	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	26,63	41,81	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	1,36	1,42	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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



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.

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 año el de la mayor tasa



de la serie analizada al 2009, esta tasa disminuye a 2013 a 10.17 defunciones por mil nacidos vivos, para el 2014, se presenta un leve aumento llegando a 11.83 por mil nacidos vivos.



La tabla No. 47 detalla las tasas de mortalidad infantil por cada municipio del Departamento en un lapso de 10 años, siendo el municipio de Buenavista, el que ha logrado por seis años consecutivos (De 2009 al 2014) mantener en 0 la tasa de mortalidad infantil, hecho que refleja situaciones e intervenciones de impacto positivo, que es necesario mantener y proyectar a nivel Departamental, los municipios de Génova y Salento presentaron para la vigencia 2014, tasas de mortalidad infantil en 0, sin embargo el comportamiento histórico muestra tendencias oscilantes, que requieren intervenciones de tipo permanente y continuo en el tiempo, para generar cambios verificables en el tiempo, como lo muestra el municipio de Armenia, el cual representa el mayor número de muertes infantiles para el Departamento por densidad poblacional, sin embargo la tendencia mostrada es hacia el descenso, evidenciándose año tras año descensos esperados motivados por acciones e intervenciones positivas, el 2014 presenta un aumento en el comportamiento relacionado con el incremento de las Infecciones Respiratorias Agudas.

El municipio de Pijao, a pesar de presentar 4 años consecutivos (2009 al 2012) con tasas de mortalidad infantil en 0, para las vigencias 2013 y 2014, pasa a categorizarse como el municipio de mayor riesgo, presentando la mayor tasa de mortalidad infantil, para el Departamento del Quindío, seguido de los municipios de Filandia y Córdoba, que para el 2014, muestran tasas elevadas ubicándose en el segundo y tercer lugar respectivamente, con cifras que superan la tasa Departamental.

Tabla 47: Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2014.

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
63001 - Armenia	14,35	16,76	16,21	15,51	16,66	13,73	13,09	12,93	8,84	10,24
63111 - Buenavista	0	38,46	33,33	64,52	0	0	0	0	0	0
63130 - Calarcá	8,36	8,99	14,04	11,25	16,6	21,32	8,13	8,6	17,04	11,08
63190 - Circasia	3,02	5,51	20,53	9,84	12,27	6,99	6,6	23,33	7,69	8,16
63212 - Córdoba	0	25,64	13,7	32,26	13,33	0	14,29	13,7	0	15,38
63272 - Filandia	12,05	0	19,87	15,38	0	22,22	45,87	0	10,64	16,26
63302 - Génova	7,3	16	29,63	8,4	18,87	9,71	23,81	0	13,51	0



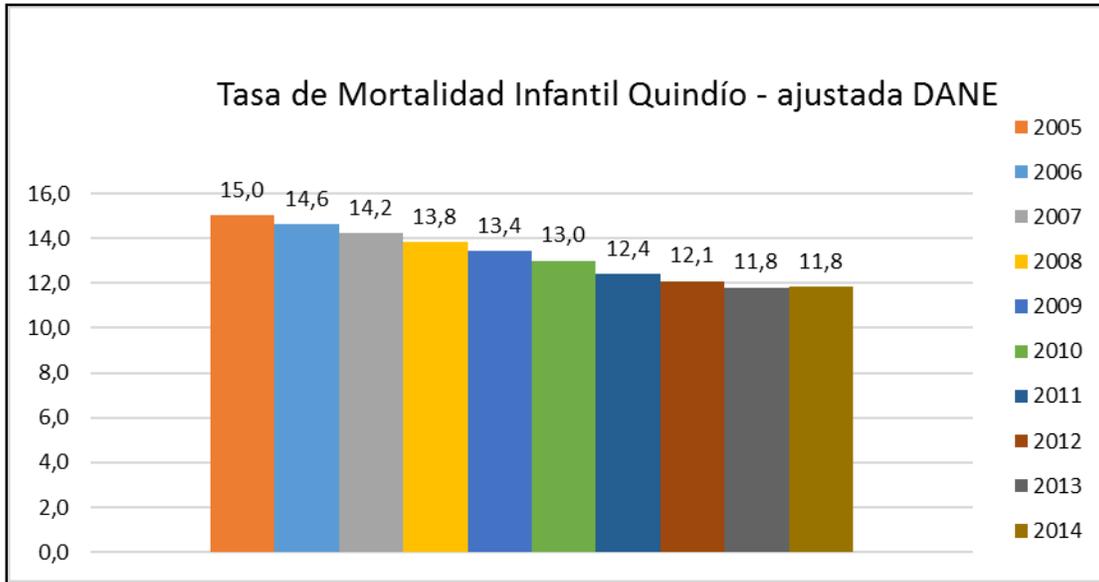
63401 - La Tebaida	18,61	7,23	15,09	20,53	20,33	15,35	19,11	16,28	0	9,83
63470 - Montenegro	19,26	21,04	11,25	14,41	15,69	7,89	7,83	6,49	18,79	6,70
63548 - Pijao	31,58	21,74	38,1	14,08	0	0	0	0	31,25	21,28
63594 - Quimbaya	14,86	9,24	11,85	7,09	10,31	16,17	11,08	8,29	9,65	8,96
63690 - Salento	12,05	14,08	0	11,36	23,53	0	14,08	41,67	0	0
Total	13,6	14,1	15,86	14,56	15,76	13,98	12,53	12,08	10,17	11,83



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

Según el análisis realizado por el DANE a la tasa ajustada de mortalidad infantil en Colombia para la vigencia 2014, La mortalidad infantil a nivel nacional se estima en 17,23 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, presentando una variación anual descendente del orden de (-0,1%) respecto al 2013. Los departamentos con menor tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos fueron: Quindío (11,83), Bogotá (12,06), Valle Del Cauca (12,15) y Caldas (12,34), así como Norte de Santander (12,75). Por otra parte, los departamentos de Amazonas, Vaupés, Chocó, Guainía, Vichada, Guaviare y La Guajira han reportado históricamente niveles superiores a 30 defunciones infantiles por cada mil nacidos vivos.

La Figura 36, Muestra el comportamiento histórico de la tasa de mortalidad infantil ajustada por el DANE, para el Departamento del Quindío, mostrando una tendencia al descenso efectiva hasta la vigencia 2013, sin embargo para el 2014, el comportamiento se muestra estable con un leve aumento, situación que insta a intervenciones de análisis, investigación e intervención efectivas, para evitar cambios negativos en el comportamiento de la mortalidad infantil en el territorio.



2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
15,02	14,62	14,22	13,82	13,42	13,01	12,40	12,10	11,81	11,83

Figura 36: Tasa de mortalidad infantil Ajustada, Quindío, 2005- 2014.

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

2.2.2 MORTALIDAD NEONATAL

La mortalidad Neonatal entendida como las defunciones desde el nacimiento hasta los 28 días después de nacido desde el momento del nacimiento hasta los 28 días, hace parte de la medición relacionada como mortalidad infantil, mostrando una tendencia al descenso, Al revisar la tendencia de Mortalidad Neonatal, la mayor tasa se presentó en 2009 con 11.01 defunciones por 1,000 nacidos vivos y la menor tasa corresponde a la última medición del año 2014 con un resultado de 7.34 por mil nacidos vivos ; para 2014 se observa que la serie de 5 años llega a casi 7 defunciones por 1,000 nacimientos vivos, lo que implica mantener la vigilancia en este evento y la intervención en la salud del binomio madre e hijo.

La Figura 37, muestra las áreas de residencia donde se concentra la muerte Neonatal, encontrando que acorde con la densidad poblacional, es en las zonas rurales donde se expresa mayor tasa frente a las urbanas; teniendo en cuenta que entre Centros poblados y zonas urbanas se concentra en promedio el 15%

de la población total del Departamento, si se relaciona el análisis en forma numérica, serían las zonas urbanas las de mayor impacto. Tabla 48.

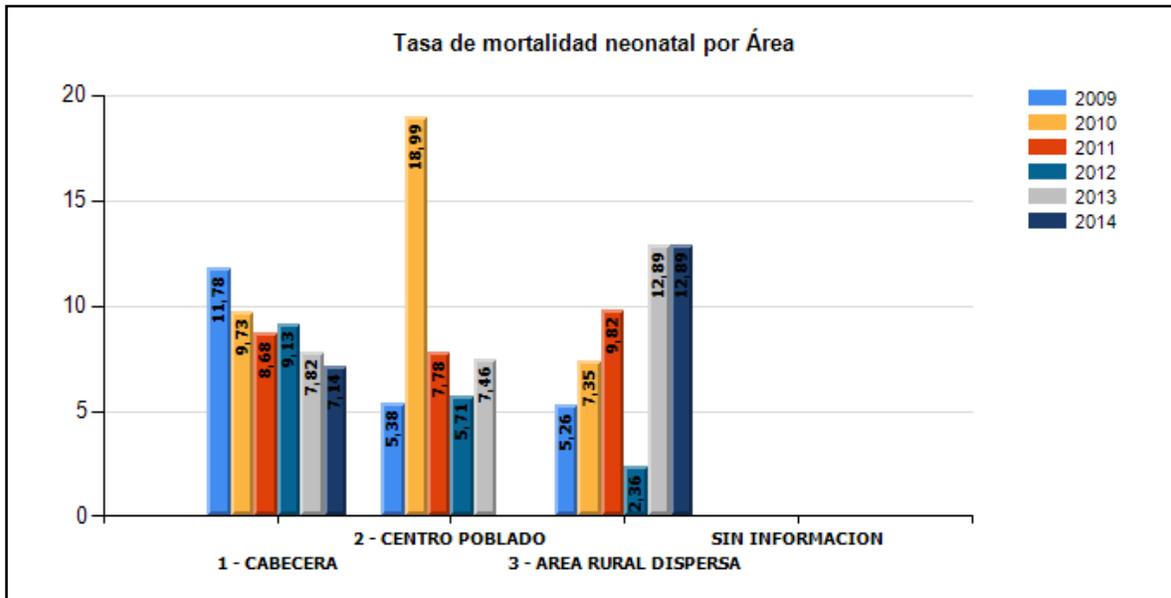


Figura 37: Tasa de mortalidad neonatal, Quindío, 2005- 2014.

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

Tabla 48: Tasa de mortalidad Neonatal, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2009 a 2014.

ÁREA GEOGRÁFICA	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 - CABECERA	11,78	9,73	8,68	9,13	7,82	7,14
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	12,89
Total, General	11,01	9,75	8,74	8,55	8,14	7,34

2.2.2.1 MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

La Figura 38 detalla la tendencia comparativa del comportamiento de la muerte del menor de 5 años o definida como la mortalidad en la niñez entre Colombia y el Departamento del Quindío, encontrando para el año 2005, un comportamiento muy por debajo de la tasa Nacional, iniciando un incremento en su comportamiento en el 2006, llegando a igualar el comportamiento Nacional en las vigencias 2007 y 2008,



presentándose un pico comportamental importante en el año 2009, alcanzando una tasa de 18.51 por 1000 nacidos vivos, único momento en el que el Departamento del Quindío, supera la tasa Nacional, posteriormente se presenta un descenso importante igualando la tendencia de Colombia durante las vigencias 2010 al 2012, siguiendo una disminución entre los años 2013 y 2014, logrando nuevamente tasas inferiores a las relacionadas para el país.

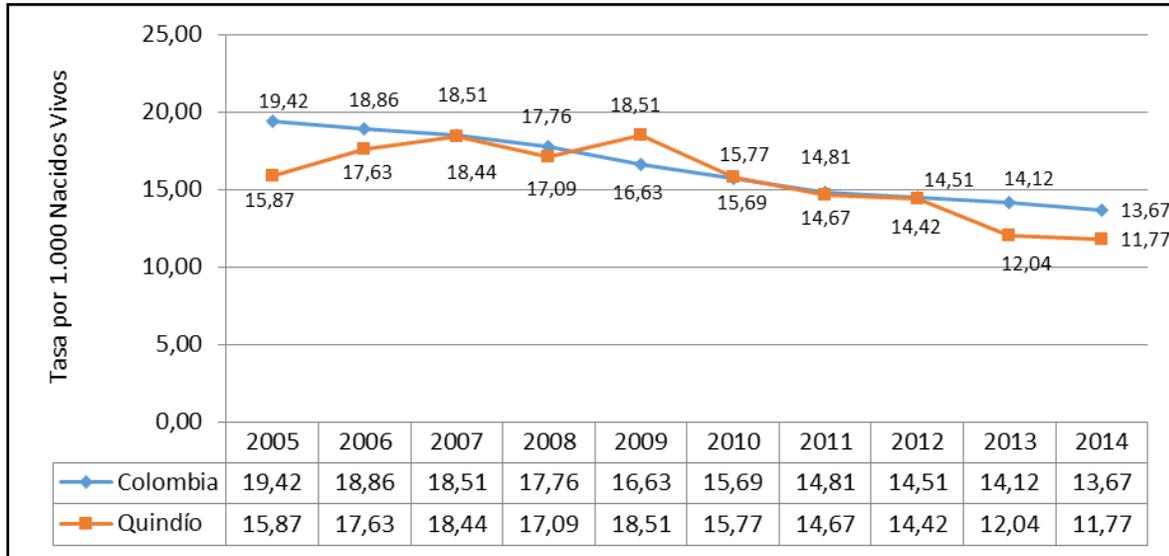


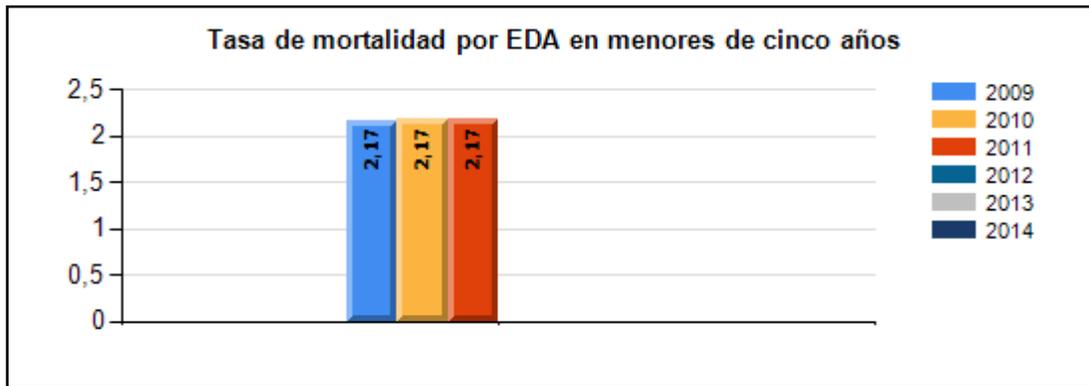
Figura 38: Tasa de mortalidad en la niñez, Quindío, 2005- 2014.

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

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

El Departamento del Quindío, presentó reporte de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda hasta el año 2011, 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). A partir del año 2012 se logró mantener la tasa de mortalidad por EDA en 0 hasta el año 2014; sin embargo es importante tener en cuenta que el Departamento presenta un reporte alto de morbilidad por EDA, que lo ubica dentro de los primeros lugares a nivel Nacional, indicando que los riesgos sanitarios continúan presentes en el territorio,

relacionados con la calidad del agua de consumo, la manipulación de alimentos y condiciones higiénico sanitarias que en forma permanente producen episodios de diarrea especialmente en la población menor de 5 años, que pone en riesgo su vida, siendo necesario emprender acciones integrales de intervención que impacten en el comportamiento de la EDA en la población susceptible del Departamento.



2009	2010	2011	2012	2013	2014
2,17	2,17	2,17	0,00	0,00	0,00

Figura 39: Tasa de mortalidad por EDA, Quindío, 2005- 2014.

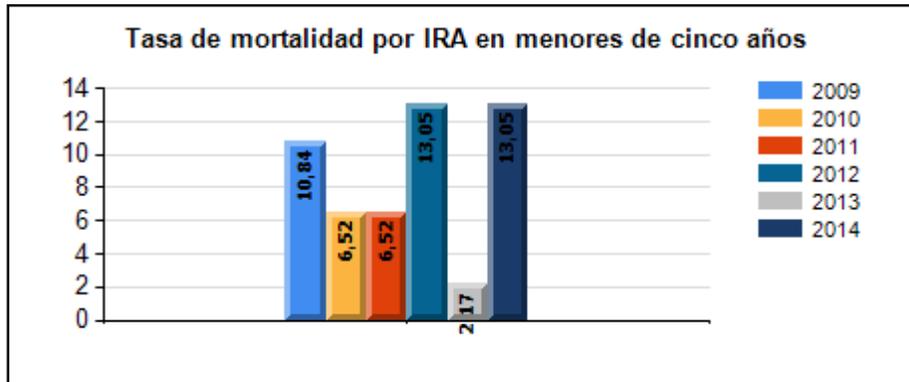
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO; DANE EEVV.

2.2.2.1.2 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, para el 2014, el comportamiento presenta de nuevo un pico que supera la vigencia anterior en 10.35 puntos de tasa, evidenciándose un comportamiento errático, que demuestra la poca intervención adelantada, las falencias desde el contexto de la prestación de los servicios de salud y la falta de medidas de promoción y prevención relacionadas, dado que la mortalidad por IRA en los menores de 5 años se aumenta o se disminuye acorde a la circulación viral, cambios climáticos, etc; no



logrando un control efectivo que se mida por medio de una tendencia estable en el tiempo y un impacto esperado en la disminución continua del evento.



2009	2010	2011	2012	2013	2014
10,84	6,52	6,52	13,05	2,17	13,05

Figura 40: Tasa de mortalidad por IRA, Quindío, 2005- 2014.

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

2.2.2.1.3 MORTALIDAD POR DESNUTRICION EN MENOR DE 5 AÑOS.

Las afecciones nutricionales demuestran condiciones de pobreza en el Departamento, identificadas especialmente en poblaciones clasificadas como vulnerables, la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, con un comportamiento que presenta variaciones interanuales en la identificación de estas causas de mortalidad, muestra su mayor comportamiento en el año 2009, seguido de la vigencia 2011, con vigencias en 0 casos en el 2010 y 2012; mostrando entre el 2013 y 2014 una tendencia estable, que preocupa, dado que las condiciones de desarrollo del territorio aportan a la disminución de situaciones relacionadas, sin embargo de acuerdo a los análisis realizados, la presencia de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, la aportan las etnias indígenas en especial la Embera Chamy con asentamientos en el Departamento de Quindío.



2009	2010	2011	2012	2013	2014
8,68	0,00	4,35	0,00	2,17	2,18

Figura 41: Tasa de mortalidad por desnutrición, Quindío, 2005- 2014.

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

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

Se presentan, en la Tabla 49: 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 2014 en el total de los grupos de ciclo de vida del menor. Solo se presentan casos en 14 grupos de causas en la década analizada y para la vigencia 2014, se presentan casos solo en 8 de ellos.

De acuerdo al análisis realizado con énfasis en la vigencia 2014, en ambos sexos, se encuentra como grupo prioritario de causas de mortalidad en los menores de 1 año Ciertas afecciones Originadas en el periodo perinatal, siendo el grupo que entrega 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, mostrando un comportamiento itinerante entre las vigencia 2005 al 2009, presentando dos picos comportamentales que



marcaron las mayores tasas en las vigencias 2007 y 2009, siendo esta última la de mayor reporte. A partir del 2010, se inicia una clara tendencia a la disminución, siendo la vigencia 2014, la de menor tasa con el 5.8 por mil nacidos vivos.

Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías, se presentan como segunda causa de defunción, por sus diversas causas, las malformaciones congénitas del corazón y del sistema nervioso, son las más incidentales en los menores de 1 año; con un comportamiento en ascenso entre los años 2005 al 2007, con un descenso significativo al 2008, iniciándose un aumento importante en la tendencia llegando a la vigencia 2010, año de mayor comportamiento de la década analizada iniciándose un descenso importante que se continua hasta la vigencia 2014, con una tasa de 2.73 x 1000 nacidos vivos.

Las enfermedades del sistema respiratorio muestran comportamiento activo en cada una de las vigencias analizadas, siendo la Neumonía, la de mayor participación, con un comportamiento de aumentos y descensos, que requiere de intervenciones continuas y permanentes en el tiempo, con el fin de lograr la captación oportuna de los casos, mejorar su manejo y finalmente disminuir la letalidad por este tipo de situaciones; para el 2014, se muestra una tendencia al aumento.

Las causas externas de morbilidad y mortalidad presentan un comportamiento activo en los 10 años analizados, con el mayor comportamiento en la vigencia 2006, iniciándose un descenso continuo hasta el 2013, para el 2014, se muestra un leve aumento en el comportamiento, situación que requiere de mayor análisis para orientar procesos integrales de intervención.

Las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y las enfermedades del sistema circulatorio muestran comportamientos discontinuos, con largos periodos en los que se reportan 0 casos, teniendo una reaparición para la vigencia 2014, con un comportamiento similar para estos 4 grupos de causas.

Para el sexo femenino en los menores de 1 año, se encuentra que la primera causa se centra en ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con un comportamiento estable del 2005 al 2009, con un pico



comportamental importante en el 2007, a partir del 2010, se presenta una disminución relativa de 2 puntos en la tasa, continuándose una tendencia estable hasta el 2013 y el menor comportamiento que se reporta para el 2014.

Como segunda causa se encuentran las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías, las cuales tienen una fuerte presencia en el sexo femenino, sobre el masculino, con una tendencia estable en el tiempo, incluyendo el comportamiento mostrado para la vigencia 2014

Las enfermedades del sistema respiratorio mostraron un comportamiento activo entre los años 2005 al 2009, con un reporte de 0 casos para el sexo femenino en el 2010, 2011 y 2013, reapareciendo en el 2014 con una tasa de 0.7 x 1000 nacidos vivos mujeres.

Las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, presentaron 0 casos entre los años 2005 al 2013, con presencia de mortalidad en el 2014, las enfermedades endocrinas, nutricionales y del metabolismo, al igual que las enfermedades del sistema circulatorio y causas externas de morbilidad y mortalidad muestran comportamientos similares.

Para las muertes en menores de 1 año de sexo masculino, se encuentra como primera causa Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con un comportamiento superior al presentado por el sexo femenino, con vigencias que superan el comportamiento rutinario como el presentado en el 2009 y el 2011, siguiendo una tendencia estable entre el 2012 y 2013, presentando incremento significativo en el 2014.

Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, corresponden a la segunda causa de defunción en este grupo poblacional, siendo de interés la realización de procesos de investigación que orienten a la identificación de factores causales, para lograr su control a futuro. En tercer lugar, se ubican las enfermedades respiratorias con una tendencia estable del 2005 al 2014, seguidas de los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio y las Causas externas de morbilidad y mortalidad con un comportamiento similar para la vigencia 2014.



Tabla 49: Tasas específicas de mortalidad Infantil, según la lista de 67 causas y causa específicas, departamento, Quindío, 2005 – 2014.

TOTAL											
Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	TOTAL	8,4	7,19	9,15	7,87	9,48	7,32	7,58	6,37	6,1	5,8
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	TOTAL	2,67	3,53	3,86	2,67	2,91	4,55	3,79	3,35	3,05	2,73
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	TOTAL	0,4	0,42	1	0,59	0,76	0,33	0,33	1,01	0,17	0,68
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	TOTAL	0,8	1,13	0,43	0,59	0,46	0,33	0,16	0,5	0,17	0,34
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	TOTAL	0,13				0,15					0,17
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	TOTAL	0,13	0,14		0,15	0,46					0,17
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	TOTAL	0,13	0,42	0,14	0,3	0,76	0,16	0,16			0,17
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	TOTAL		0,14	0,29	0,15	0,15	0,33	0,16	0,34	0,34	0,17
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	TOTAL	0,67	0,42	0,43	1,04	0,15	0,49	0,16			
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	TOTAL		0,14		0,15	0,15				0,17	
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	TOTAL		0,28	0,43	0,3		0,49		0,34		
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	TOTAL	0,27	0,14	0,14	0,15	0,31		0,16	0,17	0,17	
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	TOTAL				0,15						
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	TOTAL		0,14		0,3						
SEXO FEMENINO											



Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
11 - CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO	7,92	7,41	9,72	7,66	7,61	5	4,46	5,81	5,68	4,2
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO	3	3,99	3,83	1,53	3,35	3,67	3,09	2,73	3,9	2,8
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,27	0,57	0,59	0,31	0,61			0,68		0,7
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO										0,35
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO		0,28		0,31	0,61					0,35
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	0,31	0,61	0,33	0,34			0,35
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	0,82	0,85	0,59	0,92	0,3			0,34	0,35	0,35
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	1,23	0,3	0,33				
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO		0,28		0,31						
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO			0,59			0,33		0,68		
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO			0,29		0,3			0,34		
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO		0,28	0,59	0,31	0,3			0,34	0,35	
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	FEMENINO		0,28		0,31						
SEXO MASCULINO											
Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
11 - CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	MASCULINO	8,86	6,98	8,6	8,08	11,38	9,52	10,48	6,92	6,49	7,32
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	MASCULINO	2,35	3,07	3,89	3,75	2,46	5,39	4,44	3,95	2,27	2,66



08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	MASCULINO	0,52	0,28	1,39	0,87	0,92	0,63	0,63	1,32	0,32	0,67
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	MASCULINO						0,63	0,32	0,33	0,32	0,33
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	MASCULINO	0,78	1,12	0,28	0,29	0,62	0,63	0,32	0,66		0,33
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	MASCULINO	1,04	0,56	0,56	0,87		0,63	0,32			
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	MASCULINO					0,31				0,32	
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	MASCULINO	0,26				0,31					
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	MASCULINO	0,26				0,31					
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	MASCULINO		0,56	0,28	0,58		0,63				
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	MASCULINO		0,56		0,29	0,92					
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	MASCULINO	0,52	0,28		0,29	0,31		0,32		0,32	
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	MASCULINO				0,29						
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	MASCULINO				0,29						



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

La tabla No. 50, muestra el comportamiento de las tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 5 años de edad, en el decenio entre el 2005 al 2014, con énfasis en la última vigencia, la cual marca el orden de causalidad en el grupo etario expuesto, teniendo en cuenta la clasificación por sexo de cada grupo de causas de defunción, para el Departamento del Quindío, en el presente análisis.



Para el año 2014, las enfermedades del sistema respiratorio, muestran un comportamiento importante representando el mayor comportamiento, siempre presentes en la serie temporal en ambos sexos; en el caso de las niñas, la tasa más alta se registra en el año 2006 con 11 muertes por cada 100.000 niñas de 1 a 4 años de edad, disminuyendo este comportamiento para el 2007 en un 45% el comportamiento de la tasa, llegando a 5.5 por 100.000 niñas en el rango, situación que se mantiene para el 2008, en la vigencia 2009, no se reportan muertes por el evento, quedando la tasa en 0, teniendo nuevamente comportamiento para el 2010 y 2011, con una tendencia estable, no se relacionan casos de mortalidad por enfermedad respiratoria para niñas de 1 a 4 años, en las vigencias 2012 y 2013. Para el sexo masculino, es evidente que el comportamiento supera el presentado por el sexo femenino, iniciando su comportamiento en la vigencia 2006, con un comportamiento elevado que supera en 4.3 puntos de tasa el presentado por las niñas, continuándose una tendencia al aumento que llega a una tasa de 21.18 por 100.000 niños de 1 a 4 años de edad en la vigencia 2008, siendo este el año de mayor reporte de la década analizada, para el 2009, se presenta un descenso importante del 50% del comportamiento, continuando a 2010, con una clara tendencia a la disminución, no se reportan casos en 2011, para el 2012, se presenta un comportamiento similar al informado en el 2011, en el año 2012, la tasa queda en cero, pero para la vigencia 2014, nuevamente se presentan muertes, correspondiendo a una tasa de 10.64 por 100.000 menores de 1 a 4 años de edad, superando el último comportamiento en forma significativa. Estos valores muestran el discomfort en la atención y la falta de observancia de protocolos a las infecciones 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

Las causas externas de morbilidad y mortalidad afectan en forma permanentemente a los niños entre 1 a 5 años de edad, dado que en el lapso del tiempo de los 10 años tabulados; se muestra reporte en 9 de ellos, siendo el sexo masculino el más afectado, teniendo en cuenta que el número de muertes presentadas muestran que en promedio por cada niña entre 1 a 4 años que muere por causas externas de morbilidad y mortalidad, mueren en promedio 3 niños, en este rango de edad. Es así que para los niños, se inicia el análisis en el año 2005 con una tasa de 20.83 por cada 100.000 niños de 1 a 4 años de edad, con un aumento en 10 puntos de tasa para la vigencia 2016, para el año 2007 se muestra una disminución significativa en 25 puntos de tasa, con un leve aumento para el 2008 (10.59 x 100.000 niños de 1 a 4 años de edad) ; Se continua el comportamiento con una tendencia inestable de aumento y descenso, mostrando el mayor



comportamiento en la vigencia 2012 (31.94 por 100.000 niños de 1 a 4 años), no se relacionan casos en el 2013 y para la vigencia 2014 se reporta una tasa de 10.64 x 100.000 menores. En el caso de las niñas, se muestra una tendencia estable entre los años 2005 al 2008, con un aumento importante al 2009 del 50% en el comportamiento, volviendo en el 2010 al camino tendencial estable, la vigencia 2012, fue la de mayor reporte para el sexo femenino con una tasa de 22.35 x 100.000 niñas de 1 a 4 años de edad, último año con casos de mortalidad para las niñas en la década analizada. Sin poder 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

En el grupo de enfermedades del sistema nerviosos, su alta tasa se observó en 2006, de preferencia en el sexo masculino, que afectó a hasta 17 niños por cada 100,000 menores de 1 a 5 años, siendo la mayor tasa de la serie; con otro pico comportamental, inferior en el 2009, momento en el que más se afectó el sexo femenino, para las vigencias 2011 al 2013 la tasa de mortalidad se mantuvo en 0 y para el 2014, se reactiva la situación en ambos sexos, llegando a una tasa de 5.45 x 100.000 menores de 1 a 5 años de edad.

Las neoplasias están afectando en todos los años a 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, para el 2014 no se presentaron muertes en el sexo masculino; 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 continuarse para 2013 y 2014 con una disminución significativa, 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.

Las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas que está afectando a los menores con tasas de hasta máximo 8 defunciones por 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 los niños, para el 2014, se relaciona una tasa de 5.32 x 100.000 niños de 1 a 4 años, no presentando muertes en el sexo femenino, para esta vigencia.



Analizando el contexto por grupos de causas, se analizan los comportamientos a pesar de no presentarse casos de mortalidad en la vigencia 2014, iniciando por 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. Para el año 2014, no se reportan casos relacionados.

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, 2013 y 2014, 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 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.

Las afecciones del sistema circulatorio, en los menores de 1 a 5 años de edad, muestran un comportamiento interanual, con mayor afectación para el sexo masculino, con reporte de casos hasta la vigencia 2010, logrando mantener la tasa en de mortalidad en 0 durante los años 2011 al 2014.

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, 2013.} y 2014.



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 especifica de 78,3 defunciones por cada 100,000 niños entre el año y los cinco años de vida. No se reportan fallecimientos por causas relacionadas entre el 2010 al 2014.

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 punto de tasa aportaría esta ultimas causas.

Tabla 50: Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 5 años de edad, Departamento del Quindío 2005 – 2014.

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	5,44	5,48	11,01		5,56	5,57			11,18	
	MASCULINO	10,42			5,29		5,32	10,64		5,32	
	TOTAL	7,99	2,68	5,38	2,71	2,72	5,44	5,45		8,18	
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	5,44	10,96	16,51	11,07			5,58	11,17	5,59	5,59
	MASCULINO	5,21	5,24	5,27			5,32			10,64	
	TOTAL	5,32	8,04	10,77	5,41		2,72	2,72	5,45	8,18	2,73
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y	FEMENINO							5,58			
	TOTAL							2,72			



DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS											
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO				5,54						
	MASCULINO		5,24			5,31		15,97		5,32	
	TOTAL		2,68		2,71	2,72		8,17		2,73	
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	5,44	10,96	5,50	5,54	11,12					5,59
	MASCULINO		15,73	5,27		5,31	5,32				5,32
	TOTAL	2,66	13,40	5,38	2,71	8,15	2,72				5,45
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO			5,50							
	MASCULINO	10,42			5,29		5,32				
	TOTAL	5,32		2,69	2,71		2,72				
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	5,44	10,96	5,50	5,54		5,57	5,58			5,59
	MASCULINO		15,73	15,81	21,18	10,62	5,32		5,32		10,64
	TOTAL	2,66	13,40	10,77	13,53	5,43	5,44	2,72	2,73		8,18
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	MASCULINO	5,21	5,24	5,27	10,59						
	TOTAL	2,66	2,68	2,69	5,41						
10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	FEMENINO	5,44									
	MASCULINO							5,32			
	TOTAL	2,66						2,72			
11 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	FEMENINO					5,56					
	MASCULINO			5,27							
	TOTAL			2,69		2,72					
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO		5,48			11,12	5,57		5,59		
	MASCULINO		5,24	5,27		5,31	5,32			10,64	5,32
	TOTAL		5,36	2,69		8,15	5,44		2,73	5,45	2,73
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	FEMENINO		5,48								
	MASCULINO	5,21									
	TOTAL	2,66	2,68								
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	MASCULINO									5,32	
	TOTAL									2,73	
15 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	FEMENINO	5,44	5,48	5,50	5,54	11,12	5,57	5,58	22,35		
	MASCULINO	20,83	31,46	5,27	10,59	21,24	5,32	15,97	31,94		10,64
	TOTAL	13,31	18,75	5,38	8,12	16,30	5,44	10,90	27,26		5,45



Tabla 51: Tasas específicas de mortalidad en menores de 0 a 5 años, según la lista de las 67 causas departamento, Quindío, 2005 – 2014.

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	4,46
	MASCULINO	4,19	4,20	4,21		4,24	4,24			12,73	
	TOTAL	4,28	8,58	8,60	6,48	2,17	2,17	2,17	4,35	8,70	2,18
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO							4,46			4,46
	MASCULINO	4,19				4,24					
	TOTAL	2,14				2,17		2,17			2,18
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO		4,39		8,84	8,88					4,46
	MASCULINO	4,19	4,20			8,48		12,73		4,24	
	TOTAL	2,14	4,29		4,32	8,68		6,52		2,17	2,18
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	4,38	8,77	13,19	4,42	8,88	4,45		8,92		4,46
	MASCULINO		21,01	8,42	8,46	4,24	12,73				4,25
	TOTAL	2,14	15,02	10,75	6,48	6,51	8,69		4,35		4,35
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	4,38	4,39	8,79	4,42	8,88	4,45	4,46			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			2,18
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	8,76	17,54	13,19	8,84	8,88	4,45	4,46	8,92		13,38
	MASCULINO	8,38	16,81	33,70	29,60	21,20	12,73	8,49	21,22	4,24	16,98
	TOTAL	8,57	17,17	23,66	19,45	15,18	8,69	6,52	15,22	2,17	15,23
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 AFECIONES	FEMENINO	127,02	114,04	145,05	110,52	115,45	66,79	57,95	75,84	71,39	53,53



ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	MASCULINO	142,45	105,05	134,78	118,41	156,87	127,33	140,04	89,13	84,86	93,39
	TOTAL	134,91	109,45	139,81	114,55	136,64	97,79	100,00	82,65	78,30	73,95
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	35,69
	MASCULINO	37,71	50,42	63,18	54,98	38,16	76,40	59,41	50,93	38,19	38,21
	TOTAL	42,83	57,94	60,22	38,90	47,72	65,19	50,00	45,67	43,50	36,98
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	4,25
	TOTAL	2,14	4,29	4,30	2,16	2,17	4,35	2,17	4,35	4,35	2,18
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	4,46
	MASCULINO	29,33	42,02	8,42	12,69	25,44	12,73	16,97	33,95		12,74
	TOTAL	23,56	32,19	10,75	15,13	19,52	8,69	10,87	28,27	2,17	8,70



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

2.2.4 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, para el 2014, se muestra un leve descenso quedando por debajo de la razón Nacional en 2 puntos. Figura 42 y Figura 523.

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.

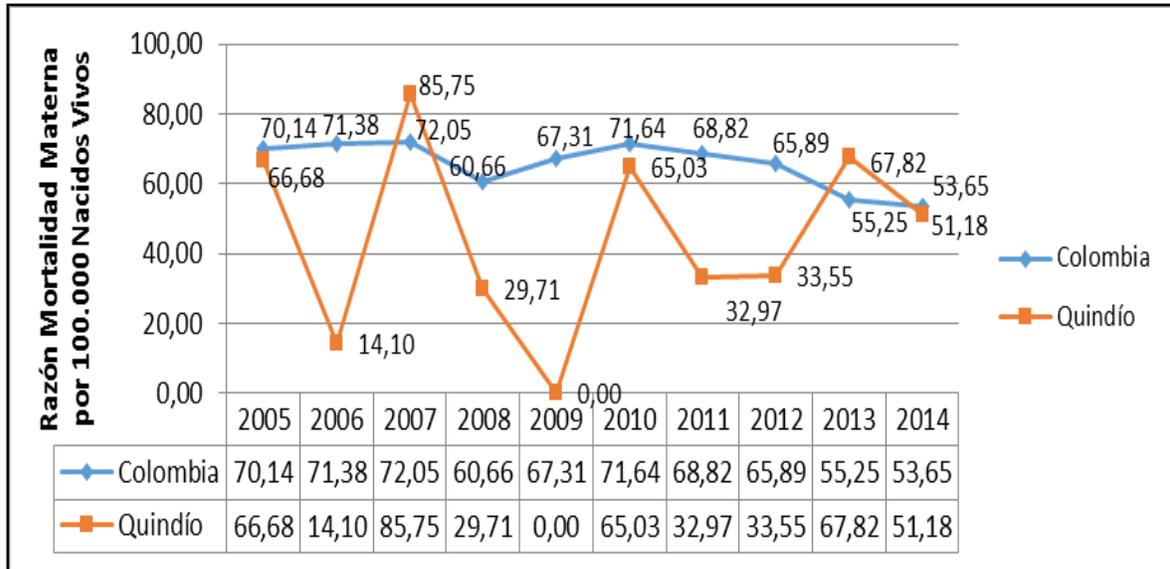


Figura 42: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2014.

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

La mortalidad materna para el Departamento del Quindío según lo evidenciado en la figura No. 43, se concentra en las cabeceras municipales en un 100%, siendo este un indicador importante para las acciones de intervención, enfocadas especialmente en el mejoramiento de los servicios de salud para el binomio madre e hijo, dado que se espera que en las cabeceras municipales el acceso a los servicios de salud, no presente barreras de ningún tipo, para esta población categorizada como prioritaria para la atención.

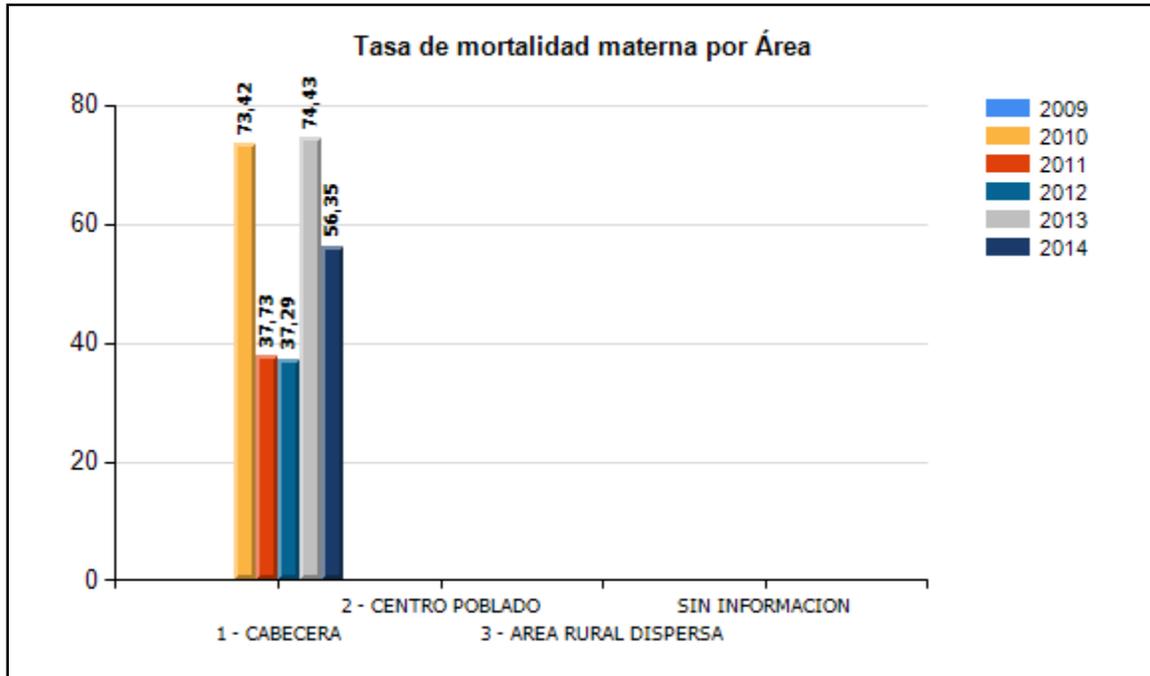


Figura 43: Razón de mortalidad materna, Quindío, 2005 -2014.

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

2.2.5 ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ.

Para el año 2104, el comportamiento de la mortalidad infantil y de la niñez, al igual que la mortalidad materna, se ubican por debajo de la tasa Nacional, sin embargo, a pesar de venir en un comportamiento decreciente, para la vigencia 2014, muestran una tendencia leve al aumento, situándose muy cerca del comportamiento Nacional (color amarillo), lo que obliga a no bajar la guardia en relación a las intervenciones específicas de Promoción, Prevención y en lo posible mitigación.

La mortalidad Neonatal y la mortalidad por IRA en menores de 5 años son las causas que presentan comportamientos que sobrepasan la tasa Nacional, siendo priorizados para intervenciones (color amarillo).

La mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas, presenta un comportamiento muy por debajo de la tasa Nacional, quedando clasificado en menor riesgo (color verde), no siendo un motivo para desentender las



complicaciones o su prevención; los otros eventos de causas, estarán en un rango tan cerca a la nación (color amarillo), que sus intervenciones deben estar acompasados con estrategias nacionales debido a que están afectando por igual a los grupos poblacionales, tanto del país como los del departamento

Tabla 52.

Tabla 52: Semaforización tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento, Quindío 2005 – 2014.

Causa de muerte	Colombia	Quindío	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Razón de mortalidad materna	53,65	51,18	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7,24	7,34	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad infantil	11,34	10,24	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	13,67	11,77	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	12,46	13,05	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,11	0,00	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	-	-
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,82	2,18	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗

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 limites, 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 53, 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 53: Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI en el Quindío, 2014.

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
Cociente de tasas extremas	0.00	0.00	0.00	0.00
Diferencia de tasas extremas	-30.0	-8,40	10.20	-21,80
Riesgo atribuible poblacional	26,34	-1,14	-0,36	-8,26
Riesgo atribuible poblacional relativo (%)	46,76	-15,72	-3,63	-60,97

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.

La Figura 44 muestra la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos año 2014 y el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, en los municipios del Quindío. Los municipios con mayor tasa de mortalidad infantil son Pijao, Córdoba, Filandia y Calarcá; siendo estos los que presentan una relación directa con el nivel de Necesidades básicas insatisfechas, sin embargo, Génova es el municipio con mayor índice de NBI con 25.42, no relacionando mortalidad infantil para la vigencia 2014. Los municipios de Génova, Buenavista y Salento presentaron tasas de mortalidad infantil en cero ya que no tuvieron casos.

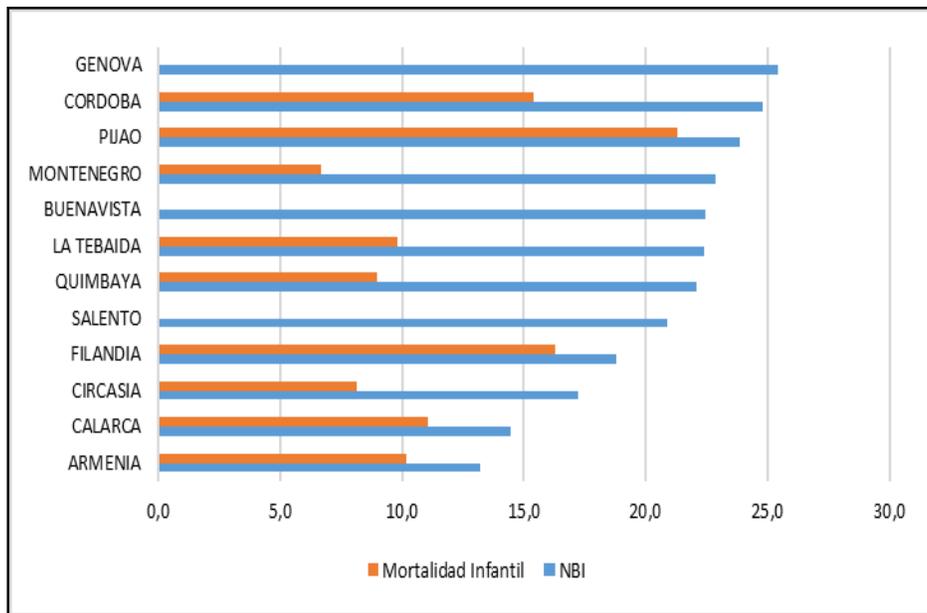


Figura 44: Tasa de mortalidad infantil por NBI en el Quindío, 2014.

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 a favor de 16.64 puntos porcentuales, donde la RMM paso de 68,66 en el 2013, a 51.18 en el 2014, encontrándose el reporte en la categoría de Otras etnias. Para la población indígena, la mortalidad neonatal presentó una tasa de 35.71 en el 2013, sin hallarse registro en el año 2014, permaneciendo el cambio en 35.71; el comportamiento de la mortalidad neonatal en niños y niñas de raza Negro, mulato, afrocolombiano y afro descendiente en el Quindío, no presento registros en las vigencias 2013 y 2014, seguido de un leve descenso de -0,80 puntos porcentuales en el total general, como se presenta en la Tabla 54.

Tabla 54: Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, Quindío, 2013 – 2014.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos				Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Etnia	2013	2014	Cambio	Etnia	2013	2014	Cambio
Indígena				Indígena	35,71	0	35,71
Rom (gitano)				Rom (gitano)			
Raizal				Raizal			
Negro, mulato, afrodescendiente				Negro, mulato, afrodescendiente			
Otras etnias	68,66	51,64	17,02	Otras etnias	7,9	7,23	0,67
Total, general	67,82	51,18	16,64	Total, general	8,14	7,34	0,80

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rssvr2.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 18.8 puntos, según el área de residencia de cabecera, teniendo en cuenta que la totalidad de los casos reportados en las vigencias 2013 y 2014, se concentran en la zona urbana. Respecto a la mortalidad neonatal un cambio a favor del indicador con disminución en cabecera con un cambio de 0.68 puntos, al igual que la mortalidad neonatal en los centros poblados con un cambio a favor de 5.55 puntos y un aumento de 15.43 puntos porcentuales en el área dispersa, tal como se presenta en la

Tabla 55.



Tabla 55: Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, Quindío, 2013 – 2014.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos				Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Área de residencia	2013	2014	Cambio	Área de residencia	2013	2014	Cambio
Cabecera	74,43	56,35	18,8	Cabecera	7,82	7,14	0,68
Centro Poblado				Centro Poblado	7,46	12,89	-5,43
Área rural dispersa				Área rural dispersa	12,89	7,34	5,55

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/> SISPRO.

En la Figura 45 Figura 45: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2014. se presenta el comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal desde el 2009 al 2014, en el departamento del Quindío, por etnia y área de residencia.

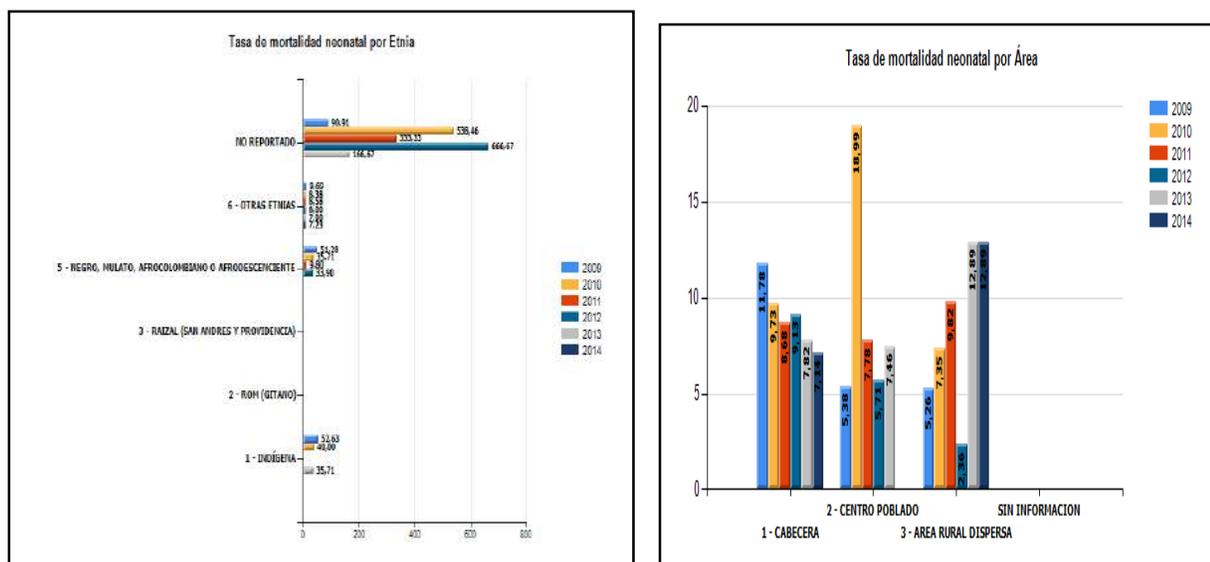


Figura 45: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2014.

Fuente: EEVV DANE, consulta visor / <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/> SISPRO.



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



Tabla 56: 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 2014
Mortalidad general por grandes causas	Enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	148,7		Oscilante
	Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios)	42,2		Oscilante
	Tasa de mortalidad por lesiones auto-infligidas intencionalmente	5,8		Oscilante
Mortalidad específica por subgrupo	las enfermedades transmisibles	44,3		Descendente
	El tumor maligno del útero	9,6		Descendente
	El tumor maligno de estomago	14,8		Descendente
	enfermedades isquémicas del corazón	103,0		Ascendente
	los accidentes de transporte terrestre	17,4		Oscilante
Mortalidad materno-infantil	Tasa mortalidad por IRA < 5	13,1	12,46	Oscilante
	Tasa de mortalidad EDA < 5	0,0	3,11	Descendente
	Tasa de mortalidad por desnutrición en < de cinco años	2,18	6,82	Descendente

Fuente: EEVV DANE.

3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA.

3.1 CAUSAS EN CONSULTA AMBULATORIA.

Para el análisis de la morbilidad del Departamento del Quindío, se utilizó la información de los RIPS entregados en forma mensual por la red notificadora del Departamento a la Dependencia de Vigilancia en Salud Pública, para el proceso de Búsqueda activa institucional, complementando con la información contenida en la plataforma SISPRO, logrando el análisis de la vigencia 2015, dado que comparando el ingreso de información a la plataforma Nacional para la vigencia 2016, se evidencia una disminución del 52%



de registros RIPS, motivo por el cual se decide finalmente adelantar el análisis hasta la vigencia que cuente con información más cercana a la realidad del Departamento.

3.1.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA POR CONSULTA

El departamento de Quindío para la vigencia 2015, reporta un total de 1.364. 674 consultas externas, evidenciándose un aumento del 19% en el total de registros analizados en relación a la vigencia 2014; del total de consultas se encuentra que el 64% corresponde a la población femenina, la cual muestra mayor adherencia a los servicios de salud; mientras que la población masculina representa el 36%. Indicando que por cada hombre que asiste a consulta externa, consultan dos mujeres.

Para la población masculina, a pesar de presentar un porcentaje inferior de consultas, se muestra que el 81,17% del total de hombres que consultaron, se clasifica dentro de las primeras 30 causas de morbilidad, superando al sexo femenino que, del total de consultas del sexo femenino, concentra el 75% dentro de las principales causales de consulta.

De acuerdo a lo expuesto en la tabla 57 donde se listan en su orden las primeras 30 causas de morbilidad, se encuentra que los Otros Trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén, corresponden al 13,6% del total, clasificándose como la primera causa de morbilidad por consulta externa, siendo el sexo femenino el más afectado con un 59% del total de consultas por esta razón, en segundo lugar se ubica la Hipertensión Esencial primaria, concentrando el 11.98%, correspondiendo el 66.4% al sexo femenino y el 33.6% restante al sexo masculino, situación de interés teniendo en cuenta que es un evento directamente relacionado con la mortalidad por Enfermedades del Sistema circulatorio que muestra incrementos en ambos sexos, siendo necesario fortalecer la adherencia a los programas de seguimiento en especial para la población masculina.

La caries dental se muestra en el tercer lugar de morbilidad por consulta, con el 6.22% mostrándose un mayor comportamiento en el sexo femenino; el cuarto lugar corresponde a Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, situación que equivale al 4.78% del total, para un total de 65.213 diagnósticos que no aportan al análisis de la morbilidad del Departamento, dado que



corresponden a signos y síntomas no resueltos en la atención médica, por lo que se hace necesario instaurar proceso de fortalecimiento en relación a la obligatoriedad del diagnóstico en las consultas y el mejoramiento en los procesos de codificación de los RIPS.

En quinto lugar, se encuentran los otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos, con el 4.34% mostrando mayor presencia en el sexo femenino que concentra el 68.4% del total de consultas por estas causas.

Teniendo en cuenta el comportamiento mostrado por las cinco primeras causas de morbilidad, se encuentra que acumulan un porcentaje del 40.93% del total de las consultas externas de la vigencia 2015.

Entre las causas siguientes en forma resumida según tabla No. 57 se encuentra como sexta causa la diabetes mellitus con el 4.10%, séptima causa los trastornos del humor (afectivos), octava causa, los Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas 2.97%, en este evento el comportamiento del sexo masculino es significativamente superior concentrando el 86.4% del total de consultas frente al 13.6% reportado en el sexo femenino.

La diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso como novena causa de morbilidad, presenta un comportamiento levemente elevado en las mujeres con relación a los hombres, concentrando el 2.18%, y la bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, muestran un comportamiento levemente superior en el sexo masculino concentrando el 1.99%.

Las 10 primeras causas de morbilidad por consulta corresponden a un porcentaje del 55.58% del total de consultas analizadas. 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 57: Treinta primeras causas de consulta según 298 causas, Quindío 2015.



ORDEN	CODIGO	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	76.203	109.460	185.663	13,60	13,60
2	145	Hipertensión esencial (primaria)	55.027	108.503	163.530	11,98	25,59
3	180	Caries dental	34.552	50.305	84.857	6,22	31,81
4	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	15.699	49.514	65.213	4,78	36,58
5	111	Otros trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	18.672	40.603	59.275	4,34	40,93
6	104	Diabetes mellitus	18.375	37.530	55.905	4,10	45,02
7	116	Trastorno del humor (afectivos)	18.684	27.990	46.674	3,42	48,45
8	114	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otras sustancias psicoactivas	34.982	5.509	40.491	2,97	51,41
9	5	Diarrea y gastroenteritis de presuntoorigen infeccioso	13.924	15.813	29.737	2,18	53,59
10	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	15.010	12.126	27.136	1,99	55,58
11	109	Obesidad	5.558	21.574	27.132	1,99	57,57
12	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	11.271	14.295	25.566	1,87	59,44
13	139	Otras enfermedades del ojo y de sus anexos	8.543	14.534	23.077	1,69	61,13
14	117	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatoformos	7.148	14.422	21.570	1,58	62,71
15	203	Otros trastornos de las articulaciones	6.311	13.237	19.548	1,43	64,15
16	103	Otros trastornos de la tiroides	3.383	15.814	19.197	1,41	65,55
17	217	Otras enfermedades del sistema urinario	6.494	12.239	18.733	1,37	66,92
18	119	Otros trastornos mentales y del comportamiento	11.039	6.912	17.951	1,32	68,24
19	184	Gastritis y duodenitis	4.233	11.226	15.459	1,13	69,37
20	148	Otras enfermedades isquémicas del corazón	7.327	5.694	13.021	0,95	70,33
21	242	Otras complicaciones del embarazo y del parto		12.993	12.993	0,95	71,28
22	170	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	5.418	6.568	11.986	0,88	72,16
23	131	Conjuntivitis y otros trastornos de la conjuntiva	5.278	6.507	11.785	0,86	73,02
24	239	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto		9.905	9.905	0,73	73,75
25	176	Asma	3.802	5.367	9.169	0,67	74,42
26	32	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	3.706	4.702	8.408	0,62	75,03
27	201	Artrosis	1.814	6.105	7.919	0,58	75,62
28	200	Artritis reumatoide y otras poliartropatías inflamatorias	1.428	6.375	7.803	0,57	76,19



29	115	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	5.824	1.868	7.692	0,56	76,75
30	206	Otras dorsopatías	2.170	4.585	6.755	0,49	77,25
Subtotal			401.875	652.275	1.054.150	77,25	
Resto de causas			93.206	217.318	310.524	22,75	
Total, consultas			495.081	869.593	1.364.674	100,00	
Porcentaje de las 30 primeras causas			81,17	75,01	77,25		



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS – SDSQ.

3.1.2 CAUSAS DE CONSULTA URGENCIAS

En el departamento de Quindío en 2015 se reportan según las 298 causas 131.443 consultas de urgencias; acumulando las primeras cinco causas el 32.5% (42.692 consultas) del total; El sexo femenino concentra el 56,6% del total de consultas de urgencias, superando el comportamiento del sexo masculino con el 43,3%, sin embargo, la segunda, tercera, quinta y novena causas de consulta por urgencias, el sexo masculino muestra mayor frecuencia que el femenino. Tabla Tabla 58

Como primera causa se encuentran los signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificadas en otra parte, evidenciándose nuevamente la dificultad relacionada con la calidad de los diagnósticos brindados por el personal médico y/o el desconocimiento en el manejo de la codificación CIE 10.

Como segunda causa se encuentran Otros traumatismos de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, situación que muestra un comportamiento superior en el sexo masculino con el 64%, en relación al 36% del sexo femenino.

Las enfermedades virales, representan la tercer causa de consulta por urgencias, evento que muestra un comportamiento superior en el sexo masculino, siendo una de las problemáticas del Departamento dada la presencia permanente de vectores como el Aedes Aegypti y albopictus, vectores transmisores de múltiples enfermedades virales que han llevado al Departamento a clasificarse como de alto riesgo, sumado a las condiciones ambientales del Departamento que favorecen la circulación de diferentes virus que afectan especialmente la población susceptible, como los niños y adultos mayores.



Las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, se presenta en forma especial en la población infantil, siendo afectado este comportamiento por virus de influenza digestiva, la quinta causa se refiere al dolor abdominal y pélvico, diagnostico que no define un diagnóstico causal, dado que hace referencia a un síntoma, situación a intervenir en los procesos de formación del personal asistencial.

En las cinco causas restantes, se encuentran las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, faringitis aguda y amigdalitis aguda, bronquitis y bronquiolitis aguda, eventos relacionados con la circulación viral, el ingreso de nuevos virus, las alertas nacionales e internacionales relacionadas y las condiciones de la población que favorecen la presencia de estos eventos, con un promedio de dos cuadros clínicos anuales en promedio.

La atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto, ocupa el séptimo lugar dentro de la causalidad. Finalmente, la fiebre de origen desconocido y los enfisemas y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

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 el 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 más preferente la consulta en la mujer en las urgencias, con una relación de casi algo más de una mujer 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.

Tabla 58: Primeras causas de consulta por urgencia, por sexo, Quindío 2015.

CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
------------	----------------------	---------	---------	-------



270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	5.862	6.903	12.765
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	4.157	2.371	6.528
41	Otras enfermedades virales	4.052	3.277	7.329
5	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4.844	5.333	10.177
267	Dolor abdominal y pélvico	3.143	2.750	5.893
167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	2.439	2.800	5.239
206	Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto		2.485	2.485
165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	2.298	2.089	4.387
170	Bronquitis aguda y bronquiolitis aguda	1.538	1.923	3.461
268	Fiebre de origen desconocido	1.585	1.376	2.961
175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1.460	1.201	2.661
Subtotal		31.378	32.508	63.886
Resto de causas		25.598	41.959	67.557
Total, consultas		56.976	74.467	131.443



Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS – SDSQ.

3.1.3 CAUSAS HOSPITALIZACION (EGRESO)

En el departamento de Quindío para la vigencia 2015 se reportan según las 298 causas un total de 27.089 egresos hospitalarios, donde las primeras cinco causas acumulan 30,8% (8.340) que corresponden con los siguientes motivos de egreso de hospitalización **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.:**

1. Otras complicaciones del embarazo y del parto 7,66% (2014).
2. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 6,56% (1.778).
3. Neumonía 6,14% (1.663).
4. Otras, atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto 5,89% (1.595).
5. Trastorno del humor (afectivos) 3,39% (917).



Si agrupamos la primera y la cuarta causa, dada su relación con la atención materna se acumulan 3669 egresos (13.54%), 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 12.70% de los egresos en este 2015.



Tabla 59: Principales motivos de egreso hospitalario, Quindío 2015.

ORDEN	CÓDIGO 298	DIAGNÓSTICO AGRUPADO	TOTAL	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	242	Otras complicaciones del embarazo y del parto	2.074	7,66	7,66
2	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1.778	6,56	14,22
3	169	Neumonía	1.663	6,14	20,36
4	239	Otras atenciones maternas relacionadas con el feto y la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	1.595	5,89	26,25
5	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1.230	4,54	30,79
6	116	Trastorno del humor (afectivos)	917	3,39	34,17
7	145	Hipertensión esencial (primaria)	898	3,31	37,49
8	32	Otras fiebres virales transmitidas por artrópodos y fiebres hemorrágicas virales	824	3,04	40,53
9	104	Diabetes mellitus	820	3,03	43,56
10	5	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	654	2,41	45,97
11	114	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	612	2,26	48,23
12	217	Otras enfermedades del sistema urinario	564	2,08	50,31
13	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	440	1,62	51,94
14	198	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	393	1,45	53,39
15	267	Dolor abdominal y pélvico	387	1,43	54,82
Sub total			14.849	54,82	
Demás causa			12.240	61.23%	
Total			27.089	100.0%	

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS – SDSQ.

Según la Tabla 60, 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.

Tabla 60: Comparativo de la demanda de servicios Colombia / Departamento del Quindío, 2015.

ATENCIONES	COLOMBIA		QUINDIO	
	No	%	No	%
Consultas	112.981.681	93,34	1.364.674	89,59
Urgencias	5.991.774	4,95	131.443	8,63
Egresos	2.073.328	1,7	27.089	1,8
Totales	121.046.783	100	1.523.206	100

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

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 diferencia 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 2015, sobre la población de referencia.
- 2) la tasa de mortalidad general no fetal: toda defunción no fetal por residencia en 2014, sobre la población de referencia.
- 3) producción de servicios de salud. La producción de servicios per cápita municipal en 2015 multiplicados por 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 61**, detalla que solo dos municipios tendrían una tasa de incidencia menor que la de Bogotá y una tasa de mortalidad general menor que la de la nación; lo que indica que en el departamento frente al control de los eventos y situaciones adversas a la salud, se deben incrementar sus esfuerzos en atención, más aun cuando ante una necesidad de atención, todos los municipios tendrían incapacidad de atenderlas satisfactoriamente frente a los resultados observado en relación comparativa en Bogotá y el país.

Tabla 61: 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	1.286
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
Córdoba	1.233	1.103	1.161	1.003	2.093	1.286
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 62** detalla que, las actividades preventivas medidas para el departamento, se requiere incrementar la 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 más municipios y la capacidad de realizar actividades preventivas diferentes a la vacunación y consulta, están en déficit en el total de los municipios del departamento.

Tabla 62: 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

3.1.4 ANÁLISIS DE MORBILIDAD POR CICLO VITAL.

Las Tabla 63 a

Tabla 65 detallan el comportamiento porcentual en Quindío durante 2009 a 2015 de los seis grandes grupos de causas de atención según ciclo vital, donde se completa 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 2015, la variación de los porcentajes de atención se da en poco valor (-3 y 2 puntos porcentuales), en la primera 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 causas 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 2014 en 2015, y en las mujeres, la mayor variación se da en la captación de enfermedades no trasmisibles 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 63: Total, porcentual de causas de morbilidad en población general según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2015 a 2014), Quindío 2009 – 2015.



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,03	43,50	39,54	41,69	41,08	38,46	38,14	-0,32
	Condiciones perinatales	1,93	1,51	1,42	1,59	1,34	1,75	1,80	0,05
	Enfermedades no transmisibles	33,91	32,08	34,61	34,09	33,83	35,76	37,69	1,93
	Lesiones	6,38	6,28	7,27	6,62	7,63	7,64	7,09	-0,55
	Condiciones mal clasificadas	15,76	16,63	17,15	16,01	16,13	16,39	15,28	-1,11
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,19	34,26	29,07	27,22	28,63	27,83	28,03	0,21
	Condiciones maternas	0,05	0,09	0,07	0,03	0,09	0,08	0,14	0,06
	Enfermedades no transmisibles	43,55	42,76	47,06	50,35	47,46	46,90	49,44	2,54
	Lesiones	7,27	6,95	8,02	7,86	8,21	8,56	7,37	-1,18
	Condiciones mal clasificadas	14,95	15,93	15,78	14,54	15,61	16,63	15,01	-1,62
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26,43	27,31	21,21	20,51	21,01	20,46	21,68	1,23
	Condiciones maternas	2,76	2,53	2,37	2,14	2,11	2,33	2,11	-0,22
	Enfermedades no transmisibles	48,15	47,07	51,06	53,81	50,58	50,32	51,26	0,94
	Lesiones	7,66	7,56	8,70	8,50	9,45	10,04	9,15	-0,90
	Condiciones mal clasificadas	14,99	15,54	16,66	15,04	16,85	16,86	15,80	-1,06
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,80	25,33	20,68	20,05	20,31	19,99	21,23	1,25
	Condiciones maternas	4,89	4,09	4,35	4,00	4,19	4,40	4,09	-0,31
	Enfermedades no transmisibles	47,37	47,27	49,96	52,47	49,34	48,10	48,67	0,57
	Lesiones	7,64	7,81	8,61	8,40	9,31	10,80	10,32	-0,49
	Condiciones mal clasificadas	15,30	15,49	16,40	15,09	16,85	16,70	15,69	-1,01
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,06	20,95	17,62	17,30	18,22	17,29	18,61	1,32
	Condiciones maternas	1,33	1,10	1,13	1,19	1,31	1,30	1,26	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	53,73	55,37	58,34	59,37	55,91	56,63	55,65	-0,98
	Lesiones	6,86	7,11	7,50	7,49	8,09	8,86	8,42	-0,44
	Condiciones mal clasificadas	17,02	15,47	15,40	14,66	16,46	15,92	16,06	0,14
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,24	16,66	13,04	12,79	13,49	12,74	14,00	1,26
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,03	0,00	0,01	0,02	0,02	0,00
	Enfermedades no transmisibles	60,60	62,18	66,58	66,26	63,42	64,60	63,88	-0,72
	Lesiones	6,69	6,39	6,42	6,45	7,26	7,18	6,65	-0,53
	Condiciones mal clasificadas	17,45	14,75	13,94	14,49	15,82	15,45	15,44	0,01

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social.



Tabla 64: Total, porcentual de causas de morbilidad en hombres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2015 a 2014), Quindío 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	41,74	43,14	39,38	41,70	40,88	38,49	37,89	-0,60
	Condiciones perinatales	1,99	1,65	1,52	1,67	1,52	1,87	1,91	0,05
	Enfermedades no transmisibles	33,71	31,93	34,63	33,49	33,59	35,11	37,54	2,42
	Lesiones	6,99	6,96	7,99	7,22	8,22	8,54	7,65	-0,89
	Condiciones mal clasificadas	15,57	16,33	16,47	15,91	15,79	15,99	15,01	-0,98
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33,76	33,85	28,30	26,81	28,20	27,85	28,15	0,30
	Condiciones maternas	0,07	0,07	0,08	0,04	0,08	0,10	0,15	0,04
	Enfermedades no transmisibles	43,08	42,18	46,97	49,90	46,93	46,00	48,56	2,55
	Lesiones	8,51	8,39	9,54	9,30	9,63	10,07	8,80	-1,26
	Condiciones mal clasificadas	14,57	15,51	15,11	13,95	15,16	15,98	14,35	-1,63
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,28	29,12	22,18	21,27	22,06	21,53	23,01	1,48
	Condiciones maternas	0,09	0,09	0,05	0,02	0,08	0,04	0,04	0,01
	Enfermedades no transmisibles	46,10	44,96	50,06	52,54	49,49	49,13	50,27	1,14
	Lesiones	11,14	11,11	13,04	12,51	13,85	14,65	12,91	-1,73
	Condiciones mal clasificadas	14,38	14,72	14,67	13,66	14,52	14,65	13,76	-0,89
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27,03	27,49	22,04	21,51	21,85	21,56	22,94	1,38
	Condiciones maternas	0,16	0,20	0,11	0,08	0,10	0,11	0,11	0,00
	Enfermedades no transmisibles	46,16	45,37	49,43	51,72	48,87	46,65	47,18	0,53
	Lesiones	12,83	12,93	14,58	13,86	15,30	17,85	16,76	-1,09
	Condiciones mal clasificadas	13,81	14,01	13,85	12,83	13,88	13,83	13,02	-0,81
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,54	21,72	18,24	17,84	19,10	18,31	19,63	1,32
	Condiciones maternas	0,01	0,02	0,02	0,01	0,02	0,02	0,05	0,03
	Enfermedades no transmisibles	52,79	53,43	56,68	58,36	54,67	54,22	53,31	-0,91
	Lesiones	10,30	10,88	11,49	10,87	12,14	13,68	12,87	-0,81
	Condiciones mal clasificadas	15,36	13,95	13,57	12,91	14,07	13,77	14,14	0,37
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,76	16,20	12,57	12,08	12,97	12,57	13,47	0,90
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,02	0,00	0,00	0,02	0,00	-0,02
	Enfermedades no transmisibles	60,69	62,26	66,12	66,56	63,69	64,05	63,79	-0,26
	Lesiones	6,94	6,89	6,97	6,80	7,61	7,89	7,37	-0,52
	Condiciones mal clasificadas	17,61	14,64	14,32	14,56	15,72	15,47	15,37	-0,11

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social.



Tabla 65: Total, porcentual de causas de morbilidad en mujeres, según ciclo vital, cambio en puntos porcentuales (2015 a 2014), Quindío 2009 – 2015.

		Mujeres							
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ pp 2015-2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	42,35	43,90	39,71	41,68	41,30	43,79	38,43	-5,37
	Condiciones perinatales	1,85	1,37	1,30	1,51	1,14	1,84	1,67	-0,17
	Enfermedades no transmisibles	34,12	32,24	34,60	34,75	34,09	41,55	37,86	-3,68
	Lesiones	5,71	5,54	6,50	5,95	6,98	7,57	6,46	-1,11
	Condiciones mal clasificadas	15,97	16,96	17,89	16,11	16,49	19,18	15,58	-3,60
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34,64	34,70	29,91	27,68	29,09	27,81	27,91	0,11
	Condiciones maternas	0,03	0,11	0,05	0,02	0,10	0,06	0,13	0,07
	Enfermedades no transmisibles	44,05	43,40	47,17	50,84	48,03	47,84	50,40	2,56
	Lesiones	5,95	5,39	6,38	6,28	6,68	6,98	5,82	-1,16
	Condiciones mal clasificadas	15,34	16,40	16,49	15,19	16,10	17,31	15,73	-1,58
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	25,06	25,93	20,48	19,93	20,20	19,61	20,64	1,03
	Condiciones maternas	4,74	4,39	4,12	3,76	3,68	4,13	3,73	-0,40
	Enfermedades no transmisibles	49,67	48,68	51,81	54,79	51,43	51,26	52,04	0,78
	Lesiones	5,09	4,84	5,45	5,44	6,03	6,41	6,19	-0,22
	Condiciones mal clasificadas	15,44	16,17	18,14	16,09	18,65	18,59	17,40	-1,20
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,54	24,00	19,88	19,15	19,36	18,96	20,14	1,18
	Condiciones maternas	7,57	6,50	6,85	6,40	6,71	7,21	6,64	-0,57
	Enfermedades no transmisibles	48,06	48,45	50,27	52,93	49,63	49,06	49,63	0,57
	Lesiones	4,70	4,65	5,10	5,05	5,62	6,20	6,19	-0,01
	Condiciones mal clasificadas	16,14	16,40	17,90	16,47	18,68	18,58	17,41	-1,17
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,78	20,51	17,27	16,99	17,69	16,66	17,99	1,33
	Condiciones maternas	2,09	1,73	1,77	1,88	2,09	2,10	2,00	-0,09
	Enfermedades no transmisibles	54,28	56,49	59,28	59,96	56,67	58,12	57,07	-1,04
	Lesiones	4,85	4,92	5,23	5,49	5,64	5,88	5,71	-0,17
	Condiciones mal clasificadas	18,00	16,36	16,45	15,68	17,91	17,25	17,23	-0,02
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15,59	16,99	13,37	13,30	13,87	12,87	14,40	1,53
	Condiciones maternas	0,02	0,03	0,03	0,00	0,01	0,02	0,03	0,01
	Enfermedades no transmisibles	60,53	62,12	66,91	66,05	63,22	65,02	63,95	-1,07
	Lesiones	6,52	6,03	6,02	6,21	7,01	6,66	6,12	-0,54
	Condiciones mal clasificadas	17,34	14,82	13,67	14,44	15,89	15,43	15,50	0,07



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.1.4.1 MORBILIDAD PRIMERA INFANCIA (0 A 5 años)

En el Departamento del Quindío para el año 2015 en el grupo de edad 0 a 5 años, se reportan según los grandes grupos de causas, 28.960 consultas, encontrando el siguiente comportamiento:

Las condiciones transmisibles presentan el mayor comportamiento, entre los grandes grupos de causas para la población de 0 a 5 años, siendo las Infecciones respiratorias las de mayor comportamiento con el 23.20%, las enfermedades infecciosas y parasitarias, muestran también un comportamiento elevado con el 18,9%, los déficits nutricionales alcanzan el 12.98%.

Entre los comportamientos de interés se encuentra dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles las condiciones orales, donde la caries muestra el mayor comportamiento con el 11,26%.

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, su peso porcentual adopta una proporción muy dominante en el perfil (39%) en este grupo de edad.

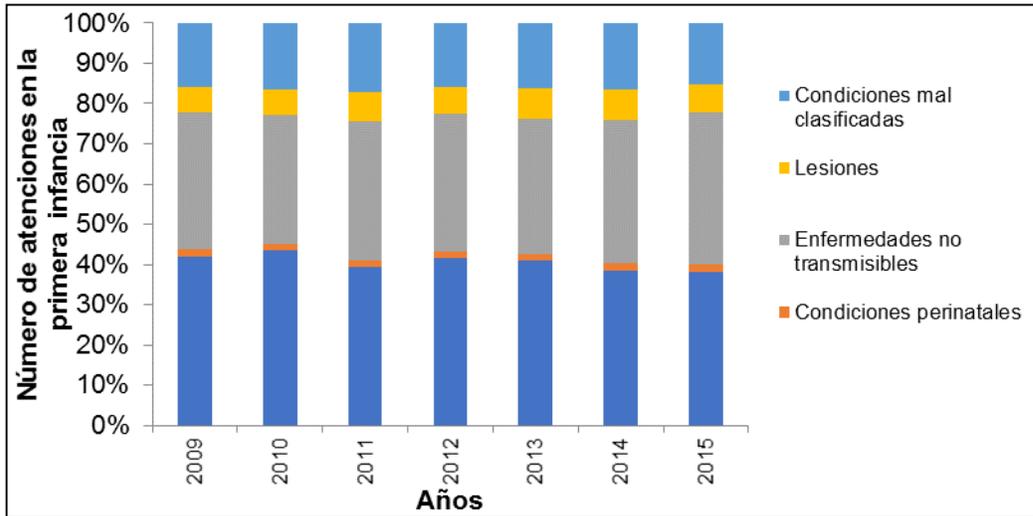


Figura 46: Morbilidad atendida en la primera infancia, Quindío, 2009 – 2015.

3.1.4.2 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA INFANCIA (6 a 11 años)

El departamento del Quindío, para la vigencia 2015, presenta para los menores de 6 a 11 años de edad el siguiente comportamiento relacionado con la morbilidad medida, según los grandes grupos de causas que concentran 298 causas, con un total de 25.144 consultas:

El mayor comportamiento se encuentra en el grupo de las enfermedades no transmisibles, donde las condiciones orales, en especial la caries muestra el comportamiento más importante para este grupo etario con 5.647 registros, representando el 22.45%

En segundo lugar, se ubican las enfermedades infecciosas y parasitarias, mostrando un incremento importante en relación a la vigencia anterior con un 17%, en tercer lugar, se ubican las infecciones respiratorias agudas con una leve disminución en el comportamiento con un 11.7%.



En el cuarto lugar se encuentran las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 8.79% y en quinto lugar las condiciones neuropsiquiátricas con el 6.33%.



Es importante además mencionar las enfermedades respiratorias, clasificadas como no transmisibles, en las que la rinitis cumple un papel importante y finalmente los traumatismos, envenenamientos o alguna otra consecuencia de causa externa.

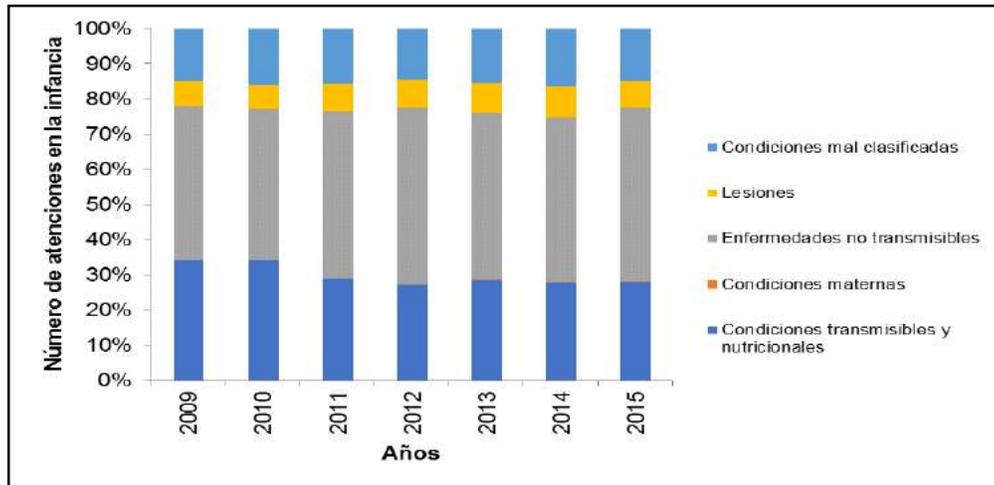


Figura 47: Morbilidad atendida en la Infancia, Quindío, 2009 – 2015.

3.1.4.3 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADOLESCENCIA (12 a 18 años)

En Quindío para el año 2015 en el grupo de edad de 12 a 18 años, se reportan, según las 298 causas un total de 31.404 consultas externas, las cuales aportan una medición de morbilidad para este grupo poblacional que muestra el siguiente comportamiento:

Como primera causa de morbilidad, se encuentran las condiciones orales, con un 19.44%, seguido de las enfermedades infecciosas y parasitarias, que concentran el 15.32%, el tercer lugar lo ocupan las condiciones neuropsiquiátricas con el 8.70%, en cuarto lugar, las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 7.87% y en quinto lugar las enfermedades respiratorias agudas 6.99%.



En su orden se continúan situaciones con comportamientos importantes que es importante exponer, en su orden Enfermedades de los órganos genitourinarios y los traumatismos, envenenamiento y consecuencias de causas externas.

En menor proporción se encuentran situaciones como las relacionadas con la condición materna, que en este grupo refleja la situación del embarazo en adolescentes con un total de 635 consultas y finalmente en un porcentaje mucho más bajo con el 0.17% (55 consultas) se encuentran las lesiones autoinflingidas.

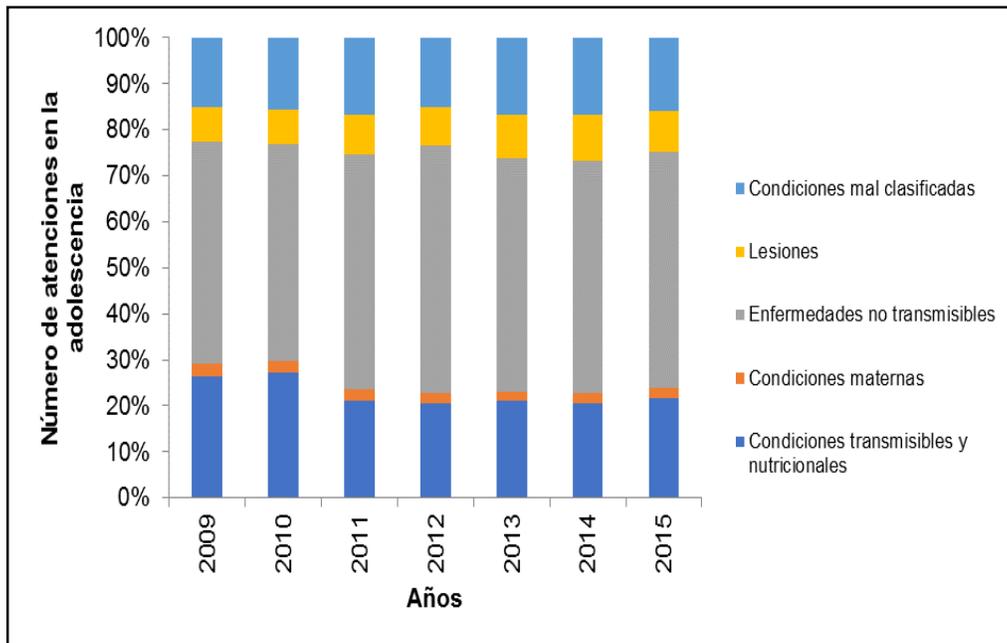


Figura 48: Morbilidad atendida en la Adolescencia, Quindío, 2009 – 2015.

3.1.4.4 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA JUVENTUD (14 a 26 años)

Para el 2015, el departamento del Quindío muestra el siguiente comportamiento, relacionado con la morbilidad en la población de 14 a 26 años de edad, por medio del análisis de 62.637 consultas.

La primer causa de morbilidad para este grupo etario, se encuentra en las condiciones orales con el 16.85%, seguido de las enfermedades infecciosas y parasitarias, con un porcentaje del 15.53%, en el tercer lugar se



ubican los traumatismos, envenenamientos y consecuencias de causas externas con el 9.40%, en el cuarto lugar, las enfermedades genitourinarias 9.51%, y en el quinto lugar las condiciones Neuropsiquiátricas 7.57%

En su orden, continúan situaciones importantes como las enfermedades de los órganos de los sentidos 7.11%, en menor proporción las condiciones maternas con el 3.9% y como situación de interés se muestra un número importante de 465 consultas por lesiones de tipo intencional.

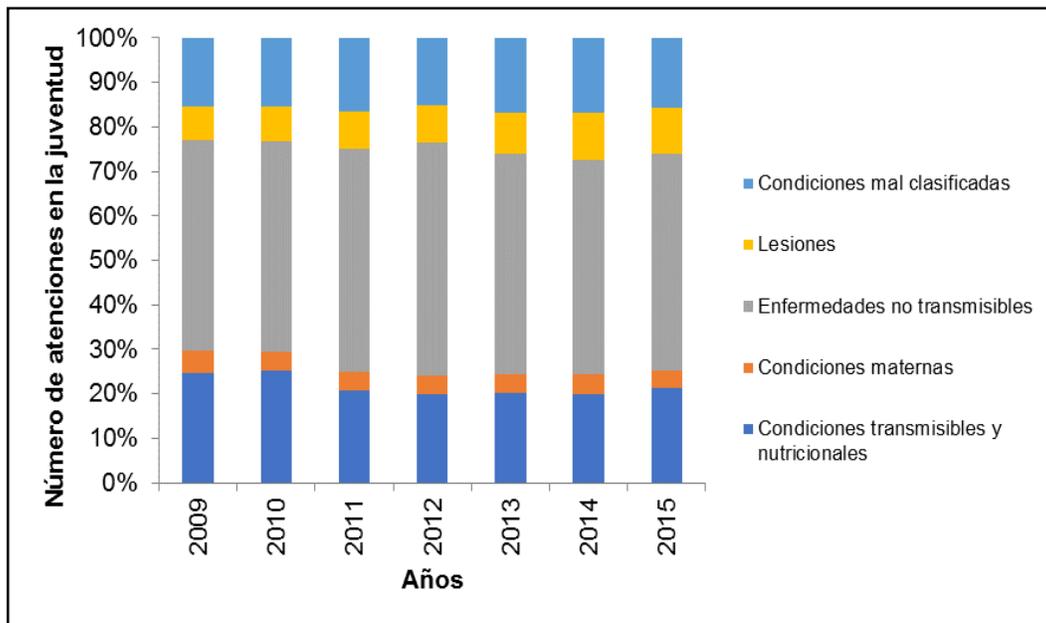


Figura 49: Morbilidad atendida en la Juventud, Quindío, 2009 – 2015.

3.1.4.5 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADULTEZ (27 a 59 años)

Para el 2015, se analiza un total de 174.868 registros de consulta, correspondiente al grupo de 27 a 59 años de edad, encontrando el siguiente comportamiento:

1. Condiciones orales 12.68%
2. Enfermedades musculo esqueléticas 11.55%
3. Enfermedades Infecciosas y parasitarias 10.48%



- 4. Enfermedades genitourinarias 8.84%
- 5. Enfermedades cardiovasculares 7.63%

Se encuentran otros eventos que, por su comportamiento elevado, revisten interés, los cuales se listan en su orden a continuación. Enfermedades de los órganos de los sentidos, Traumatismos, envenenamientos, y consecuencias de causas externas, enfermedades respiratorias agudas.

Se informa un 0.96% relacionadas con las condiciones maternas y el embarazo y 72 registros de lesiones intencionales.

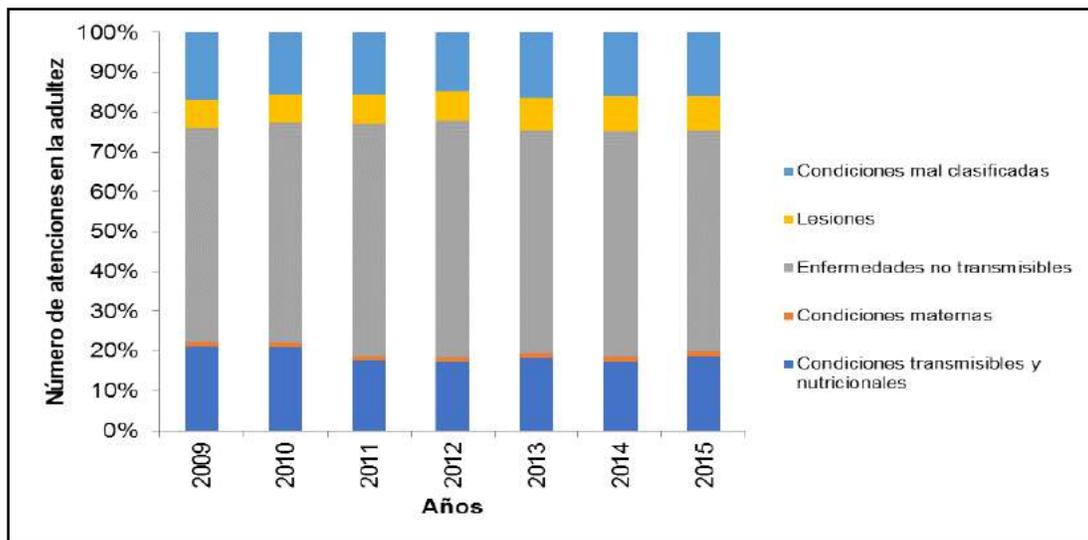


Figura 50: Morbilidad atendida en la Adulthood, Quindío, 2009 – 2015.

3.1.4.6 MORBILIDAD EN PERSONA MAYOR (mayor de 60 años)

Se analizan en total 82.800 consultas en población de 60 años y más para la vigencia 2015, encontrando el siguiente comportamiento:

- 1. Enfermedades cardiovasculares con el 23.26%
- 2. Enfermedades musculo esquelitas 11.02%



- 3. Enfermedades genitourinarias 6.76%
- 4. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias 6.06%
- 5. Enfermedades digestivas 5.41%

Entre las demás situaciones de interés para este rango etario, se encuentra la Diabetes Mellitus, las enfermedades Respiratorias Agudas y los traumatismos por causas externas.

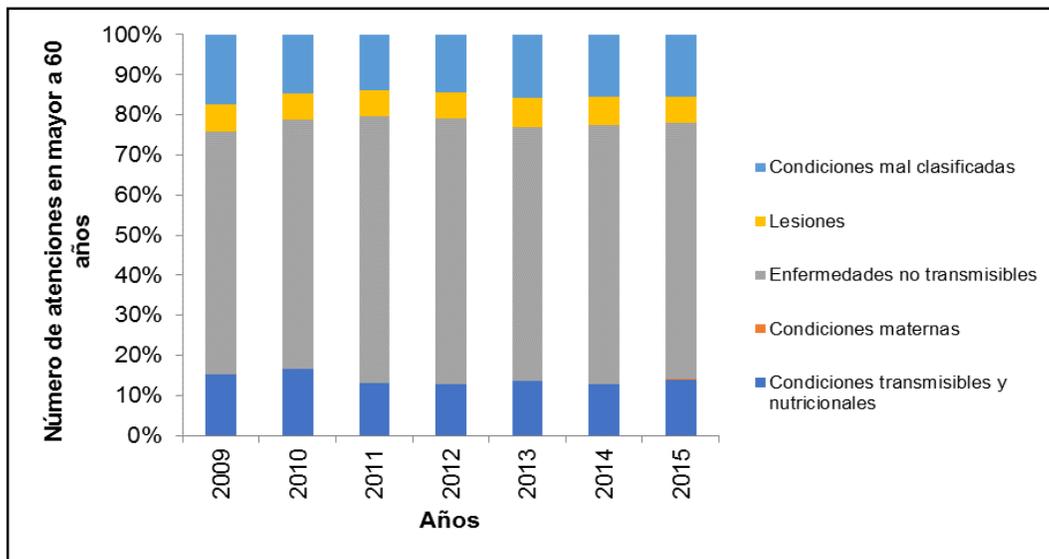


Figura 51: Morbilidad en persona mayor de 60 años, Quindío, 2015.

3.1.4.7 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 2014 – 2015, observando el reporte histórico desde 2009.

3.1.4.8 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 66**, 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 un 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 (3.681 atenciones) o 11.27% adicional.

Tabla 66: Total, personas atendidas primera infancia, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	11.982	15.553	13.220	10.250	12.554	12.555	11.046	87.160	40,65
Condiciones perinatales	549	541	474	391	410	570	521	3.456	1,61
Enfermedades no transmisibles	9.666	11.468	11.572	8.381	10.337	11.672	10.915	74.011	34,51
Lesiones	1.819	2.245	2.432	1.627	2.331	2.493	2.053	15.000	6,99
Condiciones mal clasificadas	4.493	5.945	5.735	3.935	4.928	5.351	4.425	34.812	16,23
Total	28.509	35.752	33.433	24.584	30.560	32.641	28.960	214.439	100,00

3.1.4.9 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 67**, 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 el 2015 respecto al 2014 (1.530 menos atenciones) o -6.05% adicional.

Tabla 67: Total, personas atendidas infancia, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	7.828	10.273	7.997	5.981	8.057	7.035	6.658	53.829	29,98
Condiciones maternas	11	27	19	7	25	21	33	143	0,08
Enfermedades no transmisibles	9.972	12.822	12.946	11.063	13.356	11.856	11.742	83.757	46,65
Lesiones	1.664	2.085	2.205	1.727	2.309	2.163	1.751	13.904	7,74
Condiciones mal clasificadas	3.422	4.778	4.340	3.195	4.393	4.204	3.565	27.897	15,54
Total	22.897	29.985	27.507	21.973	28.140	25.279	23.749	179.530	100,00

3.1.4.10 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 68**, la proporción de las enfermedades no trasmisibles entre los dos años de análisis, (52% y 51% respectivamente), solo han cambiado en menos de 1.784 actividades; con respecto a las



enfermedades trasmisibles 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 un aumento de demanda de servicios en 2014 respecto a 2015 (4.122 menos atenciones) o 11.8% adicional.

Tabla 68: Total personas atendidas adolescencia, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	6.925	10.138	7.408	5.899	7.478	7.129	6.663	51.640	22,64
Condiciones maternas	714	924	822	613	738	805	642	5.258	2,30
Enfermedades no transmisibles	12.616	17.473	17.836	15.479	18.001	17.536	15.752	114.693	50,28
Lesiones	2.008	2.805	3.039	2.445	3.362	3.499	2.810	19.968	8,75
Condiciones mal clasificadas	3.928	5.769	5.818	4.325	5.995	5.874	4.854	36.563	16,03
Total	26.191	37.109	34.923	28.761	35.574	34.843	30.721	228.122	100,00

3.1.4.11 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 69, la proporción de las lesiones entre los dos años de análisis, solo han cambiado en menos de 1145 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 2015 respecto a 2014 (7.810 menos atenciones) o 11.2% adicional.



Tabla 69: Total, personas atendidas en la juventud, Quindío 2009 – 2015

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	12.205	16.719	12.103	10.616	14.203	13.858	13.063	92.767	21,71
Condiciones maternas	2.377	2.652	2.523	2.102	2.906	3.021	2.488	18.069	4,23
Enfermedades no transmisibles	23.312	31.198	29.240	27.789	34.512	33.355	29.945	209.351	48,99
Lesiones	3.761	5.157	5.039	4.447	6.510	7.492	6.347	38.753	9,07
Condiciones mal clasificadas	7.527	10.220	9.598	7.990	11.788	11.583	9.656	68.362	16,00
Total	49.182	65.946	58.503	52.944	69.919	69.309	61.499	427.302	100,00

3.1.4.12 ADULTEZ

En la adultez, se evidencia que las Condiciones transmisibles y nutricionales y las enfermedades no transmisibles, 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.

Al establecer diferencias en el comportamiento total, hay una disminución de demanda de servicios importante para la vigencia 2015, en relación al 2014 de 14.902 registros correspondiente al 9.79%.

Tabla 70: Total, personas atendidas adultez, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	23.020	28.785	23.964	21.779	28.199	26.308	25.545	177.600	18,64



Condiciones maternas	1.444	1.502	1.532	1.488	2.020	1.970	1.709	11.665	1,22
Enfermedades no transmisibles	58.739	76.055	79.326	74.726	86.535	86.171	76.393	537.945	56,47
Lesiones	7.501	9.765	10.203	9.425	12.521	13.479	11.559	74.453	7,82
Condiciones mal clasificadas	18.612	21.252	20.945	18.448	25.476	24.228	22.048	151.009	15,85
Total	109.316	137.359	135.970	125.866	154.751	152.156	137.254	952.672	100,00



3.1.4.13 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.

Se evidencia una disminución importante en consultas para el 2015, con una diferencia respecto al 2014 de 9.300 registros, correspondiendo al 14.53% de disminución.

Tabla 71: Total personas atendidas persona mayor, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	5.270	8.654	7.517	6.880	8.633	8.153	7.657	52.764	13,86
Condiciones maternas	4	10	10	0	5	9	10	48	0,01
Enfermedades no transmisibles	20.950	32.304	38.391	35.632	40.587	41.336	34.930	244.130	64,14
Lesiones	2.314	3.322	3.699	3.470	4.649	4.595	3.638	25.687	6,75
Condiciones mal clasificadas	6.032	7.661	8.036	7.792	10.123	9.886	8.444	57.974	15,23
Total	34.570	51.951	57.653	53.774	63.997	63.979	54.679	380.603	100,00

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 72:**



- La demanda de servicios en atenciones dadas a la población de Quindío ha disminuido en forma importante en un 10.93% entre el año 2014 al 2015.
- 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 72: Total, atenciones por ciclo de vida, Quindío 2009 – 2015.

Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2009-2015	% 2009-2015
Condiciones transmisibles y nutricionales	67.230	90.122	72.209	61.405	79.124	75.038	70.632	515.760	21,65
Condiciones maternas	5.099	5.656	5.380	4.601	6.104	6.396	5.403	38.639	1,62
Enfermedades no transmisibles	135.255	181.320	189.311	173.070	203.328	201.926	179.677	1.263.887	53,05
Lesiones	19.067	25.379	26.617	23.141	31.682	33.721	28.158	187.765	7,88
Condiciones mal clasificadas	44.014	55.625	54.472	45.685	62.703	61.126	52.992	376.617	15,81
Total	270.665	358.102	347.989	307.902	382.941	378.207	336.862	2.382.668	100,00

3.1.5 MORBILIDAD POR SUBGRUPOS DE CAUSAS EN LOS CICLOS VITALES

3.1.5.1 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 73**.



Con relación a los cambios (variación puntos porcentuales entre 2014/2015), algunas consideraciones generales:

203

- 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 estas demandas de servicios por estas enfermedades permanecen estáticas.

Tabla 73: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2015.



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
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	42,90	1,66
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,88	54,51	56,93	57,92	57,09	55,32	53,22	-2,10
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,90	3,36	3,83	4,10	3,65	3,45	3,88	0,43
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	57,40	7,19
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,41	43,61	46,99	49,47	48,48	47,02	39,48	-7,54
	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	3,13	0,35
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	66,80	11,30
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,88	39,97	43,78	46,97	44,38	41,51	30,50	-14,02
	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	2,71	-0,29
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	68,40	10,97
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,03	40,06	44,47	45,77	42,84	40,36	29,78	-10,58
	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	1,83	-0,39
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	65,32	9,90
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,17	41,79	47,56	49,60	44,17	42,68	33,16	-9,52
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,71	1,66	2,02	2,14	2,04	1,89	1,51	-0,37
Persona mayor (Mayores de 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	59,86	9,20
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,06	45,13	50,88	49,80	47,71	45,57	37,13	-8,43
	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	3,00	-0,77



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	41,26	42,13	38,59	37,77	39,30	41,52	42,77	1,25
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,17	55,02	57,89	58,40	57,28	55,12	53,40	-1,72
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,57	2,84	3,52	3,83	3,42	3,37	3,84	0,47
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	47,84	54,14	50,01	47,38	49,27	49,29	58,32	9,04
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,02	43,48	46,89	49,41	47,99	48,03	38,56	-9,47
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,14	2,38	3,10	3,21	2,75	2,69	3,12	0,43
Adolescencia (12 - 18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	50,98	59,35	54,40	49,93	53,53	57,38	66,99	9,61
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,44	39,11	43,53	47,28	44,13	40,14	30,92	-9,22
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,58	1,54	2,07	2,79	2,34	2,48	2,09	-0,39
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	52,32	59,80	54,23	51,92	56,81	59,05	70,50	11,46
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,15	39,32	44,68	46,61	42,06	39,60	28,58	-11,02
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,53	0,88	1,09	1,47	1,13	1,35	0,92	-0,43
Adulthood (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	54,63	61,18	55,36	53,27	57,81	59,93	68,83	8,90
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	44,54	38,28	44,13	46,13	41,60	39,67	30,70	-8,97
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,84	0,54	0,50	0,60	0,59	0,40	0,47	0,06
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49,40	54,13	48,59	48,22	51,06	52,36	61,16	8,80
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	46,72	44,26	48,81	47,95	45,96	44,27	36,42	-7,85
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,88	1,61	2,60	3,83	2,98	3,37	2,42	-0,95



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	41,17	42,14	39,94	38,21	39,22	40,73	40,73	0,00
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,57	53,96	55,89	57,39	56,88	55,26	55,26	0,00
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,26	3,91	4,17	4,40	3,90	4,00	4,00	0,00
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	46,80	53,73	49,86	47,52	47,82	51,18	56,40	5,22
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,81	43,75	47,09	49,55	48,99	45,95	40,47	-5,48
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,39	2,53	3,04	2,93	3,20	2,87	3,13	0,26
Adolescencia (12 - 18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,35	56,04	51,84	48,64	52,09	53,86	66,62	12,77
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,24	40,70	43,97	46,72	44,59	42,71	30,13	-12,57
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,41	3,26	4,19	4,64	3,32	3,44	3,24	-0,20
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49,88	56,49	52,30	51,07	53,95	56,23	66,86	10,64
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	45,96	40,59	44,33	45,19	43,38	40,92	30,65	-10,27
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,16	2,93	3,37	3,74	2,67	2,85	2,49	-0,36
Adulthood (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49,03	53,78	47,48	45,19	51,18	52,41	63,02	10,61
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,14	43,90	49,60	51,73	45,83	44,70	34,78	-9,92
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,82	2,32	2,92	3,08	2,98	2,88	2,20	-0,68
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	48,56	51,73	44,61	44,98	47,11	49,43	58,96	9,53
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,29	45,72	52,27	50,99	48,91	46,51	37,63	-8,88
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	4,16	2,55	3,12	4,03	3,98	4,06	3,41	-0,65



Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

3.1.5.2 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 2014 a 2015 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%, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Tabla 74: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2015.



		Total							
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ pp 2015-2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	2,17	3,14	1,90	0,00	0,98	1,58	1,53	-0,04
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	97,83	96,86	98,10	100,00	99,02	98,42	98,47	0,04
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	66,67	17,65	71,43	0,00	46,15	12,50	40,00	27,50
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	33,33	82,35	28,57	100,00	53,85	87,50	60,00	-27,50
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	98,47	98,71	96,89	100,00	97,87	96,48	98,30	1,82
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,53	1,29	3,11	0,00	2,13	3,52	1,70	-1,82
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	98,29	98,21	97,78	99,90	98,24	96,81	98,68	1,88
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,71	1,79	2,22	0,10	1,76	3,19	1,32	-1,88
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97,20	96,98	97,05	100,00	98,05	97,60	98,32	0,72
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	2,80	3,02	2,95	0,00	1,95	2,40	1,68	-0,72
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	75,00	50,00	40,00	#DIV/0!	80,00	77,78	40,00	-37,78
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	25,00	50,00	60,00	#DIV/0!	20,00	22,22	60,00	37,78

		Hombres							
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ pp 2015-2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0,00	0,65	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	100,00	99,35	99,62	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	4,72	6,38	3,83	0,00	2,40	3,68	3,68	0,00
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	95,28	93,62	96,17	100,00	97,60	96,32	96,32	0,00
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	66,67	17,65	71,43	0,00	46,15	12,50	40,00	27,50
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	33,33	82,35	28,57	100,00	53,85	87,50	60,00	-27,50
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	98,47	98,71	96,89	100,00	97,87	96,48	98,30	1,82
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,53	1,29	3,11	0,00	2,13	3,52	1,70	-1,82
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	98,29	98,21	97,78	99,90	98,24	96,81	98,68	1,88
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1,71	1,79	2,22	0,10	1,76	3,19	1,32	-1,88
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97,20	96,98	97,05	100,00	98,05	97,60	98,32	0,72
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	2,80	3,02	2,95	0,00	1,95	2,40	1,68	-0,72
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	75,00	50,00	40,00	#¡DIV0!	80,00	77,78	40,00	-37,78
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	25,00	50,00	60,00	#¡DIV0!	20,00	22,22	60,00	37,78

3.1.5.3 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 75).



Tabla 75: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Quindío 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,36	0,45	0,34	0,37	0,43	0,58	0,47	-0,11
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,36	0,42	0,53	0,65	0,52	0,47	0,50	0,03
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,09	0,10	0,07	0,08	0,05	0,04	0,02	-0,02
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,82	2,01	2,07	2,58	2,71	2,92	2,73	-0,19
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06- G98)	3,30	4,13	3,93	4,62	4,87	5,30	5,13	-0,16
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,72	9,88	9,35	11,31	10,48	10,26	9,89	-0,37
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,69	0,54	0,75	0,54	0,66	0,65	0,64	-0,01
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	17,27	15,67	16,52	18,57	16,62	13,36	13,19	-0,17
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,96	8,65	8,60	9,43	7,98	7,97	7,37	-0,60
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75- N98)	8,76	9,03	9,04	10,09	9,31	8,70	7,44	-1,26
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	17,02	16,31	14,80	16,63	16,40	14,49	12,80	-1,69
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00- M99)	6,53	6,37	6,25	6,81	6,81	6,55	6,74	0,18
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	10,81	7,95	9,14	11,55	10,68	10,09	9,78	-0,31
	Condiciones orales (K00-K14)	13,32	18,49	18,61	6,77	12,49	18,63	23,31	4,68



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5años)	P+8:37rimera infancia (0 - 5años)	0,39	0,43	0,39	0,36	0,50	0,61	0,47	-0,14
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,38	0,41	0,42	0,64	0,49	0,48	0,49	0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,11	0,14	0,07	0,08	0,06	0,07	0,02	0,05
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,09	1,79	1,96	2,80	2,57	3,23	2,77	0,45
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06- G98)	3,75	4,69	4,26	5,20	5,51	6,21	5,94	0,27
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,09	9,68	9,22	11,24	10,70	10,15	9,93	0,22
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,62	0,48	0,84	0,68	0,78	0,67	0,61	0,05
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	18,54	17,19	17,80	20,24	17,63	14,34	13,95	0,39
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,43	8,60	8,29	8,78	7,86	7,87	7,82	0,05
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75- N98)		8,81	9,62	10,19	8,99	8,52	7,28	1,24
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	17,25	16,31	14,65	16,03	16,14	14,56	12,25	2,31
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00- M99)	6,17	6,18	6,10	6,93	7,04	6,52	6,60	0,08
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	9,37	6,68	7,71	10,00	9,12	8,54	8,62	0,07
	Condiciones orales (K00-K14)	13,43	18,62	18,66	6,83	12,60	18,23	23,23	5,00

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,31	0,48	0,28	0,39	0,35	0,41	0,41	0,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,33	0,44	0,65	0,66	0,56	0,51	0,51	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,07	0,05	0,06	0,07	0,03	0,04	0,04	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	1,52	2,24	2,19	2,35	2,86	2,36	2,36	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06- G98)	2,79	3,51	3,57	4,01	4,18	3,81	3,81	0,00
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,33	10,09	9,48	11,39	10,24	10,20	10,20	0,00
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,76	0,60	0,65	0,39	0,52	0,61	0,61	0,00
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	15,86	14,03	15,13	16,80	15,52	14,45	14,45	0,00
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,55	8,70	8,93	10,12	8,10	8,56	8,56	0,00
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75- N98)	9,18	9,28	8,41	9,98	9,65	8,96	8,96	0,00
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	16,77	16,32	14,97	17,25	16,69	15,60	15,60	0,00
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00- M99)	6,94	6,57	6,42	6,68	6,56	6,65	6,65	0,00
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	12,40	9,32	10,70	13,19	12,37	11,46	11,46	0,00
	Condiciones orales (K00-K14)	13,19	18,36	18,56	6,70	12,37	16,39	16,39	0,00



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 2014 a 2015.



Tabla 76: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la infancia, Quindío 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,46	0,35	0,42	0,37	0,44	0,38	0,44	0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,35	0,47	0,30	0,38	0,41	0,47	0,53	0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,17	0,23	0,13	0,16	0,16	0,15	0,16	0,00
	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	4,17	0,16
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,20	8,14	7,48	9,14	9,65	10,05	10,00	-0,05
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	15,56	13,99	11,99	12,48	14,05	15,27	13,90	-1,37
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,65	0,58	0,68	0,63	0,65	0,88	0,71	-0,17
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	12,87	11,46	12,35	11,62	10,87	10,30	9,14	-1,17
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,81	5,04	5,38	5,06	5,14	4,80	4,91	0,11
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,75	6,95	6,51	6,26	5,93	6,10	5,45	-0,65
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,58	8,99	9,01	7,97	7,95	8,28	6,31	-1,97
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	6,23	5,55	5,93	5,80	6,06	6,44	5,92	-0,51
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2,02	1,76	1,91	2,40	2,48	2,69	2,88	0,18
	Condiciones orales (K00-K14)	28,71	33,26	34,15	33,89	32,27	30,16	35,48	5,32



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,49	0,33	0,39	0,43	0,47	0,41	0,46	0,05
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,33	0,54	0,32	0,35	0,29	0,45	0,45	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,11	0,26	0,12	0,20	0,19	0,19	0,16	-0,02
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,27	2,89	3,25	3,51	3,31	3,29	3,73	0,44
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,34	9,67	8,97	11,20	11,50	12,26	12,37	0,10
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	15,00	13,35	11,27	11,32	13,07	14,20	12,80	-1,40
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,67	0,64	0,71	0,68	0,66	0,88	0,63	-0,25
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	14,97	13,54	13,95	13,43	12,26	11,92	10,41	-1,51
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	5,13	4,80	5,10	4,62	4,85	4,47	4,47	0,00
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	4,33	4,68	4,76	4,12	4,09	4,02	3,81	-0,21
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,41	8,49	8,58	7,76	7,67	7,98	5,90	-2,08
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	5,93	5,32	5,68	5,45	6,01	6,17	5,94	-0,23
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2,09	1,87	1,98	2,67	2,65	2,82	3,09	0,27
	Condiciones orales (K00-K14)	29,92	33,63	34,91	34,26	32,98	30,95	35,78	4,83

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,43	0,37	0,45	0,31	0,41	0,36	0,42	0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,37	0,40	0,27	0,40	0,53	0,49	0,62	0,13
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,22	0,20	0,14	0,13	0,13	0,12	0,15	0,03
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,05	3,64	4,30	4,19	4,57	4,74	4,62	-0,12
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,05	6,54	5,93	6,94	7,76	7,85	7,57	-0,28
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	16,12	14,65	12,75	13,73	15,07	16,33	15,02	-1,31
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,62	0,51	0,64	0,57	0,63	0,89	0,79	-0,10
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	10,76	9,29	10,67	9,68	9,43	8,70	7,83	-0,87
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	6,50	5,28	5,67	5,53	5,44	5,13	5,36	0,23
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9,18	9,32	8,34	8,55	7,83	8,16	7,13	-1,03
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	9,74	9,51	9,45	8,21	8,23	8,58	6,73	-1,84
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	6,53	5,79	6,19	6,17	6,11	6,71	5,91	-0,80
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,94	1,64	1,84	2,11	2,31	2,57	2,66	0,09
	Condiciones orales (K00-K14)	27,49	32,86	33,35	33,49	31,53	29,38	35,18	5,79

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 estos dos tipos de morbilidades, variando una consulta por cada cien vistas entre los dos años últimos 2014, 2015, **Tabla 77**.

Tabla 77: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Quindío 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015-2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,43	0,39	0,39	0,26	0,38	0,60	0,54	-0,06
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,54	0,47	0,55	0,73	0,82	0,88	0,89	0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,16	0,19	0,21	0,19	0,19	0,39	0,35	-0,03
	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	3,74	-0,38
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,58	10,44	9,81	10,65	11,84	12,86	12,55	-0,30
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	12,34	9,95	9,21	9,71	11,07	11,79	11,35	-0,44
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,23	1,22	1,22	1,22	1,29	1,59	1,43	-0,16
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,23	6,27	6,72	6,51	6,03	5,47	4,86	-0,61
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,28	8,32	8,07	7,53	7,76	7,28	6,99	-0,29
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,35	11,60	11,37	11,19	11,03	10,88	9,77	-1,12
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	11,40	11,22	10,84	10,56	10,17	9,86	8,65	-1,21
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	9,53	9,06	9,46	8,99	9,46	9,92	9,68	-0,24
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,61	0,78	0,80	0,92	1,24	1,14	1,17	0,02
	Condiciones orales (K00-K14)	22,01	26,06	27,00	26,49	24,28	23,20	28,03	4,83



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,53	0,51	0,48	0,31	0,40	0,69	0,54	0,16
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,57	0,43	0,68	0,79	0,87	0,92	1,02	0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,17	0,24	0,16	0,22	0,16	0,34	0,32	0,01
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,48	3,51	3,65	4,27	3,87	3,29	2,73	0,56
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,47	11,08	9,87	11,34	13,28	13,86	14,19	0,33
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,27	10,60	9,39	9,53	10,88	11,79	11,46	0,32
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,53	1,51	1,61	1,69	1,62	2,21	1,84	0,37
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	9,74	8,15	8,71	8,85	7,89	6,96	6,07	0,89
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,12	6,55	6,05	6,03	5,77	5,64	5,29	0,35
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	3,85	4,48	4,58	4,89	4,65	4,57	4,11	0,46
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	13,17	12,69	12,29	11,83	11,63	11,49	9,19	2,30
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	11,11	10,11	10,34	9,60	10,26	11,16	10,49	0,67
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,69	0,85	1,08	1,25	1,42	1,51	1,58	0,07
	Condiciones orales (K00-K14)	25,30	29,30	31,11	29,39	27,30	25,57	31,18	5,60

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,37	0,30	0,33	0,23	0,36	0,54	0,54	0,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,53	0,50	0,47	0,69	0,78	0,86	0,80	0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,15	0,17	0,24	0,17	0,21	0,42	0,37	0,05
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,84	4,38	4,81	5,53	4,83	4,70	4,45	0,25
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,65	10,04	9,77	10,20	10,86	12,16	11,41	0,75
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,77	9,54	9,10	9,83	11,20	11,80	11,27	0,53
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,04	1,03	0,96	0,92	1,07	1,16	1,14	0,02
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,70	5,08	5,41	4,98	4,79	4,44	4,02	0,42
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	10,60	9,43	9,40	8,52	9,10	8,42	8,18	0,24
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,94	16,10	15,87	15,33	15,31	15,26	13,71	1,55
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	10,31	10,30	9,89	9,73	9,18	8,73	8,28	0,45
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	8,56	8,39	8,88	8,58	8,93	9,06	9,12	0,06
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,56	0,74	0,61	0,70	1,11	0,89	0,88	0,01
	Condiciones orales (K00-K14)	19,99	24,01	24,28	24,60	22,25	21,56	25,84	4,28

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.



La **Tabla 78**, muestra en el análisis de la juventud, un predominio de las enfermedades genitourinarios y de los trastornos orales las mayores necesidades de atención, en 2015; 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 2014 a 2015.



Tabla 78: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Quindío 2009 – 2015.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,61	0,51	0,56	0,46	0,56	0,67	0,57	0,11
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,64	0,50	0,70	0,92	0,94	1,03	0,96	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,24	0,32	0,22	0,23	0,25	0,38	0,31	0,07
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,22	3,10	3,86	4,21	3,83	3,37	3,10	0,27
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,44	12,01	9,98	11,94	12,11	12,80	12,77	0,02
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,85	9,36	8,69	8,95	11,55	11,44	11,28	0,15
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2,49	2,32	2,22	2,44	2,58	3,00	2,72	0,28
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,22	6,38	6,29	6,24	5,45	5,31	4,43	0,88
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,09	8,76	7,38	7,93	7,82	7,65	7,20	0,45
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	4,90	5,81	5,63	6,04	5,93	6,09	5,77	0,32
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	13,03	11,86	12,25	11,41	11,54	11,50	9,55	1,95
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,43	12,57	12,36	11,48	11,82	13,24	13,39	0,15
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,40	0,59	0,56	0,67	0,94	0,78	0,83	0,05
	Condiciones orales (K00-K14)	23,41	25,90	29,30	27,09	24,67	22,75	27,12	4,37



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,41	0,26	0,27	0,29	0,31	0,45	0,53	0,08
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,73	0,61	0,59	0,74	0,85	0,97	0,92	0,04
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,20	0,18	0,21	0,21	0,21	0,35	0,30	0,06
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,96	5,07	5,38	6,23	5,77	5,57	5,31	0,26
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9,53	9,98	9,75	9,84	10,46	11,11	10,06	1,05
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,29	7,74	7,24	7,97	10,68	10,23	9,85	0,38
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,46	1,54	1,49	1,37	1,60	1,74	1,57	0,16
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,47	4,33	4,20	4,17	3,58	3,49	3,05	0,44
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	11,38	10,93	10,46	10,03	9,96	9,55	9,21	0,34
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	21,87	21,08	20,48	19,76	19,08	19,62	18,17	1,45
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,45	8,40	8,07	8,00	7,91	7,90	7,38	0,52
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	9,36	9,04	9,13	8,30	8,97	9,06	9,93	0,86
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,39	0,41	0,39	0,42	0,95	0,58	0,61	0,03
	Condiciones orales (K00-K14)	17,51	20,42	22,36	22,66	19,67	19,37	23,12	3,75

En las personas adultas, como se detalla en la **Tabla 79**, 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 grupo 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 79: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Quindío 2009 – 2015.



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adulthood (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,85	0,69	0,75	0,70	0,78	1,03	1,01	-0,02
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,48	1,31	1,26	1,54	1,69	1,82	1,77	-0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,74	1,90	2,18	2,00	1,89	2,21	2,27	0,06
	Desórdenes 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	8,70	-0,01
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,10	8,74	7,69	8,45	8,39	8,69	8,18	-0,51
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,09	7,49	6,66	7,39	8,64	9,38	9,22	-0,17
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	9,87	10,45	11,71	10,43	9,45	10,15	10,01	-0,15
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,32	3,58	3,11	3,32	2,82	2,70	2,61	-0,09
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,63	9,69	8,76	9,09	8,87	8,52	7,84	-0,68
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13,22	12,80	11,57	11,90	12,11	12,05	11,60	-0,46
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,92	5,43	5,11	4,89	5,34	5,25	4,72	-0,53
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15,33	15,11	15,15	14,16	14,73	14,87	15,16	0,29
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,20	0,21	0,20	0,24	0,49	0,30	0,31	0,01
	Condiciones orales (K00-K14)	13,08	14,60	17,00	16,30	15,54	14,31	16,63	2,31

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adulthood (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,93	0,75	0,74	0,69	0,75	0,94	0,96	0,02
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,93	0,84	0,87	1,13	1,15	1,31	1,11	-0,20
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,34	2,36	2,56	2,42	2,20	2,48	2,77	0,29
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,96	7,35	8,33	9,18	8,57	7,58	7,58	0,00
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,32	7,57	6,27	7,44	7,22	7,75	7,52	-0,23
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,10	9,24	8,21	8,40	9,95	10,43	10,18	-0,24
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,08	10,48	11,64	10,85	9,87	10,46	10,46	0,00
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,87	4,07	3,68	3,72	3,21	3,16	2,92	-0,24
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,55	9,61	8,59	8,92	9,10	8,93	8,20	-0,73
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,52	6,56	6,00	6,99	7,19	7,43	6,93	-0,50
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,32	6,69	6,23	5,85	6,34	6,36	5,55	-0,81
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	17,28	17,17	16,70	15,31	15,93	16,35	16,53	0,19
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,15	0,21	0,15	0,24	0,41	0,29	0,25	-0,04
	Condiciones orales (K00-K14)	15,65	17,08	20,03	18,88	18,11	16,54	19,04	2,50



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Adulthood (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,82	0,66	0,76	0,70	0,80	1,08	1,04	-0,04
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,73	1,53	1,44	1,74	1,95	2,07	2,07	0,01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1,46	1,69	2,00	1,80	1,74	2,08	2,04	-0,05
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	8,28	8,29	9,08	9,80	9,58	9,25	9,22	-0,03
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8,92	9,27	8,34	8,94	8,95	9,14	8,48	-0,65
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,16	6,70	5,96	6,90	8,01	8,88	8,76	-0,12
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	9,77	10,44	11,74	10,23	9,25	10,01	9,79	-0,21
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,07	3,35	2,85	3,13	2,63	2,47	2,47	-0,01
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,67	9,72	8,84	9,18	8,76	8,32	7,67	-0,65
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,31	15,63	14,11	14,27	14,46	14,29	13,79	-0,50
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,27	4,86	4,60	4,42	4,87	4,71	4,33	-0,39
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14,43	14,18	14,44	13,60	14,16	14,16	14,51	0,35
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,22	0,21	0,22	0,24	0,53	0,30	0,33	0,03
	Condiciones orales (K00-K14)	11,89	13,48	15,62	15,05	14,31	13,24	15,50	2,26

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 2015, **Tabla 80**.

Tabla 80: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años Quindío 2009 – 2015.



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,75	1,53	1,31	1,51	1,69	2,23	2,05	-0,18
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,15	0,93	0,88	1,18	1,26	1,39	1,31	-0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5,33	4,99	5,74	5,45	5,13	5,51	5,76	0,25
	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	6,46	-0,17
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,76	5,56	4,67	5,00	4,95	5,76	5,16	-0,60
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10,42	9,41	7,89	8,42	10,08	9,93	10,75	0,82
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	27,78	28,70	31,76	28,34	25,87	26,77	27,21	0,44
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,50	5,92	5,12	4,71	4,71	4,97	4,54	-0,44
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,66	7,78	6,83	7,06	6,95	6,78	6,33	-0,45
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,72	7,58	6,88	8,64	9,23	8,70	7,85	-0,85
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,40	4,04	3,66	3,72	3,99	3,93	3,85	-0,08
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,87	12,76	12,50	12,21	12,51	12,56	12,89	0,33
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,16	0,13	0,10	0,13	0,42	0,20	0,23	0,03
	Condiciones orales (K00-K14)	3,58	4,40	5,38	6,05	5,83	4,63	5,60	0,98

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	2,03	1,73	1,58	1,85	2,03	2,53	2,40	-0,13
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,26	1,02	1,00	1,25	1,40	1,49	1,40	-0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5,01	4,68	5,42	5,30	4,81	5,03	5,32	0,29
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,70	4,94	5,73	5,75	5,65	5,14	4,76	-0,38
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	4,17	5,20	4,19	4,40	4,30	5,17	4,76	-0,40
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	11,14	10,30	8,63	8,88	10,42	10,41	11,25	0,84
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	26,60	27,18	30,38	27,46	25,20	25,66	26,06	0,40
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6,53	7,23	6,28	5,84	5,81	6,03	5,50	-0,54
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,73	7,83	7,07	7,03	6,86	6,77	6,32	-0,45
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8,25	8,14	7,33	9,85	10,50	10,43	9,30	-1,13
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,75	4,43	4,01	4,05	4,26	4,25	3,92	-0,33
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	12,11	11,65	11,64	11,05	11,25	11,32	12,10	0,79
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,13	0,10	0,09	0,10	0,77	0,17	0,21	0,04
	Condiciones orales (K00-K14)	4,61	5,57	6,66	7,17	6,74	5,60	6,69	1,09



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,57	1,40	1,14	1,29	1,46	2,02	1,82	-0,20
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,07	0,87	0,80	1,13	1,17	1,33	1,24	-0,09
	Diabetes mellitus (E10-E14)	5,53	5,19	5,96	5,55	5,34	5,83	6,05	0,22
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7,74	7,16	8,27	8,80	8,54	7,66	7,60	-0,05
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,14	5,79	4,99	5,39	5,39	6,16	5,42	-0,74
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,95	8,82	7,41	8,12	9,86	9,61	10,42	0,81
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	28,54	29,70	32,65	28,91	26,33	27,54	27,99	0,45
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,84	5,05	4,37	3,97	3,97	4,25	3,89	-0,36
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,62	7,74	6,67	7,08	7,02	6,78	6,34	-0,45
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,37	7,22	6,59	7,84	8,37	7,52	6,88	-0,64
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	4,18	3,78	3,43	3,49	3,81	3,72	3,81	0,09
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13,36	13,50	13,06	12,98	13,35	13,40	13,42	0,02
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,18	0,15	0,11	0,15	0,18	0,22	0,24	0,03
	Condiciones orales (K00-K14)	2,91	3,63	4,56	5,31	5,21	3,96	4,88	0,92

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

3.1.5.4 LESIONES.

Las lesiones por ciclo vital y su comportamiento en los motivos de consulta, se detallan en la **Tabla 81**, 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 2014 y 2015.

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 disminuido su necesidad de atenciones y la segunda, ha crecido en casi 9 casos nuevos por cada cien consultas de 2014, se presentan leves disminuciones para el 2015.



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 2015 y las lesiones disminuyen apenas en 0.02%.

222

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 2014 a 2015, las causas variaron en uno caso de cada cien.

Tabla 81: Morbilidad específica por las lesiones, Quindío 2009 – 2015.



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
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	10,33	1,69
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,11	0,04	0,16	0,06	0,13	0,28	0,29	0,01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,09	0,12	0,00	0,00	0,20	0,05	-0,15
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,87	92,03	91,56	91,37	90,30	90,89	89,34	-1,55
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	9,93	-0,57
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,33	0,36	0,17	0,55	0,23	0,28	0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,09	0,06	0,09	0,05	0,00	-0,05
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,90	91,31	91,32	90,45	88,86	89,25	89,79	0,54
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	7,66	0,73
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,18	1,38	1,21	1,53	1,32	1,69	1,92	0,23
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,05	0,18	0,13	0,08	0,12	0,08	0,10	0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,98	91,85	92,82	91,72	91,06	91,30	90,31	-0,99



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
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	7,19	0,45
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,82	1,36	1,16	1,49	1,32	1,65	1,50	-0,15
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,11	0,23	0,16	0,07	0,18	0,08	0,06	-0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,34	92,90	93,34	91,86	90,74	91,52	91,24	-0,28
Adulthood (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,76	5,91	6,21	6,30	7,81	6,48	6,39	-0,09
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,30	0,55	0,50	0,63	0,67	0,62	0,61	-0,01
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,03	0,05	0,05	0,03	0,09	0,05	0,06	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,91	93,49	93,24	93,04	91,43	92,84	92,94	0,09
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,09	3,07	3,53	4,24	4,95	4,44	4,38	-0,06
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,09	0,09	0,36	0,24	0,20	0,27	0,22	-0,04
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,03	0,14	0,12	0,04	0,02	0,00	-0,02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,82	96,81	95,98	95,41	94,80	95,27	95,39	0,12



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,32	7,69	7,64	7,55	9,92	8,41	10,25	1,84
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,19	0,08	0,00	0,00	0,08	0,27	0,25	-0,02
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,09	0,00	0,21	0,00	0,00	0,27	0,00	-0,27
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,40	92,23	92,15	92,45	90,01	91,05	89,50	-1,55
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,45	7,92	7,72	8,86	10,90	10,19	9,71	-0,48
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,15	0,22	0,18	0,63	0,15	0,27	0,2
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,07	0,00	0,14	0,08	0,00	-0,08
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,55	91,93	91,99	90,96	88,33	89,58	90,02	0,44
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,31	6,37	5,07	6,02	6,44	6,39	6,36	-0,03
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,56	0,61	0,51	0,89	0,82	0,87	1,07	0,9
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,17	0,05	0,06	0,09	0,00	0,11	0,1
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,13	92,86	94,37	93,03	92,64	92,74	92,46	-0,28



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,47	4,79	4,20	5,76	6,49	5,84	5,87	0,03
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,43	0,82	0,53	0,85	0,82	1,10	0,86	-0,25
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,21	0,16	0,07	0,17	0,06	0,07	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,09	94,18	95,11	93,32	92,52	92,99	93,20	0,20
Adulthood (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	4,16	5,72	5,53	6,08	6,78	5,76	6,05	0,28
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,31	0,50	0,40	0,76	0,64	0,53	0,49	-0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,02	0,09	0,07	0,04	0,10	0,06	0,07	0,01
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,51	93,69	94,00	93,13	92,49	93,64	93,40	-0,24
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,90	6,44	7,49	9,13	10,44	8,88	8,79	-0,08
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,20	0,07	0,71	0,39	0,24	0,32	0,23	-0,09
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,24	0,06	0,09	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,90	93,49	91,56	90,42	89,22	90,81	90,98	0,17



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Primera infancia (0 - 5 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,49	8,05	8,85	9,93	9,13	8,73	8,73	0,00
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,38	0,14	0,19	0,20	0,20	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,06	0,06	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,51	91,75	90,77	89,93	90,68	91,01	91,01	0,00
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8,08	9,11	9,06	10,09	9,88	10,91	10,28	-0,62
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,64	0,59	0,15	0,43	0,34	0,30	-0,05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,12	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,92	90,24	90,24	89,61	89,69	88,75	89,42	0,67
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,55	7,00	7,22	7,80	9,40	7,90	9,80	1,90
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	2,19	2,72	2,47	2,67	2,21	3,16	3,33	0,17
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,13	0,19	0,27	0,11	0,16	0,24	0,09	-0,14
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,13	90,08	90,04	89,42	88,23	88,70	86,78	-1,92



Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres							Δ pp 2015- 2014
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,70	6,75	7,27	7,98	9,90	8,45	9,46	1,01
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1,41	2,28	2,21	2,56	2,15	2,69	2,62	-0,07
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,27	0,26	0,16	0,06	0,20	0,11	0,04	-0,07
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,62	90,71	90,35	89,40	87,75	88,74	87,87	-0,87
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,51	6,16	7,06	6,56	9,16	7,52	6,87	-0,65
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,30	0,60	0,63	0,48	0,71	0,75	0,79	0,04
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,03	0,00	0,02	0,02	0,09	0,04	0,04	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	94,16	93,23	92,29	92,94	90,04	91,70	92,30	0,61
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	0,00	0,11	0,05	0,11	0,16	0,22	0,22	0,00
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,11	0,05	0,11	0,16	0,22	0,22	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,06	0,05	0,16	0,00	0,04	0,00	-0,04
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	100,00	99,71	99,84	99,62	99,67	99,52	99,57	0,05

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

3.1.5.5 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, los cuales por su tratamiento y manejo, consumen altos 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 últimas 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 en 8 puntos de tasa con referencial al crecimiento nacional, con lo que supera en el Departamento la cifra Nacional; 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 82.**

Se observa una 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 82: 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 linfoide (menores de 15 años)	2,48	2,03	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘

Fuente: CAC.

* :Estimación a nivel del departamento

** : Cuenta de alto costo

*** : SIVIGILA

Tabla 83: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008-2015.



EVENTO	COLOMBIA	QUINDIO	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.	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	11,57	16,97	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,02	0,00	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	0,20	0,00	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘



La **Figura 52** detalla la progresión de la Enfermedad renal crónica y sus diferentes estadios, donde el mayor número de pacientes se ubican en el estadio 3, llegando en promedio a 7.000, seguido de los estadios 0 y 2 los cuales superan los 5000 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.

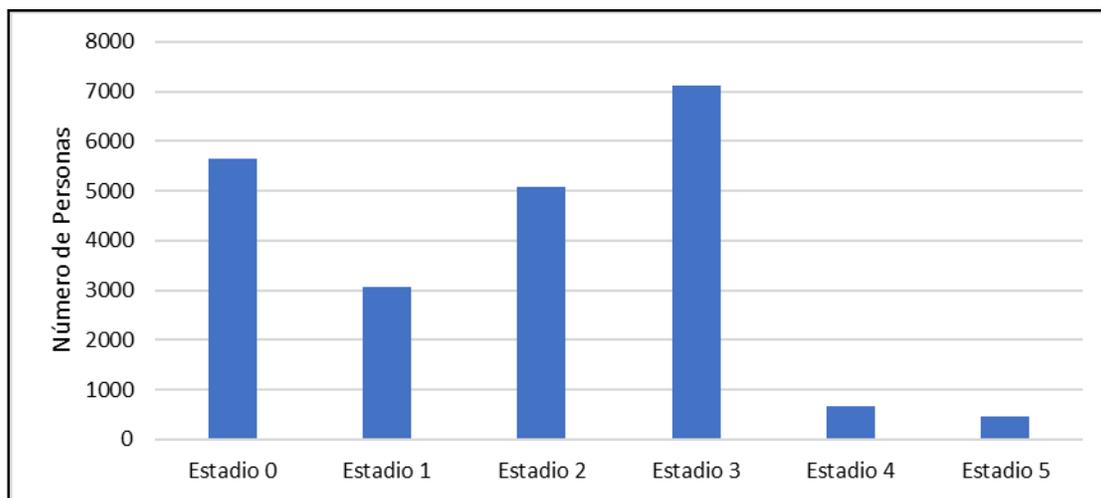




Figura 52: Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento Quindío, 2015

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social CAC 2014.

3.1.5.6 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 tasas 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, 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 constituye en un escenario de riesgo para los eventos cardiovasculares, que ocupan la primera causa de mortalidad en el departamento, como se muestra en la ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

Tabla 84: Eventos precursores del departamento, Quindío, 2009 -2015.

EVENTO	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalencia de diabetes mellitus	2,17	3,23	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	7,23	10,47	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social; SISPRO, CAC 2015

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 2015.



3.1.5.7 MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO)

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, reglamentado por el decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, es el encargado de la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de las situaciones y eventos clasificados como de interés en Salud Pública que afectan la salud de la colectividad del territorio; el proceso de notificación semanal es obligatorio para todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dando cumplimiento con los indicadores de calidad y oportunidad a las autoridades sanitaria territoriales para su intervención y control.

El sistema de Vigilancia en Salud pública del Departamento del Quindío, cuenta con una red de Notificación que consta de 219 Unidades Informadoras, 76 Unidades Primarias Generadoras de datos las cuales reportan semanalmente a las Unidades Notificadoras Municipales (12) donde se consolida la información por cada uno de los municipios, llegando finalmente a la unidad Notificadora Departamental la cual se encarga de consolidar la información del Departamento y enviarlo al Instituto Nacional de Salud, entidad encargada de la consolidación de la información del país, entregándola finalmente al Ministerio de Salud y Protección Social, desde donde se envía a la Organización Panamericana de la Salud y finalmente a la Organización Mundial de la Salud; proceso que se desarrolla todas las semanas desde el día lunes hasta el día jueves, según ruta de información.

Según la magnitud (frecuencias absolutas) detalladas en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, las primeras seis causas acumulan el 76% de los casos notificados en 5 años, por tal razón se definen como los eventos de mayor incidencia para el Departamento del Quindío:

El Departamento del Quindío, ha sido clasificado como híper endémico para dengue dado que año tras año, el reporte de casos es cada vez más frecuente, teniendo en cuenta la permanente presencia de los vectores transmisores *Aedes Aegypti* y *Albopictus*, los cuales de acuerdo al seguimiento vectorial realizado, se encuentran en mayor proporción al interior de las viviendas, encontrando que el Dengue muestra un comportamiento con una tendencia ascendente, según tabla No. 85, revelando su mayor incidencia en la vigencia 2015, con una disminución del 31% para el año 2016; ocupando el primer lugar dentro de los



eventos de interés en salud pública, correspondiendo al 23.34%, unido a la situación anterior, se suma el reporte de casos de Chikungunya enfermedad que ingresa al Departamento del Quindío en el mes de diciembre del año 2014, presentando su mayor comportamiento en la vigencia 2015, con un descenso mayor al 60% para el 2016, el Zika ingresa al Departamento en el año 2015, con un comportamiento elevado, que lo ubica en los primeros lugares para la vigencia, presentando un descenso superior al 75% para el año 2016, pese a los descensos medidos para el año 2016, el riesgo persiste en el Departamento, siendo necesario fortalecer las acciones de tipo comunitario para la eliminación del Aedes, teniendo en cuenta la capacidad que tiene para la transmisión de arbovirosis y otras enfermedades icterohemorrágicas.

Las Agresiones por Animales Potencialmente Transmisores de la Rabia, presentan una tendencia clara al ascenso, sufriendo un cambio en la codificación del evento en el SIVIGILA, generándose el evento de Vigilancia Integrada de la rabia Humana, el cual inicia en el 2015, desapareciendo del reporte el evento anterior; para la vigencia 2016, el reporte presenta el comportamiento más elevado para el periodo de tiempo evaluado, ubicando al Departamento en el primer lugar a nivel nacional, Situación que requiere el fortalecimiento de las acciones de prevención por medio del aumento de coberturas de vacunación canina y felina, sumado a la acción interinstitucional para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la tenencia de mascotas.

A partir de la vigencia 2013, se inicia el reporte de los casos de violencia de género en el SIVIGILA, mostrando una tendencia al aumento, siendo su mayor frecuencia en la vigencia 2016, situación que ubica al Departamento en el sexto lugar a nivel Nacional.

La Varicela, en relación a la frecuencia de reporte al SIVIGILA, se ubica en el cuarto lugar, mostrando frecuencias altas, con comportamientos inestables de aumento y descenso entre vigencias, siendo las instituciones educativas las de mayor riesgo, evidenciándose dificultades en la captación, seguimiento y control de los brotes de varicela identificados en los diferentes municipios.



El evento de intoxicaciones para la vigencia 2016, se ubica en los cinco primeros lugares de incidencia, debido al cambio de codificación en el SIVIGILA, dado por la implementación de la nueva ficha de notificación que concentra el reporte de las Intoxicaciones por las diferentes sustancias analizadas, concentrando el reporte de las intoxicaciones por organofosforados, plaguicidas, gases, metales, sustancias Psicoactivas y Otras sustancias químicas.

Tabla 85: Cinco primeros eventos de notificación – Departamento, Quindío (2011 – 2016).

COD	EVENTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016
210	DENGUE	1,118	606	1,834	3,131	3,960	2,732
307	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA					2163	2,639
875	VIGILANCIA EN S.P. DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO (V. INTRAFAMILIAR, V. SEXUAL)		466	1,118	1,236	1,215	1,707
300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1,163	1,597	2,619	2,383	309	
831	VARICELA INDIVIDUAL	1,778	1,319	1,316	1,252	1,129	1,214
217	INTOXICACIONES						1,016

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, SIVIGILA 2011 - 2016

En la tabla No. 86, se lista el total de eventos de interés en salud pública, reportados al aplicativo SIVIGILA, encontrando en su orden posterior a las cinco primeras causas, el VIH /SIDA Y MUERTE, con una tendencia al aumento, evento ligado a la presencia de Tuberculosis Pulmonar, enfermedad reemergente, con fuerte presencia en el territorio, que muestra un comportamiento estable con una tendencia leve al aumento para la vigencia 2016.

Los eventos de interés en salud Pública relacionados con el binomio madre e hijo, muestran comportamientos importantes, que ponen en riesgo la vida de las gestantes y sus productos como el caso de la Morbilidad materna extrema, que para el 2016 muestra el mayor comportamiento, debido al ajuste del protocolo del evento, que aumenta los parámetros para la clasificación del riesgo de la gestante, aumentando el número de casos relacionados, sin embargo se considera una alerta temprana, para intensificar el seguimiento de la



gestante con el fin de disminuir el número de muertes maternas; otro evento de alta incidencia es la sífilis gestacional, enfermedad que requiere de tratamiento inmediato, con el fin de evitar los efectos en el producto de la gestación (sífilis congénita) para el 2016 presenta una leve disminución en relación a la vigencia anterior.

El Bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal y neonatal tardía, muestran comportamientos que superan las cifras de las vigencias anteriores, siendo necesario adelantar acciones de intervención en pro de la adherencia a los controles prenatales, seguimientos específicos posteriores al nacimiento, en este grupo de eventos, se relaciona con un comportamiento elevado para la vigencia 2016, las malformaciones y defectos congénitos, que corresponden a la primer causa de mortalidad infantil, situación que obliga a la intensificación de las acciones de vigilancia del evento, siendo necesario emprender acciones de investigación, con el fin de lograr identificar los factores de Riesgo que potencialicen la presencia de estas situaciones en el territorio.

La desnutrición aguda en menores de 5 años, ingresa como evento nuevo al SIVIGILA en la vigencia 2016, mostrando un comportamiento importante, no logrando definirse tendencia dado que es la primera medición.

Eventos de ingreso nuevo como el caso de las lesiones de causa externa, mostraron uno de los mayores comportamientos, dado el direccionamiento de incluir en el proceso de reporte los accidentes de tránsito, los cuales solo ingresaron para el año 2016, identificando una situación crítica para el Departamento, no siendo competencia de Salud la intervención directa, motivo por el cual en forma posterior se realiza el seguimiento del evento por fuentes secundarias.

Tabla 86: Eventos de vigilancia en salud pública, departamento Quindío 2011 – 2016



COD	EVENTO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	total	Porcentaje acumulado
210	DENGUE	1.118	606	1.834	3.131	3.960	2.732	13.381	23,34%
300	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.163	1597	2.619	2.383	309		8.071	37,41%
831	VARICELA INDIVIDUAL	1.778	1319	1.316	1.252	1.129	1.214	8.008	51,38%
875	VIGILANCIA EN S.P. DE LAS VIOLENCIAS DE GENERO (V. INTRAFAMILIAR, V. SEXUAL)		466	1.118	1.236	1.215	1.707	5.742	61,39%
307	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA					2.163	2.639	4.802	69,77%
217	CHIKUNGUNYA				11	1.450	357	1.818	72,94%
360	INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	316	237	227	224	24		1.028	74,73%
850	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	171	146	165	160	360	372	1.374	77,13%
820	TUBERCULOSIS PULMONAR	227	165	173	147	231	230	1.173	79,18%
370	INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	249	187	219	204	18		877	80,71%
365	INTOXICACIONES					824	1.016	1.840	83,91%
414	INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	182	105	145	267	24	102	825	85,35%
110	BAJO PESO AL NACER		83	69	169	175	180	676	86,53%
228	EXPOSICIÓN A FLÚOR			134	237	90	25	486	87,38%
750	SÍFILIS GESTACIONAL	116	88	71	69	92	84	520	88,29%
560	MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	86	63	107	66	82	84	488	89,14%
330	HEPATITIS A (BROTE)	159	27	38	29	15	32	300	89,66%
410	INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.		70	81	93	15		259	90,11%
490	MALARIA (VIVAX)	81	59	51	32	2	88	313	90,66%
620	PAROTIDITIS	60	43	36	36	39	51	265	91,12%
455	LEPTOSPIROSIS	85	5	10	77	27	34	238	91,54%
340	HEPATITIS B	34	29	40	49	51	81	284	92,03%
420	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	48	34	42	45	32	23	224	92,42%
810	TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	57	29	36	28			150	92,68%
549	MORBILIDAD MATERNA EXTREMA		10	35	33	71	119	268	93,15%
345	ESI - IRAG (VIGILANCIA CENTINELA)	125	8	3	1		2	139	93,39%
740	SÍFILIS CONGÉNITA	43	25	18	16	12	14	128	93,62%
348	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA		68	21	8	10	46	153	93,88%
220	DENGUE GRAVE	19	4	20	36	21	9	109	94,07%
458	LESIONES POR POLVORA	20	38	30	8			96	94,24%



215	DEFECTOS CONGENITOS					94	71	165	94,53%
298	EVENTO ADVERSO SEGUIDO A LA VACUNACION	35	20	18	16	2		91	94,69%
400	INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	24	30	21	13			88	94,84%
735	ANOMALIAS CONGENITAS		13	37	38			88	94,99%
100	ACCIDENTE OFIDICO	15	16	10	11	13	10	75	95,13%
470	MALARIA FALCIPARUM	15	12	6	13	1		47	95,21%
412	INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	12	6	15	11	1		45	95,29%
530	MENINGITIS TUBERCULOSA	16	13	13	2		4	48	95,37%
452	LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS				5	34	28	67	95,49%
580	MORTALIDAD POR DENGUE	7	1	7	9	2	1	27	95,53%
450	LEPRA	5	6	3	7	2	4	27	95,58%
600	MORTALIDAD POR IRA	1	9	1	2	9	3	25	95,62%
460	MALARIA ASOCIADA (FORMAS MIXTAS)	7	8	2	4			21	95,66%
800	TOSFERINA	2	8	7	2	2	2	23	95,70%
456	LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	7	8	2	1			18	95,73%
550	MORTALIDAD MATERNA	3	3	3	4	3	5	21	95,77%
825	TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE		5	1	5	4	6	21	95,81%
380	INTOXICACIÓN POR METANOL	5	1	4	1			11	95,82%
343	HIPOTIROIDISMO CONGENITO		1	1	7			9	95,84%
459	CANCER INFANTIL				6	3	30	39	95,91%
205	CHAGAS			3		2	1	6	95,92%
495	MALARIA COMPLICADA	1	2	2				5	95,93%
760	TÉTANOS ACCIDENTAL	4			1			5	95,94%
500	MENINGITIS MENINGOCÓCCICA	3	1					4	95,94%
520	MENINGITIS POR NEUMOCOCO	1		2	1			4	95,95%
895	ZIKA					3	356	359	96,58%
320	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA			1		1		2	96,58%
390	INTOXICACIÓN POR METALES PESADOS	1		1				2	96,58%
896	HTLV - BANCOS DE SANGRE					2		2	96,59%
510	MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1						1	96,59%
590	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)			1		1	137	139	96,83%
815	Desnutrición aguda en menores de 5 años						82	82	96,97%



453	LESIONES DE CAUSA EXTERNA						1.268	1.268	99,19%
356	INTENTO DE SUICIDIO						432	432	99,94%
357	IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL						32	32	99,99%
342	Enfermedades huérfanas (raras)						3	3	100,00%
	Total general	6.302	5.674	8.819	10.207	12.620	13.716	57.337	

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, desde el Instituto Nacional de Salud, ha desarrollado cambios e ingresos de nuevos eventos al sistema, lo que ha llevado al incremento del reporte de eventos de interés en Salud Pública, los cuales deben estar acompañados de actividades de seguimiento, investigación de caso y de campo y la gestión en relación a la calidad de la información ingresada al sistema, lo que ha generado la necesidad de fortalecer el equipo Departamental de Vigilancia en salud pública Departamental, dada la permanente rotación del personal encargado del Sistema en los niveles municipales.

La figura 53. En los años de análisis (2011 -2016) se muestra un total de 57.337 casos correspondientes al reporte individual, dado que los eventos de tipo colectivo como la Enfermedad Diarreica Aguda, las Infecciones respiratorias Agudas y las ETA, superan significativamente el reporte individual; los casos reportados en forma individual, de la identificación inmediata de la fuente o factor de riesgo, así como lograr el corte de efectivo de cadenas de transmisión; cuando se trata de eventos de tipo no transmisible, el seguimiento se orienta a la captación efectiva del evento para su oportuno tratamiento. En ese sentido, se muestra la tendencia del sistema de Vigilancia a través de los años analizados; 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) del nivel departamental

Para el año 2011 el Sistema de Vigilancia en Salud Pública presento un reporte de casos individuales de 6.302 mostrando un aumento a través del tiempo que llega a 13.716 reportes individuales con una clara tendencia al incremento.

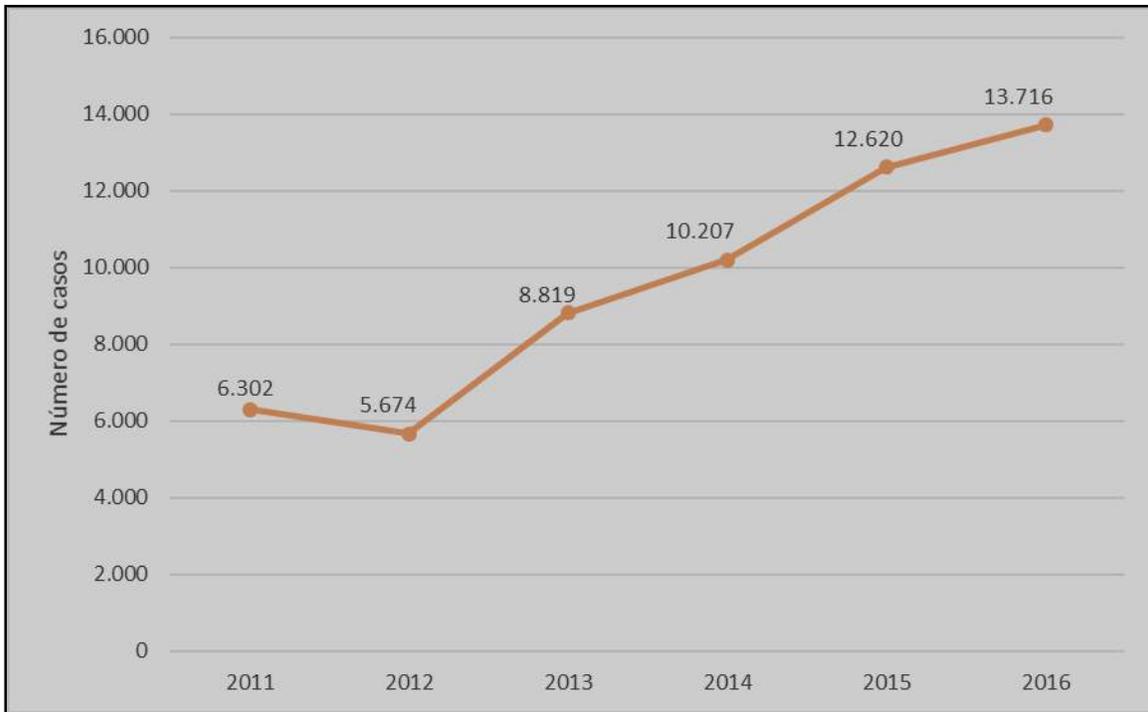


Figura 53: Tendencia de notificación al SIVIGILA, departamento Quindío 2011 a 2016.

Fuente: Secretaria de Salud, VSP; Departamento Quindío.

A continuación y teniendo en cuenta la tendencia de las proporciones de incidencia por 100,000 habitantes para la vigencia 2016 de los eventos que acumulan 90% de la notificación, se destaca, según la Figura 54.

- Dengue: como primera causa de notificación, muestra su menor comportamiento en el año 2012, presentándose un comportamiento con tendencia al aumento mostrando cifras 6 veces superiores en la vigencia 2015; con una incidencia de 700 casos por cada 100,000 habitantes, mostrando para el año 2016, un descenso del 31% con una tasa de incidencia de 440.98 x 100.000 habitantes, siendo evidentes los ciclos de esta arbovirosis que esta sin control en el departamento.



- Las Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportadas hasta la vigencia 2014 con el código 300, pasaron a denominarse vigilancia integrada de la rabia, cambiando al código 307 en el SIVIGILA, muestran que en su organización temática, no ha variado su incidencia, correspondiendo al evento de mayor reporte especialmente para la vigencia 2016, lo que muestra la necesidad de fortalecer las acciones de prevención en relación a la vacunación felina y canina teniendo en cuenta que 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 geográficamente con el Departamento del Quindío; 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 450 casos por 100,000 habitantes, ubicando al Quindío en el primer lugar a nivel Nacional.
- 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, que afecta a algo más de 283 individuos por cada 100,000 habitantes, siendo el sexo femenino la principal víctima con un 80% de ocurrencia, sin embargo para la vigencia 2016, se presenta un leve incremento en las víctimas hombres situación que muestra la necesidad de neutralizar el enfoque dado a las estrategias de prevención, con el fin de no fomentar un número superior de situaciones violentas, por lo que es perentorio, mejorar la intersectorialidad, la articulación de intervenciones de tipo estatal frente a las rutas de atención, con el fin de lograr la disminución del evento en el territorio.
- 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 vea su descenso al favorecer la vacunación contra esta enfermedad, que aunque no deja secuelas en el infante, si puede llegar a generar malformaciones fetales y ser causa de



letalidad en los jóvenes adultos que aún pueden no tener inmunidad; su tasa esta alrededor de los 205 casos por 100,000 habitantes.

- Infección por VIH/SIDA/ y mortalidad por SIDA: muestra una tendencia completamente estable entre el año 2011 al 2014, presentando un aumento importante para el 2015, continuando con la tendencia al alta para 2016, llegando a una tasa de incidencia de 77.9 x 100.000 habitantes.
- 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 2016, con 217 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 7 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 que se sigue por SIVIGILA, corresponde a los casos confirmados de nacimientos de 37 semanas de gestación o más, con menos de 2500 gr de peso; presentando una incidencia en la notificación que se triplica con referencia al año 2013, para 2016 se informan 176 recién nacidos con 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.

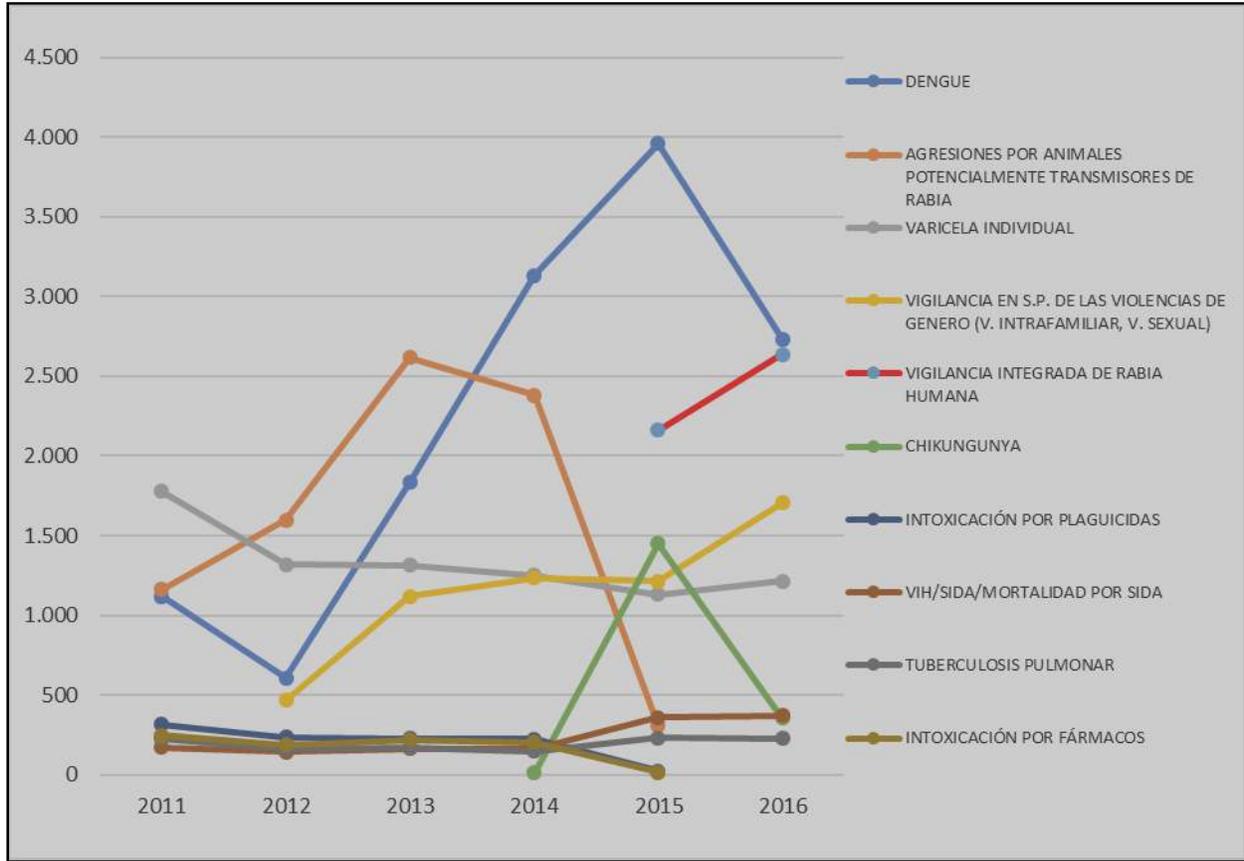


Figura 54: Tendencia de las tasas de incidencia de ENO, SIVIGILA, departamento, Quindío 2011 – 2016

Fuente: SIVIGILA Departamento del Quindío (2016).

La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, detalla el comportamiento de la notificación bligatoria y su relación con el país, y su respectiva priorización y semaforización, clasificando los eventos de notificación obligatoria, priorizados para intervención dado que se ubican muy por encima de la tendencia Nacional, siendo objeto de intervenciones integrales, con el fin de impactar positivamente en su comportamiento tendencial.



En el primer grupo de prioridad se encuentran las enfermedades no transmisibles de tipo crónico, las cuales muestran comportamientos elevados, que muestran el impacto letal en la población, situación que se evidencia en las cifras de mortalidad dado que se encuentran cursando dentro de las primeras causas de mortalidad para el Departamento del Quindío.

- Cáncer de mama, evento que inicia su proceso de reporte en la vigencia 2015, muestra un comportamiento con una mortalidad elevada superando el comportamiento Nacional en 8.8 puntos de tasa.
- Las Enfermedades Isquémicas del corazón, no son eventos de reporte individual por ficha epidemiológica, pero se realiza seguimiento por medio del análisis de la información generada por RUAF, encontrando que el comportamiento de la mortalidad Departamental, supera significativamente el mostrado por el País en 44.07 puntos porcentuales.
- Las enfermedades cerebrovasculares muestran un comportamiento superior al Nacional en 10.82 puntos porcentuales,
- Enfermedades Crónicas de las Vías respiratorias, muestran una tendencia importante al incremento, superando la medición Nacional en 29.22 puntos porcentuales.
- Enfermedades del Sistema Urinario, superan el comportamiento Nacional en 9.29 puntos porcentuales

El Segundo grupo priorizado y con semaforización en rojo corresponden a eventos transmisibles entre los que se encuentran:



- Los cuadros de Dengue Grave, presentan un comportamiento que a pesar de evidenciarse inferior por posible subregistro, dado el alto número de casos de dengue y la circulación de los cuatro serotipos de la enfermedad en el territorio, el comportamiento registrado supera el presentado por el nivel nacional en 8.27 puntos de tasa.
- Las Hepatitis diferentes a la A, muestran una tendencia al aumento, superando el comportamiento Nacional en 3.43 puntos de tasa.

Los eventos de interés en Salud Pública que mostraron comportamientos cercanos al reportado por el País, superando o casi llegando al mismo nivel, se consideran como prioridad media, semaforizándose en amarillo, encontrando en este grupo:

- Los accidentes de tránsito, que superan la tasa nacional en 3.5 puntos de tasa.
- Las intoxicaciones, figuran dentro de los eventos de mayor reporte, posterior al cambio de codificación, que concentro las intoxicaciones por metales, plaguicidas, gases, sustancias Psicoactivas, solventes y otras sustancias químicas, en un solo reporte unificado, aumentando la incidencia del evento a tal punto que llego a acercarse a la medición Nacional con una diferencia de menos 0.48 puntos de tasa.
- El cáncer de cérvix, presenta una diferencia significativa en relación al país, con 4.06 puntos de tasa por encima del nivel Nacional
- La conducta suicida, evento de ingreso nuevo en la vigencia 2016, muestra un comportamiento elevado que llego a superar la tasa Nacional en 1.4 puntos de tasa, evidenciándose que el método de mayor uso son las intoxicaciones por diferentes sustancias.
- los eventos trazadores como la Diabetes mellitus y la Hipertensión arterial, muestran comportamientos que superan el comportamiento Nacional entre .9 a 1.5 puntos de tasa, situación



de alerta, dado que su incidencia se muestra en población cada vez más joven y presentan directa relación con las principales causas de mortalidad en el Departamento.

- Dengue, evento que clasifica al Departamento como hiperendémico, dado el alto reporte presentado por el evento año tras año, con una leve disminución para la vigencia 2016, sin embargo, el Departamento del Quindío sobrepasa la tasa Nacional en 258.96 puntos de tasa, quedando clasificado entre los primeros Departamentos de mayor riesgo para la transmisión de la enfermedad.
- Los eventos relacionados con el binomio madre e hijo, muestran mediciones que los clasifica en semaforización de riesgo medio por mostrar tendencias similares a la Nación como el caso del embarazo en adolescentes, que supera la nación en 0.4 puntos de tasa, la mortalidad materna con 1.4 puntos de tasa por encima, la muerte perinatal y neonatal con 0.10 puntos de tasa de diferencia con la medición del país y el bajo peso al nacer que presenta una diferencia de 1 punto de tasa.

Entre los indicadores de incidencia, que exige el Plan Decenal de Salud Pública se muestra el Dengue, con una diferencia por encima de la tasa Nacional de 258.96 puntos de tasa; la Sífilis Congénita, muestra un comportamiento 53.82 puntos por encima de la tasa Nacional, siendo y se suma la tasa presentada por el VIH/SIDA con un comportamiento que sobrepasa el comportamiento nacional en 9 Puntos de tasa.

Es importante evidenciar, que la herramienta construida para el análisis de los Eventos de Notificación obligatoria (ENOS), presenta divergencias dado que se habla de causas de muerte y se incluyen eventos en los que se analiza la morbilidad y comportamiento tendencial.

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, llegando a subestimar la real magnitud del problema, limitar las intervenciones en salud pública requeridas; por lo tanto es indispensable



continuar fortaleciendo los equipos técnicos de Vigilancia en Salud Pública de todos los niveles, para lograr una efectiva respuesta a las necesidades de la población en relación a la identificación veraz de la situación de salud.

Tabla 87: Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del departamento Quindío, 2007 – 2015

Causas de muerte	COLOMBIA	QUINDIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Accidentes												
Lesiones y muerte por accidentes de tránsito	13,4	16,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicaciones	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Exposición a flúor	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas	1,08	0,6	-	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Laboral												
Lesiones en menor trabajador	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mental												
Conducta suicida (tasa suicidio x 100.000)	4,47	5,87	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Violencia												
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
No transmisibles												
Ambiental												
Vigilancia entomológica	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer												
Cáncer (mama)	11,49	20,27	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Cáncer (cervix)	6,77	10,83	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘



Cardiovascular												
Mortalidad (tasa x 100.000 hbtes)												
Enfermedades hipertensivas	16,42	17,97	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘
Enfermedades Isquémicas del corazón	72,29	116,35	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘
Enfermedades cerebrovasculares	30,1	40,92	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Diabetes Mellitus	14,97	15,83	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	26,63	55,86	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Enfermedades del sistema digestivo	12,76	15,83	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘
Enfermedades del sistema urinario	12,41	21,7	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘
Congénitas												
Defectos congénitos	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades raras	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Materno perinatal												
Bajo peso al nacer	8,7	7	-	-	-	-	↗	↘	↗	-	↗	↘
Embarazo en adolescentes	22,5	22,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad materna	53,6	51,2	↘	↗	↘	↘	-	↘	↗	↗	↘	↘
Mortalidad neonatal	7,24	7,34	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Mental												
Consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutrición												
Vigilancia del estado nutricional en menores de 18 años	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mortalidad por y a asociada	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



desnutrición en menores de 5 años													
Trasmisibles													
Inmunoprevenibles													
Meningitis Neisseria meningitis	0	0	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	-
Tétanos accidental	37,3	0	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-
Tétanos neonatal	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tosferina	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	0,03	0,08	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗
Materno perinatal													
Sífilis gestacional	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sífilis congénita	1,17	0	-	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	-
Transmisión aérea y contacto directo													
Enfermedad similar a influenza-IRAG (vigilancia centinela)	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infección Respiratoria Aguda	0,32	0,43	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Infección respiratoria aguda grave (irag inusitado)	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lepra	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis pulmonar	7,95	8,13	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘
Tuberculosis extrapulmonar	6,73	4,44	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Tuberculosis Todas las formas	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis tuberculosa	10,5	14,29	-	-	-	↗	↗	↘	-	-	-	-	↗
Transmisión sexual y sanguínea													
Hepatitis distintas a A	0,65	4,08	-	↗	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	↘
Dengue	0,17	0,27	-	↗	↘	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗
Dengue grave	4,89	13,16	-	↗	↘	-	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Leptospirosis	4,27	1,3	-	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	↗
Malaria	0,04	0	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-



Trasmitida por alimentos/suelo/agua													
Hepatitis A	0,14	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ETA	0	0	-	-									
VIH/SIDA/MUERTE	5.16	14											
Tasas de incidencia PDSP													
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	282,18	541,14	-	-	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de dengue hemorrágico según municipio de ocurrencia	6,89	6,7	↗	-	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	
Tasa de incidencia de leptospirosis	1,79	1,25	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	-	
Tasa de incidencia de sífilis congénita	166,18	220	-	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	

2015. 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.

En la página de la gobernación del Quindío, se encuentra publicado el documento “INFORME ANUAL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO VIGENCIA - 2016”.

4 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD, 2009 A 2016

De acuerdo a los resultados obtenidos en el censo 2005, para el departamento del Quindío se tenía una prevalencia de discapacidad 6.55 por cada 100 personas, superando la prevalencia Nacional que se mostró en el 6.4%.

Se desarrolla el análisis de las condiciones de la población con discapacidad del Departamento del Quindío, con 16.725 personas con discapacidad incluidas hasta el mes de diciembre de 2016 en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), presentándose un aumento del 30%



(4.939 registros) en relación a los registros de la vigencia 2014. Correspondiendo a una prevalencia para el 2016 que alcanza el 2.9%.

La pirámide de población en condición de discapacidad,

, identifica el comportamiento de la población en condición de discapacidad en todos los grupos etarios, mostrando una base supremamente estrecha, siendo el grupo etario de 0 a 4 años de edad el de menor comportamiento; los niños de 5 a 9 años, presentan un comportamiento mayor que el evidenciado en los más pequeños, siendo el sexo masculino el de mayor afectación. De los 10 a los 14 años se inicia un aumento en el número de población discapacitada, siendo evidente el comportamiento en el sexo masculino, el cual supera al sexo femenino en un 50% promedio.

En los grupos entre los 15 a 29 años, algo más en los hombres, situación dada posiblemente como secuelas de accidentalidad escolar, de tránsito, violencia y las relaciones con eventos ocupacionales en trabajadores jóvenes.

La discapacidad en la población de adulto mayor muestra un alto crecimiento en la población a partir 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, con un comportamiento predominante mostrado por la población mayor de 80 años de edad, mostrando una razón de una persona discapacitada mayor de 80 años de edad, por cada tres discapacitados en los demás rangos etarios. Situación que origina una sobrecarga para la población, en relación al concepto del índice de dependencia por vejez.

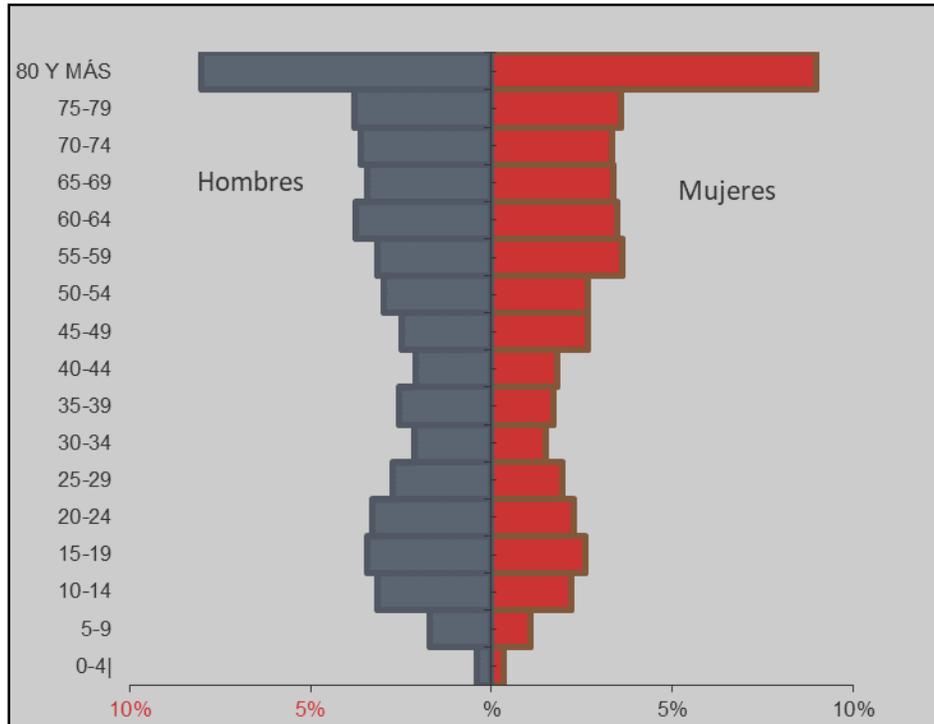


Figura 55: Pirámide de la condición de discapacidad en Quindío a 2016

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 para el 2016, son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas (51.93%); con el sistema nervioso (43.76%) , los ojos (33.37%).

El Sistema cardiorrespiratorio y las defensas presentan un porcentaje importante con el 20.86%, seguido de las alteraciones relacionadas con los oídos (16.27%), la voz y el habla (19.70%), la digestión, el metabolismo, las hormonas (11.17%), con porcentajes relevantes en relación al total de las alteraciones de tipo permanente analizadas; en menor porcentaje se muestran las alteraciones del sistema genital y reproductivo (6.42%), la piel (3.22%) finalmente los demás órganos de los sentidos (Olfato, tacto y gusto) con el 2.34% (**¡Error! No e encuentra el origen de la referencia.**).



Tabla 88: Total personas por alteraciones permanentes del departamento del Quindío, 2009-2016

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	8.686	51,93
El sistema nervioso	7.319	43,76
Los ojos	5.581	33,37
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	3.488	20,86
Los oídos	2.721	16,27
La voz y el habla	3.294	19,70
La digestión, el metabolismo, las hormonas	1.868	11,17
El sistema genital y reproductivo	1.073	6,42
La piel	538	3,22
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	391	2,34
Ninguna		0,00
Total	16.725	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

4.1 PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD POR SEXO

Las

De acuerdo a la razón de discapacidad por cada 1.17 hombres en condición de discapacidad, se encuentra una mujer de acuerdo a las cifras medidas para el Departamento del Quindío vigencia 2016.

- Tanto en hombres y mujeres la población de mayor afectación por algún tipo de discapacidad corresponde a los de 70 años y más, concentrándose el mayor comportamiento en la población de 80 y más años, siendo las discapacidades relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y la discapacidad de los ojos los de mayor incidencia.
- Para los menores de 0 a 4 años de edad, la discapacidad de mayor incidencia para el sexo masculino, se relaciona con el sistema nervioso y en el sexo femenino con el movimiento de del cuerpo, encontrando estos dos tipos de discapacidad riñendo entre el primer y segundo lugar en la población general de 0 a 4 años de edad.
- En los niños de 5 a 14 años de edad, la discapacidad más frecuente se relaciona con la voz y el habla y en las niñas para este rango etario, se centra en el sistema nervioso.



- Para los rangos de edad entre los 15 a los 69 años de edad, se encuentra para el sexo masculino un comportamiento elevado de la discapacidad del movimiento del cuerpo, seguido de la discapacidad del sistema nervioso; para el sexo femenino la discapacidad relacionada con el sistema nervioso se muestra en primer lugar y en segundo lugar la discapacidad del movimiento del cuerpo. En tercer lugar para ambos sexos se encuentra la discapacidad de los ojos.

y

, referencian las condiciones de discapacidad de hombres y mujeres para la vigencia 2016; 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 8.766 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 7.461 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.

De acuerdo a la razón de discapacidad por cada 1.17 hombres en condición de discapacidad, se encuentra una mujer de acuerdo a las cifras medidas para el Departamento del Quindío vigencia 2016.

- Tanto en hombres y mujeres la población de mayor afectación por algún tipo de discapacidad corresponde a los de 70 años y más, concentrándose el mayor comportamiento en la población de 80 y más años, siendo las discapacidades relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y la discapacidad de los ojos los de mayor incidencia.
- Para los menores de 0 a 4 años de edad, la discapacidad de mayor incidencia para el sexo masculino, se relaciona con el sistema nervioso y en el sexo femenino con el movimiento de del cuerpo, encontrando estos dos tipos de discapacidad riñendo entre el primer y segundo lugar en la población general de 0 a 4 años de edad.
- En los niños de 5 a 14 años de edad, la discapacidad más frecuente se relaciona con la voz y el habla y en las niñas para este rango etario, se centra en el sistema nervioso.
- Para los rangos de edad entre los 15 a los 69 años de edad, se encuentra para el sexo masculino un comportamiento elevado de la discapacidad del movimiento del cuerpo, seguido de la discapacidad del sistema nervioso; para el sexo femenino la discapacidad relacionada con el sistema nervioso se muestra en primer lugar y en segundo lugar la discapacidad del movimiento del cuerpo. En tercer lugar para ambos sexos se encuentra la discapacidad de los ojos.



Tabla 89: Alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del Quindío, 2016

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
De 0 a 4 años	22	8	2	26	6	2	14		5	6	44
De 05 a 09 años	79	21	13	165	15	6	108	5	30	46	276
De 10 a 14 años	96	33	19	326	26	13	164	4	49	88	448
De 15 a 19 años	160	53	23	403	31	17	194	10	59	132	576
De 20 a 24 años	174	47	24	336	31	16	212	14	102	140	545
De 25 a 29 años	186	53	29	282	27	12	192	19	101	116	493
De 30 a 34 años	176	39	22	209	32	10	127	13	59	72	371
De 35 a 39 años	200	34	18	222	26	7	120	14	50	78	391
De 40 a 44 años	212	41	21	194	30	20	77	6	35	91	385
De 45 a 49 años	213	34	20	155	22	10	69	8	46	99	367
De 50 a 54 años	303	55	20	215	43	13	91	15	51	146	486
De 55 a 59 años	330	83	27	191	31	19	67	11	53	150	507
De 60 a 64 años	356	111	23	201	53	11	73	8	82	187	596
De 65 a 69 años	366	126	48	193	58	16	69	11	108	207	604
De 70 a 74 años	347	144	37	162	72	16	68	13	104	230	564
De 75 a 79 años	347	156	41	162	57	14	57	12	132	218	578
De 80 años o más	962	441	165	464	156	51	164	31	409	663	1.485
Total general	4.559	1.492	554	3.922	722	254	1.875	194	1.484	2.683	8.766

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

Tabla 90: Alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del Quindío, 2016

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
De 0 a 4 años	26	6	5	22	5	1	9	3		8	44
De 05 a 09 años	65	10	18	103	10	4	69	12	27	38	173
De 10 a 14 años	87	23	9	197	15	7	99	4	34	76	302
De 15 a 19 años	115	47	23	262	27	9	136	10	43	103	411
De 20 a 24 años	132	26	23	234	35	9	128	10	65	104	410
De 25 a 29 años	120	30	15	194	32	14	108	11	53	93	317
De 30 a 34 años	89	27	16	135	33	10	87	11	39	76	232
De 35 a 39 años	107	37	22	136	24	18	78	8	42	63	259
De 40 a 44 años	136	35	16	134	38	15	54	8	37	71	275
De 45 a 49 años	185	61	33	187	53	18	89	12	47	109	391
De 50 a 54 años	234	68	29	170	56	21	56	6	40	122	410



De 55 a 59 años	283	117	39	210	67	13	72	9	86	184	512
De 60 a 64 años	343	157	35	199	82	21	51	18	77	219	570
De 65 a 69 años	345	152	27	194	81	19	62	11	80	192	531
De 70 a 74 años	332	180	37	179	75	16	52	15	79	220	519
De 75 a 79 años	386	180	45	186	85	16	62	13	98	229	576
De 80 años o más	1.083	450	126	516	202	86	141	37	365	634	1.512
Total general	4.076	1.610	519	3.262	921	297	1.356	199	1.214	2.548	7.461



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

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.

De acuerdo a la información disponible para el presente documento, se cuenta con los datos con corte a la vigencia 2015, observando un crecimiento importante del registro, lo que ofrece un panorama más completo de las personas con estas condiciones; el registro se ha incrementado entre 2011 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%) **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Para la vigencia 2015, se encuentra que el 5.15% del total de personas clasificadas con discapacidad se encuentran desempeñando actividades laborales, que les genera algún tipo de ingreso, situación a intervenir, con el fin de generar estrategias intersectoriales que favorezcan el ingreso de la población en condición de discapacidad al entorno laboral.

Tabla 91: 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 permanente en el sistema nervioso	1.976	2.061	2.678	4.964	7.106	43%
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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** detalla cómo están ingresando los diferentes tipos e 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 92: 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 en los oídos	14.29	3.13	6.20	7.33	4.91
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 cerebro-vasculares y sus secuelas; las afectaciones de la hipertensión y la diabetes sobre las micro-vasculatura, 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 último 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.



4.2 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 trasmisión 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 2014, 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 válida la información y generándose un mejor aporte para la toma de decisiones.

Para Colombia en el año 2014 (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 2014 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 Neoplasias, infecciones y lesiones, incrementaría levemente su tasa ajustadas durante 2005 al 2014.

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 2014. Los valores en ellos ascienden hasta los 213 casos esperados por 100.000 personas estandarizadas, y en las mujeres a 148 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 para 2014 de 164.1 x 100.000 habitantes.

El tercer 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 hombres y mujeres se relaciona especialmente con los homicidios, en ellos la tasa se muestra en 36 por cada 100,000 hombres estandarizados, y en ellas se podría esperar una cifra 10 veces menor en 2014; 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.

Las neoplasias, que son el cuarto motivo de defunciones en ambos sexos aportando una tasa estandarizada más alta, 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.

Durante el periodo entre 2005 a 2014, 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 2014 y evaluando el total de los AVPP y la distribución de peso porcentual por las grandes causas, se identifica que para el sexo masculino corresponde el 61.35% del total de AVPP, ocupando el primer lugar



las causas externas que entregan 37.51%, en segundo lugar las enfermedades del sistema circulatorio 19.79%, en el tercer lugar las demás causas con el 15.33%, continúan las neoplasias con 14.08%, en el quinto lugar las enfermedades transmisibles 10.45%, le siguen afecciones perinatales 4,17% y en último lugar el grupo de signos y síntomas mal definidos 0.41%.

Para el sexo femenino le corresponde el 38.65% del total de AVPP medidos para el Dpto. del Quindío vigencia 2014, ocupando el primer lugar, la Neoplasias con el 30%, en segundo lugar las demás causas con el 26.6%, en tercer lugar se encuentran las Enfermedades del sistema circulatorio con el 22.6%, el cuarto lugar las enfermedades transmisibles con el 8.53%, las causas externas con el 7.99%, siguen las afecciones del periodo perinatal con el 3.72% y finalmente los signos mal definidos con el 0.41%

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 franja de muertes a edades prematuras por homicidios (no diciendo que se presenten a mayores edades), y en el caso de las mujeres, las neoplasias 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 2014, 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 2014, en el departamento la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal y la tasa de mortalidad infantil se observa una tendencia al aumento. La tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años la tendencia ha venido en incremento.

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

5.1 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



5.2 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 99.8 por 100,000 habitantes en el departamento del Quindío y se encuentra un 4% 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 99.6 por 100,000 habitantes, un 10% por encima del referente nacional.
- Cobertura de servicio público domiciliario de alcantarillado: El Quindío supera en 23% la tasa de cobertura de alcantarillado del país, siendo la tasa departamental del 99,3 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 4,39%, mientras que este indicador para el nivel nacional es del 23.4%, lo cual indica que el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano es 19% 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 14,0% por debajo del referente nacional.
- Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas: corresponde en el Departamento al 2%, 15% 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 Tabla 93, 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 93: Determinantes intermedios en Quindío y Colombia, 2015

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	QUINDIO
Cobertura de servicios de electricidad	96,67	99,80
Cobertura de acueducto	89,9	99,60
Cobertura de alcantarillado	76,7	99,30
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	23,4	4,39
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	3,90
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	2,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social, 2015.

5.3 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 evaluado a través del Índice de concentración; el cual mide la desigualdad en relación al urbanismo 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 56.

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 dado que la totalidad de los casos corresponden a la zona urbana.

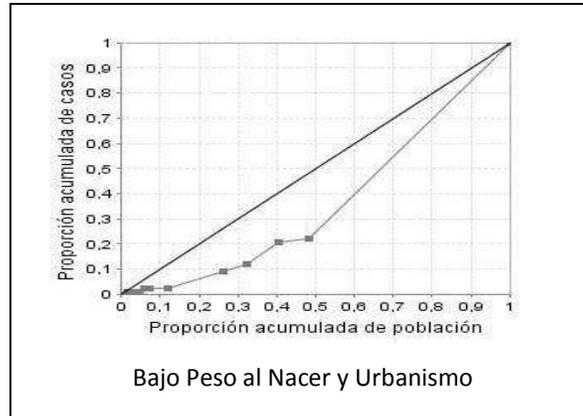


Figura 56: Urbanismo, Bajo Peso al Nacer y Sífilis Congénita, a través del Índice de Concentración

Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP.

5.4 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



, 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 94. Determinantes intermedios de la salud - Seguridad Alimentaria y Nutricional del Quindío, 2015

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	QUINDÍO	Comportamiento									
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	1,10					↗					
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2014)	8,8	6,96	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	3,50					↗					
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	9,60					↗					
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16,5	17,50					↗					
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	15,2	15,10					↗					
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	20,60					↗					
El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior												

5.5 CONDICIONES DE TRABAJO

De acuerdo al boletín “Mercado Laboral por Departamentos 2016”, el Departamento del Quindío, muestra la mayor tasa de desempleo a nivel Nacional con el 13.9%, seguido de los departamentos de Norte de Santander y Cesar.

En 2016, la tasa global de participación para el Departamento fue del 64.8%, presentando un aumento de 1.5 puntos porcentuales frente al año 2015 (63.3%), la tasa de ocupación se situó en el 55.7%.



Gráfico No. Tasa global de participación, de ocupación y de desempleo Quindío 2008 – 2016



Fuente DANE - GEIH

La tasa de subempleo objetivo del Quindío fue de 13.5% y de subempleo subjetivo 35.1%

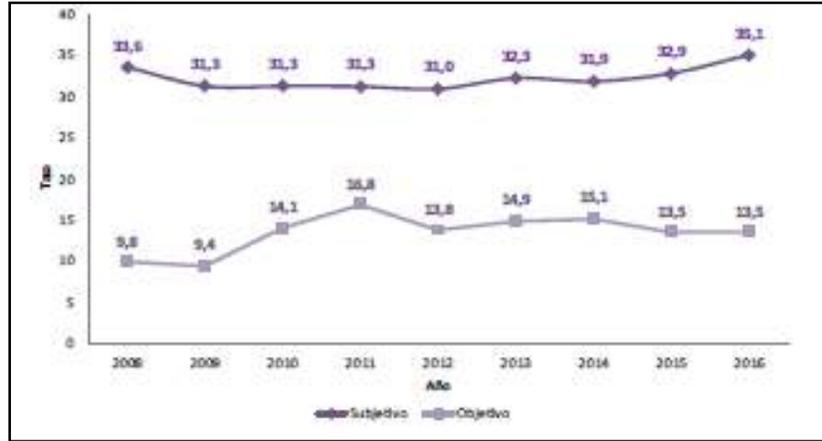


Grafico No... Tasa de subempleo objetivo y subjetivo Quindío 2010 – 2016

Fuente: DANE – GEIH

De acuerdo a los datos obtenidos por la gran encuesta Integrada de hogares, se exponen los indicadores relacionados con la salud laboral del Departamento del Quindío y su tendencia entre el 2001 al 2016, según la tabla No 95.

Tabla 95: Resultados gran encuesta Integrada de Hogares – series anuales indicadores laborales Dpto del Quindío 2010 – 2016

Concepto	Información anual de Enero a Diciembre						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% población en edad de trabajar	80,2	80,5	80,7	80,8	81,0	81,1	81,2
TGP	59,4	60,9	61,6	62,7	63,6	63,3	64,8
Tasa de Ocupación	48,7	50,1	52,1	52,8	55,0	55,2	55,7
Tasa de Desempleo	18,1	17,7	15,4	15,8	13,5	12,9	13,9
T.D. Abierto	17,1	16,6	14,2	14,5	12,5	11,7	12,6
T.D. Oculto	1,0	1,1	1,2	1,3	1,1	1,2	1,3
Tasa de subempleo subjetivo	31,3	31,3	31,0	32,3	31,9	32,9	35,1
Insuficiencia de horas	9,8	8,4	11,0	11,4	10,4	10,3	11,7
Empleo inadecuado por competencias	20,7	20,2	16,7	15,7	13,8	15,7	18,5
Empleo inadecuado por ingresos	28,1	28,5	27,2	28,5	28,3	29,3	31,4



Tasa de subempleo objetivo	14,1	16,8	13,8	14,9	15,1	13,5	13,5
Insuficiencia de horas	4,9	4,8	5,2	6,3	5,8	4,7	5,6
Empleo inadecuado por competencias	9,9	11,5	7,6	7,5	7,1	6,4	7,4
Empleo inadecuado por ingresos	12,3	15,0	11,9	12,8	13,0	11,7	11,8
Población total	550	553	556	559	562	565	569
Población en edad de trabajar	441	445	448	452	455	459	462
Población económicamente activa	262	271	276	283	289	290	299
Ocupados	215	223	234	239	250	253	257
Desocupados	47	48	43	45	39	37	42
Abiertos	45	45	39	41	36	34	38
Ocultos	3	3	3	4	3	3	4
Inactivos	179	174	172	168	166	168	163
Subempleados Subjetivos	82	85	86	91	92	95	105
Insuficiencia de horas	26	23	30	32	30	30	35
Empleo inadecuado por competencias	54	55	46	44	40	45	55
Empleo inadecuado por ingresos	74	77	75	81	82	85	94
Subempleados Objetivos	37	45	38	42	44	39	41
Insuficiencia de horas	13	13	14	18	17	14	17
Empleo inadecuado por competencias	26	31	21	21	21	19	22
Empleo inadecuado por ingresos	32	41	33	36	38	34	35

Fuente: DANE encuesta continua de Hogares, Gran encuesta integrada de hogares.

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 mayor 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.

5.6 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 :

- 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 del 0%.
- Cobertura de tratamiento antirretroviral: 95% de las personas que viven con el virus del VIH reciben tratamiento antirretroviral, el indicador está 0.9% por debajo 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 163.6 por 100.000 habitantes, presentando un aumento significativo de 37.5 puntos de tasa más que el indicador del nivel nacional, ubicándose dentro de los primeros lugares a nivel Nacional
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: 248.3 por 100.000 mujeres, presentando 41.7 puntos de tasa por encima del indicador Nacional.



Tabla 96: Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales del Quindío

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	QUINDIO	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	47,45	40,90					↗							
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	40,10							40,1					
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	79,1	83,80					↗							
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,22	7,39							7,4					
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2015)	1,71	0,00				-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cobertura de tratamiento antiretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2015)	95,9	95,00							-	↗	↗	↗	↗	↗
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	14,17							0,0					
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	14,50		0,0										
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (MD LEGAL 2015)	126,1	163,60							-	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (MD LEGAL 2015)	206,6	248,30							-	↗	↗	↗	↗	↘
El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior Para las mediciones únicas aparecerá el único valor registrado														

Fuente: Consulta a las Encuestas de ENS 2007, ENSIN 2010, ENSPA 2011, ENDS 2010, Cuenta de alto costo MSPS 2015, Medicina Legal 2015 a través del Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO.

5.7 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 cobertura de atención en vacunación y a llevar los resultados departamentales a una comparación con parámetros nacionales determinamos que según la disponibilidad de información (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**):

- 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: 89.42%, el indicador se encuentra 7% 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 cobertura de vacunación con BCG (2005 - 83.7% y 2015 - 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 2014 se situó en 95%; sin embargo el Quindío está un 7% 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 2014 (99.53%) en 0.7% y es un 1 punto más alto que el indicador Nacional en 2014; 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 para la vigencia 2014 se alcanza el 99.6%, quedando 1 punto porcentual por encima de la medición Nacional

Tabla 97: Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento

Determinantes intermedios de la salud	COLOMBIA	QUINDIO	Comportamiento											
			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	12,70												
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,3	7,10												
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2015)	96,49	89,42							-	-	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2015)	89,7	105,10	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	91,4	97,10	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	91,4	97,10	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	94	93,20	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2014)	87,92	95,00	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2014)	98,81	99,53	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2014)	98,88	99,59	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	



En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presentan las poblaciones de los municipios in afiliación 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 98: 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%

5.8 ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** detalla el volumen de servicios habilitados para la restación 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

detalla este volumen ya por tipo de servicios específicos de atención habilitada y para 2015, 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 ciudadano, 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 99: 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 100: 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 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
	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 diagnosticas	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
CONSULTA EXTERNA	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
	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
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 ginecobstetricia	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
	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
INTERNACION	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 psiquiatría	2
	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
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	2
OTROS SERVICIOS	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
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	3
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	63
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	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
	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
QUIRURGICOS	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
	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 angiológica	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
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	23
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	7
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	22



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS, corte diciembre de 2015

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 101.

Tabla 101: 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	0,96
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,08
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,07
Razón de camas por 1.000 habitantes	1,92

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS, corte diciembre de 2015

5.9 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.

5.10 POBREZA.

Entre los aspectos relevantes, de acuerdo a los indicadores sobre pobreza encontramos (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**):

- 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 2014 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 2005 (0.52) y 2015 (0.49), el coeficiente de Gini en el departamento del Quindío tuvo una reducción de 0.1 puntos, lo cual representa una disminución leve en la desigualdad entre los ingresos de los hogares.



Tabla 102: Otros indicadores de ingreso socio económicos, Quindío 2005 – 2015

INDICADOR	2005	2012	2013	2014	2015
IPM	41,6%				
Índice Pobreza Monetaria	45,6	38,9	35,6	31,7	
Tasa Desempleo %	19,5	15,4	15,8	13,5	12,9
GINI (Eje derecho)	0,52	0,53	0,50	0,50	0,49

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 2014, 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 ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

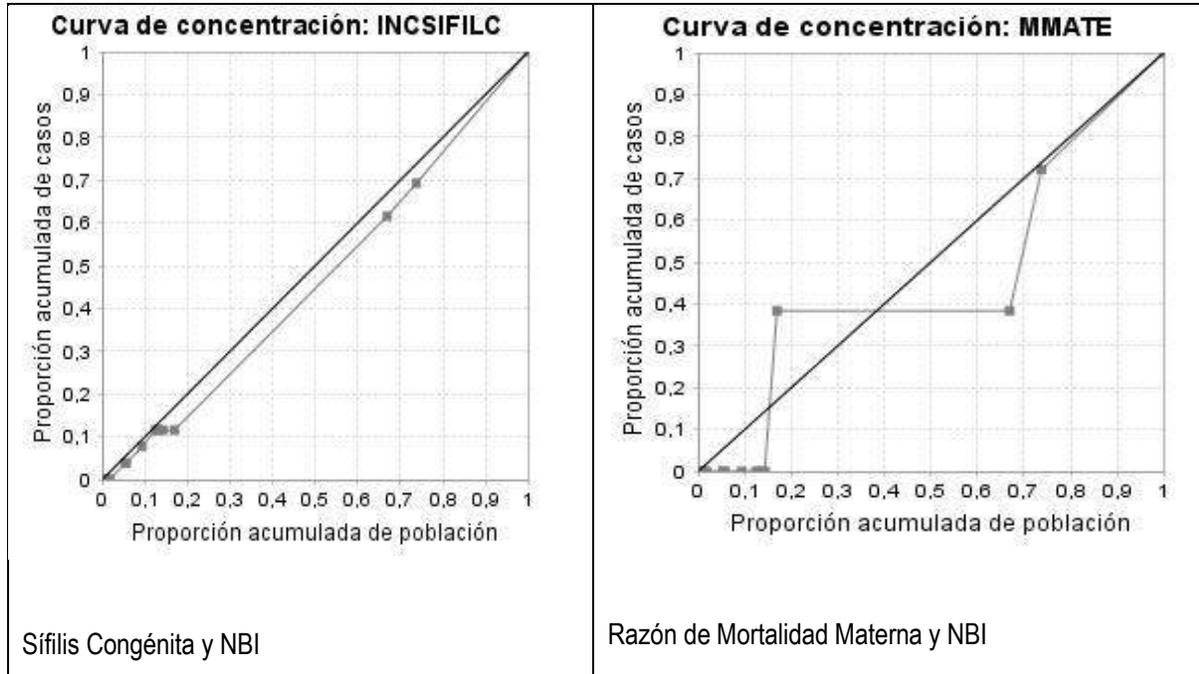


Figura 57: NBI, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración

Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP

5.11 COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN

La tasa de cobertura de educación primaria se definió en 89.5%, para la vigencia 2015, presentando disminución en su cobertura, mostrándose 10 puntos porcentuales por debajo de la cobertura Nacional; con una tendencia a la disminución entre 2007 (115.9%) y 2012 (102.6%); la tasa de cobertura bruta de educación secundaria es 8%, 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 2015 con un 88.6%,

Tabla 103: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2015



Eventos de Notificación Obligatoria	COLOMBIA	QUINDIO	Comportamiento													
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	14,50			15											
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2015)	105,2%	89,5%	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2015)	100,8%	108,4%	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2015)	77,8%	88,6%	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	

Fuente: Ministerio de Educación Nacional – Tasas de Cobertura Neta por Nivel

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 6 de cada 10 personas mayores de 15 años en el Quindío presentan bajo logro escolar. Los municipios con los mayores índices de 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se detallan los indicadores mencionados.

Tabla 104: 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	637	14.5	7.4	24.6

Fuente Departamento Nacional de Planeación, DNP.

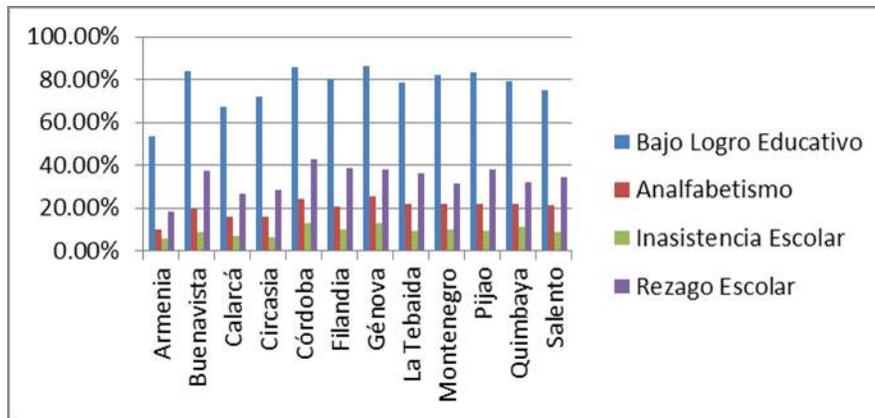


Figura 58: Condiciones de la cobertura educativa del Quindío, por el IMP, proyección 2005 DNP

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 ¡Error! No se encuentra el origen de a referencia..

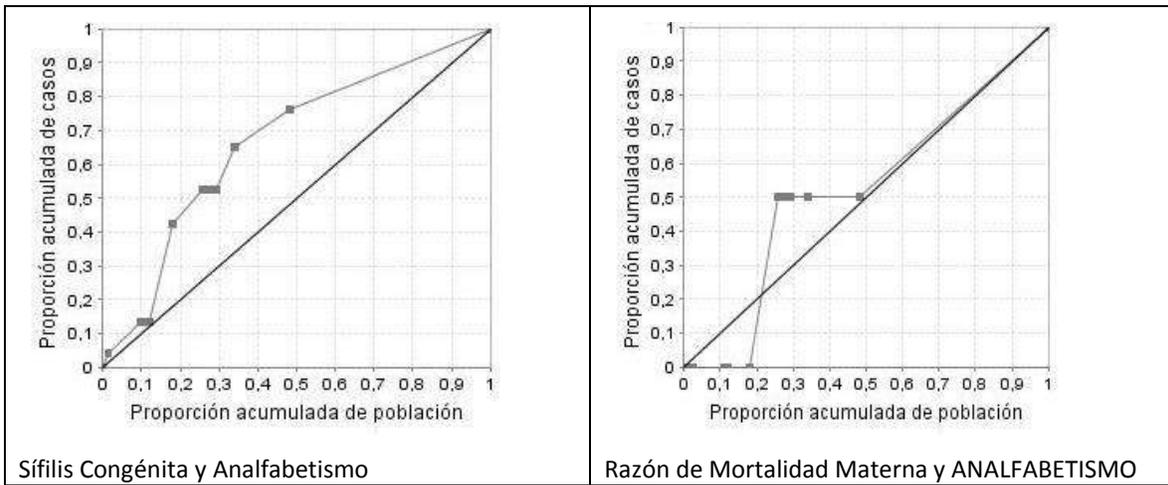


Figura 59: Analfabetismo, Sífilis Congénita y RMM a través del Índice de Concentración

Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP.

5.12 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 ¡Error! o se encuentra el origen de la referencia..

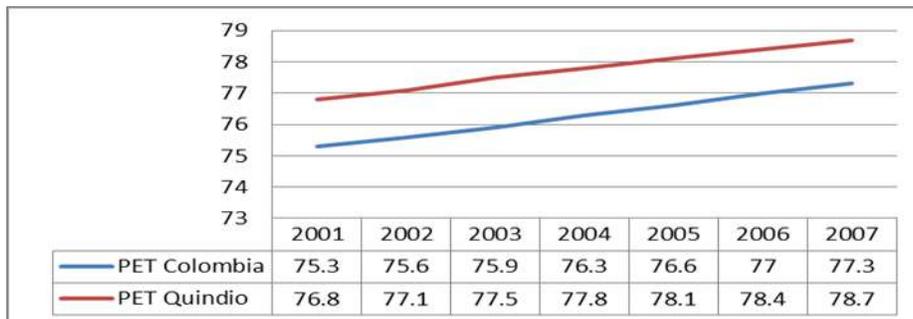




Figura 60: Población económicamente activa departamento Quindío, 2001 -2007

Fuente: DANE

5.13 TASA DE DESEMPLEO

Entre 2001 a 2004, en el Quindío se presentó un aumento en la tasa de desempleo que llegó a 19.2%, y entre 2004 y 2007 la tasa de desempleo disminuyó a 5.4%; para 2007 y 2009 la tasa de desempleo aumentó a 37.2% y entre el 2009 y 2012 la disminución fue del 15.4%, el último dato del DANE para Quindío en 2016, sitúa la tasa de desempleo en 13.9% (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). La población económicamente activa ha crecido a la par del país, y para 2007 se considera que 90% de la población presente esta clasificación, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

Figura 61: 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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, 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 este indicador son Buenavista, Córdoba, Filandia, Génova y Pijao.

Tabla 105: 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%

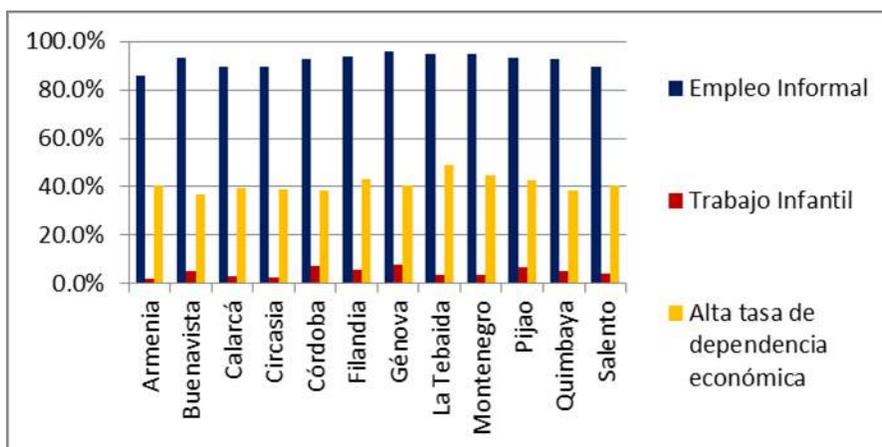


Figura 62: Empleo informal, trabajo infantil y dependencia económica, Quindío.

Fuente: Índice de Pobreza Multidimensional – IPM, DANE

5.14 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.



6 CAPÍTULO VI: 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.

6.1 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 (Tabla 106).

6.2 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, ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

Tabla 106. Priorización de los problemas de salud del Quindío, 2016

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental	Problema 1 Alta Incidencia de dengue	009
	Problema 2 Tasa de mortalidad por IRA en la población infantil	009
	Problema 3 Alta morbilidad por EDA en la población infantil	009
	Problema 4 Alta incidencia de Agresiones por Animales potencialmente transmisores de la Rabia	010
	Problema 5 Mortalidad riesgo cardiovascular	001
	Problema 6 Alta mortalidad neoplasias	007



2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	Problema 7 Alta morbilidad por caries dental	006
	Problema 8 Mortalidad prematura por patologías crónicas (mujeres)	001
	Problema 9 Alta mortalidad infantil por defectos y anomalías congénitas	008
3. Convivencia social y salud mental	Problema 10 Mortalidad por causas externas	012
	Problema 11 Mortalidad por lesiones autoinflingidas	005
	Problema 12 Mortalidad por accidentalidad	012
	Problema 13 Morbilidad por trastornos mentales por consumo de SPA En población joven y adolescente	004
	Problema 14 Aumento de la violencia contra la mujer	012
4. Seguridad alimentaria y nutricional	Problema 14 Bajo peso al nacer.	008
	Problema 15 Prevalencia DNT crónica en niños y como causa de muerte	003
	Problema 15 Aumento de la incidencia de sífilis gestacional y congénita	009
	Problema 16 Embarazos en adolescentes (10-19)	008
	Problema 17 Falencias en la prestación de servicios para el binomio madre e hijo	008
	Problema 18 Mortalidad perinatal	008
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	Problema 19 Elevadas incidencias de VIH-SIDA	009
	Problema 20 Elevadas incidencias de Tuberculosis	009
	Problema 21 Tasa mortalidad por IRA en menores de 5 años	009
7. Salud pública en emergencias y desastres	Problema 22 Tasa de mortalidad por emergencias y desastres mayor a nacional	013
	Problema 23 Falta de Centro Regulador de Urgencias	013
	Problema 24 Falta de preparación del personal de salud para la atención de emergencias y desastres	013
8. Salud y Ámbito laboral	Problema 25 Alta Accidentalidad laboral principalmente en la capital	011
9. Gestion diferencial en poblaciones vulnerables	Problema 26 Carencia de un modelo de atención diferenciado para el adulto mayor	000
	Problema 27 Carencia de estrategias de APS a poblaciones especiales y vulnerables	000
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	Problema 28 No definición de Diagnósticos por parte del personal médico	000
	Problema 29 codificación para morbilidad con relación al aumento de diagnósticos de síntomas y signos mal definidos	000
	Problema 30 No garantía de la calidad del dato a nivel institucional	000



Problema 31 Falencias en la aplicación de procesos jurídicos en relación a los incumplimientos identificados en las acciones de Inspección, Vigilancia y Control	000
--	-----



6.3 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, **¡Error! No se encuentra el origen de a referencia.**

Tabla 107: 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
MNEONA	Tasa Mortalidad Neonatal
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 **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** 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 Qundiana, 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 108: Índice de Necesidades en Salud del departamento, 2015

Unidades	Puntajes
CORDOBA	-9,74
GENOVA	-4,54
MONTENEGRO	-4,14
PIJAO	-2,84
QUIMBAYA	-2,7
CALARCA	-0,53
FILANDIA	1,4
ARMENIA	1,43
CIRCASIA	1,62
LA TEBAIDA	1,93
SALENTO	6,89
BUENAVISTA	11,03

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	-3,165
Cuartil 50	0,525
Cuartil 75	1,6975

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, que de acuerdo a la calificación de los municipios, órdoba, Génova y Montenegro son los municipios con mayores índices de necesidades en salud al presentar los valores negativos más altos en la tabla, mientras que La Tebaida, Salento y Buenavista son los municipios en mejores condiciones de salud.

Es importante tener en cuenta que, de una vigencia a otra, el comportamiento puede variar, dado el comportamiento mostrado por los eventos de interés en Salud pública.



Para el caso del municipio de Córdoba, clasificado como el de mayor riesgo en relación a las condiciones de salud, le afecta la tasa de incidencia de dengue, un incremento en la tasa de mortalidad por causas externas entre otros aspectos, que llegan a impactar con mayor fuerza a los municipios de menor densidad poblacional y con niveles de NBI críticos como es el caso de los municipios cordilleranos.

7 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 la 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; es importante 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, por medio de la generación de otras fuentes de información local, sustentadas en investigaciones específicas o profundas para los aspectos que en el territorio se deseen indagar; esta aseveración, mejoraría la explicación de los eventos facilitando la planificación para la intervención de los mismos, de forma tal, 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 simbiosis diversas (biológicas, sociales-económicas, culturales, estilos de vida, servicios de salud, psicológicas, conductuales, ambientales-sanitarias, etc).

Es completamente indispensable contar con procesos que prioricen la formación capacitación continua y las actualizaciones del personal de salud, buscando el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud en el territorio, promocionando el seguimiento de guías, protocolos, procesos y procedimientos fundamentales para la estandarización de procesos así como la medición y evaluación de los mismos; 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 el orden de los capítulos del documento se resaltarán 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 2014. 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 precursores 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 2014). 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 2014; 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, estómago, 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 2014.

▣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 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 2014.

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 causas 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 2014 sus tasas llegarían a mostrar una tendencia al incremento.

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 201, donde el total de las defunciones sumaron 68.676 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 perdida 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 2014 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 2014.

Si utilizamos la semaforización y al comparamos 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 2014, esta está descendiendo, pero no en forma “organizada” dentro del departamento; la 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 2014, 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.

7.1 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 peñ 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 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 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).

312

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 al 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 servicio 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, despejara 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.

318

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.