

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD EN EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES. DEPARTAMENTO DEL QUINDIO





Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD
DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019**

1

ROBERTO JAIRO JARAMILLO CÁRDENAS

Gobernador del Quindío

YENNY ALEXANDRA TRUJILLO ALZATE

Secretaria de Salud Departamental

ERIKA RAQUEL BLANQUISETT HERRERA

Directora de Prevención, Vigilancia y Control de Factores de Riesgo en Salud

Departamento del Quindío, enero de 2020



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



**ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD EN EL MODELO DE DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD
DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019**

ELABORACIÓN Y EDICIÓN

2

ANA CECILIA LOPEZ VIDAL

Profesional Especializada

Dependencia de Vigilancia en Salud Pública

ROMELIA GONZALEZ QUINTERO

Ingeniera de Sistemas - Contratista

Dependencia Vigilancia en Salud Pública

Departamento del Quindío, enero de 2020



GLOSARIO

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
INS	Instituto Nacional de Salud
INVÍAS	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



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de Salud
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
PIB	Producto Interno Bruto
SISBEN Sociales.	Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TB	Tuberculosis



TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCION	20
2	METODOLOGIA.....	22
3	CAPITULO I: TERRITORIO Y DEMOGRAFÍA.....	25
3.1	EL TERRITORIO DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO.....	25
3.1.1	RESEÑA HISTÓRICA.....	25
3.1.2	LOCALIZACIÓN EN EL PAÍS.....	26
3.2	GEOGRAFÍA DEL TERRITORIO.....	28
3.2.1	RELIEVE.....	28
3.2.2	HIDROGRAFÍA.....	29
3.2.3	OFERTA HIDRICA TOTAL SUPERFICIAL – OHTS.....	30
3.2.4	INDICE DEL USO DEL AGUA.....	33
3.2.4.1	UNIDAD HIDROGRÁFICA RÍO QUINDÍO.....	34
3.2.5	ALTITUD Y RELIEVE.....	37
3.2.6	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA.....	40
4	CONTEXTO DEMOGRÁFICO	44
4.1	POBLACIÓN TOTAL	44
4.2	ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	56
4.3	POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD.....	59
4.4	DINÁMICA DEMOGRÁFICA.....	61
5	MOVILIDAD FORZADA.....	70
5.1	PERFIL SOCIAL Y DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	70
6	ATENCION A POBLACION MIGRANTE.....	86
6.1	ORIGEN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS.....	89
6.2	DEMOGRAFIA DE LAS ATENCIONES A MIGRANTES.....	91
6.3	MORBILIDAD ATENDIDA.....	94
7	ZONAS DE RIESGO	97
7.1	AMENAZAS DE TIPO NATURAL	97



7.1.1	RIESGOS SISMICOS	97
7.1.2	ERUPCIONES VOLCÁNICAS.....	98
7.1.3	DESLIZAMIENTOS.....	100
7.1.4	VENDABALES.....	102
7.1.5	LA VULNERABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO ANTE INCENDIOS FORESTALES.....	104
7.2	PRIORIZACION DE LAS AMENAZAS	107
8	CONCLUSIONES.....	109
9	CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES.....	114
10	MORTALIDAD.....	115
10.1	ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL.....	115
10.2	MORTALIDAD ESPECÍFICA POR SUBGRUPO DE CAUSAS.....	132
10.3	TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD.....	157
10.4	MORTALIDAD AJUSTADA POR SUBGRUPOS DE CAUSAS POR SEXO.....	164
10.5	AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP.....	182
10.6	TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP).....	188
10.7	SEMAFORIZACION POR MORTALIDAD.....	191
10.8	MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA.....	193
10.8.1	MORTALIDAD INFANTIL Y NIÑEZ.....	193
10.8.2	MORTALIDAD INFANTIL.....	194
10.8.3	MORTALIDAD NEONATAL.....	198
10.8.4	MORTALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) EN MENOR DE 5 AÑOS.....	201
10.8.5	MORTALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENOR DE 5 AÑOS.....	202
10.8.6	MORTALIDAD POR DESNUTRICION EN MENOR DE 5 AÑOS.....	203
10.9	MORTALIDAD POR CAUSAS SEGÚN LA LISTA 6/67 EN MENORES DE 1 AÑO Y ENTRE 1 A 5 AÑOS.....	204
10.10	MORTALIDAD MATERNA.....	222
11	ANÁLISIS DE DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ.....	224
11.1	DETERMINANTES DE SALUD INTERMEDIARIOS EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.....	226
11.2	DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.....	228
11.2.1	ETNIA.....	228
11.3	ÁREA DE RESIDENCIA.....	229
12	MORTALIDAD POR CURSO DE VIDA.....	232



13	IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES POR MORTALIDAD GENERAL, ESPECÍFICA Y MATERNO -INFANTIL.	249
14	CONCLUSIONES.	252
15	PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA.....	254
15.1	ANÁLISIS DE MORBILIDAD POR CURSO DE VIDA.	256
15.1.1	MORBILIDAD PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS).....	259
15.1.2	MORBILIDAD ATENDIDA EN LA INFANCIA (6 A 11 AÑOS).....	260
15.1.3	MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS).....	262
15.1.4	MORBILIDAD ATENDIDA EN LA JUVENTUD (18 A 28 AÑOS).....	263
15.1.5	MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADULTEZ (29 A 59 AÑOS).....	265
15.1.6	MORBILIDAD EN EL CURSO DE VIDA DE LA VEJEZ (MAYOR DE 60 AÑOS).....	266
15.2	MORBILIDAD POR SUBGRUPOS DE CAUSAS EN LOS CURSOS DE VIDA.	268
15.3	CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES.	281
15.4	CONDICIONES MATERNAS Y PERINATALES.	282
15.5	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.....	283
15.6	LESIONES.....	285
16	MORBILIDAD ESPECÍFICA DE SALUD MENTAL.	286
17	MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO.	287
18	MORBILIDAD DE EVENTOS PRECURSORES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	289
19	MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO).....	290
19.1	AGRESIONES POR APTR.	294
19.2	VIOLENCIA DE GENERO.....	303
19.3	VARICELA.....	329
20	ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.	345
20.1	CONDICIONES GENERALES 2009 A 2018.....	345
20.2	PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD POR SEXO.	347
21	CONCLUSIONES.	349
22	CAPITULO III. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD – DSS.	352
22.1	ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.	352
22.2	CONDICIONES DE VIDA.	354
22.3	SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....	356



22.4	CONDICIONES DE TRABAJO	358
22.5	CONDICIONES Y FACTORES PSICOLÓGICOS – CULTURALES	362
22.6	SISTEMA SANITARIO	364
22.7	ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	368
22.8	ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD	375
22.9	POBREZA	376
22.10	COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN	379
22.11	ETNIA	385
23	CAPÍTULO VI: PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD	385
23.1	RECONOCIMIENTO DE LOS PRINCIPALES EFECTOS DE SALUD IDENTIFICADOS PREVIAMENTE	386
23.2	PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD	386
24	ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD – INS.....	392
25	RECOMENDACIONES TECNICAS CON BASE EN EL ANALISIS SITUACION DE SALUD – ASIS, QUINDIO / 2018.	395



Lista de Mapas

MAPA 1: DEPARTAMENTO QUINDÍO EN COLOMBIA.	26
MAPA 2: DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA Y LIMITES, DEPARTAMENTO QUINDÍO.....	28
MAPA 3: UNIDAD DE MANEJO DE CUENCA – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.	32
MAPA 4: RELIEVE, HIDROGRAFÍA, ZONAS DE RIESGO, DEPARTAMENTO, QUINDÍO.....	38
MAPA 5: VÍAS Y AEROPUERTO DE DEPARTAMENTO QUINDÍO.	41
MAPA 6: PORCENTAJE DE URBANIZACIÓN/RURALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2019.....	47
MAPA 7: DENSIDAD POBLACIONAL POR KILÓMETRO CUADRADO DEL DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2019.	50
MAPA 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS MUNICIPIOS SEGÚN VOLUMEN DE VIVIENDAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005.....	53
MAPA 9: VENEZOLANOS EN COLOMBIA POR DEPARTAMENTO – 31 DE OCTUBRE DE 2019.....	88
MAPA 10: POBLACIÓN VENEZOLANA EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO CORTE A OCTUBRE 31 DE 201.....	89
MAPA 11: LOCALIZACIÓN DE VOLCANES.....	99
MAPA 12: CORREDOR DE VENDAVALES DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO – UDEGERD QUINDIO 2018.....	103
MAPA 13: CANTIDAD DE VENDAVALES POR MUNICIPIO ENTRE 1987 – 2017 – UDEGERD QUINDIO 2018.....	104
MAPA 14: SUSCEPTIBILIDAD DE INCENDIOS FORESTALES RECALCULADA INCLUYENDO LOS NIVELES DE OCURRENCIAS HISTÓRICAS QUINDÍO 2011.....	105
MAPA 15: RIESGO PARA AGRESIONES POR APTR POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA SEGÚN INCIDENCIA. QUINDÍO, SEMANAS 01-52,2018.	296
MAPA 16: MAPA DE RIESGOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO, QUINDÍO, SE 01-52,2018.....	326



Lista de Tablas

TABLA 1: MUNICIPIOS DEPARTAMENTO QUINDÍO POR EXTENSIÓN TERRITORIAL EN KM ² POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2018.....	27
TABLA 2: FUENTES HÍDRICAS Y TRAMOS.....	31
TABLA 3: CATEGORÍAS E INTERPRETACIÓN DEL ÍNDICE DE USO DEL AGUA	33
TABLA 4: ÍNDICE DE USO DEL AGUA, AÑO 2018	34
TABLA 5: ÍNDICE DEL USO DEL AGUA RIO BARRAGAN Y SECTOR PUERTO ESPEJO.	35
TABLA 6: ALTURA MEDIA SOBRE EL NIVEL DEL MAR, MUNICIPIOS, QUINDÍO.	38
TABLA 7: DISTANCIA EN KILÓMETROS, TIEMPO DE TRASLADO Y TIPO DE TRANSPORTE BÁSICO DESDE MUNICIPIOS A CAPITAL DEPARTAMENTAL, DEPARTAMENTO QUINDÍO.	41
TABLA 8: TOTAL, KILÓMETROS DE VÍAS POR TIPO, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2015.	42
TABLA 9: TOTAL, PASAJEROS AEROPUERTO EL EDÉN, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2017-2018	43
TABLA 10: TOTAL, PASAJEROS NACIONALES E INTERNACIONALES AEROPUERTO EL EDÉN, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2017 -2018.	43
TABLA 11: COMPARATIVO POBLACIONAL CENSO 2005, PROYECCIÓN 2018 VS RESULTADOS CENSO 2018, SEGÚN MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.	45
TABLA 12: POBLACIÓN TOTAL Y PROPORCIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA, QUINDÍO, 2019.	47
TABLA 13: CRECIMIENTO POBLACIONAL AÑOS 2005 - 2020, DEPARTAMENTO QUINDÍO.	49
TABLA 14: ÁREAS MUNICIPALES (URBANAS Y RURALES) Y DENSIDAD POBLACIONAL DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2019.	50
TABLA 15: TOTAL, VIVIENDAS, PERSONAS EN VIVIENDAS, PERSONAS TOTALES Y PERSONAS POR VIVIENDA, DEPARTAMENTO QUINDÍO.	52
TABLA 16: RESULTADOS ENCUESTA CALIDAD DE VIDA, REGIÓN CENTRAL, COLOMBIA 2016.	53
TABLA 17: TOTAL, TIPOS DE VIVIENDA, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005.	54
TABLA 18: PORCENTAJE DE HOGARES (VIVIENDA) MUNICIPALES CON PRIVACIÓN, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005.	55
TABLA 19: POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005.	59
TABLA 20: POBLACIÓN POR GRUPO ETARIO Y PORCENTAJE, DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005, 2017 Y 2020.	60
TABLA 21: INDICADORES DE LA DINÁMICA DEMOGRÁFICA, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, 1985 A 2020	61
TABLA 22: INDICADORES DE REPRODUCCIÓN ESTIMADA, QUINDÍO, 1985 A 2020.	64
TABLA 23: DINÁMICA DEMOGRÁFICA ESTIMADA, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2010 A 2020.	65
TABLA 24: TASA GENERAL Y ESPECÍFICAS DE NATALIDAD, QUINDÍO, 2005 – 2017.	66
TABLA 25: INDICADORES DE ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN EL DEPARTAMENTO, (PORCENTAJE); QUINDÍO 2005 A 2020.....	69
TABLA 26: PORCENTAJE POBLACIONAL VÍCTIMA DE DESPLAZAMIENTO (EXPULSADA Y RECIBIDA) POR CURSO DE VIDA, SEXO Y ORIENTACIÓN SEXUAL (OS), DEPARTAMENTO QUINDÍO 2017.	73
TABLA 27: PORCENTAJE POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO POR MUNICIPIOS - DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	75



TABLA 28: NACIDOS VIVOS DE MADRES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2018.....	78
TABLA 29: NACIDOS VIVOS DE MADRES VÍCTIMAS DEL CONFLICTO POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA DE LA MADRE – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2018.....	79
TABLA 30: ENOS EN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	82
TABLA 31, Y GRÁFICO 21: CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS EN POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2018.....	84
TABLA 32: CAUSAS DE MORTALIDAD, SE EN LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO, RESIDENTE EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, SEGÚN LOS SUBGRUPOS DE CAUSAS, CLASIFICACIÓN 6/67 DE LA OMS – 2018.....	85
TABLA 33: PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN EL PAÍS DE PROCEDENCIA, COLOMBIA - QUINDÍO 2019.....	90
TABLA 34: INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN MIGRANTE ATENDIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, VIGENCIA 2019.....	92
TABLA 35: ASEGURAMIENTO DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, COLOMBIA – QUINDÍO 2019.....	94
TABLA 36: ATEA DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN MIGRANTE, COLOMBIA - QUINDÍO 2019.....	95
TABLA 37: CAUSAS E ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS EN SALUD POBLACIÓN MIGRANTE, QUINDÍO, 2017 - 2018.....	96
TABLA 38 : EVENTOS DESTACADOS EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	101
TABLA 39: NIVEL DE VULNERABILIDAD MUNICIPAL, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2014.....	106
TABLA 40: AMENAZAS PRIORIZADAS POR MUNICIPIOS.....	107
TABLA 41: EVALUACIÓN DE LAS AMENAZAS – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	108
TABLA 42: <i>TOTAL, DE MUERTES OCURRIDAS, AGRUPADAS POR LA LISTA 6/67 OPS, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 AL 2017.....</i>	<i>118</i>
TABLA 43: PORCENTAJES DE VARIACIÓN EN EL COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS, ENTRE LOS AÑOS 2005 Y 2017 - DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.....	119
TABLA 44: <i>TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD POR GRANDES CAUSAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 AL 2017 (TASAS POR 100.000 HABITANTES).....</i>	<i>120</i>
TABLA 45: <i>TOTAL MUERTES Y TASAS ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>122</i>
TABLA 46: <i>TASAS ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>122</i>
TABLA 47: <i>TOTAL MUERTES Y TASAS ESPECÍFICAS POR LAS DEMÁS CAUSAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>123</i>
TABLA 48: <i>TASAS ESPECÍFICAS POR LAS DEMÁS CAUSAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>124</i>
TABLA 49: <i>TOTAL MUERTES Y TASAS ESPECÍFICAS POR NEOPLASIAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>126</i>
TABLA 50: <i>TASAS ESPECÍFICAS POR NEOPLASIAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>126</i>
TABLA 51: <i>TOTAL MUERTES Y TASAS ESPECÍFICAS POR CAUSAS EXTERNAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>128</i>
TABLA 52: <i>TASAS ESPECÍFICAS POR CAUSAS EXTERNAS, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>128</i>
TABLA 53: <i>TOTAL MUERTES Y TASAS ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>130</i>
TABLA 54: <i>TASAS ESPECÍFICAS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.....</i>	<i>130</i>



TABLA 55: *TOTAL MUERTES POR AFECCIONES PERIODO PERINATAL, POR QUINQUENIOS, QUINDÍO 2005 A 2017.*131

TABLA 56: *TOTAL MUERTES POR LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS MAL DEFINIDOS, QUINDÍO 2005 A 2017.*132

TABLA 57: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD SEGÚN 67 CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 A 2017.*.....135

TABLA 58: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD SEGÚN OTRAS CAUSAS DE ENFERMEDADES, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2017.*139

TABLA 59: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD SEGÚN 67 CAUSAS NEOPLASIAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2017.*.....144

TABLA 60: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD SEGÚN 67 CAUSAS EXTERNAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2017.*.....147

TABLA 61: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD SEGÚN 67 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2017.*.....153

TABLA 62: *TOTAL, DEFUNCIONES (EVENTOS) SEGÚN 67 CAUSAS PERINATALES, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 A 2017.*156

TABLA 63: *TOTAL, AVPP EN HOMBRES, MUJERES Y TOTAL POR LAS GRANDES CAUSAS, QUINDÍO. 2005 AL 2017.*.....185

TABLA 64: *TASA AJUSTADA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA OPS 6/67, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 – 2017.*.....189

TABLA 65: *TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR 1000 NACIDOS VIVOS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2017.*196

TABLA 66: *TASA DE MORTALIDAD INFANTIL AJUSTADA POR EL DANE, POR 1000 NACIDOS VIVOS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 A 2016.*198

TABLA 67: *TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, POR 1000 NACIDOS VIVOS, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2009 A 2017.*200

TABLA 68: *TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN LA LISTA DE 67 CAUSAS Y CAUSA ESPECÍFICAS, DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005 – 2017.*.....208

TABLA 69: *TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2005 – 2017.*.....217

TABLA 70: *TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 0 A 5 AÑOS, SEGÚN LA LISTA DE LAS 67 CAUSAS DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005 – 2017.*.....221

TABLA 71 : *SEMAFORIZACIÓN TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y NIÑEZ, DEPARTAMENTO, QUINDÍO 2005 – 2017.* ..225

TABLA 72: *RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA, QUINDÍO, 2016 – 2017.*.....229

TABLA 73: *RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ÁREA DE RESIDENCIA, QUINDÍO, 2015 – 2017.* ...230

TABLA 74: *MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS SEGÚN CURSO DE VIDA – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017*233

TABLA 75: *MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS SEGÚN CURSO DE VIDA EN HOMBRES – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017*.....235

TABLA 76: *MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS SEGÚN CURSO DE VIDA EN MUJERES – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017*236

TABLA 77: *MORTALIDAD POR SUBCAUSAS EN POBLACIÓN TOTAL SEGÚN CURSO DE VIDA– DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017*237

TABLA 78: *MORTALIDAD POR SUBCAUSAS EN HOMBRES SEGÚN CURSO DE VIDA– DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017.*242

TABLA 79: *MORTALIDAD POR SUBCAUSAS EN MUJERES SEGÚN CURSO DE VIDA– DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2017.*246

TABLA 80: *IDENTIFICACIÓN DE PRIORIDADES SEGÚN SITUACIÓN DE MORTALIDAD – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO – 2017.*249



TABLA 81: COMPARATIVO DE LA DEMANDA DE SERVICIOS COLOMBIA / DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO, 2018.	255
TABLA 82: VARIACIÓN PORCENTUAL DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN GENERAL SEGÚN CURSO DE VIDA Y DIFERENCIA PORCENTUAL 2016 - 2018, QUINDÍO 2009 – 2018.	257
TABLA 83: TOTAL, PORCENTUAL DE CAUSAS DE MORBILIDAD EN HOMBRES Y MUJERES POR CURSO DE VIDA, Y DIFERENCIA PORCENTUAL 2017 - 2018, QUINDÍO 2009 – 2018.	258
TABLA 84: TOTAL, PERSONAS ATENDIDAS PRIMERA INFANCIA, QUINDÍO 2017 – 2018.	259
TABLA 85: TOTAL, PERSONAS ATENDIDAS INFANCIA, QUINDÍO 2017 – 2018.	261
TABLA 86: TOTAL PERSONAS ATENDIDAS ADOLESCENCIA, QUINDÍO 2017 – 2018.	262
TABLA 87: TOTAL, PERSONAS ATENDIDAS EN LA JUVENTUD, QUINDÍO 2017 – 2018.	264
TABLA 88: TOTAL, PERSONAS ATENDIDAS ADULTEZ, QUINDÍO 2017 – 2018.	265
TABLA 89: TOTAL, PERSONAS ATENDIDAS VEJEZ, QUINDÍO 2017 – 2018.	267
TABLA 90: TOTAL, ATENCIONES POR CICLO DE VIDA, QUINDÍO 2017 – 2018.	268
TABLA 91: TOTAL, ATENCIONES POR CURSO DE VIDA, PRIMERA INFANCIA, QUINDÍO 2016 – 2018.	269
TABLA 92: PROPORCIÓN DE CAUSAS DE ATENCIÓN POR CAUSAS ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES, QUINDÍO 2009 – 2018.	281
TABLA 93: PROPORCIÓN DE CAUSAS DE ATENCIÓN POR CAUSAS MATERNO PERINATALES, QUINDÍO 2009 – 2018.	282
TABLA 94: MORBILIDAD ESPECÍFICA EN LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, EN LA PRIMERA INFANCIA QUINDÍO 2009 – 2018.	283
TABLA 95: MORBILIDAD ESPECÍFICA POR LAS LESIONES, QUINDÍO 2009 – 2018.	285
TABLA 96 MORBILIDAD ESPECIFICA DE SALUD MENTAL POR CURSO DE VIDA Y SEXO, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2009 - 2018.	286
TABLA 97: SEMAFORIZACIÓN Y TENDENCIA DE LOS EVENTOS DE ALTO COSTO QUINDÍO 2008 - 2018.	288
TABLA 98: EVENTOS PRECURSORES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, QUINDÍO, 2009 -2018.	290
TABLA 99: INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL REPORTE SEMANAL POR MUNICIPIO, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO – 2018.	292
TABLA 100: CINCO PRIMEROS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN, QUINDÍO 2011 – 2018.	293
TABLA 101: CLASIFICACIÓN DE LAS AGRESIONES POR APTR SEGÚN MUNICIPIO DE RESIDENCIA QUINDÍO SEMANA 01-52, 2018.	297
TABLA 102: CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LOS CASOS DE AGRESIONES POR APTR. QUINDÍO, SEMANAS 01-25, 2018.	299
TABLA 103: NUMERO DE AGRESIONES POR APTR POR EAPB Y CLASIFICACION DE LA EXPOSICIÓN. QUINDIO, SEMANAS 01-52, 2018.	300
TABLA 104: CLASIFICACIÓN DE LAS AGRESIONES POR APTR SEGÚN ESPECIE AGRESORA. QUINDÍO, SEMANAS 01-52, 2018.	301
TABLA 105: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE AGRESIONES POR APTR SEGÚN TIPO DE EXPOSICIÓN Y ORDEN MÉDICA PARA LA APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS. QUINDÍO, SEMANAS 01-52, 2018.	303
TABLA 106: COMPARACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE VIOLENCIA DE GENERO CON SU COMPORTAMIENTO HISTÓRICO POR PERIODO EPIDEMIOLÓGICO, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.	304
TABLA 107: COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO Y SOCIAL DE LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GENERO, QUINDÍO SE 01-52, 2018.	307
TABLA 108: VICTIMAS VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN VULNERABILIDAD, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.	308
TABLA 109: VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO, SEGÚN EAPB, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.	309



TABLA 110: VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN SEXO DEL AGRESOR POR TIPO DE VIOLENCIA, SE 01-52, 2018.	310
TABLA 111: ESCENARIO DE OCURRENCIA, VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN SEXO TIPO DE VIOLENCIA, SE 01-52, 2018.....	311
TABLA 112: VIOLENCIA FÍSICA SEGÚN MECANISMO UTILIZADO PARA LA AGRESIÓN, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.....	317
TABLA 113: VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN MUNICIPIO DE RESIDENCIA, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.	327
TABLA 114: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN MUNICIPIO DE RESIDENCIA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.	327
TABLA 115: FALLECIMIENTOS AÑO 2018.	328
TABLA 116: COMPORTAMIENTO DEMOGRÁFICO Y SOCIAL DE LOS CASOS DE VARICELA, QUINDÍO AÑO 2018.	330
TABLA 117: COMPORTAMIENTOS INUSUALES VARICELA DPTO. DE QUINDÍO 2018.	334
TABLA 118: EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2011 – 2018	336
TABLA 119: SEMAFORIZACIÓN DE LOS EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DEL DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2008 – 2018	341
TABLA 120: TOTAL PERSONAS Y PROPORCIÓN DE PERSONAS Y ALTERACIONES PERMANENTES, QUINDÍO, 2002-2019.....	347
TABLA 121: ALTERACIONES PERMANENTES POR CURSO DE VIDA EN LOS HOMBRES DEL QUINDÍO, 2019.....	348
TABLA 122: ALTERACIONES PERMANENTES POR CURSO DE VIDA EN LAS MUJERES DEL QUINDÍO, 2019.....	348
TABLA 123: DETERMINANTES INTERMEDIOS EN QUINDÍO Y COLOMBIA, 2018.....	355
TABLA 124: DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DEL QUINDÍO, 2017	357
TABLA 125: RESULTADOS GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES – SERIES ANUALES INDICADORES LABORALES DPTO. DEL QUINDÍO 2014 – 2018.....	361
TABLA 126: DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD - FACTORES PSICOLÓGICOS Y CULTURALES DEL QUINDÍO.....	363
TABLA 127: DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD -SISTEMA SANITARIO DEL DEPARTAMENTO.....	366
TABLA 128: SERVICIOS HABILITADOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2018.....	369
TABLA 129: CAPACIDAD INSTALADA, TOTAL Y COBERTURA TASA POR 1.000 HABITANTES, DEPARTAMENTO QUINDÍO. 2015-2018	374
TABLA 130: OTROS INDICADORES DE INGRESO SOCIO ECONÓMICOS, QUINDÍO 2005 – 2016	377
TABLA 131: TASA DE COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN DEL QUINDÍO, 2005 – 2018.....	379
TABLA 132: CONDICIONES DE LA COBERTURA EDUCATIVA POR EL IMP PROYECCIÓN DNP DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005	381
TABLA 133: INDICADORES DE FALENCIAS EDUCATIVAS.....	382
TABLA 134: CONDICIONES LABORALES, SEGÚN EL IPM EN EL QUINDÍO, POR MUNICIPIO.....	383
TABLA 135. PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL QUINDÍO, 2018	386
TABLA 136: INDICADORES DE LOS ÍNDICES DE NECESIDADES EN SALUD, QUINDÍO, 2018.....	392
TABLA 137: ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD DEL DEPARTAMENTO, 2018.....	393



Lista de Gráficos

GRÁFICO 1: COMPARATIVO POBLACIONAL CENSO 2005, PROYECCIÓN 2018 VS RESULTADOS CENSO 2018.....	44
GRÁFICO 2: POBLACIÓN DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019 ZONA RURAL Y URBANA.....	47
GRÁFICO 3: PROYECCIÓN DE VIVIENDAS Y HOGARES DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 1993 – 2020.....	51
GRÁFICO 4: PIRÁMIDE POBLACIONAL 2005 – 2020, COLOMBIA - QUINDÍO.....	57
GRÁFICO 5: POBLACIÓN POR SEXO Y CURSO DE VIDA, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2019	58
GRÁFICO 6: POBLACIÓN POR GRUPO ETARIO Y PORCENTAJE, DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005, 2017 Y 2020.	61
GRÁFICO 7: TASA GENERAL DE NATALIDAD Y MORTALIDAD, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2005 – 2016.	62
GRÁFICO 8: DINÁMICA DEMOGRÁFICA SEGÚN TASA DE CRECIMIENTO VEGETATIVO, TASA DE CRECIMIENTO TOTAL Y TASA DE MIGRACIÓN NETA DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 1985 – 2020	63
GRÁFICO 9: ESPERANZA DE VIDA AL NACER TOTAL Y POR SEXO, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 1985 – 2020.....	64
GRÁFICO 10 : VARIACIÓN INTERANUAL DEL NÚMERO DE NACIMIENTOS GENERAL Y DE MENOR DE 10 A 14 AÑOS, QUINDÍO 2006 – 2016..	66
GRÁFICO 11: TENDENCIA DE LAS TASAS, GENERAL Y ESPECÍFICAS DE NATALIDAD, QUINDÍO, 2005 - 2017.....	67
GRÁFICO 12: PORCENTAJE DE POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019	70
GRÁFICO 13: PIRÁMIDE POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO - 2019	71
GRÁFICO 14: POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO SEGÚN RANGO ETARIO Y SEXO.....	72
GRÁFICO 15: VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO, SEGÚN CURSO DE VIDA Y AUTO IDENTIFICACIÓN DEL SEXO – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019.....	74
GRÁFICO 16: PORCENTAJE POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO POR MUNICIPIOS - DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.	75
GRÁFICO 17: POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, SEGÚN RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - DPTO DEL QUINDÍO 2019	76
GRÁFICO 18: COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019.....	77
GRÁFICO 19: POBLACIÓN VÍCTIMA SEGÚN CAUSAS DE MORBILIDAD - DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2018.....	80
GRÁFICO 20: POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO CON CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2019. .	83
TABLA 31, Y GRÁFICO 21: CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS EN POBLACIÓN VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO – DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2018	84
GRÁFICO 22: PIRÁMIDE POBLACIÓN ATENDIDA MIGRANTE, COLOMBIA – QUINDÍO 2017.	91
GRÁFICO 23: COMPORTAMIENTO DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR GRANDES CAUSAS DEPARTAMENTO, QUINDÍO, 2005 A 2017. .	121
GRÁFICO 24: TENDENCIA DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO 2005 A 2017.....	134



GRÁFICO 25: TENDENCIA DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR OTRAS CAUSAS DIVERSAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 A 2017. .138

GRÁFICO 26: TENDENCIA DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR NEOPLASIAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 A 2017143

GRÁFICO 27: TENDENCIA DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS, QUINDÍO 2005 A 2017.147

GRÁFICO 28: TENDENCIA DE LA TASA BRUTA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2005 A 2017.
.....153

GRÁFICO 29: TENDENCIA DE LA TASA DE MORTALIDAD POR MIL NACIDOS VIVOS, ENFERMEDADES DEL PERIODO PERINATAL, QUINDÍO 2005
A 2016.....156

GRÁFICO 30: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA (ESTÁNDAR) POR EDAD, DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 – 2017160

GRÁFICO 31: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LOS HOMBRES DEL DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2005 – 2017.....164

GRÁFICO 32: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS MUJERES DEL DEPARTAMENTO QUINDÍO,
2005 – 2017.....164

GRÁFICO 33: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN HOMBRES, QUINDÍO,
2005 – 2017.....166

GRÁFICO 34: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO EN MUJERES QUINDÍO,
2005 – 2017.....167

GRÁFICO 35: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, DEMÁS ENFERMEDADES EN HOMBRES, QUINDÍO 2005 – 2017.169

GRÁFICO 36: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, DEMÁS ENFERMEDADES EN MUJERES, QUINDÍO 2005 – 2017.....170

GRÁFICO 37: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN HOMBRES DEL QUINDÍO, 2005 – 2017.172

GRÁFICO 38: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD PARA LAS NEOPLASIAS EN MUJERES. QUINDÍO, 2005 – 2017.....173

GRÁFICO 39: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, CAUSAS EXTERNAS EN HOMBRES, QUINDÍO, 2005 – 2017.....175

GRÁFICO 40: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, CAUSAS EXTERNAS EN MUJERES, QUINDÍO, 2005 – 2017.....176

GRÁFICO 41: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN HOMBRES, QUINDÍO 2005 – 2017.....178

GRÁFICO 42: TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN MUJERES, QUINDÍO, 2005 – 2017.179

GRÁFICO 43: CASOS DE MUERTE POR AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN HOMBRES, QUINDÍO, 2005 – 2017 ..181

GRÁFICO 44: CASOS DE MUERTE POR AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL EN MUJERES, QUINDÍO, 2005 – 2017. .182

GRÁFICO 45: TOTAL DE AVPP AÑOS TODAS LAS CAUSAS. QUINDÍO 2005 A 2017.183

GRÁFICO 46: AVPP POR GRANDES CAUSAS, LISTA 6/67 DE LA OPS, QUINDÍO, 2005 – 2017.....184

GRÁFICO 47: AVPP POR GRANDES CAUSAS, LISTA 6/67 GRÁFICO 48: AVPP POR GRANDES CAUSAS, LISTA.....187

GRÁFICO 49: TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67, QUINDÍO, 2005 – 2017189

GRÁFICO 50: TASA DE AVPP POR GRANDES CAUSAS LISTA 6/67 AJUSTADO EN LOS HOMBRES DEL QUINDÍO, 2005 – 2017.191

GRÁFICO 51: TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, QUINDÍO, 2005- 2017.....194

GRÁFICO 52: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL AJUSTADA, QUINDÍO, 2005- 2016.198

GRÁFICO 53: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, QUINDÍO, 2005- 2017.....200

GRÁFICO 54: TASA DE MORTALIDAD POR EDA, QUINDÍO, 2005- 2017.....201



GRÁFICO 55: TASA DE MORTALIDAD POR IRA, QUINDÍO, 2005- 2017.....	203
GRÁFICO 56 : TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN, QUINDÍO, 2005- 2017.....	204
GRÁFICO 57: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, QUINDÍO, 2005-2017.....	223
GRÁFICO 58: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO, QUINDÍO, 2005-2017.....	224
GRÁFICO 59 : TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR NBI EN EL QUINDÍO, 2017.....	228
GRÁFICO 60: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA Y ÁREA, QUINDÍO, 2009 - 2017.....	231
GRÁFICO 61: TASA DE MORTALIDAD NEONATAL POR ETNIA Y ÁREA, QUINDÍO, 2009 A 2017.....	231
GRÁFICO 62: MORBILIDAD ATENDIDA EN LA PRIMERA INFANCIA, QUINDÍO, 2009 – 2017.....	260
GRÁFICO 63: MORBILIDAD ATENDIDA EN LA INFANCIA, QUINDÍO, 2009 – 2018.....	261
GRÁFICO 64: MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADOLESCENCIA, QUINDÍO, 2009 – 2018.....	263
GRÁFICO 65: MORBILIDAD ATENDIDA EN LA JUVENTUD, QUINDÍO, 2009 – 2018.....	264
GRÁFICO 66: MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADULTEZ, QUINDÍO, 2009 – 2018.....	266
GRÁFICO 67: MORBILIDAD EN PERSONA MAYOR DE 60 AÑOS, QUINDÍO, 2009 - 2018.....	267
GRÁFICO 68: PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL DEPARTAMENTO QUINDÍO, 2018.....	289
GRÁFICO 69: CASOS NOTIFICADOS DE AGRESIONES POR APTR POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA QUINDÍO 2017- 2018.....	294
GRÁFICO 70: INCIDENCIA DE AGRESIONES POR APTR POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA QUINDÍO SEMANAS 01-52-2018.....	295
GRÁFICO 71: DISTRIBUCIÓN DE LAS AGRESIONES APTR POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD .QUINDIO , SEMANAS 01-52 2018.....	298
GRÁFICO 72: CARACTERÍSTICAS DEL ANIMAL CAUSANTE DE LAS AGRESIONES POR APTR. QUINDÍO, SEMANAS 01-52, 2018.....	302
GRÁFICO 73: COMPORTAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GENERO, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.....	303
GRÁFICO 74: VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN SEXO DE LA VICTIMA, QUINDÍO, SE 01-52-2018.....	305
GRÁFICO 75: VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN LA EDAD DE LA VÍCTIMA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	306
GRÁFICO 76: VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO QUE CONVIVEN CON EL AGRESOR, QUINDÍO, SE 01-52, 2018.....	310
GRÁFICO 77: VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN NATURALEZA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	311
GRÁFICO 78: VIOLENCIA DE GENERO SEGÚN NATURALEZA SEXUAL, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	312
GRÁFICO 79: VIOLENCIA DE GENERO VS VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	313
GRÁFICO 80: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA FÍSICA, SEGÚN EDAD DE LA VICTIMA, QUINDIO, SE 01-52, 2013-2018.....	314
GRÁFICO 81: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA FÍSICA, RELACIÓN FAMILIAR CON EL AGRESOR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	315
GRÁFICO 82: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA FÍSICA, POR OTRO AGRESOR NO FAMILIAR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	316
GRÁFICO 83: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA PSICOLÓGICA, SEGÚN EDAD DE LA VÍCTIMA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	318
GRÁFICO 84: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA PSICOLÓGICA, RELACIÓN CON EL AGRESOR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....	319



GRÁFICO 85: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA PSICOLÓGICA, POR OTRO AGRESOR NO FAMILIAR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....320

GRÁFICO 86: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA NEGLIGENCIA Y ABANDONO, SEGÚN EDAD DE LA VÍCTIMA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....321

GRÁFICO 87: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA NEGLIGENCIA Y ABANDONO, RELACIÓN CON EL AGRESOR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....322

GRÁFICO 88: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA SEXUAL, SEGÚN EDAD DE LA VÍCTIMA, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.....323

GRÁFICO 89: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA SEXUAL, RELACIÓN CON EL AGRESOR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.324

GRÁFICO 90: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SEGÚN NATURALEZA SEXUAL, POR OTRO AGRESOR NO FAMILIAR, QUINDÍO, SE 01-52, 2013-2018.325

GRÁFICO 91: TENDENCIA EVENTO VARICELA, QUINDÍO, AÑO 2017-2018.330

GRÁFICO 92: PROPORCIÓN DE CASOS NOTIFICADOS DE VARICELA POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA AÑO 2018.332

GRÁFICO 93: PROPORCIÓN DE CASOS DE VARICELA POR CICLO DE VIDA, QUINDÍO AÑO 2018.333

GRÁFICO 94: PROPORCIÓN DE CASOS DE VARICELA POR EAPB DEL QUINDÍO, AÑO 2018.....334

GRÁFICO 95: TENDENCIA DE NOTIFICACIÓN AL SIVIGILA, DEPARTAMENTO QUINDÍO 2011 AL 2018.338

GRÁFICO 96: TENDENCIA DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE ENO, SIVIGILA, DEPARTAMENTO, QUINDÍO 2011 – 2018.....340

GRÁFICO 97: PIRÁMIDE DE LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN QUINDÍO A 2019.346

GRÁFICO 98: TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN, DE OCUPACIÓN Y DE DESEMPLEO QUINDÍO 2014 – 2018359

GRÁFICO 99: TASA DE SUBEMPLEO OBJETIVO Y SUBJETIVO QUINDÍO 2014 – 2018360

GRÁFICO 100: NBI, MORTALIDAD MATERNO INFANTIL - FUENTE: EEVV DANE Y SIVIGILA, Y DNP, QUINDÍO 2018.....379

GRÁFICO 101: CONDICIONES DE LA COBERTURA EDUCATIVA DEL QUINDÍO, POR EL IMP, PROYECCIÓN 2005 DNP.....382

GRÁFICO 102: EMPLEO INFORMAL, TRABAJO INFANTIL Y DEPENDENCIA ECONÓMICA, QUINDÍO.....384



PRESENTACIÓN

Dando cumplimiento a lo descrito en la resolución 1536 de 2015, “por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”, se realiza la actualización del análisis de Situación de Salud (ASIS) Del Departamento del Quindío, correspondiente a la vigencia 2019, incluyendo el análisis de la información, según el último cierre oficial realizado por el DANE y lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

19

El presente documento, se logra como producto del proceso de análisis integral de la transición salud – enfermedad de la población y el impacto sufrido por los determinantes sociales, reconociendo las brechas generadas por las desigualdades e inequidades sociales propias del Departamento del Quindío, logrando caracterizar la situación territorial, demográfica, política, económica y social del Departamento y los efectos en la salud de la población del departamento del Quindío.

El objetivo principal del análisis de Situación de Salud (ASIS) es la identificación de necesidades y prioridades en salud, de acuerdo con el método de semaforización mediante diferencias relativas e intervalos de confianza al 95%, con el fin de brindar las pautas necesarias, para la orientación de los procesos de planeación integral, buscando la integración del sector Salud, con los demás sectores, responsables de los determinantes sociales, alcanzando de esta forma el impacto esperado, reflejado en el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad.

El instrumento a disposición, es una herramienta que permitirá la proyección y materialización de políticas públicas, la integración y coordinación de todos los sectores, la orientación específica del Plan de Desarrollo, el plan territorial de Salud y demás instrumentos de planeación, esperando se tenga en cuenta, con el propósito de edificar un desarrollo en salud digno de los habitantes del Departamento del Quindío.



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



1 INTRODUCCION

Interpretando la salud como el resultado de la interacción de los factores que la condicionan o modifican, es necesario reconocer las dinámicas de la salud, establecer objetivos y estrategias apropiadas, con el propósito de obtener los mayores beneficios, reducir riesgos y optimizar los logros en salud, usando los recursos disponibles, constituyéndose en un reto que busca priorizar a la Salud Pública como un objetivo común, mejorando el conocimiento del comportamiento de la salud, la intervención desde la enfermedad y sus determinantes, teniendo siempre a la población, como el centro del análisis, buscando como resultado, la integralidad y coordinación de las acciones del sector salud, con los sectores con competencia, con el fin de lograr estrategias conjuntas que permitan la evolución que busca la Política de Atención Integral en Salud “PAIS”, ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015), la cual tiene como objetivo principal “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, reconociendo la Salud como derecho social fundamental y haciendo adherencia a los enfoques orientadores de la Atención integral en Salud.

20

En este contexto, se reorienta el Análisis de Situacional de Salud “ASIS 2019” para el Departamento del Quindío, siguiendo la metodología de los determinantes sociales en salud, con un enfoque específico en los momentos del curso de vida; asumiéndolos, como el proceso de cambio y desarrollo del individuo, a través de las diferentes etapas de su vida, los roles seguidos, formados por interacciones biológicas y sociales y su adaptación al entorno bio-social en transformación, influenciados por los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias, enlazando la interacción entre los cursos de vida, brindando un enfoque integral, organizado a partir de tres elementos fundamentales que son: la Trayectoria (Roles), Transición (Estados) y sucesos vitales, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando la segmentación aislada de los cursos de vida, analizando la edad como un valor social más que cronológico; asumiendo los momentos vitales y su conceptualización acogidos por las RIAS:



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



En el análisis se incluye además, la identificación en cada capítulo, de las necesidades y prioridades que requieren intervención, producto de la transición demográfica mostrada por la población del Departamento del Quindío, que evidencia una tendencia al ascenso de la población en el curso de vida de vejez que unido al descenso de la tasa de natalidad, a la alta migración interna y externa que genera presiones poblacionales, a la crisis social marcada por la desfragmentación de la familia, a la intensa y desordenada urbanización con los conocidos riesgos de tipo ambiental y social, al déficit económico y financiero expresado en altas tasas de desempleo, trabajo informal, al aumento de la violencia interpersonal con efectos irremediables en la salud mental, lleva a la población Quindiana a clasificarse en un alto grado de vulnerabilidad.

21

El documento de Análisis de Situación de Salud (ASIS) Departamento del Quindío 2019, conduce ordenada y sistemáticamente a conocer los efectos para la salud de la población del departamento del Quindío, como también aquellas condiciones que evidencian riesgo anticipado, en concordancia con los enfoques poblacionales diferenciales y de derecho a la salud; concretando una vía clara para la toma de decisiones, la definición de los planes de desarrollo municipales y el departamental, esperando se consoliden estrategias de trabajo integrado, que conduzcan a la modificación de los problemas del desarrollo social que condicionan la enfermedad y muerte, de la población, logrando finalmente la instauración de las Rutas Integrales de Atención en Salud priorizadas para el Departamento del Quindío.

Por lo antes descrito, la Dependencia de Vigilancia en Salud Pública, de la Secretaria de Salud Departamental del Quindío, pone a disposición el documento ASIS 2019 – Departamento del Quindío, como herramienta esencial para la planeación en Salud del Departamento del Quindío.



2 METODOLOGIA.

El Análisis de Situación de Salud del Departamento del Quindío se construyó siguiendo la “Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción de los ASIS de las Entidades Territoriales”¹ del Ministerio de Salud y Protección Social, usando las estructuras informáticas dispuestas como herramientas de organización de los datos que dan sustento al análisis, realizando además ajustes en el proceso de desarrollo del documento, enfatizando en los momentos del curso de vida en cada uno de los capítulos.

22

Los datos básicos que se usan para la construcción, procesos estadísticos y análisis epidemiológicos, se encuentran a disposición en el Sistema Integrado de la Protección Social - SISPRO, que, cumpliendo su objetivo misional, integra los diferentes sistemas de información, reconocidos como fuentes de información, que comprenden los cuatro ejes misionales de la protección social, como son:

- i) aseguramiento
- ii) financiamiento
- iii) oferta y demanda
- iv) uso de servicios

Los datos ya organizados, con su sistematización en gestión de datos, se colocan en bodega de datos, en las cuales se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes en salud convertida en información. Con la organización y la disposición de la información a los usuarios del sistema de salud, y en su medida, a la población en general, se consolida la información del Sistema General de la Protección Social (SGPS), y se logra el diseño de los procesos tecnológicos básicos de estandarización, generalización y normalización del registro, almacenamiento, flujo, transferencia y disposición de la información, dentro del contexto de los Sistemas de información².

¹ Guía Conceptual y Metodológica para la Construcción del ASIS en las Entidades Territoriales”. Ministerio de Salud y Protección Social; Bogotá, 2014.

² Lineamientos Sistema Integrado de la Protección Social “SISPRO” Ministerio de Salud y Protección Social.



Dicha información brindó la posibilidad de realizar, en conjunto con los ejercicios dispuestos, un análisis con información del contexto departamental, con informes y datos realizados por las autoridades locales y algunos con información desde los municipios, desarrollando un documento en tres grandes capítulos, los cuales se describen a continuación:

El Capítulo I comprende aspectos analíticos del territorio y de demografía; integra la información descriptiva de la localización del Departamento en el País, de aspectos geográficos accesibilidad, zonas de riesgo y vulnerabilidad. La demografía su estructura, por grupos de edad y sexo, curso de vida, y su distribución municipal, la urbanización, concentración, aspectos de viviendas, servicios y sus coberturas; se describe la dinámica de la población que se expresa en indicadores específicos que incluyen la esperanza de vida al nacer, fecundidad y natalidad, la tasa de mortalidad esperada, migración y aspectos relacionados con movilidad forzada, entre otros.

En el Capítulo II trata de los efectos de salud y sus determinantes, incluye el análisis de la mortalidad, con los diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) en seis grandes grupos y en 67 subgrupos de causas de muerte³; basándose en esta información, se calculan las tasas generales y específicas de mortalidad, el ajuste de tasas de mortalidad mediante el método directo y análisis de carga de la mortalidad mediante el cálculo de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

la determinación del riesgo de mortalidad, se hace con la razón de tasas y sus intervalos de confianza, que genera una serie de condiciones de prioridades mediante una semaforización dada por el comportamiento de los datos.

³ OMS. Lista corta 6/67 de clasificación de mortalidad



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



El análisis de las desigualdades en mortalidad por NBI, incluye el cálculo del cociente de tasas, diferencias de tasas y el riesgo atribuible poblacional; estas diferencias, estando las poblaciones en igualdad de condiciones, evidencia 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; la determinación del coeficiente de Gini, indica la concentración del efecto de salud entre grupos más o menos aventajados; el riesgo atribuible poblacional, indica el porcentaje del riesgo que es explicado en la población y atribuible a ella, y muestra el porcentaje máximo de intervención en la población en condiciones naturales.

24

En el mismo Capítulo II, en el análisis de la morbilidad, se determina la enfermedad atendida con una comparación global nacional con la agrupación de la enfermedad en la que se analizan tres grandes categorías de causas así: a) condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, b) enfermedades no transmisibles y c) lesiones. Se hace su análisis por ciclo vital, se integra el análisis de enfermedades de alto costo y de las enfermedades de notificación obligatoria - ENO.

En el Capítulo II se presentan indicadores relacionados con pobreza, ingreso per cápita, condiciones socioeconómicas, coberturas educativas, condiciones laborales, etnia y de oferta de servicios de salud; igualmente el alcance del aseguramiento.

El último Capítulo III, relacionado con la priorización y el índice de necesidades en salud - INS, listando los problemas de mayor magnitud en la diferencia relativa de indicadores comparados.



3 CAPITULO I: TERRITORIO Y DEMOGRAFÍA.

3.1 EL TERRITORIO DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.

3.1.1 RESEÑA HISTÓRICA.

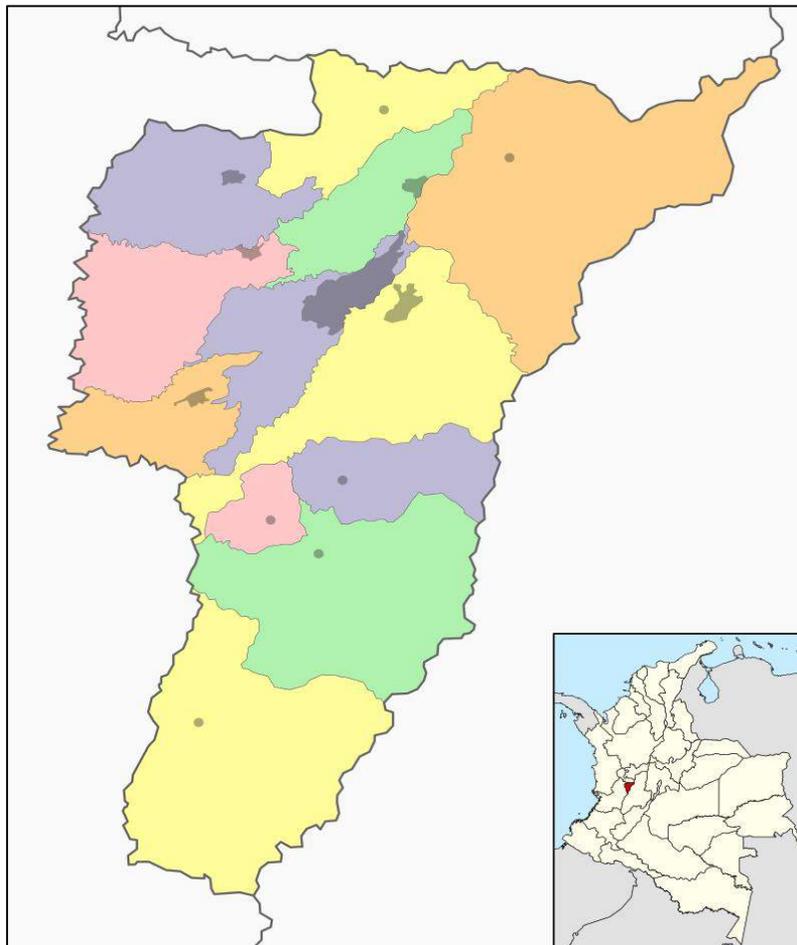
En el siglo XIX la colonización antioqueña llega a lo que se denominaba el antiguo Caldas y otros sectores como Tolima y Norte del Valle, donde establece varios caseríos, que con el paso del tiempo se convirtieron en grandes ciudades; tal fue el caso de la ciudad de Armenia fundada el 14 de octubre de 1889. En este proceso de colonización se funda la mayoría de los municipios del departamento donde surge una evolución de hábitos y costumbres socioeconómicos que caracterizan su carácter social.

En 1890, el caserío de Armenia fue erigido corregimiento por parte del Concejo Municipal de Salento de donde dependía administrativamente. En 1897 obtiene la categoría de Distrito, otorgada por el gobierno de Cauca, pero las presiones por parte de los vecinos de Salento, quienes se sentían “degradados” ante esa decisión, lograron hacer anular dicha ordenanza. Posteriormente debido a la guerra de los mil días, Salento se constituyó en un sitio vulnerable a los ataques de los ejércitos liberales y Armenia fue promovida distrito en 1903; ante las reiteradas solicitudes de las gentes del poblado, el Gobierno Nacional procede mediante decreto Nro. 340 de abril 16 de 1910 a llevar la localidad a la categoría de municipio; Una vez creado el departamento de Caldas en el año 1905, los habitantes de la región del Quindío ya manifiestan su intención de anexarse a dicha unidad administrativa, lo cual se logró el 31 de agosto de 1908. El cultivo del café y el auge de la economía cafetera traen consigo un rápido desarrollo económico y demográfico de la región, razón por la cual Armenia se constituye en un importante epicentro urbano y comercial, siendo razón para solicitar la creación del Departamento; en una gestión liderada por los parlamentarios Silvio Ceballos y Ancizar López López, el proyecto se aprobó el 19 de enero de 1966 e inicia la historia administrativa del Departamento del Quindío el 01 de julio de 1966, teniendo como primer gobernador al parlamentario, Senador Ancizar López.⁴

⁴ www.quindio.gov.co

3.1.2 LOCALIZACIÓN EN EL PAÍS.

El Departamento del Quindío está ubicado en el centro - occidental del País, localizado entre los 4°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.



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

Mapa 1: Departamento Quindío en Colombia.

El triángulo que forma el “Quindío” está limitado por tres departamentos que conforman las estribaciones y planicies que inician en el valle del río Cauca y al norte con el departamento de Risaralda, finalizando con el

Departamento del Tolima; en el departamento existe 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, presentes en los 12 municipios que los conforman, mapa 1.

Los 1.845 km² del área territorial del Departamento corresponde al 0.16% de la extensión territorial del País, y de acuerdo a la distribución de los municipios según áreas, como lo muestra la Tabla 1, 98,57% del territorio es rural y 1,43% corresponde a la zona urbana, significando que dos (2) de cada 100 kilómetros cuadrados son de características urbanas. El departamento por extensión territorial, es el segundo más pequeño del país, después de san Andrés y Providencia y por densidad poblacional se ubica en el puesto No. 21, superando a Departamentos como Chocó, Caquetá, Casanare, Putumayo, Arauca, Guaviare, Vichada, Amazonas, San Andrés y Providencia, Vaupés y Guainía.

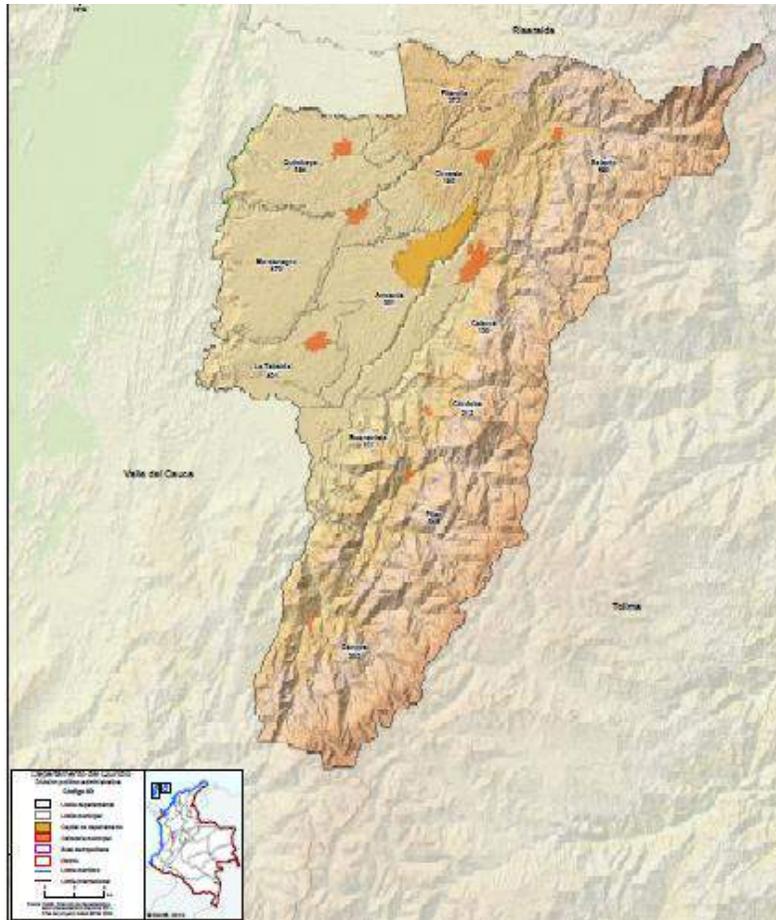
La distribución de los 12 municipios del territorio Quindiano, muestra que el municipio Salento concentra 18% del territorio, y por tanto el más extenso, seguido en su orden de Génova (16%) y Pijao (13%); el municipio más pequeño en extensión es Buenavista (2%), antecedido por los municipios Circasia, Córdoba, Filandia y La Tebaida que relaciona el 5% del territorio, cada uno de ellos. El municipio de mayor extensión urbana es Armenia (11,2%), seguido por Quimbaya (1,74%) y Calarcá (1,11%); el de mayor extensión rural, Salento, seguido de los municipios de Génova y Pijao (mapa 2).

Tabla 1: Municipios departamento Quindío por extensión territorial en km² por área de residencia, 2018.

MUNICIPIO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	AREA	PORCENTAJE	AREA	PORCENTAJE	AREA	PORCENTAJE
Armenia	12.88	11.2	102.12	88.80	115	6
Buenavista	0.13	0.34	38.87	99.66	39	2
Calarcá	2.32	1.11	205.68	98.89	208	11
Circasia	1.68	1.93	85.32	98.07	87	5
Córdoba	2.11	2.34	87.89	97.66	90	5
Filandia	0.34	0.34	100.66	99.66	101	5
Génova	0.53	0.18	286.47	99.82	287	16
La Tebaida	1.47	1.67	86.53	98.33	88	5
Montenegro	1.70	1.21	139.30	98.79	141	8
Pijao	0.57	0.24	237.43	99.76	238	13
Quimbaya	2.15	1.74	120.85	98.26	123	7
Salento	0.48	0.15	327.52	99.85	328	18

MUNICIPIO	URBANO		RURAL		TOTAL	
	AREA	PORCENTAJE	AREA	PORCENTAJE	AREA	PORCENTAJE
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.



Fuente: Recurso informáticos cartográficos, Gobernación Quindío.

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

3.2 GEOGRAFÍA DEL TERRITORIO.

3.2.1 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 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 por flujos de lodos volcánicos, 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 de La Vieja, en el sector norte, de predominio de rocas sedimentarias.

3.2.2 HIDROGRAFÍA.

El Departamento del Quindío, goza de una riqueza hídrica evidente, constituida por dos vertientes hidrográficas que tributan los ríos de Quindío; la cuenca del río La Vieja que conforma la principal red hidrográfica del Departamento, constituida por los ríos Barbas, Roble, Espejo, Quindío, Cristales, Santo Domingo, Navarco, Barragán, Gris, San Juan, Rojo, Lejos, Boquerón, Quebrada la Picota, Río Verde, Quebrada Buenavista y los Bolillos; el caudal, la oferta y áreas de escurrimiento en la cuenca del río La Vieja, para el año 2013 se presentan en la

Tabla 2. La otra cuenca, la del río Cauca, que, en menos cantidad de corrientes, el río La Vieja acaba en él, en el límite entre el departamento Valle del Cauca y Risaralda en el municipio de Cartago, perteneciente al primer departamento.

Los principales ríos, el Quindío y el Barragán, los cuales al unirse con sus numerosos afluentes, forman al occidente del departamento el río La Vieja vertiendo sus aguas finalmente al río Cauca, al norte del municipio de Cartago. 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.

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 subcuenca del río Quindío, ubicado en el lado oriental del departamento integrado 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, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

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.

3.2.3 OFERTA HIDRICA TOTAL SUPERFICIAL – OHTS

De acuerdo al informe “Oferta y demanda hídrica e índice de uso del agua (IUA) de las Unidades hidrográficas del Departamento del Quindío para el año 2018”, publicado en el mes de abril de 2019, por la Corporación Autónoma Regional del Quindío; informa que para conocer el comportamiento espacial temporal de la oferta hídrica de las Unidades hidrográficas del Departamento, La oferta Hídrica Total Superficial (OHTS), corresponde al volumen de agua que escurre por la superficie e integra los sistemas de drenaje superficial. (Es el agua que fluye por la superficie de suelo, que no se infiltra o se evapora y se concentra en los cauces de los ríos y/o en los cuerpos de agua lenticos). Se utilizó información de las redes hidrometeorológicas del IDEAM y la CRQ. Así mismo, se empleó información de elevación digital, mapas de



cobertura y usos del suelo a escala 1:10.000, el estudio de suelos del departamento del Quindío, la información espacial del Sistema de Información Geográfico SIG Quindío administrada por CRQ y otras entidades. Dicha información fue útil para describir las características hidráulicas del suelo y su relación con la cobertura vegetal, lo cual junto a la información hidrometeorológica permitió la implementación del modelo hidrológico conceptual TETIS de forma agregada y distribuida para actualizar los caudales medios de las unidades hidrográficas del departamento del Quindío. Así mismo para las unidades hidrográficas en límites con los departamentos del Valle del Cauca y de Risaralda, se implementó el modelo de Thomas en el que se estimó la oferta a partir del modelo lluvia – escorrentía ABCD.

La oferta hídrica total superficial fue determinada utilizando los registros de las estaciones hidrometeorológicas pertenecientes a la Corporación Autónoma Regional del Quindío - CRQ, donde, para cada río o quebrada localizada dentro de cada Unidad de Manejo de Cuenca - UMC (

Tabla 2), se identificaron tramos importantes a evaluar priorizados en la cuenca alta, medio y baja de algunas unidades hidrográficas, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**⁵

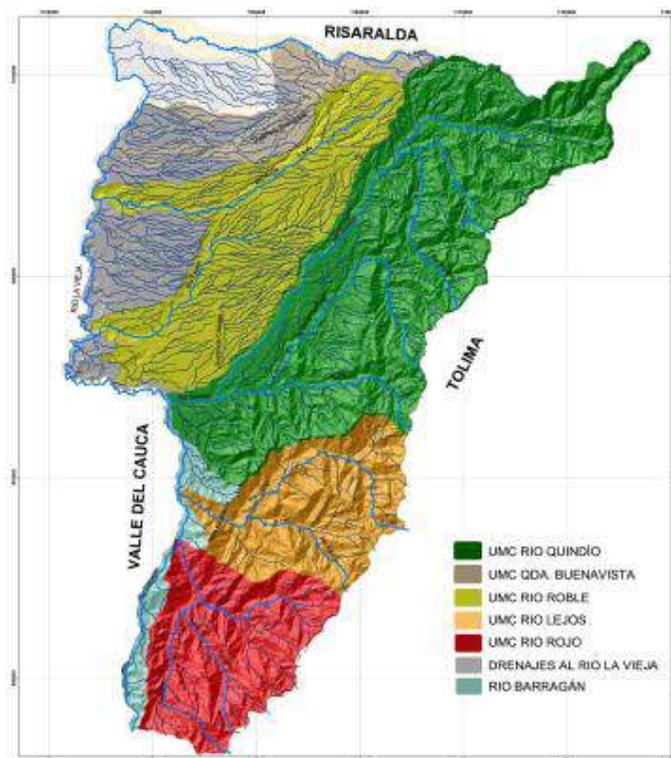
Tabla 2: Fuentes Hídricas y tramos.

⁵ Corporación Autónoma Regional del Quindío; Oferta, demanda hídrica e índice de uso del agua (IUA) de las unidades de manejo de cuenca del departamento de Quindío para el año 2018, abril 2019.

UNIDAD HIDROGRÁFICA	TRAMO	DESCRIPCIÓN DEL TRAMO
Quebrada Buenavista	Tramo 1	Comprendido desde su nacimiento hasta la estructura de captación "Bocatoma Quimbaya, EPQ" que surte de agua al acueducto del municipio de Quimbaya.
	Tramo 2	Registro del total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica quebrada Buenavista antes de su desembocadura con el río La Vieja.
Quebrada Cristales	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica de la quebrada Cristales antes de su desembocadura con el río La Vieja.
Quebrada La Picota	Tramo único	Desde su nacimiento hasta antes de la unión con la unidad hidrográfica río Quindío /antes de su confluencia con el río Barragán.
Quebrada Lacha	Tramo único	Comprendido desde el nacimiento de las unidades hidrográficas quebradas Chorro Bolillos y Lacha hasta la estructura de captación "Bocatoma Filandia, EPQ" que surte de agua al acueducto del municipio de Filandia.
Quebrada La Tigresa	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica.
Quebrada Los Ángeles - Campo Alegre	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica antes de su desembocadura con el río Barbas.
Río Barbas	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica hasta el límite de los departamentos de Quindío y Risaralda.
Río Barragán	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica del río Barragán antes de su unión con el río Quindío para formar la cuenca del río La Vieja.

Río Espejo	Tramo único	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica del río Espejo antes de su desembocadura con el río La Vieja.
Río Lejos	Tramo único	Registro del total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica río Lejos antes de su desembocadura con el río Barragán.
Río Navarco	Tramo único	Este punto se registra el total del agua que circula sobre el río, antes de su desembocadura con la unidad hidrográfica río Quindío.
Río Quindío	Tramo 1	Comprendido desde su nacimiento hasta la estación Limnimétrica "Bocatoma EPA".
	Tramo 2	Comprendido desde la confluencia con el río Navarco hasta la toma de la PCH El Bosque (sector cementerio Armenia).
	Tramo 3	Oferta total medida al cierre de la unidad hidrográfica río Quindío.
Río Roble	Tramo 1	Comprendido desde su nacimiento hasta la estructura de captación "Bocatoma Circasia, EPQ".
	Tramo 2	Comprendido desde la estructura de captación "Bocatoma Circasia, EPQ", hasta la estructura de captación del acueducto para el municipio de Montenegro "Bocatoma Montenegro, EPQ".
	Tramo 3	Se registra el total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica del río Roble antes de su desembocadura con el río La Vieja.
Río Rojo	Tramo único	Comprendido desde su nacimiento hasta su confluencia con el Río Barragán.
Río Santo Domingo	Tramo único	Comprendido desde su nacimiento hasta su confluencia con la unidad hidrográfica río Verde
Río Sector Roble - Espejo	Tramo único	Registro del total del agua que circula sobre la unidad hidrográfica antes de desembocar a la cuenca del río La Vieja.
Río Verde	Tramo único	Comprendido desde su nacimiento hasta su confluencia con la unidad hidrográfica Río Quindío.

Fuente: Corporación Regional del Quindío - CRQ



Fuente: Corporación Regional del Quindío - CRQ

Mapa 3: Unidad de Manejo de Cuenca – Departamento del Quindío.

3.2.4 INDICE DEL USO DEL AGUA

De acuerdo a los lineamientos conceptuales y metodológicos para la evaluación del Agua, se considera el índice de escasez de agua (Resolución 865 de 2004), como el índice del uso del agua (IUA). En este contexto, las categorías e interpretación del índice de Uso del agua se clasificarán referenciando los siguientes rangos (

Tabla 3).

Tabla 3: Categorías e interpretación del índice de uso del agua

<i>Rango (Dh/Oh)*100 IUA</i>	<i>Categoría IUA</i>	<i>Significado</i>
> 50	Muy Alto	La presión de la demanda es muy alta con respecto a la oferta disponible
20.01-50	Alto	La presión de la demanda es alta con respecto a la oferta disponible
10.01-20	Moderado	La presión de la demanda es moderada con respecto a la oferta disponible
1-10	Bajo	La presión de la demanda es baja con respecto a la oferta disponible
<1	Muy Bajo	La presión de la demanda no es significativa con respecto a la oferta disponible

Fuente: ERAS 2013, IDEAM.

Conforme a los resultados, se presenta la Oferta Hídrica Superficial regional disponible y la demanda hídrica estimada para cada cuerpo de agua en estudio, así como su índice de uso del agua mensual y promedio anual. De la Tabla 4, se observa un índice con demanda ALTA para el total del aprovechamiento hídrico relacionado con los ríos Quindío, Roble y Quebrada Buenavista. Los ríos pertenecientes a la zona sur del Departamento del Quindío, poseen una demanda BAJA y una oferta hídrica regional disponible, lo que se relaciona con un índice de uso de agua color azul, verde y amarillo; el río espejo y la quebrada cristales poseen una demanda MODERADA. Por otro lado la quebrada lacha, localizada en el municipio de Filandia, posee una demanda MUY ALTA.

Tabla 4: Índice de uso del agua, año 2018

UHC	Unidad Hidrográfica	Demanda potencial de agua (Mm ³ /Año)	Oferta hídrica regional disponible (Mm ³) (Mm ³ /Año)	Índice de uso del agua (IUA)	Índice de uso del agua (IUA)	Demanda (Mm ³ /Año)	Oferta hídrica regional disponible (Mm ³) (Mm ³ /Año)
RÍO QUINDÍO	Río Quindío Tramo 1	51.14	51.31	98.24	22.37	80.49	90.06
	Río Quindío Tramo 2	38.71	66.27	31.90			
	Río Navarco	0.23	28.66	0.89			
	Río Santo Domingo	8.93	35.45	25.54			
	Río Verde	6.41	24.40	26.00			
	Quebrada La Picota	0.67	51.10	2.38			
RÍO ROBLE	Río Roble Tramo 1	1.97	4.93	45.95	22.19	9.85	96.03
	Río Roble Tramo 2	7.58	51.43	16.28			
	Río Roble Tramo 3	0.30	96.03	4.26			
RÍO ESPEJO	Río Espejo	6.96	43.14	18.64	18.64	6.96	43.14
RÍO LEJOS	Río Lejos	4.10	110.93	6.56	6.56	4.10	110.93
RÍO ROJO	Río Rojo	2.11	55.81	6.87	6.87	2.11	55.81
QUEBRADA BUENAVISTA	Quebrada Buenavista Tramo 1	4.72	10.88	47.50	26.75	6.88	40.80
	Quebrada Buenavista Tramo 2	2.16	40.85	6.00			
OTROS	Quebrada Cristales	2.00	13.57	16.33	16.33	2.00	13.57
	Quebrada Lacha	3.07	3.37	98.00	98.00	3.07	3.37
	Quebrada La Torca	0.00	11.96	0.47	0.47	0.00	11.96
	Quebrada Los Angeles-Campo Alegre	0.23	19.77	1.47	1.47	0.23	19.77
	Río Berbes	2.07	46.17	0.62	6.03	2.07	46.17

Fuente: Corporación Regional del Quindío - CRQ

3.2.4.1 Unidad Hidrográfica Río Quindío.

A lo largo del año hidrológico, la oferta hídrica regional disponible del río Quindío calculado en su primer tramo (hasta bocatoma EPA), posee un Índice de uso del agua MUY ALTO (color rojo), es decir que la mayor parte del año se presenta dicha condición; sólo en los meses de Enero, Abril, Noviembre y Diciembre la oferta hídrica no es superada por la demanda y se denota un índice de uso del agua ALTO (Color Naranja). El tramo 2 comprendido desde la confluencia con el río Navarco hasta la bocatoma PCH El Bosque, el río evidencia un Índice uso del agua entre MODERADO, ALTO y MUY ALTO predominando una demanda alta (color naranja). Entiéndase que dentro de Resolución 865 de 2004 emitida por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, no se contempla el uso energético por ser este no consuntivo (retorna al agua). Así pues, las captaciones de las Pequeñas Centrales Hidroeléctricas - PCH (Campestre, Bayona, La Unión y El Bosque) no fueron tomadas para la evaluación del Índice de uso del agua sobre el tramo medio del río Quindío, para el tramo 3, se observa un índice de uso del agua BAJO Y MUY BAJO, predominando el 90% del año hidrológico con índice de uso del agua MUY BAJO.

Tabla 5: Índice del uso del agua río barragán y sector puerto espejo.

UMC	Unidad Hidrográfica	Demanda potencial de agua (Mm ³ /Año)	Oferta hídrica regional disponible (Mm ³ /Año)	Índice de uso del agua (IUA)	Índice de uso del agua (IUA)	Demanda (Mm ³ /Año)	Oferta hídrica regional disponible (Mm ³ /Año)
	Río Barragán	0.18	49.09	0.54	0.54	0.18	49.09
	Río Sector Roble - Espejo	0.22	43.62	0.63	0.63	0.22	43.62

3.2.4.2 Unidad Hidrográfica Río el Roble.

El río Roble en el tramo 1 presenta un índice de uso del agua MUY ALTO (color rojo) para los meses de Enero, Agosto, Octubre y Noviembre el resto de meses predominando una demanda ALTA (color naranja). Para el tramo 2 de la unidad hidrográfica río Roble (hasta la bocatoma del municipio de Montenegro, EPQ), se observa que la presión de la demanda se encuentra entre MODERADA y ALTA a excepción del mes de noviembre que presenta un índice de uso del agua BAJO. Para el tramo 3, comprendido entre la estructura de captación del acueducto para el municipio de Montenegro hasta la desembocadura con el río La Vieja, se observa un índice de uso del agua MUY BAJO (color azul).

3.2.4.3 Unidad Hidrográfica Río Espejo.

La unidad hidrográfica río Espejo, presenta una oferta hídrica regional disponible con demandas entre MODERADO (color amarillo) y ALTO (color naranja) a lo largo del año hidrológico.

3.2.4.4 Unidad Hidrográfica Río Lejos.

El balance hídrico para ésta unidad hidrográfica presenta un índice de uso del agua BAJO (color verde) a lo largo del año hidrológico analizado, sin embargo los meses de Julio, Agosto y septiembre la oferta se ve reducida dando como resultado un índice de uso del agua MODERADO (color amarillo).

3.2.4.5 Unidad Hidrográfica Río Rojo.

El río Rojo, presenta un índice de uso del agua MODERADO (color amarillo) para los meses de Julio y septiembre. Así mismo la presión de la demanda es ALTA (color naranja) con respecto a la oferta disponible para el mes de agosto y el resto de meses presenta una condición BAJA (color verde).

3.2.4.6 Unidad Hidrográfica Quebrada Lacha.

La presión por el uso del agua puede evidenciarse en todo el año hidrológico, ya que la demanda es MUY ALTA (color rojo) en relación con la oferta hídrica regional disponible. Se ha evidenciado que este cuerpo de agua es susceptible a los eventos climatológicos, donde se presentan crecientes súbitos, así como fuertes descensos de caudal para periodos corto, cuando se disminuyen las precipitaciones.

3.2.4.7 Unidad Hidrográfica Quebrada Cristales.

Presenta una oferta hídrica regional disponible con demandas entre MODERADO (color amarillo) y ALTO (color naranja) a lo largo del año hidrológico, sin embargo para los meses de Mayo y Junio la presión de la demanda se considera BAJA (color verde) con respecto a la oferta disponible.

3.2.4.8 Unidad hidrográfica Quebrada Buenavista.

La presión de la demanda es ALTO (color naranja) y MUY ALTO (color rojo), para el tramo 1 de la unidad hidrográfica quebrada Buenavista, siendo más crítica para los meses de febrero, Julio, Agosto y Septiembre. El resto de los meses la presión de la demanda se considera ALTO (color naranja). El Tramo 2 de la quebrada Buenavista, presenta condición favorable toda vez que las demandas son pocas en este tramo, lo cual da como resultado un Índice del uso del agua BAJO (color verde) a excepción del mes de agosto que la presión de la demanda es considerada MODERADA (color amarillo) frente a la oferta disponible.



3.2.4.9 Otras.

Las unidades hidrográficas Quebrada Los Ángeles -Campo Alegre, Río Barbas, Río Barragán y el Río innominado Sector Roble – Espejo presentan índices de uso del agua entre BAJO (color verde) y MUY BAJO (color Azul) a lo largo del año hidrológico.

3.2.5 ALTITUD Y RELIEVE.

El Quindío cuenta con montañas de altos picos, ríos y quebradas que hidratan al departamento, y valles como los de Cocora, Maravelez y Quindío. 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), hacen del relieve del departamento especial y “*empinado*” o de alta pendiente; las alturas medias de cada uno de los municipios, en metros sobre el nivel del mar (msnm), hacen adquirir en todos los municipios, básicamente un clima tipo cálido templado, con una altura media de 1.500 msnm que llevan a los habitantes a estar expuesto a ciertas enfermedades transmisibles por vectores.

Entre los imponentes picos y montañas de Quindío, los más importantes y altos, son el Nevado del Quindío, a 4.760 msnm, también conocido como Paramillo del Quindío, es un volcán inactivo, ubicado en la cordillera central. Su cumbre es el “trifinio” de Quindío, Risaralda y Tolima, siendo también el punto más alto del primero y el Páramo de Chili a 3.500 metros de Pijao. Debido a las diferentes alturas que tiene la geografía del Quindío, su clima también varía, desde frío de páramo hasta calor moderado de tierras bajas, Mapa 4 ¹¹



Fuente: OCHA.

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

La tabla 5 detalla la altura media sobre el nivel del mar de cada uno de los municipios, encontrando que el municipio de Montenegro muestra una altura media de 1.150 msnm, por tanto el municipio más cálido, seguido en su orden por La Tebaida; el municipio de mayor altura media es Salento, de clima frío, seguido de Filandia.

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

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



MUNICIPIO	ALTURA MEDIA (msnm)
Quimbaya	1.315
Salento	1.900

Fuente: MSPS; IGAC.

La temperatura media del territorio (19°C) oscila entre los 16 a 22 grados, siendo sectores más cálidos Armenia, Montenegro y La Tebaida; la humedad relativa no supera 90% pero se considera una zona de “*humedad relativa alta*”.

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

- **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. La cima se cubre de nieve durante los meses más fríos.
- **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. En estas áreas las actividades agropecuarias son casi inexistentes debido a las condiciones geológicas y climáticas que dificultan su explotación económica.
- **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. 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 de tipo arbustos que subsiste en algunos sectores.
- **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.
- **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°.

- 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.

Según los reportes de temperaturas medias para 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.

41

3.2.6 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 INVÍAS. El departamento cuenta, desde su capital, con tres ejes viales de primera categoría y que conectan estratégicamente con el país:

- al oriente la vía que conduce a Ibagué y Bogotá
- al norte hacia Risaralda y
- al sur con Valle del Cauca con Buga agrande

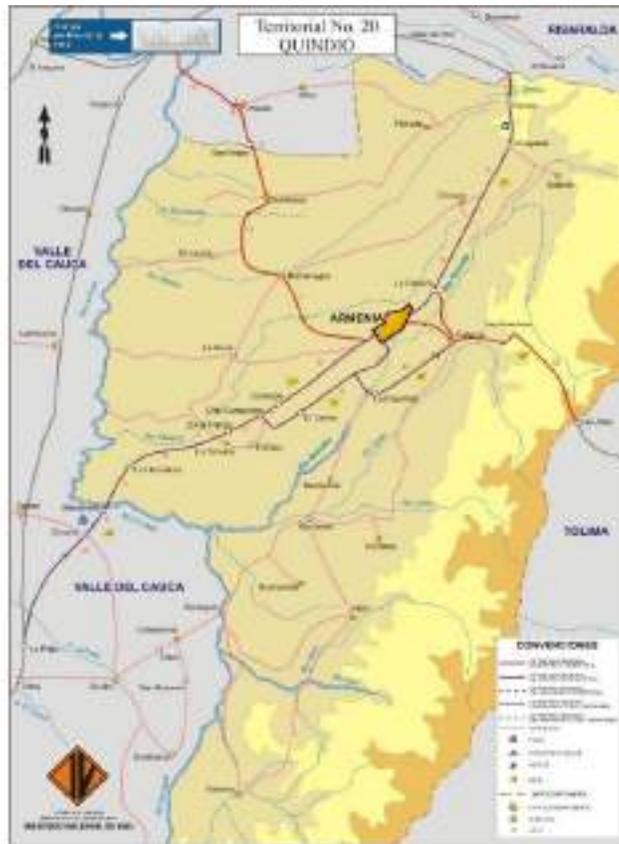
Las dos últimas se consideran vías de alto flujo y velocidad por su característica de autopista (del Café y Recta la Paila Cali, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) donde su promedio de velocidad puede alcanzar 80 Km/hora.

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

Génova, Córdoba y Buenavista), estos últimos, con carreteras de tipo departamental con menor velocidad promedio de 25, tabla 6.

Tabla 7: Distancia en kilómetros, tiempo de traslado y tipo de transporte básico desde municipios a capital departamental, departamento Quindío.

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



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

Mapa 5: Vías y Aeropuerto de Departamento Quindío.

La infraestructura en vías secundarias corresponde a 16,32% de la malla vial y las vías terciarias 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. La red vial secundaria está conformada por 343,7 Km de vías que equivalen al 16,32 % del total de la malla vial del departamento de los cuales 170,6 Km (el 49,5 %) están pavimentados y en buen estado; 72,3 Km. (el 21,1%) están pavimentados en mal estado y 101 Km. (el 29,4 %) están en huellas o afirmado en mal estado. Esta red permite la comunicación de las cabeceras municipales con la capital del departamento y constituyen el sistema vial que intercomunica la malla vial departamental con la red vial nacional, como se detalla en la tabla 7.

43

Tabla 8: 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, Plan de Desarrollo 2016 - 2019, página 141

La red vial secundaria ha sido objeto de recientes intervenciones por parte de administraciones anteriores y de la Nación en desarrollo de programas como los acuerdos de Audiencias públicas, Colombia humanitaria, entre otros, que le permiten al departamento contar con 62,7% de esta red en muy buen estado, faltando solo un 37,3% por intervenir con programas de mejoramiento o rehabilitación. La red vial municipal está conformada por 1.640,73 Km de vías que equivalen a 77,91% del total de la malla vial del departamento; de ella, 98,79 Km (6,02%) esta pavimentada y en buen estado, 141,13 Km (8,60%) esta pavimentada en regular

estado, 1,71 Km (0.10%) esta pavimentada y en mal estado y 1.399,1 Km (85,27%) está en huellas o afirmado en regular estado⁶.

El Aeropuerto El Edén de tipo internacional, movilizó un total de 396.110 pasajeros en lo corrido del año 2018, teniendo en cuenta las salidas y llegadas, como se detalla en la

Tabla 9, presentándose, una variación negativa del 8,09% con un descenso de 34.887 pasajeros frente a la vigencia 2017, comportamiento contrario al mostrado por el nivel Nacional que presenta un incremento del 5%, La movilidad de pasajeros aéreos nacionales fue de 69'296.568 de personas, correspondiendo la movilidad del Quindío al 0,65% del total Nacional. ⁷

Tabla 9: Total, pasajeros aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2017-2018

AEROPUERTO	Comparativo acumulado							
	Enero - diciembre 2017			%	Enero - diciembre 2018			%V
	Salidos	Llegados	Total		Salidos	Llegados	Total	
COLOMBIA (todos)	33.009.207	32.903.777	65.912.984	100%	34.757.775	34.538.793	69.296.568	+5%
EL EDEN	216.606	214.391	430.997	0,70%	198.646	197.464	396.110	-8,09%

Fuente: Aeronáutica Civil de Colombia, Grupo de estudios sectoriales, Unidad Administrativa Especial.

Para el año 2018, el descenso en el número de pasajeros Nacionales, se muestra en un 9,15% similar comportamiento evidenciado en la vigencia anterior, situación que es evidente además en los pasajeros internacionales, los cuales para la vigencia 2017 mostraron un incremento del 12,41%, pero para el año 2018 disminuyen su comportamiento en un 0,6%., Tabla 10.

Tabla 10: Total, pasajeros nacionales e internacionales aeropuerto El Edén, Departamento Quindío 2017 - 2018.

AEROPUERTO	Comparativo acumulado						
	Enero - diciembre 2017			Enero - diciembre 2018			%
	Nacional	Internacional	Total	Nacional	Internacional	Total	
COLOMBIA (todos)	52.201.968	13.711.016	65.912.984	54.300.222	14.996.346	69.296.568	+5%

⁶ Plan departamental de desarrollo 2016 – 2019. “En defensa del bien común” – pág. 141 -142.

⁷ Aeronáutica civil de Colombia - oficina de transporte aéreo – grupo de estudios sectoriales aeronáutica civil – unidad administrativa especial. Boletín origen – destino diciembre de 2017; operación regular y no regular.



AEROPUERTO	Comparativo acumulado						
	Enero - diciembre 2017			Enero - diciembre 2018			%
	Nacional	Internacional	Total	Nacional	Internacional	Total	
EL EDEN	377.580	53.417	430.997	343.015	53.095	396.110	-8,09%

Fuente: Aeronáutica Civil de Colombia, Grupo de estudios sectoriales, Unidad Administrativa Especial.

4 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

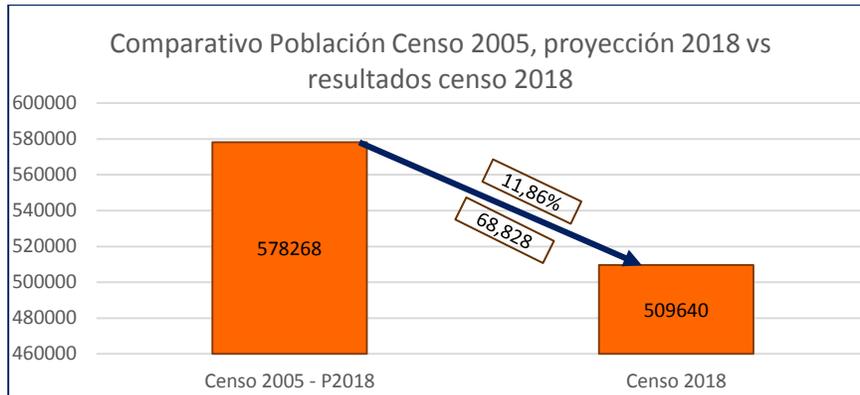
4.1 POBLACIÓN TOTAL

45

Una de las grandes expectativas, para la generación del documento de Análisis de Situación de Salud del Departamento del Quindío, para la vigencia 2019, era la de utilizar los resultados del censo 2018 realizado por el DANE, con el fin de acercar los datos, a una información poblacional actualizada, que aproxime los resultados en salud a la realidad de territorio; sin embargo a la fecha se encuentran en ajustes por parte de los realizadores del censo, motivo por el cual el Ministerio de Salud y Protección Social, da la instrucción de realizar el documento basados en el censo 2005, proyección 2019.

Pese a lo anterior, y teniendo en cuenta las publicaciones realizadas por el DANE en relación a los datos obtenidos del último censo, es importante conocer los resultados informados para el Departamento del Quindío, con el fin de evidenciar los cambios en relación a las cifras de población proyectadas, utilizadas en forma oficial para la medición de indicadores y demás procesos de análisis; en este sentido, se realiza la comparación entre resultados del último censo y población proyectada censo 2005 para la vigencia 2018, dado que el censo salió con vigencia 2018.

La población total de acuerdo al censo Nacional de población y vivienda 2018 del DANE, es de 509.640 pobladores, indicando una reducción poblacional del 11.86%, significando una pérdida de 68.628 personas (Gráfico No. 1), Situación que impacta directamente en el comportamiento demográfico del territorio, la medición de indicadores generales y especialmente afecta la situación de ingresos del territorio.



Fuente: DANE Censo 2005 – Proyección 2018 – Censo 2018

Gráfico 1: Comparativo Poblacional Censo 2005, proyección 2018 vs resultados censo 2018.

La comparación de los resultados de los censos 2005, proyección 2018 y el resultado del censo Nacional de población y vivienda 2018, según municipios del Departamento del Quindío, muestra un incremento poblacional positivo para los municipios en su orden de Salento, Córdoba y Buenavista; los municipios de Génova, Armenia, Calarcá y Circasia, presentan disminución poblacional, con resultados negativos, inferiores al 13% y los municipios de Montenegro, Filandia, Quimbaya, Pijao. Siendo La Tebaida el que presenta la diferencia porcentual negativa más significativa en el Departamento del Quindío.

El contraste con BDUA tiene como referente 512.450 personas activas con información de departamento, presentando una diferencia de 2.810, un potencial de omisión de apenas el 0.55%. (DANE, 2018)

Tabla 11: Comparativo poblacional Censo 2005, proyección 2018 vs resultados censo 2018, según municipios del Departamento del Quindío.

Municipios	Censo 2005 - P2018	Censo 2018	% de variación
Salento	7.103	7.578	6,68
Córdoba	5.249	5.535	5,44
Buenavista	2.730	2.741	0,4
Génova	7.351	7.121	-3,12
Armenia	302.723	275.641	-8,94
Calarcá	79.174	70.662	-10,75



Circasia	30.914	27.135	-12,22
Montenegro	41.857	35.324	-15,6
Filandia	13.628	11.345	-16,75
Quimbaya	35.276	29.117	-17,45
Pijao	5.940	4.877	-17,89
La Tebaida	46.323	32.564	-29,7
TOTAL	578.268	509.640	-11,86

Fuente: DANE Censo 2005 – Proyección 2018 – Censo 2018

Para efecto del Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2019, se seguirá utilizando la población correspondiente al censo 2005 proyección 2019 y según el corte de los resultados de salud, se utilizarán las proyecciones de las vigencias correspondientes.

El departamento del Quindío para el año 2019, de acuerdo a las proyecciones poblacionales del DANE en base al censo de población y vivienda de 2005, presenta una población de 578.264 habitantes que corresponde al 1,15% del total Nacional; la población urbana es el 88,13% del total departamental, evidenciando que dos de cada tres habitantes del departamento se localizan en dos centros urbanos, Armenia y Calarcá, que concentran 66,04% del total poblacional y que por su cercanía, se constituyen en el eje económico departamental.

Para el Quindío, que históricamente ha basado su economía en la actividad agrícola y que actualmente muestra, como uno de sus grandes atractivos turísticos su zona rural, presentan altos grados de urbanización (tabla 11), siendo el municipio de Armenia el de mayor proporción, 97,34%, seguido del municipio de La Tebaida, con el 94,28%, Quimbaya, 83,99% y Montenegro, 82,15%. Calarcá y Circasia presentan un grado medio de urbanización entre 75 al 77%. Los municipios “cordilleranos” su grado de urbanización es bajo, con concentraciones poblacionales urbanas por debajo del 60%, el municipio que

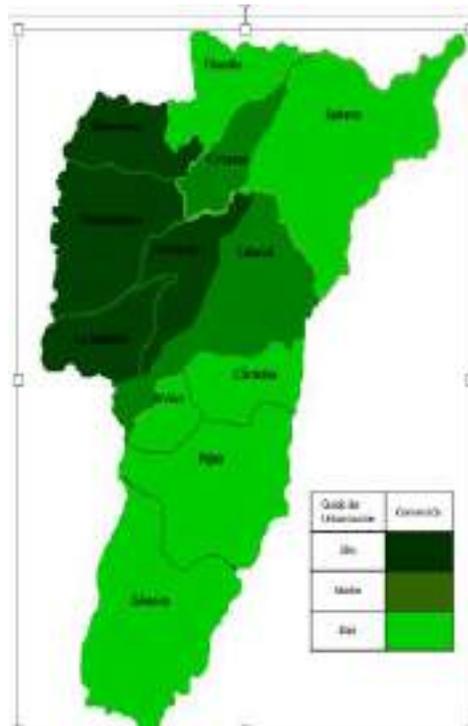
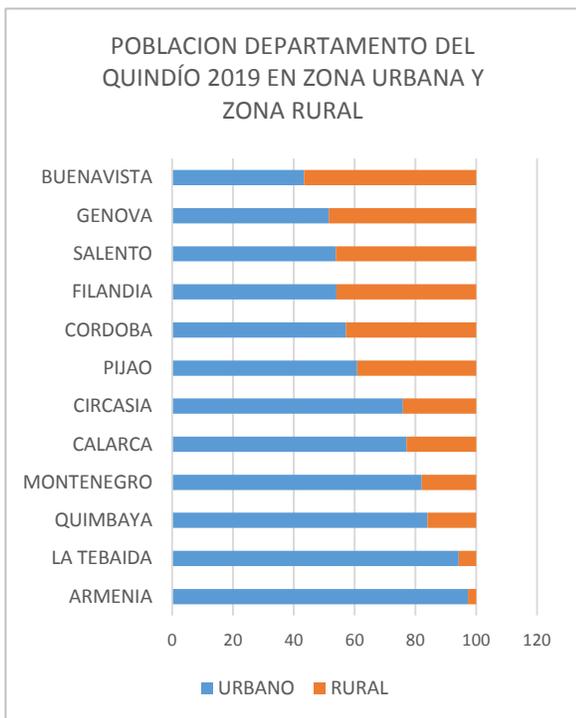


presenta mayor concentración de población en la zona rural es Buenavista con un 57,36%, seguido de los municipios de Génova (49,15%) y Salento (46,35%); siendo importante tener en cuenta que la población se ubica en veredas cercanas al casco urbano, ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..

Tabla 12: Población total y proporción por área de residencia, Quindío, 2019.

Municipio	Población cabecera municipal	Población área rural	Población total	Porcentaje población cabecera	Porcentaje población rural	Grado urbanización
Armenia	294.658	8.065	302.723	97,34%	2,66%	Alto
Buenavista	1.183	1.547	2.730	43,33%	56,67%	Bajo
Calarcá	61.069	18.105	79.174	77,13%	22,87%	Medio
Circasia	23.484	7.430	30.914	75,97%	24,03%	Medio
Córdoba	3.001	2.248	5.249	57,17%	42,83%	Bajo
Filandia	7.362	6.266	13.628	54,02%	45,98%	Bajo
Génova	3.790	3.561	7.351	51,56%	48,44%	Bajo
La Tebaida	43.675	2.648	46.323	94,28%	5,72%	Alto
Montenegro	34.385	7.472	41.857	82,15%	17,85%	Alto
Pijao	3.614	2.326	5.940	60,84%	39,16%	Bajo
Quimbaya	29.629	5.647	35.276	83,99%	16,01%	Alto
Salento	3.826	3.277	7.103	53,86%	46,14%	Bajo
Total	509.676	68.592	578.268	88,14%	11,86%	Alto

Fuente: DANE – Estimaciones poblacionales censo de 2005.



Fuente: DANE Proyección poblacional 2005 – 2020.

Mapa 6: Porcentaje de Urbanización/Ruralización de la población departamento Quindío, 2019.

Gráfico 2: Población Departamento del Quindío 2019 Zona Rural y Urbana.

Tomando como referencia la población conciliada del censo de 2005 y de la estimaciones dadas según el comportamiento demográfico, se espera que crezca la población departamental a casi 9% interanual en los tres lapsos 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, en forma acelerada, casi el doble cada año, 41,58% y el segundo en 13,64%, Tabla 12 Es importante evidenciar el rápido crecimiento mostrado por el municipio de La Tebaida, el cual para 2005, presentaba una población inferior a la de los municipios de Montenegro y Quimbaya y para 2017, la población proyectada supera en forma importante la mostrada por los dos municipios relacionados, situación requiere una intervención integral, dada la necesidad de fortalecer la capacidad habitacional, estructural, de servicios, etc.



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



Existe una correlación entre los municipios con mayor número de habitantes y el grado de urbanización (Armenia, Montenegro, La Tebaida y Quimbaya), excepto Calarcá, que 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).

Las cifras del departamento frente a los territorios de la Región Central del País (urbanización 73,96%), el de mayor grado de urbanización la aporta Quindío (13,58 puntos porcentuales mayor), expresión de variaciones en la historia y la vocación agrícola del departamento, generándose diferentes dinámicas desde la perspectiva laboral, como también, la concentración de la población en la zona urbana ha de expresar un comportamiento epidemiológico específico y de determinantes de salud directamente relacionados con este tipo de poblacional; en el mismo sentido, aspectos como la movilidad laboral y la vocación económica del departamento, serán fuertemente influenciados por la concentración poblacional urbana, y las relaciones de manera directa, con la estructura de las ciudades y la red de prestación de servicios de salud en la asistencia y atención a la persona.



Tabla 13: 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 Censo 2005.

El área departamental llega a concentrar hasta 313 personas por km², el municipio de Armenia, muestra la densidad más alta con 2632 habitantes por km², seguido del municipio de La Tebaida con 526 personas por km², en su orden los municipios de Circasia, Calarcá, Montenegro y Quimbaya como los de mayor densidad poblacional, siendo el municipio de Salento el que presenta la menor densidad poblacional con 22 habitantes por km², Tabla 14 13, El **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, detalla esta distribución y comportamiento, que muestra las zonas departamentales menos densamente pobladas como las más amarillas, frente a la capital.

Tabla 14: Áreas municipales (urbanas y rurales) y densidad poblacional departamento Quindío, 2019.

Municipios	Área urbana km ²	Área rural km ²	Área total km ²	Densidad poblacional (hab/km ²)
Armenia	12.88	102.12	115	2632
Buenavista	0.13	38.87	39	70
Calarcá	2.32	205.68	208	381
Circasia	1.68	85.32	87	355
Córdoba	2.11	87.89	90	58
Filandia	0.34	100.66	101	135
Génova	0.53	286.47	287	26
La Tebaida	1.47	86.53	88	526
Montenegro	1.70	139.30	141	297
Pijao	0.57	237.43	238	25
Quimbaya	2.15	120.85	123	287
Salento	0.48	327.52	328	22
TOTAL	26.34	1.818,66	1.845	313

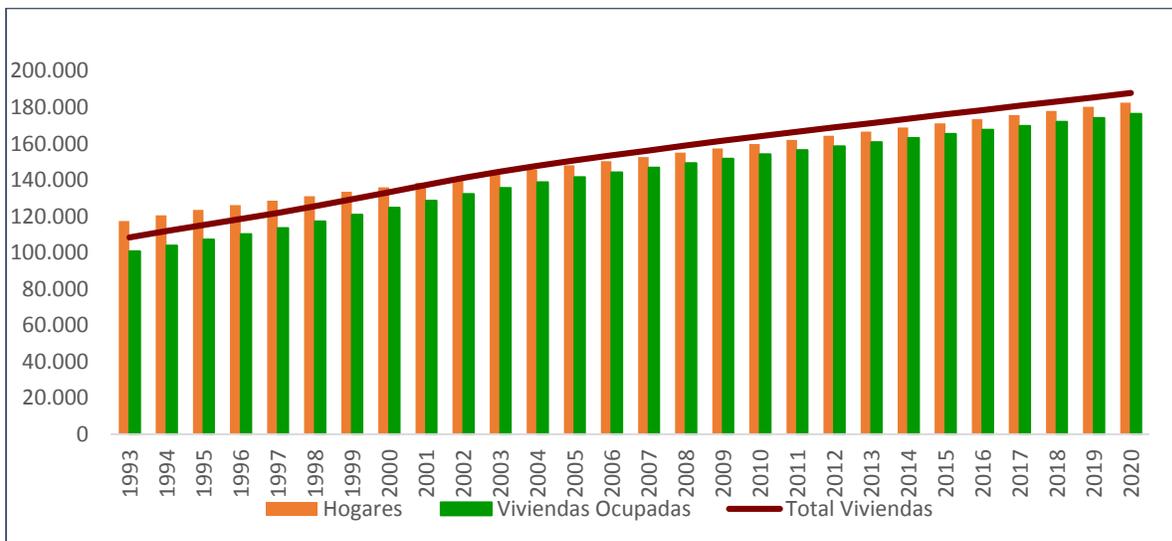


Fuente: DANE Proyección poblacional 2005 – 2020 – Información Quindío

Mapa 7: Densidad poblacional por kilómetro cuadrado del departamento Quindío, 2019.

La relación entre viviendas totales y ocupadas, proyecta un porcentaje de desocupación constante del 1,5%; se estima que este se puede duplicar situación que podrá presentar variaciones con el censo 2018, dado el alto incremento de construcciones, especialmente en el municipio de Armenia. De acuerdo a las proyecciones realizadas (censo 2005), para 2019 se contabilizarían 183.187 viviendas, 94% habitadas; Calarcá tendrá las más habitadas (99%) y Filandia muestra el porcentaje de ocupación más bajo (86%).

El Grafico 3 muestra, que el número total de viviendas supera el número de hogares, teniendo en cuenta que el DANE mide hogares de acuerdo a la definición, comprende tanto hogares familiares y no familiares (incluidos los unipersonales), fundamentando el cálculo en la tasa de jefatura; sin embargo, los hogares superan levemente el número de viviendas ocupadas, evidenciando finalmente que para el Departamento del Quindío por cada vivienda ocupada hay un hogar.



Fuente: DANE

Gráfico 3: Proyección de viviendas y Hogares Departamento del Quindío 1993 – 2020.

Del total de personas estimadas conciliadas, habría un promedio de 3,7 personas por vivienda, 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, Tabla 15 y

Tabla 16, en la que se calculó 3,6 personas por vivienda y hogar; en el censo de 2015 se contabilizaron 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 detalla las zonas de amarillo mostaza las que son las de mayores viviendas contadas, y Buenavista es el municipio con menores construcciones de viviendas detectadas.

54

Teniendo en cuenta que la información de viviendas corresponde a la estimada según el censo 2005, para lograr una relación adecuada se utiliza la población de este año, siendo evidente la necesidad de contar con datos más actualizado, dados los cambios presentados en relación al aumento inusitado de la construcción en el Departamento, especialmente en las zonas urbanas, la migración, el desplazamiento y demás fenómenos demográficos que pueden marcar diferencias y situaciones a intervenir.

Tabla 15: Total, viviendas, personas en viviendas, personas totales y personas por vivienda, Departamento Quindío.

Municipios	Total, viviendas	Viviendas con personas presentes	Total, personas	Personas por vivienda	Total, hogares
Armenia	80.336	74.119	271.094	3,66	76.779
Buenavista	739	704	2.883	4,10	741
Calarcá	18.915	18.741	70.873	3,78	19.373
Circasia	7.359	6.868	26.636	3,88	7.262
Córdoba	1.400	1.372	5.214	3,80	1.420
Filandia	3.717	3.220	12.430	3,86	3.332
Génova	2.601	2.393	9.063	3,79	2.442
La Tebaida	8.373	8.040	32.562	4,05	8.877
Montenegro	9.666	9.252	38.064	4,11	10.271
Pijao	1.748	1.647	6.379	3,87	1.675
Quimbaya	8.687	8.519	32.632	3,83	8.932
Salento	2.071	1.837	6.917	3,77	1.878
Total	145.612	136.712	514.747	3,77	142.982

Fuente: DANE – Censo 2005

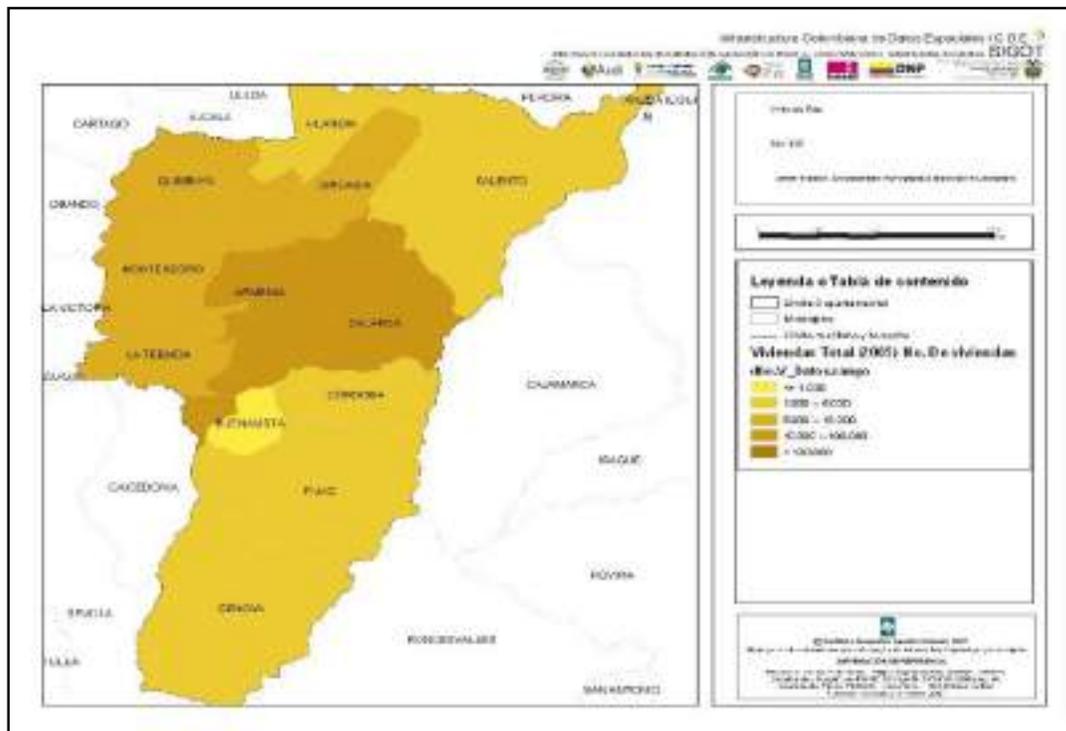
Tabla 16: Resultados Encuesta Calidad de Vida, región Central, Colombia 2016.

Regiones y áreas		Total			Promedio	
		Viviendas	Hogares	Personas	Hogares por vivienda	Personas por hogar
Central	Total	1.715	1.747	5.591	1,0	3,2
	Cabecera	1.241	1.269	3.930	1,0	3,1
	Resto	474	478	1.661	1,0	3,5

Fuente: DANE.

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2016.pdf

Total muestra encuestada.



Fuente: http://sigotn.igac.gov.co/sigotn/descargarArchivo.aspx?url=http://sigotn.igac.gov.co/arcgisoutput/_ags_mapbd6da48d13d24ccb046148ac5246a2f.jpg&ruta=completa

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

⁸ Informe anual del sistema de vigilancia en salud pública – 2018 – Secretaría de Salud Departamental del Quindío.



De acuerdo al resultado obtenido por el censo nacional de población y vivienda 2018, el Departamento del Quindío cuenta con un total de 170.054 viviendas ocupadas, mostrando una diferencia de 33.342 viviendas ocupadas en relación a la proyección DANE censo 2005, variando de igual forma el promedio de personas por hogar, pasando de 3.6 según censo del 2005 a 2.9 según censo 2018.

Los lugares especiales de alojamiento muestran un incremento del 45% entre el censo 2005 al censo 2018, pasando de 135 a 244 LEA, encuestando un total de 4.029 vs 3.944 personas encuestadas en el censo de 2005.

De igual forma el análisis situacional se desarrolla acorde a la información proyectada según censo DANE 2005.

Del total de las viviendas contabilizadas (Tabla 17), se muestra que el 76,32% reside en casas, el 19% en apartamentos, el 4% en cuartos y el 0,02% residen en vivienda indígena; los municipios de Circasia y la Tebaida muestran residencia en casas por encima del 90%, el municipio de Quimbaya muestra un porcentaje importante de residencia en apartamento, de igual forma llama la atención el municipio de Génova, con el mayor porcentaje de población residente en cuartos, situación que evidencia problemáticas de tipo social.

Tabla 17: Total, tipos de vivienda, departamento Quindío 2005.

Municipios	Casas	Casa indígena	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%



Municipios	Casas	Casa indígena	Apartamento	Cuarto	Porcentaje casas
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, muestran una idea general de las condiciones de las viviendas en los municipios; la Tabla 18 detalla las características del comportamiento relativo de las condiciones de las viviendas en el departamento y detalla que el mayor porcentaje de hacinamiento se observa en La Tebaida, seguido en su orden de Montenegro, Quimbaya y Córdoba.

Las poblaciones de los municipios más críticos en relación al “no acceso a fuentes de agua mejoradas”, son las de Génova, Buenavista y Pijao, los cuales presentan porcentajes superiores a 30%, identificándose un alto riesgo para la ocurrencia de enfermedades diarreicas agudas, problemas dermatológicos, entre otros asociados a mala calidad de agua doméstica, siendo necesario adelantar acciones de verificación permanente del funcionamiento de los suministros de agua para consumo en los municipios cordilleranos.

El municipio de Salento, muestra que 24,04% de viviendas sin acceso a fuente de agua mejorada, (1 de cada cuatro viviendas u hogares), teniendo en cuenta la alta y permanente afluencia de turistas y visitantes que hace de Salento un destino turístico importante.

Tabla 18: 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%



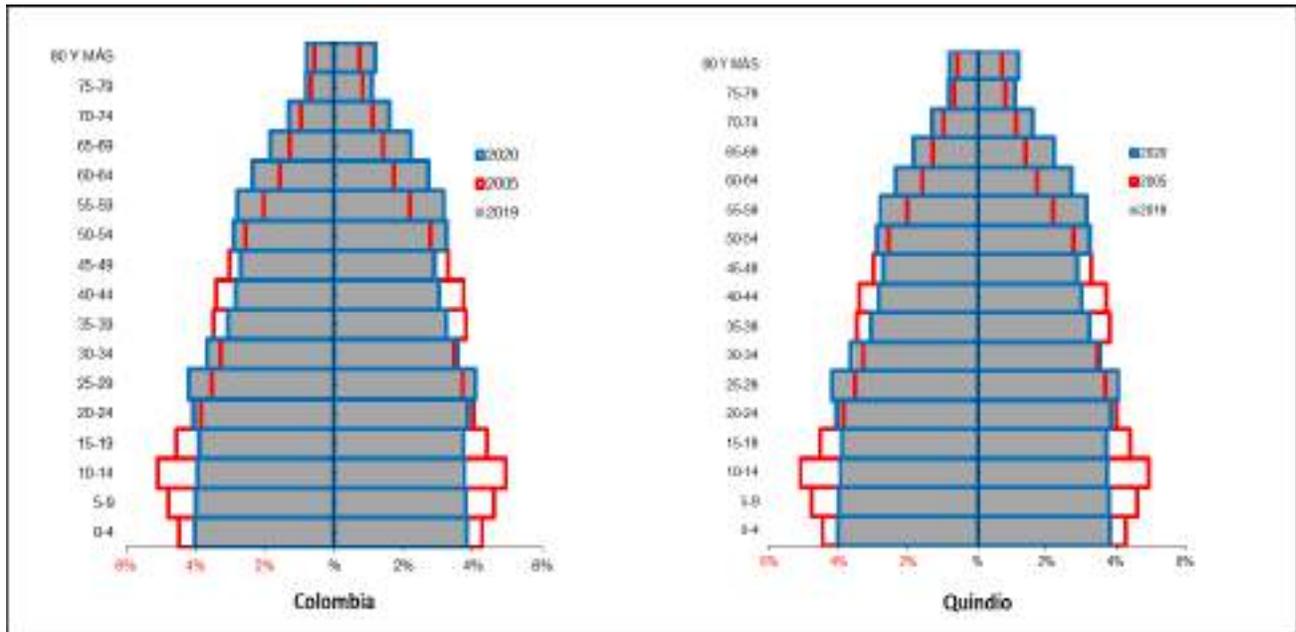
Municipio	Sin acceso a fuente de agua mejorada	Inadecuada eliminación de excretas	Pisos inadecuados	Paredes inadecuadas	Hacinamiento
Montenegro	3,17%	2,86%	2,05%	10,08%	17,78%
Pijao	30,98%	17,21%	0,94%	3,42%	12,42%
Quimbaya	3,08%	2,53%	1,48%	5,08%	14,62%
Salento	24,04%	3,77%	1,40%	3,09%	10,58%

Fuente: Cálculos DNP-SPSCV con datos Censo 2005

4.2 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA

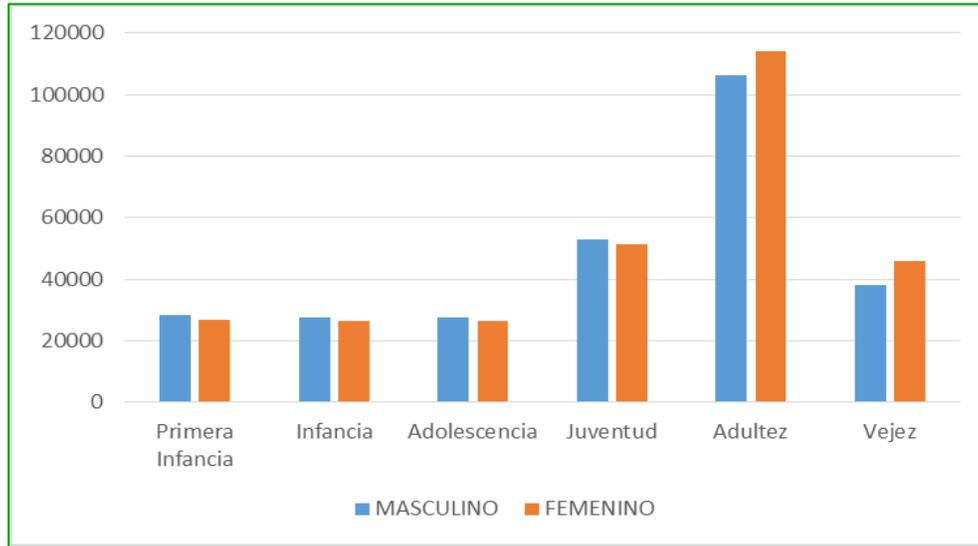
La pirámide poblacional del Departamento del Quindío se muestra regresiva, con una población en transición demográfica, con una base que muestra estrechez progresiva, sin embargo, es importante evidenciar que esa disminución presentó una desaceleración entre las vigencias 2016 y 2017 situación relacionada con el incremento del embarazo en adolescentes, situación que nuevamente muestra descenso para el año 2018 y se continua para el 2019; de los 5 a los 19 años de edad, hay un comportamiento similar que no muestra variaciones, impactado posiblemente por programas y estrategias relacionadas con el control de la fecundidad que se han mantenido en el tiempo; en los grupos de los 20 a los 29 años, se observa un incremento en la concentración poblacional, situación que varía en los grupos etarios posteriores de 30 a los 49 años de edad, donde la pirámide nuevamente muestra estrechez, situación que refleja el grado de emigración de la población y el efecto de la mortalidad por causa externa. A partir de los 50 años de edad, la pirámide muestra una amplitud, y una cúspide que se amplían en los años 2005, 2018 y 2020. Se proyecta que para el año 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas, trazando el camino hacia estructuras futuras progresivamente envejecidas.

En cuanto a la supervivencia por sexo en edades longevas, las mujeres presentan una mayor proporción producto de una esperanza de vida superior a la de los hombres, sumado al efecto de la mortalidad por causas externas que afecta en su mayoría a los hombres jóvenes.



Fuente: DANE – Censo de Población 2005 y estimaciones poblacionales 2005 – 2020
Gráfico 4: Pirámide Poblacional 2005 – 2020, Colombia - Quindío.

La razón hombre/mujer o razón de masculinidad, se presenta estable, mostrando que por cada 96 hombres hay 100 mujeres con una tendencia estable al 2020. La razón de masculinidad detalla que por cada hombre hay una mujer en general, evidenciándose que la población masculina supera levemente la femenina hasta el curso de vida de juventud, superando la población femenina a la masculina a partir del curso de vida de adultez y especialmente en la vejez donde por cada hombre hay dos mujeres, según proyección poblacional censo 2005.



Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

Gráfico 5: Población por sexo y curso de vida, departamento Quindío, 2019

En relación a la diversidad étnica en el Departamento, el grupo étnico de mayor proporción auto declarado son los “afrodescendientes”; se auto determina así el 2,45% de la población total, seguido de algunas comunidades indígenas que corresponde a 0,41%, que moran en Córdoba, Montenegro, La Tebaida, Quimbaya, Armenia y Calarcá. De los grupos Indígenas, se han encuentran grupos culturales Embera Chami y Katios, Nasa, Quichua, Yanaconas, Pastos, Inga, Pijao, para una total de 270 familias; los afrodescendientes completan 3.437 familias en Armenia, Montenegro, La Tebaida, Calarcá (la tabal 18); esta por condiciones de vulnerabilidad son poblaciones de atención preferencial en el sistema de salud del país. El resguardo indígena Embera Chami, conforma una población de 235 personas ubicado en la ciudad de Armenia Quindío, es el único a la fecha reconocido.

Es importante evidenciar, la necesidad de contar con la actualización del censo étnico, dado que a la fecha no se ha logrado adelantar la caracterización específica de estos grupos poblacionales, siendo perentorio el proceso, para lograr el planteamiento de acciones de intervención concretas en pro del mejoramiento de las condiciones de vida de la población étnica residente en el Departamento del Quindío.



Tabla 19: 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
Total Población étnica	14.926	2,88
Ninguno de las anteriores	519.580	97,12
Total	534.506	100

Fuente: DANE, Censo 2005; Gobernación del Quindío.

4.3 POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD.

Con el fin de lograr una articulación efectiva con los procesos de organización del sector salud, en adherencia a lo descrito en la ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015), la cual tiene como objetivo principal “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”, reconociendo la Salud como derecho social fundamental y haciendo énfasis en los enfoques orientadores de la Atención integral en Salud, se reorienta el Análisis de Situacional de Salud “ASIS 2019” para el Departamento del Quindío, siguiendo la metodología de los determinantes sociales en salud, con un enfoque específico en los momentos del curso de vida.

En este contexto, el curso de vida se asume como el proceso de cambio y desarrollo del individuo, a través de las diferentes etapas de su vida, los roles seguidos, formados por interacciones biológicas y sociales y su adaptación al entorno bio-social en transformación, influenciados por los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias.

Los ciclos vitales presentados en este documento obedecen al marco operacional de la Política de Atención Integral en Salud “PAIS”, definido por el Modelo Integral de Atención en Salud “MIAS”, y dentro de las Rutas integrales de Atención en Salud “RIAS”, se ha determinado el concepto de *curso de vida*, distribución etaria



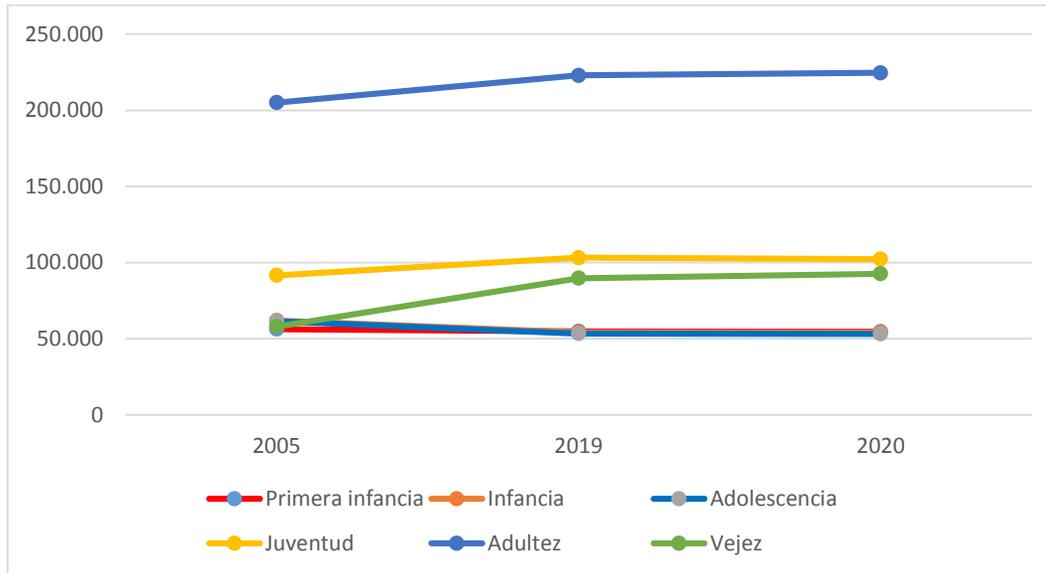
por edades, considerando la edad como un valor social más que cronológico, con el fin de lograr una construcción social de acuerdo a la cultura, la historia, el contexto político, económico de cada individuo, identificando los cambios fisiológicos y psicológicos desde el momento de la concepción hasta el proceso de envejecimiento.

La 19 y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, muestra el total de población por la reorganización de los ciclos de *curso de vida* del Departamento del Quindío, entre los años 2005, 2019 y 2020, detallando, que la primera Infancia, momento entre el nacimiento hasta los 5 años de edad, presenta un comportamiento decreciente de 3 puntos porcentuales; la infancia, entre los 6 a los 11 años de edad, cambia en descenso en 0,97% (1%) a 2020; a este último año puede haber un aumento en la población correspondiente a este rango; para el momento de adolescencia, comprendido entre los 12 a los 17 años de edad, se aprecia en el que se continua con menor intensidad un comportamiento decreciente en un 3,07%; el curso de vida de juventud, muestra un leve incremento, el curso de vida de adultez, muestra un aumento paulatino, situación que se conecta con el curso de vejez, momento que muestra un incremento significativo, evidenciando la transición demográfica por la que atraviesa el Departamento, situación a tener en cuenta en el momento de la reorganización estructural de los sectores involucrados en la atención.

Tabla 20: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2017 y 2020.

Ciclo vital	Grupo etario	2005		2019		2020	
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Primera infancia	0 a 5 años	56.320	10,54%	54.874	9,49%	54.606	9,39%
Infancia	6 a 11 años	61.967	11,59%	54.156	9,37%	54.231	9,33%
Adolescencia	12 a 17 años	61.544	11,51%	53.336	9,22%	53.177	9,14%
Juventud	18 a 28 años	91.630	17,14%	103.206	17,85%	102.289	17,59%
Adultez	29 a 59 años	205.075	38,37%	223.000	38,56%	224.642	38,63%
Persona mayor	60 años y más	57.970	10,85%	89.696	15,51%	92.607	15,92%
Total		534.506		578.268		581.552	

Fuente: DANE; estimaciones poblacionales Censo 2005.



Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

Gráfico 6: Población por grupo etario y porcentaje, departamento, Quindío, 2005, 2017 y 2020.

4.4 DINÁMICA DEMOGRÁFICA

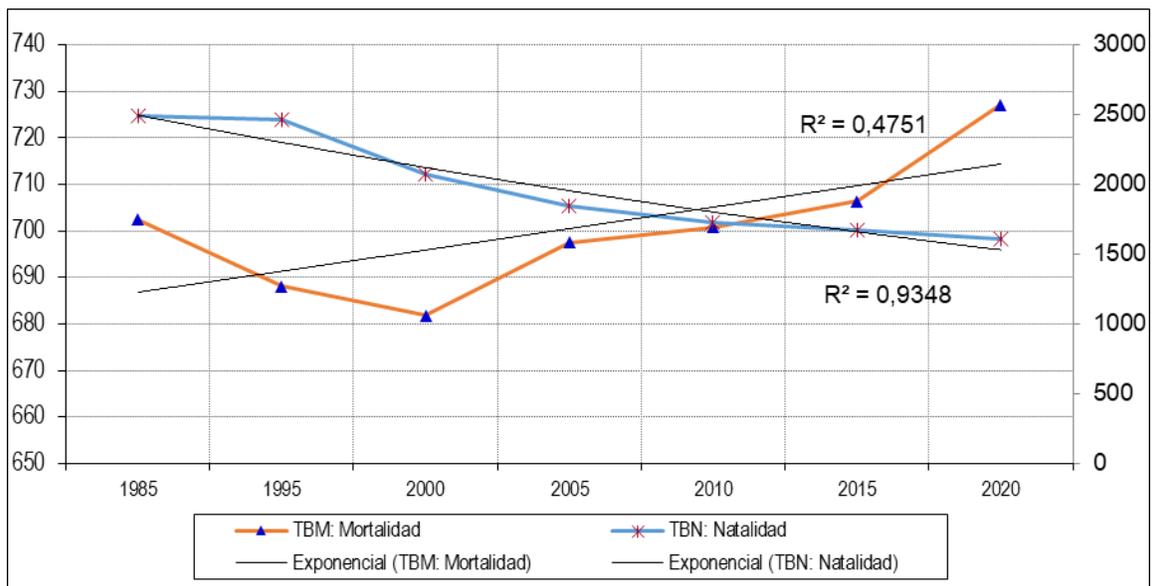
Los indicadores de demografía y la dimensión de la dinámica demográfica, se detallan en específico en la tabla 20, donde se describen la estimación del comportamiento de cinco indicadores del crecimiento de la población, o sus elementos que construyen o dinamizan ese crecimiento.

Tabla 21: Indicadores de la Dinámica Demográfica, Departamento del Quindío, 1985 a 2020

Indicador	1985	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Tasa de natalidad (por 100 mil habitantes)	2492	2467	2075	1840	1726	1671	1604
Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes)	702	688	682	697	701	706	727
Porcentaje de crecimiento vegetativo	1,79%	1,78%	1,39%	1,14%	1,03%	0,96%	0,88%
Tasa de crecimiento total	11,58%	9,49%	10,96%	3,20%	2,72%	2,72%	2,74%
Tasa neta de migración	9,79%	7,71%	9,57%	2,05%	1,69%	1,76%	1,86%

Fuente: DANE - Estadística vitales – proyecciones poblacionales - censo 2005

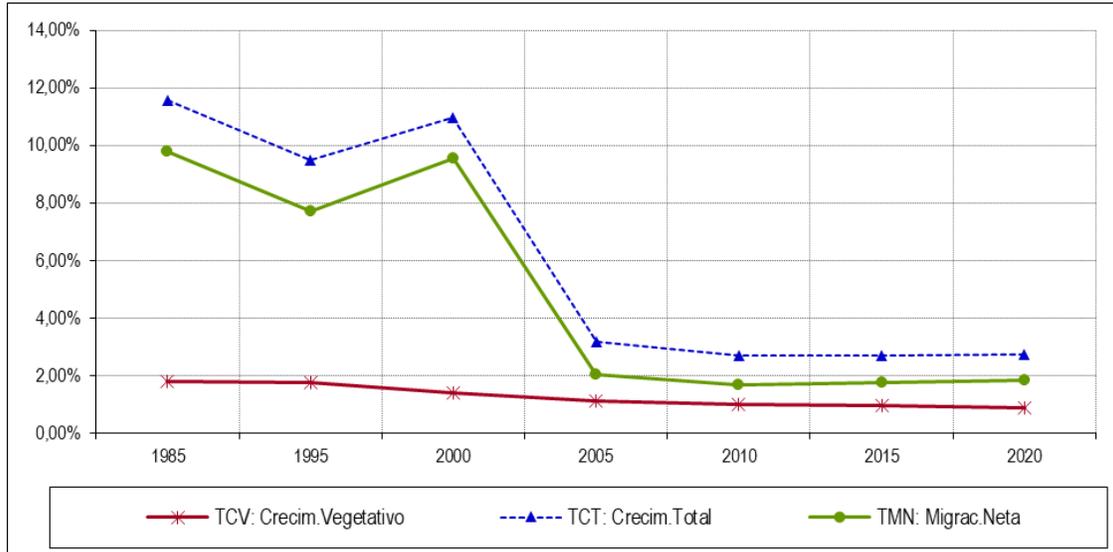
La dinámica demográfica, detalla en el tiempo, la movilidad de las poblaciones; como se muestra en la tasa general de natalidad o nacimientos por 100 mil habitantes estimados, existe una tendencia al descenso entre el 1985 al 2020, con una variación importante del 36% en la tasa (pasando de 2.492 a 1.604 nacimientos esperados por 100 mil habitantes estimados); esta tasa, su correlación inter-temporal, es altamente explicada, ($r: 98\%$) por los datos, mientras la tasa de mortalidad o defunciones por 100 mil habitantes estimados, con una tendencia estable creciente, entre 1985 a 2000 se estimó en descenso, para incrementarse escalonadamente a 2020 (697 a 727 defunciones esperadas por 100 mil habitantes esperados), este crecimiento es medianamente explicado por los datos ($r: 68\%$), grafico 7 .



Fuente: DANE Nacimientos y defunciones – Proyecciones poblacionales

Gráfico 7: Tasa general de Natalidad y Mortalidad, Departamento del Quindío 2005 – 2016.

A raíz del comportamiento de la mortalidad y natalidad departamental, se construye el comportamiento del crecimiento vegetativo, crecimiento que desciende entre los años estimados, y que ya se estima para los dos últimos periodos analizados menos de 1%, en este caso por cada cien personas que habitan, aumentarían menos de uno; este crecimiento vegetativo varía de 0,88% para 2020; la tasa de crecimiento total muestra una tendencia estable compensada por el comportamiento de la tasa de migración neta, que finalmente nivela el crecimiento poblacional para el Departamento del Quindío, después de 2005, en conjunto con el comportamiento de la migración, Gráfico 8.



Fuente: DANE Nacimientos y defunciones – Proyecciones poblacionales

Gráfico 8: Dinámica demográfica según tasa de crecimiento vegetativo, tasa de crecimiento total y tasa de Migración Neta Departamento del Quindío 1985 – 2020

La tasa de migración neta muestra un comportamiento negativo entre 2006 al 2009; para 2009 se inicia un proceso de migración con tendencia clara al incremento (tabla 21) evidenciándose un aumento a partir de 2010; es importante comprobar que municipios como Armenia, Circasia y especialmente La Tebaida, presentan migración que requieren de un abordaje en relación a la intervención poblacional.

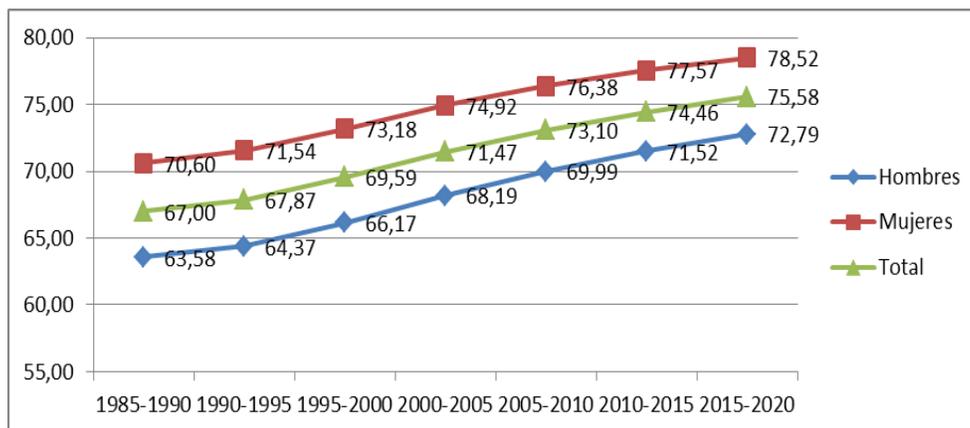
Respecto a los análisis de crecimiento poblacional en relación con la reproducción, se determinaron en los rangos analizados de tiempos, la tasa global de fecundidad (por mujer), la tasa general de fecundidad (por mil mujeres) y la tasa de reproducción neta (por mujer) y su resultado esperado por años de análisis que se detallan en la Tabla 22; así, se esperarían que los niños por mujer aún se mantendrían en dos a 2020, se esperaría contabilizar 65 nacimientos por cada mil mujeres a este último año de análisis y la reproducción neta llegaría a un hijo, la relación de niños por mujer, se espera que descienda en 1 unidad de medida (0,42 a 0,32) a 2020, la edad media de fecundidad, a edad promedio de las madres del total de los nacidos vivos, descendería en 1 años entre 1985 a 2020.

Tabla 22: Indicadores de reproducción estimada, Quindío, 1985 a 2020.

Indicador	1985	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Tasa Global de Fecundidad (por mujer)	2,82	2,76	2,54	2,33	2,22	2,15	2,12
Tasa General de Fecundidad (por mil mujeres)	96,30	90,00	78,60	70,10	66,40	65,70	65,40
Tasa de Reproducción Neta (por mujer),	1,28	1,26	1,18	1,10	1,05	1,02	1,01
Relación de Niños por Mujer	0,42	0,42	0,42	0,33	0,32	0,32	0,32
Edad Media de la Fecundidad (años)	26,33	26,26	26,02	25,79	25,67	25,60	25,57

Fuente: DANE, proyecciones censales series 1985 – 2020.

La esperanza de vida al nacer para el Quindío muestra la tendencia al incremento, efecto de los cambios demográficos esperados, pasando de una esperanza de vida al nacer total de 67 años en 1985 a 75,58 años en 2020; se espera que esta esperanza de vida sea más alta en años para el sexo femenino 70,6 años (1985) a 78,52 (2020); para el sexo masculino es la esperanza es de 72,79 años (2020), siendo de 63,58 años (1985), grafico 8 .



Fuente: DANE, proyecciones censales series 1985 – 2020.

Gráfico 9: Esperanza de vida al nacer total y por sexo, departamento Quindío, 1985 – 2020.

La tabla 22 detalla en los lapsos 2010 - 2020, los datos de los indicadores demográficos estimados para el departamento, consolidados para los análisis de definición de los volúmenes de población que se espera atender en el territorio.

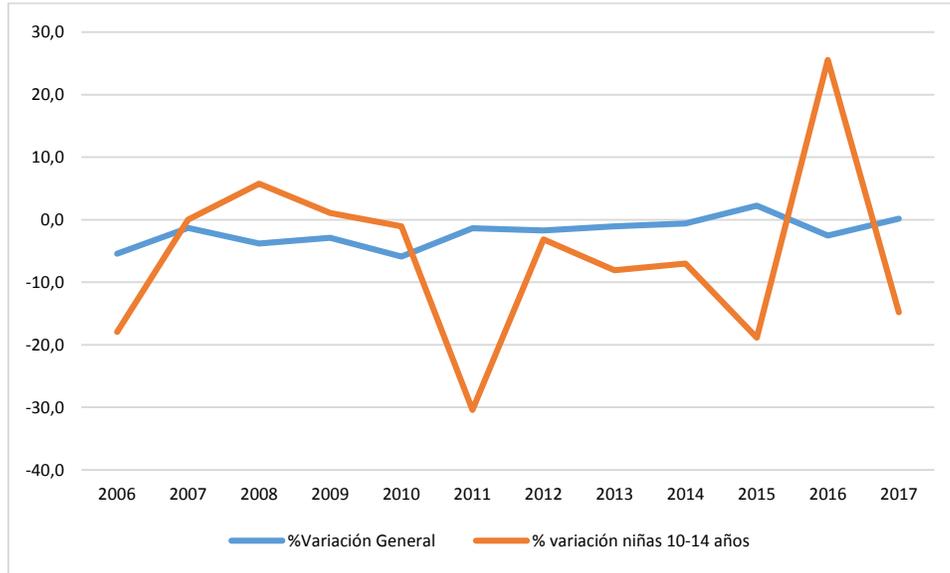


Tabla 23: Dinámica demográfica estimada, departamento Quindío, 2010 a 2020.

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

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

Al observar el comportamiento de la natalidad, estamos ante un descenso de la natalidad de 2% interanual en promedio del número de nacidos durante el periodo de 2005 a 2017, siendo 2008 el de mayor contracción y 2014 el de menor disminución y 2015 el único de la serie que ha mostrado incremento en números de nacidos, con 5.843 nacidos registros en 2016; la disminución de número de nacimientos específicos en la menor de 14 años es más errática, pero con 2 puntos porcentuales mayor en promedio que la general en disminución (-4%), pero con años de comportamiento positivo, en este caso de crecimiento, como lo observado en 2008 y 2009, con un no impacto en 2007, y una variación de -15% de volumen para el 2017, Grafico 10 .



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO – EEVV, 2018

Gráfico 10 : Variación interanual del número de nacimientos General y de menor de 10 a 14 años, Quindío 2006 – 2016.

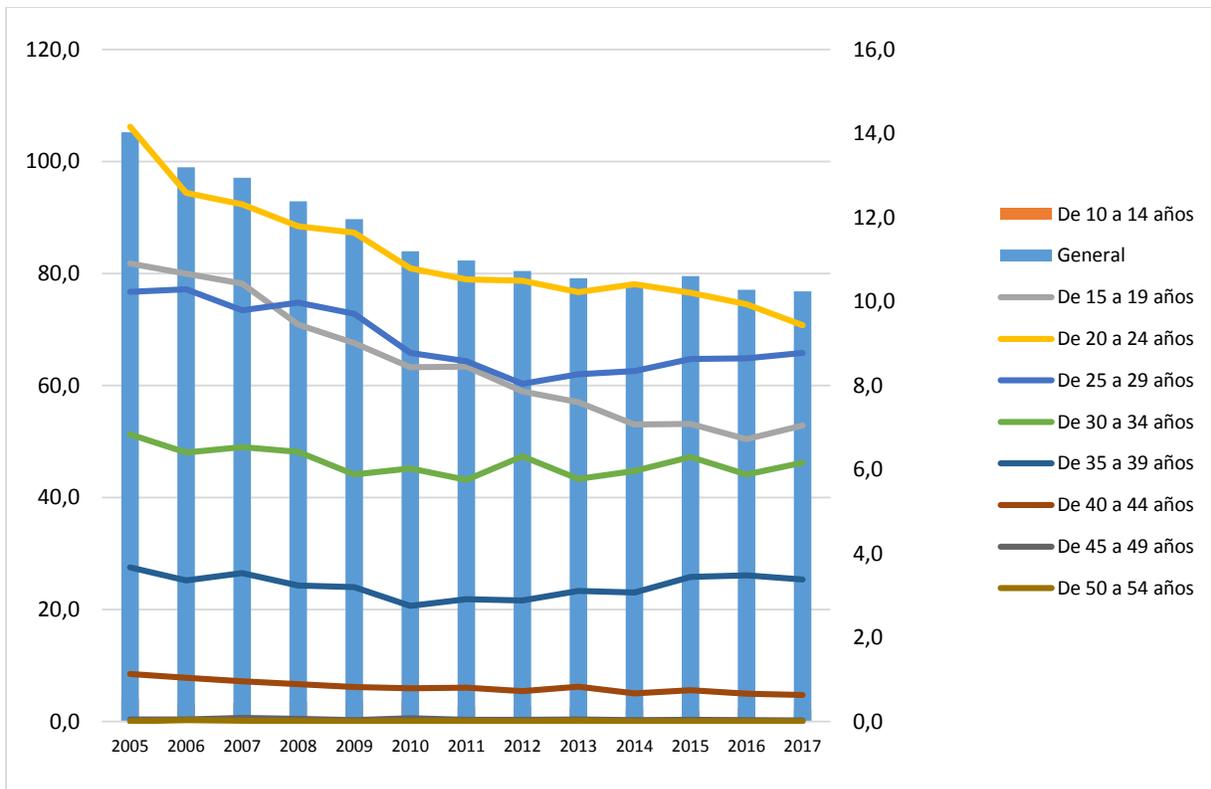
La tasa general y las específicas de natalidad están mostrando, por tanto, una disminución en el crecimiento poblacional, impactando a todos los grupos de edad de fertilidad femenina y en forma especial al grupo de mayor natalidad el de la juventud entre los 20 a 24 años; proyectivamente y muy expiado por los datos (r: 95% a 91%); la tasa específica de natalidad las mujeres de este grupo de edad, a 2020, tendrán la carga igual que la que se tendría en la tasa general de natalidad, como se observa en la Grafico 11 .

Tabla 24: Tasa General y específicas de natalidad, Quindío, 2005 – 2017.

Nacidos vivos	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 10 a 14 años	106	87	87	92	93	92	64	62	57	53	43	54	46
De 15 a 19 años	1.899	1.881	1.873	1.732	1.684	1.598	1.607	1.486	1.414	1.287	1.258	1.167	1.199
De 20 a 24 años	2.274	2.028	1.992	1.916	1.905	1.785	1.767	1.798	1.792	1.865	1.858	1.818	1.718
De 25 a 29 años	1.508	1.529	1.464	1.500	1.466	1.332	1.308	1.233	1.277	1.300	1.361	1.388	1.441
De 30 a 34 años	969	888	895	880	812	840	809	896	825	857	911	856	904

De 35 a 39 años	569	512	526	467	446	372	385	377	407	405	460	470	461
De 40 a 44 años	167	155	144	134	124	119	119	104	116	90	97	85	80
De 45 a 49 años	6	6	12	9	5	11	6	6	7	5	6	5	4
De 50 a 54 años		4	2	1		1	1		2				
No Reportado	1	1	2		2	1	1		1				
Total general	7.499	7.091	6.997	6.731	6.537	6.151	6.067	5.962	5.898	5.862	5.994	5.843	5.853

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO – EEVV, 2019



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO – EEVV, 2018

Gráfico 11: Tendencia de las tasas, General y específicas de natalidad, Quindío, 2005 - 2017



La razón hombre/mujer, muestra variaciones poco significativas entre vigencias pasando de 96.3% en el 2005 a 96,48% para la vigencia 2019, indicando que por cada hombre hay una mujer según la proyección censo 2005; la razón niños/mujer, o relación entre los menores de 5 años y mujeres en edad fértil (15 a 49 años), para el 2005 estaba en 33, y para el 2019, por cada 100 mujeres de 10 a 49 años de edad hay 32 niños menores de 5 años de edad, evidenciándose una disminución, directamente relacionada con el descenso de los índices de natalidad en el Departamento; el índice de infancia o capacidad de atención a la infancia, detalla la relación entre los menores de 15 años y población total; esta población corresponde a 23,48% (135.754) del total poblacional, 9.71% menos población que en el 2005, proyectándose un descenso de 0,76% para 2020; por lo anterior, para el año 2005 por cada 100 personas, 28.13% correspondían a población menor de 15 años y para 2019, se encuentran los menores de 15 años, corresponden al 23.48%.

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 entre el 2005 al 2020. No se presentan variaciones entre los años encontrando para la vigencia 2019, por cada 100 pobladores, 24,02% corresponden a personas en edades entre 15 a 29 años de edad.

El índice de Vejez detalla que para 2005, de 100 personas 11 corresponden a población de 65 años y más, mientras que para el año 2019 este grupo poblacional es ya del 15.92%. El índice de envejecimiento, en 2005 por cada 100 personas menores de 15 años, 39 correspondían a población entre 65 y más años; para 2019 este grupo poblacional es de 66 personas, implicando su crecimiento, una mirada especial a la política de estado frente a una población que requiere atención especial y estructuras de servicios integrales, adecuados 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, y para el Estado, una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad, siendo entonces un el reto para el Gobierno Departamental, en el marco de las políticas Nacionales, directamente relacionadas con las poblaciones de edad mayor.

El Índice demográfico de dependencia o relación de dependencia, se estima según el censo de 2005 que por cada 100 personas económicamente activas entre los 15 a 64 años, habría al menos 56 personas que dependen de estas (personas menores de 15 años y personas mayores de 65 años), cifra que se observa descender a 52 para el 2019. Esta dependencia varía según la especificidad por edades, el índice de dependencia infantil para 2005, muestra que 44 personas menores de 15 años dependían de población entre 15 a 64 años de edad, mientras que para 2019 este grupo fue de 36 personas. El índice de dependencia de mayores, presenta para 2005, que por cada 100 personas entre 15 a 64 años de edad dependían 12 personas mayores de 65 años mientras que en 2019 esta creció en tres individuos.

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, este índice para la vigencia 2005 muestra un resultado de 135,13; mostrando un Departamento que inicia una transición a la madurez, continuándose el comportamiento para el año 2019 que llega a 125,59, mostrando un descenso importante que clasifica al Quindío como un Departamento maduro, situación que marca el comportamiento demográfico, dando un aviso de la necesidad de adecuar los servicios de salud y los de competencia para la atención de una población madura con tendencia al envejecimiento.

Tabla 25: Indicadores de estructura demográfica en el departamento, (porcentaje); Quindío 2005 a 2020.

INDICADORES	2005	2019	2020
Razón de hombre/mujer	96,30%	96,48%	96,49%
Razón de niños/mujer	33,10%	32,35%	32,15%
Índice de infancia	28,13%	23,48%	23,31%
Índice de Juventud	24,05%	24,02%	23,73%
Índice de vejez	10,85%	15,51%	15,92%
Índice de envejecimiento	38,55%	66,07%	68,32%
Índice demográfico de dependencia	55,51%	51,54%	51,85%
Índice de dependencia infantil	43,75%	35,57%	35,39%
Índice de dependencia de mayores	11,76%	15,96%	16,46%
Índice de Friz	135,13	125,59%	123,88

Fuente: DANE, proyecciones poblacionales censo 2005.

5 MOVILIDAD FORZADA

5.1 PERFIL SOCIAL Y DEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO.

El análisis se realiza acorde a la información tomada del Registro único de Víctimas – RUV, que contiene el registro de las personas víctimas del conflicto armado, cuyos hechos victimizantes, ocurrieron desde 1985 con corte a septiembre 2 de 2019.

De acuerdo a lo descrito por el Registro Único de Víctimas, con corte al 2 de septiembre de 2019, el Departamento del Quindío cuenta con un acumulado de 15.527 personas víctimas expulsadas y 57.453 personas víctimas recibidas, evidenciando que el Departamento del Quindío, es receptor en un porcentaje evidentemente superior.

La población víctima del conflicto Armado, corresponde al 9,93% del total poblacional, porcentaje que año tras año, muestra incremento.

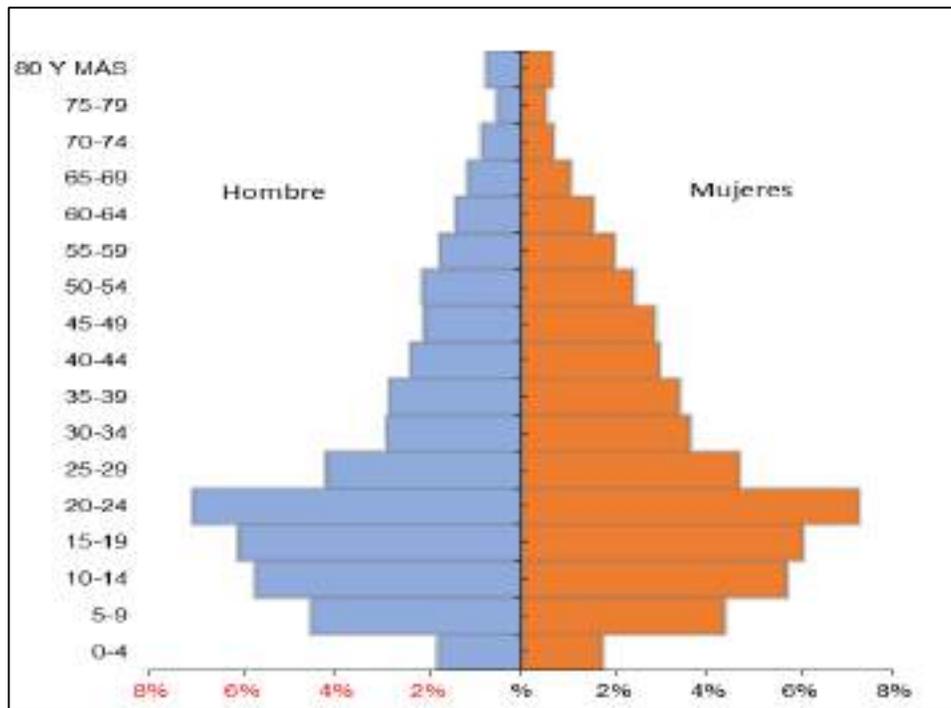
72



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

Gráfico 12: Porcentaje de población víctima del conflicto armado en el Departamento del Quindío 2019

La pirámide define la estructura de la población víctima del conflicto armado (gráfico No13.), Muestra una base evidentemente estrecha, con una población creciente a partir de los 5 años de edad, siendo el rango etario de 20 a 24 años, el más significativo por número, superando los demás rangos graficados; a partir de los 25 años de edad, se muestra disminución de la población, especialmente en la perteneciente al sexo masculino, con una posterior ampliación en la cúspide correspondiente a los mayores de 80 años. La pirámide poblacional se podría clasificar como regresiva, sin embargo el comportamiento demográfico de la población víctima difiere en relación al tiempo y curso natural, dado que responde a situaciones externas y dependen en gran porcentaje de la disposición de habitación y lugares de residencia temporal.

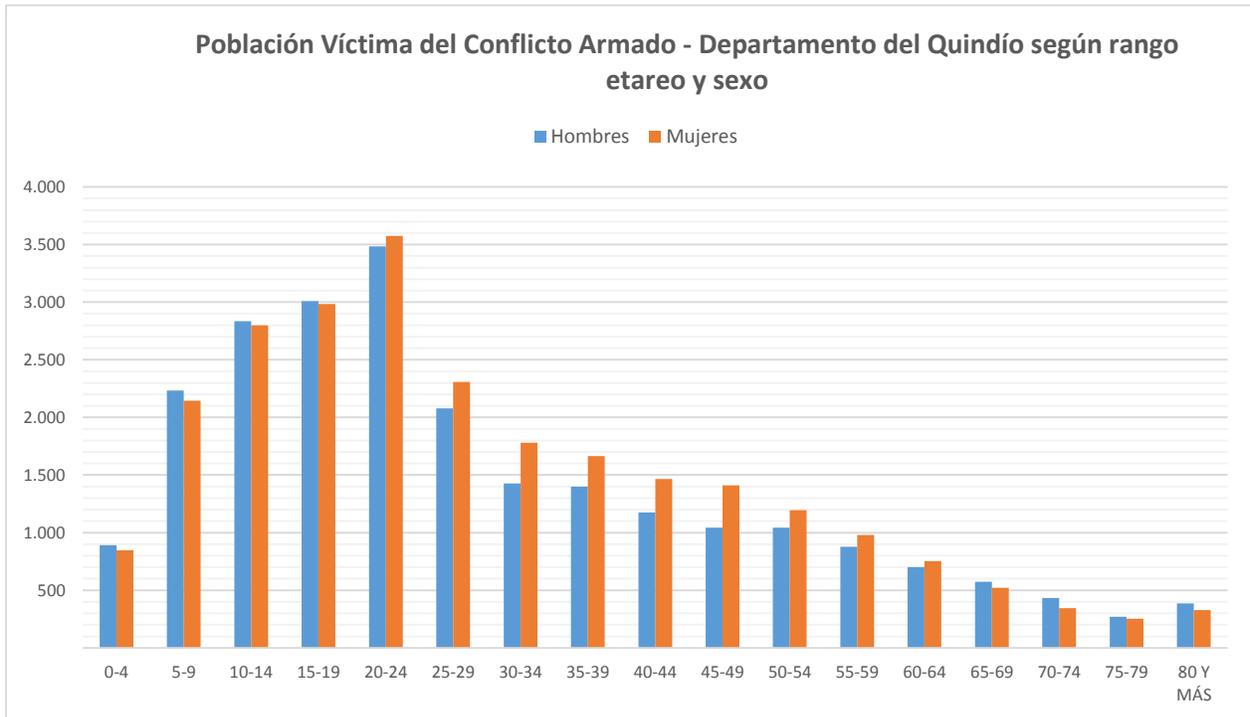


Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

Gráfico 13: Pirámide población Víctima del Conflicto Armado, Departamento del Quindío - 2019

Las mujeres víctimas del conflicto armado, muestran el mayor comportamiento, representando el 50.6%, en relación al 48.8% de víctimas correspondientes al sexo masculino, la representación de la población autodenominada LGBTI corresponde al 0.01%; según rangos etarios, hasta los 19 años de edad, el

comportamiento entre hombres y mujeres es muy similar, mostrándose el sexo masculino superior en el rango de 10 a 19 años, a partir de este momento, el sexo femenino supera el comportamiento hasta los 64 años de edad, incrementándose en la vejez la población del sexo masculino. (Gráfico No. 14)



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

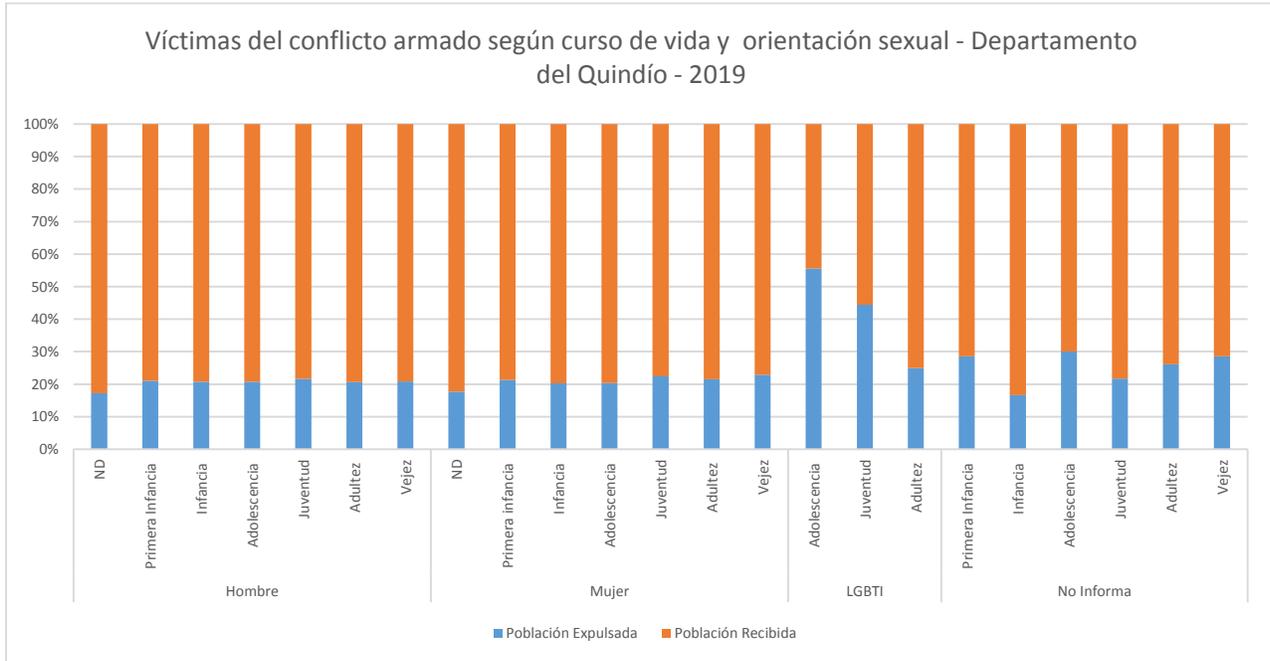
Gráfico 14: Población víctima del Conflicto Armado según rango etario y sexo.

De acuerdo a la orientación sexual de la población según momentos del curso de vida de la población Víctima, se encuentra que del total de mujeres víctimas del conflicto (37.115 mujeres) el 21,55% (8000 mujeres) fueron expulsadas y el 78.44% (29,115 mujeres) fueron recibidas, para los hombres (35.550) el 20.91% (7.435) fueron expulsados y el 79% (28.085) recibidos en el territorio Tabla No.25 . El gráfico No. 15. Muestra por momentos del curso de vida la proporción de población expulsada y recibida, evidenciándose para todos los grupos que la población recibida es significativamente mayor que la expulsada, sin embargo en la población LGBTI, se evidencia un porcentaje significativo de población expulsada en el curso de vida de adolescencia y juventud.

Tabla 26: Porcentaje poblacional víctima de desplazamiento (expulsada y recibida) por curso de vida, sexo y orientación sexual (OS), departamento Quindío 2017.

Sexo	Quinquenio	Personas expulsadas	Personas recibidas
Hombre	ND	54	259
	Primera Infancia	416	1.559
	Infancia	792	3.019
	Adolescencia	946	3.624
	Juventud	1.908	6.929
	Adulthood	2.582	9.903
	Vejez	737	2.792
Mujer	ND	53	247
	Primera infancia	395	1.453
	Infancia	706	2.771
	Adolescencia	909	3.550
	Juventud	1.963	6.809
	Adulthood	3.241	11.815
	Vejez	733	2.470
LGBTI	Adolescencia	5	4
	Juventud	4	5
	Adulthood	7	21
No Informa	Primera Infancia	2	5
	Infancia	4	20
	Adolescencia	9	21
	Juventud	10	36
	Adulthood	41	116
	Vejez	10	25

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

Gráfico 15: Víctimas del conflicto armado, según curso de vida y auto identificación del sexo – Departamento del Quindío 2019

El reporte descrito en la

Tabla 2626, Grafico No. 16 Toma como referencia el lugar de ubicación de la víctima, entendido como el último lugar de residencia de la víctima. Es importante tener en cuenta que esta información se encuentra sujeta a cambios por la movilidad que las personas presentan. La población víctima del conflicto Armado, se concentra en mayor porcentaje según el total poblacional, en los municipios Cordilleranos, en su orden Pijao, Génova, Buenavista y Córdoba, los municipios con menor concentración de población víctima son Circasia y Filandia; en términos de cantidad, Armenia concentra el 48,02% de la población víctima del Departamento, seguido de los municipios de Calarcá con el 12,97%, La Tebaida 8,10%, Montenegro con el 7,49% y Quimbaya con el 6,37%.



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

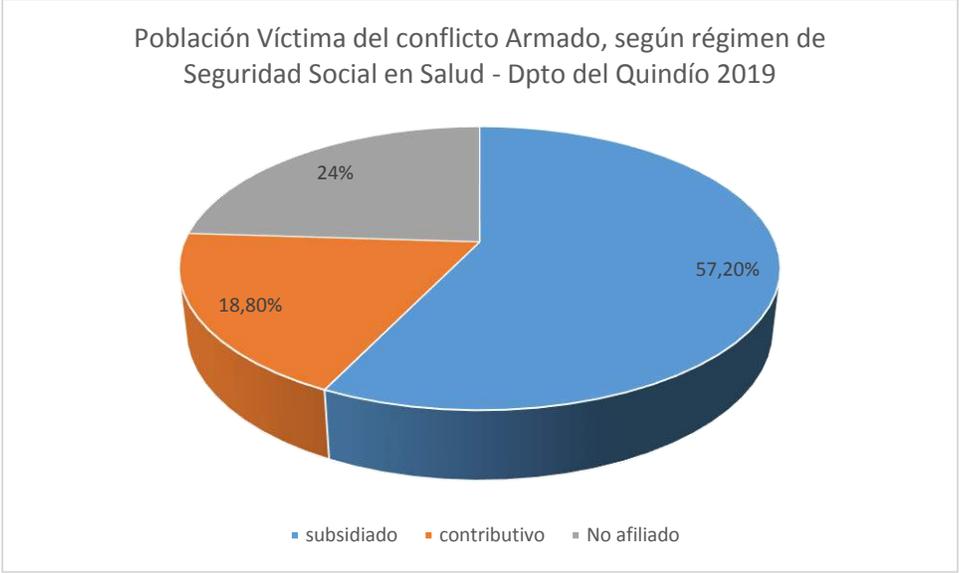
Gráfico 16: Porcentaje población Víctima del Conflicto Armado por Municipios - Departamento del Quindío.

Tabla 27: Porcentaje población Víctima del Conflicto Armado por Municipios - Departamento del Quindío.

Municipio	Nro. acumulado	Índice de concentración de víctimas
Armenia	25.886	8,55%
Buenavista	492	18,02%
Calarcá	6.996	8,84%
Circasia	2.291	7,41%
Córdoba	962	18,33%
Filandia	971	7,13%
Génova	2.095	28,50%
La tebaida	4.301	9,28%
Montenegro	4.041	9,65%
Pijao	1.708	28,75%
Quimbaya	3.439	9,75%
Salento	723	10,18%
Total	53.905	9,32%

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

Según el cruce de información realizado entre el Registro único de víctimas y la base de datos BDUA (Gráfico No. 17), Se encuentra que el régimen subsidiado corresponde al 57% del total de población Víctima del conflicto Armado, seguido del régimen contributivo con el 18.8%, quedando un 24% sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



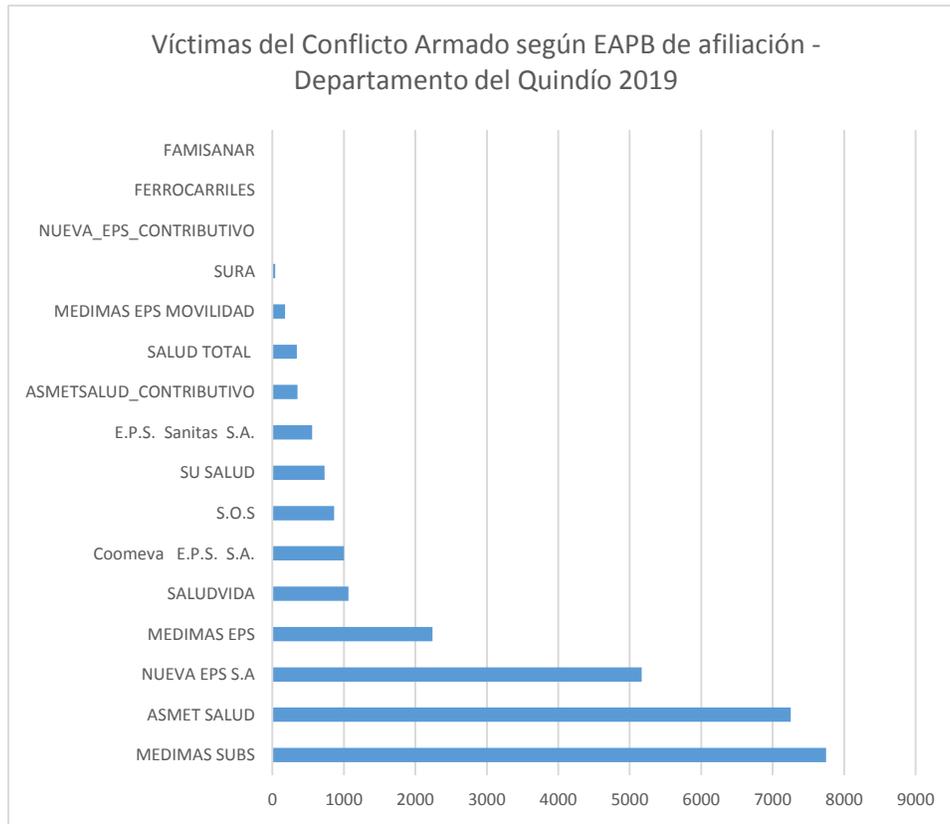
Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019 -BDUA

Gráfico 17: Población Víctima del conflicto Armado, según régimen de Seguridad Social en Salud - Dpto del Quindío 2019

La población víctima del conflicto armado, de acuerdo a su afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, se encuentra concentrada en un mayor porcentaje en MEDIMAS (Subsidiado), ASMET SALUD, NUEVA EPS y SALUD VIDA, entidades estas, que deben tener en cuenta las características propias de la población víctima, para la oferta de programas, servicios primarios y complementarios de salud, acorde a las necesidades de la población objeto. (Gráfico No. 18)

Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019

Gráfico 18: Cobertura de la Seguridad Social en Salud, Población Víctima del Conflicto Armado – Departamento del Quindío 2019.



Fuente: RUV- SISPRO- MISANLUD –Corte a Septiembre 2 de 2019 - BDUA

Para la vigencia 2018, se reporta un total de 421 nacidos vivos de madres víctimas del conflicto Armado, residentes en el Departamento del Quindío, correspondiendo al 7,51% del total de Nacimientos en el Departamento (Tabla No. 27), El 7,6% de estos nacimientos, se clasificaron con bajo peso al nacer, correspondiendo al 8% del total de casos de bajo peso al nacer del Departamento del Quindío.

El embarazo en adolescentes, muestra un porcentaje elevado del 19,5%, encontrando 4 embarazadas entre los 13 y 14 años de edad, situación que muestra un inicio temprano de la vida sexual, unido a situaciones que agravan la condición de esta población, ya que se categorizan como violencias de género, en el caso



de las gestantes de 14 y menos años; presentándose además nacimientos de madres clasificadas como añosas, con un total de 11 nacimientos de mujeres entre los 40 a los 44 años de edad.

El 3,8% (16) de los nacimientos, correspondieron a madres pertenecientes a la comunidad indígena Embera Chami y el 2,13% (9), de los nacimientos correspondieron a madres Afrocolombianas, el porcentaje restante no informa pertenencia étnica.

El porcentaje alcanzado para las embarazadas con 4 controles o más, según lo identificado en la información de los nacidos vivos, es del 90%, quedando por debajo del porcentaje alcanzado por el resto de la población gestante con nacido vivo para el año 2018.

Tabla 28: Nacidos vivos de madres víctimas del conflicto Armado – Departamento del Quindío 2018.

Indicadores	Quindío	Víctimas
Nacidos vivos	5.599	421
NV con Bajo peso al nacer	397	32
% bajo peso al nacer	7,1	7,6
Embarazo en adolescente	19,4	19,5
NV con 4 controles prenatales o más	93,2	90,0

Fuente: RUAF- Nacidos Vivos

Los Nacidos vivos de la población víctima del conflicto armado, se concentran en un 47,57% en el municipio de armenia, seguido del municipio de Calarcá con el 15,44% y en su orden, la tebaida, Montenegro y Quimbaya, que muestran los mayores porcentajes concentrando en estos 5 municipios de mayor densidad poblacional el 83% de los nacidos vivos de la población víctima del conflicto Armado; siendo los municipios de Buenavista y Salento, los de menor comportamiento.(Tabla No. 28)



Tabla 29: Nacidos vivos de madres víctimas del conflicto por municipio de residencia de la madre – Departamento del Quindío 2018.

Municipio	Nacimientos	%
Armenia	175	41,57
Calarcá	65	15,44
La Tebaida	40	9,50
Montenegro	39	9,26
Quimbaya	30	7,13
Circasia	15	3,56
Pijao	15	3,56
Filandia	14	3,33
Génova	14	3,33
Córdoba	6	1,43
Buenavista	5	1,19
Salento	3	0,71

Fuente: RUAF - RUV

En la verificación de los registros individuales de prestación de servicios RIPS, correspondientes a la población víctima del conflicto armado para la vigencia 2018, se identifica como la primer causa de consulta la hipertensión esencial primaria, con el 13.38%, seguido de los otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén con el 12,59%, en tercer lugar se ubican los otros síntomas, signos y hallazgos mal definidos que cubren el 9,21%, situación que evidencia las falencias en la calidad de los RIPS, que deben ser verificados desde su generación, hasta la estructura, para lograr una mejor cobertura de la información; el 9% lo concentra la caries dental, que unida a la tercer causa de morbilidad pone en evidencia la necesidad de generar y fortalecer las acciones de Promoción y mantenimiento de la Salud oral en la población víctima del conflicto Armado, con residencia en el Departamento del Quindío.

El 5,48% lo presenta la diabetes mellitus, evento trazador al igual que la primera causa de morbilidad (hipertensión arterial), evidencian la necesidad de propender por estilos de vida saludables, siendo necesaria



la intervención integral desde la infancia hasta la vejez, en fomento de una buena nutrición, actividad física y hábitos saludables.



Fuente: RIPS base de datos Secretaría de Salud del Quindío

Gráfico 19: Población Víctima según causas de morbilidad - Departamento del Quindío 2018

El reporte al Sistema de Vigilancia en Salud pública (SIVIGILA) de los Eventos de Interés en Salud Pública de notificación obligatoria (ENOS), correspondientes a la población Víctima del conflicto armado (Tabla No.28), evidencia que la violencia de género, se presenta en primer lugar, correspondiendo al 30% del total de eventos reportados, siendo importante destacar que el 88% de las víctimas de violencia de género pertenecen al sexo femenino, afectándose el sexo masculino en un 12%, en relación al curso de vida, se encuentra que la Adulthood es el momento más afectado por el evento con un 36,18% de los casos, seguido del juventud con el 27% y la Adolescencia con el 18%; se evidencian casos en momentos extremos como la primer infancia y la infancia, siendo la edad inferior de las víctimas de violencia 1 año curso de vida de



edad; el curso de vida de vejez se presenta un porcentaje inferior, siendo la edad máxima reportada los 64 años de edad; la naturaleza de las violencias de género de mayor presencia son las Físicas y las violencias sexuales. Los municipios de mayor reporte de víctimas del conflicto armado, que fueron reportados como víctimas de violencia de género son en su orden Armenia, Calarcá, La tebaida, Montenegro, Génova y Quimbaya.

El segundo lugar de los ENOs, lo ocupan las Agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, existiendo un comportamiento similar entre agredidos masculinos y femeninos, siendo los cursos de vida de Adultez, juventud e infancia los de mayor afectación, es importante evidenciar que este evento es de los de mayor reporte general en los 12 municipios del Departamento.

En tercer lugar se encuentran los intentos de suicidio, que para el año 2019 sumaron 38 casos en población víctima del conflicto armado, con un 66% de ocurrencia en el sexo femenino y un 44% en el masculino, presentándose un caso en el curso de vida de infancia, correspondiente a menor de 9 años de edad, correspondiendo a situación de alerta, teniendo en cuenta la temprana edad, el curso de vida más afectado es la adolescencia, seguido de la juventud y la adultez, siendo evidente la necesidad de fortalecer las acciones relacionadas con el fomento de la salud mental de esta población en específico, dada la carga social que presentan y las altas condiciones de vulnerabilidad en la que viven; los municipios de mayor reporte para este evento son en su orden , Armenia, Calarcá, la tebaida, como los de mayor porcentaje.

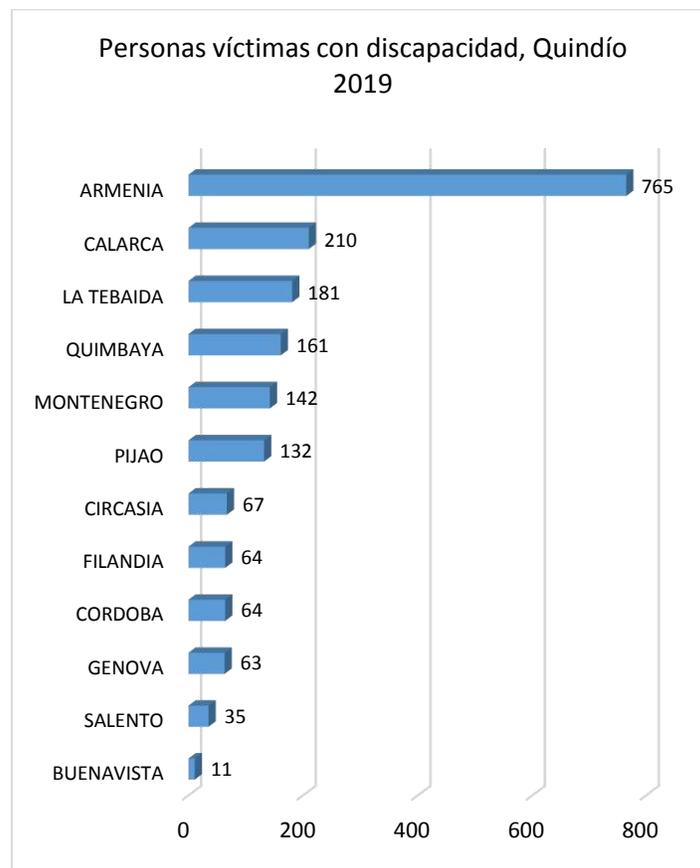
Según el comportamiento, son de interés eventos como las Intoxicaciones, la varicela y para el caso de las Enfermedades transmitidas por alimentos o agua, se evidenciaron dos situaciones de brote en los municipios de Calarcá y Armenia, los cuales fueron intervenidos acorde a los protocolos de Vigilancia en Salud Pública.

Tabla 30: ENOS en población víctima del conflicto Armado Departamento del Quindío.

EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA	TOTAL
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR	152
AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	111
INTENTO DE SUICIDIO	38
INTOXICACIONES	33
VARICELA INDIVIDUAL	32
ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	31
DENGUE	27
VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	15
EXPOSICIÓN A FLÚOR	14
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	8
INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO ASOCIADAS A PROCEDIMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO	7
SIFILIS GESTACIONAL	6
CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	5
DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	4
BAJO PESO AL NACER	3
ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	3
HEPATITIS A	3
MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDÍA	3
TUBERCULOSIS	3
ACCIDENTE OFIDICO	2
HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN HEPATITIS B Y DELTA	2
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	2
MALARIA	2
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	1
CHIKUNGUNYA	1
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INYECTADAS	1
DEFECTOS CONGENITOS	1
DENGUE GRAVE	1
ENDOMETRITIS PUERPERAL	1
IAD - INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS - INDIVIDUAL	1
PAROTIDITIS	1
Total general	514

Fuente: SIVIGILA – RUV

De acuerdo al cruce de información realizado entre el registro de discapacidad (RLCPD) y el registro único de víctimas, se encuentra un total de 1.895 personas víctimas, que presentan condición de discapacidad, indicando que por cada 100 Víctimas del conflicto, 7 presentan condición de discapacidad; concentrándose el 40,36% en el municipio de Armenia, el 11,08% en Calarcá y el 9,55% en el municipio de la Tebaida como los de mayor porcentaje, seguidos en su orden de los municipios del Quimbaya, Montenegro, Pijao, Circasia, siendo el de menor porcentaje el municipio de Buenavista. (Gráfico No. 20)



Fuente: RUV - RLCPD

Gráfico 20: Población víctima del conflicto armado con condición de discapacidad – Departamento del Quindío 2019.

Para la vigencia 2018, se reporta un total de 113 muertes en población víctima del conflicto armado, correspondiendo al 3% del total de muertes ocurridas en el Departamento del Quindío en la vigencia

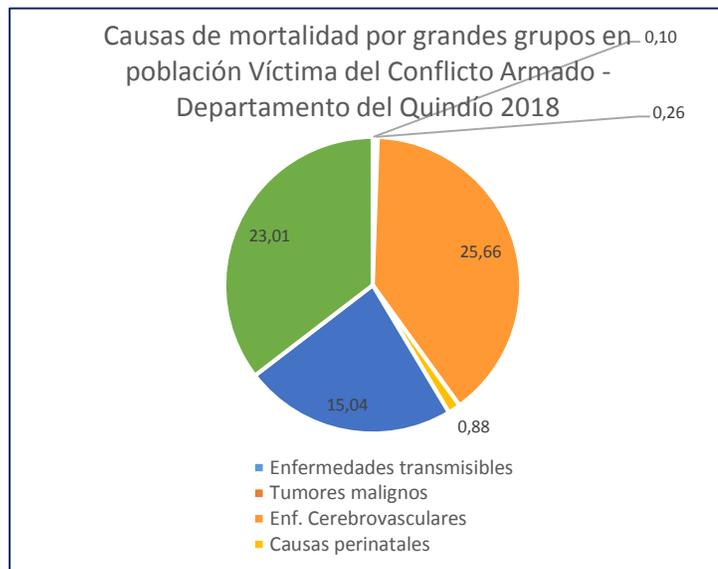
analizada, siendo el sexo masculino el de mayor porcentaje con el 58,4% frente a un 42,6% del sexo femenino.

En relación a los cursos de vida, el momento del curso de vida de vejez es el de mayor comportamiento, concentrando el 63% (71) del total de muertes, seguido del curso de vida de Adultez con el 27,4%, la juventud representa el 7,07%, la adolescencia representa el 1.76% y se encuentra una muerte en la primera infancia, que corresponde a muerte perinatal, siendo la edad mínima 20 horas de nacido y la edad máxima 102 años.

En relación a los grandes grupos de mortalidad, las Enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos, presentan el mayor comportamiento concentrando los 51,4%, seguidas en tercer lugar por el grupo de las demás causas, donde la diabetes, muestra un comportamiento elevado, las causas violentas ocupan el cuarto lugar, siendo el homicidio el de mayor comportamiento, seguido del suicidio.

Tabla 31, y Gráfico 21: Causas de mortalidad por grandes grupos en población Víctima del Conflicto Armado – Departamento del Quindío 2018

6 Grandes grupos de mortalidad	No.	%
Enfermedades transmisibles	11	9,7
Tumores malignos	29	25,7
Enfermedades Cerebrovasculares	29	25,7
Causas perinatales	1	0,9
Causas violentas	17	15,0
Demás causas	26	23,0
Total	113	100,0



Fuente: RUAF - RUV

Para el análisis de la mortalidad por las 67 subcausas, se encuentra que para la población víctima del conflicto, la primera causa son las enfermedades isquémicas del corazón, situación que refleja las condiciones y estilos de vida a mejorar en la población, en segundo lugar, las agresiones (homicidios),



inclusive secuelas ocupan el segundo lugar de ocurrencia, evidenciando el entorno de violencia en los que aún continúan viviendo; continúan en su orden las infecciones respiratorias, que afectan a la población susceptible como los menores de 5 años y la población en el curso de vida de vejez, que presenta sistemas inmunes débiles o en desarrollo, en adelante continúan las enfermedades crónicas de la vías respiratorias, los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, que nos hace pensar en los niveles de consumo de cigarrillo en esta población específica, las enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del sistema digestivo, el tumor maligno de estómago, que para la población general del Departamento es el de mayor comportamiento, y en un décimo lugar, se encuentran las lesiones autoinfligidas (suicidios), aspecto de manejo importante, dada las lesiones mentales sufridas en su proceso de victimización, unidas al desapego obligado que sufren, dada la movilidad a la que están sometidos por defender su vida y la de sus familias.

Tabla 32: Causas de mortalidad, se en la población víctima del conflicto, residente en el Departamento del Quindío, según los subgrupos de causas, clasificación 6/67 de la OMS – 2018.

CODIGO	CAUSA DE MUERTE	No.
303	303 enfermedades isquémicas del corazón	20
512	512 agresiones (homicidios), inclusive secuelas	8
109	109 infecciones respiratorias agudas	6
605	605 enf. Crónicas vías respiratorias inferiores	6
206	206 t. M. De tráquea, bronquios y pulmón	5
307	307 enfermedades cerebrovasculares	5
611	611 otras enf. Sistema digestivo	5
201	201 tumor maligno del estomago	4
212	212 t. Maligno tejido linfático, org. Hematopoy. Y tejidos afines	4
511	511 lesiones autoinfligidas intenc.(suicidios), incl. Secuelas	4
607	607 enf. Del pulmón debidas a agentes externos	4
213	213 residuo de tumores malignos	3
302	302 enfermedades hipertensivas	3
501	501 acc. Transporte terrestre, inclusive secuelas	3
601	601 diabetes mellitus	3
610	610 ciertas enf. Crónicas del hígado y cirrosis	3
612	612 enfermedades sistema urinario	3
102	102 tuberculosis, inclusive secuelas	2
108	108 enfermedad por el vih/sida	2

202	202 tumor maligno del colon	2
203	203 tumor m. Org.digestivos y peritoneo, excl.estom.y colon	2
204	204 tumor maligno hígado y vías biliares	2
205	205 tumor maligno del páncreas	2
207	207 tumor m.org. Respirat. E entrar., excl. Tráquea, bronquios y pulmón	2
211	211 t. Maligno otros órganos genitourinarios	2
101	101 enfermedades infecciosas intestinales	1
214	214 carcinoma in-situ, t. Benignos y de comportam.incierto o descon.	1
304	304 enf. Cardiopulmonar, de la circ. Pulm. Y otras enf. Corazón	1
403	403 retardo crecim.fetal, desnutr. Fetal., bajo p./ nacer, gest.corta	1
504	504 acc. Causados por maquinas y por instr. Cortantes/punzantes	1
514	514 eventos de intención no determinada, incl. Secuelas	1
603	603 trastornos mentales y del comportamiento	1
604	604 enf. Sistema nervioso, excepto meningitis	1

Fuente: RUAF – RUV

6 ATENCION A POBLACION MIGRANTE.

El fenómeno migratorio, está ligado a la historia de la propia humanidad. Desde tiempos remotos los humanos migran hacia un futuro mejor, hacia la esperanza de un cambio en el destino cuando éste se ve truncado por guerras, miseria, pobreza extrema o, simplemente, falta de oportunidades.

Ante este fenómeno tan complejo, no se puede ser tan simplista y pensar en que solamente se valore la ayuda humanitaria o, peor, que se conduzcan a la xenofobia, por lo que es necesario contar con opiniones razonadas e informadas, para generar conclusiones integrales, que permitan el planteamiento de propuestas de intervención efectivamente orientadas a impactar en los efectos producidos por el fenómeno migratorio en el Departamento del Quindío.

El fenómeno migratorio es de dimensión mundial, y las decisiones relacionadas con el contexto, para el caso del Departamento, deben ser tomadas desde la Nación, desde donde se deben analizar los diferentes frentes y tomar decisiones de fondo que no son tan simples como cerrar o no una frontera, como el común de la población lo piensa.

Sin embargo, el Departamento del Quindío a pesar de no tener frontera, se ha convertido en receptor de población migrante con diferentes características, la primera correspondiente a población extranjera o de



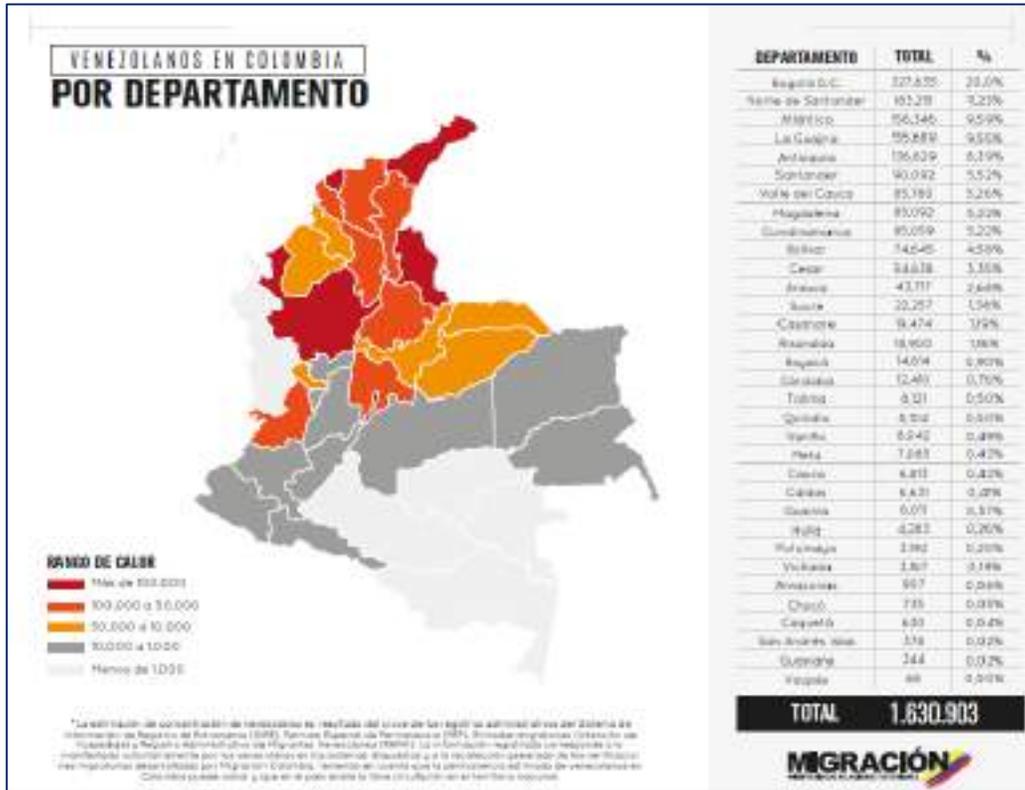
otros Departamentos que deciden residir en el territorio, atraídos por las condiciones geográficas y un entorno más tranquilo, siendo la población adulta o ya en el curso de vejez, quienes cuentan con capacidad para su sustento, la segunda, es la migración presentada en forma específica por el vecino país de Venezuela, que generó el ingreso de una cantidad importante de migrantes, muchos de tránsito pero otros se quedaron a residir en el Departamento, gracias a las oportunidades laborales brindadas y la generosidad del entorno.

Ahora lo que realmente debe causar preocupación es si el Departamento del Quindío, está preparado para afrontar el fenómeno migratorio, brindando soluciones a corto, a mediano y a largo plazo, para lo que se requieren aportes Nacionales específicos, para poder continuar con la protección de los derechos de la población propia. Además, desde el contexto demográfico, la migración puede verse como una oportunidad, pensando a futuro en el Quindío como un Departamento atractivo para la migración de población económicamente activa, con potencial con capital de inversión en el territorio, para lograr una transición demográfica positiva que beneficie las condiciones de vida de la población en general.

Tomado del documento Plan de Respuesta del Sector Salud al Fenómeno Inmigratorio del Ministerio de Salud y Protección Social, “La migración no es la que define los riesgos de salud, sino que las condiciones en que ocurre el proceso migratorio desde los lugares de origen, tránsito y destino son las que sitúan a las poblaciones en contexto de migración en una condición de vulnerabilidad” Leyva Flores, René.

Con el citado Plan, se consolidan avances de la política pública de salud de Colombia en dos vías específicas: i) Formalizar las acciones que se han venido desarrollando para dar respuesta a un fenómeno emergente y, ii) Fortalecer el proceso de implementación de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud, en las entidades territoriales de las zonas fronterizas y las demás afectadas por las migraciones.

De acuerdo a la información suministrada por migración Colombia, con corte al 31 de octubre de 2019, los venezolanos que han ingresado a Colombia, suman un total de 1.630.903 de los cuales 719.189 (44%) son regulares y 911.714 (56%) son irregulares; a nivel Nacional los principales receptores de población migrante proveniente de Venezuela son : Bogotá que concentra el 20%, Norte de Santander 11.23%, Atlántico 9.59%, La Guajira 9,55%, Antioquia 8.39%y Santander 5,52%.

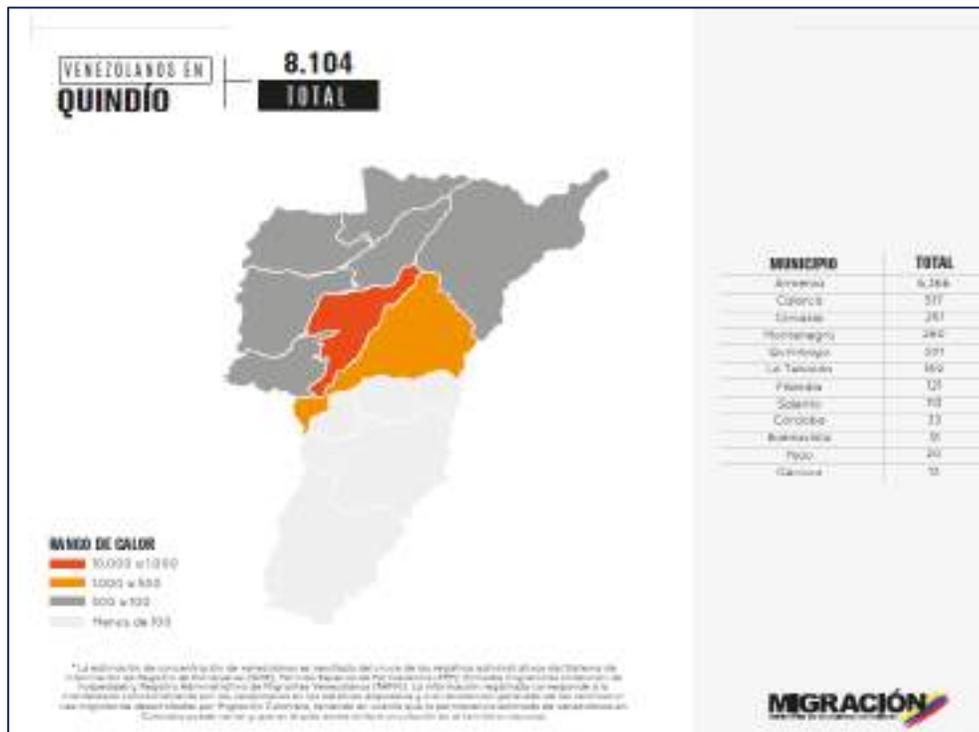


Mapa 9: Venezolanos en Colombia por Departamento – 31 de octubre de 2019

FUENTE: MIGRACION COLOMBIA

De acuerdo a lo informado por Migración Colombia con corte al 31 de octubre de 2019 (mapa No. 9), el Departamento del Quindío ocupa el puesto No. 19, en relación al porcentaje de recepción de población venezolana, concentrando en total 8.304 migrantes venezolanos, que corresponde al 0.50% del total en Colombia.

El municipio de Armenia concentra el 77% (6.366) del total de venezolanos en el Departamento, seguido del municipio de Calarcá con el 6.22% (517) y en su orden Circasia, Montenegro, Quimbaya, La Tebaida, Filandia, Salento, siendo el de menor concentración de población venezolana el municipio de Génova con el 0.14% (12). Información esta que ayuda a la toma de decisiones y a proyectar la magnitud de las intervenciones, dado que, con acciones estratégicas, focalizadas en los municipios de Armenia y Calarcá se intervendría el 83% de la situación de la migración venezolana en el Departamento del Quindío y los demás municipios harían adherencia a actividades de impacto, acorde al volumen de la población en sus municipios.



Mapa 10: Población venezolana en el Departamento del Quindío corte a octubre 31 de 201

FUENTE: MIGRACION COLOMBIA

6.1 ORIGEN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS.

Al País está llegando un flujo importante de personas, de todas las edades, pero principalmente adultos y jóvenes que están saliendo de diferente países y llegan por nuestro puertos y fronteras; Tabla 31 detalla que uno de cada dos de los atendido proviene de la República Bolivariana de Venezuela, en el total de los

atendidos por en el sistema de salud del País, sin ser representativo la atención que se les brinda a los extranjeros en el Quindío, frente al volumen de personas atendidas.

Es importante generar acciones de mejoramiento en relación a las fuentes de información dado que el porcentaje de población atendida proveniente de otros países sin identificar lugar de origen, corresponde al 18%, siendo un porcentaje muy alto, que obstaculiza tanto el proceso de análisis como la correcta proyección de acciones de mejora.

Tabla 33: Personas atendidas según el país de procedencia, Colombia - Quindío 2019

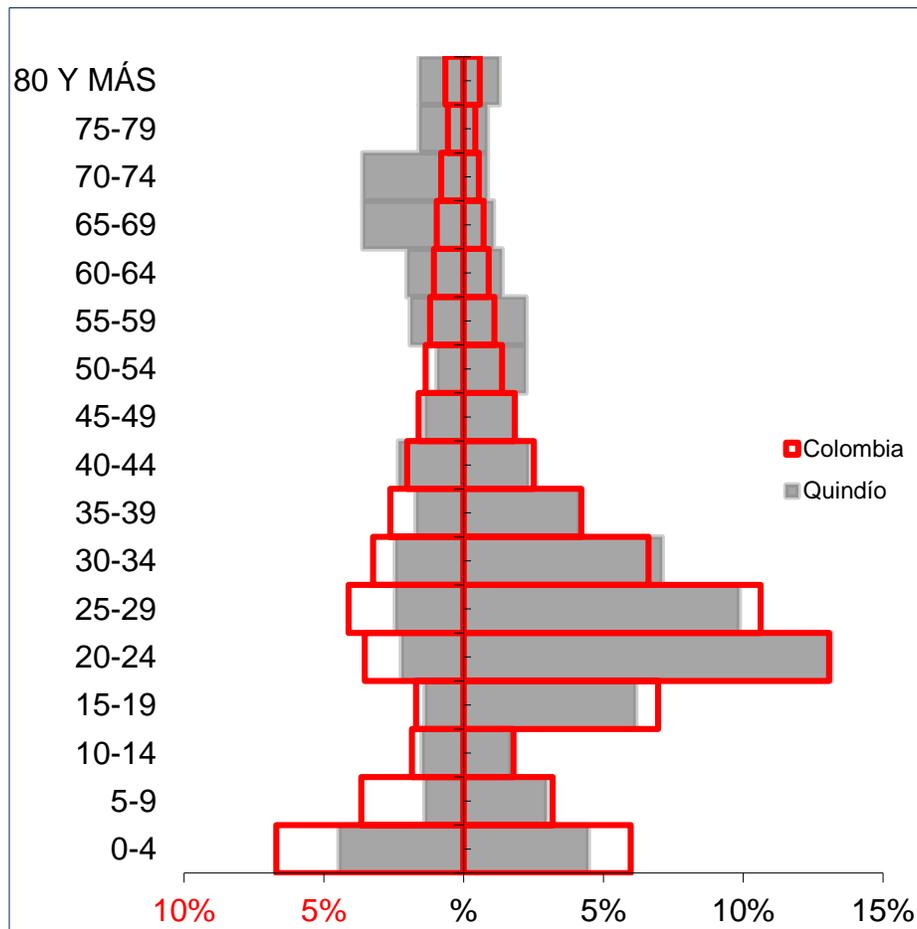
País de procedencia del migrante	Total, de Atenciones en salud según procedencia Quindío		Total, de Atenciones en salud según procedencia Colombia		Concentración de la atención población migrante
	2019	Proporción	2019	Proporción	
Venezuela	561	63%	450.579	73,6%	0,001
Sin identificador de país	157	18%	124.385	20,3%	0,001
EE UU	62	7%	7.215	1,2%	0,009
Otros	48	5%	17.289	2,8%	0,003
Ecuador	26	3%	3.693	0,6%	0,007
España	14	2%	2.582	0,4%	0,005
Argentina	10	1%	1.361	0,2%	0,007
Brasil	7	1%	2.165	0,4%	0,003
Perú	7	1%	1.885	0,3%	0,004
Italia	5	1%	1.047	0,2%	0,005
Total	897	100%	612.201	100%	0,001

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO.

6.2 DEMOGRAFIA DE LAS ATENCIONES A MIGRANTES.

De acuerdo a la proyección de población migrante en el Departamento del Quindío, dada por migración Colombia, en promedio fueron atendidas por el sector salud el 11,5%. De las personas atendidas por sus edades y sexo, se ha determinado un perfil para el País y los individuos que se han atendido en las IPS del Departamento; esta población conforma una pirámide no específica de un tipo poblacional; sí se destaca, que la gran mayoría de las atenciones están para el País en la población joven, después de los 20 hasta los 39 años y más las mujeres. La población que es atendida en el Departamento, es muy diferente a la observada en el País, donde prima el adulto después de los 45 años.

93



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO
Gráfico 22: Pirámide población atendida migrante, Colombia – Quindío 2017.

Tabla 34: Indicadores demográficos de la población migrante atendida por los servicios de salud en el Departamento del Quindío, vigencia 2019.

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el Departamento del Quindío para el año 2019 por cada 57 migrantes hombres con atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud, mientras que para Colombia en el año 2018 por cada 60 migrantes hombres que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes con atenciones en salud
Razón niños mujer	En el Quindío para el año 2019 por cada 20 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil (15-49años) que recibieron atenciones en salud, en contraste, Colombia para el año 2018 por cada 28 niños y niñas (0-4años) migrantes que recibieron atenciones en salud, había 100 mujeres migrantes en edad fértil que recibieron atenciones en salud
Índice de infancia	En el Quindío en el año 2019 de 100 personas migrantes atendidas en los servicios de salud, 16 correspondían a población migrantes hasta los 14 años, mientras que en Colombia para el año 2018 este grupo poblacional con atenciones en salud fue de 23 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de juventud	En el Quindío en el año 2019 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 35 correspondían a población de 15 a 29 años migrante, mientras que en Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de vejez	En el Quindío en el año 2019 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 18 correspondían a población migrantes de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2018 este grupo poblacional fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de envejecimiento	En el Quindío en el año 2019 de 100 personas migrantes que recibieron atenciones en salud, 108 correspondían a población migrante de 65 años y más, mientras que en Colombia en el año 2019 este grupo poblacional fue de 31 personas migrantes con atenciones en salud



Índice demográfico de dependencia	En el Quindío de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años que recibieron atenciones en salud, hubo 45 personas migrantes menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes) , mientras que en el Colombia este grupo poblacional fue de 40 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia infantil	En el Quindío, 24 personas migrantes que recibieron atenciones en salud menores de 15 años, dependían de 100 personas migrantes entre los 15 a 64 años , mientras que en el Colombia fue de 32 personas migrantes con atenciones en salud
Índice de dependencia mayores	En el Quindío, 21 personas migrantes que recibieron atenciones en salud de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que en Colombia fue de 7 personas migrantes con atenciones en salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO

Si se compara las atenciones en salud, brindadas en población migrante en el año 2017, a las informadas en la vigencia 2019, se encuentra que, para el Departamento del Quindío, esta cifra muestra un crecimiento del 94%, debido en primera instancia al desconocimiento por parte de las IPS del proceso de identificación de esta población en ellos RIPS y en segundo lugar al incremento en el ingreso de migrantes al Departamento.

En este sentido, uno de los pasos para garantizar el acceso a la salud, es lograr la afiliación de esta población al Sistema General de Seguridad Social en Salud; la tabla 33 detalla el avance del aseguramiento de los extranjeros dentro del marco del plan de atención de la población migrantes, así que 1 de cada tres de las personas están ya afiliadas al sistema de aseguramiento y el 33.3% de los atendidos definen que están en alguna EPS del régimen contributivo, en el contexto de las atenciones dadas en el País, para el Departamento, 8% de los atendidos no se identificaron con un aseguramiento reconocido y fueron atendidos desde el gasto de su bolsillo y el 52% fueron atendidos con recursos asignados a la entidad territorial de salud.

Tabla 35: Aseguramiento de la población migrante, Colombia – Quindío 2019.

Régimen afiliación	Total, de migrantes con atenciones en salud en Quindío	%	Total, de migrantes con atenciones en salud en Colombia	%	Concentración
Contributivo	318	33,3	101.631	16,1	0,3%
Subsidiado	61	6,4	54.441	8,6	0,1%
No afiliada	498	52,1	308.982	48,9	0,2%
Particular	68	7,1	75.441	11,9	0,1%
Otro	8	0,8	85.515	13,5	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo	2	0,2	2.412	0,4	0,1%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado	0	0,0	158	0,0	0,0%
En desplazamiento no asegurado	0	0,0	3.613	0,6	0,0%
Sin dato		0,0		0,0	
Total, de migrantes atendidos	955	100	632.193	100	0,2%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO

6.3 MORBILIDAD ATENDIDA.

Según la tabla No. 34 De las atenciones prestadas a la población migrante en lo corrido de la vigencia 2019, los procedimientos muestran el mayor porcentaje con el 41%, siendo un porcentaje que supera significativamente el comportamiento mostrado por el país, la consulta externa cubre el 37% , que muestra un porcentaje similar al nivel Nacional, y se empiezan a observar atenciones por hospitalización con el 9% y el 5% atención de nacimientos.

Las atenciones por el servicio de urgencias y los medicamentos muestran el mismo porcentaje (4%), siendo en el caso de las atenciones por urgencias un comportamiento bajo, en relación a la nación, situación que en el caso de los medicamentos se muestra mucho más crítico, con una diferencia negativa de 20 puntos porcentuales, situación que no coincide con la información de consulta externa y hospitalización, evidenciándose dificultades en el registro de la población migrante, situación que debe ser intervenida en todas las IPS del Departamento en forma prioritaria.

Tabla 36: Atea de atención de la población migrante, Colombia - Quindío 2019.

Tipo de atención	Total, Migrantes atendidos Quindío		Total, Migrantes atendidos Colombia		Concentración Quindío 2019
	2019	Distribución	2019	Distribución	
Consulta Externa	692	37%	452.310	34%	0,2%
Servicios de urgencias	82	4%	87.178	7%	0,1%
Hospitalización	166	9%	67.359	5%	0,2%
Procedimientos	781	41%	368.173	28%	0,2%
Medicamentos	70	4%	318.900	24%	0,0%
Nacimientos	98	5%	22.758	2%	0,4%
Total	1.889	100%	1.316.678	100%	0,1%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO

La atención básica que se ha dado a la población migrante en el departamento, según la tabla 35 muestra que los diagnósticos no definidos concentran el 60%, situación relacionada en la mayoría de los casos con falencias en la calidad de los RIPS, relacionadas con la utilización de signos y síntomas, no llegando a un diagnóstico definido, generando manejos clínicos inadecuados, no adherencia a guías de atención y subregistros de eventos de interés en Salud Pública, situación que debe intervenir desde todos los actores del SGSSS, los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, se muestran con un comportamiento importante, siendo las revisiones generales las de mayor presentación, los embarazos, presentan un incremento importante para la vigencia 2019, en relación al año anterior, lo que indica la necesidad de fortalecer los programas de Salud Sexual y reproductiva en forma específica para esta población y garantizar los cuidados maternos según la normatividad vigente; los traumatismos,

envenenamientos y demás causas externas, presentan un incremento importante, siendo punto de intervención en los procesos de seguimiento y monitoreo de la población, siendo importante lograr el cruce de información con otros sectores como policía, fiscalía, interior, con el fin de lograr complementar la información y caracterizar las situaciones que rodean las causas externas, para definir intervenciones integrales que incluyan la salud mental de la población migrante.

En adelante se muestra la afectación en los diferentes órganos, en su orden sistema digestivo, circulatorio, genitourinario, respiratorio, entre otros.

Tabla 37: Causas e atención y procedimientos en salud población migrante, Quindío, 2017 - 2018

Motivo de Causas	2018		2019	
	Número de Personas Atendidas	Número de Atenciones	Número de Personas Atendidas	Número de Atenciones
NO DEFINIDO	253	1.377	578	5.432
C21 - FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	144	315	252	912
C15 - EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	3	5	174	602
C18 - SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y DE LABORATORIO	31	51	101	215
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	38	84	91	321
C19 - TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CAUSAS EXTERNAS	20	31	84	250
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	34	87	78	248
C14 - ENFERMEDADS DEL SISTEMA GENITOURINARIO	9	19	60	164
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	12	19	57	195
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	12	34	45	131

C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	7	12	39	137
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCUL DEL TEJIDO CONJUNTIVO	56	153	29	56
C12 - ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	6	6	21	100
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	7	8	18	25
C02 - TUMORES	7	53	14	121
C05 - TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	5	7	14	69
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	1	1	11	19
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL			6	28
C17 - MALFORMAC. CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROSOMICAS			5	32
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS,			4	9
C07 - ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	3	6	4	5
Total general	395	2.268	943	9.071

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO

7 ZONAS DE RIESGO

7.1 AMENAZAS DE TIPO NATURAL

7.1.1 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 satélites de Córdoba, Navarco, Silvia-Pijao, Buenavista, el Salado, Cauca-Almaguer, Armenia, Salento, Montenegro y las fallas Palestina y Cauca-Patía que como se ha logrado establecer, son activas con magnitudes



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



probables de $6.1 < Mw < 6.9$ (Guzman et al,1998), al igual que se identifican 18 fallas activas y potencialmente activas en el Quindío. (Plan Departamental de Gestión del Riesgo 2019 – 2029.)

La delimitación occidental del sistema es la Falla Cauca Almaguer, es la de menor ángulo de las tres descritas y al igual que las anteriores corre en dirección general NNE – SSW.

Dentro de este marco estructural, se localizan otras fallas menores y por supuesto activas tanto las ya descritas como las que a continuación se citan: Falla de Armenia de 22 kilómetros de largo, la Cauca Almaguer, de 1.000 kilómetros de longitud, la Falla de Montenegro, que bordea el área urbana del municipio del mismo nombre y con una longitud de 64 kilómetros que se extienden en dirección N –NE, la de Palestina que con un azimut de $10^{\circ} - 20^{\circ}$ transcurre con evidentes signos de actividad durante 320 kilómetros, Falla de Salento de trazo corto y con un azimut de 138 y de alto ángulo, y por supuesto las ya descritas atrás de San Jerónimo y la de Silvia Pijao de 600 kilómetros de longitud, con una marcado rumbo N – NE, y de importancia específica para los procesos de ordenamiento territorial y de mitigación del riesgo sísmico de comunidades del departamento de Risaralda como Pereira, Dos Quebradas y Santa Rosa de Cabal, en la misma forma como la de Armenia es de vital importancia para la capital del Quindío. (Universidad del Quindío, Ingeominas, CRQ, Forec, 2000)

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, como el reciente movimiento 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, con afectación importante de la red de hospitales y sistemas de socorro. (UDEGERD - QUINDIO, 2019)

7.1.2 ERUPCIONES VOLCÁNICAS

El área de Quindío está influenciada por el cinturón circun-pacífico, que comprende diferentes sistemas volcánicos activos e históricos en el país. El volcán Machín que se encuentra a 17 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

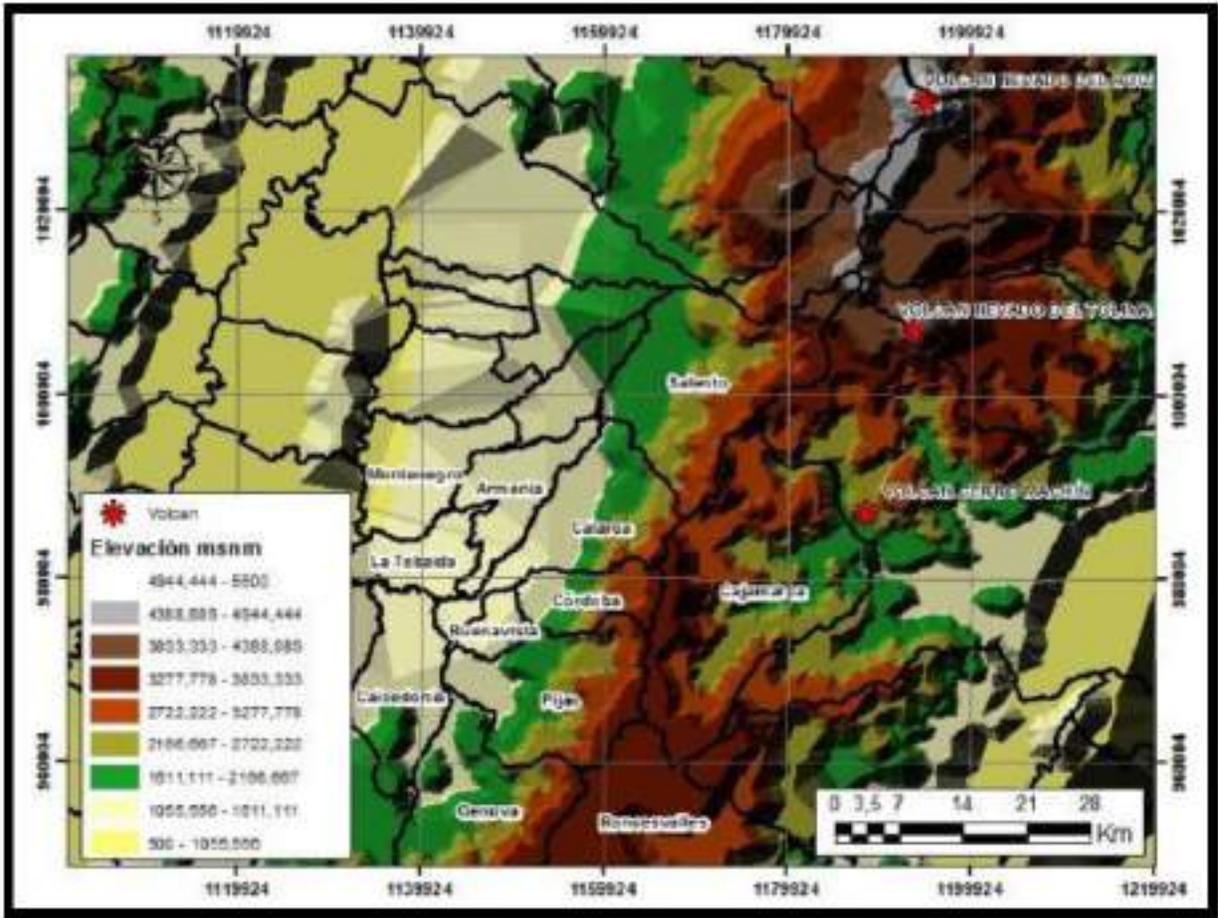


sismo-termológica norte, se ha clasificado como uno de los volcanes más explosivos y “ácidos” del mundo del que no existe cabal conocimiento en la comunidad, lo que incrementa su riesgo, en el mapa de riesgo del volcán, Armenia está ubicada a 40 kilómetros en línea recta como Salento y Calarcá, ciudades que se verían afectadas por la caída de cenizas y rocas volcánicas en caso de erupciones de este cuerpo volcánico. Este volcán 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 AC. Estas características, unidas a la ubicación geográfica, hacen que el volcán Machín se convierta en riesgo para Quindío y sus áreas vecinas.

Indiscutiblemente la amenaza para el Departamento del Quindío está relacionada con la presencia de ceniza volcánica que caería en grandes cantidades que puede superar el 1 metro de espesor, con las consecuencias propias de este fenómeno, con afectación en salud, comunicaciones, transporte, acueductos, alcantarillado, colapso de techos, todo esto hace tomar medidas de intervención, como la difusión, y en casos ya más aplicados, reubicación temporal y las propias de la mitigación de riesgos.

Dentro de los procesos volcánicos que actualmente se presentan en la región, se destacan los del volcán Cerro machín en Cajamarca, Tolima y el volcán Nevado del Ruiz en Villa María Caldas, donde sus constantes procesos de actividad volcánica, entre ellos el fracturamiento de roca por ascensión del magma, genera leves y fuertes sismos en la región circundante.

Mapa 11: Localización de volcanes



FUENTE: Plan Departamental del Gestión de Riesgo de desastres – Quindío 2019 – 2020 UDEGERD

7.1.3 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.

La Tabla 36 detalla el total de las viviendas por 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%) y mayor riesgo detectado en el departamento; el segundo riesgo total de impacto, 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, de las 11.842 viviendas, unas 34 mil personas estarán en riesgos de estos tipos, en especial los más pobres y vulnerables.

Tabla 38 : Eventos destacados en el Departamento del Quindío

Fecha	Municipio	Lugar	Consecuencias
6 marzo 1996	Armenia	Barrio Simón Bolívar	Fallecidos 20 Heridos 3 Viviendas afectadas 3
3 mayo de 2009	Armenia	Barrio Gaitán Bajo	Fallecidos 2 Heridos 3 Viviendas afectadas 1
5 noviembre 2011	Calarcá	Fincas el Castillo y el Diamante en la vereda Chagnala	Fallecidos 4 Heridos 5 Viviendas afectadas 2
20 marzo de 2012	Armenia	Alud de tierra en obra de canalización de la quebrada zanjón hondo en el barrio jubileo	Fallecidos 2
8 enero de 2015	Armenia	deslizamiento en construcción de las Empresas Públicas de Armenia Carrera 11 calle 9 barrio La Castellana	Fallecidos 2
1 diciembre 2018	Calarcá – Córdoba	Vereda Travesías	Fallecidos 6 Heridos Sede Teresa García, institución educativa San Rafael destruida

FUENTE: Plan Departamental del Gestión de Riesgo de desastres – Quindío 2019 – 2020 UDEGERD



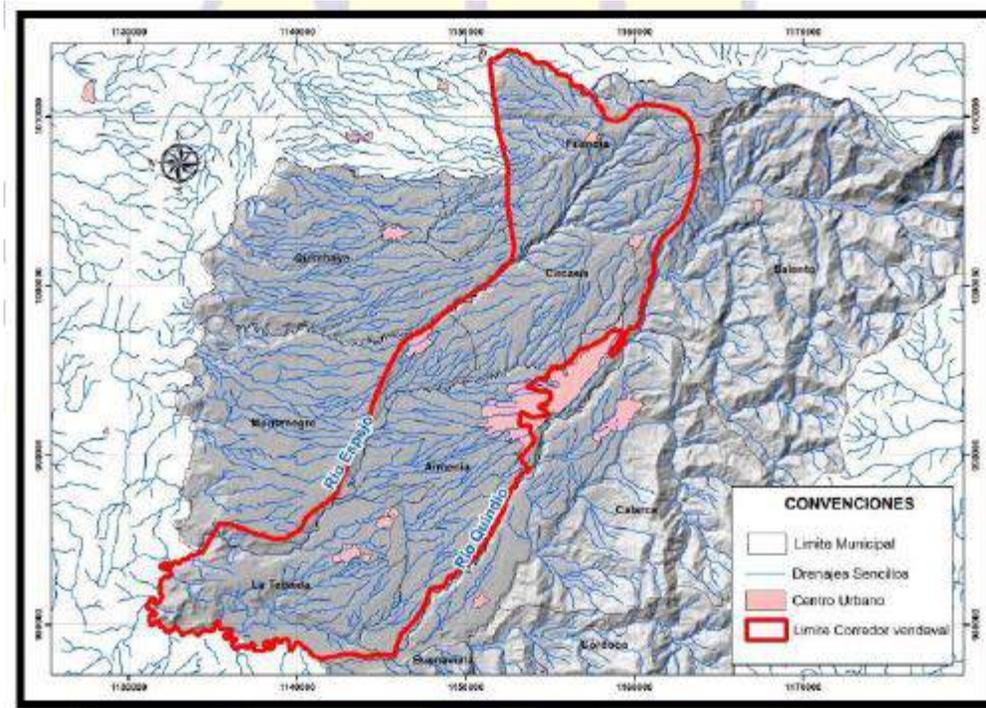
7.1.4 VENDABALES.

Como otro evento de riesgo, se encuentran los vendavales, fenómeno que se presenta, en el análisis de la velocidad y dirección de los vientos, y que nos ha mostrado que es un fenómeno propio de la zona costera y su repercusión actual sobre el territorio Quindiano deja familias afectadas continuamente.

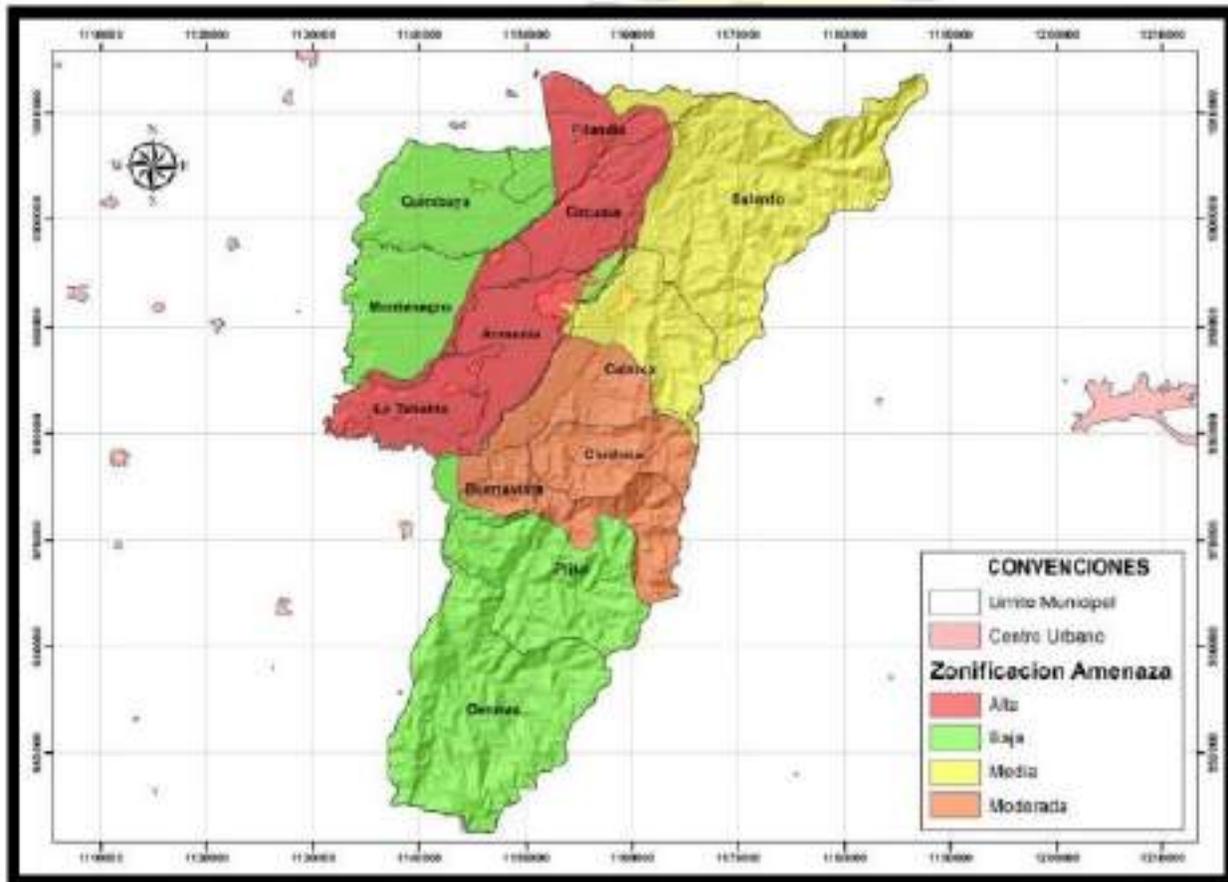
Dentro de sus causas, se encuentra, la deforestación y sus efectos inmediatos con el paso de las corrientes cálidas del pacífico y que chocan contra las corrientes frías provenientes de la cordillera, generando flujos húmedos de aire, con precipitaciones masivas y fuertes corrientes de aires; y los efectos de este movimiento aéreo, dañan una serie de viviendas que no están construidas para soportar este fenómeno físico.

Las condiciones meteorológicas más favorables son mañanas soleadas y posterior en horas de la tarde entre las 2:00 PM a 4:00PM se da convergencia con frentes fríos, generando nubes convectivas de desarrollo vertical, con disminución de la presión atmosférica por debajo de los 1000 mbar y ocasionando aumento de forma súbita de vientos fuertes por encima de los 25 Km/hora.

El corredor de vendavales en el Departamento, presenta un área aproximada 383 Km² donde se enmarca en el norte en el sector de Bremen en el municipio de Filandia a 1900 msnm y va hasta el sur, en el municipio de la Tebaida, en el Valle del Río la Vieja, al oeste está delimitado por el cañón del río espejo y al este por el cañón del río Quindío. (UDEGERD - QUINDIO, 2019)



Mapa 12: Corredor de vendavales Departamento del Quindío – UDEGERD QUINDIO 2018



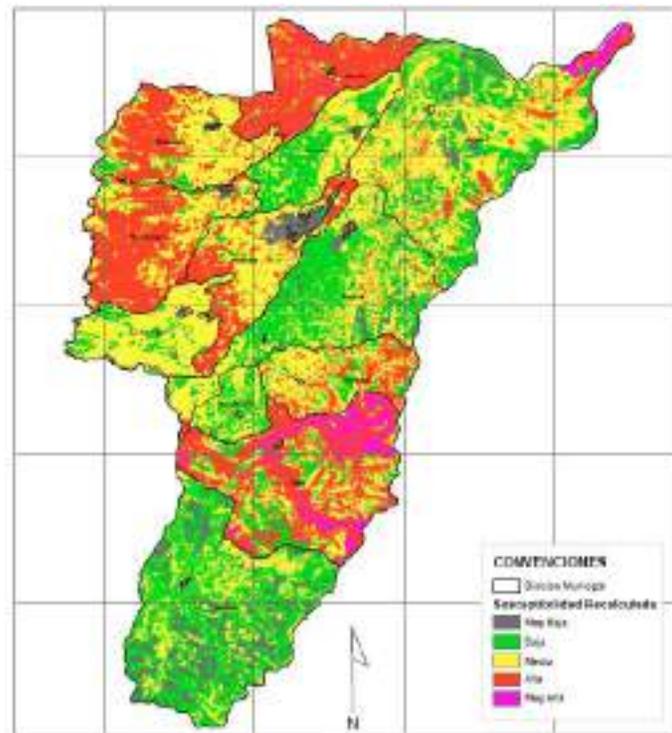
Mapa 13: Cantidad de vendavales por municipio entre 1987 – 2017 – UDEGERD QUINDIO 2018.

7.1.5 LA VULNERABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO ANTE INCENDIOS FORESTALES.

29,1% de la extensión del Quindío, lo constituyen bosques y guaduales que cumplen la doble función de protección – producción y 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 mil hectáreas, 31% de total los bosques y el bosque denso alto que es 13,6%, estos principalmente en Génova, Pijao, Córdoba, Calarcá y Salento y se contabilizan unos pequeños parques en los municipios de Quimbaya y Montenegro. El bosque denso bajo, 0,41%, del total boscoso, se encuentra distribuido en Quimbaya, Montenegro, La Tebaida, Armenia, Circasia y Filandia.

En Filandia y Montenegro se reportan la mayor área afectada por incendios con 122 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 Pijao en un periodo de 3 años se reportaron 26 eventos en una extensión de 86 hectáreas.

En Calarcá, un predio en el sector de los Chorros de San Rafael se afecta cada año por un incendio forestal; 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; **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** 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.



Fuente: CRQ.

Mapa 14: Susceptibilidad de incendios forestales recalculada incluyendo los niveles de ocurrencias históricas Quindío 2011.



En la tabla 37 se enseña una calificación de vulnerabilidad municipal en cuatro niveles desde “Muy alto” a “Baja”, así:

Baja: 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, está dada en función del cumplimiento de los criterios técnicos antes descritos, y resume en que solo un municipio, Salento, presenta el mayor riesgo (Muy Alto) y 3 de los 12 (30% de la población) están en riesgo bajo.

Tabla 39: 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.

7.2 PRIORIZACION DE LAS AMENAZAS

De acuerdo a lo analizado por la UDEGERD del Departamento del Quindío, se realiza la priorización por municipios, con el fin de lograr orientar los procesos de preparación de las Unidades de Gestión del Riesgo Municipales y la población en general, ante la presencia de Emergencias y desastres.

Tabla 40: Amenazas Priorizadas por municipios

AMENAZA	PRIORIZADA
Remoción en Masa/Deslizamientos	Todos los Municipios
Erupción Volcánica	Armenia, Salento, Filandia, Circasia, Calarcá, Córdoba, Buenavista, Montenegro, Pijao, Quimbaya, La Tebaida.
Sismos	Todos los Municipios
Vendavales	Filandia, Circasia, Armenia, Montenegro, Quimbaya, La Tebaida.
Avalanchas/Avenida torrencial	Salento, Calarcá, Armenia, Córdoba, Pijao, Génova, Buenavista.
Quemas de Cobertura Vegetal/incendio Forestales	Todos los Municipios
Accidentes de Transito	Todos los Municipios
Inundaciones	Salento, Calarcá, Armenia, Tebaida, Quimbaya, Montenegro
Incendios estructurales	Todos los Municipios
Incidentes con Materiales Peligrosos (Derrames, Fugas, Explosiones)	Todos los Municipios
Intoxicaciones Masivas	Todos los Municipios

FUENTE. Plan Departamental de Gestión del riesgo de desastres Dpto del Quindío 2019 – 2020 UDEGERD – QUINDIO

De acuerdo a la evaluación de las amenazas, se destacan los sismos como principal riesgo para la población del Departamento, los deslizamientos, los vendavales y las erupciones volcánicas, que presentan una calificación alta en riesgo afectando la totalidad de los municipios del Departamento.

Es importante tener en cuenta que la evaluación se da acorde a las muertes, daños y riesgos causados por cada amenaza.

Tabla 41: Evaluación de las amenazas – Departamento del Quindío

AMENAZA	FRECUENCIA	INTENSIDAD	TERRITORIO AFECTADO	CALIFICACION DE LA AMENAZA	AREA EXPUESTA
Sismos	3	3	3	9	ALTA TODO EL DEPARTAMENTO
Remoción en Masa/Deslizamientos	3	2	3	8	ALTA TODO EL DEPARTAMENTO
Vendavales	3	3	2	8	ALTA Filandia, Circasia, Armenia, Montenegro, Quimbaya, La Tebada
Erupción Volcánica	1	3	3	7	ALTA Armenia, Salento, Filandia, Circasia, Calarcá, Córdoba, Buenavista, Montenegro, Págo, Quimbaya, La Tebada
Avalanchas/Avenida torrencial	1	3	2	6	MEDIA Salento, Calarcá, Armenia, Córdoba, Págo, Génova, Buenavista
Incendios de Cobertura Vegetal	3	1	2	6	MEDIA TODO EL DEPARTAMENTO
Accidentes de Tránsito	3	2	1	6	MEDIA TODO EL DEPARTAMENTO
Inundaciones	2	2	1	5	MEDIA Salento, Calarcá, Armenia, Tebada, Quimbaya, Montenegro
Incendios estructurales	3	1	1	5	MEDIA TODO EL DEPARTAMENTO
Incidentes con Materiales Peligrosos (Derrames, Fugas, Explosiones)	3	1	1	5	MEDIA TODO EL DEPARTAMENTO
Intoxicaciones Masivas	2	1	1	4	MEDIA TODO EL DEPARTAMENTO

FUENTE: UDEGERD - QUINDIO



8 CONCLUSIONES.

El Departamento del Quindío por su extensión territorial (1.845 Km²), corresponde a 0,16% del total de extensión del país, siendo el segundo Departamento más pequeño Nacional, después de San Andrés y Providencia; 98,57% del territorio Quindiano es zona rural y 1,43% en la zona urbana, indicando que 2 de cada 100 km², presentan características urbanas. El municipio que cuenta con la mayor extensión territorial, Salento, concentra 18% del territorio departamental, seguido de Génova 16% y Pijao 13%, los de mayor proporción, Buenavista, el más pequeño es el 3% del territorio departamental.

Las vías de comunicación con que cuenta el Departamento se consideran estables y de alta calidad, lo que facilita el traslado de las habitantes entre los municipios y el acceso al departamento; los tiempos mínimos de recorrido están desde los 10 minutos (Armenia - Calarcá), hasta el máximo de 60 minutos (Armenia - Génova); los tres ejes viales principales conectan al resto del País: al oriente vía Ibagué – Bogotá, al norte Risaralda - Antioquia y al sur Valle del Cauca. El aeropuerto tipo internacional ha presentado, para 2017, un descenso del servicios en 9,74% (42.856 pasajeros) en vuelos nacionales y un incremento de 12,41% para los internacionales. No se ha presentado avances en la conexión férrea.

Armenia presenta la mayor proporción de población en área urbana (97,3%) seguido de los municipios de La Tebaida, 94%, Quimbaya, 83,7% y Montenegro 82%, clasificados como de alto grado de urbanización; el promedio de personas por vivienda en el total departamental se encuentra en 3,1, excepto los municipios de Montenegro, La Tebaida y Buenavista, que reportan una ocupación promedio de 4 personas por vivienda. En La Tebaida presenta el mayor porcentaje de hacinamiento (18,75%), seguido del municipio de Montenegro (17,78%), Quimbaya (14,62%).

Del total de viviendas, 145.612, en el Departamento, 38,39% de estas en Génova, presentan problemáticas relacionadas con el no acceso a fuentes de agua mejoradas, seguido de Buenavista 38,23 % y Pijao 30,98%, por tanto, con mayor esfuerzo en la verificación de la calidad de agua consumida por esta población y generar intervenciones de mejora con el fin de minimizar los riesgos relacionados; Pijao presenta 17,21%



de la viviendas con falta de conexión en la eliminación de excretas, con un alto índice de riesgo de que la población que se vea afectada por la presencia permanente de casos de enfermedad asociadas a mala calidad de agua.

La Ciudad de Armenia, como capital, concentra la mayor densidad poblacional (casi 6 veces más que el municipio que le sigue), La Tebaida, Calarcá, Circasia y Montenegro, los cuales son los que geográficamente están más cercanos a la capital mientras 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 (2do lugar) y Pijao (3er lugar); Salento municipio con menor densidad poblacional y de mayor área geográfica, además de su vocación agrícola, en la actualidad le ha dado una conversión económica relacionada con el turismo, la agroindustria y el comercio; estos aspectos antes mencionados, generan polos de atracción laboral y educativo y dado el desarrollo social - económico y de infraestructura propia de las capitales departamentales hace que la ciudad capital enfrente diferentes dinámicas y problemas relacionados con la salud de la población entre otros fenómenos de tipo social; y en los otros municipios combinado con otras variables, como el nivel de urbanización, son 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 dinámica de la población del Departamento, según curso de vida, evidencia unos cambios progresivo en los periodos bajo análisis (2005 - 2020) y su proyección; para grupos primera infancia, infancia, adolescencia hay descensos y respecto a los grupos que crecen, los jóvenes, adultos y las personas mayores se deben esgrimir mejores políticas asistenciales. Para la proyección de 2020, la estructura por los cursos de vida, es modificada en sus proporciones dado el aumento de las personas mayores (13,2% - 2005 a 15,9% - 2020). La realidad de la dinámica 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, es vital monitorear la dinámica de la estructura poblacional, su comportamiento histórico, proyecciones y otras explicaciones causales sobre las variables que influyen en estas dinámicas. Al evaluar la población por grupos etarios, la tendencia a 2020 es una contracción 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 aumento.

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 natural proporcional de las mujeres es mayor que el valor correspondiente a los hombres.

113

Se estima un ascenso en la tasa bruta de mortalidad, 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 la misma, el acceso y la calidad de los diferentes servicios que tienen directa injerencia en su disminución, es decir que pueden influenciar favorable y positivamente. Será lógico que, al profundizar el comportamiento de la mortalidad, su estructura y su causalidad, las 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.

Puede evidenciarse una estimación y un comportamiento menor de natalidad para el departamento de Quindío, cuando se compara con la estimación Nacional en los lapsos comparados, como la de 63 y 98 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 49 años, para efectos de planificación en salud y de otros sectores, al estimarse también las necesidades de salud y sociales en el tiempo. Que por cada 1.000 mujeres entre 10 – 14 años se presenta 1,19 nacimientos, muestra una situación preocupante de las niñas, su nivel de dependencia familiar social, los impactos relacionados con las oportunidades educativas y laborales futuras y la agresión; todo el análisis debe realizarse desde la perspectiva de la salud relacionada con el binomio madre – hijo, vida de las niñas y situaciones de extrema relevancia como el abuso sexual en este grupo de edad de infancia; se debe trascender a los ámbitos sociales y de manera importante a otros determinantes sociales, donde se intervengan los valores sociales, estructura familiar, educación sexual, entre otros, 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 estimadas 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.

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 las cifras de otros indicadores demográficos del departamento, las tasas de fecundidad, la global y las 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 esta es inferior a la reportada para el nivel nacional, que mostraría aun desequilibrio en el acceso anticoncepcional en la joven mujer y pareja.

El índice de vejez y el índice de envejecimiento, para el departamento se espera que crezca e incluye el crecimiento estimado para la proyección de 2020; 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 es 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.

Con relación al indicador esperanza de vida al nacer, esta es creciente en años para ambos sexos; los valores ascienden de manera progresiva en el tiempo y la diferencia de 5,73 años entre los sexos a favor de las mujeres, determina una serie de impactos a analizar sobre la misma dinámica demográfica, social y económica del departamento y con una serie de demandas muy específicas sobre el sector de la salud.

115

Con el propósito de que la caracterización de los fenómenos de desplazamiento forzado sea más completa e integral y acorde a la situación de paz del País, la información futura debe desagregarse por periodos comparables e integrarse con otra serie de determinantes y variables socio - económicas internas y externas; desde el análisis de la relación con el Sistema General de Seguridad Social en salud, red de prestación de servicios de salud, aseguramiento, acceso y calidad, entre otro tipo de asistencias sociales y de apoyo, dirigidas a estas poblaciones altamente vulnerables y que de manera real, se involucren estos en estas comunidades con sus propias dinámicas y en ocasiones, que abordan diversos tipos de problemas complejos y de nuevo desarrollo en que se ha comprometido el Estado en los procesos de paz.

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 pacifico 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.



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

El Análisis de la Situación de Salud, centrado en los efectos como la enfermedad y la muerte, ha llevado a proyectar intervenciones de manejo y tratamiento de las enfermedades ya instauradas, no teniendo en cuenta los determinantes sociales involucrados en el deterioro de la salud de la población por lo que los resultados no muestran el impacto esperado.

En este sentido, se evidencia que la población desfavorecida social y económicamente, tiene menos acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los recursos sanitarios básicos, que en cierta forma brindan protección a su salud, por lo que enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a estratos y condiciones privilegiadas, generándose las tan mencionadas inequidades sociales, que vienen en aumento en nuestro País, producto de la desarticulación intersectorial y la visión unilateral que en la actualidad se maneja, infiriendo que los problemas de salud los soluciona salud; por lo que es necesario instaurar estrategias de planeación intersectorial, donde todas las entidades aporten proceso en pro del mejoramiento de la salud de la población, logrando el cumplimiento de los objetivos del desarrollo sostenible.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), busca realizar el estudio de los efectos de la salud presentes en la población que se evidencian con la descripción de la mortalidad y de la morbilidad, y bajo el concepto de la huella generada por la exposición continua a determinantes sociales, desarrollando la descripción por el curso de vida, analizando los desbalances en los efectos por aspectos claves poblacionales y las condiciones propias del devenir poblacional, para construir con estos, un marco teórico de dimensión que guíe una intervención cuyo objetivo busca cambios susceptibles a realizar, por lo que este documento aportará a las ideas de la orientación específica de las políticas, planes y estrategias de tipo integral, que involucren a los actores del sector y los comprometidos.

Teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades, Decima Revisión, CIE 10, organizada por los 6 grandes grupos de causas, y con la población estimada de referencia, se calcularán las tasas de mortalidad, global, específicas por grupos de edad y sexo; se harán una descripción de la defunción materna, infantil y niñez; a estas mediciones se les realizará el análisis de “tasación de las tasas”, por el método directo frente a una población estándar hipotética aportada por la OMS.



Para el análisis de la morbilidad se analizan con el sistema de Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS), nacional y los utilizados por la Dependencia de Vigilancia en Salud Pública en los procesos de *Búsqueda Activa Institucional* y el reporte de Enfermedades de Notificación Obligatorio, (ENO), al sistema SIVIGILA; el primer reporte nos enseña una dinámica de la atención a la enfermedad y el segundo, un alcance a determinar la incidencia de los malestares que afectan la población.

Los determinantes sociales se han clasificados como estructurales e intermediarios; los efectos en la salud se evalúan según la desagregación por variables demográficas, sexo, nivel educativo, área de residencia, afiliación a la seguridad social, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad, que entrega a la población de referencia, según las fuentes de información estandarizadas por el Estado.

La mirada integral de la mortalidad y morbilidad y sus determinantes, permitirá conocer la situación de salud de la población del Quindío; permitirá, al realizarse el análisis por las variables contextuales con la población esperada como de referencia, planificar íntegramente y hacer propuestas de intervención para mejorar las condiciones de salud de la población, e incrementar la calidad de vida, en su conjunto.

10 MORTALIDAD.

10.1 ANALISIS DE LA MORTALIDAD GENERAL.

El análisis de la mortalidad se realiza de acuerdo a la clasificación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por los 6 grandes grupos de causas y las 67 subcausas de muerte - 6/67 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 2017, 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.



La tabla 40 muestra la clasificación del total de muertes registradas en el departamento del Quindío, por los 6 grandes grupos, con un registro numérico de 13 años, ocupando en todos los años evaluados el primer lugar de causalidad, el grupo de las Enfermedades del Sistema circulatorio, las cuales concentran el 31,2% del total de muertes registradas para el Departamento en la vigencia 2017; en relación al comportamiento histórico mostrado por este grupo se evidencia una tendencia relativamente estable. Entre los años 2005 al 2011, a partir del año 2012, se presenta un incremento importante, que supera los años anteriores, manteniéndose este incremento año tras año, hasta el 2016, vigencia de mayor comportamiento del periodo de tiempo analizado, para la vigencia 2017, se muestra una reducción de 3 casos de mortalidad que no es significativo en el comportamiento analizado. El grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, está directamente relacionado con los estilos de vida de la población, encontrando factores de riesgo en la alimentación, actividad física, niveles de estrés, entre otros, que aumenta la vulnerabilidad de la población de morir por este tipo de eventos, lo que hace reconsiderar las estrategias de intervención adelantadas a través del tiempo, dado que el impacto logrado ha sido bajo y la situación tiende a agudizarse.

Para el caso de las Demás causas, grupo que concentra un número importante de enfermedades como diabetes, deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, apendicitis, hernias, enfermedades del hígado, cirrosis, enfermedades de los sistemas digestivo, urinario, hiperplasia prostática, embarazo, parto y puerperio, malformaciones congénitas y residuos, ocupa el segundo lugar de causalidad, concentrando el 26,5% del total de muertes, para la vigencia 2017, mostrando una tendencia inestable entre el año 2005 al 2007, iniciando un periodo de comportamiento estable entre las vigencias 2008 al 2010, presentando para el 2011 un descenso importante, siendo la vigencia de menor comportamiento en el periodo analizado, incrementándose a partir del año 2012 nuevamente un aumento en el comportamiento que se mantiene hasta el 2016, siendo esta vigencia la de mayor comportamiento, en el año 2017 se muestra un leve descenso. El grupo de las demás causas por la variabilidad de eventos que lo conforman es complejo de intervenir, sin embargo, se enfoca en eventos de tipo crónico, cuyo impacto se busca desde los procesos de prevención y mejoramiento de estilos de vida saludables.

La Neoplasias, clasificadas en el tercer lugar de causalidad, muestran una tendencia creciente año tras año, siendo la vigencia 2016, la de mayor comportamiento, con un leve descenso para el año 2017, para esta



última vigencia las neoplasias concentran el 20.71% entre el total de muertes; siendo importante evidenciar que el incremento de la letalidad por neoplasias va de la mano de falencias en la oportunidad diagnóstica y de las barreras interpuestas por las EAPB para el acceso a los procesos diagnósticos, tratamiento, continuidad del mismo y manejos especializados requeridos, por lo que es importante, el fortalecimiento de los sistemas de Alerta temprana y la estructuración de la Ruta integral de Atención en Salud para la población con riesgo o presencia de cáncer.

El grupo de las causas externas, muestra un comportamiento inestable, con altibajos importante, con picos comportamentales en el año 2007, 2009, en este momento se presenta una disminución en el comportamiento que se mantiene hasta el año 2015, momento en que se presenta el mayor número de muertes por causa externa, en el periodo de 13 años analizado, continuándose con una leve disminución para el 2016 y el 2017, evidencia una disminución significativa, la mortalidad por causas externas, concentra el 12% del total de muertes para la vigencia 2017 y está marcada principalmente por el homicidio. A diferencia de los grupos analizados anteriormente, al comparar las muertes por causa externa reportadas en el año 2005, con las informadas para la vigencia 2017, hay una reducción del 4,4%.

El grupo de las enfermedades Transmisibles, muestra una clara tendencia al incremento, cubriendo para el año 2017 el 8,14%, siendo esta vigencia la de mayor comportamiento en los 13 años analizados, situación que se explica especialmente por dos eventos que marcan el comportamiento de este grupo de causas, que son el VIH y la Tuberculosis, enfermedades que afectan la población con condiciones vulnerables y que pueden presentarse asociadas, aumentando el riesgo de morir de la población afectada.

Las afecciones del periodo perinatal, presentaron un comportamiento elevado entre el año 2005 al 2009, momento en que se inicia una disminución importante en el comportamiento, mostrando entre al año 2014 al 2016 comportamientos en descenso siendo esta última vigencia la de menor comportamiento, sin embargo para el año 2017, se presenta un incremento del 21,4%, en este contexto es importante tener en cuenta situaciones que pueden estar presentes en los cambios de la tendencia de este grupo de causas, como son las Interrupciones Voluntarias del embarazo, las cuales no son tenidas en cuenta en los conteos de muerte,



dado que no se diligencia ningún documento con la información del evento, para evitar la revictimización de la madre y la reducción de la natalidad en el Departamento, directamente relacionado con la disminución embarazos, evidenciado en el análisis demográfico.

Se tiene en cuenta el grupo de signos y síntomas mal definidos, que corresponden a causas de mortalidad informadas que no explican los motivos que llevaron al fallecimiento de los pacientes, situación relacionada con la calidad del procesos de certificación de la mortalidad, situación que se ha tratado de controlar, sin embargo continúan los errores en este proceso, presentando cifras relativamente pequeñas, pero que pueden influir en la toma de decisiones si se logran incluir en algún grupo específico; el año 2011 fue crítico, dado que 32 muertes fueron mal clasificadas, situación crítica en lo referente a la prestación de los servicios de salud, dado que la finalización de la atención en salud, incluye la certificación de la muerte y por ende la definición de las causas que llevaron a la defunción, luego, disminuye nuevamente la mala clasificación, presentándose a partir de la vigencia 2013, un incremento estable hasta el año 2015, con un descenso importante para el año 2016 del 50%, volviéndose a incrementar para el año 2017, con 12 muertes mal clasificadas.

Tabla 42: Total, de muertes ocurridas, agrupadas por la lista 6/67 OPS, departamento Quindío 2005 al 2017.

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades del sistema circulatorio	997	985	959	1.008	971	1,039	997	1,050	1,073	1128	1134	1182	1179
Las demás causas	866	788	855	832	835	857	773	803	900	927	901	1011	998
Neoplasias	605	553	654	642	642	686	693	740	756	783	753	823	781
Causas externas	473	480	504	461	505	464	450	455	423	442	508	504	452
Enfermedades transmisibles	213	200	212	200	201	246	247	244	252	264	274	290	307
Afecciones perinatales	63	51	65	53	63	45	47	38	37	34	35	33	42



Signos y síntomas mal definidos	5	7	7	4	9	14	32	4	11	10	10	5	12
Total, de defunciones	3,221	3,064	3,256	3,2	3,227	3,351	3,239	3,334	3,452	3,588	3,615	3,848	3,771

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

La Tabla No 41, muestra la variación numérica entre la vigencia 2005 y la última vigencia analizada, la correspondiente al año 2017, presentándose un incremento del 14,58%, siendo las enfermedades transmisibles las que evidencian el mayor incremento con el 30,51%, seguido del grupo de las neoplasias con el 22,50%; las enfermedades del sistema circulatorio y la demás causas, que son los grupos que concentran el mayor número de defunciones, presentan variaciones inferiores. Los signos y síntomas mal definidos, presentan la mayor variación con el 58,30% de incremento, siendo uno de los principales factores a intervenir, en los procesos de mejoramiento, dispuestos desde el sector salud.

Las Afecciones del Periodo perinatal, presenta un descenso del 33,33%, situación a revisar con la disminución de la natalidad y las IVE, que pueden responder al cambio en la tendencia y las causas externas con la disminución del 4,43%, entre la vigencia inicial y la vigencia final del periodo analizado.

Tabla 43: Porcentajes de variación en el comportamiento de la mortalidad por grandes grupos, entre los años 2005 y 2017 - Departamento del Quindío.

GRUPO DE CAUSAS	Variación 2005 - 2017	Comportamiento
Signos y síntomas mal definidos	58,30%	↑
Afecciones periodo perinatal	33,33%	↓
Enfermedades transmisibles	30,51%	↑
Neoplasias	22,50%	↑
Enfermedades del sistema circulatorio	15,43%	↑
Las demás causas	13,22%	↑
Causas externas	4,43%	↓
Total, de defunciones	14,58%	↑

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



La medición de la mortalidad por tasas brutas, (Tabla No 42) muestra el impacto producido por los grandes grupos de causas de mortalidad en la población, situación que ubica al Departamento del Quindío dentro de los primeros lugares, dada la baja densidad poblacional, en relación a los demás Departamentos del País. Es así como se muestra un comportamiento muy similar al explicado en la relación numérica, con un incremento hasta la vigencia 2016 de las Enfermedades del Sistema circulatorio, con una disminución para el año 2017, donde por cada 100.000 habitantes del Departamento del Quindío 170,9 mueren por Enfermedades del sistema circulatorio, en segundo lugar, se encuentran las Demás causas con una tendencia al incremento como lo muestra el gráfico No.23. Con una tasa de mortalidad de 147,4 por 100.000 habitantes, en tercer lugar según tasa bruta de mortalidad están las neoplasias, que muestra una tasa de 115,7 por 100.000 habitantes, inferior a la evidenciada en el año 2005, a pesar del incremento en el número de muertes para el año 2017, siendo afectada esta medición, por el volumen poblacional; las causas externas muestran un importante descenso de 15 puntos de tasa entre el año 2005 al 2017.

Tabla 44: Tasas Brutas de Mortalidad por Grandes Causas, departamento Quindío, 2005 al 2017 (tasas por 100.000 habitantes).

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades sistema circulatorio	203,4	195,7	184,9	189,2	176,8	183,2	171,1	175,5	174,0	177,9	173,9	176,0	170,9
Las demás causas	175,8	155,7	165,0	156,3	151,7	152,3	133,6	135,3	147,8	148,0	140,2	153,5	147,4
Neoplasias	121,2	108,0	124,8	119,8	116,0	121,3	119,2	124,4	123,9	124,7	116,8	124,9	115,7
Causas externas	91,1	92,0	95,0	87,0	94,3	85,2	82,1	81,7	75,1	77,4	88,4	86,4	76,2
Enfermedades transmisibles	42,1	38,7	40,7	37,2	37,0	44,2	43,7	42,3	42,7	44,3	44,6	46,2	47,2
Signos y síntomas mal definidos	1,0	1,4	1,4	0,8	1,6	2,6	5,5	0,7	1,9	1,7	1,7	0,7	1,9

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

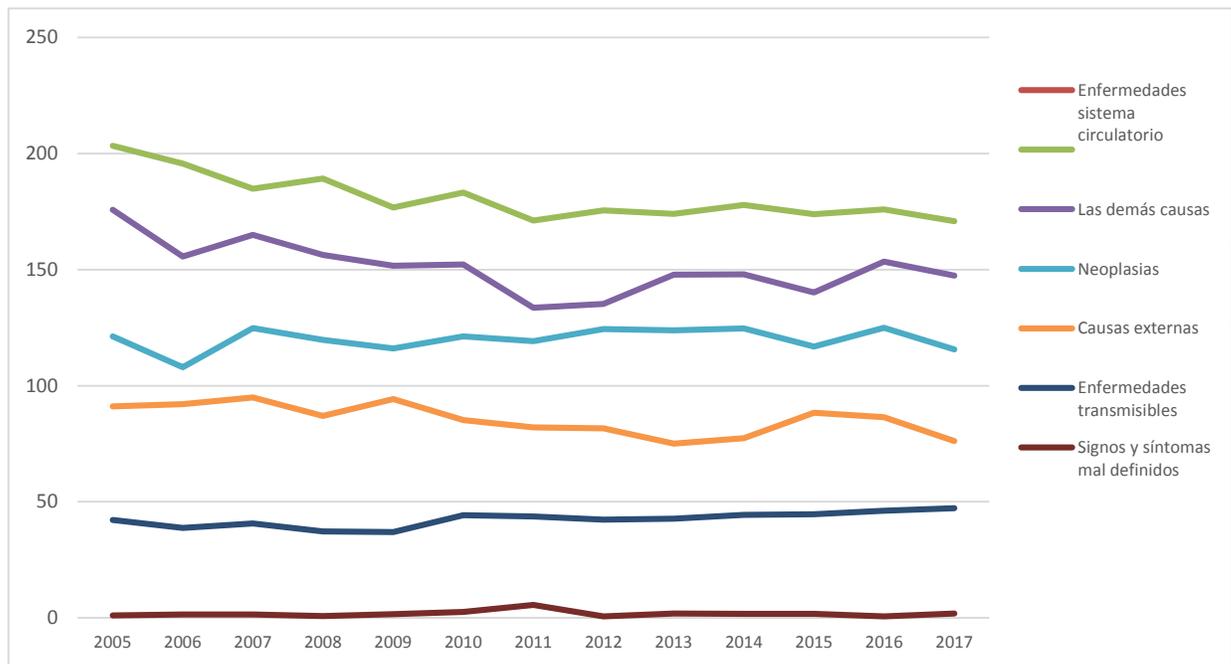


Gráfico 23: Comportamiento de la tasa bruta de mortalidad por grandes causas departamento, Quindío, 2005 a 2017.

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

Cuando se habla de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, de acuerdo a la distribución por quinquenios etarios (tabla 43) en un promedio del 90% los fallecimientos se presentan en la población de 60 y más años, siendo las personas de 80 y más años, las que dentro del grupo de adultos mayores concentra el 60%; sin embargo, a pesar de contar con un comportamiento esperado, es importante tener en cuenta la ocurrencia de muertes en grupos etarios tempranos, como en el caso del año 2017, que se presenta reporte de muertes por enfermedades del sistema circulatorio desde los 5 años en adelante y posterior con un comportamiento de conteo de muertes desde los 20 años de edad, evidenciando el inicio de enfermedades del sistema circulatorio en edades tempranas, situación que obliga a realizar intervenciones de prevención, desde la gestación e implementar estrategias para la aplicación de estilos de vida saludables en todos los grupos poblacionales, con el fin de prolongar en el curso de vida, la ocurrencia de muertes por estos eventos. De igual forma la medición de tasas de mortalidad por Enfermedades del Sistema circulatorio, según quinquenios etarios, confirma lo antes descrito, mostrando un incremento

importante en las tasas a partir de los 60 años, siendo el grupo de 80 y más el de mayor tasa, dada la densidad poblacional de este grupo y la concentración de muertes. (Tabla No. 44)

Tabla 45: Total muertes y tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	3	3	2	3	5	2	1	0	0	1	2	4	0
De 5 a 9 años	0	2	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1
De 10 a 14 años	0	1	1	1	0	1	1	2	0	0	1	0	0
De 15 a 19 años	2	1	0	1	2	1	0	1	0	0	3	0	0
De 20 a 24 años	3	2	3	1	3	2	4	7	1	2	1	0	3
De 25 a 29 años	1	3	1	3	1	3	4	3	5	3	2	5	2
De 30 a 34 años	7	5	5	4	4	3	2	5	6	4	8	3	2
De 35 a 39 años	12	3	10	6	5	8	6	9	4	6	4	2	7
De 40 a 44 años	15	14	14	21	14	12	12	15	12	12	12	12	6
De 45 a 49 años	25	21	33	19	23	21	14	21	16	20	15	12	16
De 50 a 54 años	48	50	36	35	31	42	46	40	45	50	33	39	28
De 55 a 59 años	48	63	64	63	68	62	49	59	59	55	60	67	57
De 60 a 64 años	87	51	76	69	68	83	63	77	78	73	92	97	67
De 65 a 69 años	106	113	86	100	104	80	93	86	8	94	117	119	118
De 70 a 74 años	123	115	133	127	140	132	136	135	134	126	95	125	127
De 75 a 79 años	183	176	164	164	133	159	171	130	163	186	160	172	178
De 80 y más años	333	362	330	391	370	426	395	459	467	496	529	524	567
Total	996	985	959	1.008	971	1.038	997	1.050	1.073	1.128	1.134	1.182	1.179

Fuente: DANE – EEV

Tabla 46: Tasas específicas por enfermedades del sistema circulatorio, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	6,4	6,4	4,3	6,5	10,8	4,3	2,2	0	0	2,2	4,3	8,7	
De 5 a 9 años	0	4,1	2,1	0	0	2,2	0	2,2	0	0	0	2,2	2,2
De 10 a 14 años	0	1,9	1,9	1,9	0	2	2,1	4,2	0	0	2,2	0	
De 15 a 19 años	4,2	2,1	0	2	3,9	1,9	0	2	0	0	6,3	0	
De 20 a 24 años	7,1	4,7	7	2,3	6,7	4,4	8,6	14,7	2,1	4,1	2	0	6,2
De 25 a 29 años	2,6	7,7	2,6	7,7	2,5	7,6	10	7,4	12,1	7,1	4,6	11,3	4,4



De 30 a 34 años	19,4	14	14	11,1	11	8,2	5,4	13,5	16,2	10,7	21,2	7,8	5,1
De 35 a 39 años	30,9	7,9	27	16,7	14,3	23,3	17,6	26,4	11,6	17,3	11,4	5,7	19,7
De 40 a 44 años	39,3	36,4	36,3	54,6	36,7	32	32,7	42	34,6	35,5	36,1	36,4	18,2
De 45 a 49 años	74,5	61,1	93,9	53	63	56,8	37,6	56,1	42,8	54	41,1	33,6	46,0
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	91,9	107,6	77,0
De 55 a 59 años	213	268,4	262	248,2	258,3	227,7	174,5	204,3	199	180,9	192,3	209,4	173,9
De 60 a 64 años	495,9	282	405,7	354,3	335,3	392,8	286	335,5	326,6	294,3	358,3	366	245,6
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	606,4	591,3	562,0
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	690	875,9	856,0
De 75 a 79 años	2279	2221,1	2060,6	2014,5	1577,7	1811,8	1880,2	1383,9	1692,6	1888,1	1592,7	1672,5	1697,0
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	5334,8	5136,2	5399,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.

Para el grupo de causas de mortalidad, clasificado como las demás causas (Tabla No. 45), el comportamiento por quinquenios etarios, muestra situaciones diversas, por lo que es necesario, tener en cuenta la diversidad de eventos que conforman este grupo; la población fallecida de 60 años y más, cubre el 84% del total de muertes por este grupo de causas, siendo las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las de mayor presentación, sumadas a otros padecimientos crónicos como las enfermedades del sistema nervioso, urinario, gástrico, entre otros; el rango entre los 40 a los 59 años, corresponde al 21% del total de muertes en este grupo, la Diabetes muestra un comportamiento importante, el rango de 0 a 4 años especialmente y el de 5 a 9 años de edad, muestran un número importante de muertes cubriendo el 2,30% del total de muertes, siendo las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las que marcan el comportamiento en este grupo poblacional. El comportamiento de las tasas de mortalidad para este grupo de causas, (Tabla No. 46) evidencia que las mayores tasas se miden a partir de los 60 años de edad, concentrándose en los mayores de 80 años, además para el rango de 0 a 4 años, la tasa presentada muestra un comportamiento importante, dado el impacto social de las muertes en este grupo etario.

Tabla 47: Total muertes y tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	28	36	37	30	32	34	29	25	23	22	29	29	21
De 5 a 9 años	3	4	5	5	3	0	4	0	3	1	5	0	2
De 10 a 14 años	6	4	4	2	1	4	2	1	3	6	2	1	4
De 15 a 19 años	5	9	3	11	2	7	4	6	3	3	5	6	3
De 20 a 24 años	10	12	7	8	7	3	2	3	4	5	9	10	8
De 25 a 29 años	8	9	5	6	8	6	3	10	8	12	4	9	5
De 30 a 34 años	4	9	10	9	5	8	9	5	7	11	7	4	5
De 35 a 39 años	10	8	10	6	12	8	10	8	7	2	11	14	9
De 40 a 44 años	16	14	14	15	15	17	7	16	14	13	7	13	14
De 45 a 49 años	21	20	20	14	21	25	17	17	20	12	11	22	23
De 50 a 54 años	30	25	31	29	25	26	25	17	25	28	24	33	33
De 55 a 59 años	46	47	39	35	49	33	45	44	34	38	64	63	33
De 60 a 64 años	57	69	63	48	46	56	58	55	52	50	69	70	58
De 65 a 69 años	96	71	76	70	67	79	63	63	83	76	77	78	104
De 70 a 74 años	130	92	103	105	90	122	83	103	114	104	97	96	102
De 75 a 79 años	134	130	135	129	143	132	113	119	116	131	111	136	116
De 80 y más años	262	229	293	310	305	297	299	311	384	413	369	426	458
Total	866	788	855	832	831	857	773	803	900	927	901	1010	998

Fuente: DANE – EEVV

Tabla 48: Tasas específicas por las demás causas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	60	77,3	79,6	64,8	69,4	73,9	63	54,4	50	47,9	63,1	63,1	45,7
De 5 a 9 años	6	8,2	10,4	10,5	6,4	0	8,7	0	6,6	2,2	11	0	4,4
De 10 a 14 años	11,2	7,5	7,6	3,9	2	8,2	4,2	2,1	6,5	13,1	4,4	2,2	8,9
De 15 a 19 años	10,5	18,5	6	21,7	3,9	13,6	7,8	11,9	6,1	6,2	10,6	12,9	6,6
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	18,2	20,3	16,4
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	9,2	20,3	11,0
De 30 a 34 años	11,1	25,2	28	25	13,8	21,9	24,5	13,5	18,9	29,4	18,5	10,4	12,8



De 35 a 39 años	25,7	21	27	16,7	34,3	23,3	29,4	23,5	20,4	5,8	31,4	39,6	25,3
De 40 a 44 años	42	36,4	36,3	39	39,4	45,3	19,1	44,8	40,4	38,5	21,1	39,4	42,4
De 45 a 49 años	62,6	58,2	56,9	39	57,5	67,6	45,6	45,4	53,5	32,4	30,1	61,6	66,1
De 50 a 54 años	105,4	85,3	102,9	93,9	79	80,1	75,2	49,9	71,9	79,1	66,8	91,1	90,7
De 55 a 59 años	204,1	200,3	159,7	137,9	186,1	121,2	160,3	152,4	114,7	125	205,1	196,9	100,7
De 60 a 64 años	324,9	381,6	336,3	246,4	226,8	265	263,3	239,6	217,7	201,6	268,7	264,1	212,6
De 65 a 69 años	665,8	485,4	511,9	463,3	433,7	497,1	383,7	369,5	467,7	411	399,1	387,6	495,3
De 70 a 74 años	1174,7	812,7	888,2	883,3	741,2	986,8	662,6	810	878,7	780,6	704,5	672,7	687,5
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	1104,9	1322,4	1105,9
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	3721,3	4175,7	4361,5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La mortalidad por Neoplasias, presenta un descenso para la vigencia 2017, del 5% en relación a la vigencia 2016, sin embargo continúa con un número importante de muertes, que ubican al Departamento del Quindío dentro de los primeros lugares a nivel Nacional; La muerte por neoplasias afecta en mayor proporción a la población de 60 y más años, rangos en los que se concentra el mayor comportamiento, (73,11%), seguido de los rangos de 34 a 59, en los que se presenta incremento, situación que evidencia la presencia de la enfermedad en población cada vez más Joven; la población menor de 18 años de edad muestran incremento para el 2016 y continua con el mismo comportamiento para el año 2017, siendo necesario fortalecer los procesos de seguimiento de la garantía de la atención en salud, con el fin de lograr oportunidad en la captación de la neoplasia, inicio de tratamiento, continuidad del mismo; apostando a la alta posibilidad de sobrevida para este grupo etario. (Tabla No. 47)

La mortalidad por cáncer o neoplasias califica al Departamento del Quindío como uno de los de mayor riesgo a nivel Nacional, evidenciándose comportamientos y tendencias en los rangos etarios que no muestran mejoramiento, al contrario, tiende a aumentar.

La tabla 48. Muestra además el comportamiento según las tasas de mortalidad específica por quinquenio, mostrando un comportamiento con tendencia al incremento en los rangos de 55 años en adelante, y en los demás quinquenios el comportamiento de las tasas evidencia un tendencia con altibajos interanuales, con lapsos de estabilidad, especialmente en los menores de 18 años de edad, siendo prioritario instaurar acciones efectivas que conlleven a la disminución de las muertes por este evento en especial en los rangos etarios tempranos.

Tabla 49: Total muertes y tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	2	4	4	3	1	1	1	2	4	1	2	2	1
De 5 a 9 años	4	1	2	2	4	4	2	1	4	1	4	3	4
De 10 a 14 años	1	1	6	4	1	5	2	2	1	0	1	2	4
De 15 a 19 años	5	2	5	3	2	3	5	5	5	4	2	3	1
De 20 a 24 años	6	3	5	4	9	5	3	2	2	3	6	6	5
De 25 a 29 años	7	9	2	5	5	6	5	5	4	6	5	6	6
De 30 a 34 años	7	6	4	13	11	9	7	11	12	6	3	12	3
De 35 a 39 años	19	11	9	12	15	14	15	13	10	14	15	15	14
De 40 a 44 años	26	25	16	21	26	24	19	28	19	20	11	21	24
De 45 a 49 años	32	33	36	33	37	40	43	40	34	35	24	25	30
De 50 a 54 años	42	48	44	38	41	50	49	56	45	50	49	42	45
De 55 a 59 años	60	51	53	51	57	51	59	53	65	63	48	87	73
De 60 a 64 años	59	51	60	64	69	67	69	79	74	100	84	102	89
De 65 a 69 años	79	80	89	75	69	94	81	104	99	104	90	86	115
De 70 a 74 años	76	82	110	96	77	79	107	93	104	98	113	105	87
De 75 a 79 años	68	60	97	87	84	95	90	96	103	95	119	96	98
De 80 y más años	112	86	112	131	131	139	136	150	171	183	177	210	182
Total	605	553	654	642	639	686	693	740	756	783	753	823	781

Tabla 50: Tasas específicas por neoplasias, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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	4,3	4,3	2,2
De 5 a 9 años	8	2	4,2	4,2	8,5	8,6	4,4	2,2	8,8	2,2	8,8	6,6	8,8
De 10 a 14 años	1,9	1,9	11,5	7,8	2	10,2	4,2	4,2	2,2	0	2,2	4,4	8,9
De 15 a 19 años	10,5	4,1	10	5,9	3,9	5,8	9,7	9,9	10,1	8,3	4,2	6,5	2,2
De 20 a 24 años	14,3	7,1	11,6	9,2	20,2	11	6,5	4,2	4,1	6,1	12,1	12,2	10,3



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	11,5	13,5	13,2
De 30 a 34 años	19,4	16,8	11,2	36,2	30,3	24,6	19	29,8	32,3	16,1	7,9	31,3	7,7
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	42,8	42,5	39,4
De 40 a 44 años	68,2	65,1	41,5	54,6	68,2	64	51,8	78,5	54,8	59,2	33,1	63,7	72,6
De 45 a 49 años	95,4	96,1	102,4	92	101,4	108,2	115,3	106,9	91	94,4	65,7	70	86,3
De 50 a 54 años	147,6	163,8	146,1	123	129,5	154,1	147,4	164,5	129,4	141,2	136,5	115,9	123,7
De 55 a 59 años	266,2	217,3	217	200,9	216,5	187,3	210,2	183,5	219,3	207,2	153,8	271,9	222,7
De 60 a 64 años	336,3	282	320,3	328,6	340,2	317,1	313,2	344,2	309,8	403,2	327,1	384,9	326,2
De 65 a 69 años	547,9	546,9	599,4	496,4	446,7	591,5	493,3	610	557,9	562,4	466,5	427,3	547,7
De 70 a 74 años	686,7	724,4	948,5	807,6	634,1	639	854,2	731,4	801,6	735,6	820,7	735,8	586,4
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	1184,6	933,5	934,3
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	1785	2058,4	1733,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Las muertes por causa externa, como se muestran en la Tabla 49, presenta un descenso para el año 2017 del 10, 37%, respecto al año anterior, siendo los rangos de 15 a 29 años de edad los más afectados, concentrando el 37,38% del total de muertes en este grupo, las muertes ocurridas en los grupos de 30 a 59 años de edad, muestra leves descensos en relación a la vigencia anterior, los de 60 años, de igual forma. Evidencian descensos, sin embargo el rango de 80 y más muestra un importante aumento del 17,4% situación relacionada con la grave negligencia de familiares y cuidadores, siendo importante también el comportamiento del suicidio en esta población, para los rangos inferiores, se muestra una tendencia a la disminución importante en los niños y niñas de 0 a 9 años de edad, para la población de 10 a 14, hay una estabilidad entre los años 2016 y 2017 con tendencia al incremento, marcado por el suicidio y el homicidio,

En relación a la medición de tasas específicas de mortalidad por causas externas según rangos etarios, el mayor comportamiento lo muestran los mayores a partir de los 75 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 No 50.

Tabla 51: Total muertes y tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	11	14	5	8	10	4	5	13	2	4	7	1	1
De 5 a 9 años	2	5	2	3	4	2	3	2	0	1	1	3	1
De 10 a 14 años	3	7	13	8	8	3	5	7	1	7	5	9	9
De 15 a 19 años	48	47	67	40	38	50	59	41	45	48	60	66	44
De 20 a 24 años	70	69	73	70	70	58	58	65	63	65	81	69	66
De 25 a 29 años	51	62	60	59	68	67	62	45	51	52	46	57	59
De 30 a 34 años	46	54	57	56	59	64	54	59	46	44	59	44	31
De 35 a 39 años	57	38	45	47	45	27	39	36	34	35	36	35	37
De 40 a 44 años	43	36	43	39	38	34	32	27	30	25	33	31	22
De 45 a 49 años	37	32	34	23	30	21	20	33	27	16	31	21	22
De 50 a 54 años	23	29	21	23	24	26	33	22	27	20	29	25	23
De 55 a 59 años	17	18	22	19	13	23	15	20	21	24	28	20	24
De 60 a 64 años	15	16	10	10	19	17	11	20	10	20	18	30	20
De 65 a 69 años	14	16	11	12	22	12	10	8	18	20	7	23	20
De 70 a 74 años	9	9	11	10	14	10	16	13	18	12	16	16	17
De 75 a 79 años	8	10	12	12	18	17	10	12	11	14	24	25	21
De 80 y más años	19	17	18	22	24	28	18	31	19	35	27	29	35
Total	473	479	504	461	504	463	450	454	423	442	508	504	452

Fuente: DANE – EEV

Tabla 52: tasas específicas por causas externas, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	23,6	30	10,8	17,3	21,7	8,7	10,9	28,3	4,3	8,7	15,2	2,2	2,2
De 5 a 9 años	4	10,2	4,2	6,3	8,5	4,3	6,5	4,4	0	2,2	2,2	6,6	2,2
De 10 a 14 años	5,6	13,2	24,8	15,6	16	6,1	10,4	14,8	2,2	15,2	11	19,9	20,1
De 15 a 19 años	100,5	96,4	134,5	78,8	73,9	96,9	115	81,1	90,9	99,2	126,7	142,1	96,3
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	163,5	139,9	135,6



De 25 a 29 años	131,8	159,5	153,9	150,9	173	169,1	154,6	110,6	123,1	123	106,2	128,3	129,3
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	156,2	114,9	79,5
De 35 a 39 años	146,5	99,9	121,7	131	128,8	78,7	114,6	105,6	98,9	100,8	102,7	99,1	104,1
De 40 a 44 años	112,8	93,7	111,6	101,4	99,7	90,6	87,2	75,6	86,5	74	99,4	94,1	66,6
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	84,9	58,8	63,3
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	80,8	69	63,2
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	89,7	62,5	73,2
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	70,1	113,2	73,3
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	36,3	114,3	95,2
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	116,2	112,1	114,6
De 75 a 79 años	99,6	126,2	150,8	147,4	213,5	193,7	110	127,7	114,2	142,1	238,9	243,1	200,2
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	272,3	284,3	333,3

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La mortalidad por enfermedades transmisibles, se espera que ocurra en los grupos poblacionales más susceptibles, como los adultos mayores, los menores de edad y la población con afectación de su sistema inmunitario, según esta afirmación, se observa que históricamente, según rangos quinquenales, del 2005 al 2017 (Tabla 51) los de mayor afectación son los mayores de 60 años de edad, siendo los de 80 y más años, los que muestran el mayor comportamiento. Los demás rangos muestran un comportamiento similar a los de la vigencia anterior, sin embargo, es importante evidenciar el incremento de muertes por causas transmisibles en los menores de 0 a 4 años de edad, afectados principalmente por las Infecciones Respiratorias Agudas graves, en general los eventos de mayor presencia son el VIH y la Tuberculosis, enfermedades que asociadas vienen incrementando el riesgo de morir de la población.

Los rangos quinquenales que, de acuerdo a la tasa específica de mortalidad por enfermedades transmisibles, presentaron el mayor comportamiento se muestran desde los 60 años de edad en adelante, siendo importante observar que a medida que aumenta la edad, se aumenta el número de muertes y por ende las tasas de mortalidad (Tabla No.52) por lo que el grupo que muestra la mayor afectación es el de mayores de 80 años.



Tabla 53: Total muertes y tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	11	15	14	17	9	9	6	6	4	6	6	7	9
De 5 a 9 años	3	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
De 10 a 14 años	0	1	1	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1
De 15 a 19 años	1	2	3	0	1	3	1	3	2	3	3	0	0
De 20 a 24 años	9	4	4	3	10	7	3	5	4	4	5	4	7
De 25 a 29 años	10	12	12	7	15	6	10	9	14	8	15	11	10
De 30 a 34 años	14	14	17	15	12	17	17	15	16	16	13	18	10
De 35 a 39 años	15	14	19	12	13	9	15	14	9	21	9	14	8
De 40 a 44 años	15	20	12	15	17	20	19	16	15	10	18	14	14
De 45 a 49 años	15	11	19	18	9	13	15	13	15	22	18	18	15
De 50 a 54 años	16	12	6	18	11	11	21	13	14	12	20	19	17
De 55 a 59 años	11	14	14	11	7	10	20	17	21	27	12	22	15
De 60 a 64 años	4	9	15	8	8	7	15	16	11	14	19	17	23
De 65 a 69 años	8	10	5	10	9	7	14	14	16	14	13	20	26
De 70 a 74 años	24	12	7	10	11	17	18	16	19	18	17	12	21
De 75 a 79 años	16	15	12	18	17	22	17	17	20	21	27	23	31
De 80 y más años	41	33	52	37	49	87	54	69	71	66	78	91	100
Total	213	200	212	199	200	246	247	244	252	264	274	290	307

Fuente: DANE – EEVV

Tabla 54: Tasas específicas por enfermedades transmisibles, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017

EDAD	TASAS ESPECÍFICAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	23,6	32,2	30,1	36,7	19,5	19,6	13	13	8,7	13,1	13	15,2	19,6
De 5 a 9 años	6	4,1	0	0	2,1	0	0	2,2	2,2	2,2	0	0	0,0
De 10 a 14 años	0	1,9	1,9	0	2	2	4,2	0	0	2,2	2,2	0	2,2
De 15 a 19 años	2,1	4,1	6	0	1,9	5,8	1,9	5,9	4	8,2	6,3	0	0,0
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	10,1	8,1	14,4
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	34,6	24,8	21,9



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	34,4	47	25,7
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	25,7	39,6	22,5
De 40 a 44 años	39,3	52	31,1	39	44,6	53,3	51,8	44,8	43,3	29,6	54,2	42,5	42,4
De 45 a 49 años	44,7	32	54,1	50,2	24,7	35,2	40,2	34,7	40,2	59,4	49,3	50,4	43,1
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	55,7	52,4	46,7
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	38,5	68,8	45,8
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	74	64,1	84,3
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	67,4	99,4	123,8
De 70 a 74 años	216,9	106	60,4	84,1	90,6	137,5	143,7	125,8	146,4	135,1	123,5	84,1	141,5
De 75 a 79 años	199,3	189,3	150,8	221,1	201,7	250,7	186,9	181	207,7	213,2	268,8	223,6	295,5
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	786,6	892	952,3

Fuente: Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.

Las afecciones del periodo perinatal, muestran un comportamiento descendente entre las vigencias 2005 al 2012, iniciándose un periodo de estabilidad entre los años 2013 a 2016, presentándose para el año 2017, un incremento del 21,42% con relación al año anterior, siendo importante tener en cuenta que el comportamiento de este tipo de eventos, se ve afectado por los procesos relacionados con la IVE. (Tabla 53).

Además, 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 las demás causas y en otros casos se relaciona este tipo de muertes con causas maternas.

Tabla 55: Total muertes por afecciones periodo perinatal, por quinquenios, Quindío 2005 a 2017.

EDAD	MUERTES												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
De 0 a 4 años	63	51	65	53	63	45	46	38	36	34	34	33	42
De 5 a 9 años	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Total	63	51	65	53	63	45	47	38	37	34	35	33	42

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.



Las causas mal definidas y síntomas de enfermedad mal calificados (Tabla No.54), llama la atención que se hallan sextuplicados entre el primer año de análisis a 2011, asunto que muestra fallas en la calidad de codificación, problemática, que debe ser intervenida desde la academia hasta las autoridades en salud responsable de la capacitación del gremio médico en la correcta codificación de los casos en el sistema de información; esta codificación a 2016 mejora, presentándose un importante incremento, para el 2017, siendo necesario instaurar acciones de fortalecimiento apoyados por la academia, dado que se presentan en forma continua falencias relacionadas las cuales en lo corrido de las vigencias son solucionadas por medio de enmiendas estadísticas continuas.

Tabla 56: Total muertes por los síntomas y signos mal definidos, Quindío 2005 a 2017.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
5	7	7	4	9	14	32	4	11	10	10	5	12

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

10.2 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.

La tabla 55 muestra el comportamiento por subgrupo de causas de la mortalidad por enfermedades del Sistema Circulatorio grupo categorizado 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 concentrando para la vigencia 2017, el 62% del total de causas clasificadas en este grupo específico. La tendencia mostrada por las tasas de mortalidad para la Enfermedad Isquémica del Corazón



(Gráfico No 24), muestra entre los años 2005 al 2009, un comportamiento inestable con altibajos, iniciándose a partir de la vigencia 2010 una tendencia clara al aumento, siendo el año 2016 el de mayor comportamiento. Entre el año 2005 al 2017, la tasa de mortalidad específica por enfermedad isquémica del corazón, muestra un incremento de 29 puntos de tasa x 100.000 habitantes.

Las enfermedades cerebrovasculares, correspondiendo al segundo lugar, presentan una tendencia inestable con altibajos interanuales, siendo la vigencia 2017 la de mayor comportamiento en los 13 años evaluados, con un 7,14% de incremento en relación al comportamiento del año 2016.

En tercer lugar, se encuentra la enfermedad cardiopulmonar, enfermedad de la circulación pulmonar con una tendencia descendente entre el 2005 al 2009, presentando un incremento para el año 2010, iniciando en forma posterior un descenso entre al año 2011 al 2014, momento en el que nuevamente presenta un pico comportamental importante, siendo el mayor de los 13 años analizados, para el año 2016, presentando para el año 2017, un descenso del 17,7%, en relación al año anterior.

Las Enfermedades Hipertensivas, presentan un pico comportamental extremo para el año 2010, con un incremento del 19% en relación al año 2009, volviendo al comportamiento regular para las vigencias 2011 al 2012, iniciándose un comportamiento alto entre las vigencias 2013 al 2015, con un leve descenso en la entre los años 2016 y 2017, donde la tendencia muestra estabilidad.

Las demás enfermedades del sistema circulatorio, muestra una tendencia estable con altibajos inter anuales, mostrando un comportamiento importante para la vigencia 2016, siendo el de mayor comportamiento en los 13 años analizados, con un leve descenso para el año 2017.

Las muertes por insuficiencia cardiaca, presentan un descenso importante vigencia tras vigencia, presentándose un incremento significativo para el año 2016, y nuevamente un descenso para el año 2017

La fiebre reumática Aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, presentan una tendencia completamente inestable con grandes picos comportamentales en los años 2005, 2008 y 2012, no reportándose muertes debidas a este subgrupo entre los años 2014 al 2015, una muerte en el 2016 y 0 muertes en el año 2017.

Finalmente, la Aterosclerosis, presenta casos de muerte en las vigencias 2005 al 2007, 2009, 2010 y del 2012 al 2014, siendo el año 2007 el de mayor comportamiento; los años 2015 y 2016 no presentan muertes relacionadas y 2 muertes para el año 2017.

Se relaciona la información del Paro cardíaco, dado que se encuentra en la codificación, pero no se considera causa de muerte, por lo que se han venido adelantando acciones de mejora relacionadas. Logrando que desde la vigencia 2011 al 2017, no se relacione esta situación como causa de muerte.

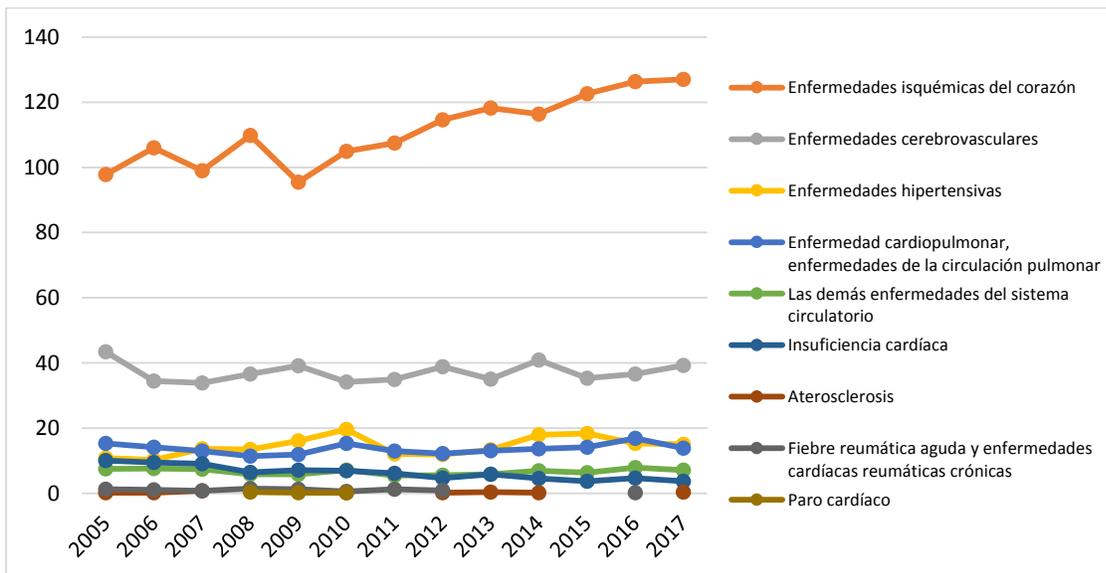


Gráfico 24: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, departamento del Quindío 2005 a 2017.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO



Tabla 57: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas de las Enfermedades del sistema circulatorio, departamento Quindío 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades isquémicas del corazón	523	570	535	597	522	577	594	637	661	654	693	718	726
Enfermedades cerebrovasculares	232	185	183	199	214	188	193	216	196	230	200	208	224
Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	82	76	70	62	65	84	72	68	73	77	80	96	79
Enfermedades hipertensivas	58	55	74	73	88	108	67	66	75	101	104	87	86
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	40	41	40	32	32	39	30	31	33	39	36	45	41
Insuficiencia cardíaca	54	51	49	35	39	38	34	26	33	26	21	27	21
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	7	6	4	8	7	3	7	5				1	
Paro cardíaco				2	1	1							
Aterosclerosis	1	1	4		3	1		1	2	1	0		2
TASAS													
GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades isquémicas del corazón	97,85	106,04	98,98	109,83	95,5	104,97	107,46	114,6	118,25	116,35	122,59	126,3	127
Enfermedades hipertensivas	10,85	10,23	13,69	13,43	16,1	19,65	12,12	11,87	13,42	17,97	18,4	15,3	15,04



Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar	15,34	14,14	12,95	11,41	11,89	15,28	13,03	12,23	13,06	0	14,15	16,9	13,8
Insuficiencia cardíaca	10,1	9,49	9,07	6,44	7,14	6,91	6,15	4,68	5,9	4,63	3,71	4,7	3,67
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	1,31	1,12	0,74	1,47	1,28	0,55	1,27	0,9	0	0	0	0,2	0
Paro cardíaco	0	0	0	0,37	0,18	0,18	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades cerebrovasculares	43,4	34,42	33,86	36,61	39,15	34,2	34,92	38,86	35,06	40,92	35,38	36,6	39,2
Aterosclerosis	0,19	0,19	0,74		0,55	0,18		0,18	0,36	0,18			0,35
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	7,48	7,63	7,4	5,89	5,85	7,1	5,43	5,58	5,9	6,94	6,37	7,9	7,17

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tal como lo muestra la tabla 56 y el gráfico No 25 La mortalidad por otras causas diversas, concentra eventos no clasificados en los otros grupos de mortalidad, encontrando que el mayor comportamiento se muestra en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales concentran el 33,3% del total de muertes analizadas en este grupo, para la vigencia 2017, presentando un aumento en el comportamiento en relación a la vigencia 2016, seguido en menor proporción por la muerte por diabetes mellitus, la cual presenta un leve descenso para el año 2016, del 10,37%.



El resto de enfermedades del sistema digestivo, muestra el mayor comportamiento en la vigencia 2016 de los 13 años analizados, con un descenso del 6,19% para el año 2017, ocupando el tercer lugar en relación a la muerte en este subgrupo de causas, en su orden continúan las enfermedades del sistema urinario, más comunes en las mujeres, mostrando el mayor comportamiento de los 13 años analizados, la vigencia , 2017, con un incremento del 17,05%, correspondiendo a una tasa bruta de mortalidad del 18.54 x 100.000 habitantes.

Las Enfermedades del sistema nervioso excepto meningitis, muestra un abrupto incremento para la vigencia 2016 superando el comportamiento mostrado en los 13 años de análisis, presentando un aumento del 54% en relación al año 2015, siendo importante analizar en forma más específica la causalidad de este evento, de igual forma el resto de enfermedades del sistema respiratorio presenta un incremento importante para el año 2017, superando la vigencia anterior en un 11,42%.

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, causales de mortalidad que para la vigencia 2017, mostraron descenso en relación a la vigencia anterior

Las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, representan el 2,1%, 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.

Otra de las causas de muerte de especial interés, son las ocasionadas por trastornos mentales y del comportamiento, mostrando una tendencia inestable, con un comportamiento elevado que inicia en el año 2014, siendo el año 2015 el de mayor comportamiento con una leve disminución para el 2016, que se continua en el 2017, con una tasa bruta de mortalidad por el evento de 2.27 x 100.000 hab.

En último lugar se encuentran las muertes relacionadas con el Embarazo, parto y puerperio, las cuales muestran un importante comportamiento para el 2016, siendo importante tener en cuenta que en la mayoría de los casos se clasifican como muertes maternas tardías, con un descenso significativo para la vigencia 2017 Y finalmente la hiperplasia de próstata, con el mayor comportamiento en el año 2017 que muestra un aumento del 62,5% en relación a la vigencia 2016.

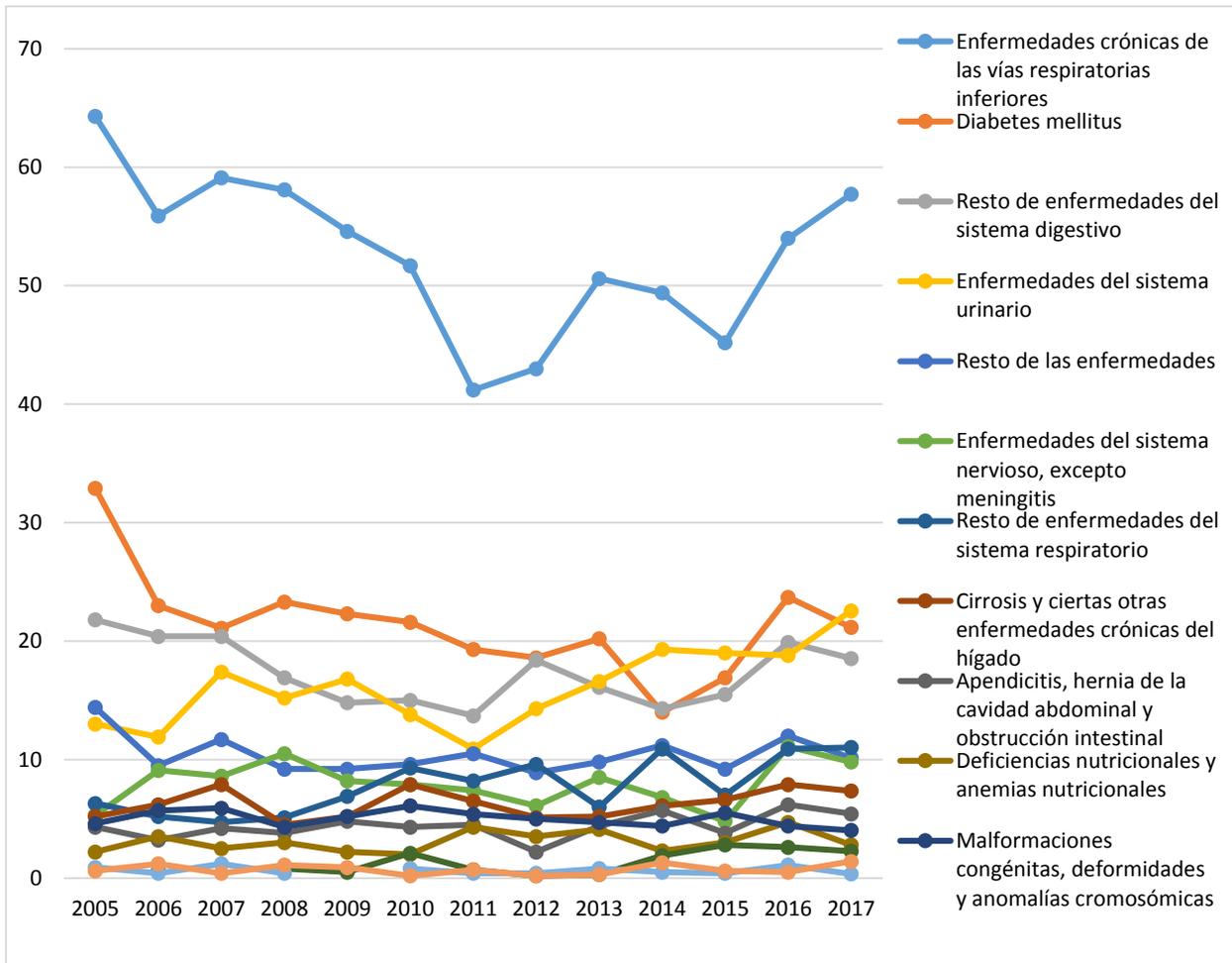


Gráfico 25: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por otras causas diversas, departamento Quindío 2005 a 2017.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tabla 58: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según otras causas de enfermedades, departamento Quindío, 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	312	280	304	309	302	292	240	258	312	314	296	307	330
Diabetes mellitus	162	116	110	124	123	122	112	111	125	89	110	135	121
Resto de enfermedades del sistema digestivo	108	104	105	90	82	85	80	110	98	89	100	113	106
Enfermedades del sistema urinario	64	60	90	81	92	78	64	85	102	122	123	107	129
Resto de las enfermedades	72	49	61	49	51	54	60	53	59	69	58	68	58
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	27	47	46	57	45	45	43	35	50	41	29	63	56
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	31	26	24	27	39	52	47	57	37	68	45	62	63
Cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado	26	32	41	24	28	44	38	30	32	38	43	45	42
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	21	16	22	20	26	25	26	13	27	35	25	35	31
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	11	17	14	16	12	11	25	21	25	14	19	27	16
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	24	30	31	23	27	32	28	26	25	24	29	25	23

141



Trastornos mentales y del comportamiento		3		4	3	12	4	1	2	12	18	15	13
Embarazo, parto y puerperio	5	2	6	2		4	2	2	4	3	2	6	2
Hiperplasia de la próstata	3	6	2	6	5	1	4	1	2	8	4	3	8
GRUPO DE CAUSAS	TASAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
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	45,2	54	57,72
Diabetes mellitus	32,9	23	21,1	23,3	22,3	21,6	19,3	18,6	20,2	14	16,9	23,7	21,16
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	15,5	19,9	18,54
Enfermedades del sistema urinario	13	11,9	17,4	15,2	16,8	13,8	10,9	14,3	16,6	19,3	19	18,8	22,56
Resto de las enfermedades	14,4	9,5	11,7	9,2	9,2	9,6	10,5	8,9	9,8	11,2	9,2	12	10,14
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	4,8	11,1	9,79
Resto de enfermedades del sistema respiratorio	6,3	5,2	4,7	5,1	6,9	9,3	8,2	9,6	6	10,9	7	10,9	11,02
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	6,1	6,6	7,9	7,35

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	3,8	6,2	5,42
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,2	3,5	2,5	3	2,2	2	4,3	3,5	4,1	2,3	3	4,7	2,80
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	5,5	4,4	4,02
Trastornos mentales y del comportamiento		0,6		0,8	0,5	2,1	0,7	0,2	0,3	1,9	2,8	2,6	2,27
Embarazo, parto y puerperio	0,9	0,4	1,2	0,4		0,8	0,4	0,4	0,8	0,5	0,4	1,1	0,35
Hiperplasia de la próstata	0,6	1,2	0,4	1,1	0,9	0,2	0,7	0,2	0,3	1,3	0,6	0,5	1,40

143

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La mortalidad por neoplasias, como lo muestra la tabla No. 57 Y el gráfico No.26 se ha convertido para el Departamento del Quindío en una de las principales causas de muerte, ocupando para el año 2017, , mostrando un comportamiento diferente al reportado en los años anteriores dado que en este grupo se muestra como primera causa el tumor malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, con un incremento del 8% y una tasa de mortalidad de 22.2 por 100.000 habitantes, evento que históricamente se encontraba en el segundo o tercer lugar de ocurrencia.

En el segundo lugar, se encuentra el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón, mostrando el mayor comportamiento para la vigencia 2017, de los 13 años analizados, con un incremento del 5,71%, pasando de un cuarto lugar de ocurrencia al segundo lugar para la vigencia analizada.



Hasta el año 2016, año de mayor comportamiento, el tumor maligno del estómago, fue la primera causa de muerte, en este subgrupo, presentando una importante disminución para la vigencia 2017 que alcanzó el 22%, ubicándose para el año 2017, en el tercer lugar de ocurrencia a nivel Departamental.

Le sigue en comportamiento, 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, que muestran un aumento significativo a partir del año 2012, momento en que se incrementa el número de muertes en un 14.5%, continuando su comportamiento elevado hasta la vigencia 2014, aumentando en forma significativa su comportamiento para el año 2016, con un leve descenso para el año 2017, siendo estas situaciones, el reflejo de las falencias en la prestación del servicio de salud de la población, debidas a captación inoportuna, demoras en los procesos diagnósticos, que conllevan a muertes sin identificar la localización exacta del tumor, generando, diagnósticos inespecíficos, que sesgan los procesos de toma de decisiones e intervención, situación que además es importante mejorar en coordinación con Prestadores y la academia.

El tumor maligno de la mama de la mujer, presenta un comportamiento estable entre las vigencias 2005 al 2011, iniciándose un incremento en el número de muertes relacionadas a partir del año 2012, continuándose este comportamiento para la vigencia 2017, siendo importante tener en cuenta la importancia de las acciones de prevención y captación oportuna, como el autoexamen, la mamografía, entre otros procesos, que deben ser monitoreados por las EAPB de las que se espera un papel más activo en relación con los programas de protección específica y detección temprana.

El tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea y el tumor maligno de próstata, muestran un comportamiento inestable, con una disminución para la vigencia 2017, mostrando tasas de mortalidad muy similares 8,7 muertes por tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea por 100.000 habitantes y por cada 100.000 habitantes, 8 murieron por cáncer de próstata en el año 2017.

Entre las causas subsiguientes se encuentran en su orden el tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines, los tumores malignos de otros órganos genitourinarios, las leucemias que aportan para el año 2016 un total de 29 muertes, evento que muestra un comportamiento importante en la población menor de 18 años de edad y el tumor maligno del útero.

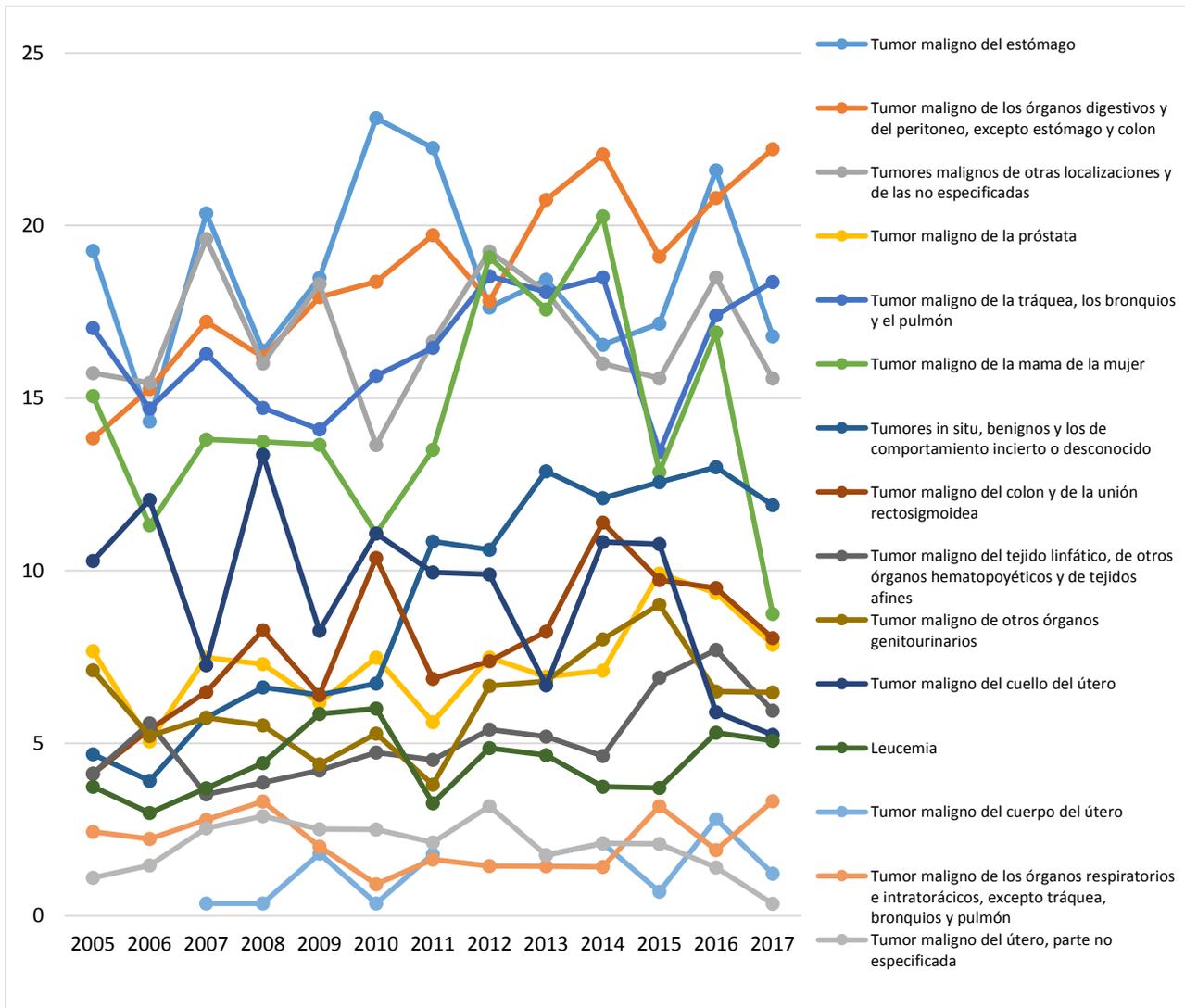


Gráfico 26: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Neoplasias, departamento Quindío 2005 a 2017

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tabla 59: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas neoplasias, departamento Quindío, 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	74	82	93	88	98	101	109	99	116	124	108	117	127
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	91	79	88	80	76	86	91	103	101	104	76	99	105
Tumor maligno del estómago	103	77	110	89	101	127	123	98	103	93	97	123	96
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	84	84	106	88	99	75	92	107	101	91	88	106	89
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	25	21	31	36	35	37	60	59	72	68	71	74	68
Tumor maligno de la mama de la mujer	41	31	38	38	38	31	38	54	50	58	37	48	50
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	22	29	35	45	35	57	38	41	46	64	55	55	46
Tumor maligno de la próstata	41	27	40	39	33	40	30	40	37	38	53	50	42
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	38	28	31	30	24	29	21	37	38	45	51	37	37
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	22	30	19	21	23	26	25	30	29	26	39	45	34
Tumor maligno del cuello del útero	28	33	20	37	23	31	28	28	19	31	31	20	30
Leucemia	20	16	20	24	32	33	18	27	26	21	21	29	29
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	13	12	15	18	10	5	9	8	8	8	18	11	19
Tumor maligno del cuerpo del útero			1	1	5	1	5		5	6	2	5	7

Tumor maligno del útero, parte no especificada	3	4	7	8	7	7	6	9	5	6	6	4	2
GRUPO DE CAUSAS	TASAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	13,84	15,26	17,21	16,19	17,93	18,37	19,72	17,81	20,75	22,06	19,1	20,8	22,2
Tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón	17,03	14,7	16,28	14,72	14,09	15,65	16,46	18,53	18,07	18,5	13,44	17,4	18,4
Tumor maligno del estómago	19,27	14,32	20,35	16,37	18,48	23,11	22,25	17,63	18,43	16,54	17,16	21,6	16,8
Tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	15,72	15,44	19,61	16,01	18,3	13,64	16,64	19,25	18,07	16,01	15,57	18,5	15,6
Tumores in situ, benignos y los de comportamiento incierto o desconocido	4,68	3,91	5,74	6,62	6,4	6,73	10,85	10,61	12,88	12,1	12,56	13	11,9
Tumor maligno de la mama de la mujer	15,06	11,32	13,8	13,73	13,65	11,08	13,5	19,08	17,57	20,27	12,86	16,9	8,7
Tumor maligno del colon y de la unión recto sigmoidea	4,12	5,4	6,48	8,28	6,4	10,37	6,87	7,38	8,23	11,39	9,73	9,5	8
Tumor maligno de la próstata	7,7	5,1	7,5	7,3	6,2	7,5	5,6	7,5	6,9	7,1	9,9	9,4	7,9
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	7,11	5,21	5,74	5,52	4,39	5,28	3,8	6,66	6,8	8,01	9,02	6,5	6,5
Tumor maligno del tejido linfático, de otros órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4,12	5,58	3,52	3,86	4,21	4,73	4,52	5,4	5,19	4,63	6,9	7,7	5,9
Tumor maligno del cuello del útero	10,28	12,05	7,26	13,36	8,26	11,08	9,95	9,89	6,68	10,83	10,77	5,9	5,2
Leucemia	3,74	2,98	3,7	4,42	5,85	6	3,26	4,86	4,65	3,74	3,71	5,3	5,1
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón	2,43	2,23	2,78	3,31	2,01	0,91	1,63	1,44	1,43	1,42	3,18	1,9	3,3
Tumor maligno del cuerpo del útero			0,36	0,36	1,8	0,36	1,78		1,76	2,1	0,7	2,8	1,2



Tumor maligno del útero, parte no especificada	1,1	1,46	2,54	2,89	2,51	2,5	2,13	3,18	1,76	2,1	2,08	1,4	0,3
------------------------------------------------	-----	------	------	------	------	-----	------	------	------	-----	------	-----	-----

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO.

Las muertes por causa externa (Tabla 58 y Gráfico 27) históricamente se mueven entre la segunda y tercera causas de muerte para la población del Departamento del Quindío, encontrando dentro del grupo de las causas externas, en primer lugar los homicidios, con una diferencia significativa con las demás causas del grupo, siendo el año 2007, el de mayor comportamiento en los 13 años analizados, con comportamientos relativamente estables año tras año y un descenso importante para la vigencia 2017 vigencia que reporta el menor número de homicidios del periodo analizado, con una reducción del 22% en relación a la vigencia anterior; la tasa de mortalidad por homicidios para la vigencia 2017, se encuentra en 35,7 por 100.000 habitantes.

En segundo lugar, los accidentes de tránsito, los cuales presentan una tendencia clara al aumento, siendo el año 2015, el que concentro el mayor número de muertes, con una disminución leve para el 2016, comportamiento similar para el año 2017, con una muerte de diferencia con el año anterior. Con una tasa bruta de mortalidad de 18,7 por 100.000 habitantes.

Las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), vienen presentando un comportamiento con tendencia al aumento, que genera gran impacto social, con un incremento para el año 2017 del 8% en relación a la vigencia anterior, mostrando una variación del 25% entre el año 2005 al 2017, situación que afecta a población joven e inicia un importante comportamiento en los adolescentes y niños.

Las caídas, presentan el cuarto lugar de ocurrencia, mostrando el mayor comportamiento para la vigencia 2016 de los 12 años analizados; los eventos de intención no determinada, los demás accidentes, los accidentes por disparo de arma de fuego, los accidentes que obstruyen la respiración, El envenenamiento accidental por exposición a sustancias nocivas y las demás causas, corresponden a las causas que en menor proporción hacen parte importante de la mortalidad por causas externas.

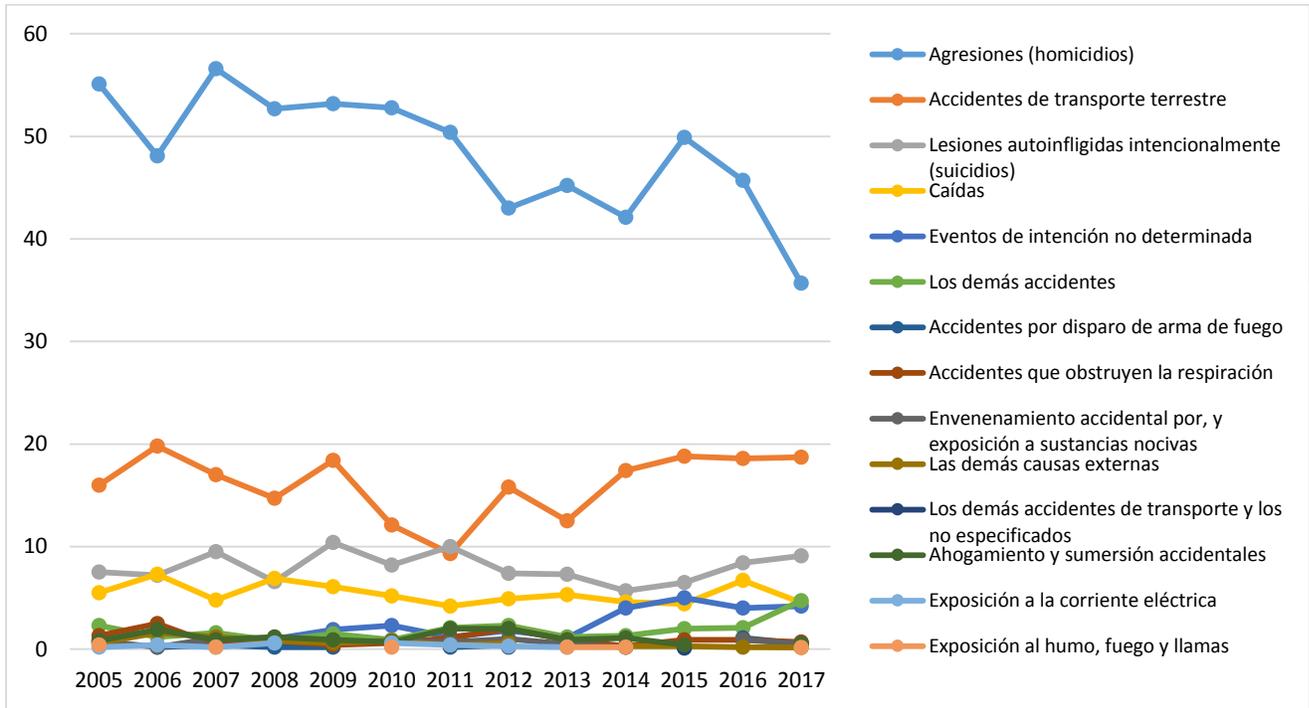


Gráfico 27: Tendencia de la Tasas brutas de Mortalidad por Causas Externas, Quindío 2005 a 2017.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tabla 60: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 causas externas, departamento Quindío, 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Agresiones (homicidios)	288	252	300	279	284	284	273	237	249	235	277	260	204
Accidentes de transporte terrestre	82	103	90	80	99	68	52	89	72	101	111	106	107
Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	39	38	51	35	56	46	56	41	42	33	38	48	52
Caídas	28	37	25	36	33	29	24	29	32	29	29	38	26

Eventos de intención no determinada	3	9	6	5	10	13	7	10	6	23	31	23	24
Los demás accidentes	12	6	9	4	8	5	12	13	7	8	12	12	27
Accidentes por disparo de arma de fuego	0	1	2	1	1		1	2	0	1	0	6	3
Accidentes que obstruyen la respiración	7	13	2	4	2	3	6	11	5	2	5	4	4
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas	4	1	6	4	4	4	4	6	3	1	0	5	3
Las demás causas externas	3	8	6	4	3	4	2	3	0	2	2	4	1
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
Ahogamiento y sumersión accidentales	4	10	5	6	5	4	11	11	5	6	2	6	3
Exposición a la corriente eléctrica	1	2	1	3	0	3	2	2	1	0	0	1	0
Exposición al humo, fuego y llamas	2	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1
GRUPO DE CAUSAS	TASAS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Agresiones (homicidios)	55,1	48,1	56,6	52,7	53,2	52,8	50,4	43	45,2	42,1	49,9	45,7	35,7
Accidentes de transporte terrestre	16	19,8	17	14,7	18,4	12,1	9,3	15,8	12,5	17,4	18,8	18,6	18,7
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	7,5	7,2	9,5	6,6	10,4	8,2	10	7,4	7,3	5,7	6,5	8,4	9,1
Caídas	5,5	7,3	4,8	6,9	6,1	5,2	4,2	4,9	5,3	4,6	4,4	6,7	4,5
Eventos de intención no determinada	0,6	1,7	1,1	1	1,9	2,3	1,2	1,8	1,1	4	5	4	4,2

Los demás accidentes	2,3	1,2	1,6	0,8	1,5	0,9	2,1	2,3	1,2	1,3	2	2,1	4,7
Accidentes por disparo de arma de fuego	0	0,2	0,4	0,2	0,2	0	0,2	0,4	0	0,2	0	1,1	0,5
Accidentes que obstruyen la respiración	1,3	2,5	0,4	0,8	0,4	0,6	1,1	2	0,9	0,3	0,9	0,9	0,7
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	0	0,9	0,5
Las demás causas externas	0,6	1,6	1,2	0,8	0,6	0,8	0,4	0,6		0,3	0,3	0,2	0,2
Los demás accidentes de transporte y los no especificados	0	0	0	0	0	0	0	0,2	0	0	0,1	0	0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,8	1,9	0,9	1,2	0,9	0,7	2	2	0,9	1,1	0,4	0	0,5
Exposición a la corriente eléctrica	0,2	0,4	0,2	0,6	0	0,6	0,4	0,3	0,2	0	0	0	0
Exposición al humo, fuego y llamas	0,4	0	0,2	0	0	0,2	0	0	0,2	0,2	0	0	0,2

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La tabla 59 y el gráfico 28 Representan el comportamiento tendencial, presentado el número de muertes por Enfermedades transmisibles y el impacto mediante la medición de tasas brutas de mortalidad por eventos relacionados.

En relación a la mortalidad por enfermedades transmisibles, se encuentra que históricamente, las Infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer lugar de ocurrencia, presentando un importante incremento para la vigencia 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, se inicia un



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



incremento continuo vigencia tras vigencia, siendo el año 2017 el de mayor comportamiento en el periodo de tiempo analizado, situación que se explica por la circulación de múltiples virus respiratorios causantes de casos letales, como es el caso de los virus sin sitial respiratorio, Influenza A H3, Bocavirus y el Virus H1N1; como situaciones alternas, se encontraron comorbilidades en la mayoría de los casos y situaciones de vulnerabilidad que facilitaron la instauración de cuadros clínicos graves y posteriormente la muerte. Es importante evidenciar el impacto mostrado por las muertes por Infecciones Respiratorias agudas que pasaron de una tasa de 13.1 x 100.000 hab. En el año 2005 a una tasa de 31,48 x 100.000 hab. Para la vigencia 2017, con un incremento de 18 puntos de tasa, situación que requiere procesos de intervención prioritaria, más aún frente al reporte de alertas internacionales.

152

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 un comportamiento elevado, entre el año 2014 al 2017, presentando este último un pequeño descenso. La tasa bruta de mortalidad presentada para el año 2017 (14.34 x 100.000); situación relacionada en forma directa con el Aseguramiento principalmente y la calidad en la prestación de servicios de Salud, la cual muestra falencias en relación a la oportunidad en el diagnóstico, el inicio de los retrovirales y la continuidad y permanencia del suministro de los mismos.

Para la vigencia 2017 las septicemias, presentan un comportamiento importante en la causalidad, presentándose un comportamiento relativamente estable entre las vigencias 2005 al 2012, presentándose para el año 2013 el comportamiento más elevado del periodo analizado, el cual marca la actuación de las vigencias siguientes que con una leve disminución muestran un comportamiento similar, hasta el año 2017 vigencia que se muestra estable en relación al año anterior, el proceso de seguimiento de las septicemias, se fortalece, mediante el proceso de notificación de las Infecciones Asociadas a la atención en salud, al uso de dispositivos, al uso de antibióticos, logrando un acercamiento a los factores de riesgo institucionales que deben intervenir en forma inmediata relacionados con las situaciones nosocomiales, siendo de igual forma necesario, fortalecer el proceso de identificación de agentes patógenos, para una certera toma de decisiones.



La Tuberculosis, siendo un evento clasificado como reemergente, presenta un comportamiento elevado, mostrándose en el cuarto 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 el año 2012 fue el de mayor reporte, presentándose un descenso importante a partir de la vigencia 2015, que se mantiene hasta el año 2017, vigencia con el número de muertes mas bajo, del periodo analizado. La tasa de mortalidad para el año 2017, se encontró en 1,57 por 100.000 habitantes. Es importante aclarar que en las asociaciones VIH / TUBERCULOSIS en el momento de la codificación de la muerte, prima el VIH motivo por el cual las cifras de fallecidos se visualizan más bajas.

Las muertes clasificadas en el subgrupo de Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, muestra un comportamiento elevado para el año 2005, con un descenso importante para la vigencia 2007, cambiando radicalmente la situación en el año 2008, momento en que se presenta el mayor pico comportamental del periodo analizado, iniciándose un claro descenso, que se mantiene hasta el año 2017, vigencia de menor comportamiento para este grupo de causas, mostrando una tasa bruta de mortalidad de 1,05 por 100.000 habitantes.

Las enfermedades infecciosas intestinales, se presentan en mayor proporción en los adultos mayores, mostrando un comportamiento estable en el periodo analizado con picos comportamentales en las vigencias 2005 y 2010. En relación a la tasa bruta de mortalidad por este evento, se muestra el año 20167, como el de menor impacto en el periodo analizado con una tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales de 0,70 por 100.000 hab.

Las meningitis, muestran una tendencia inestable con alti- bajos interanuales, mostrando vigencias como el 2006 y 2009, con tasas superiores, situación que nuevamente se presenta para las vigencias s 2016 y 2017, con una tasa de 1,22 por 100.000 habitantes.



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



La muerte por enfermedades transmitidas por vectores , presenta comportamientos inestables, relacionados con la circulación de patógenos como el Dengue, Chikungunya, Zika, Malaria, leishmaniasis entre otros, siendo el Dengue el de mayor comportamiento, mostrando para el año 2010, el mayor número de muertes, situación que se conecta en forma directa con la epidemia de dengue presentada tanto en el territorio como en el nivel Nacional, con un descenso importante para la vigencia 2016, en relación a las vigencias anteriores, no relacionándose casos para el año 2017.

154

Las mortalidades por enfermedades inmunoprevenibles se presentan relacionadas con eventos que no se encuentran cubiertos por el programa ampliado de inmunizaciones, presentando comportamientos fluctuantes, con 1 caso reportado en el año 2016 y otro más en la vigencia 2017, generados por tétanos accidental especialmente.

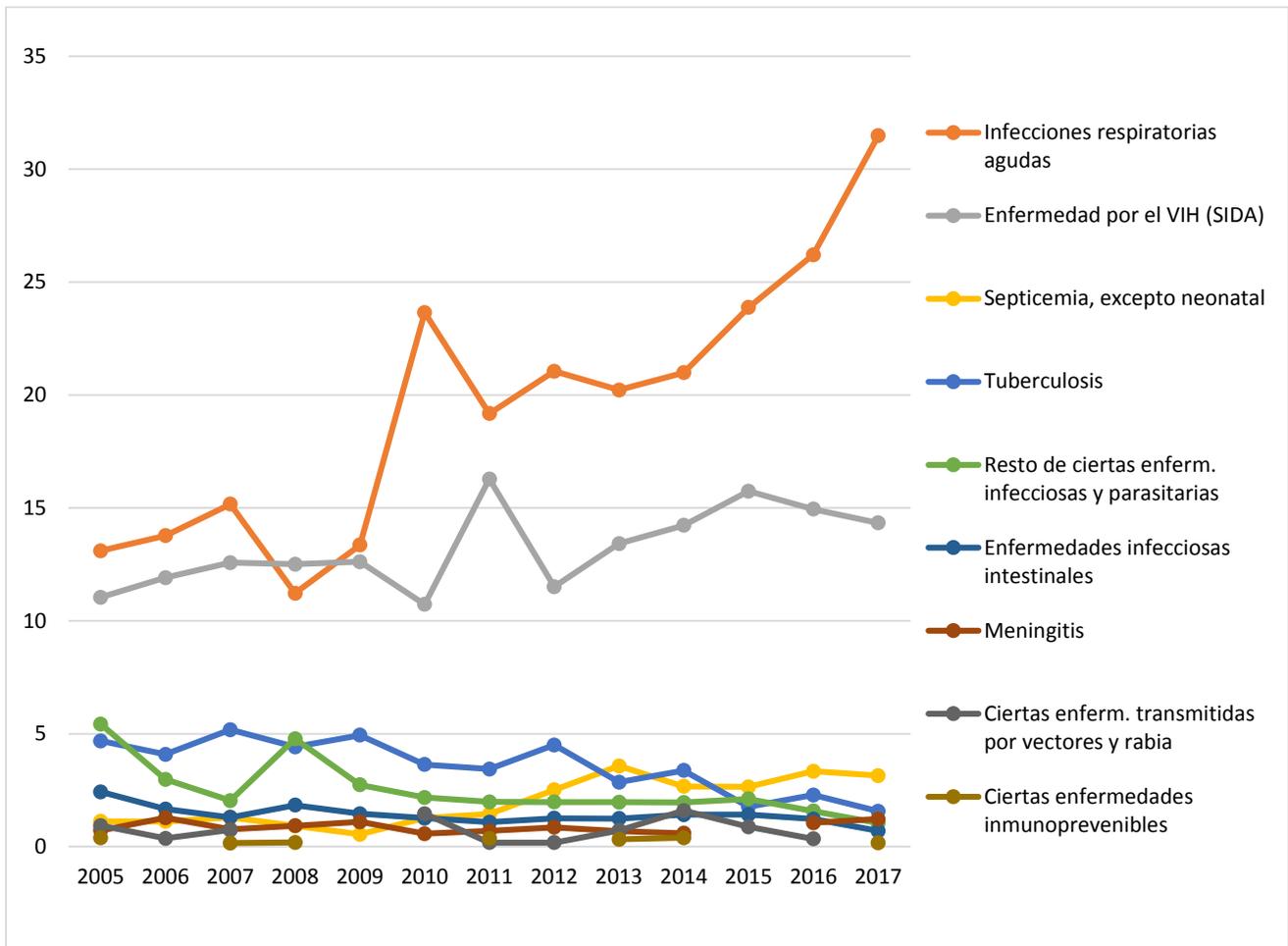


Gráfico 28: Tendencia de la tasa bruta de mortalidad por enfermedades infecciosas, departamento Quindío 2005 a 2017.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tabla 61: Total, defunciones (eventos) y tasas brutas de mortalidad según 67 Enfermedades Transmisibles, departamento Quindío, 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	



Infecciones respiratorias agudas	70	74	82	61	73	130	106	117	113	118	135	149	180
Enfermedad por el VIH (SIDA)	59	64	68	68	69	59	90	64	75	80	89	85	82
Septicemia, excepto neonatal	6	6	7	5	3	7	8	14	20	15	15	19	18
Tuberculosis	25	22	28	24	27	20	19	25	16	19	10	10	9
Resto de ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	29	16	11	26	15	12	11	11	11	11	12	10	6
Enfermedades infecciosas intestinales	13	9	7	10	8	7	6	7	7	8	8	7	4
Meningitis	4	7	4	5	6	3	4	5	4	3		6	7
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	5	2	4			8	1	1	4	9	5	3	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	2		1	1			2		2	2		1	1
TASAS													
GRUPO DE CAUSAS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Infecciones respiratorias agudas	13,1	13,77	15,17	11,22	13,36	23,65	19,18	21,05	20,22	20,99	23,88	26,21	31,48
Enfermedad por el VIH (SIDA)	11,04	11,91	12,58	12,51	12,62	10,73	16,28	11,51	13,42	14,23	15,74	14,95	14,34
Septicemia, excepto neonatal	1,12	1,12	1,3	0,92	0,55	1,27	1,45	2,52	3,58	2,67	2,65	3,34	3,15
Tuberculosis	4,68	4,09	5,18	4,42	4,94	3,64	3,44	4,5	2,86	3,38	1,77	2,29	1,57
Resto de ciertas enferm. infecciosas y parasitarias	5,43	2,98	2,04	4,78	2,74	2,18	1,99	1,98	1,97	1,96	2,12	1,58	1,05

Enfermedades infecciosas intestinales	2,43	1,67	1,3	1,84	1,46	1,27	1,09	1,26	1,25	1,42	1,42	1,23	0,70
Meningitis	0,72	1,28	0,77	0,93	1,1	0,58	0,7	0,86	0,69	0,6		1,06	1,22
Ciertas enferm. transmitidas por vectores y rabia	0,94	0,37	0,74			1,46	0,18	0,18	0,72	1,6	0,88	0,35	
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,4		0,16	0,19			0,36		0,33	0,4			0,17

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

La tabla No. 60 Y gráfico No. 29 Muestran la mortalidad por enfermedades del periodo perinatal, para la vigencia 2017, con un descenso importante, cambiando el comportamiento histórico mostrado por el evento, ocupando el primer lugar de ocurrencia Los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, que concentran el mayor número de muertes, mostrando una tendencia al descenso a partir del año 2012, con altibajos, incrementándose la mortalidad para el 2017, con el 46,6% de acuerdo al comportamiento del año anterior; en segundo lugar se encuentran el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con un comportamiento importante para la vigencia 2016 y un leve descenso para el año 2017.

El tercer lugar lo ocupa, el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, con una tendencia al incremento a partir del año 2015, continuándose hasta el 2017, momento en el que se muestra un leve descenso. Continúa en el comportamiento, feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, siendo importante la verificación de la prestación del servicio de salud, dado que este comportamiento, supera la vigencia 2015 en un 50% y el 2016 en el mismo porcentaje.

En los últimos lugares se encuentra la Sepsis bacteriana del recién nacido con una disminución en el comportamiento para el 2016 del 85% siendo el menor comportamiento mostrado en los 13 años analizados, con un nuevo incremento para el 2017 y feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, con un reporte de 2 casos para el 2017, mostrando un comportamiento estable dado que las vigencias 2014 y 2015, no reportaron casos de muerte relacionados.

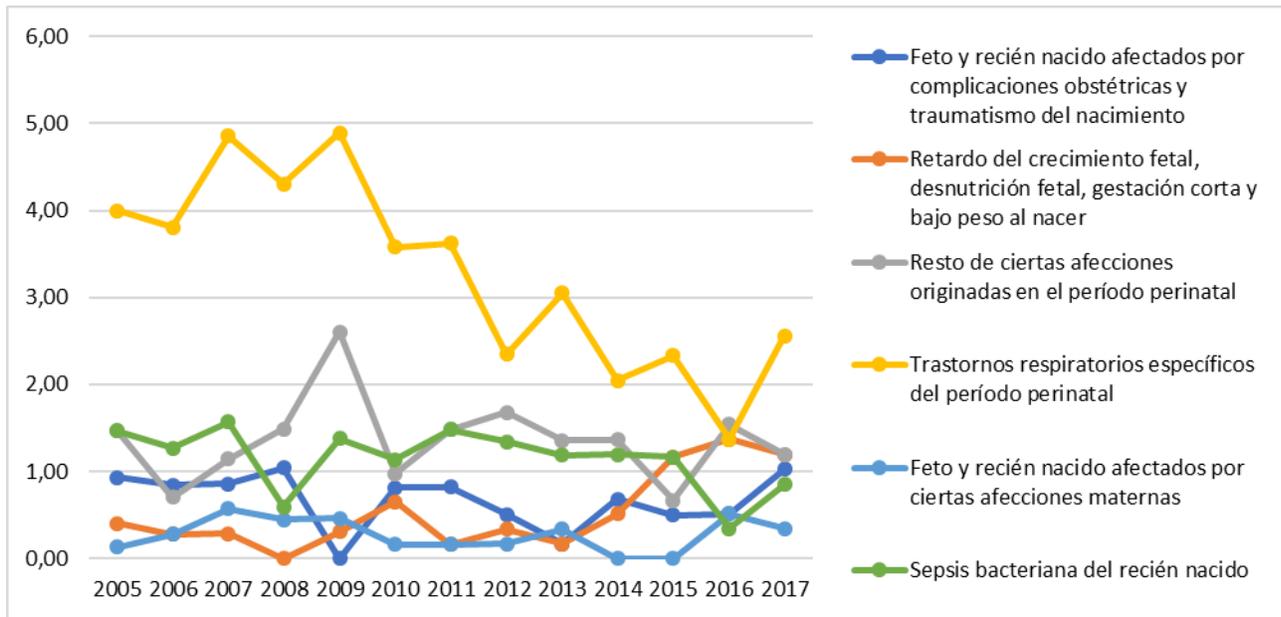


Gráfico 29: Tendencia de la tasa de mortalidad por mil nacidos vivos, enfermedades del periodo perinatal, Quindío 2005 a 2016.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

Tabla 62: Total, defunciones (eventos) según 67 causas perinatales, departamento Quindío 2005 a 2017.

GRUPO DE CAUSAS	CASOS												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	7	6	6	7		5	5	3	1	4	3	3	6
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	3	2	2		2	4	1	2	1	3	7	8	7

Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	11	5	8	10	17	6	9	10	8	8	4	9	7
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	30	27	34	29	32	22	22	14	18	12	14	8	15
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1	2	4	3	3	1	1	1	2			3	2
Sepsis bacteriana del recién nacido	11	9	11	4	9	7	9	8	7	7	7	2	5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO

10.3 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, 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 tiene 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, sin embargo se mantiene el comportamiento del grupo de causas, como se detalla en la Gráfico 19.

A continuación, y en orden de prioridad se presentan las primeras causas de mortalidad ajustadas con población estándar, para la población que reside en el territorio Quindiano.

Primera causa: Las enfermedades del Sistema Circulatorio, presentaron una tendencia al descenso entre los años 2005 al 2011, pasando de una tasa ajustada de 203,41 a una tasa de 171,11 muertes por cada 100.000 habitantes, con un posterior aumento importante para la vigencia 2012, continuando un comportamiento estable entre los años 2013 al 2015, con un leve aumento para el año 2016, presentando en esta vigencia una tasa ajustada de 176,05 por cada 100.000 hab, llegando para el 2017 a una tasa



de 170,88 por 100.000 habitantes, que supera la tasa a una tasa de ajustada para las enfermedades del Sistema circulatorio del País que reporta 150.84 por cada 100.000 hab; correspondiendo de igual forma a la primer causa de mortalidad a nivel Nacional.⁹

Segunda causa: Las demás enfermedades, que corresponde a la agrupación de diagnósticos residuales conformados por 14 subgrupos, entre los que se encuentran la diabetes, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del hígado entre otras, muestra un comportamiento decreciente con una tasa ajustada de 175,82 por cada 100.000 habitantes para el año 2005, pasando a una tasa de 133,61 por 100.000 habitantes en el 2011, correspondiendo al menor comportamiento del periodo de tiempo analizado, iniciándose un aumento importante para el año 2013, que se continua con leves altibajos hasta la vigencia 2017 con una tasa ajustada de 147,43 por cada 100.000 habitantes, superando significativamente la tasa Nacional que para la misma vigencia se mostró en 135,43 por cada 100.000 habitantes, representando la segunda causa para Colombia.

Tercera causa: las Neoplasias, presentan un comportamiento elevado que lleva al subgrupo al tercer lugar de causalidad tanto por tasas brutas como en este caso por tasas ajustadas, con un inicio comportamental inestable entre el año 2005 al 2007, pasando de una tasa ajusta de 121,24 a 124,80 por cada 100.000 habitantes con un descenso entre los años 2008 al 2011 siendo el año 2009 el de menor comportamiento con una tasa de 115,96 por 100.000 habitantes; presentándose para 2012 un aumento que permanece en el tiempo con una tendencia estable hasta el 2017 con una tasa de 115,65 por 100.000 habitantes., superando la tasa Nacional que está en 102,44, para la vigencia en estudio.

Cuarta causa: Causas externas, presentan una curva más estable y una ligera tendencia al descenso, siendo el año 2007 el de mayor comportamiento con una tasa ajustada de 95 x cada 100.000

⁹ Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2017- Ministerio de Salud y Protección Social.

habitantes y la vigencia 2013 la del menor comportamiento con una tasa de 75,09 por 100.000, iniciándose un aumento importante en el año 2015 que se continuo al 2016 con una tasa de 86,37 por cada 100.000 habitante, mostrando un leve descenso para el año 2017, con una tasa de 76,25 por 100.000 hab.

Quinta causa: las Enfermedades Transmisibles muestran una disminución importante entre el año 2005 al 2009, presentando un comportamiento elevado en la vigencia 2010 con una tasa ajustada de 44,22 por cada 100.000, iniciándose una tendencia constante con tendencia al incremento llegando para el año 2016 a mostrar el mayor comportamiento del periodo analizado con una tasa de 46,23 por cada 100.000 habitantes, con un incremento para el año 2017, que alcanza una tasa de 47,20 por 100.000 hab. Superando significativamente la tasa Nacional, ocupando el tercer lugar a nivel Nacional.

Las afecciones del periodo perinatal, se muestran en el sexto lugar un comportamiento paulatinamente descendente pasando de una tasa de 11,95 a una tasa de 6,36 por cada 100.000 habitantes entre las vigencias 2005 al 2017.

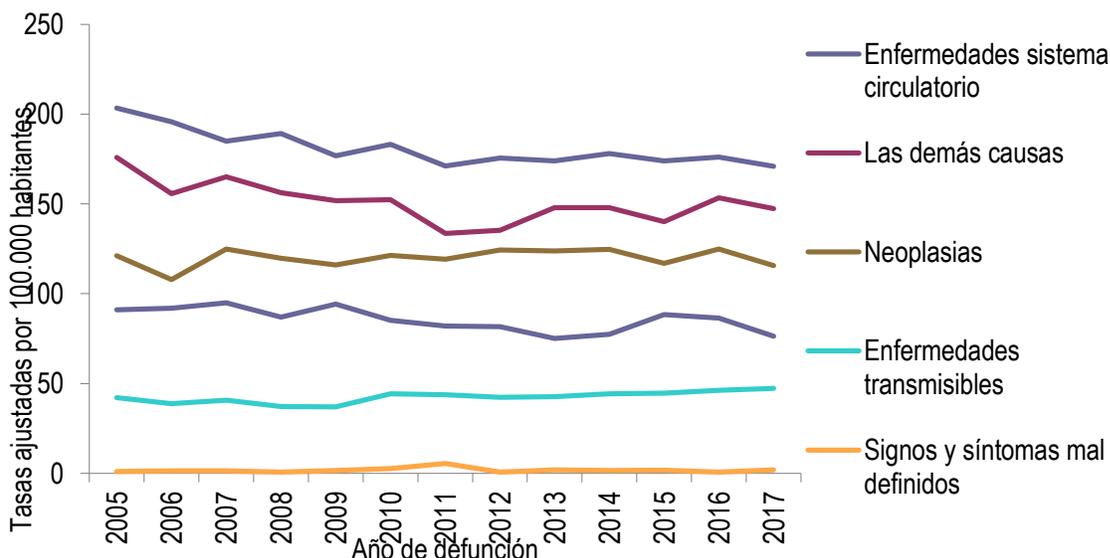


Gráfico 30: Tasa de mortalidad ajustada (estándar) por edad, departamento Quindío, 2005 – 2017

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social; Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO



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 (Gráfico 20), 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.

En relación a las enfermedades del Sistema circulatorio, el comportamiento mostrado por los hombres evidencia un descenso importante dado que se inicia con una tasa de 239,67 por cada 100.000 habitantes hombres en el año 2005, año de mayor comportamiento a una tasa de 214,09 por 100.000 hab hombres, mostrando un descenso del 26% en relación a la vigencia 2017; correspondiendo a la primera causa de muerte para el sexo masculino. Para el sexo femenino, el comportamiento es inferior iniciando para el año 2005 con la mayor tasa del periodo analizado de 172,15 por cada 100.000 habitantes mujeres, mostrando un descenso continuo llegando para el año 2017 a una tasa de 135,93 por cada 100.000 mujeres, evidenciándose una disminución del 2 puntos de tasa, en relación a la vigencia anterior, ubicándose las enfermedades del sistema circulatorio para la vigencia 2017 como la segunda causa de mortalidad en las mujeres según tasas ajustadas de la clasificación 6/66 de mortalidad.

Las demás causas grupo clasificado como segunda causa de muerte, muestra para los hombres un comportamiento descendente, que inicia para el año 2005 con una tasa de 198,2 por 100.000 hombres, mostrando para el año 2011 una tasa de 154,25 por 100.000 hombres, siendo la vigencia de menor comportamiento con un aumento hacia el año 2013, que se mantiene con leves altibajos hasta el 2015, incrementándose de nuevo el comportamiento para el año 2016, con un leve descenso para el año 2017, con una tasa de 214,09 por cada 100.000 hombres, El comportamiento de las demás causas para el sexo femenino, muestra una tendencia inestable con altibajos interanuales importantes, que a pesar de evidenciarse una leve disminución en el comportamiento general pasando de una tasa de 155,96 en el año



2005 a una tasa de 128,11 por cada 100.000 mujeres para el año 2017, situación que ubica el grupo de las Demás causas como la primera causa de muerte en el sexo femenino para la vigencia 2016, ubicándose en el segundo lugar, para el año 2017.

La tercer causa de muerte para el sexo masculino, lo ocupan las causas externas, mostrando un comportamiento al descenso entre el año 2005 al 2013, con tasas de 162,51 a 133.4 por cada 100.000 hombres, siendo el 2013 el año en el que se mide el menor comportamiento del periodo analizado, presentándose un aumento importante para el año 2015 con una tasa de 157,86 por 100.000 hombres, momento en que las causas externas ocupan el segundo lugar en causalidad para el sexo masculino, presentando una reducción del 8,1% para el año 2016 con una tasa de 149,81 por cada 100.000 hombres, continuando la disminución para el año 2017, con una tasa de 133,64 por 100.000 habitantes, ocupando el tercer lugar en causalidad para la última vigencia. Para el sexo femenino, las causas externas ocupan el cuarto lugar de causalidad, con un comportamiento relativamente estable entre el año 2005 al 2008, con tasas que oscilaron entre 24,29 a 23,62 por cada 100.000 mujeres, mostrando para el año 2009 una tasa de 29,75 por 100.000 mujeres siendo el año de mayor comportamiento del periodo analizado con un posterior descenso para el año 2010 con una tasa de 17,73, siendo la menor comportamiento, iniciándose un comportamiento preocupante dado que se inicia una tendencia de ascenso paulatino mostrando para la vigencia 2016 una tasa ajustada de 25,89 por cada 100.000 mujeres, con un leve descenso para el año 2017, con una tasa de 21,13 por 100.000 habitantes, situación de intervención prioritaria dado el impacto social generado.

La Neoplasias corresponden en el caso de los hombres a la cuarta causa de muerte con un aumento lento pero sostenido entre el año 2005 al 2016, pasando de una tasa de 120,21 a una tasa de 131,10 por 100.000 hombres, ocupando el cuarto lugar dentro de los grandes grupos de causalidad; Para las mujeres el grupo de las Neoplasias se convierte en la tercera causa de mortalidad mostrando una tendencia inestable con continuos altibajos interanuales, revelando para el año 2017 una tasa de 104,58 por cada 100.000 mujeres, correspondiendo al tercer lugar de causalidad.



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



La quinta causa para los hombres es causada por las enfermedades transmisibles, que muestran su mayor comportamiento para el año 2005, con una tasa de 60,95 por cada 100.000 hombres, presentándose una estabilidad alarmante entre la vigencia 2010 al 2016 mostrando leves variaciones inter anuales, finalizando para la vigencia 2017, con una tasa de 62,97 por cada 100.000 hombres. Las mujeres muestran un comportamiento más preocupante aún dado que la tendencia que muestran las enfermedades transmisibles en el grupo femenino es claramente al aumento, siendo la vigencia 2009 la de mayor comportamiento presentando el mayor pico comportamental con una tasa de 29,75 por 100.000 mujeres, retomando el comportamiento usual a partir del año 2011 (tasa de 24,10 por 100.000 mujeres), iniciándose incrementos interanuales leves pero constantes hasta el año 2017 que muestra un una tasa de 33,76 por cada 100.000 mujeres.

165

Las Afecciones del periodo perinatal para la población masculina, muestra un claro comportamiento en descenso pasando de una tasa de 12,62 en el año 2005 a una tasa de 5,27 por cada 100.000 nacidos vivos de sexo masculino. En las mujeres el comportamiento se muestra similar dado que, en el año 2005, se presentó una tasa de 11,25 por cada 100.000 nacidos vivos de sexo femenino, hasta la vigencia 2015 con una tasa de 4,71 sin embargo se muestra un incremento para el año 2017 presentándose una tasa de 7,51 por cada 100.000 nacidos vivos de sexo femenino, mostrando una situación que requiere especial intervención, puntualizando los factores causales.

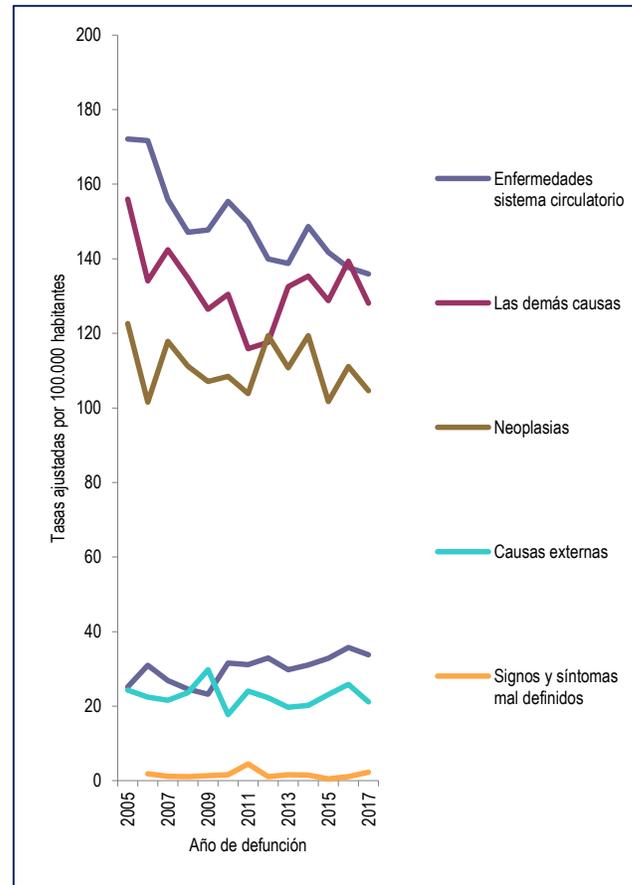
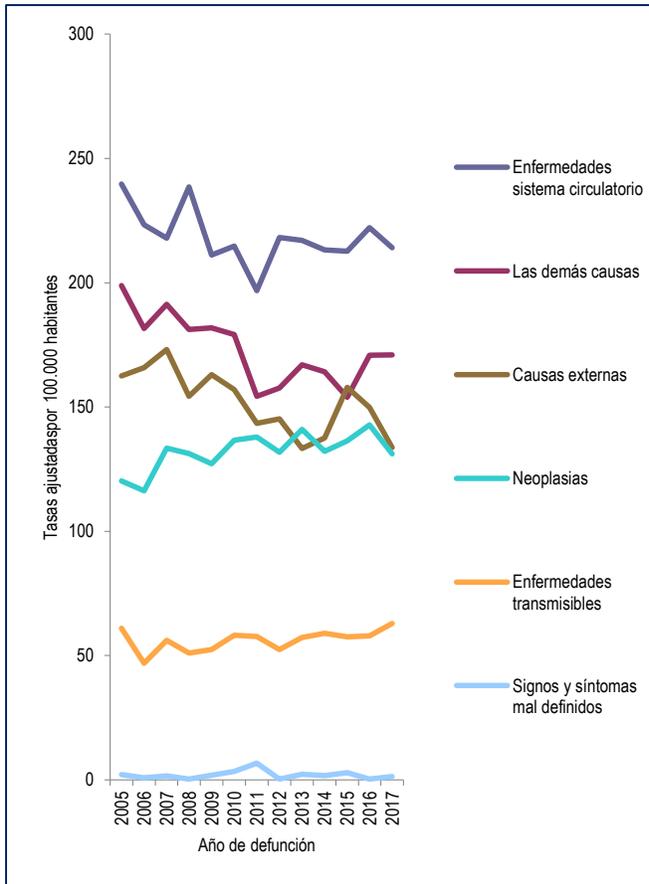


Gráfico 31: Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres del departamento Quindío, 2005 – 2017.

Gráfico 32: Tasa de mortalidad ajustada por edad Para las mujeres del departamento Quindío, 2005 – 2017.

10.4 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 siguiendo el orden dado por los grandes grupos de mortalidad para la población del Quindío, los siguientes resultados:

En este contexto, se analiza el grupo que ocupa el primer lugar en relación a la causalidad de muerte para la población del Departamento del Quindío, utilizando poblaciones estándar, para el ajuste de tasas, evidenciando que las enfermedades isquémicas del corazón superan significativamente las demás causas presentando para la vigencia 2017 una tasa ajustada de 105,04 por cada 100.000 habitantes, superando la tasa Nacional por enfermedades isquémicas del corazón que para el 2016 se midió en 80.07 por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con un leve aumento para el año 2017 con una tasa de 32,66 por cada 100.000 habitantes, mostrándose 10 puntos de tasa por encima de la medición Nacional; en tercer lugar se encuentran las enfermedades hipertensivas, con una tasa de 12,45 por 100.000 habitantes, superando a la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, evento que para el 2017, muestra un descenso importante con una tasa de 11,53 por cada 100.000 habitantes.

La Grafico 33, muestra el comportamiento de acuerdo a la medición de tasas ajustadas al interior de las enfermedades del Sistema circulatorio, evidenciando que las Enfermedades Isquémicas del corazón corresponden a la primera causa de muerte, en la población masculina del Departamento del Quindío, con una tendencia inestable que muestra comportamientos de importancia correspondiendo a picos comportamentales de interés como el presentado en el año 2008 con una tasa de 153.13 por cada 100.000 hombres, siendo la mayor cifra del periodo analizado y el año 2010, con uno de los comportamiento más bajos del periodo con una tasa de 123,53 por cada 100.000 hombres, presentándose un leve descenso para el 2017 con una tasa de 141,42, , siendo necesario adelantar estudios específicos para verificar, antecedentes y factores de riesgo en el grupo poblacional afectado, en segundo lugar de causalidad para los hombres se encuentran las enfermedades cerebrovasculares con una tendencia permanentemente estable, con leves altibajos, presentando una tasa ajustada de 30,82 por 100.000 hombres para el año 2017, correspondiendo al menor comportamiento del periodo analizado; en tercer lugar se ubican las enfermedades hipertensivas, las cuales muestran un incremento importante para la vigencia 2017 con una

tasa de 15,73 por 100.000 hombres con una disminución promedio del 6% comparado con el año 2016. la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, las cuales históricamente ocuparon el cuarto lugar, con una tasa ajustada de 13,78 por cada 100.000 hombres, mostrando un descenso en relación a la vigencia anterior de 3 puntos e tasa; siguiendo en su orden en el se encuentran , las demás enfermedades del sistema circulatorio, la insuficiencia cardíaca, la fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, el paro cardíaco y la Aterosclerosis.

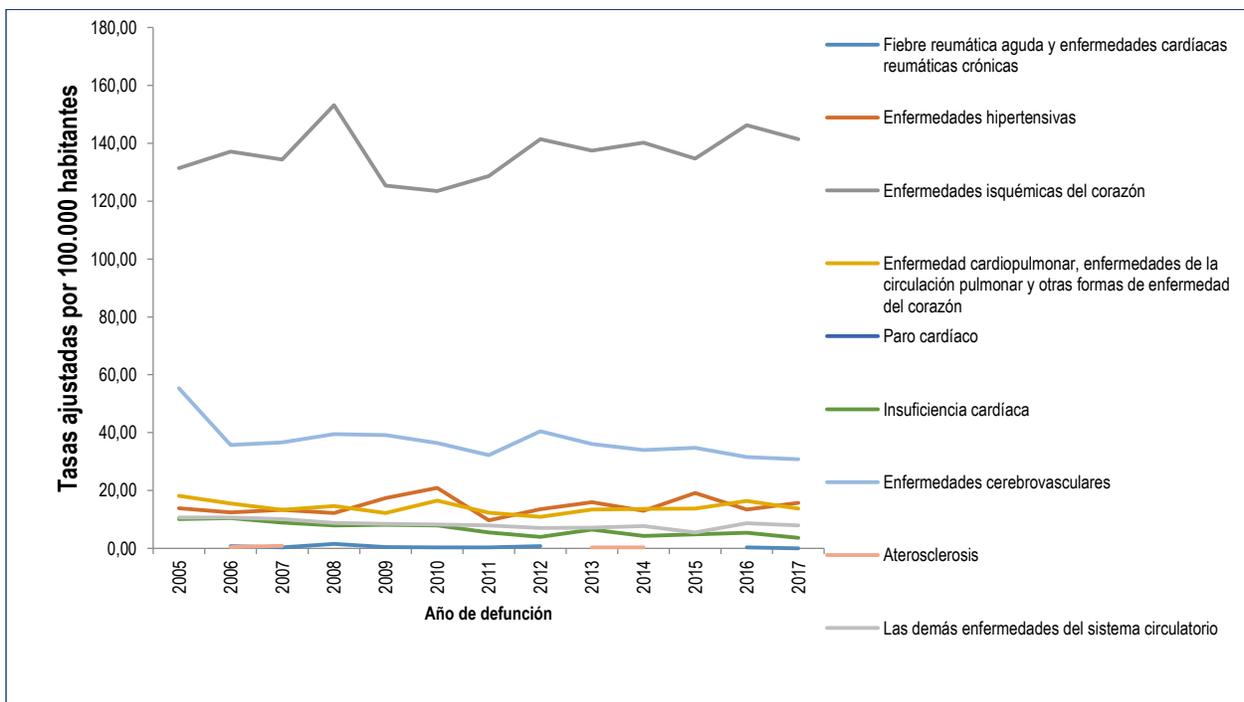


Gráfico 33: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres, Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El Gráfico 34 detalla para el sexo femenino, que al igual que para los hombres la primera causa son las enfermedades isquémicas del corazón, con una tendencia inestable, dado que se muestran continuos altibajos, presentándose para el año 2017 una tasa ajustada de 75,57 por cada 100.000 mujeres con un incremento en relación a la vigencia anterior de 2 puntos de tasa; en segundo lugar con una diferencia importante en relación a cifras se encuentran las enfermedades cerebrovasculares las cuales muestran una tendencia al descenso a pesar de picos comportamentales mostrados en las vigencias 2009 y 2014, mostrando una variación entre el año 2005 (tasa de 40.46 por 100.000 mujeres) y el 2017 (Tasa de 33,85 por 100.000 mujeres) del 10.11%; el tercer lugar lo ocupan las enfermedades hipertensivas siendo el año 2014 el de mayor comportamiento con una tasa de 18.55 por 100.000 mujeres, con una disminución importante para el 2017 con una tasa de 9,96 por 100.000 mujeres. Para la vigencia 2017 la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, mostraron un descenso importante acercándose al comportamiento de las enfermedades hipertensivas llegando a una tasa de 9,67 por 100.000 mujeres; finalmente en su orden de causalidad para el sexo femenino se presentan las demás enfermedades del Sistema circulatorio, las insuficiencias cardíacas y la Aterosclerosis.

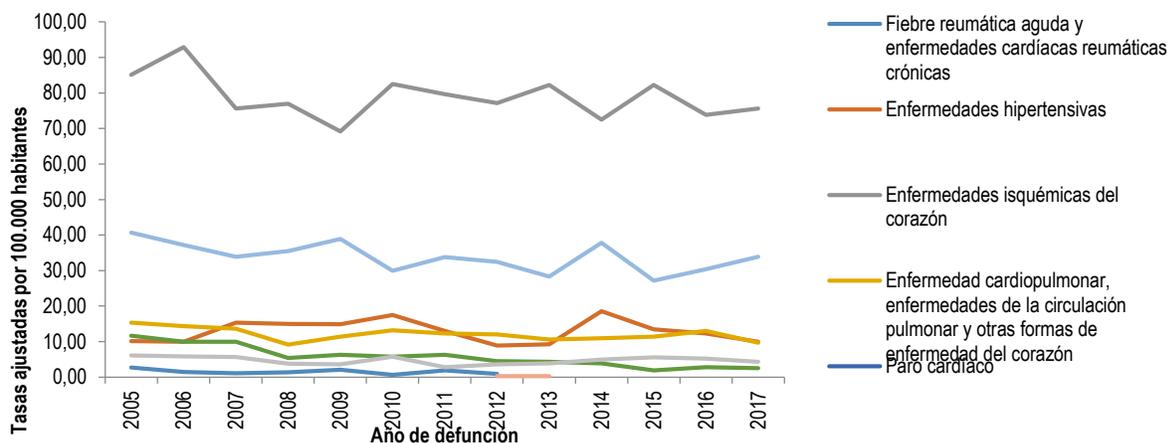


Gráfico 34: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El grupo de las demás causas, que corresponde al segundo lugar de mortalidad para la población general, tiene como primer subcausa, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cuales



muestran un claro descenso en la tendencia siendo el año 2011 el de menor comportamiento con una tasa de 41.19 por cada 100.000 habitantes, presentando un aumento a partir del año 2012, que finaliza para el año 2017 con una tasa de 47,61 por 100.000 habitantes, doblando la tasa Nacional que para la vigencia 2016 quedo en 30,08 por cada 100.000 habitantes. El segundo lugar lo muestran las enfermedades del Sistema urinario , las cuales muestran un incremento paulatino, siendo la vigencia 2014, la de mayor comportamiento, con una tasa de 19,28 por 100.000 habitantes, presentándose leves descensos, no significativos llegando al año 2017, con una tasa de 18,66 por 100.000 habitantes, el tercer lugar lo ocupa la Diabetes Mellitus con un descenso para la vigencia 2017, con una tasa de 17,16 por cada 100.000 habitantes, superando la tasa Nacional que reporta para el año 2017, 15.83 por cada 100.000 habitantes; en tercer lugar se ubican el resto de enfermedades del sistema digestivo, con una tasa de 15,47 por 100.000 habitantes; con menores comportamientos en su orden, se encuentran: Resto de enfermedades del sistema respiratorio, del sistema nervioso excepto meningitis, cirrosis y enfermedades del hígado, malformaciones congénitas, deficiencias nutricionales y anemias, trastornos mentales, hiperplasia de próstata, embarazo, parto y puerperio.

La Gráfico No. 35, describe el comportamiento del gran grupo de las demás causas en relación a las diferentes subclases que lo conforman para la población masculina, siendo la primera causa de muerte las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, mostrando una tendencia al descenso con comportamientos inestables entre el año 2011 al 2013, continuándose nuevamente descensos importantes, con un leve incremento para el año 2017, con una tasa de 59,09 por cada 100.000 hombres; en segundo lugar se encuentran las Enfermedades del Sistema urinario, eventos que históricamente mostraban comportamientos inferiores, para esta vigencia se encuentra un incremento importante, alcanzando una tasa para el año 2017 de 21,10 por 100.000 habitante, correspondiendo al comportamiento más alto en los 13 años evaluados, siendo importante evaluar los factores que llevaron al incremento de las muertes por enfermedades del sistema urinario; el tercer lugar lo ocupa el Resto de enfermedades del sistema digestivo, evento que en vigencias anteriores venía mostrando comportamientos bajos muestra un incremento importante pasando de una tasa de 17.58 para el 2015 a una tasa de 21.6 para el año 2016 por cada 100.000 hombres, con un descenso para el año 2017, para una tasa de 17,90 por 100.000 hombres, en cuarto lugar se ubican la diabetes mellitus con una tendencia que al final del periodo muestra estabilidad con una tasa

para la vigencia 2017 de 17.42 por 100.000 hombres, siguiendo en su orden el resto de enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema nervioso, Cirrosis y ciertas enfermedades crónicas del Hígado, Malformaciones congénitas, apendicitis, Deficiencias nutricionales y trastornos mentales y del comportamiento.

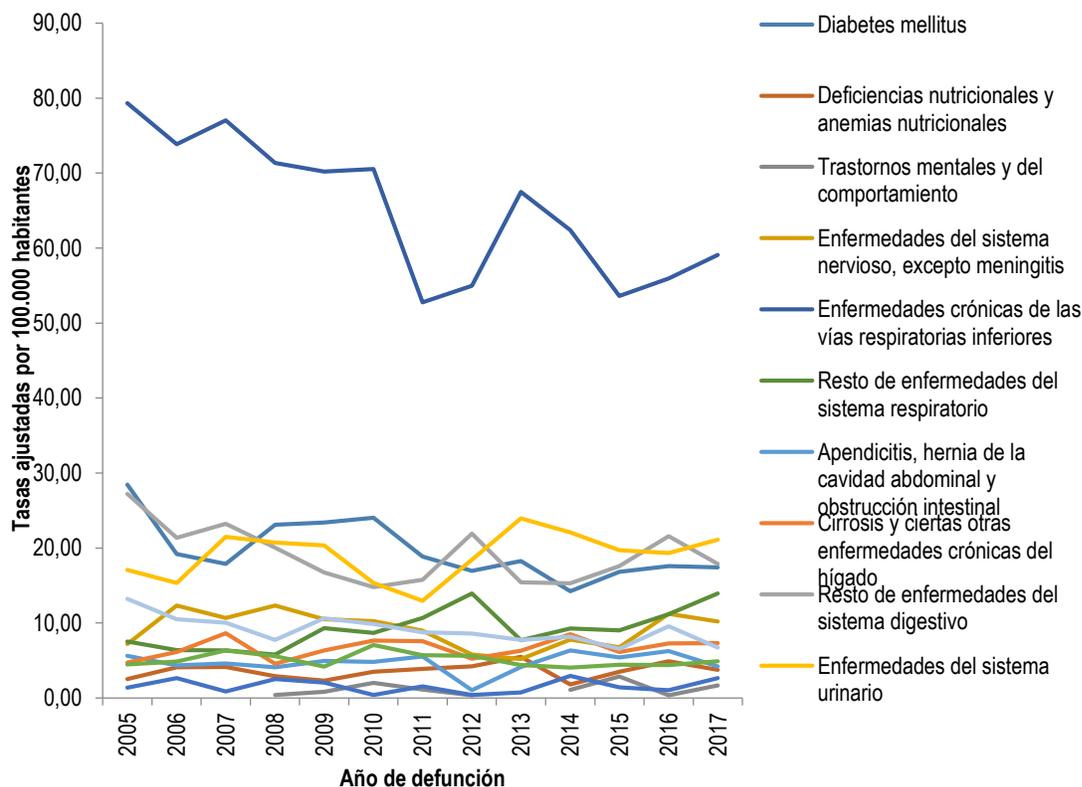


Gráfico 35: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en hombres, Quindío 2005 – 2017.

En el Gráfico No. 36 se muestra el comportamiento de las Demás enfermedades para el sexo femenino, ocupando el primer lugar las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, con un leve incremento para el año 2017 con una tasa de 38,39 por 100.000 mujeres, en segundo lugar, mostrando un descenso importante, está la diabetes mellitus con una tasa para el último año de 18,05 por 100.000 mujeres, en tercer lugar se presentan las enfermedades del sistema urinario, con una tasas de 16,62 por 100.000 mujeres, mostrando un incremento de 3 puntos de tasa, en relación a la vigencia anterior, en su orden se muestran además los siguientes eventos: Resto de enfermedades de sistema respiratorio, cirrosis y

enfermedades crónicas del hígado, malformaciones congénitas, trastornos mentales, deficiencias nutricionales, embarazo, parto y puerperio.

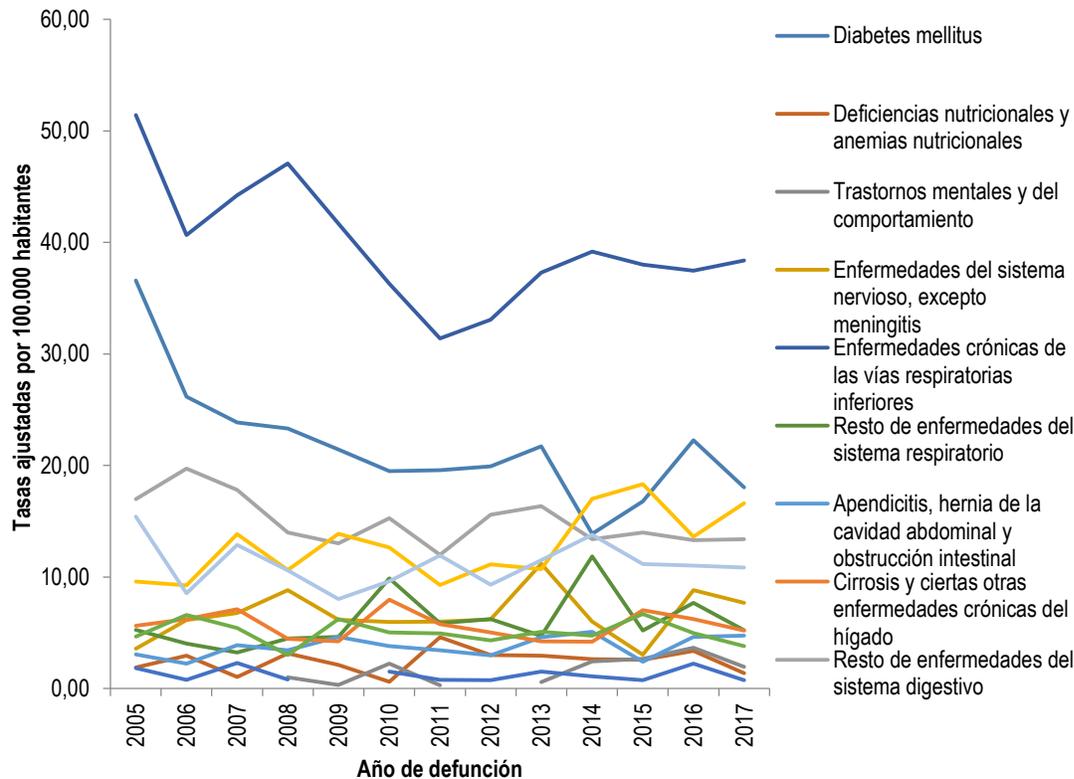


Gráfico 36: Tasa de mortalidad ajustada por edad, demás enfermedades en mujeres, Quindío 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

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 y continuas barreras por parte de las EAPB en el territorio; mostrando como primera causa de muerte en la población general, según tasas ajustadas el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, que muestra un incremento importante con una tasa de 18,55 por 100.000 habitantes, comportamiento mas



alto en los 13 años evaluados, en segundo lugar se encuentra el tumor maligno de la tráquea, bronquios y el pulmón, con una tasa para el año 2017 de 15,15 x100.000 hab, superando el año anterior en 11,4 puntos de tasa; el tercer lugar, lo ocupa el cáncer de la mama de la mujer, que muestra un incremento significativo alcanzando una tasa del 14,52 por 100.000, seguido en su orden por el cáncer de próstata, con un descenso importante para el año 2017 con el 14,01 por 100.000 habitantes, el cáncer de estómago, que históricamente a ocupado el primer lugar de ocurrencia para el año 2017 se muestra en el quinto lugar, con un descenso importante y significativo, con una tasa de 13,99 por 100.000 habitantes; frente al incremento de canceres inmersos en programas de prevención y detección temprana, es necesario fortalecer los procesos de coordinación intersectorial y verificar el cumplimiento del diagnóstico, manejo y tratamiento desde todos los niveles.

El Gráfico No. 37. Muestra el comportamiento de las Neoplasias en forma específica para el sexo masculino, siendo el tumor maligno de estómago la primer causa con un comportamiento completamente inestable dado que inicia con una tasa ajustada de 27.37 por 100.000 hombres para el año 2005, presentando el mayor pico comportamental para el año 2010, con una tasa de 32.49 por cada 100.000 hombres y un descenso significativo para el año 2013 de 27 por cada 100.000 hombres, ocupando en esa vigencia el segundo lugar de causalidad, para el año 2017 se presenta un descenso en relación al año anterior del 4.47% con una tasa de 22,38 por 100.000 hombres; en el segundo lugar se encuentran los tumores malignos de la tráquea, los bronquios y el pulmón, con incrementos y descensos interanuales, con una tasa para el 2017 de 20,79 por 100.000 hombres, mostrando un aumento significativo; en tercer lugar se ubica el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo , excepto estómago y colon, mostrando un comportamiento con tendencia al aumento entre el 2005 al 2011 pasando de una tasa de 10.84 para el año 2005 a una tasa de 20.93 por 100.000 hombres para el 2011, a partir del 2012 se muestra un descenso importante, finalizando la vigencia 2017 con una tasa de 18.22 por cada 100.000 hombres; en cuarto lugar se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, situaciones que requieren intervenciones inmediatas con el fin de lograr un mejoramiento en la especificidad diagnóstica de las causas de muerte, dado que corresponden a causas que poco aportan al análisis de la situación de muerte en este grupo poblacional y en el quinto lugar el tumor maligno de próstata, que muestra para el 2016 una

tasa de 17,16 por 100.000 hombres, presentando para la vigencia 2017 un descenso quedando en una tasa de 14.01 por cada 100.000 hombres.

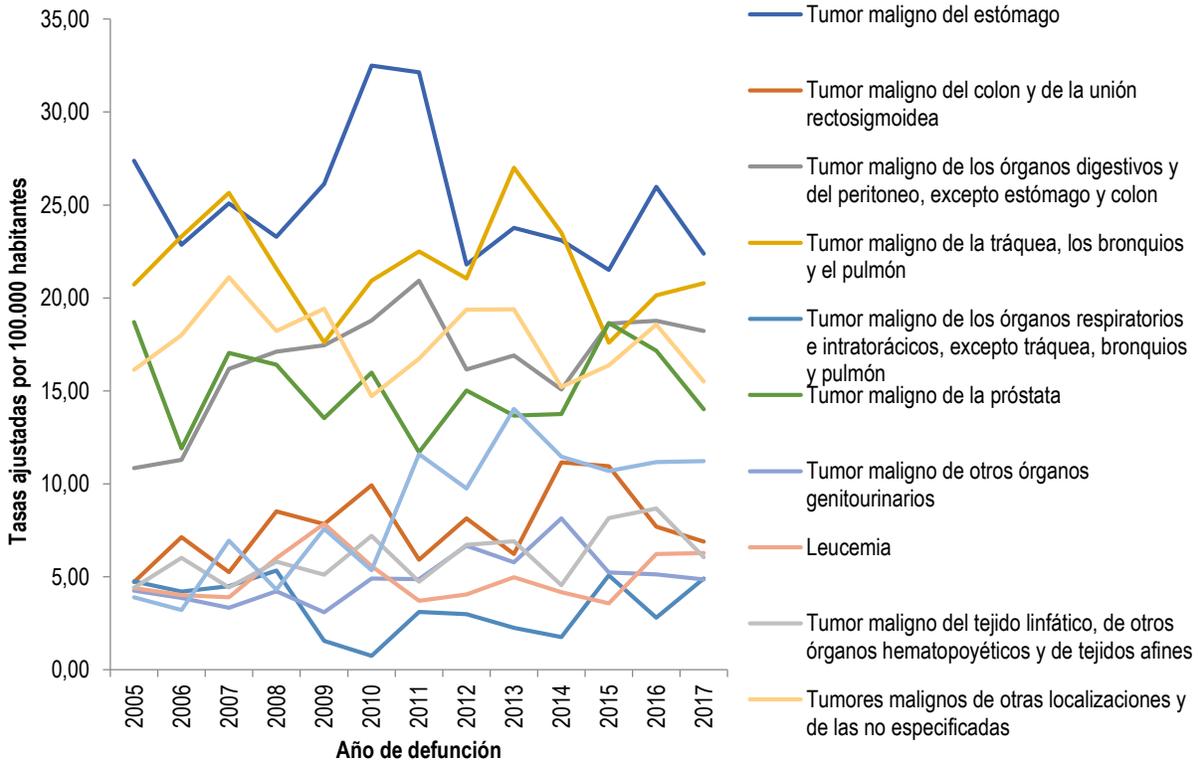


Gráfico 37: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres del Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El Gráfico 38. Muestra el comportamiento de las Neoplasias como causa de muerte en el sexo femenino, mostrando comportamientos para la vigencia 2017, que difieren con lo informado en años anteriores, dado que el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, presenta un comportamiento inusual, evidenciando un descenso importante, entre el año 2014 con una tasa de 23.48 por cada 100.000 mujeres a una tasa de 13.90 por 100.000 mujeres en el 2016, presentó un incremento inusitado con una tasa de 18,83 por cada 100.000 mujeres, ubicándose en el primer lugar de causalidad, seguido del tumor maligno de la mama de la mujer, con un alarmante incremento entre el año 2015 con una tasa de 10,60 por 100.000 mujeres a una tasa de 14,52 por

100.000 mujeres en el 2017. los tumores malignos de otras localizaciones y la no especificadas se ubican en el tercer lugar de ocurrencia, siendo necesario fortalecer los procesos de prestación de servicios, teniendo en cuenta que esta situación responde a captaciones tardías, falencias en los procesos diagnósticos, entre otros, alcanzando para la vigencia 2017, una tasa de 11,86 por 100.000 mujeres; el cuarto lugar de ocurrencia lo ocupa el tumor de la tráquea, los bronquios y el pulmón que presenta un leve aumento no significativo, mostrando para el 2017, una tasa de 10,61 por 100.000 habitantes, en su orden de secuencia con menores cifras se encuentran, los tumores in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido, tumor maligno del cuello uterino, tumor maligno del estómago, tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea, tumor maligno de los órganos genitourinarios, tumor maligno de los órganos hematopoyéticos, leucemia, entre otros.

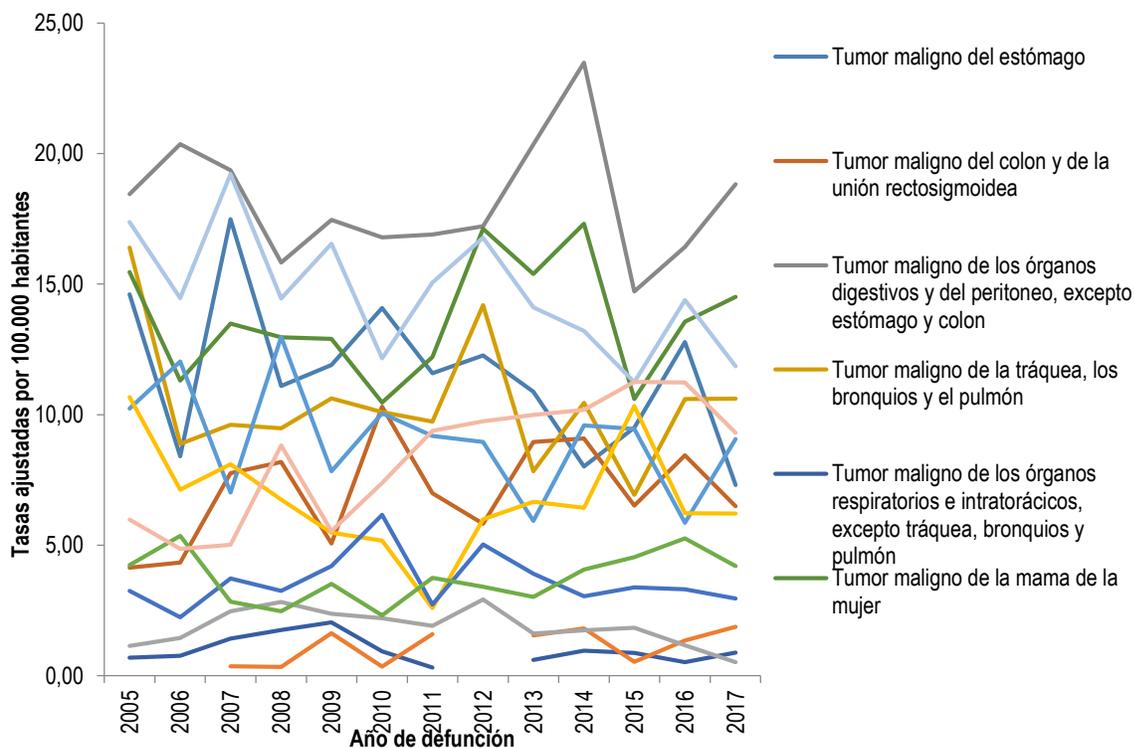


Gráfico 38: Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.



La mortalidad por causas externas de acuerdo al comportamiento mostrado para la vigencia 2017, ocupa el cuarto lugar en causalidad de muerte para la población del Departamento del Quindío, mostrando para la población general, según tasas ajustadas las Agresiones por homicidio, como primera causa de muerte con una tendencia al descenso entre el año 2007 y la vigencia 2014 pasando de una tasa de ajustada de muerte por homicidio de 56.65 a una tasa de 42,15 por 100.000 habitantes, siendo evidente la disminución constante en un periodo de 8 años, sin embargo en el 2015, se aumenta el número de muertes por homicidio, llegando a una tasa de 49.93 por cada 100.000 habitantes, con un descenso leve en el 2016 que lleva a una tasa de 46,43 por 100.000 habitantes, continuando este comportamiento hasta el año 2017, con una tasa de 36,04 por 100.000 habitantes; . La segunda causa en población general son los accidentes de transporte terrestre con un incremento importante a partir del año 2014 con una tasa de 17.33, presentando una estabilidad hasta el 2017 con una tasa de 17.58 por cada 100.000 habitantes; el tercer lugar de causalidad para este grupo lo ocupan las lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios), con una tendencia al aumento con una tasa para el 2017 de 8,61 por 100.000 habitantes, con un incremento leve en relación a la vigencia anterior; en su orden continúan, los demás accidentes, las caídas, los eventos de intención no determinada, entre los de mayor comportamiento.

El Gráfico 39 . Muestra el comportamiento de la muerte por causas externas en la población masculina, siendo por una diferencia evidente la primer causa de muerte las Agresiones (homicidios) que marcan el comportamiento Departamental, teniendo en cuenta que los hombres son los más afectados por estas circunstancias, a pesar del descenso presentado para el 2017, se muestra una tasa de 66,57 por cada 100.000 hombres, siendo 10 veces superior a la tasa del sexo femenino, evidenciando los altos índices de violencia que aquejan a la población del Departamento del Quindío, en segundo lugar se encuentran los Accidentes de transporte terrestre, con una tasa del 29,50 por 100.000 hombres, presentando una disminución de 1,5 puntos en relación a la tasa correspondiente a la vigencia 2016; en tercer lugar se encuentran las lesiones autoinfligidas (Suicidio), evento que para el sexo masculino muestra un importante incremento pasando de una tasa de 13,71 para el año 2016 a una tasa de 15,15 por cada 100.000 hombres en el año 2017, en su orden, eventos de intención no determinada, las Caídas, que muestran descenso, accidentes que obstruyen la respiración, envenenamiento accidental y ahogamiento y sumersión,

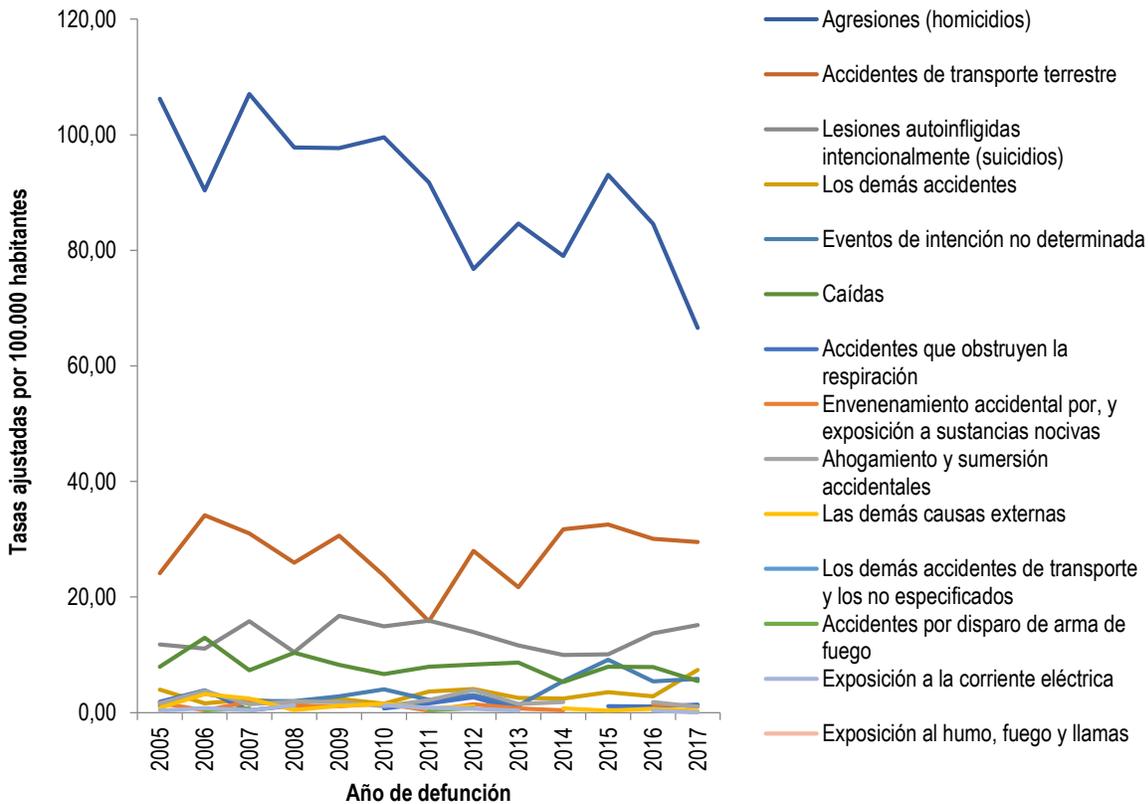


Gráfico 39: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Causas Externas en hombres, Quindío, 2005 – 2017

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO

El Gráfico 40. Grafica el comportamiento de la muerte por causa externa en el sexo femenino, mostrándose en primer lugar los Accidentes de transporte terrestre, que presentan un incremento importante para la vigencia 2017 con una tasa de 6,72 por 100.000 mujeres, siendo importante tener en cuenta que la mortalidad por accidente de tránsito en los hombres, es 15 veces mayor a la presentada por las mujeres, en segundo lugar, se encuentran los homicidios, con un comportamiento inestable marcados por años críticos como el año 2009, momento en el que se alcanza una tasa de 10.99 por 100.000 mujeres, el año 2012, con una tasa de 11.10 por 100.000 mujeres, siendo la vigencia 2014 la de menor comportamiento, con una tasa del 6.37 por cada 100.000 mujeres, con una reducción en el 2017, con respecto al 2016, que alcanza una tasa del 6,01 por cada 100.000 mujeres, siendo especialmente los problemas de pareja el principal detonante para la presencia de situaciones fatales; en tercer lugar, se encuentran las caídas que presentan

un descenso entre el año 2016 con una tasa de 3,91 al 2017 con una tasas de 2,52 por 100.000 mujeres; las lesiones autoinfligidas, muestran de igual forma un leve descenso entre al año 2016 y el 2017 finalizando con una tasa de 2,43 por 100.000 mujeres, en su orden continúan los demás accidentes, los eventos de intención no determinada, exposición al humo, fuego y llamas.

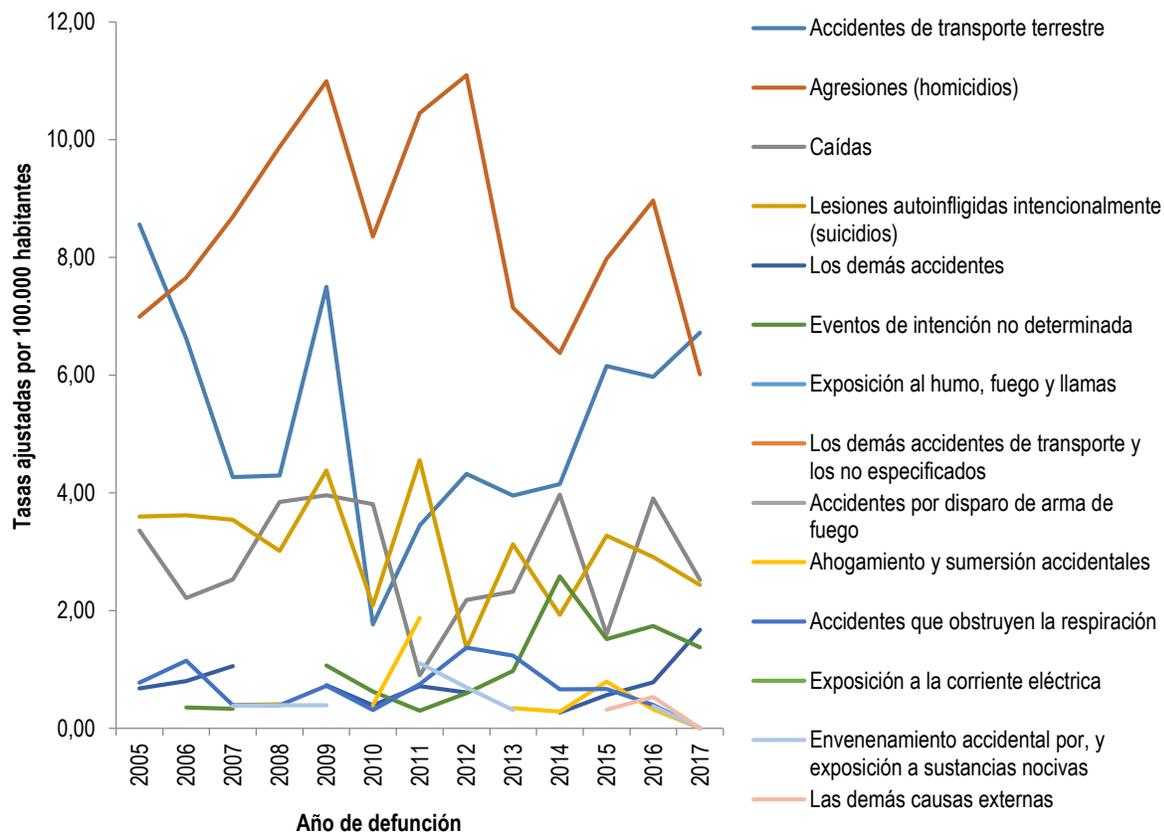


Gráfico 40: tasa de mortalidad ajustada por edad, causas externas en mujeres, Quindío, 2005 – 2017

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Históricamente las enfermedades infecciosas, fueron las causantes de un gran número de muertes a nivel mundial, sin embargo, el descubrimiento de medicamentos como los antibióticos, los biológicos como las vacunas y el conocimiento de las enfermedades, a permitido, el mejoramiento en relación a las acciones de control, por lo que la mortalidad por este tipo de enfermedades presentara un descenso significativo, sin



embargo la llegada de extranjeros, la comercialización abierta de productos, la apertura de fronteras, ha generado riesgos relacionados con el ingreso de nuevos virus y la facilidad de transmisión de los existentes, que generan aumento en las tasas de mortalidad por este tipo de enfermedades.

Para el Departamento del Quindío, la situación no es ajena, dado que la población del Departamento ha tenido que afrontar situaciones críticas como la presentada en el año 2010, momento en que se presenta un incremento abrupto en el comportamiento de la mortalidad por enfermedades transmisibles, marcando la tendencia para las vigencias posteriores, para el año 2017, las Infecciones Respiratorias Agudas corresponden a la principal causa de muerte en este subgrupo, mostrando un incremento de importancia iniciando en el 2015 con una tasa de 21,07 a una tasa de 26,65 por cada 100.000 habitantes para el año 2017; en segundo lugar se encuentra la Enfermedad por el VIH (SIDA), que muestra su mayor pico comportamental en la vigencia 2011, con una tasa de 16.51 por 100.000 hab. Presentando una posterior disminución llegando para la vigencia 2017 a una tasa de 13,75 por cada 100.000 hab. es importante relacionar la mortalidad por VIH/SIDA, con la muerte por Tuberculosis, eventos asociados en un alto porcentaje, que para la vigencia 2016 alcanzo el 30%, presentándose la muerte por TBC en el cuarto lugar con un leve descenso para la vigencia 2017 con una tasa de 1,35 por 100.000 hab; el tercer lugar lo ocupan las septicemias excepto las perinatales, situación que se cruza directamente con las infecciones Asociadas a la atención en Salud, presentando incrementos de importancia a partir de la vigencia 2015; las meningitis muestran de igual forma incremento para el año 2017, con una tasas de 1,12 por 100.000 hab, seguida en su orden del resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades parasitarias, inmunoprevenibles, y enfermedades transmitidas por vectores y rabia.

El Gráfico 41. Muestra el comportamiento de las enfermedades infecciosas en la población masculina, ubicando en primer lugar a las enfermedades respiratorias agudas, las cuales exponen un incremento importante pasando en el 2016 de una tasa de 24.42 a una tasa de 32,20 por cada 100.000 hombres para el año 2017, seguido muy de cerca por la Enfermedad del VIH/SIDA que presenta una tendencia creciente en la población masculina entre los años 2012 con una tasa de 18.52 al 2015 con una tasa de 24.09 por 100.000 hombres, con un leve descenso para el año 2017 finalizando con una tasa de 20,91 por cada 100.000 hombres; el tercer lugar lo ocupan las septicemias excepto neonatal, con un leve incremento

llegando a una tasas de 2,93 por 100.000 hombres, en su orden, las meningitis, muestran un incremento llegando a una tasas de 2,38 por 100.000 hombres, aumentando un punto de tasa con relacional año 2016, la enfermedades infecciosas intestinales, la Tuberculosis que muestra un descenso leve, sin embargo es importante tener en cuenta la asociación con el VIH/SIDA.

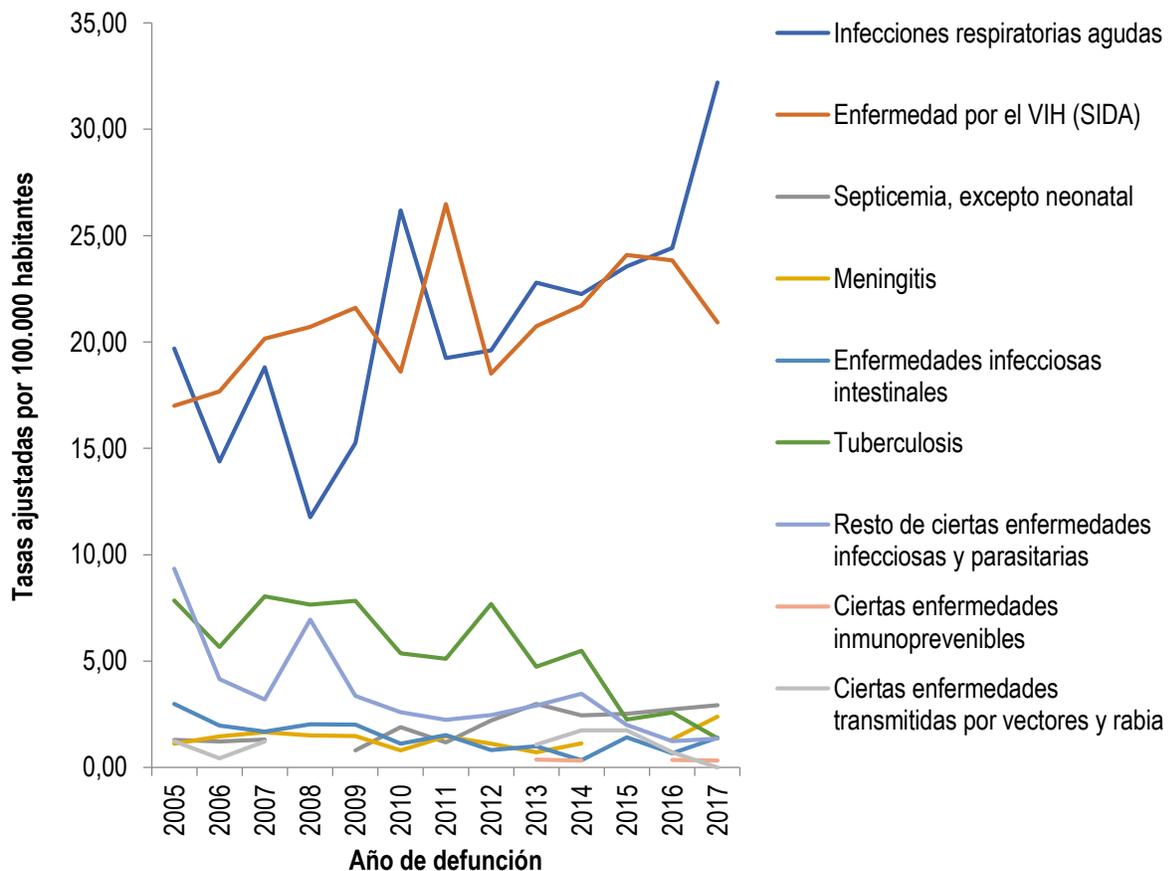


Gráfico 41: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades Transmisibles en hombres, Quindío 2005 – 2017

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El Gráfico 42. Muestra el comportamiento de las enfermedades transmisibles en la población de sexo femenino, siendo la primer causa de muerte las enfermedades respiratorias agudas las cuales muestran una tendencia abrupta al incremento a partir de la vigencia 2013 con una tasa de 14.83 por cada 100.000 mujeres

llegando para el año 2017 a una tasa de 22,75 por 100.000 mujeres, correspondiendo al comportamiento más alto de los 13 años analizados; en segundo lugar con una proporción mucho menor le sigue la Enfermedad por VIH/SIDA con un comportamiento inestable, presentando altibajos continuos, mostrando para la vigencia 2017 un incremento importante con una tasa de 7,23 por cada 100.000 mujeres, presentando una diferencia de 2 puntos por encima del comportamiento presentado en el año 2016; en un tercer lugar cursa la septicemia, excepto neonatal, con un leve descenso para la vigencia 20167 y en cuarto lugar, la Tuberculosis, que muestra un incremento para el año 2017, con una tasas de 1,35 por 100.000 mujeres, finalmente ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, que se presentan especialmente en la población de adultos mayores y/o población con falencias de inmunidad.

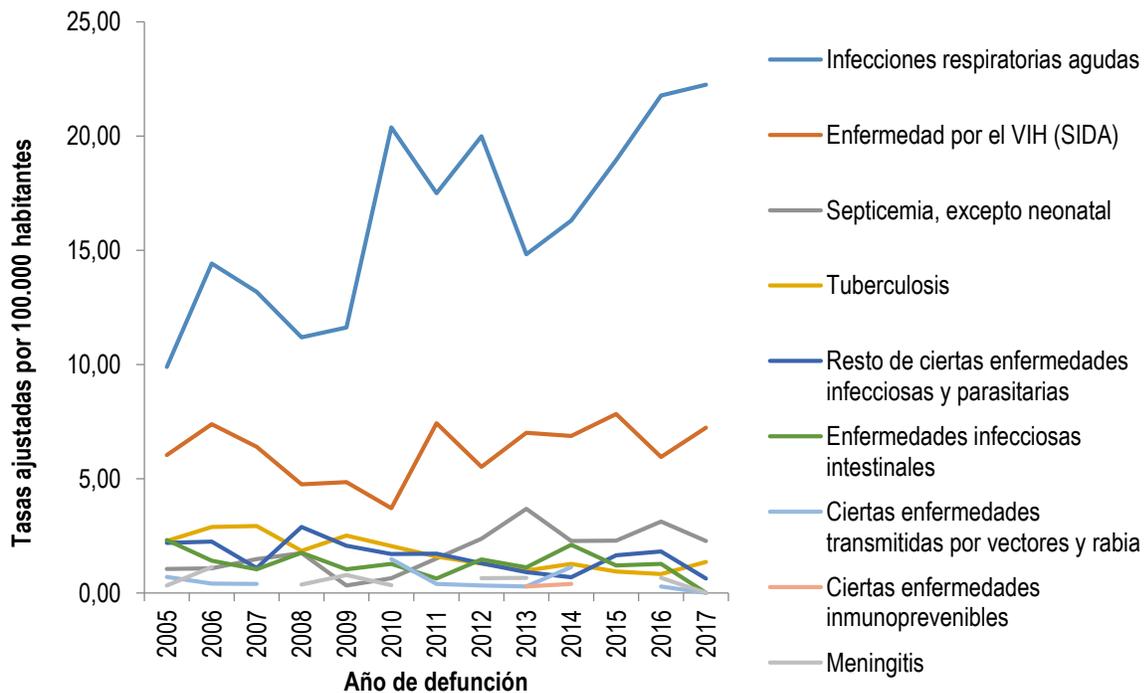


Gráfico 42: Tasa de mortalidad ajustada por edad, Enfermedades transmisibles en mujeres, Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

Las afecciones propias del periodo perinatal, muestran un comportamiento descendente, presentándose como primer causa de muerte Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, que muestra



un aumento importante para la vigencia 2017 con un total de 15 casos, correspondiendo al 36% del total de muertes en este grupo, seguido de las muertes por retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, con 7 casos y el Resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal de igual forma presenta 7 casos de muerte, concentrando cada uno el 16,66% del total de muertes en este grupo de causalidad; en su orden, feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, con 6 casos, sepsis bacteriana del recién nacido 5 casos y feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas, 2 casos para la vigencia 2017

El Gráfico 43. Muestra el comportamiento de la mortalidad por trastornos perinatales en la población masculina, la cual concentra el 52,38% del total, teniendo como primer causa los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, con el 36,36% de muertes, en segundo lugar la sepsis bacteriana del recién nacido, que comprende el 18,18% de las muertes de este grupo, mostrando un incremento en relación a la vigencia 2016 del 50%, el Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, iguala su comportamiento al del año anterior y muestra igual número de fallecimientos, que el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, con 3 casos cada uno, finalmente feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas y feto y recién nacido afectados por complicaciones y traumatismos del nacimiento con 2 casos cada uno.

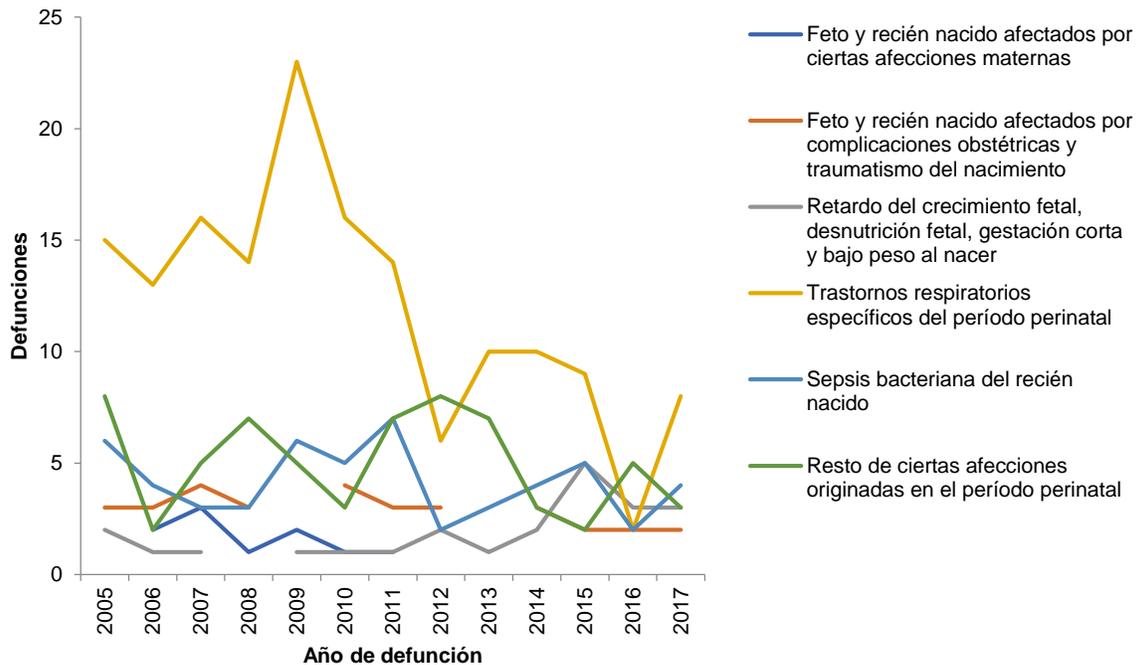


Gráfico 43: Casos de muerte por Afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres, Quindío, 2005 – 2017

El Gráfico 44. grafica el comportamiento de los trastornos del periodo perinatal para la población femenina, el cual para la vigencia 2017, concentra el 47,6% del total de muertes en este grupo causal, presentando como primera causa de muerte los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal , que muestran un comportamiento elevado entre el año 2005 al 2008, momento en el que se inicia un descenso importante, con un comportamiento estable hasta el año 2013, el año 2014, se muestra como el de menor comportamiento en el periodo analizado, iniciándose un incremento a partir del año 2015, que se mantiene hasta el 2017, concentrando el 35% del total de muertes; seguido de feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, que muestra un incremento del 75% con relación al año 2016, retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, muestra descenso en el comportamiento , resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, el cual tiene el mismo comportamiento de la vigencia anterior, cada una con 4 defunciones para la vigencia 2017 y la sepsis bacteriana del recién nacido con 1 caso reportado para el año 2017.

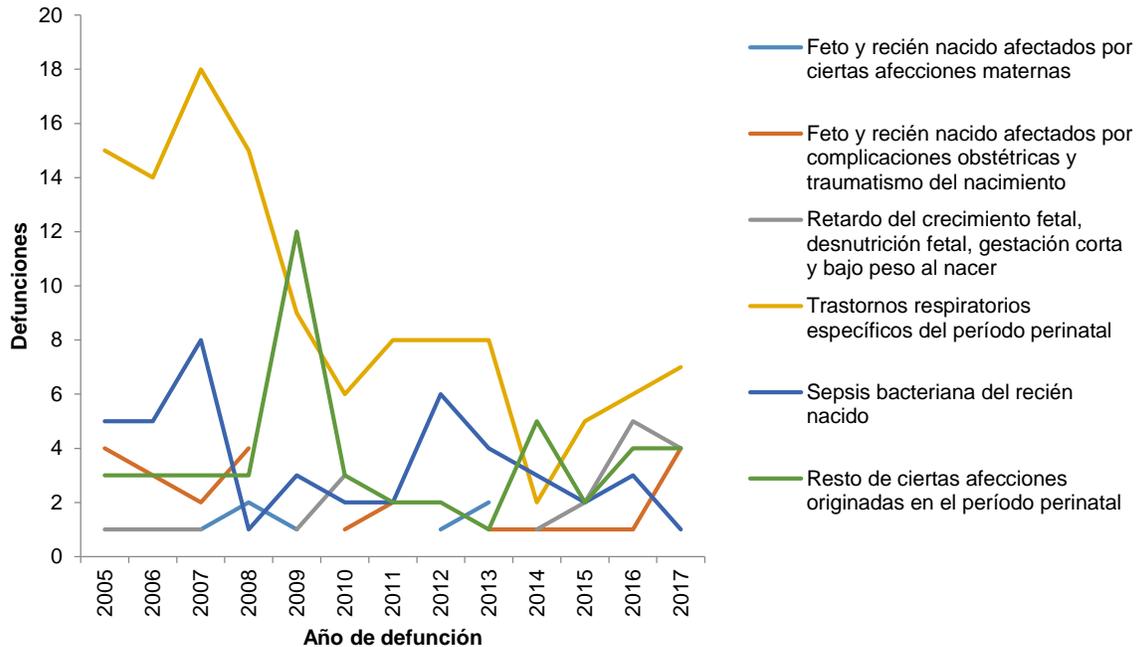


Gráfico 44: Casos de muerte por Afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres, Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

10.5 AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS – AVPP.

El impacto que causa la mortalidad, como evento natural, se establece con el análisis de lo prematuro que en el curso de la vida este acontecimiento sucede; su cálculo sencillo, la sumatoria simple de las diferencias entre los años esperados de vida acumulados en la sociedad, frente a la edad en que fallece la persona, por tanto, entre más diferencia positiva sea su resultado, más lesivo y más impacto negativo del sistema de salud se considera como resultado. Para este análisis de impacto, basado en los AVPP, se toma la edad de 75 años como etapa máxima actual, para ambos sexos y se aplica para todas las defunciones y para algunas causas específicas, las que no se les ha definido una edad, la edad asignada de defunción es el promedio de edad por causas en los años registrados y todas las causas perinatales a las que no se les definió edad se asignó una edad 0 años.

El gráfico 45 detalla el total de AVPP que se han observado en Quindío en el lapso de tiempo de análisis (13 años), observando un inicio elevado para el año 2005, con el pico comportamental mas elevado, para el año 2007, presentandose en forma posterior un descenso paulatino entre las vigencias 2009 al 2013, momento que muestra el menor número de AVPP, iniciándose nuevamente un incremento en el comportamiento, con un nuevo pico comportamental para la vigencia 2016, con posterior descenso para el año 2017, llegando a los 69.139 AVPP.

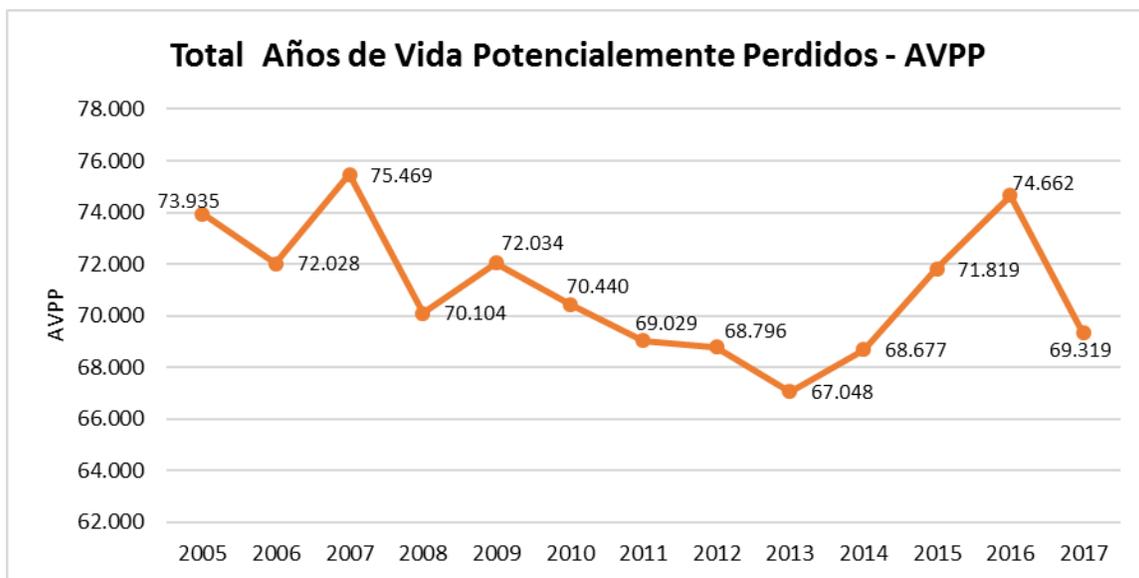


Gráfico 45: Total de AVPP años todas las causas. Quindío 2005 a 2017.

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 – 2017, Gráfico 46, se expresan muy ligeras fluctuaciones, sin patrones claros de una tendencia de cambio. Para el año 2017 y evaluando el total (69.319 AVPP) y la distribución de peso porcentual por las grandes causas, se identifica que ocupa el primer lugar las causas externas que corresponden al 25,56% (17.719AVPP), le siguen las demás causas que representan el 20,66% (14.327 AVPP), en tercer lugar, las neoplasias con el 20,30% (14.078 AVPP), en el cuarto lugar las enfermedades del sistema circulatorio 18,77%, (13.016 AVPP). En la quinta ubicación las enfermedades transmisibles 9,30% (6.449AVPP), le siguen afecciones perinatales 4,90% (3.403AVPP).

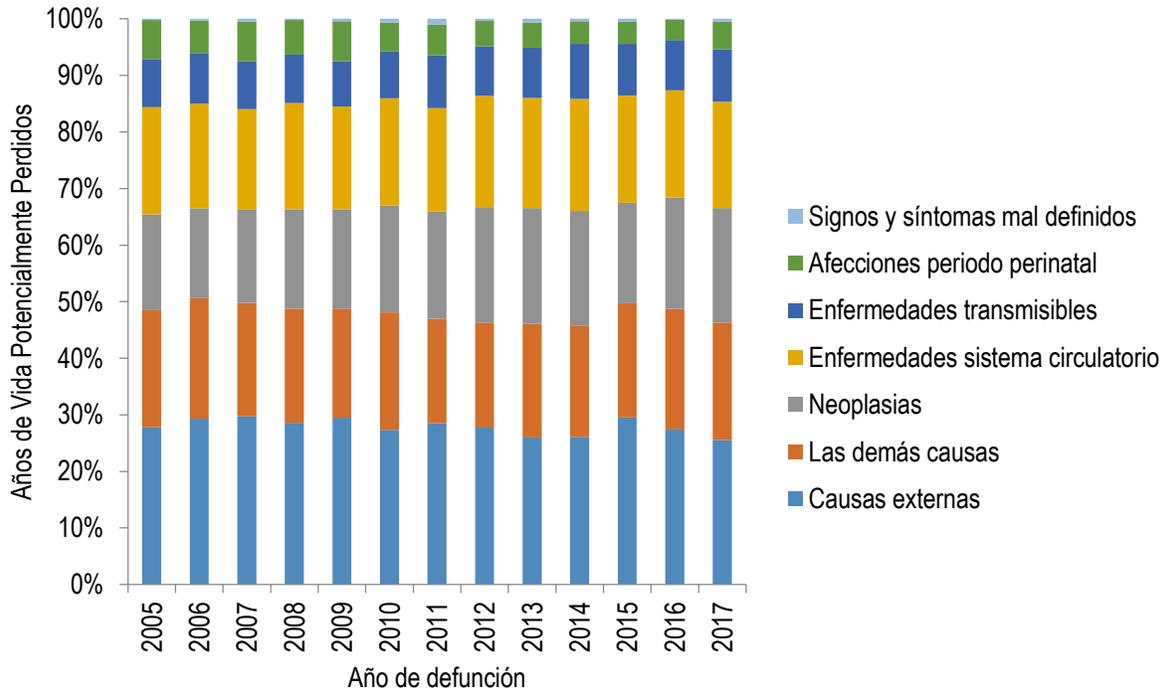


Gráfico 46: AVPP por grandes causas, lista 6/67 de la OPS, Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

En la siguiente **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.61** se muestra el comportamiento de los años de vida potencialmente perdidos, relacionando los 6 grandes grupos según la clasificación de la OMS, relacionando los 13 años de análisis y diferenciando la clasificación entre hombres y mujeres, evidenciándose en este análisis, diferencias importantes, en relación al comportamiento de los AVPP según sexo.

La población masculina, concentra el 62% del total de AVPP de la vigencia 2017, siendo la primer causa de muerte que genera el mayor número de Años de Vida Potencialmente Perdidos, las causas externas, que para la vigencia 2017, corresponden al 62% del total de AVPP, con un descenso del 11,7% en relación a la vigencia 2016; en el segundo lugar, se ubican las Demás causas, que a pesar de presentar un descenso en

el comportamiento, concentran el 17,66% del total de AVPP, en tercer lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, mostrando un incremento para el año 2016 del 8.74% en relación al año anterior, con un descenso importante para el año 2017 concentrando el 17,52%, situación que requiere verificación y seguimiento dado que refleja la presencia de enfermedades crónicas del sistema circulatorio en población cada vez más joven; en cuarto lugar se encuentran las Neoplasias que muestran su mayor comportamiento para el año 2016, concentrando el 15.30% del total de AVPP, con un descenso para la vigencia 2017, correspondiendo al 14,75%, las enfermedades transmisibles muestran un leve aumento, para la vigencia 2017 y finalmente los trastornos del periodo perinatal con un incremento importante para el año 2017. Gráfico No 47.

Para la vigencia 2017, Las mujeres concentran el 38,30% del total de AVPP reportados, evidenciando un comportamiento completamente diferente, exponiendo como principal causa generadora de Años de Vida Potencialmente Perdidos las Neoplasias, concentrando el 29,26% de AVPP, siendo un indicador importante del inicio temprano de los canceres en la población femenina, en segundo lugar se encuentran las demás causas, que presentan un descenso entre el año 2016 al 2017 del 15,8%, presentando para la última vigencia el 25,56% de AVPP, las enfermedades del sistema circulatorio, presentan un leve descenso, correspondiendo al 20,79%, en su orden se muestran, las enfermedades transmisibles con el 8,84%, las causas externas con el 8,48%, finalmente las afecciones del periodo perinatal. Gráfico No 48.

Tabla 63: Total, AVPP en hombres, mujeres y total por las Grandes Causas, Quindío. 2005 al 2017.

hombres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas	17.734	18.288	19.591	17.223	17.829	17.408	16.705	16.222	15.307	15.809	18.169	17.529	15.466
Las demás causas	7.798	7.874	8.035	7.593	7.455	7.500	6.967	6.256	6.588	6.463	7.178	7.844	7.541
Enfermedades sistema circulatorio	7.395	7.158	7.338	7.697	7.203	7.551	6.391	7.716	7.345	7.590	7.702	8.440	7.495
Neoplasias	5.194	4.946	5.465	5.328	5.670	6.350	6.336	6.031	6.303	5.934	6.132	7.059	6.309
Enfermedades transmisibles	4.299	3.888	4.241	4.134	4.028	3.913	4.103	3.761	3.899	4.407	4.238	4.093	4.102
Afecciones periodo perinatal	2.718	1.999	2.556	2.238	2.958	2.398	2.638	1.679	1.667	1.759	1.839	1.119	1.755
Signos y síntomas mal definidos	144	57	159	29	173	407	344	80	260	176	353	29	99



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Mujeres													
Neoplasias	7.340	6.494	6.973	6.987	6.983	6.979	6.740	8.030	7.410	7.971	6.652	7.645	7.770
Las demás causas	7.497	7.493	7.100	6.544	6.451	7.093	5.772	6.507	6.906	7.076	7.325	8.061	6.787
Enfermedades sistema circulatorio	6.636	6.173	6.043	5.496	5.877	5.795	6.231	5.843	5.696	6.004	5.912	5.731	5.522
Enfermedades transmisibles	1.970	2.515	2.160	1.833	1.736	1.899	2.345	2.245	2.066	2.266	2.290	2.541	2.348
Causas externas	2.819	2.823	2.873	2.819	3.412	1.878	2.988	2.850	2.111	2.121	3.046	2.935	2.253
Afecciones periodo perinatal	2.391	2.143	2.720	2.061	2.141	1.237	1.132	1.402	1.319	989	972	1.566	1.649
Signos y síntomas mal definidos		176	216	123	119	32	336	176	170	111	9	69	224
Total													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas	20.553	21.111	22.464	20.041	21.241	19.286	19.693	19.072	17.418	17.930	21.215	20.464	17.720
Las demás causas	15.294	15.366	15.135	14.136	13.906	14.593	12.740	12.763	13.495	13.539	14.503	15.905	14.328
Neoplasias	12.534	11.440	12.438	12.315	12.653	13.329	13.076	14.061	13.713	13.905	12.785	14.704	14.079
Enfermedades sistema circulatorio	14.031	13.331	13.380	13.193	13.080	13.345	12.621	13.559	13.041	13.594	13.614	14.172	13.017
Enfermedades transmisibles	6.269	6.403	6.401	5.968	5.764	5.812	6.449	6.006	5.965	6.673	6.529	6.634	6.450
Afecciones periodo perinatal	5.109	4.142	5.276	4.299	5.099	3.635	3.771	3.080	2.986	2.748	2.811	2.686	3.403
Signos y síntomas mal definidos	144	234	374	152	292	440	681	256	430	287	362	98	322

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

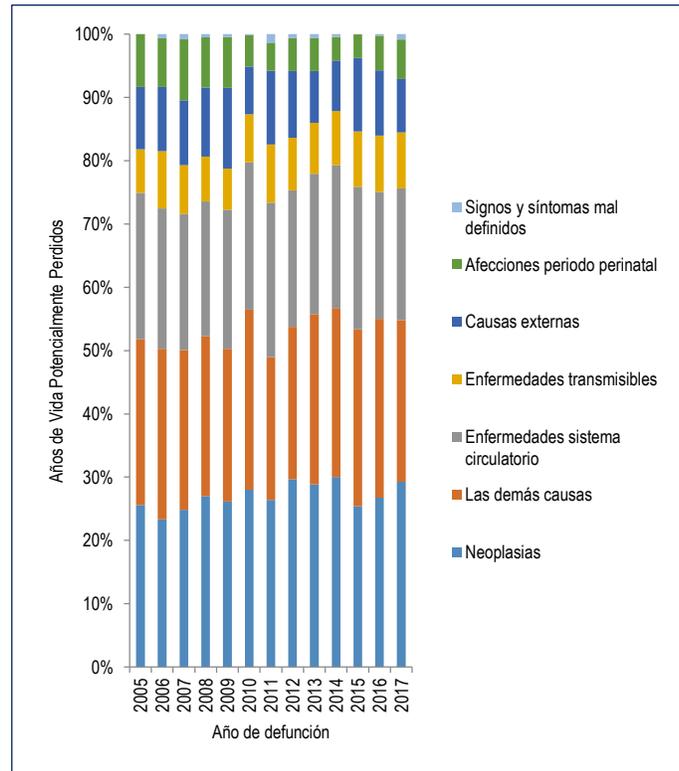
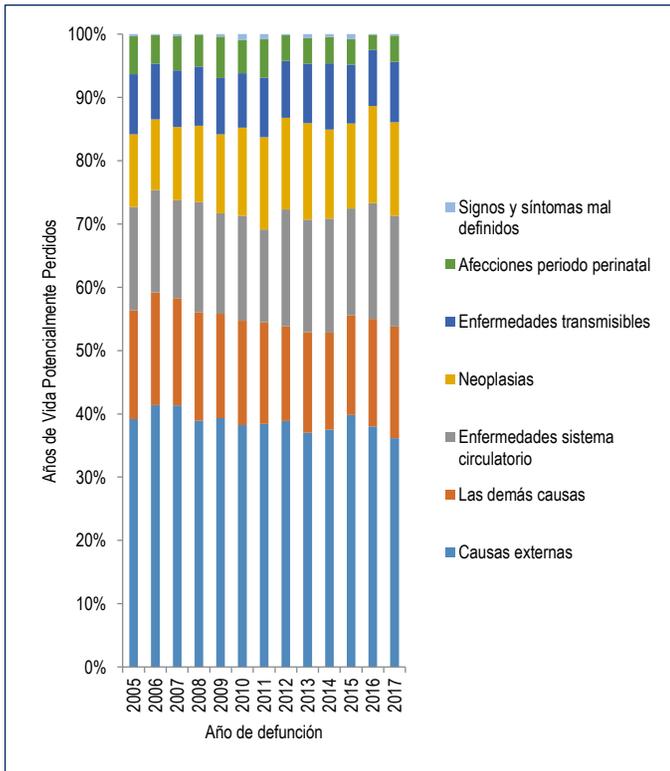


Gráfico 47: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67 de la OPS en hombres, Quindío, 2005 – 2017

Gráfico 48: AVPP por Grandes Causas, lista 6/67 de la OPS en mujeres, Quindío, 2005 – 2017

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

En el 2017, el aporte de AVPP es superior en los hombres (42.766 AVPP) que corresponde al 31,69% del total, respecto de la mujer (26.552 AVPP), con el 38,30%; 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 (15.466 hombres / 2.253 mujeres). Con relación a las mujeres, la principal causa generadora de AVPP fueron las Neoplasias, superando el comportamiento de los hombres (6.309 hombres / 7.770 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 2017 (7.495 AVPP hombres / 5.222 AVPP mujeres) respectivamente; las Enfermedades Transmisibles muestran un comportamiento superior en los hombres, doblando la cifra de los AVPP de las mujeres (4.102 hombres / 2.348 mujeres) y finalmente las



Afecciones del Periodo perinatal que muestra un mayor comportamiento en el sexo masculino (1.755 hombres/ 1649 mujeres)..

10.6 TASAS AJUSTADAS DE LOS AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP).

Al llevar las tasas específicas de años potencialmente perdido a una población hipotética estándar en base de su distribución etaria, como lo muestra la tabla No.62 y Grafico 49 es visible la ubicación de la tasa ajustada esperada por las causas externas en primer lugar, mostrando un descenso entre la tasa medida en el 2005, que alcanzó 3.928,23 AVPP por 100.000 hab a una tasa de 3.125,33 por 100,000 personas, en el 2017; en el segundo lugar, se encuentran las demás causas, con un leve descenso para el año 2017, alcanzando una tasa ajustada de 2.275, 01 AVPP por 100.000 hab,

190

En general, al establecer una comparación entre el inicio de las serie (2005 - 2017) 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 2,188, 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.

Las Enfermedades del Sistema Circulatorio evidencian una disminución importante pasando de una tasa de 2.787 a 1.926 AVPP por 100.000 hab. en el 2017, las enfermedades transmisibles de igual forma muestran descenso.

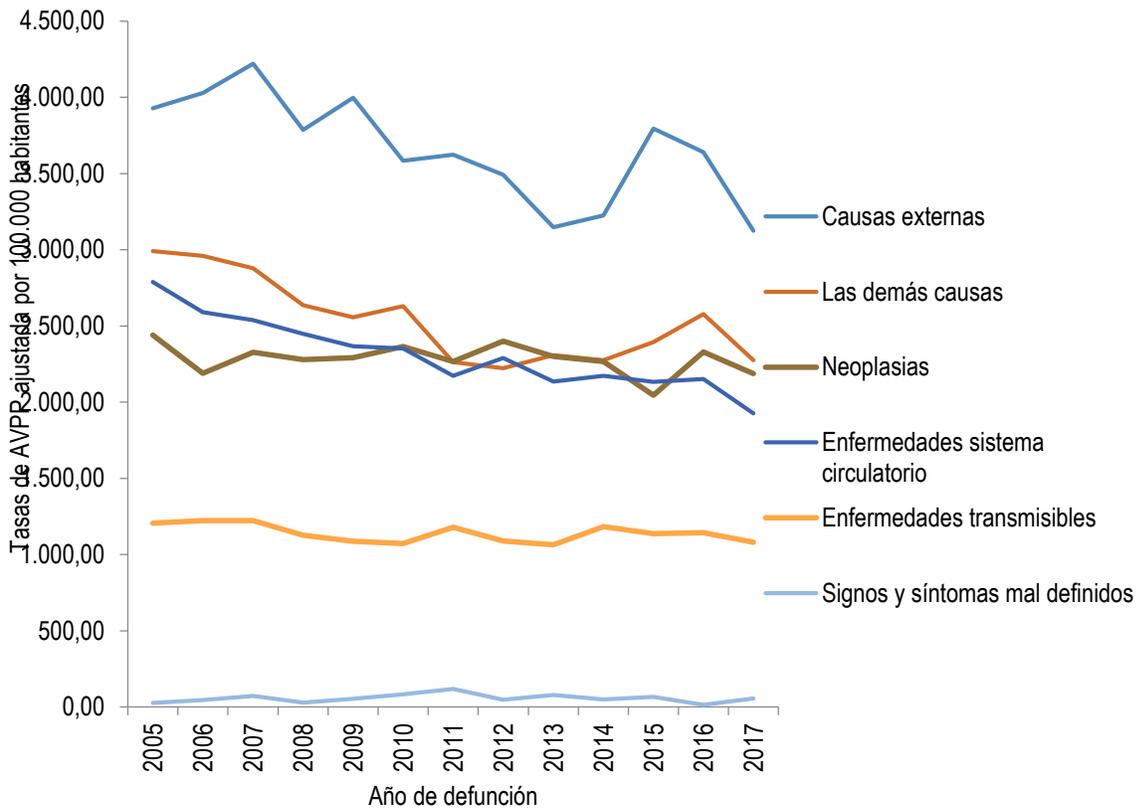


Gráfico 49. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67, Quindío, 2005 – 2017

Tabla 64: Tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista OPS 6/67, departamento Quindío 2005 – 2017.

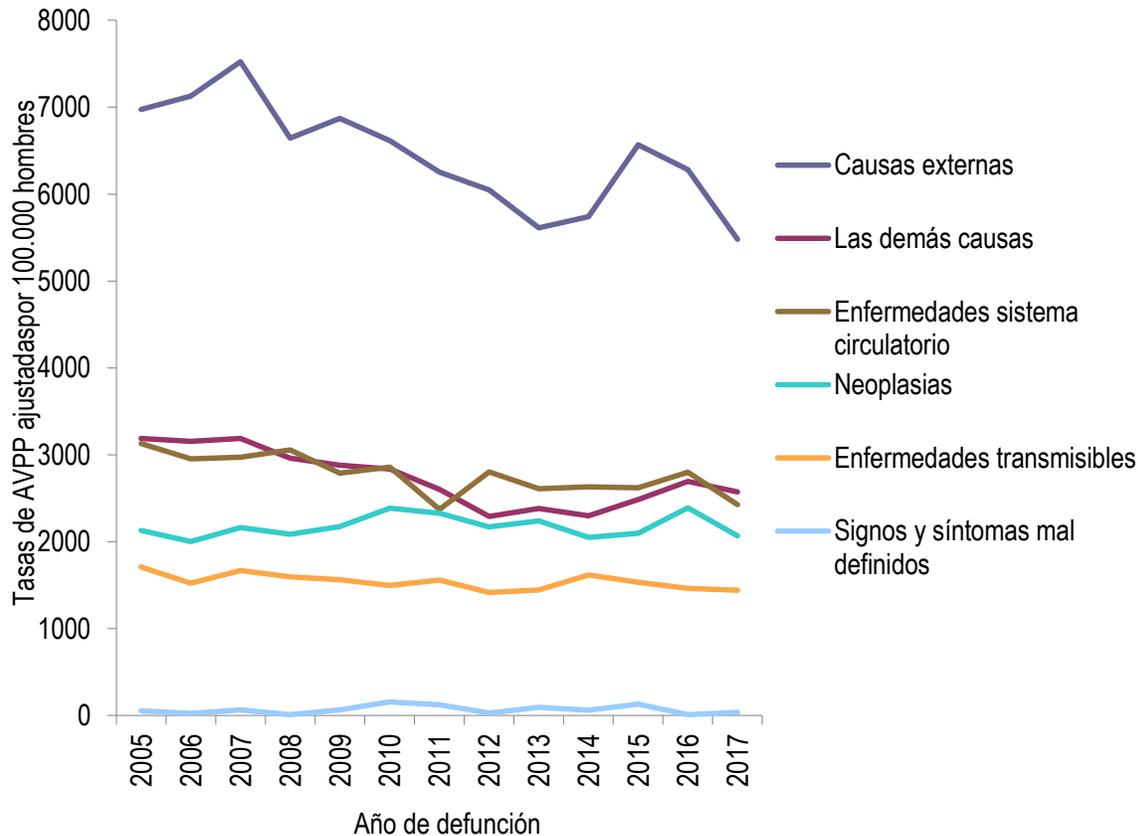
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Causas externas	3.928,23	4.027,33	4.220,15	3.787,09	3.996,90	3.583,93	3.623,69	3.491,54	3.147,59	3.224,68	3.795,18	3.640,56	3.125,33
Las demás causas	2.991,39	2.960,49	2.877,32	2.636,11	2.557,13	2.630,62	2.261,38	2.222,42	2.309,10	2.274,79	2.393,07	2.577,97	2.275,01
Neoplasias	2.439,26	2.189,13	2.327,16	2.278,05	2.291,73	2.363,74	2.265,66	2.401,05	2.299,33	2.266,60	2.044,89	2.328,71	2.188,04
Enfermedades sistema circulatorio	2.787,60	2.589,90	2.538,36	2.448,44	2.367,57	2.352,07	2.173,31	2.288,52	2.135,37	2.172,78	2.132,58	2.152,28	1.926,47



Enfermedades transmisibles	1.207,02	1.222,96	1.223,45	1.125,90	1.086,72	1.072,18	1.178,70	1.088,72	1.064,88	1.183,70	1.137,88	1.144,06	1.080,51
Signos y síntomas mal definidos	27,58	45,51	73,33	28,68	53,20	82,81	117,97	47,81	79,24	50,43	67,01	14,36	54,96

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO.

El Gráfico 50 muestran el comportamiento de las tasas de AVPP por sexo , siendo evidente las fluctuaciones presentadas por algunos grupos, sin embargo en términos generales, muestran una tendencia histórica con mínimas variaciones, lo que indica la necesidad de generar nuevas estrategias, programas, acciones de intervención, con orientación integral que permita la intervención de diferentes sectores en pro de obtener impacto efectivo en el comportamiento de la mortalidad que origina mayores índices de Años de Vida potencialmente perdidos en la población del Departamento.





Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



Gráfico 50: Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres del Quindío, 2005 – 2017.

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE – SISPRO

10.7 SEMAFORIZACION POR MORTALIDAD.

En relación a los resultados obtenidos de la medición de tasas ajustadas para la mortalidad según la clasificación 6/66 de la OMS, el Departamento del Quindío para la vigencia 2017, presenta la siguiente situación en análisis comparativo con los resultados Nacionales que permiten evidenciar las situaciones a priorizar como se muestra en la tabla 63.

De acuerdo a la semaforización realizada, se muestra para la vigencia 2017, que la tasa de mortalidad ajustada por edad por Agresiones (Homicidios) supera la tasa Nacional en 11,7 puntos, configurándose como prioridad de intervención, seguido de la tasa de mortalidad ajustada por edad de las enfermedades transmisibles, las cuales sobrepasan la tasa nacional en 14,38 puntos, siendo estos dos grupos de causas de muerte, los priorizados para intervenir por el Departamento del Quindío desde todos los sectores con competencia.

De igual forma como lo muestra la semaforización, el Departamento del Quindío sobrepasa el comportamiento Nacional en los grupos causales evaluados, quedando dentro de los procesos de intervención a mediano y largo plazo los accidentes de tránsito, el tumor maligno de mama, de cuello uterino, de próstata, de estómago, la muerte por diabetes mellitus, por lesiones autoinfligidas y los trastornos mentales.

Tabla 63: Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, Quindío, 2005-2017.

Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,50	17,58	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	12,55	14,52	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	9,06	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,88	14,01	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	10,75	13,99	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	15,53	17,76	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,47	8,61	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,87	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	24,34	36,04	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	32,82	47,20	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

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



10.8 MORTALIDAD INFANTIL, EN LA NIÑEZ Y MATERNA.

10.8.1 MORTALIDAD INFANTIL Y 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).

El Grafico 51 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 la tasa 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, 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, para el año 2015 nuevamente se muestra un aumento en el comportamiento que ubica al Departamento del Quindío por encima de la Tasa Nacional, presentando una leve disminución para el año 2016, que se continua para el año 2017, con una tasa levemente inferior a la Nacional.

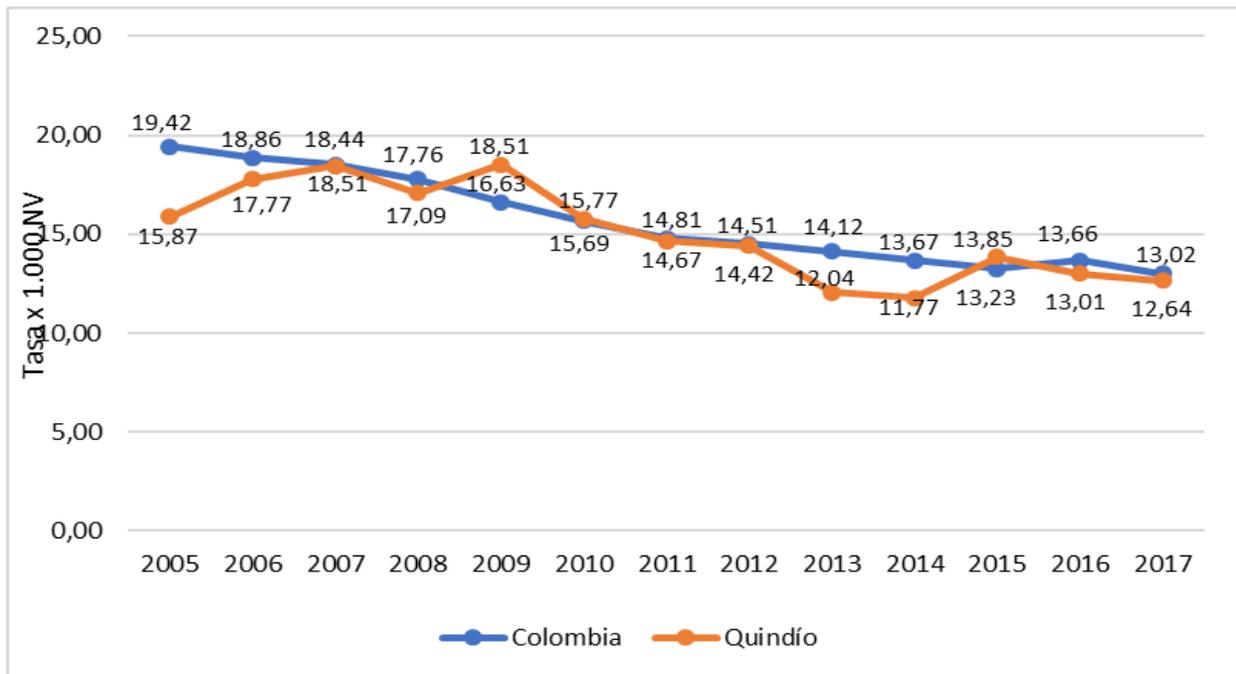


Gráfico 51: Tasa de mortalidad en la niñez, Quindío, 2005- 2017.

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

10.8.2 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 el Departamento del Quindío presenta una tendencia al franco descenso en trece años. Muy paralela a la defunción del menor de 1 año de la nación, aunque con incrementos importantes en los años 2007 y 2009, momento en el que se presentan las tasas más altas de mortalidad infantil, esta



tasa disminuye en el año 2013 a 10.17 defunciones por mil nacidos vivos, mostrándose un leve aumento a partir del año 2014, llegando finalmente al 2017 con una tasa de mortalidad infantil de 11.45 por 1000 Nacidos vivos.

La tabla 40 detalla las tasas de mortalidad infantil por cada municipio del Departamento en un lapso de 13 años, resaltando el comportamiento del municipio de Buenavista, que ha logrado durante 9 años consecutivos (del 2009 a 2017) un resultado de 0 muertes infantiles en los 13 años analizados, de igual forma el municipio de Salento, completa 5 años consecutivos (2013 a 2017) con 0 muertes infantiles, hecho que refleja situaciones e intervenciones de impacto positivo, que es necesario mantener y proyectar a nivel Departamental.

Para el año 2017, el municipio de Génova, presenta la tasa más alta de mortalidad infantil en 37,04 por 1000 nacidos vivos, superando la vigencia 2016 en 25 puntos, clasificándose como el municipio más crítico para la vigencia, siendo el 2017, la tasa más alta reportada por el municipio en los 13 años de análisis; el municipio de Filandia, muestra comportamientos elevados en las vigencias 2010 y 2011, siendo esta última la más alta, alcanzando una tasa de 45,87 por 1000 nacidos vivos, presentando una tendencia al descenso, llegando en el 2017 a una tasa de 21,05 por 1000 nacidos vivos, con vigencias como 2006, 2009, 2012 y 2014, en los que no se presentaron muertes infantiles.

El municipio de Córdoba ocupa el tercer lugar en relación a las muertes infantiles, mostrando el año 2008, la tasa más alta 32,26 por 1000 nacidos vivos, llegando al 2017 con una tasa de 20,41 por 1000 nacidos vivos, presentando vigencias con 0 casos de muerte como el año 2005, 2010, 2012 y 2015; sigue en comportamiento el municipio de Pijao, que presentó para la vigencia 2016, una tasa de 0 muertes, pero para el 2017, la tasa queda en 16,13 por 1000 nacidos vivos;

El municipio de Montenegro, reporta muertes infantiles en forma continua, con una tendencia completamente inestable, siendo la vigencia 2006, la de mayor comportamiento, finalizando para el 2017 con una tasa de 13,99 por 1000 nacidos vivos, de igual forma el municipio de Circasia que le sigue pasando de una tasa de

3,02 por 1000 nacidos vivos en el 2005, a una tasa de 12 por 1000 nacidos vivos en el año 2017; el municipio de Armenia, presenta en las vigencias 2005 al 2009, una tendencia al incremento importante, iniciándose un descenso a partir del año 2010, llegando a al 2013 a tener la tasa de mortalidad infantil mas baja de los 13 años analizados, iniciándose nuevamente un aumento hasta el 2016, finalizando con un leve descenso al 2017, con una tasa de 11,72 por 1000 nacidos vivos, siendo importante evidenciar que teniendo en cuenta la relación numérica, el municipio de Armenia es el que más muertes infantiles concentra.

El municipio de Quimbaya, presenta altibajos interanuales, siendo la vigencia 2010, la de mayor comportamiento con un incremento de 3 puntos de tasa entre el 2016 y 2017, con una tasa de 11,36 por 1000 nacidos vivos, el municipio de Calarcá, segundo en densidad poblacional, muestra un comportamiento inestable con vigencias que muestran comportamientos elevados y otras con descensos relativos, que finalizan para el año 2017 en una tasa de 10,31 por 1000 nacidos vivos; finalmente el municipio de la Tebaida, muestra un comportamiento elevado entre el 2005 con una tasa de 18,61 por mil nacidos vivos, hasta el año 2012, presentándose en el año 2013 0 casos de mortalidad infantil iniciando un descenso en el comportamiento de la muerte en niños, finalizando en el 2017, con una tasa de 2,21 por 1000 nacidos vivos.

Tabla 65: Tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2017.

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
63302 – Génova	7,3	16	29,63	8,4	18,87	9,71	23,81	0,00	13,51	0,00	16,39	12,5	37,04
63272 – Filandia	12,05	0,00	19,87	15,38	0,00	22,22	45,87	0,00	10,64	16,26	0,00	21,98	21,05
63212 – Córdoba	0,00	25,64	13,7	32,26	13,33	0,00	14,29	13,7	0,00	15,38	14,29	16,95	20,41
63548 – Pijao	31,58	21,74	38,1	14,08	0,00	0,00	0,00	0,00	31,25	21,28	17,54	0,00	16,13
63470 – Montenegro	19,26	21,04	11,25	14,41	15,69	7,89	7,83	6,49	18,79	6,7	15,66	2,43	13,99
63190 – Circasia	3,02	5,51	20,53	9,84	12,27	6,99	6,6	23,33	7,69	8,16	7,43	14,87	12,00
63001 – Armenia	14,35	16,76	16,21	15,51	16,66	13,73	13,09	12,93	8,84	10,24	10,12	13,43	11,72



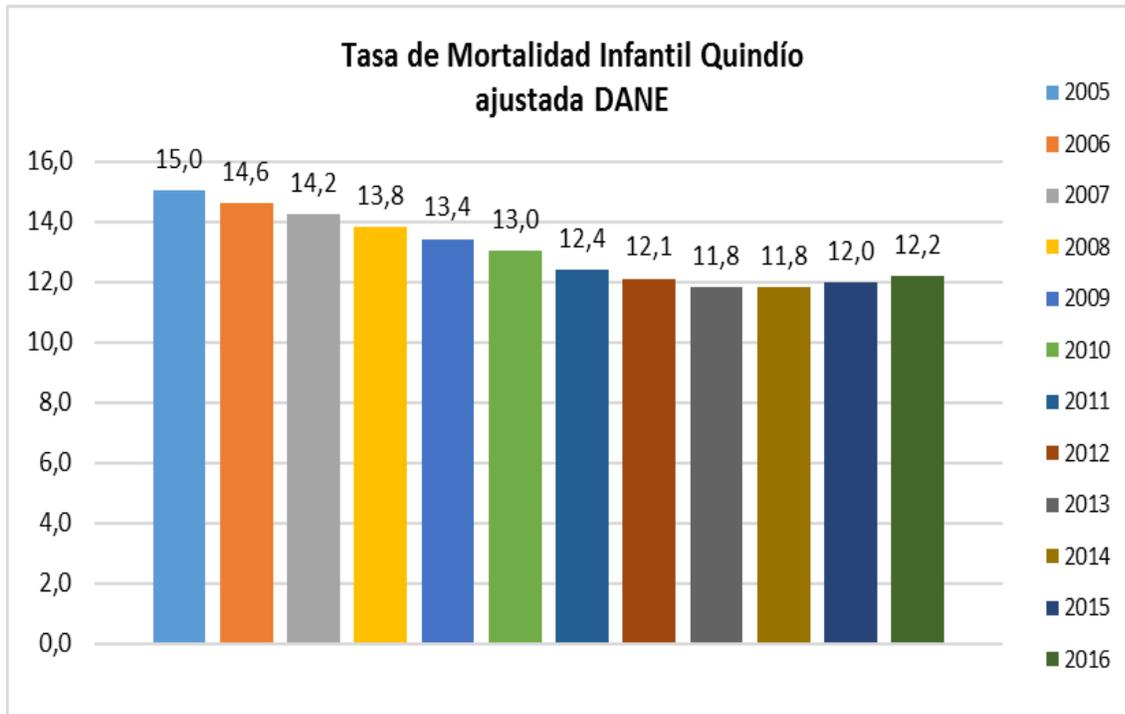
63594 – Quimbaya	14,86	9,24	11,85	7,09	10,31	16,17	11,08	8,29	9,65	8,96	8,82	8,7	11,36
63130 – Calarcá	8,36	8,99	14,04	11,25	16,6	21,32	8,13	8,6	17,04	11,08	15,56	4,02	10,31
63401 - La Tebaida	18,61	7,23	15,09	20,53	20,33	15,35	19,11	16,28	0,00	9,83	11,24	13,45	2,21
63111 – Buenavista	0,00	38,46	33,33	64,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
63690 – Salento	12,05	14,08	0,00	11,36	23,53	0,00	14,08	41,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	13,6	14,1	15,86	14,56	15,76	13,98	12,53	12,08	10,17	11,83	11	11,1	11,45

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

Según el análisis demográfico realizado por el DANE a la tasa ajustada de mortalidad infantil para el Departamento del Quindío, se evidencia una tendencia paulatina al descenso, evidenciándose entre el año 2005 al 2014 una reducción de 3.92 puntos de tasa por cada 1000 nacidos vivos, sin embargo para la vigencia 2015, se observa un incremento significativo, situación que se puede continuar para la vigencia 2016 de acuerdo a la situación identificada de aumento en el número de muertes en este grupo de edad. Esta, situación insta a intervenciones de análisis, investigación e intervención efectivas, para evitar cambios negativos en el comportamiento de la mortalidad infantil en el territorio. Grafico 24.

La tasa ajustada de mortalidad infantil, la entrega el DANE al territorio, posterior a un estudio demográfico, el cual define el comportamiento a analizar, hasta la fecha no se ha recibido la información por parte del DANE de la tasa ajustada de mortalidad infantil, para el Departamento del Quindío.

Gráfico 52: Tasa de mortalidad infantil Ajustada, Quindío, 2005- 2016.



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

Tabla 66: Tasa de mortalidad infantil ajustada por el DANE, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2005 a 2016.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
15,02	14,62	14,22	13,82	13,42	13,01	12,4	12,1	11,81	11,83	12,0	12,2

10.8.3 MORTALIDAD NEONATAL.

La mortalidad Neonatal entendida como las defunciones desde el nacimiento hasta los 28 días después de nacido, hace parte de la medición relacionada como mortalidad infantil, mostrando una tendencia al



descenso, entre el año 2009 al 2015 momento en que se presenta el menor comportamiento del periodo analizado; sin embargo para la vigencia 2017, se encuentra un leve incremento, pasando de una tasa de 8,21 por 1000 nacidos vivos en el 2016 a una tasa de 8,8 por cada 1000 nacidos vivos para el año 2017.

El grafico 25, Tabla 42. Muestra las áreas de residencia donde se concentra la muerte Neonatal, encontrando momentos en que la zona rural y los centros poblados, superan el comportamiento de las tasas de muerte en la zona urbana, siendo importante evidenciar, que por la poca densidad poblacional residente en las zonas rurales, la ocurrencia de muertes impacta mucho más que en las zonas urbanas donde se concentra el mayor porcentaje de la población.

Para las cabeceras municipales, se muestra un descenso continuo año tras año, presentándose un incremento en la vigencia 2016 que se continua al año 2017, con una tasa de 8,86 por 1000 nacidos vivos, siendo importante tener en cuenta que cerca del 85% de las muertes neonatales, ocurren en las zonas urbanas de los municipios; los centros poblados, muestran para el año 2010, un comportamiento inusual, superando el comportamiento de las demás zonas, con descensos posteriores y vigencias sin muertes, presentando para la vigencia 2017, una tasa de 5,71 por 1000 nacidos vivos, la zona rural dispersa, muestra un comportamiento elevado en los años 2013 y 2014, presentando para la vigencia 2015, 0 casos y para la vigencia 2016, una tasa de mortalidad de 2,62 por 1000 nacidos vivos, incrementando su comportamiento para el año 2017, con una tasa de 10,67 por 1000 nacidos vivos, superando la informada para la zona urbana.

Tasa de mortalidad neonatal por Área

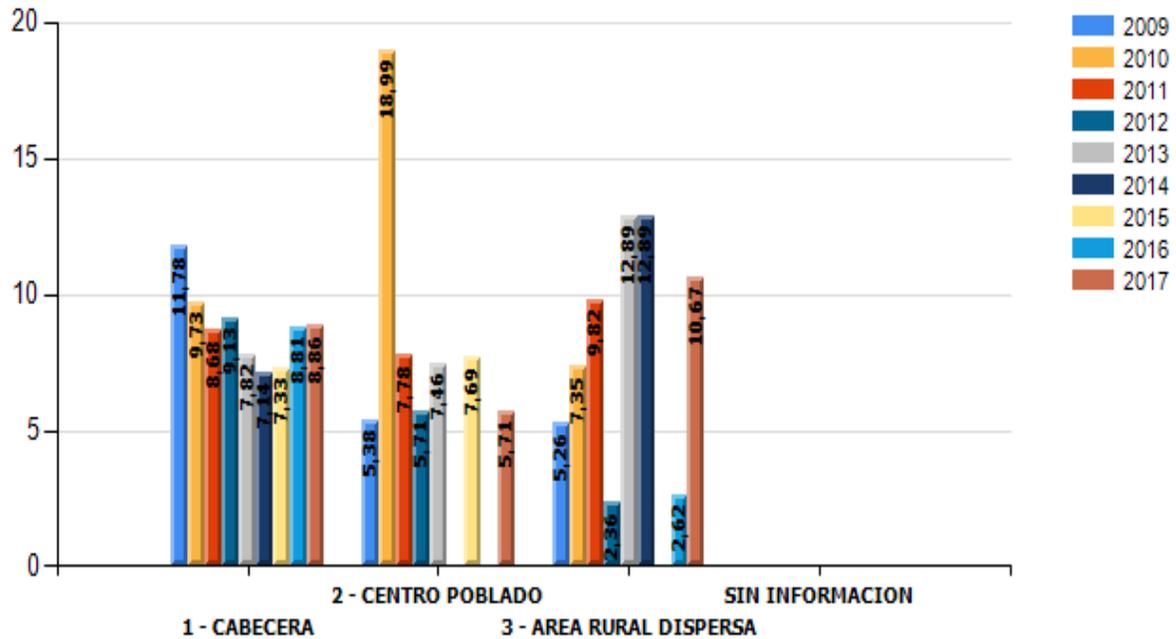


Gráfico 53: Tasa de mortalidad neonatal, Quindío, 2005- 2017.

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

Tabla 67: Tasa de mortalidad Neonatal, por 1000 nacidos vivos, departamento Quindío, 2009 a 2017.

Área Geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 - CABECERA	11,78	9,73	8,68	9,13	7,82	7,14	7,33	8,81	8,86
2 - CENTRO POBLADO	5,38	18,99	7,78	5,71	7,46	0,0	7,69	0,0	5,71
3 - AREA RURAL DISPERSA	5,26	7,35	9,82	2,36	12,89	12,89	0,0	2,62	10,67
Total, General	11,01	9,75	8,74	8,55	8,14	7,34	6,84	8,21	8,88

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

10.8.4 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 mantiene hasta 2011 con una tasa de 2,17 por debajo de la referencia Nacional , A partir del año 2012 se logró mantener la tasa de mortalidad por EDA en 0 hasta el año 2014; para la vigencia 2015, se reporta caso de mortalidad, que origina alerta teniendo en cuenta que se identificaron falencias en el seguimiento y en las acciones de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, requiriendo procesos de fortalecimiento a Instituciones Prestadoras de Salud; para los años 2016 y 2017, no se reportaron casos de muerte relacionadas. 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, por enfermedad diarreica Aguda 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.

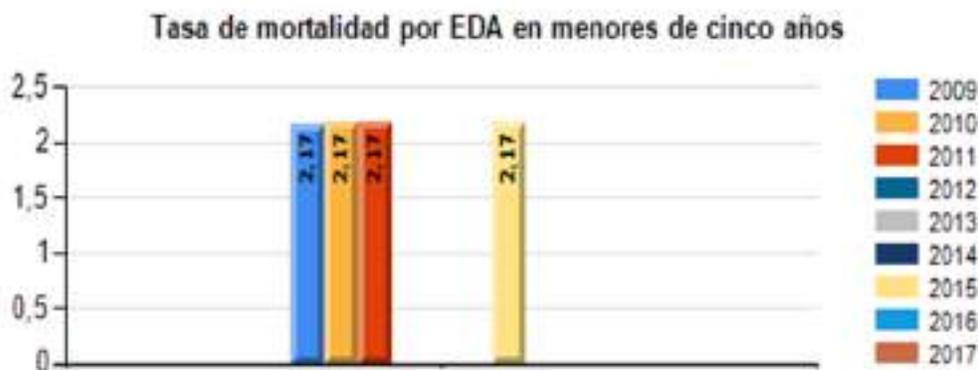


Gráfico 54: Tasa de mortalidad por EDA, Quindío, 2005- 2017



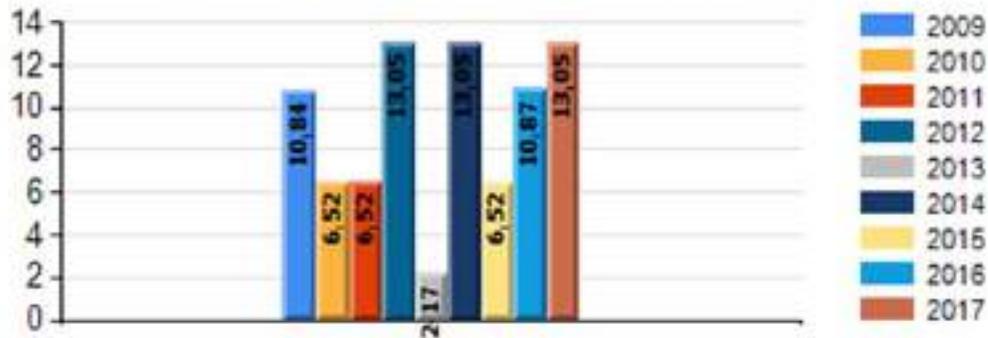
2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
2,17	2,17	2,17	0	0	0	2,17	0	0

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

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

Entre 2005 a 2007 la tasa específica para la infección respiratoria aguda (IRA) creció en forma importante presentando el pico más alto en el año 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. 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, en el 2015, nuevamente hay una importante reducción, incrementándose posteriormente para la vigencia 2016 con una tasa de 10.87, continuando el incremento para la vigencia 2017, con una tasa de 13,05 por 100.000 menores de 5 años, 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 prevención y detección temprana 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.

Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años



2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10,84	6,52	6,52	13,05	2,17	13,05	6,52	10,87	13,05

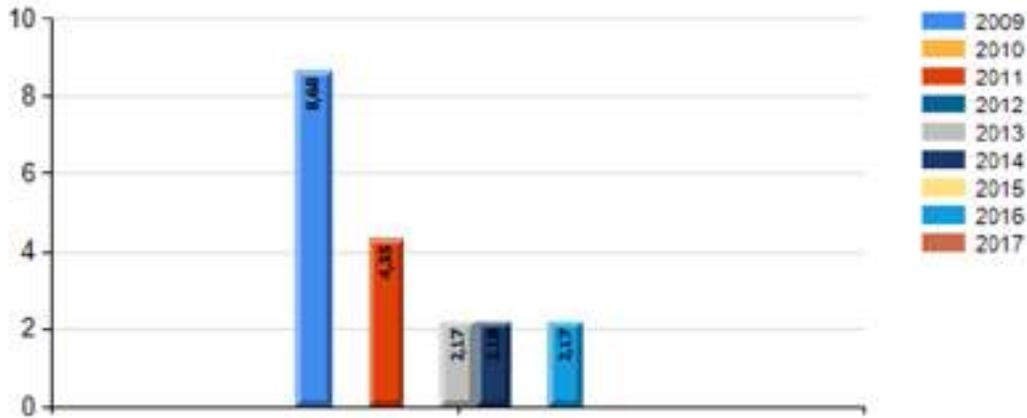
Gráfico 55: Tasa de mortalidad por IRA, Quindío, 2009- 2017

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

10.8.6 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; para la vigencia 2015 no se relacionan muertes por esta causa, presentándose una muerte en la vigencia 2016, sin reporte de casos para el año 2017.

Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años



2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
8,68	0	4,35	0	2,17	2,18	0	2,17	0

Gráfico 56 : Tasa de mortalidad por desnutrición, Quindío, 2005- 2017.

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

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

Se presentan, en la Tabla 43 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 2017 en el total de los grupos de ciclo de vida del menor. Solo se presentan casos en 14 grupos de causas en los 13 años analizados y para la vigencia 2016, se presentan casos en solo en 5 de ellos.



De acuerdo al análisis realizado con énfasis en la vigencia 2017 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 una acertada intervención se podría disminuir hasta 60% de la defunción en el menor de 1 año, en los 13 años analizados, se muestra 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, con leves descensos que denotan estabilidad hasta el año 2017 con una tasa de 6,8 por mil nacidos vivos, presentando un incremento de un punto de tasa en relación a la vigencia anterior.

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 los 13 años analizados iniciándose un descenso importante que se continua hasta la vigencia 2014, con una tasa de 2.73 x 1000 nacidos vivos iniciando nuevamente un aumento que finaliza para el año 2017 en una tasa de 3.2 ´por mil 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, con leves descensos en los años 2015 y 2017, presentando este último una tasa de 0.85 por 1000 NV.



Las causas externas de morbilidad y mortalidad presentan un comportamiento activo en los 13 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, con un leve descenso para el año 2015, comportamiento que se mantiene igual para el año 2017, con una tasa de 0.17 por cada 1000 Nacidos vivos, situación que requiere de mayor análisis para orientar procesos integrales de intervención.

Se reporta para la vigencia 2017, un caso de muerte por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, con una tasa de 0.34 por 1000 nacidos vivos.

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. En las vigencias 2015, 2016 y 2017, no se reportan casos de muerte relacionados con estos eventos.

En su orden las enfermedades del Sistema circulatorio, muestran un comportamiento inestable con reporte en cero para las vigencias 2012 y 2013, reapareciendo en la vigencia 2014 y 2015 con un comportamiento análogo, que para el año 2016 muestra un incremento importante con una tasa de 0.34 por cada 1000 nacidos vivos, para la vigencia 2017, no se reportan casos.

Las neoplasias muestran comportamientos esporádicos, con lapsos de hasta dos años con reporte negativo, para el año 2016 se reporta un caso que corresponde a una tasa de 0.17 por 1000 nacidos vivos, para la vigencia 2017, no se reportan casos.

Las enfermedades del Sistema nervioso, muestran también un comportamiento ocasional, mostrando para la vigencia 2016 una tasa de 0.34 por 1000 nacidos vivos. Para la vigencia 2017, no se reportan casos.



Para el sexo femenino en los menores de 1 año, se encuentra como primera causa, 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 un aumento importante para la vigencia 2014, que se continua hasta el año 2017, vigencia que la mayor tasa del periodo analizado con una tasa de 7,01 por cada 1000 nacidos vivos.

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 2017, que finaliza con una tasa de 2,81 por 1000 nacidos vivos.

Para la vigencia 2017, se reporta una tasa de 1,1 muertes por enfermedades del sistema respiratorio por 1000 nacidos vivos, con 0 casos en la vigencia anterior, para las enfermedades Infecciosas y parasitarias, se reporta una tasa de 0,35 por 1000 nacidos vivos, además se reporta tasa de las Enfermedades del sistema Circulatorio con una tasa de 0.35 por 1000 nacidos vivos estable entre los años 2014 al 2016, antecedidos por 2 años de reporte negativo de muertes por causa de este evento, para el año 2017, no se reportan casos; en su orden para la vigencia 2017 se reporta tasa para Causas externas de morbilidad y mortalidad, neoplasias, que llama la atención dado que por un periodo corrido de 7 años (2009 al 2015) no se reportan muertes en el sexo femenino, presentándose para la vigencia 2016 dos eventos que corresponde a una tasa de 0.35 por 1000 Nacidos vivos, no reportando casos para el 2017 y finalmente las enfermedades del sistema nervioso con una tasa para el 2016 de 0.71 por 1000 nacidos vivos, sin reporte para el año 2017..

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 inferior 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, que



se continua para el 2015 con una tasa de 7.35 por 1000 nacidos vivos, pasando a una tasa de 6,66 por 1000 nacidos vivos en el 2017.

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; la vigencia 2010 muestra el pico comportamental más importante del periodo analizado con un descenso sustancial para la vigencia 2013, mostrando nuevamente un incremento que lleva a una tasa de 3.67 por 1000 nacidos vivos en él 2017; En tercer lugar, se ubican las enfermedades respiratorias con una tendencia estable del 2005 al 2015 y un leve descenso para la vigencia 2017, en su orden siguen las causas externas de morbilidad y mortalidad, con una tasa de 0,33 por 1000 nacidos vivos para el 2017, seguidos de las enfermedades infecciosas y parasitarias, con una tasa de 0,33 por 1000 nacidos vivos.

Tabla 68: Tasas específicas de mortalidad Infantil, según la lista de 67 causas y causa específicas, departamento, Quindío, 2005 – 2017.

		TOTAL													
Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
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	5,7	5,6	6,8	
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	3,3	3,6	3,2	



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	0,3	0,5	0,85
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	0,17	0,17	0,17
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	0,17		
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	TOTAL	0,13	0,42	0,14	0,3	0,76	0,16	0,16			0,17	0,17	0,34	
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	0,5		



01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	TOTAL	0,67	0,42	0,43	1,04	0,15	0,49	0,16				0,5	0,34	
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	TOTAL		0,14		0,15	0,15				0,17			0,17	
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	TOTAL		0,28	0,43	0,3		0,49		0,34				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							0,17		
14 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	TOTAL		0,14		0,3								0,34	
SEXO FEMENINO														
Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
11 - CIERTAS AFECCIONES 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	3,84	6,73	7,01

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	3,84	3,9	2,81
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	0,27	0,57	0,59	0,31	0,61			0,68		0,7	0,35		1,1
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	0,35		
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	0,31	0,61	0,33	0,34			0,35	0,35	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		0,35	



01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	0,27	0,28	0,29	1,23	0,3	0,33						0,35	0,35
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO		0,28		0,31								0,35	
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO			0,59			0,33		0,68				0,71	
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								0,71	
SEXO MASCULINO														
Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
11 - CIERTAS AFECCIONES 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	7,35	4,63	6,66



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	2,88	3,31	3,67
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	0,32	0,99	0,67
13 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO	MASCULINO						0,63	0,32	0,33	0,32	0,33	0,96		
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	0,32		0,33
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	MASCULINO	1,04	0,56	0,56	0,87		0,63	0,32				0,64		0,33
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						0,33	
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 68, muestra el comportamiento de las tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad, en un periodo de 13 años entre el 2005 al 2017, 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 2017, las enfermedades del sistema nervioso, muestran un comportamiento importante, con una tasa general de 5,45 por 100.000 niños de 1 a 4 años de edad, centrándose el comportamiento en el sexo masculino con una tasa de 10,64 por 100.000 niños de 1 a 4 años de sexo masculino; con dos vigencias de reporte continuo, tras tres vigencias anteriores en 0 casos, las afecciones originadas en el periodo perinatal, presentan una tasa de 5,45 por 100.000 menores de 1 a 4 años de edad, centrando el comportamiento en el sexo masculino, antecedidas por 7 vigencias en 0 casos; las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, muestran una tasa de 2,72 por 100.000 menores de 1 a 4 años de edad. Centrando la situación en el sexo masculino.

Los tumores (neoplasias) muestran una tendencia de 2,72 por 100.000 menores de 1 a 4 años, presentándose la situación en el sexo femenino con una tasa de 5,59 por 100.000 niñas de 1 a 4 años, un comportamiento similar lo presentan las enfermedades del sistema respiratorio, centrando los casos en el sexo masculino.

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 5 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 5 años, en las vigencias 2012 y 2013, reiniciándose el comportamiento a partir de la vigencia 2014, con



un comportamiento al Aumento, finalizando para la vigencia 2016 con una tasa de 11.18 muertes por cada 100.000 niñas de 1 a 5 años de edad; para la vigencia 2017, no se reportan muertes en niñas de 1 a 4 años de edad, Para el sexo masculino, es evidente que el comportamiento supera el presentado por el sexo femenino, iniciando su conducta en la vigencia 2006, con una actuación elevada que supera en 4.3 puntos de tasa el presentada 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 en los 12 años analizados, 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 el año 2011, en el año 2012 se reporta una tasa de 2.79 muertes por cada 100.000 hombres de 1 a 5 años de edad , presentando nuevamente 0 casos para el año 2013, iniciando a partir del 2014 una tendencia al aumento que lleva al 2016 a presentar una tasa de 10.64 muertes por cada 100.000 niños de 1 a 5 años de edad, con una disminución importante para el año 2017, con una tasa de 5,32 por 100.000 niños de 1 a 5 años de edad; Estos valores muestran las falencias 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 enfermedades del sistema circulatorio, muestran un comportamiento importante que para la vigencia 2016 afecta solamente al sexo masculino con una tasa de 10.64 muertes por cada 100.000 niños de 1 a 5 años de edad, situación que difiere al año anterior, en que el evento solo se reportó en el sexo femenino con una tasa de 5.53 por cada 100.000 niñas de 1 a 5 años de edad; entre los años 2011 al 2014, no se informaron casos en ninguno de los sexos, para el año 2017, no se presentan muertes.

Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, presentan un comportamiento ocasional, siendo el sexo masculino el de mayor afectación, presentando el mayor comportamiento en el año 2011 y se finaliza el periodo analizado en la vigencia 2016 con una tasa de 5.32 por cada 100.000 niños de 1 a 5 años de edad y una tasa general de 2.72 por cada 100.000 hab. de 1 a 5 años.

Las enfermedades del Sistema Digestivo, muestra entre los años 2005 al 2008 un comportamiento exclusivo para el sexo masculino con una estabilidad en los primeros años, y un aumento importante para la vigencia 2008, con un reporte negativo en los años 2009 al 2014, reanudándose la presencia de muertes en la vigencia 2015, nuevamente en el sexo masculino en forma exclusiva y una variación para la vigencia 2016 con una tasa de 5.59 por cada 100.000 niñas de 1 a 5 años, siendo el sexo femenino el único afectado, para la vigencia 2017, no se reportan muertes.

Las enfermedades del sistema genitourinario, ciertas afecciones del periodo perinatal, las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas, las causas externas de morbilidad y mortalidad, los signos y síntomas mal definidos y las demás enfermedades, no reportaron casos para las vigencias 2016 y 2017.

Tabla 69: Tasas específicas de mortalidad en menores de 1 a 4 años de edad, Departamento del Quindío 2005 – 2017.

Grupo	Sexo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	FEMENINO	5,44	5,48	11,01		5,56	5,57			11,18			5,59	
	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			2,72	
02 - TUMORES (NEOPLASIAS)	FEMENINO	5,44	10,96	16,51	11,07			5,58	11,17	5,59	5,59			5,59
	MASCULINO	5,21	5,24	5,27			5,32			10,64		10,64	5,32	
	TOTAL	5,32	8,04	10,77	5,41		2,72	2,72	5,45	8,18	2,73	5,45	2,72	2,72
03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	FEMENINO							5,58						
	TOTAL							2,72						
04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	FEMENINO				5,54									

	MASCULINO		5,24			5,31		15,97		5,32		5,32	
	TOTAL		2,68		2,71	2,72		8,17		2,73		2,72	
05 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	FEMENINO	5,44	10,96	5,5	5,54	11,12				5,59	5,59		
	MASCULINO		15,73	5,27		5,31	5,32			5,32		5,32	10,64
	TOTAL	2,66	13,4	5,38	2,71	8,15	2,72			5,45	2,73	2,72	5,45
07 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	FEMENINO			5,5							5,59		
	MASCULINO	10,42			5,29		5,32					10,64	
	TOTAL	5,32		2,69	2,71		2,72				2,73	5,45	
08 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	FEMENINO	5,44	10,96	5,5	5,54		5,57	5,58		5,59	11,18	11,18	
	MASCULINO		15,73	15,81	21,18	10,62	5,32		5,32		10,64		5,32
	TOTAL	2,66	13,4	10,77	13,53	5,43	5,44	2,72	2,73		8,18	5,45	10,9
09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	FEMENINO											5,59	
	MASCULINO	5,21	5,24	5,27	10,59							5,32	
	TOTAL	2,66	2,68	2,69	5,41							2,73	2,72
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									10,64
	TOTAL			2,69		2,72							5,45
12 - MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	FEMENINO		5,48			11,12	5,57		5,59			16,77	
	MASCULINO		5,24	5,27		5,31	5,32			10,64	5,32	5,32	5,32
	TOTAL		5,36	2,69		8,15	5,44		2,73	5,45	2,73	10,9	2,72

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	5,5	5,54	11,12	5,57	5,58	22,35			27,95		
	MASCULINO	20,83	31,46	5,27	10,59	21,24	5,32	15,97	31,94		10,64	5,32		
	TOTAL	13,31	18,75	5,38	8,12	16,3	5,44	10,9	27,26		5,45	16,36		

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

La tabla 69 muestra las tasas específicas que evidencian el comportamiento de la muerte en el grupo poblacional de 0 a 5 años de edad, siendo importante tener en cuenta, que el 62% de las muertes de este grupo etario ocurren en el periodo perinatal, por lo que se requiere, iniciar un proceso de revisión específica en relación a la calidad de la atención del binomio madre e hijo, con el fin de fortalecer procesos e impactar en el comportamiento de la mortalidad en este periodo, la mortalidad a partir de los 29 días de nacido hasta antes del año, representa el 24% del comportamiento de la mortalidad y finalmente de 1 a 5 años de edad el 14.5%.

Teniendo en cuenta que la mortalidad perinatal concentra el 62% de la situación es de esperar que las Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, ocupen el primer lugar en causalidad para el grupo de 0 a 5 años de edad, afectando en mayor proporción a la población masculina, evidenciando un comportamiento con tendencia a la reducción con una estabilidad en el comportamiento entre las vigencias 2014 y 2015 y un leve descenso para el año 2017, finalizando con una tasa general de 91,36 por cada 100.000 niños de 0 a 5 años.

En segundo lugar y muy relacionado con el periodo perinatal, se encuentran las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que muestran un comportamiento inestable con altibajos



interanuales, que muestran para el 2017 una tasa de mortalidad de 43,05 por cada 100.000 niños de 0 a 5 años, mostrando una reducción promedio de 2 puntos de tasa en relación a la vigencia anterior.

Las enfermedades del sistema respiratorio, representan una situación de especial interés dado el incremento mostrado para la vigencia 2017 con una tasa de 13,05 por cada 100.000 niños de 0 a 5 años, con un aumento promedio de 2,3 puntos de tasa en relación al año 2016.

Las enfermedades del sistema circulatorio, presentan un comportamiento inestable con vigencias en cero casos como en el 2012 y 2013, con un reporte en los años 2015 y 2016 exclusivo para el sexo femenino, presentándose para la vigencia 2016 una reducción en el comportamiento de las muertes en el sexo femenino pero un incremento importante para el sexo masculino, con una tasa de 8.7 por cada 100.000 hab. de 0 a 5 años de edad, no reportándose muertes para la vigencia 2017.

Las enfermedades del sistema nervioso, muestran un comportamiento fluctuante, revelando una tasa para la vigencia 2015 de 2.18 por 100.000 Hab. de 0 a 5 años de edad, presentándose un aumento importante para el año 2016 con una tasa de 6.52 por cada 100.000 hab. de 0 a 5 años de edad y una posterior reducción al 2017 con una tasa de 4,35 por 100.000 menores de 1 a 5 años, centrándose el comportamiento en el sexo masculino.

Entre los grupos de mayor interés se encuentran las Neoplasias, que, a pesar de no ubicarse en los primeros lugares de causalidad, representan un tema de especial interés dada la posibilidad de supervivencia que pueden tener los niños si se cuenta con un diagnóstico oportuno, al igual que el tratamiento indicado garantizando la continuidad en el suministro, el apoyo social en relación al apoyo nutricional entre otros aspectos a tener en cuenta, convirtiéndose en una prioridad para el Departamento del Quindío; en este contexto se muestra un comportamiento elevado entre los años 2006 al 2007, presentando la tasa de mortalidad más alta en la vigencia 2013 con un posterior descenso para la vigencia 2014, reiniciándose el incremento para el 2015, manteniéndose este mismo comportamiento para el año 2017 con una tasa general de 2,18 por cada 100.000 hab entre 0 y 5 años de edad, específicamente del sexo femenino.



Tabla 70: Tasas específicas de mortalidad en menores de 0 a 5 años, según la lista de las 67 causas departamento, Quindío, 2005 – 2017.

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	25,14	8,40	8,42	16,92	0,00	12,73	12,73	0,00	4,24	0,00	8,49	0,00	4,25
Tumores (neoplasias)	4,19	4,20	4,21	0,00	4,24	4,24	0,00	0,00	12,73	0,00	8,49	4,25	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	4,19	0,00	0,00	0,00	4,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	4,19	4,20	0,00	0,00	8,48	0,00	12,73	0,00	4,24	0,00	0,00	4,25	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	0,00	21,01	8,42	8,46	4,24	12,73	0,00	0,00	0,00	4,25	0,00	4,25	8,49
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	8,38	8,40	0,00	8,46	12,72	4,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12,74	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	8,38	16,81	33,70	29,60	21,20	12,73	8,49	21,22	4,24	16,98	4,25	21,23	12,74
Enfermedades del sistema digestivo	12,57	8,40	4,21	12,69	4,24	0,00	4,24	0,00	4,24	0,00	4,25	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	4,23	0,00	0,00	4,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	142,45	105,05	134,78	118,41	156,87	127,33	140,04	88,13	84,86	93,39	97,65	59,44	93,44
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	37,71	50,42	63,18	54,98	38,16	76,40	59,41	50,93	38,19	38,21	42,46	42,46	50,97
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4,19	0,00	0,00	0,00	0,00	8,49	4,24	4,24	4,24	4,25	12,74	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	4,23	0,00	0,00	0,00	0,00	4,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,33	42,02	8,42	12,69	25,44	12,73	16,97	33,95	0,00	12,74	8,49	0,00	4,25

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,76	8,77	13,19	17,68	8,88	8,91	0,00	0,00	8,92	0,00	4,46	4,46	4,46
Tumores (neoplasias)	4,38	13,16	13,19	13,26	0,00	0,00	4,46	8,92	4,46	4,46	0,00	4,46	4,46
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,46	0,00	0,00	4,46	0,00	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,00	4,39	0,00	8,84	8,88	0,00	0,00	0,00	0,00	4,46	4,46	0,00	0,00
Enfermedades del sistema nervioso	4,38	8,77	13,19	4,42	8,88	4,45	0,00	8,92	0,00	4,46	4,46	8,92	0,00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	4,38	4,39	8,79	4,42	8,88	4,45	4,46	0,00	0,00	4,46	8,92	4,46	0,00
Enfermedades del sistema respiratorio	8,76	17,54	13,19	8,84	8,88	4,45	4,46	8,92	0,00	13,38	13,38	8,92	13,38
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,00	4,40	0,00	4,44	0,00	0,00	4,46	0,00	0,00	0,00	4,46	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	4,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,46	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	127,02	114,04	145,05	110,52	115,45	66,79	57,95	75,84	71,39	53,53	49,05	84,71	89,17
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	48,18	65,79	57,14	22,10	57,73	53,43	40,12	40,15	49,08	35,69	62,43	49,04	35,67
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0,00	8,77	8,79	4,42	4,44	0,00	0,00	4,46	4,46	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades	0,00	4,39	0,00	4,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,92	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	17,52	17,54	13,19	17,68	13,32	4,45	4,46	22,30	4,46	4,46	22,30	4,46	0,00



Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17,13	8,58	10,75	17,29	4,34	10,87	6,52	0,00	6,52	0,00	6,52	2,17	4,35	
Tumores (neoplasias)	4,28	8,58	8,60	6,48	2,17	2,17	2,17	4,35	8,70	2,18	4,35	4,35	2,18	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,14	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	2,17	0,00	0,00	2,18	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,14	4,29	0,00	4,32	8,68	0,00	6,52	0,00	2,17	2,18	2,17	2,17	0,00	
Enfermedades del sistema nervioso	2,14	15,02	10,75	6,48	6,51	8,69	0,00	4,35	0,00	4,35	2,17	6,52	4,35	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Enfermedades del sistema circulatorio	6,42	6,44	4,30	6,48	10,84	4,35	2,17	0,00	0,00	2,18	4,35	8,70	0,00	
Enfermedades del sistema respiratorio	8,57	17,17	23,66	19,45	15,18	8,69	6,52	15,22	2,17	15,23	8,70	15,22	13,05	
Enfermedades del sistema digestivo	6,42	4,29	4,30	6,48	4,34	0,00	2,17	2,17	2,17	0,00	2,17	2,17	0,00	
Enfermedades del sistema genitourinario	2,14	0,00	0,00	2,16	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	134,91	109,45	139,81	114,55	136,64	97,79	100,00	82,65	78,30	73,95	73,95	71,77	91,36	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	42,83	57,94	60,22	38,90	47,72	65,19	50,00	45,67	43,50	36,98	52,20	45,67	43,50	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	2,14	4,29	4,30	2,16	2,17	4,35	2,17	4,35	4,35	2,18	6,52	0,00	0,00	
Todas las demás enfermedades	0,00	2,15	0,00	4,32	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	4,35	0,00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	23,56	30,04	10,75	15,13	19,52	8,69	10,87	28,27	2,17	8,70	15,22	2,17	2,18	

224

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

10.10 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, para la vigencia 2015 no se reportaron muertes maternas directas, presentándose para el año 2016 un aumento en el comportamiento que sobrepasa el comportamiento Nacional en forma significativa. Grafico 57 .

La razón observada en el lapso de tiempo analizado, coloca a la gestación como una prioridad departamental, y es posible no ver defunciones maternas, como en 2009, en 2015 y en 2017, si se mantienen esquemas óptimos y vigilantes de atención, adecuados para atender las complicaciones que se presentan en la gestación.

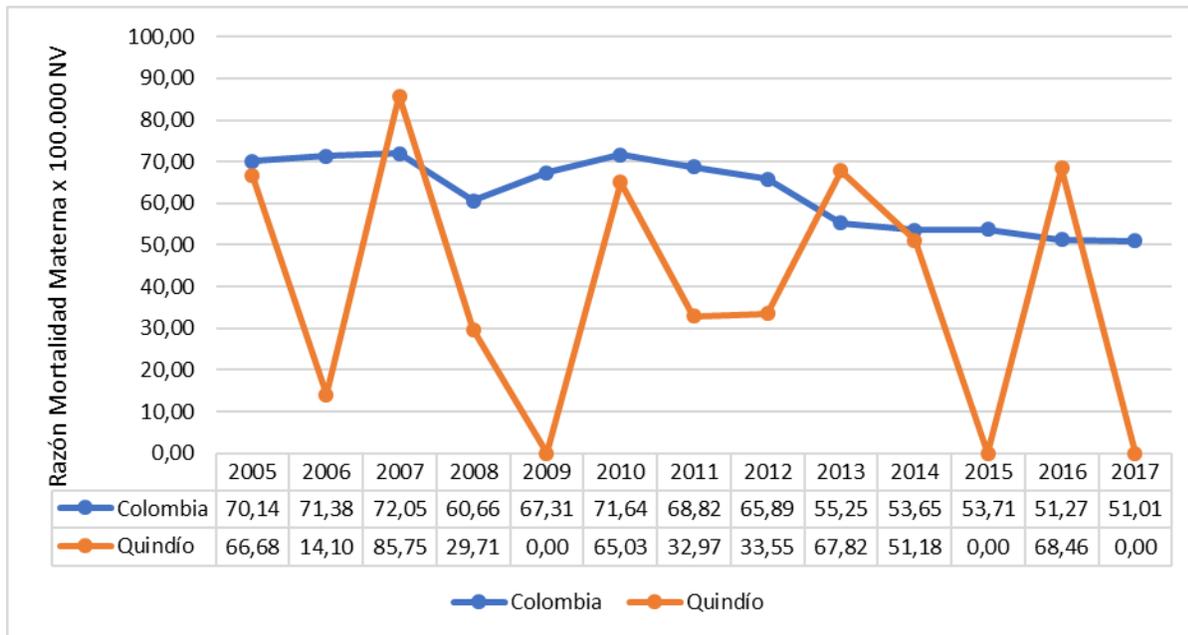


Gráfico 57: Razón de mortalidad materna a 42 días después del parto, Quindío, 2005 -2017.

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

La mortalidad materna para el Departamento del Quindío según lo evidenciado en el Gráfico 30 , 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.

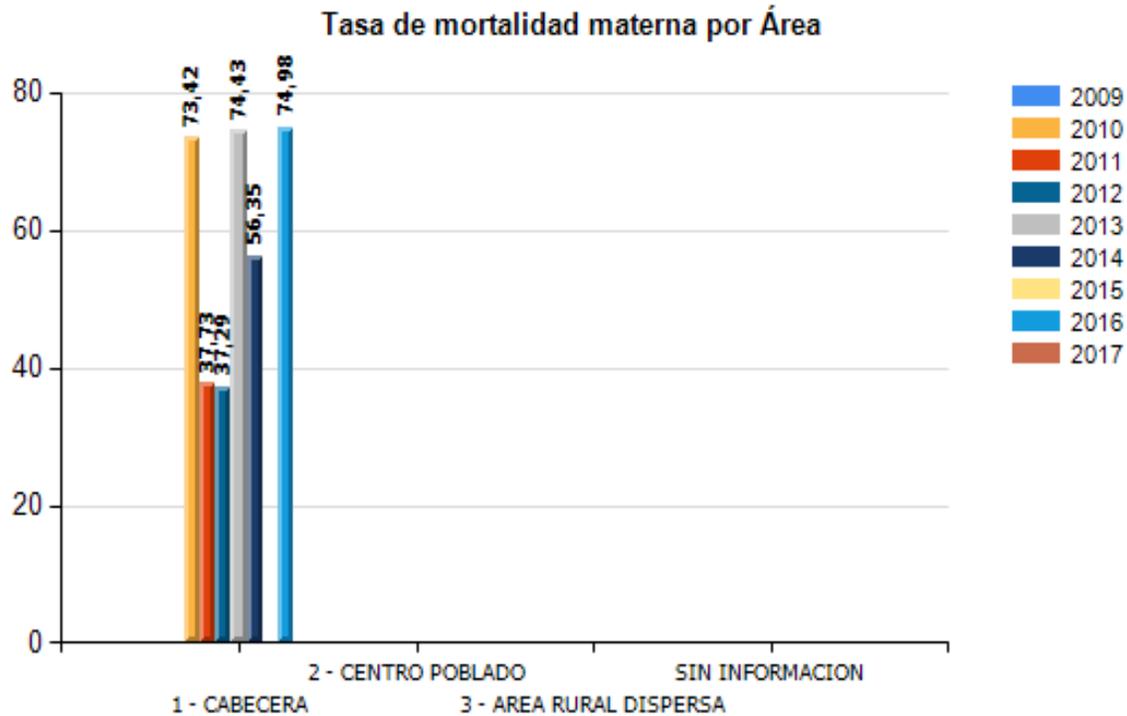


Gráfico 58: Razón de mortalidad materna a 42 días después del parto, Quindío, 2005 -2017.

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

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

Para el año 2107, no se reportan muertes maternas tempranas, sin embargo, es necesario mantener las acciones y programas dispuestos a la atención de las gestantes, dado que se clasifican como prioritarias para el acceso a los servicios de salud del territorio, con el fin de evitar la ocurrencia de este tipo de eventos que generan retrocesos en el sector salud,

La mortalidad Neonatal presenta un comportamiento que sobrepasan la tasa Nacional, siendo priorizados para intervenciones (color amarillo).



La mortalidad infantil, la mortalidad en la niñez y la mortalidad por IRA se semaforizan en amarillo teniendo en cuenta que sus comportamientos los ubican muy cerca a la tasa Nacional, por lo tanto, son temáticas priorizadas a incluir en los procesos de intervención integral que se espera por medio de la generación de las Rutas Integrales de Atención.

La mortalidad por Enfermedades Diarreicas Agudas y la mortalidad por desnutrición en menores de 5 años, no reportan casos de muerte, por lo tanto se clasifican en verde, lo que genera que serán temáticas a intervenir en forma posterior, sin embargo por las situaciones presentes en el Departamento del Quindío, relacionadas con las condiciones de las poblaciones indígenas en especial la Embera Chami y la situación de migración de población Venezolana que presentan condiciones de alta vulnerabilidad, que deben mantenerse en constante vigilancia con el fin de evitar la presencia de muertes relacionadas.

Tabla 71 : Semaforización tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, departamento, Quindío 2005 – 2017.

Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Razón de mortalidad materna	51,01	0,00	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘	
Tasa de mortalidad neonatal	6,94	8,88	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad infantil	10,73	11,45	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad en la niñez	13,02	12,64	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	13,05	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	0,00	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	-	-	↗	↘	-	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	5,84	0,00	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	

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



11.1 DETERMINANTES DE SALUD INTERMEDIARIOS EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.

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 0.93 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.

228

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 1.24 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 22.45 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 2.43 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 2.43 muertes por cada 1,000 que nacen vivos, lo que representa un 25.21 por ciento de la mortalidad por cada 1,000 NV.



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



La Tasa de Mortalidad por IRA, en términos absolutos, significa que el grupo con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas tiene 13.16 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 2.03 muertes en cada 1,000 niños menores de cinco años, lo cual representa un 18.19 por ciento de las muertes que se producen a escala departamental, por cada 1,000 niños menores de cinco años.

El Grafico 59 muestra la tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos año 2017 y el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, en los municipios del Quindío. Los municipios con mayor tasa de mortalidad infantil son en su orden Génova, Filandia, Córdoba, Circasia, Pijao y Montenegro, siendo estos los que presentan una relación directa con el nivel de Necesidades básicas insatisfechas, los municipios de Salento y Buenavista, presentaron tasas de mortalidad infantil en cero para la vigencia 201 sin embargo son municipios que presentan altos Niveles de Necesidades Básicas insatisfechas, por lo que deben permanecer en vigilancia constante para evitar la presencia de muertes.

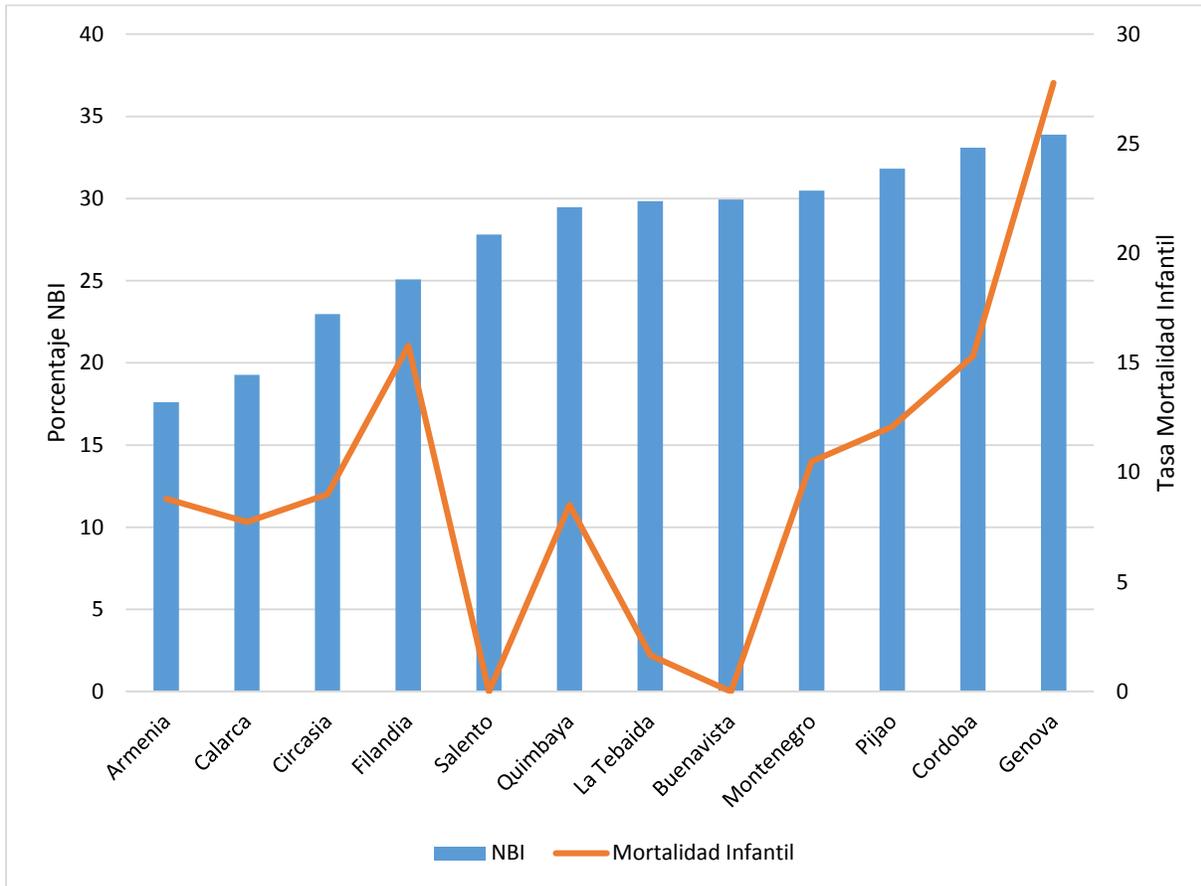


Gráfico 59 : Tasa de mortalidad infantil por NBI en el Quindío, 2017.

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

11.2 DETERMINANTES ESTRUCTURALES EN MORTALIDAD MATERNA, INFANTIL Y NIÑEZ.

11.2.1 ETNIA

Para el periodo 2017. No se presentaron muertes maternas, y en la mortalidad neonatal no se reporta población perteneciente a etnias, por lo que no es aplicable para la vigencia el determinante de etnia, dado que la población fallecida no fue identificada, como indígena, afro, Rom, o raizal.

Tabla 72: Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia, Quindío, 2016 – 2017.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos				Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Etnia	2016	2017	Cambio	Etnia	2016	2017	Cambio
Indígena	0	0	0	Indígena	0	0	0
Rom (gitano)				Rom (gitano)			
Raizal				Raizal			
Negro, mulato, afrodescendiente				Negro, mulato, afrodescendiente			
Otras etnias	69,24	0	69,24	Otras etnias	8,31	8,99	0,68
Total, general	0	68,46	68,46	Total, general	8,21	8,88	0,67

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

11.3 ÁREA DE RESIDENCIA

En el periodo analizado, la Razón de mortalidad materna tuvo un elevado comportamiento que ubica al Departamento por encima de la Razón de mortalidad Materna Nacional, según el área de residencia de cabecera, teniendo en cuenta que la totalidad de los casos reportados en las vigencias 2015 y 2016, se concentran en la zona urbana en un 100%. Respecto a la mortalidad neonatal muestra un aumento en cabecera con un cambio de 1.48 puntos, al igual que la mortalidad neonatal en los centros poblados con un cambio a favor de 7.69 puntos, no reportando casos en él 2016 y un aumento de 2.62 puntos porcentuales en el área dispersa, tal como se presenta en la

Tabla 73 72.

Tabla 73: Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia, Quindío, 2015 – 2017.

Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos				Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Área de residencia	2016	2017	Cambio	Área de residencia	2016	2017	Cambio
Cabecera	68,46	0	-68,46	Cabecera	8,81	8,86	0,05
Centro Poblado				Centro Poblado	0	5,71	5,71
Área rural dispersa				Área rural dispersa	2,62	10,67	8,05

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

En el Gráfico 61: **Tasa** de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2017. se presenta el comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal, encontrando que la clasificación por etnia no es fiable dado el alto porcentaje de casos a los que no se les diligencia la etnia, lo que puede representar omisión de información, situación a intervenir en forma prioritaria, con el fin de mejorar los procesos de clasificación étnica de la mortalidad neonatal; en relación al área de residencia, se encuentra que el mayor porcentaje se concentra en la zona urbana, siendo directamente proporcional a la concentración de población en las cabeceras municipales, mostrando un aumento en el comportamiento para la vigencia 2017

La ocurrencia en los centros poblados muestra un comportamiento atípico para la vigencia 2010, presentando un aumento en menor proporción para el año 2017; el rural disperso, muestra su mayor



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



comportamiento en los años 2013 y 2014, mostrándose en cero para el año 2015, con un importante aumento para el año 2017

Gráfico 60: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 - 2017

233

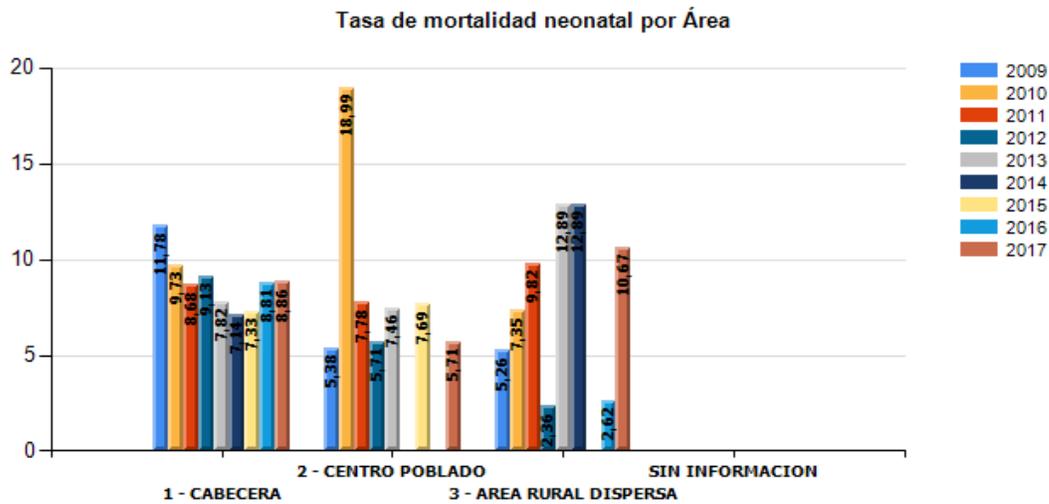
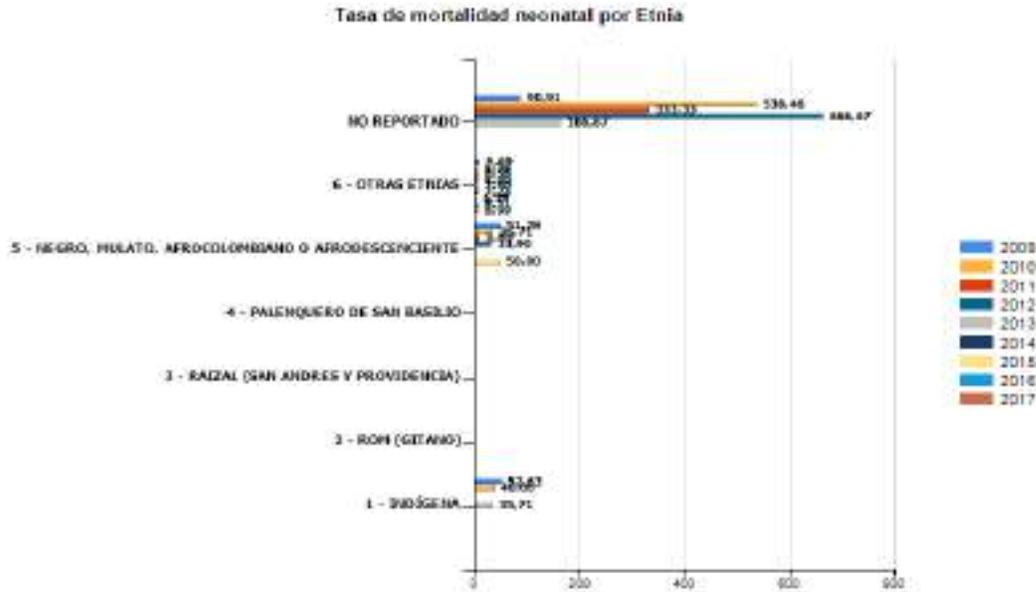


Gráfico 61: Tasa de mortalidad neonatal por Etnia y Área, Quindío, 2009 a 2017.

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

12 MORTALIDAD POR CURSO DE VIDA.



Con el fin de ampliar un poco más el conocimiento de las causas de mortalidad presentes en la población del Departamento del Quindío, y lograr enlazar la información generada por el documento ASIS, para la alineación de las Rutas de Atención Integral de acuerdo a lo dispuesto en el Modelo Integral de Atención en Salud, se decide agregar el análisis de la mortalidad por cursos de vida.

La Tabla 73 muestra el comportamiento de la mortalidad por grandes grupos, según cursos de vida, encontrando: que para el curso de vida de la primera infancia, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal concentran el 56 % de la causalidad para este curso de vida, seguido de las demás enfermedades, corresponden a la primera causa, dado que se informan las malformaciones congénitas, que generan un importante comportamiento en relación a las muertes asociadas, correspondiendo al 28%, centrando en estos dos grupos causales el 84 % de la muerte para la primera infancia; en tercer lugar se encuentran las enfermedades transmisibles, que para este grupo poblacional, son las Infecciones Respiratorias Agudas las de mayor riesgo, siendo el 12%, luego las neoplasias con el 2,66% y una muerte reportada por causa externa.

La primera infancia muestra un comportamiento menor con un total de 11 muertes, siendo las demás enfermedades (defectos congénitos) y las neoplasias las de mayor presencia concentrando el 73%, seguida de las causas externas con el 18,18% y las enfermedades del sistema circulatorio con el 9%

El curso de vida de la Adolescencia, centra la mortalidad en las causas externas, donde los homicidios y los suicidios son los de mayor comportamiento con el 71,4%, en segundo lugar, las neoplasias con el 11,4%, todas las demás enfermedades 8,57% y 1 muerte por enfermedades transmisibles,

Para el curso de vida de la juventud, la mortalidad esta marcada lastimosamente por las causas externas, que abarcan el 76% del total de muertes en este momento del curso de vida, seguido de las demás causas, donde la diabetes inicia un papel importante y las enfermedades transmisibles, siendo el VIH el principal evento, con iguales comportamiento, correspondiendo al 8% cada una, las neoplasias presentan un comportamiento importante con el 5,40% y finalmente las enfermedades del sistema circulatorio con el 2,7%.

Para el curso de vida de la adultez, la primera causa se enmarca en las Neoplasias con el 28%, seguido de las causas externas con el 25,18%, en tercer lugar se encuentra, todas las demás enfermedades con el 17,23%, las enfermedades del sistema circulatorio, corresponde al 17%, las enfermedades transmisibles presentan el 7,9%.

Por último, el curso de vida de vejez, que del total de muertes abarca el 74%, muestra como primera causa las enfermedades del sistema circulatorio con el 38%, seguido de todas las demás causas con el 31%, las neoplasias representan el 20,49%, las enfermedades transmisibles, para este grupo las infecciones respiratorias agudas en especial, centran el 7,21% y las causas externas el 4,05%

Tabla 74: Mortalidad por grandes grupos según curso de vida – Departamento del Quindío 2017

GRAN CAUSA	TOTAL						Total general
	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	
	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 A 28	29 A 59	60 Y MAS	
300 - ENFERMEDEADES SISTEMA CIRCULATORIO		1		5	116	1.057	1.179
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDEADES	21	4	3	15	117	838	998
200 - NEOPLASIAS	2	4	4	10	190	571	781
500 - CAUSAS EXTERNAS	1	2	25	140	171	113	452
100 - ENFERMEDEADES TRANSMISIBLES	9		1	15	81	201	307

400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	42						42
700 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS			2		4	6	12
Total, general	75	11	35	185	679	2.786	3.771

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017.

La tabla 74 muestra la mortalidad según curso de vida en la población masculina del Departamento del Quindío, para la vigencia 2017, encontrando el siguiente comportamiento:

Para la primera infancia, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal corresponden a la primer causa con el 52,3% del total de defunciones para este grupo, seguido de las demás enfermedades con el 31%, las enfermedades transmisibles con el 11,9% y en inferior proporción, las neoplasias y las causas externas.

La población masculina en el curso de vida de infancia, presenta como principales causas de muerte las neoplasias y las causas externas con un 40% de ocurrencia cada uno y por ultimo todas las demás enfermedades.

El curso de vida de adolescencia, muestra para la población masculina, el 88% de fallecimientos por causas externas, en porcentajes muy inferiores en su orden las neoplasias y todas las demás enfermedades.

El grupo de vida de juventud, para los hombres, centra la mortalidad en las causas externas con el 83,11% seguido de las enfermedades transmisibles con el 7,14% y en su orden todas las demás enfermedades, las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio.

El grupo de hombres en el curso de vida de la adultez muestra un elevado comportamiento en la causa externa con el 35%, se inicia el incremento de las enfermedades del sistema circulatorio, con el 18,53%, las neoplasias con el 17,7%, todas las demás enfermedades 15,43% y las enfermedades transmisibles 13,3%.

En la vejez los hombres en un 38% mueren por enfermedades del sistema circulatorio, todas las demás enfermedades corresponden al 28%, las neoplasias corresponden al 21%, las enfermedades transmisibles al 7,44% y las causas externas cubren el 5,5%.

Tabla 75: Mortalidad por grandes grupos según curso de vida en hombres – Departamento del Quindío 2017

GRAN CAUSA	TOTAL						Total general
	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez	
	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 A 28	29 A 59	60 Y MAS	
300 - ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO				2	80	564	646
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	13	1	1	8	67	418	508
200 - NEOPLASIAS	1	2	2	5	77	313	400
500 - CAUSAS EXTERNAS	1	2	21	128	151	82	385
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	5			11	57	111	184
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	22						22
700 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS					2	2	4
Total, general	42	5	24	154	434	1.490	2.149

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017

Para la vigencia 2017, la mortalidad en mujeres según curso de vida muestra, que para la primera infancia, la primera causa de muerte corresponde a ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal con el 60%, seguido de todas las demás enfermedades con el 24%, en menor porcentaje se presentan las enfermedades transmisibles y las neoplasias.

Para la infancia en las mujeres el 50% de la mortalidad se presenta en el grupo de las demás causas, seguido de las neoplasias con el 33,3% y un caso por enfermedad del sistema circulatorio

Para la adolescencia en el sexo femenino, el 36,6% se presenta por causas externas, todas las demás enfermedades y las neoplasias presentan el 18% cada uno y las enfermedades transmisibles el 9%

El curso de vida de juventud para la mujer muestra como principal causa de muerte las causas externas con el 39%, seguido de todas las demás causas con el 22,5%, las neoplasias con el 16,12%, y en menor proporción las enfermedades transmisibles y las enfermedades del sistema circulatorio.

La Adulthood para las mujeres, marca la mortalidad en las causas externas con el 46,12%, seguido de todas las demás enfermedades con el 20,45%, las enfermedades del sistema circulatorio, con el 14,69%, las enfermedades transmisibles con el 9,79% y las causas externas en menor proporción.

La mortalidad en el curso de vida de la vejez, muestra el 38% de las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, el 32,40 % por todas las demás enfermedades, el 19,90% por neoplasias y en menor porcentaje las enfermedades transmisibles y las causas externas.

Tabla 76: Mortalidad por grandes grupos según curso de vida en mujeres – Departamento del Quindío 2017

GRAN CAUSA	TOTAL						Total general
	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	
	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 A 28	29 A 59	60 Y MAS	
300 - ENFERMEDEADES SISTEMA CIRCULATORIO		1		3	36	493	533
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDEADES	8	3	2	7	50	420	490

200 - NEOPLASIAS	1	2	2	5	113	258	381
500 - CAUSAS EXTERNAS			4	12	20	31	67
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	4		1	4	24	90	123
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	20						20
700 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS			2		2	4	8
Total, general	33	6	11	31	245	1.296	1.622

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017

En las tablas 76,77,78 Se muestra el comportamiento por curso de vida de las muertes según las subcausas de cada gran grupo, con el fin de poder referenciar en forma específica las situaciones a intervenir por cada curso de vida en relación al comportamiento evidenciado para la vigencia 2017, exponiendo la información en relación a la población total y por sexo.

Tabla 77: Mortalidad por subcausas en población total según curso de vida– Departamento del Quindío 2017

GRAN CAUSA	NOMBRE CAUSA	Primera Infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez	Total general
		0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 y MAS	
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	6		1	1	25	147	180
	ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA				11	50	21	82
	SEPTICEMIA				1	1	16	18
	TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS				1	2	6	9
	OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2					1	4



Total 1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES						4	4
	MENINGITIS	1			1	2	3	7
		9	0	1	15	81	201	307
200 – NEOPLASIAS	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO				1	22	73	96
	RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS			2	4	27	56	89
	T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					17	88	105
	CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM.INCIERTO O DESCON.		2	1		11	54	68
	T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	2	2	1	3	14	41	63
	TUMOR MALIGNO DEL COLON					12	32	44
	T. MALIGNO DE LA PROSTATA						42	42
	TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES					7	48	55
	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA					23	27	50
	T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS				2	12	23	37
TUMOR M. ORG.DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL.ESTOM.Y COLON					10	35	45	

	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS					7	22	29
	T. MALIGNO DEL UTERO					20	19	39
	TUMOR M.ORG. RESPIRAT. E INTRAT., EXCL.TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					8	11	19
Total 2		2	4	4	10	190	571	781
300 ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON				1	77	648	726
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		1		2	25	196	224
	ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON				2	7	70	79
	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS					2	84	86
	RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO					3	38	41
	INSUFICIENCIA CARDIACA					2	19	21
	ATERIOSCLEROSIS						2	2
Total 3			1		5	116	1.057	1.179
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	6						6
	RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER, GEST.CORTA	7						7
	TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	15						15
	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	5						5



	FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	6						6
	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	2						2
	ENF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	1						1
Total 4		42						42
500 - CAUSAS EXTERNAS	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS			9	91	91	13	204
	ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS		1	5	24	40	37	107
	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS			7	16	21	8	52
	CAIDAS				1	4	21	26
	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	1		1	4	4	15	25
	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS		1	1	1	6	14	23
	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES			1	1	1		3
	COMPLICAC.DE LA ATENC. MEDICA Y QUIRURG., INCLUSIVE SECUELAS			1		2	5	8
	ENVENENAMIENTO. ACC. POR, Y EXPOSICION A SUSTANC.NOCIVAS					2	1	3



	EXPOSICION AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS					1		1
Total 5		1	2	25	140	171	113	452
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES					16	314	330
	DIABETES MELLITUS			2	1	19	99	121
	OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO				2	9	95	106
	ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO					10	119	129
	RESIDUO		2		3	20	33	58
	ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1	1		6	19	29	56
	CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS					9	33	42
	APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL				2	4	25	31
	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS					1	24	25
	ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS					3	35	38
	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES					6	10	16
	MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	20	1	1			1	23

	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO						13	13
	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO				1	1		2
	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA						8	8
Total 6		21	4	3	15	117	838	998
700 - SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS			2		4	6	12
Total general		75	11	35	185	679	2.786	3.771

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017

Tabla 78: Mortalidad por subcausas en hombres según curso de vida– Departamento del Quindío 2017.

GRAN CAUSA	NOMBRE CAUSA	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 Y Mas	Total general
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	3				18	74	95
	ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA				9	33	18	60
	SEPTICEMIA				1	1	7	9
	TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS					2	2	4
	OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1				1	3	5
	MENINGITIS	1			1	2	3	7
	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES						4	4
Total 1		5			11	57	111	184
	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO				1	15	53	69

200 - NEOPLASIAS	T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					8	56	64
	RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS			2		15	29	46
	T. MALIGNO DE LA PROSTATA						42	42
	T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	1	2		2	7	26	38
	CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM.INCIERTO O DESCON.					6	28	34
	TUMOR M. ORG.DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL.ESTOM.Y COLON					5	20	25
	TUMOR MALIGNO DEL COLON					5	15	20
	TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES					1	16	17
	TUMOR M.ORG. RESPIRAT. E INTRAT., EXCL.TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					7	9	16
	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS					2	13	15
	T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS				2	6	6	14
Total 2		2	2	5	77	313	400	
300 - ENFERMEDA DES SISTEMA CIRCULATOR IO	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON					59	368	427
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES				1	12	81	94
	ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON				1	2	39	42
	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS					2	44	46
	RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO					3	21	24
	INSUFICIENCIA CARDIACA					2	9	11

	ATEROSCLEROSIS						2	2
Total 3					2	80	564	646
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	8						8
	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	4						4
	RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER, GEST.CORTA	3						3
	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC. MATERNAS	2						2
	FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	2						2
	OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	2						2
	NF. HEMOLITICA DEL FETO Y DEL RECIEN N. Y KERNICTERUS	1						1
Total 4		22						22
500 - CAUSAS EXTERNAS	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS			8	85	83	11	187
	ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS		1	4	22	31	28	86
	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS			5	13	20	7	45
	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS		1	1	1	6	12	21
	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS	1		1	3	3	10	18
	CAIDAS				1	4	11	16
	COMPLICAC.DE LA ATENC. MEDICA Y QUIRURG., INCLUSIVE SECUELAS			1		1	2	4

	ENVENENAMIENTO. ACC. POR, Y EXPOSICION A SUSTANC.NOCIVAS				2	1		3	
	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES			1	1	1		3	
Total 5		1	2	21	128	150	81	383	
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMEDADES	ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES					12	164	176	
	OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO				2	4	48	54	
	ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO					6	57	63	
	DIABETES MELLITUS			1		10	42	53	
	ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	1			4	13	11	29	
	RESIDUO				1	8	10	19	
	CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS					6	16	22	
	APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL				1	1	11	13	
	ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS					3	23	26	
	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS					1	15	16	
	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES					3	8	11	
	MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	12	1						13
	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA							8	8
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO							5	5	
Total 6		13	1	1	8	67	418	508	

7	SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS					2	2	4
Total general		42	5	24	154	433	1489	2147

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017

Tabla 79: Mortalidad por subcausas en mujeres según curso de vida- Departamento del Quindío 2017.

249

GRAN CAUSA	NOMBRE CAUSA	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 y MAS	Total, general
100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	3		1	1	7	73	85
	ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA				2	17	3	22
	SEPTICEMIA						9	9
	TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS				1		4	5
	OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1					1	2
Total 1		4		1	4	24	90	123
200 - NEOPLASIAS	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA					23	27	50
	RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS				4	12	27	43
	T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					9	32	41
	TUMOR MALIGNO DEL UTERO					20	19	39
	TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES					6	32	38
	CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE COMPORTAM. INCIERTO O DESCON.		2	1		5	26	34
	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO					7	20	27
	T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS AFINES	1		1	1	7	15	25
	TUMOR MALIGNO DEL COLON					7	17	24
	T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS					6	17	23
TUMOR M. ORG. DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL. ESTOM. Y COLON					5	15	20	

	TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS					5	9	14
	TUMOR M.ORG. RESPIRAT. E INTRAT., EXCL.TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON					1	2	3
Total 2		1	2	2	5	113	258	381
300 - ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON				1	18	280	299
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES		1		1	13	115	130
	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS						40	40
	ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF. CORAZON				1	5	31	37
	RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO						17	17
	INSUFICIENCIA CARDIACA						10	10
Total 3		1			2	46	475	524
400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	7						7
	RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER, GEST.CORTA	4						4
	OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	4						4
	FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	4						4
	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	1						1
Total 4		20						20
500 - CAUSAS EXTERNAS	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS			1	2	9	9	21
	ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS			1	6	8	2	17
	CAIDAS						10	10
	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS			2	3	1	1	7
	EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA, INCL. SECUELAS				1		4	5
	COMPLICAC.DE LA ATENC. MEDICA Y QUIRURG., INCLUSIVE SECUELAS					1	3	4

	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS						2	2	
	EXPOSICION AL HUMO, FUEGO Y LLAMAS						1	1	
Total 5				4	12	20	31	67	
600 - TODAS LAS DEMÁS ENFERMED ADES	ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES						4	150	154
	DIABETES MELLITUS			1	1		9	57	68
	ENFERMEDADES SISTEMA URINARIO						4	62	66
	OTRAS ENF. SISTEMA DIGESTIVO						5	47	52
	RESIDUO		2			2	12	23	39
	ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS		1			2	6	18	27
	CIERTAS ENF. CRONICAS DEL HIGADO Y CIRROSIS						3	17	20
	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS							9	9
	APENDICITIS, HERNIA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTR. INTESTINAL					1	3	14	18
	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO							8	8
	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES						3	2	5
	MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	8		1				1	10
	ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS							12	12
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO					1	1		2	
Total 6		8	3	2	7	50	420	490	
7	SINTOMAS, SIGNOS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS			2		2	4	8	
Total general		33	6	11	31	245	1296	1622	

Fuente: Elaboración propia según Base de Datos DANE 2017

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

Tabla 80: Identificación de prioridades según situación de mortalidad – Departamento del Quindío – 2017.

Curso de vida	CAUSAS DE MORTALIDAD IDENTIFICADA	VALOR DEL INDICADOR EN LA ENTIDAD TERRITORIAL	Grupos de Riesgo (MIAS)	Dimensión
0 a 5	Afecciones periodo perinatal	42	8. Materno - perinatal	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	20	8. Materno - perinatal	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Enfermedades del sistema respiratorio	6	9. Infecciones	Salud ambiental
6 a 11	Tumores malignos (Leucemia linfoblástica aguda)	4	7. Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Causas externas (accidentes)	2	13. Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	Salud ambiental - Salud pública en emergencias y desastres
12 a 17	Mortalidad por agresiones (homicidios)	9	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental



	Accidente de tránsito	5	12. Agresiones, accidentes y traumas	Salud ambiental
	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	7	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
18 a 28	Mortalidad por agresiones (homicidios)	91	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental
	Accidente de tránsito	24	12. Agresiones, accidentes y traumas	Salud ambiental
	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	16	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
29 a 59	Enfermedad por el VIH (SIDA)	50	9. Infecciones	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Mortalidad por agresiones (homicidios)	91	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental
	Enfermedades isquémicas del corazón	77	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	ca estómago, diabetes mellitus, tumor maligno de tejido linfático y org. hematopoyéticos	44	7. Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles



	tumor maligno de mama	23	7.Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	tumor maligno de útero	20	7.Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
60 y más	Enfermedades isquémicas del corazón	648	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	314	2. Infecciones respiratorias crónicas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Enfermedades cerebrovasculares	196	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Infecciones respiratorias agudas	147	9. Infecciones	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Diabetes mellitus	99	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles

Fuente: EEVV DANE.



14 CONCLUSIONES.

Este comportamiento de las defunciones en el lapso de 13 años en Quindío tiende a disminuir suavemente en algunas condiciones, evidenciándose con cambios en la severidad mostrada con los años de vida potencialmente perdidos; las tasas brutas de mortalidad por causas, sigue determinando como primera causa a las enfermedades circulatorias, llegan a cifras que afectan a casi 2 de cada mil personas, y en segundo orden las demás causas, que involucra a enfermos crónicos como diabetes, como condición precursora; lo que incrementa la clínica de la diabetes para que diagnóstico tardío sea menos frecuente; sin cambios en la enfermedad isquémica del corazón, la que tiene mayor participación en la mortalidad en departamento y en especial en las causas que corresponde a las alteraciones circulatorias.

El caso de las neoplasias como causa importante de defunciones, tercer lugar, su tendencia creciente es leve en los hombres y en las mujeres, presentan un descenso progresivo, pero con un crecimiento en los dos últimos años en el ajuste de las tasas; las defunciones por neoplasia en los análisis ajustados se mantiene como tercera causa en la muerte general, tanto en hombres y mujeres; el ascenso de estas enfermedades, aunque leve, generan 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 25% en 13 años.

La cuarta causa de mortalidad, las causas externas, presenta tasas en descenso en ambos sexos, tanto en la 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 cadena desencadenante y las relaciones respecto a sus determinantes sociales, próximos y distales.



El quinto lugar de defunciones dadas por causas por enfermedades transmisibles e infecciosas, tienen un comportamiento general 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 mala calidad en suministro de servicios públicos adecuados, tanto domiciliarios como sociales, entre los que se cuenta salud. Las infecciones hacen parte de un grupo importante de enfermedades que son objeto de vigilancia; su presencia demuestran precariedad, irresponsabilidad y desabastecimiento básico de servicios de salud y de servicios domiciliarios; su presencia puede decirse como fracasos absolutos, 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 inefectividad de los mismos, al impacto de las acciones de vigilancia epidemiológica, entre otras intervenciones que favorecen que las enfermedades transmisibles e infecciosas no sean 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, infección importante entre estas causas de defunciones, demuestra la capacidad de del descontrol en la trasmisión de este virus; la tasa en los hombres es muy superior, prácticamente duplican las cifras para el sexo femenino.

Históricamente las enfermedades infecciosas, fueron las causantes de un gran número de muertes a nivel mundial, sin embargo, el descubrimiento de medicamentos como los antibióticos, los biológicos como las vacunas y el conocimiento de las enfermedades, que permitió el mejoramiento en relación a las acciones de control, permitió que la mortalidad por este tipo de enfermedades presentara un descenso significativo, sin embargo la llegada de extranjeros, la comercialización abierta de productos, la apertura de fronteras, ha generado riesgos relacionados con el ingreso de nuevos virus y la facilidad de transmisión de los existentes, que generan aumento en las tasas de mortalidad por este tipo de enfermedades.

Las causas que afectan el periodo perinatal su tasa ha descendido en algo así como 50% entre 2005 a 2016 con un incremento leve para él 2016, con un comportamiento similar al presentado para ambos sexos. Las



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



afecciones del periodo perinatal se convierte en indicador de alarma, establece los impactos de los programas de atención dirigidos al binomio madre-hijo; como indicador de impacto es inmediato y reflejo de la salud perinatal, en donde se 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.

257

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

15 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD ATENDIDA.

Para el análisis de la morbilidad atendida por los prestadores de servicios de salud en los residentes del departamento del Quindío, se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), así como las bases de datos del sistema vigilancia de salud pública SIVIGILA, el registro de personas con discapacidad contenida en la plataforma SISPRO, y datos de atenciones entregados en forma mensual por la red notificadora del Departamento a la Dependencia de Vigilancia en Salud Pública en los procesos de búsqueda activa institucional.

Según la Tabla 80 al confrontar la capacidad de acuerdo a las atenciones del Departamento del Quindío y la del País, en términos porcentuales, es inferior en la respuesta en consulta externa, pero superior en urgencias y egresos hospitalarios, cuyas diferencias son específicas para el departamento; en este caso, se

están realizando más urgencias que consulta en el ámbito de la atención externa, que podría deberse a insuficiencia en la oferta de la puerta de entrada básica, de no respuesta oportuna a la necesidad de la población, barreras de acceso de tipo administrativo o una sobre carga de emergencias en salud que dan ineficiencia en los servicios de urgencias.

Tabla 81: Comparativo de la demanda de servicios Colombia / Departamento del Quindío, 2018.

Área de Atención	Colombia		Quindío	
	Atenciones	%	Atenciones	%
Consulta	134.172.738	95,16	1.139.194	94,27
Urgencia	4.646.049	3,3	45.036	3,7
Egreso	2.173.226	1,54	24.203	2,0
Total	140.992.013	100	1.208.433	100

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

Las diferencias entre las áreas o modalidad 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 las poblaciones y cruzar esta información con variables económicas (gasto en salud del Departamento según servicios y programas de restructuración de las redes de atención), que permitan estrechar el sobre uso de las urgencias y las consulta externa, para determinar si 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 que por cada persona atendida por consulta externa, se atiende 1 en el Departamento del Quindío, situación que varía, con las vigencias anteriores, dado que el comportamiento



Nacional superaba el Departamental, la razón de urgencias expresa que mientras en el país se presta una (1) atención por urgencias, en el departamento del Quindío se dan 2 citas o atenciones; en este mismo sentido, la razón de egresos expresa un aumento importante en relación a lo reportado por el País,

15.1 ANÁLISIS DE MORBILIDAD POR CURSO DE VIDA.

259

La Tabla 81 muestra las causas de morbilidad en la población general según curso de vida, analizando la variación porcentual con las diferencias presentadas entre 2009 y 2018, encontrando las siguientes situaciones a destacar: las condiciones mal clasificadas presentan incrementos importantes, en todos los cursos de vida, lo que evidencia las graves falencias presentes, en la calidad de la prestación de servicios, dado que se presenta un gran porcentaje de diagnósticos abiertos, que no aportan para un manejo adecuado del paciente, ni para el proceso estadístico, generándose sesgos en la información que lesionan el proceso de análisis, dado que esta información no aporta a ninguno de los grupos diagnósticos evaluados; generando la necesidad de adelantar acciones de revisión, verificación y garantía de la calidad de la información en el territorio del Quindío, acorde a los requerimientos del sistema de salud y exigidos en el sistema de información.

Las condiciones transmisibles y nutricionales presentan disminución en todos los cursos de vida, concentrándose la consulta por estas condiciones en la primera infancia e infancia, las condiciones maternas no presentan variación de una vigencia a otra; las enfermedades transmisibles, presentan incremento en la infancia y adolescencia, con disminución den los cursos de Aduldez y vejez; Las lesiones muestran aumento en el comportamiento en el cuso de vida de la primera infancia, con disminución en los demás cursos de vida.

Tabla 82: Variación porcentual de causas de morbilidad en población general según curso de vida y diferencia porcentual 2016 - 2018, Quindío 2009 – 2018.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,34	52,40	48,38	45,42	46,80	42,31	41,50	40,17	36,46	35,02	-1,44
	Condiciones perinatales	2,12	1,19	1,92	1,31	1,04	1,87	2,23	0,88	1,42	1,15	-0,27
	Enfermedades no transmisibles	32,82	29,76	30,79	36,81	35,47	38,99	40,29	41,79	43,55	43,75	0,20
	Lesiones	4,04	4,31	5,40	4,65	5,19	5,36	5,25	5,97	6,16	6,74	0,58
	Condiciones mal clasificadas	11,67	12,34	13,51	11,81	11,50	11,47	10,73	11,19	12,41	13,34	0,93
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,51	33,69	25,18	21,29	24,32	22,63	23,27	24,09	22,08	20,18	-1,91
	Condiciones maternas	0,04	0,12	0,06	0,02	0,08	0,08	0,22	0,32	0,52	0,44	-0,07
	Enfermedades no transmisibles	50,51	46,71	54,15	61,60	56,48	59,16	59,31	56,46	56,90	58,22	1,32
	Lesiones	6,12	6,46	7,16	6,27	7,02	6,13	6,19	7,65	8,04	7,08	-0,96
	Condiciones mal clasificadas	12,83	13,02	13,45	10,83	12,11	12,00	11,01	11,48	12,46	14,07	1,61
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,19	24,06	15,68	14,36	15,39	15,50	16,34	14,46	11,08	9,24	-1,83
	Condiciones maternas	3,88	4,46	3,79	2,97	2,62	2,75	3,04	3,77	3,25	3,36	0,11
	Enfermedades no transmisibles	56,31	52,46	60,01	65,43	60,52	62,28	60,87	60,83	63,90	66,16	2,26
	Lesiones	6,32	6,54	7,44	6,40	7,76	7,48	7,87	9,18	10,05	8,64	-1,41
	Condiciones mal clasificadas	12,30	12,48	13,08	10,84	13,70	11,98	11,88	11,76	11,73	12,59	0,87
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,93	20,34	16,03	14,35	15,52	15,54	16,47	14,75	13,34	11,86	-1,48
	Condiciones maternas	8,08	8,48	7,25	6,21	5,95	6,54	7,35	6,58	7,41	7,94	0,53
	Enfermedades no transmisibles	55,60	53,07	57,70	63,31	58,13	59,06	56,91	55,65	57,53	57,16	-0,37
	Lesiones	5,60	6,67	7,26	6,19	6,53	7,76	8,13	11,23	9,95	9,17	-0,77
	Condiciones mal clasificadas	11,78	11,44	11,76	9,93	13,86	11,10	11,14	11,78	11,77	13,87	2,09
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,63	15,47	11,44	10,11	11,66	11,46	12,31	10,55	10,36	9,39	-0,97
	Condiciones maternas	1,26	1,24	1,14	0,91	1,02	1,06	1,37	1,04	0,91	1,17	0,27
	Enfermedades no transmisibles	70,87	68,63	73,56	77,12	73,29	73,89	71,87	72,76	74,21	73,43	-0,78
	Lesiones	4,07	4,89	4,89	4,24	4,66	4,97	5,29	6,41	5,94	5,96	0,02
	Condiciones mal clasificadas	11,16	9,77	8,98	7,62	9,37	8,62	9,16	9,24	8,58	10,05	1,47
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,63	9,05	6,88	5,46	6,43	6,34	7,02	5,96	5,46	5,30	-0,16
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	80,97	79,21	82,69	85,00	82,16	82,79	81,32	83,02	83,90	83,15	-0,75
	Lesiones	3,19	3,75	3,48	3,06	3,63	3,74	3,88	4,08	4,42	4,02	-0,40
	Condiciones mal clasificadas	9,22	7,98	6,93	6,48	7,77	7,12	7,77	6,94	6,22	7,52	1,30

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social.

En relación a las causas de morbilidad de población masculina y femenina por cursos de vida, los comportamientos de las causas de atención se muestran a continuación, en la tabla 82

Tabla 83: Total, porcentual de causas de morbilidad en hombres y mujeres por curso de vida, y diferencia porcentual 2017 - 2018, Quindío 2009 – 2018.

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Hombres										Δ pp 2018-2017	Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres										Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018				2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Primera infancia (0 - Saños)	Condiciones transmisibles y nutricionales	49,66	52,80	49,05	46,70	46,87	42,97	41,94	40,45	38,45	35,63	-8,33	Primera infancia (0 - Saños)	Condiciones transmisibles y nutricionales	48,99	52,19	47,64	43,98	46,72	41,55	41,01	38,84	36,46	34,35	-2,11
	Condiciones perinatales	2,17	1,18	1,94	1,34	1,13	1,86	2,39	0,94	1,47	1,26	-0,20	Condiciones perinatales	2,06	1,20	1,89	1,28	0,93	1,88	2,04	0,82	1,36	1,02	-0,34	
	Enfermedades no transmisibles	32,51	29,29	30,40	35,19	35,12	38,17	38,83	41,07	43,03	42,72	+3,31	Enfermedades no transmisibles	33,17	30,29	31,23	38,64	35,87	39,93	40,81	42,61	44,15	44,89	+3,34	
	Lesiones	4,39	4,84	5,82	5,10	5,61	6,02	5,48	6,49	6,94	7,32	+0,88	Lesiones	3,64	3,71	4,93	4,14	4,73	4,62	4,98	5,38	5,26	6,10	+1,14	
	Condiciones mal clasificadas	11,27	12,09	12,79	11,67	11,27	10,98	10,36	11,05	12,11	13,07	+0,56	Condiciones mal clasificadas	12,13	12,61	14,31	11,97	11,76	12,03	11,17	11,35	12,77	13,64	+0,56	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,67	33,31	24,44	20,73	23,86	22,38	23,64	24,53	21,98	19,68	-3,30	Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	31,37	34,12	25,96	21,93	24,82	22,90	22,86	23,61	22,21	20,75	-4,46
	Condiciones maternas	0,05	0,06	0,05	0,02	0,08	0,08	0,22	0,37	0,52	0,40	-0,11	Condiciones maternas	0,02	0,19	0,07	0,01	0,07	0,08	0,22	0,27	0,51	0,49	-0,02	
	Enfermedades no transmisibles	49,92	46,80	54,32	61,61	58,04	58,61	58,02	55,31	56,69	58,30	+3,11	Enfermedades no transmisibles	51,11	47,16	53,97	61,39	56,31	59,53	60,72	57,71	57,16	58,13	+3,11	
	Lesiones	7,41	7,90	8,37	7,37	8,27	7,15	7,46	8,85	9,14	8,06	-0,08	Lesiones	4,80	4,88	5,85	5,01	5,63	5,04	4,81	6,34	6,82	5,97	+0,85	
	Condiciones mal clasificadas	12,95	12,43	12,82	10,27	11,15	11,57	10,66	10,95	11,68	13,56	+0,88	Condiciones mal clasificadas	12,70	13,66	14,14	11,46	13,17	12,45	11,39	12,06	13,33	14,57	+0,88	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,94	27,63	16,62	15,37	16,59	16,94	17,35	15,99	11,64	9,21	-4,44	Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,33	21,62	15,03	13,64	14,50	14,40	15,54	13,34	10,61	9,27	-3,33
	Condiciones maternas	0,08	0,02	0,04	0,06	0,08	0,05	0,03	0,20	0,18	0,15	-0,03	Condiciones maternas	6,44	7,49	6,43	5,06	4,51	4,84	5,41	6,39	5,79	6,10	-0,03	
	Enfermedades no transmisibles	53,67	49,89	60,03	64,42	60,20	60,94	60,87	59,11	64,25	67,58	+3,33	Enfermedades no transmisibles	58,08	54,42	60,08	66,15	60,78	63,32	60,87	62,08	63,62	64,95	+3,33	
	Lesiones	10,25	10,67	12,10	10,37	12,43	11,89	11,97	14,02	14,38	12,25	-2,13	Lesiones	3,68	3,71	4,16	3,56	4,28	4,08	4,66	5,63	6,46	5,57	+0,89	
	Condiciones mal clasificadas	12,05	12,08	11,22	9,78	10,70	10,18	9,79	10,69	9,56	10,82	+0,28	Condiciones mal clasificadas	12,47	12,75	14,38	11,59	15,94	13,37	13,53	12,55	13,52	14,10	+0,56	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,91	24,45	18,05	16,81	18,45	18,41	19,76	16,71	16,45	15,52	-3,92	Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	17,22	18,34	14,93	13,06	13,95	13,84	14,60	13,62	11,45	9,74	-7,71
	Condiciones maternas	0,07	0,14	0,06	0,01	0,04	0,02	0,03	0,11	0,16	0,16	-0,01	Condiciones maternas	11,53	12,52	11,13	9,47	9,13	10,40	11,51	10,35	11,83	12,45	-0,11	
	Enfermedades no transmisibles	53,88	50,75	58,04	63,25	59,88	58,27	56,85	53,27	56,92	57,35	+0,43	Enfermedades no transmisibles	56,34	54,20	57,52	63,34	57,20	59,53	58,95	57,04	57,99	57,85	+0,85	
	Lesiones	11,90	14,23	13,91	11,66	12,02	14,23	14,79	20,84	17,67	16,87	-4,79	Lesiones	2,89	3,00	3,67	3,33	3,58	3,93	4,33	5,64	5,23	4,72	+0,51	
	Condiciones mal clasificadas	11,25	10,42	9,93	8,27	9,61	9,07	8,56	9,08	8,81	10,10	+0,28	Condiciones mal clasificadas	12,01	11,94	12,75	10,80	16,14	12,30	12,61	13,36	13,59	16,05	+0,56	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,58	18,51	13,00	12,00	14,71	14,06	15,02	12,54	13,55	12,46	-0,09	Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,68	13,91	10,62	9,07	10,01	9,96	10,81	9,49	8,55	7,61	-0,94
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	Condiciones maternas	1,88	1,86	1,73	1,41	1,57	1,68	2,13	1,59	1,42	1,85	-0,13	
	Enfermedades no transmisibles	67,54	63,49	70,29	74,18	69,43	69,99	67,54	67,61	69,17	69,21	+0,04	Enfermedades no transmisibles	72,50	71,27	75,25	78,73	75,37	76,15	74,25	75,49	77,08	75,88	+0,20	
	Lesiones	7,07	8,62	8,20	6,80	7,72	8,24	9,01	11,62	9,94	9,78	-0,16	Lesiones	2,61	2,98	3,17	2,84	3,00	3,06	3,24	3,66	3,67	3,75	+0,08	
	Condiciones mal clasificadas	10,81	9,36	8,51	7,01	8,13	7,70	8,42	8,23	7,33	8,55	+0,28	Condiciones mal clasificadas	11,33	9,98	9,22	7,95	10,05	9,15	9,57	9,78	9,29	10,92	+0,63	
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,60	9,27	7,13	5,38	6,48	6,70	7,19	6,08	6,40	6,00	-0,40	Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,65	8,90	6,71	5,51	6,39	6,09	6,90	5,89	4,82	4,80	-0,02
	Condiciones maternas	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	80,51	77,95	81,65	84,57	81,71	81,93	80,42	81,73	82,35	81,83	+0,52	Enfermedades no transmisibles	81,27	80,09	83,43	85,30	82,48	83,41	81,95	83,87	84,96	84,10	+0,66	
	Lesiones	3,20	4,24	3,75	3,30	3,83	3,95	4,11	4,86	4,76	4,28	-0,48	Lesiones	3,18	3,41	3,29	2,90	3,49	3,59	3,72	3,57	4,19	3,84	-0,36	
	Condiciones mal clasificadas	9,70	8,53	7,46	6,75	7,98	7,42	8,28	7,34	6,49	7,89	+0,28	Condiciones mal clasificadas	8,90	7,60	6,56	6,29	7,63	6,90	7,42	6,67	6,03	7,26	+0,28	



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.

15.1.1 MORBILIDAD PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS).

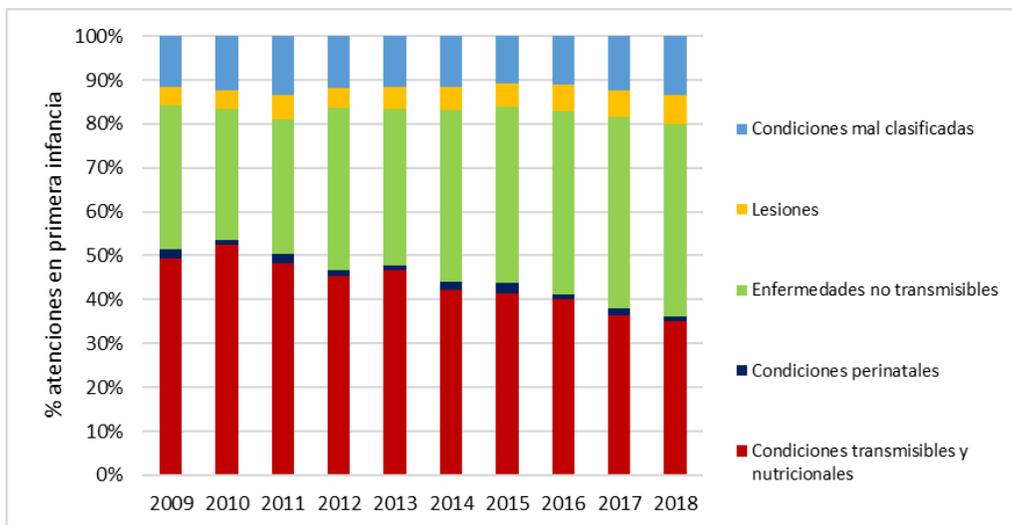
En las descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la primera infancia (de 0 a 5 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 61.937 registros de atención para el 2018, presentándose un incremento del 13% frente a la vigencia 2017, tabla 83 ; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017 – 2018), muestra que las enfermedades no transmisibles corresponden al 43,75% del total de consultas para este curso de vida, con una variación del 12,4% por encima de la vigencia anterior, en segundo lugar se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales, que muestran un incremento para el año 2018 del 8,48% en relación al año anterior, concentrando el 35% del total de consultas, el tercer lugar lo ocupan las condiciones mal clasificadas con el 13,34%, las lesiones, muestran un incremento para el año 2018 del 19,62% en relación a la vigencia anterior, y el grupo que muestra descenso es el de las condiciones perinatales con un 8,7% menos que el presentado en el año 2017.

Tabla 84: Total, personas atendidas primera infancia, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	19.849	21.690
Condiciones perinatales	773	711
Enfermedades no transmisibles	23.711	27.098
Lesiones	3.354	4.173
Condiciones mal clasificadas	6.759	8.265
Total	54.446	61.937

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

El gráfico 62 muestra en los años 2009 a 2018, la distribución de las causas de atención en el grupo de la primera infancia, siendo evidente, la carga presentada por las Enfermedades no Transmisibles que incrementan su demanda de atención para el año 2018, en segundo lugar se encuentran las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales han bajado su carga de atención, al igual que las condiciones perinatales, con el comportamiento más bajo, las lesiones presentan una demanda de atención estable. Siendo el grupo de la primera infancia clasificado como el de mayor vulnerabilidad, se dificulta la clasificación de la morbilidad dado que, del total analizado, el 13,34% de la información corresponde a diagnósticos mal definidos.



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

Gráfico 62: Morbilidad atendida en la primera infancia, Quindío, 2009 – 2017.

15.1.2 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA INFANCIA (6 A 11 AÑOS).

En las descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la infancia (de 6 a 11 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 55.145 registros de atención en 2018, presentándose un incremento del 16% frente a la vigencia 2017, **Tabla 85**; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017 – 2018), evidencia, un incremento importante en las consultas

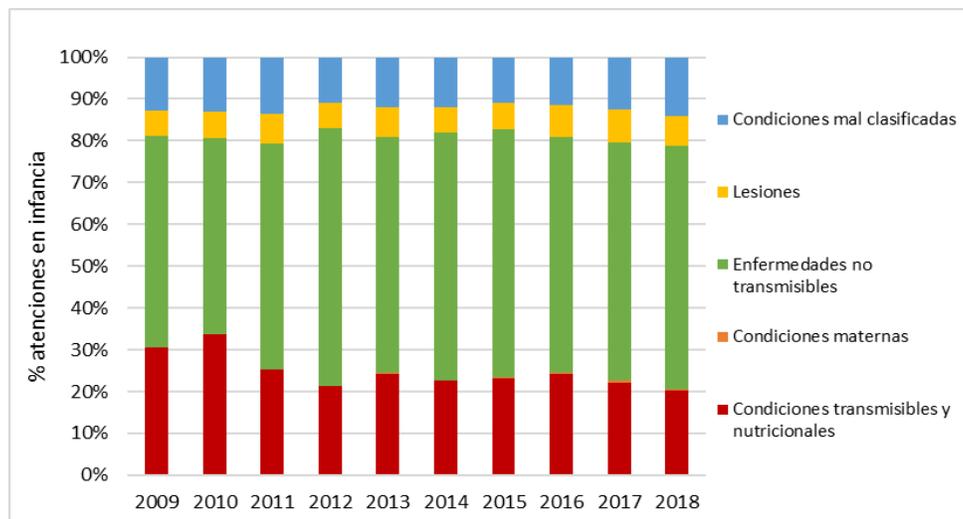
por enfermedades no transmisibles del 18,03% en relación al 2017, correspondiendo al 58,21% del total de consultas para este curso de vida, las condiciones transmisibles y nutricionales le siguen en proporcionalidad con el 20,17%, presentándose en tercer lugar, las condiciones mal clasificadas con el 14% las lesiones muestran un leve incremento con relación a la vigencia 2017, con el 7% y finalmente las condiciones maternas.

El Gráfico 63 muestra en los años 2009 a 2017 la distribución de las causas de atención en el grupo de la infancia, donde las condiciones transmisibles y nutricionales han bajado su carga de atención, trasladándose esta carga a las enfermedades no trasmisibles que, en 2018 cargan la mayor demanda de atención.

Tabla 85: Total, personas atendidas infancia, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	10.232	11.127
Condiciones maternas	239	245
Enfermedades no transmisibles	26.361	32.105
Lesiones	3.727	3.907
Condiciones mal clasificadas	5.773	7.761
Total	46.332	55.145

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 63: Morbilidad atendida en la Infancia, Quindío, 2009 – 2018.



15.1.3 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADOLESCENCIA (12 A 17 AÑOS).

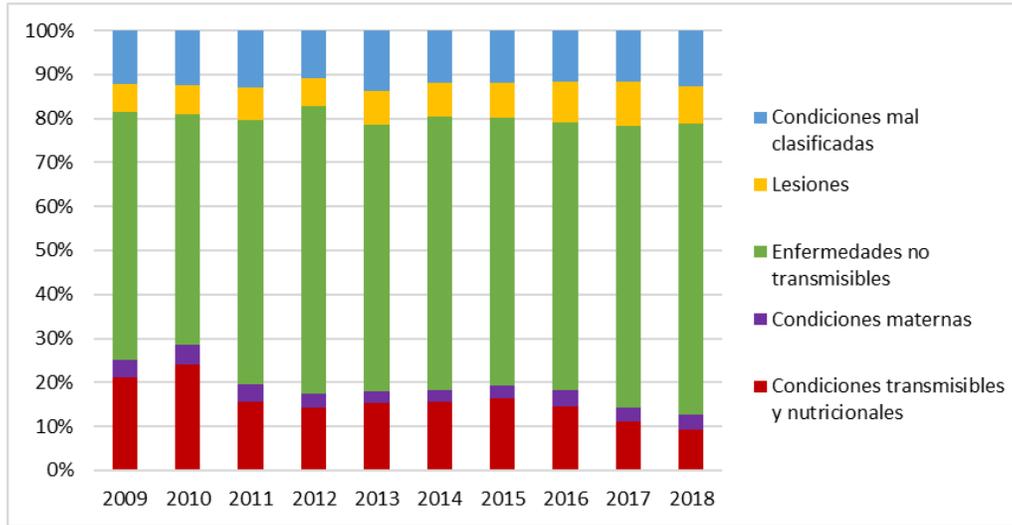
En las descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la adolescencia (de 12 a 17 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 95.700 registros de atención en 2018, presentándose un incremento del 18,5% frente a lo analizado en el 2017, Tabla 86; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017 – 2018), muestran incremento significativo para todos los grupos en la vigencia 2018, representando las enfermedades no trasmisibles el 66% del total de consultas, encontrando en segundo lugar las condiciones mal clasificadas que concentraron el 12,59% , superando esta condición las consultas por los demás grupos, situación que impide el diagnostico en este grupo poblacional, dado el grave sesgo que se presenta..

El Gráfico 64 muestra en los años 2009 a 2018 la distribución de las causas de atención en el grupo de la adolescencia, donde las condiciones transmisibles y nutricionales han bajado significativamente su carga de atención, trasladándose esta carga a las enfermedades no trasmisibles que, en 2018 refieren la mayor demanda de atención.

Tabla 86: Total personas atendidas adolescencia, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	8.638	8.844
Condiciones perinatales	2.533	3.218
Enfermedades no transmisibles	49.835	63.314
Lesiones	7.837	8.271
Condiciones mal clasificadas	9.144	12.053
Total	77.987	95.700

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 Socia



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 64: Morbilidad atendida en la Adolescencia, Quindío, 2009 – 2018.

15.1.4 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA JUVENTUD (18 A 28 AÑOS).

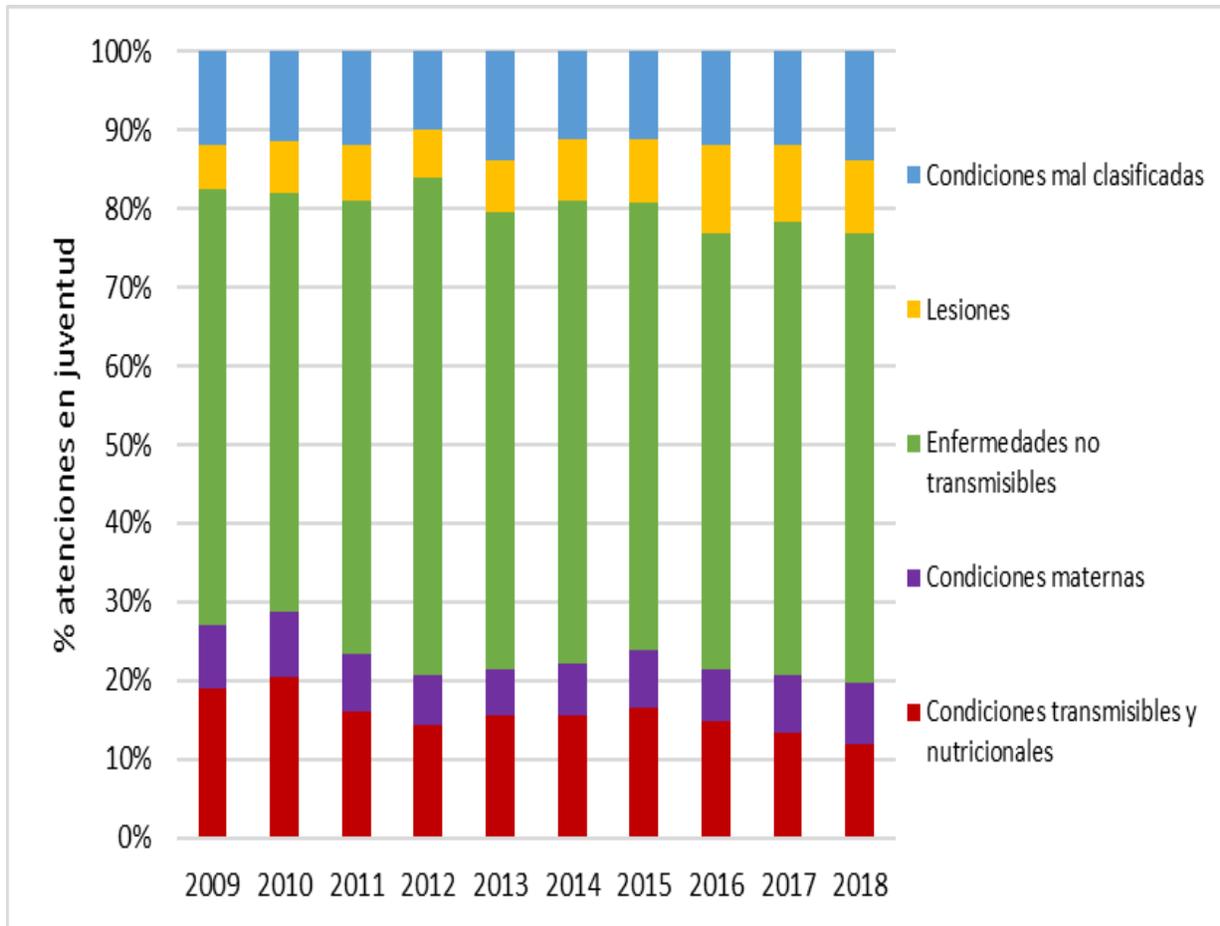
En la descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la juventud 18 a 28 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 138.072 registros de atención en 2018, presentándose un incremento del 16.26% frente al 2017, Tabla 87; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017 – 2018), las enfermedades no transmisibles son las que más incrementan en la proporcionalidad y las condiciones transmisibles y nutricionales muestran decremento en la distribución proporcional ; para 2018 las enfermedades no transmisibles, representaron 57% del total de las atenciones.

El gráfico 65 muestra en los años 2009 a 2018 la distribución de las causas de atención en el grupo de la juventud, donde las condiciones transmisibles y nutricionales han bajado su carga de atención, trasladándose esta carga a las enfermedades no transmisibles que, en 2018 cargan la mayor demanda de atención.

Tabla 87: Total, personas atendidas en la juventud, Quindío 2017 – 2018

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	15.425	16.374
Condiciones perinatales	8.563	10.964
Enfermedades no transmisibles	66.508	78.919
Lesiones	11.502	12.668
Condiciones mal clasificadas	13.613	1.9147
Total	115.611	138.072

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



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

Gráfico 65: Morbilidad atendida en la Juventud, Quindío, 2009 – 2018.



15.1.5 MORBILIDAD ATENDIDA EN LA ADULTEZ (29 A 59 AÑOS)

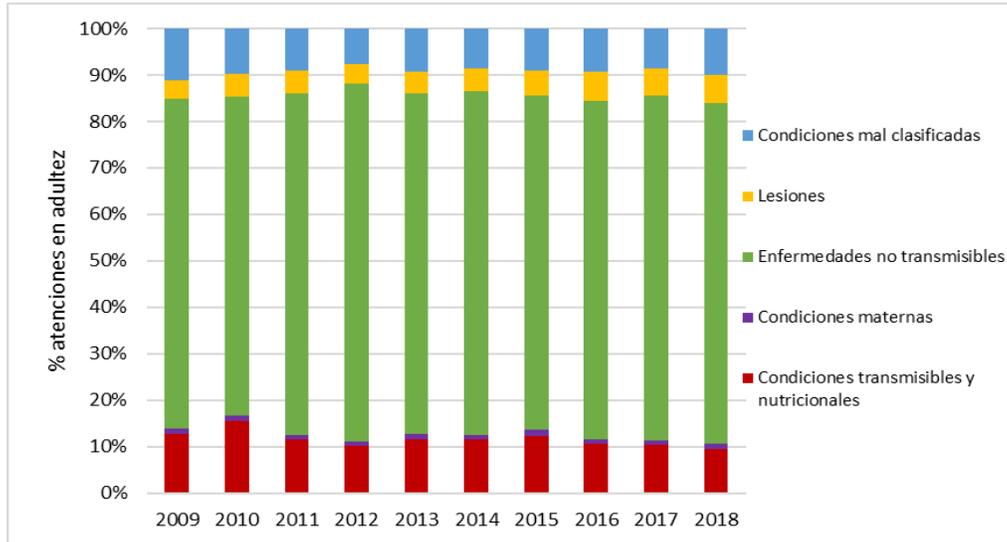
En las descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la adultez (29 a 59 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 416.988 registros de atención en 2018, presentándose un incremento del 13.61% frente a lo referenciado para el año 2017, Tabla 88; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017 – 2018), evidencia que las enfermedades no transmisibles son las que más incrementan en la proporcionalidad y las condiciones transmisibles y nutricionales muestran el mayor decremento en el la distribución proporcional de su grupos; para 2018 las enfermedades no transmisibles, representaron 73,42% del total de las atenciones,

El grafico 66 muestra en los años 2009 a 2018 la distribución de las causas de atención en el grupo de la adultez, donde las condiciones de las enfermedades no trasmisibles cargan la mayor demanda de atención.

Tabla 88: Total, personas atendidas adultez, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	37.321	39.156
Condiciones perinatales	3.264	4.887
Enfermedades no transmisibles	267.320	306.176
Lesiones	21.397	24.868
Condiciones mal clasificadas	30.917	41.901
Total	360.219	416.988

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social



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

Gráfico 66: Morbilidad atendida en la Adulthood, Quindío, 2009 – 2018.

15.1.6 MORBILIDAD EN EL CURSO DE VIDA DE LA VEJEZ (MAYOR DE 60 AÑOS).

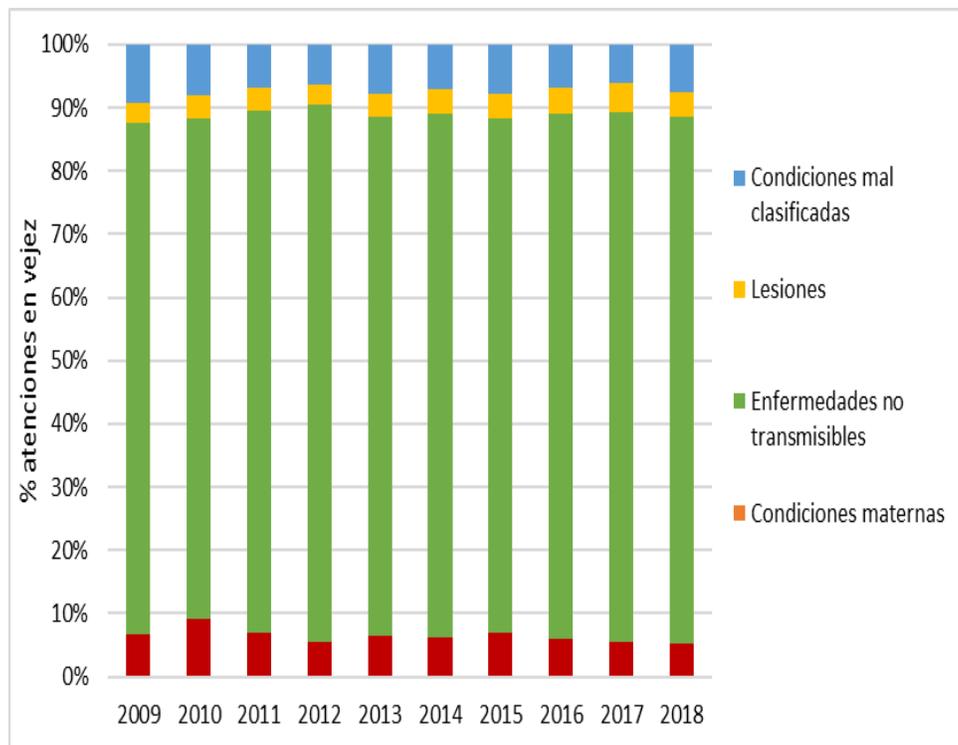
En las descripción de todos los motivos de consulta para el curso de vida de la vejez (mayor de 60 años de edad), la morbilidad se relacionaron con un total de 344.931 registros de atención en 2018, presentándose un incremento del 17% frente a la vigencia 2017, Tabla 89; las diferencias en la distribución porcentual de estas causas en los dos últimos años (2017– 2018), muestra una concentración del 83,15% de las enfermedades No transmisibles, con un 7,51% de condiciones mal clasificadas, correspondiendo al segundo porcentaje de atención lo que sesga el análisis de los demás grupos en este curso de vida.

El gráfico 67 muestra en los años 2009 a 2018, muestra una carga supremamente elevada de las enfermedades no transmisibles para el curso de vida de vejez, siendo la temática a manejar en forma primordial.

Tabla 89: Total, personas atendidas Vejez, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	15.643	18.289
Condiciones maternas	0	0
Enfermedades no transmisibles	240.373	286.816
Lesiones	12.670	13.882
Condiciones mal clasificadas	17.810	25.936
Total	286.496	344.931

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos en el enlace <http://rsvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/> del Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfico 67: Morbilidad en persona mayor de 60 años, Quindío, 2009 - 2018.



A manera de resumen y teniendo en cuenta la morbilidad registrada según curso de vida, se observa que la demanda de servicios en atenciones dadas a la población de Quindío muestra un incremento del 15,4% entre el año 2017 al 2018; concentrándose la atención en un 71,39% en las enfermedades No transmisibles, seguido en comportamiento por las condiciones transmisibles y nutricionales con el 10,37, con un porcentaje subsiguiente del 10,34% de condiciones mal clasificadas, situación preocupante, dado que esta condición supera en porcentaje a las lesiones y condiciones maternas, sesgando el proceso de análisis.

Tabla 90: Total, atenciones por ciclo de vida, Quindío 2017 – 2018.

Gran causa de morbilidad	2017	2018
Condiciones transmisibles y nutricionales	107.108	115.480
Condiciones maternas	15.372	20.033
Enfermedades no transmisibles	674.108	794.428
Lesiones	60.487	67.769
Condiciones mal clasificadas	84.016	115.063
Total	941.091	1.112.773

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

15.2 MORBILIDAD POR SUBGRUPOS DE CAUSAS EN LOS CURSOS DE VIDA.

La Tabla 91 muestra el comportamiento de las atenciones realizadas en todos los ambientes y modalidades de la atención a los ciudadanos de Quindío, por los cursos de vida, donde se muestra que en general son pocas las causas que han disminuido su presencia en la consulta en salud con aumentos que en muchas causas se duplican en casi todos los grupos poblacionales de observación. En todos los grupos poblacionales los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte son las de mayor incremento, que mostrarían afectaciones, pero no diagnóstico, ocultando de alguna forma verdaderos malestares de intervención formal.



Tabla 91: Total, atenciones por curso de vida, primera infancia, Quindío 2016 – 2018

Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo	749	725	806	442	488	902	1.274	220	430	410
Condiciones maternas		4								
Total Condiciones maternas perinatales	749	729	806	442	488	902	1.274	220	430	410
Deficiencias nutricionales	500	725	463	499	612	528	659	371	343	342
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5.976	12.242	6.266	4.930	6.532	7.756	8.634	3.974	4.064	3.702
Infecciones respiratorias	10.665	19.409	13.645	9.924	13.127	12.541	13.071	5.157	6.264	7.510
Total Condiciones transmisibles y no transmisibles	17.141	32.376	20.374	15.353	20.271	20.825	22.364	9.502	10.671	11.554
Anomalías congénitas	1.035	1.122	1.113	1.280	1.583	1.721	1.760	878	1.033	979
Condiciones neuropsiquiátricas	432	985	684	827	1.202	1.285	1.253	783	1.185	1.546
Condiciones orales	1.578	3.559	750	831	1.739	3.552	5.747	2.308	2.812	3.091
Desórdenes endocrinos	218	291	265	291	435	560	545	349	319	329
Diabetes mellitus	36	42	9	14	15	19	2	21	37	43
Enfermedades cardiovasculares	63	82	87	55	94	106	144	85	96	184
Enfermedades de la piel	1.811	3.026	2.018	1.694	2.178	2.370	2.268	995	1.275	1.404
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.049	1.561	1.147	1.067	1.280	1.564	1.644	768	1.101	1.416
Enfermedades digestivas	948	1.435	1.282	900	1.077	1.348	1.710	643	990	1.140
Enfermedades genitourinarias	995	1.601	1.475	1.194	1.402	1.778	1.722	685	1.025	1.154
Enfermedades musculoesqueléticas	602	1.030	752	753	1.030	1.145	1.163	440	721	726
Enfermedades respiratorias	2.373	3.099	2.932	2.483	2.959	2.847	3.066	1.555	1.845	1.713
Neoplasias malignas	43	123	63	106	135	125	127	91	105	92
Otras neoplasias	40	72	50	73	62	78	91	45	53	37
Total Enfermedades no transmisibles	11.223	18.028	12.627	11.568	15.191	18.498	21.242	9.646	12.597	13.854
Lesiones de intencionalidad indeterminada	1		3			6		2		2
Lesiones intencionales	1	3			8	5	8	3	10	9
Lesiones no intencionales	80	154	145	110	177	193	262	98	151	150
Traumatismos, envenenamientos u otros	1.435	2.821	2.270	1.566	2.241	2.712	2.654	1.422	1.870	2.213
Total Lesiones	1.517	2.978	2.418	1.676	2.426	2.916	2.924	1.525	2.031	2.374
Signos y síntomas mal definidos	3.889	7.444	5.312	3.835	4.874	5.320	5.525	2.596	3.545	4.239
Total Signos y síntomas mal definidos	3.889	7.444	5.312	3.835	4.874	5.320	5.525	2.596	3.545	4.239
Total	34.519	61.555	41.537	32.874	43.250	48.461	53.329	23.489	29.274	32.431



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el período	613	623	703	374	356	775	933	171	343	297
Condiciones maternas	17	37	2		4	25	9			4
Total Condiciones maternas perinatales	630	660	705	374	360	800	942	171	343	301
Deficiencias nutricionales	540	856	512	533	561	542	636	371	305	329
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5.392	11.045	5.910	4.435	6.110	6.627	7.387	3.370	3.560	3.288
Infecciones respiratorias	9.019	16.714	11.362	7.898	11.360	10.520	10.909	4.522	5.313	6.519
Total Condiciones transmisibles y no transmisibles	14.951	28.615	17.784	12.866	18.031	17.689	18.932	8.263	9.178	10.136
Anomalías congénitas	1.356	1.565	1.380	1.758	1.878	2.198	2.172	1.142	1.041	1.078
Condiciones neuropsiquiátricas	270	689	549	636	771	647	775	419	697	1.135
Condiciones orales	1.244	3.023	697	810	1.675	3.318	5.028	2.159	2.523	2.887
Desórdenes endocrinos	173	404	285	255	395	527	452	240	348	393
Diabetes mellitus	16	10	16	16	5		14	22	41	27
Enfermedades cardiovasculares	64	104	59	33	73	100	86	128	135	125
Enfermedades de la piel	1.598	2.625	1.948	1.784	2.001	2.219	2.178	984	1.221	1.377
Enfermedades de los órganos de los sentidos	904	1.457	1.026	1.020	1.171	1.452	1.574	722	1.023	1.294
Enfermedades digestivas	987	1.300	1.195	1.017	973	1.330	1.242	598	848	1.100
Enfermedades genitourinarias	1.093	1.932	1.477	1.269	1.578	1.796	1.690	728	984	1.424
Enfermedades musculoesqueléticas	624	1.048	713	659	819	1.014	1.039	515	671	800
Enfermedades respiratorias	1.750	2.326	2.215	1.940	2.384	2.247	2.424	1.084	1.408	1.402
Neoplasias malignas	20	62	29	32	42	82	74	51	102	117
Otras neoplasias	24	65	71	74	78	70	93	44	72	85
Total Enfermedades no transmisibles	10.123	16.610	11.660	11.303	13.843	17.000	18.841	8.836	11.114	13.244
Lesiones de intencionalidad indeterminada		3				6	4	2	1	
Lesiones intencionales	1		5	1	4	7	4	4		8
Lesiones no intencionales	50	138	143	92	136	161	204	76	107	90
Traumatismos, envenenamientos u otros accidentes	1.061	1.892	1.693	1.117	1.685	1.792	2.086	1.034	1.215	1.701
Total Lesiones	1.112	2.033	1.841	1.210	1.825	1.966	2.298	1.116	1.323	1.799
Signos y síntomas mal definidos	3.703	6.914	5.341	3.501	4.538	5.120	5.155	2.353	3.214	4.026
Total Signos y síntomas mal definidos	3.703	6.914	5.341	3.501	4.538	5.120	5.155	2.353	3.214	4.026
Total	30.519	54.832	37.331	29.254	38.597	42.575	46.168	20.739	25.172	29.506

Total, atenciones por curso de vida, infancia, Quindío 2016 – 2018



Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	11	23	13	6	26	28	88	67	127	118
Condiciones maternas										1
Total Condiciones maternas perinatales	11	23	13	6	26	28	88	67	127	119
Deficiencias nutricionales	200	278	195	177	231	194	263	173	141	163
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.799	7.206	3.428	2.720	3.829	3.884	5.371	2.256	2.437	2.364
Infecciones respiratorias	3.088	5.685	3.268	2.872	3.725	3.458	3.746	2.049	2.793	3.257
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	6.087	13.169	6.891	5.769	7.785	7.536	9.380	4.478	5.371	5.784
Anomalías congénitas	217	319	277	396	476	489	626	445	585	697
Condiciones neuropsiquiátricas	981	2.088	1.763	2.305	3.859	2.656	2.842	1.652	3.089	4.515
Condiciones orales	3.092	6.116	5.619	7.089	5.650	7.324	10.371	3.202	3.861	4.275
Desórdenes endocrinos	379	515	468	534	592	570	807	385	439	618
Diabetes mellitus	22	62	50	53	101	57	74	20	24	30
Enfermedades cardiovasculares	60	111	73	89	122	146	110	96	93	135
Enfermedades de la piel	852	1.522	1.086	1.043	1.034	1.134	1.015	611	802	986
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.375	2.192	1.356	1.414	1.849	2.216	2.204	1.221	1.434	1.884
Enfermedades digestivas	528	934	751	653	749	734	862	464	637	847
Enfermedades genitourinarias	436	881	672	641	615	713	786	355	514	762
Enfermedades musculoesqueléticas	530	807	758	767	939	1.087	999	445	724	777
Enfermedades respiratorias	1.666	2.570	2.315	2.056	2.285	2.301	2.128	1.064	1.442	1.475
Neoplasias malignas	81	95	88	63	166	287	116	87	172	98
Otras neoplasias	24	93	38	39	43	86	79	51	39	35
Total Enfermedades no transmisibles	10.243	18.305	15.314	17.142	18.480	19.800	23.019	10.098	13.855	17.134
Lesiones de intencionalidad indeterminada			3		4	1				
Lesiones intencionales		8	10	4	11	4	6		9	9
Lesiones no intencionales	71	179	143	130	210	189	212	122	136	179
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras causas	1.450	2.937	2.204	1.916	2.473	2.213	2.742	1.493	2.089	2.182
Total Lesiones	1.521	3.124	2.360	2.050	2.698	2.407	2.960	1.615	2.234	2.370
Signos y síntomas mal definidos	2.657	4.915	3.614	2.858	3.637	3.895	4.229	1.999	2.854	3.984
Total Signos y síntomas mal definidos	2.657	4.915	3.614	2.858	3.637	3.895	4.229	1.999	2.854	3.984
Total	20.519	39.536	28.192	27.825	32.626	33.666	39.676	18.257	24.441	29.391

274



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	1	37	5	2	13	19	64	41	111	111
Condiciones maternas	3	33	13		8	6	17	4	1	15
Total Condiciones maternas perinatales	4	70	18	2	21	25	81	45	112	126
Deficiencias nutricionales	207	273	194	185	241	204	268	174	185	178
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.898	6.906	3.317	2.503	3.482	3.778	4.601	2.024	2.209	2.079
Infecciones respiratorias	3.203	5.132	3.293	2.633	3.572	3.273	3.451	1.748	2.467	3.086
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	6.308	12.311	6.804	5.321	7.295	7.255	8.320	3.946	4.861	5.343
Anomalías congénitas	192	279	249	299	400	400	558	452	582	621
Condiciones neuropsiquiátricas	712	1.343	952	1.108	2.028	1.453	1.566	987	1.842	2.379
Condiciones orales	2.878	5.798	5.103	6.023	5.072	7.001	9.866	3.110	3.587	4.104
Desórdenes endocrinos	444	547	579	646	839	823	979	422	564	662
Diabetes mellitus	54	79	52	74	61	34	61	38	27	42
Enfermedades cardiovasculares	58	79	75	70	95	139	112	76	77	91
Enfermedades de la piel	899	1.568	1.206	970	1.123	1.315	1.151	702	850	1.084
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.511	2.146	1.523	1.479	2.028	2.590	2.599	1.329	1.441	2.040
Enfermedades digestivas	642	930	790	733	829	810	934	446	725	923
Enfermedades genitourinarias	949	1.629	1.180	1.176	1.303	1.425	1.400	648	921	1.120
Enfermedades musculoesqueléticas	641	926	804	834	896	1.104	1.008	526	682	733
Enfermedades respiratorias	1.207	1.565	1.521	1.406	1.666	1.648	1.679	812	1.048	1.012
Neoplasias malignas	61	65	80	65	122	50	92	47	119	87
Otras neoplasias	31	62	30	64	86	73	97	48	41	73
Total Enfermedades no transmisibles	10.279	17.016	14.144	14.947	16.548	18.865	22.102	9.643	12.506	14.971
Lesiones de intencionalidad indeterminada			1	2					2	
Lesiones intencionales		7	7	1	4	5	3	3	2	10
Lesiones no intencionales	54	118	108	100	124	136	131	72	89	127
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras causas	911	1.635	1.418	1.112	1.527	1.457	1.616	985	1.400	1.400
Total Lesiones	965	1.760	1.534	1.215	1.655	1.598	1.750	1.060	1.493	1.537
Signos y síntomas mal definidos	2.554	4.928	3.705	2.782	3.870	3.945	4.145	2.016	2.919	3.777
Total Signos y síntomas mal definidos	2.554	4.928	3.705	2.782	3.870	3.945	4.145	2.016	2.919	3.777
Total	20.110	36.085	26.205	24.267	29.389	31.688	36.398	16.710	21.891	25.754

Total, atenciones por curso de vida, Adolescencia, Quindío 2016 – 2018



Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo	8	5			4	10	15	26	30	49
Condiciones maternas	14	8	18	26	40	18	1	25	32	16
Total Condiciones maternas perinatales	22	13	18	26	44	28	16	51	62	65
Deficiencias nutricionales	147	179	142	220	216	251	258	161	183	189
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.443	9.760	4.316	3.602	5.029	6.182	7.340	2.742	2.461	2.088
Infecciones respiratorias	3.232	4.999	3.352	3.119	3.637	3.706	3.106	1.267	1.471	1.773
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	6.822	14.938	7.810	6.941	8.882	10.139	10.704	4.170	4.115	4.050
Anomalías congénitas	84	174	247	271	574	478	398	152	264	395
Condiciones neuropsiquiátricas	1.736	3.569	4.403	5.020	8.486	7.592	7.541	3.335	6.527	9.555
Condiciones orales	3.904	8.298	8.831	10.212	7.909	10.608	14.151	4.573	5.772	6.107
Desórdenes endocrinos	536	896	1.018	1.020	1.006	1.102	785	514	618	1.694
Diabetes mellitus	28	72	114	108	135	156	151	77	93	162
Enfermedades cardiovasculares	223	334	382	401	511	631	468	293	258	422
Enfermedades de la piel	1.995	3.351	3.376	3.045	3.236	3.705	2.825	1.433	1.758	2.171
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.888	2.381	2.042	1.915	2.530	3.351	3.124	1.464	1.894	2.800
Enfermedades digestivas	1.059	1.574	1.543	1.333	1.378	1.445	1.518	710	1.088	1.343
Enfermedades genitourinarias	586	1.066	1.185	1.072	1.315	1.262	1.303	559	920	1.123
Enfermedades musculoesqueléticas	1.616	2.596	2.537	2.343	2.769	3.519	3.015	1.176	1.870	2.306
Enfermedades respiratorias	1.472	2.120	2.201	2.091	2.053	2.147	1.746	960	1.174	1.252
Neoplasias malignas	85	258	194	97	100	194	163	83	325	244
Otras neoplasias	82	121	142	170	231	290	359	90	142	155
Total Enfermedades no transmisibles	15.294	26.810	28.215	29.098	32.233	36.480	37.547	15.419	22.703	29.729
Lesiones de intencionalidad indeterminada		10	2	4	3		5			
Lesiones intencionales	12	31	24	48	47	54	47	13	14	70
Lesiones no intencionales	87	278	220	230	345	337	367	221	164	200
Traumatismos, envenenamientos u otros	2.823	5.452	5.442	4.402	6.262	6.728	6.962	3.422	4.902	5.119
Total Lesiones	2.922	5.771	5.688	4.684	6.657	7.119	7.381	3.656	5.080	5.389
Signos y síntomas mal definidos	3.435	6.532	5.274	4.417	5.727	6.094	6.036	2.789	3.378	4.760
Total Signos y síntomas mal definidos	3.435	6.532	5.274	4.417	5.727	6.094	6.036	2.789	3.378	4.760
Total	28.495	54.064	47.005	45.166	53.543	59.860	61.684	26.085	35.338	43.993



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo	24	42	24	28	25	76	31	15	28	98
Condiciones maternas	2.701	5.891	4.283	3.160	3.218	3.676	4.212	2.251	2.443	3.055
Total Condiciones maternas perinatales	2.725	5.933	4.307	3.188	3.243	3.752	4.243	2.266	2.471	3.153
Deficiencias nutricionales	354	492	460	447	344	374	364	216	319	273
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.910	10.392	5.216	4.170	5.678	6.277	8.449	3.034	2.306	2.453
Infecciones respiratorias	3.922	6.245	4.391	3.970	4.405	4.514	3.382	1.480	1.898	2.068
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	8.186	17.129	10.067	8.587	10.427	11.165	12.195	4.730	4.523	4.794
Anomalías congénitas	125	267	235	229	478	335	358	223	173	309
Condiciones neuropsiquiátricas	2.872	5.353	5.062	5.345	8.098	7.659	7.115	3.697	6.132	7.951
Condiciones orales	4.759	10.314	10.504	12.948	9.096	12.997	15.177	5.751	6.041	6.672
Desórdenes endocrinos	1.236	1.872	1.926	2.191	2.229	2.112	1.887	942	1.241	1.542
Diabetes mellitus	118	144	173	120	201	273	188	98	105	184
Enfermedades cardiovasculares	246	399	326	247	396	392	398	259	289	319
Enfermedades de la piel	2.376	4.093	3.614	3.539	3.573	3.825	3.396	1.612	1.903	2.251
Enfermedades de los órganos de los sentidos	2.609	3.474	2.974	3.175	3.970	4.948	4.663	2.476	2.437	3.635
Enfermedades digestivas	2.528	4.015	3.550	2.848	3.460	3.512	3.123	1.461	2.049	2.495
Enfermedades genitourinarias	4.050	7.091	6.145	5.581	6.020	6.480	5.689	2.855	3.174	4.034
Enfermedades musculoesqueléticas	2.144	3.640	3.314	3.283	3.778	4.057	3.754	1.692	2.235	2.586
Enfermedades respiratorias	1.310	2.150	2.078	1.825	1.883	1.978	1.565	738	1.110	1.278
Neoplasias malignas	118	151	140	82	189	224	182	87	79	98
Otras neoplasias	103	148	159	233	311	310	280	123	164	231
Total Enfermedades no transmisibles	24.594	43.111	40.200	41.646	43.682	49.102	47.775	22.014	27.132	33.585
Lesiones de intencionalidad indeterminada	2	8	7	2	2	8		2	2	4
Lesiones intencionales	35	95	124	74	76	122	124	39	52	124
Lesiones no intencionales	85	201	173	144	231	210	263	150	209	186
Traumatismos, envenenamientos u otros	1.436	2.637	2.484	2.020	2.769	2.822	3.267	1.805	2.494	2.568
Total Lesiones	1.558	2.941	2.788	2.240	3.078	3.162	3.654	1.996	2.757	2.882
Signos y síntomas mal definidos	5.280	10.099	9.633	7.300	11.457	10.365	10.622	4.449	5.766	7.293
Total Signos y síntomas mal definidos	5.280	10.099	9.633	7.300	11.457	10.365	10.622	4.449	5.766	7.293
Total	42.343	79.213	66.995	62.961	71.887	77.546	78.489	35.455	42.649	51.707

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

Total, atenciones por curso de vida, Juventud, Quindío 2016 – 2018

Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	5	13	3		1	7	23	17	61	74
Condiciones maternas	15	68	25	4	23	6		18	10	5
Total Condiciones maternas perinatales	20	81	28	4	24	13	23	35	71	79
Deficiencias nutricionales	68	77	73	77	79	78	54	89	87	91
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.850	8.999	4.707	4.546	6.929	8.259	10.783	3.882	5.221	5.558
Infecciones respiratorias	3.092	4.622	3.512	3.150	3.825	4.830	3.405	1.465	1.903	2.209
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	7.010	13.698	8.292	7.773	10.833	13.167	14.242	5.436	7.211	7.858
Anomalías congénitas	48	134	76	96	189	149	180	106	152	192
Condiciones neuropsiquiátricas	1.877	4.526	6.045	5.272	8.466	7.173	7.907	3.381	6.928	8.665
Condiciones orales	3.828	7.860	7.056	9.485	8.081	11.220	13.345	4.328	5.113	4.854
Desordenes endocrinos	568	816	966	1.177	1.215	1.256	1.146	774	1.012	1.076
Diabetes mellitus	132	180	156	123	231	271	174	167	200	212
Enfermedades cardiovasculares	564	824	753	658	898	1.326	1.066	694	685	815
Enfermedades de la piel	1.940	2.801	2.317	2.454	3.149	3.797	2.744	1.267	1.766	2.092
Enfermedades de los órganos de los sentidos	1.606	1.852	1.478	1.697	2.776	3.525	3.114	1.241	1.915	2.468
Enfermedades digestivas	1.589	2.477	2.056	2.047	2.569	2.922	2.301	1.246	1.684	2.196
Enfermedades genitourinarias	925	1.806	1.585	1.612	2.019	2.490	2.423	996	1.380	1.725
Enfermedades musculoesqueléticas	2.299	3.414	2.678	2.991	3.881	5.166	4.525	2.216	2.790	3.435
Enfermedades respiratorias	925	1.461	1.206	1.225	1.294	1.642	1.234	667	804	874
Neoplasias malignas	107	177	149	174	192	333	512	154	371	264
Otras neoplasias	80	104	135	239	201	405	295	97	154	162
Total Enfermedades no transmisibles	16.488	28.432	26.656	29.250	35.161	41.675	40.966	17.334	24.954	29.030
Lesiones de intencionalidad indeterminada		7	5	1	12	17	7	4	14	1
Lesiones intensionales	12	69	56	43	43	107	58	22	35	90
Lesiones no intensionales	103	323	180	225	332	445	451	300	371	366
Traumatismos, envenenamientos u otras causas	3.528	7.573	6.149	5.123	6.673	9.612	10.141	6.455	7.326	8.084
Total Lesiones	3.643	7.972	6.390	5.392	7.060	10.181	10.657	6.781	7.746	8.541
Signos y síntomas mal definidos	3.442	5.838	4.561	3.826	5.646	6.490	6.169	2.954	3.861	5.112
Total Signos y síntomas mal definidos	3.442	5.838	4.561	3.826	5.646	6.490	6.169	2.954	3.861	5.112
Total	30.603	56.021	45.927	46.245	58.724	71.526	72.057	32.540	43.843	50.620

278



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	84	114	48	54	121	172	59	9	29	168
Condiciones maternas	8.122	14.327	9.436	8.301	9.866	12.416	14.516	5.781	8.463	10.717
Total Condiciones maternas perinatales	8.206	14.441	9.484	8.355	9.987	12.588	14.575	5.790	8.492	10.885
Deficiencias nutricionales	480	490	291	388	381	418	365	266	344	287
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6.107	13.136	6.537	6.296	8.728	9.764	12.913	5.124	4.623	4.807
Infecciones respiratorias	5.665	7.526	5.898	4.843	6.155	6.569	5.209	2.227	3.247	3.422
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	12.252	21.152	12.726	11.527	15.264	16.751	18.487	7.617	8.214	8.516
Anomalías congénitas	120	167	165	192	453	283	274	179	215	285
Condiciones neuropsiquiátricas	4.031	6.389	5.736	5.586	7.594	7.713	7.150	3.723	5.997	7.315
Condiciones orales	6.937	13.225	11.442	15.921	12.668	17.504	22.360	7.582	8.710	8.841
Desordenes endocrinos	2.284	3.427	2.954	3.777	4.318	4.591	3.846	2.394	3.454	4.132
Diabetes mellitus	189	336	218	172	263	425	327	254	185	210
Enfermedades cardiovasculares	697	1.038	875	861	1.128	1.322	1.263	774	755	1.177
Enfermedades de la piel	2.743	4.178	2.994	3.525	4.134	4.535	4.014	1.993	2.523	3.070
Enfermedades de los órganos de los sentidos	2.862	3.200	2.366	3.088	4.940	5.926	5.463	2.434	3.165	4.156
Enfermedades digestivas	4.520	6.923	5.063	5.237	5.905	6.150	5.588	2.760	3.308	4.301
Enfermedades genitourinarias	10.024	15.528	10.607	10.821	12.791	14.185	12.533	5.755	7.541	9.758
Enfermedades musculoesqueléticas	3.672	5.318	4.174	4.202	5.520	6.375	6.317	2.799	3.823	4.614
Enfermedades respiratorias	1.535	2.270	1.947	1.880	2.033	2.035	1.850	834	1.309	1.331
Neoplasias malignas	179	181	156	238	268	426	462	193	196	267
Otras neoplasias	292	323	317	415	564	584	654	232	373	432
Total Enfermedades no transmisibles	40.085	62.503	49.014	55.915	62.579	72.054	72.101	31.906	41.554	49.889
Lesiones de intencionalidad indeterminada	6	8	1	4	8	2	4		1	8
Lesiones intencionales	17	47	51	62	84	92	102	23	81	104
Lesiones no intencionales	110	214	204	222	344	322	404	287	224	314
Traumatismos, envenenamientos u otras causas	1.926	3.187	2.871	2.653	3.485	4.347	4.975	2.842	3.450	3.701
Total Lesiones	2.059	3.456	3.127	2.941	3.921	4.763	5.485	3.152	3.756	4.127
Signos y síntomas mal definidos	8.545	13.765	10.861	9.533	17.661	14.888	15.963	7.471	9.752	14.035
Total Signos y síntomas mal definidos	8.545	13.765	10.861	9.533	17.661	14.888	15.963	7.471	9.752	14.035
Total	71.147	115.317	85.212	88.271	109.412	121.044	126.611	55.936	71.768	87.452

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.



Total, atenciones por curso de vida, Adultez, Quindío 2016 – 2018

Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	4	13	5	3	1	5	6	1	5	4
Condiciones maternas	1	5	5		2	3		2	4	9
Total Condiciones maternas perinatales	5	18	10	3	3	8	6	3	9	13
Deficiencias nutricionales	98	161	147	87	129	94	107	95	163	157
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7.490	20.063	11.043	12.424	17.772	19.178	23.355	8.884	13.837	14.644
Infecciones respiratorias	5.449	7.960	7.893	6.418	7.815	9.232	6.762	2.653	3.690	4.292
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	13.037	28.184	19.083	18.929	25.716	28.504	30.224	11.632	17.690	19.093
Anomalías congénitas	71	123	92	144	429	233	205	113	174	226
Condiciones neuropsiquiátricas	4.074	7.576	9.537	9.283	11.376	11.653	11.564	6.438	13.641	16.217
Condiciones orales	9.590	18.084	22.327	33.090	25.674	33.681	38.227	12.659	14.619	12.553
Desórdenes endocrinos	4.231	5.528	6.642	8.592	8.477	9.306	7.526	4.639	6.677	7.563
Diabetes mellitus	2.715	3.640	3.851	3.646	3.905	4.914	4.759	2.756	4.234	4.974
Enfermedades cardiovasculares	9.224	13.866	15.874	15.235	14.875	17.819	15.584	8.699	12.811	15.441
Enfermedades de la piel	3.346	5.486	4.822	4.967	5.855	6.678	5.898	2.607	3.534	4.254
Enfermedades de los órganos de los sentidos	5.013	6.269	5.558	6.418	8.932	10.785	10.041	4.732	6.681	9.221
Enfermedades digestivas	5.034	8.492	7.835	7.678	9.333	10.071	8.494	3.957	5.741	7.280
Enfermedades genitourinarias	3.791	5.831	6.191	6.831	8.251	9.482	8.782	4.099	5.079	6.917
Enfermedades musculoesqueléticas	9.922	15.427	14.034	15.591	18.082	20.685	18.649	9.170	12.874	16.165
Enfermedades respiratorias	2.266	4.454	4.814	3.677	3.861	3.782	3.536	1.640	2.348	2.624
Neoplasias malignas	678	1.328	888	894	1.229	1.313	1.456	688	1.052	1.727
Otras neoplasias	422	542	693	926	1.094	1.495	1.163	507	813	893
Total Enfermedades no transmisibles	60.377	96.646	103.158	116.972	121.373	141.897	135.884	62.704	90.278	106.055
Lesiones de intencionalidad indeterminada	2	14	6	4	13	6	6	8	5	4
Lesiones intencionales	12	64	78	64	75	72	53	24	125	81
Lesiones no intencionales	207	587	492	463	681	645	754	485	541	735
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	6.101	12.463	11.454	10.196	12.732	15.989	17.321	10.260	12.301	14.163
Total Lesiones	6.322	13.128	12.030	10.727	13.501	16.712	18.134	10.777	12.972	14.983
Signos y síntomas mal definidos	9.660	14.252	12.485	11.054	14.212	15.621	16.943	7.630	9.571	13.099
Total Signos y síntomas mal definidos	9.660	14.252	12.485	11.054	14.212	15.621	16.943	7.630	9.571	13.099
Total	89.401	152.228	146.766	157.685	174.805	202.742	201.191	92.746	130.520	153.243



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	60	90	48	26	63	68	41	4	2	104
Condiciones maternas	3.380	5.447	4.836	4.024	5.018	5.791	7.729	2.774	3.253	4.770
Total Condiciones maternas perinatales	3.440	5.537	4.884	4.050	5.081	5.859	7.770	2.778	3.255	4.874
Deficiencias nutricionales	853	883	780	981	1.089	1.084	815	437	693	720
Enfermedades infecciosas y parasitarias	10.380	24.398	13.734	12.604	18.127	19.064	26.783	10.834	11.469	11.358
Infecciones respiratorias	10.155	16.081	15.495	12.541	13.148	14.644	11.889	5.342	7.469	7.985
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	21.388	41.362	30.009	26.126	32.364	34.792	39.487	16.613	19.631	20.063
Anomalías congénitas	210	328	351	352	783	521	590	331	439	525
Condiciones neuropsiquiátricas	11.828	18.666	20.278	19.777	22.894	21.990	22.586	12.777	19.356	22.220
Condiciones orales	15.581	29.179	35.970	50.869	41.155	49.758	60.342	21.643	24.987	22.741
Desórdenes endocrinos	11.089	15.607	17.767	20.965	23.208	24.113	22.179	13.211	17.798	20.102
Diabetes mellitus	4.009	6.384	6.454	5.830	6.094	7.796	7.952	4.355	6.577	7.819
Enfermedades cardiovasculares	19.980	33.650	33.365	28.440	29.006	33.172	30.662	16.954	23.588	26.810
Enfermedades de la piel	5.277	8.200	6.938	7.251	9.001	9.480	9.078	4.506	5.557	6.766
Enfermedades de los órganos de los sentidos	7.921	10.023	9.158	10.416	14.709	17.425	18.502	9.270	11.704	15.644
Enfermedades digestivas	11.078	18.341	16.935	16.231	18.409	18.090	15.770	8.105	10.858	13.082
Enfermedades genitourinarias	19.689	30.520	26.727	27.313	31.924	33.856	33.397	15.180	20.262	24.403
Enfermedades musculoesqueléticas	18.779	29.455	26.738	28.556	34.081	36.371	35.965	18.875	25.834	28.486
Enfermedades respiratorias	3.844	7.017	6.972	5.505	5.482	5.359	5.678	2.823	4.036	4.361
Neoplasias malignas	1.513	2.075	2.220	2.095	2.937	3.252	3.760	1.940	2.756	3.331
Otras neoplasias	1.932	2.513	2.700	3.136	4.015	4.853	4.784	2.218	3.290	3.831
Total Enfermedades no transmisibles	132.730	211.958	212.573	226.736	243.698	266.036	271.245	132.188	177.042	200.121
Lesiones de intensidad indeterminada	1		1	2	3	6	5	4	5	4
Lesiones intensionales	8	75	41	29	71	51	69	30	54	102
Lesiones no intensionales	223	454	430	403	698	587	634	436	441	559
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	4.546	8.344	8.494	7.745	8.939	10.057	11.133	5.931	7.925	9.220
Total Lesiones	4.778	8.873	8.966	8.179	9.711	10.701	11.841	6.401	8.425	9.885
Signos y síntomas mal definidos	20.742	29.680	26.041	22.902	32.488	31.966	34.977	17.116	21.346	28.802
Total Signos y síntomas mal definidos	20.742	29.680	26.041	22.902	32.488	31.966	34.977	17.116	21.346	28.802
Total	183.078	297.410	282.473	287.993	323.342	349.354	365.320	175.096	229.699	263.745

281

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

Total, atenciones por curso de vida, Vejez, Quindío 2016 – 2018

Subgrupo de Causa	MASCULINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	1	5	7		3	6		1		
Condiciones maternas		1								2
Total Condiciones maternas perinatales	1	6	7		3	6		1		2
Deficiencias nutricionales	134	145	244	224	218	399	222	135	504	377
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.739	5.123	3.199	3.055	4.350	4.862	5.801	2.751	4.420	4.978
Infecciones respiratorias	1.543	3.566	4.051	2.494	3.010	3.222	3.030	1.410	2.514	3.284
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	3.416	8.834	7.494	5.773	7.578	8.483	9.053	4.296	7.438	8.639
Anomalías congénitas	31	32	41	53	778	155	107	44	78	110
Condiciones neuropsiquiátricas	1.477	3.087	3.951	3.573	3.952	4.298	4.584	3.071	5.702	7.487
Condiciones orales	1.662	3.662	5.858	9.646	7.348	7.564	9.170	3.943	5.276	4.246
Desórdenes endocrinos	1.563	2.346	3.152	3.655	3.899	3.995	3.332	2.273	3.425	4.161
Diabetes mellitus	2.675	3.897	4.915	5.222	5.159	6.626	5.698	3.648	6.651	7.759
Enfermedades cardiovasculares	15.980	26.802	32.896	31.343	30.328	34.600	31.857	18.864	32.651	39.661
Enfermedades de la piel	1.303	2.396	2.196	2.501	2.936	3.060	2.950	1.502	2.473	3.226
Enfermedades de los órganos de los sentidos	3.031	5.545	4.390	5.369	7.304	7.140	8.085	4.450	8.599	11.873
Enfermedades digestivas	2.488	4.792	5.116	4.807	5.400	5.456	5.204	2.669	4.559	6.123
Enfermedades genitourinarias	3.118	5.062	6.257	8.235	9.398	10.713	9.567	5.863	8.055	10.070
Enfermedades musculoesqueléticas	3.811	7.328	6.717	7.902	8.783	9.334	9.781	6.026	9.072	9.745
Enfermedades respiratorias	3.259	7.281	8.013	6.042	6.880	7.253	7.094	3.569	6.316	9.129
Neoplasias malignas	958	1.482	1.616	1.724	2.320	2.478	2.754	1.322	2.093	3.030
Otras neoplasias	333	575	672	709	1.002	1.133	1.075	513	765	1.123
Total Enfermedades no transmisibles	41.689	74.287	85.790	90.781	95.487	103.805	101.258	57.757	95.715	117.743
Lesiones de intensidad indeterminada			9	1	4		2		1	
Lesiones intensionales	2	5	22	10	6	8	8	9	22	11
Lesiones no intensionales	101	194	231	236	334	284	300	282	296	356
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras	1.552	3.846	3.680	3.291	4.128	4.716	4.869	3.140	5.212	5.792
Total Lesiones	1.655	4.045	3.942	3.538	4.472	5.008	5.179	3.431	5.531	6.159
Signos y síntomas mal definidos	5.021	8.127	7.837	7.250	9.324	9.402	10.425	5.184	7.546	11.346
Total Signos y síntomas mal definidos	5.021	8.127	7.837	7.250	9.324	9.402	10.425	5.184	7.546	11.346
Total	51.782	95.299	105.070	107.342	116.864	126.704	125.915	70.669	116.230	143.889



Subgrupo de Causa	FEMENINO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	2	6	5	2	4	4	6			1
Condiciones maternas	3	8	13	3	9	10	7			5
Total Condiciones maternas perinatales	5	14	18	5	13	14	13			6
Deficiencias nutricionales	212	266	355	405	474	452	508	289	663	629
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.503	6.593	3.890	3.908	5.143	5.315	7.367	3.617	3.819	4.231
Infecciones respiratorias	2.514	5.381	5.760	4.198	5.007	4.966	4.459	2.420	3.723	4.790
Total Condiciones transmisibles y nutricionales	5.229	12.240	10.005	8.511	10.624	10.733	12.334	6.326	8.205	9.650
Anomalías congénitas	68	84	88	118	134	187	188	116	128	172
Condiciones neuropsiquiátricas	2.794	4.984	6.549	6.224	6.811	7.640	7.459	4.911	9.391	12.637
Condiciones orales	1.527	3.361	5.691	10.033	8.034	7.531	9.717	4.253	5.812	4.848
Desórdenes endocrinos	3.717	5.657	7.389	9.113	9.462	9.860	8.728	5.976	8.649	9.613
Diabetes mellitus	4.901	6.989	8.099	8.275	8.516	10.276	10.035	5.896	10.792	12.450
Enfermedades cardiovasculares	26.370	45.129	52.011	49.267	46.654	53.654	50.003	30.894	50.699	58.062
Enfermedades de la piel	1.662	2.923	2.819	3.099	3.759	3.677	4.475	2.319	3.183	3.913
Enfermedades de los órganos de los sentidos	4.053	6.973	5.947	7.225	10.347	9.372	11.193	6.456	11.848	17.039
Enfermedades digestivas	3.650	6.853	7.056	7.062	7.879	7.699	7.352	4.327	6.700	8.548
Enfermedades genitourinarias	3.598	6.189	7.026	8.101	9.601	9.370	9.169	6.581	9.244	9.791
Enfermedades musculoesqueléticas	6.794	12.269	12.036	15.080	16.417	17.255	17.719	12.540	18.399	18.805
Enfermedades respiratorias	3.102	6.199	7.103	5.191	5.906	6.317	5.967	3.410	6.055	8.515
Neoplasias malignas	1.234	1.931	1.859	1.982	2.480	2.738	3.116	1.613	2.439	3.163
Otras neoplasias	435	642	725	1.025	1.179	1.366	1.419	853	1.319	1.517
Total Enfermedades no transmisibles	63.905	110.183	124.398	131.795	137.179	146.942	146.540	90.145	144.658	169.073
Lesiones de intencionalidad indeterminada		2	1	6		2				
Lesiones intencionales		2	8	4	5	11	11	3	3	12
Lesiones no intencionales	100	160	182	216	307	272	186	266	205	291
Traumatismos, envenenamientos u otras	2.399	4.531	4.710	4.249	5.497	6.041	6.462	3.567	6.931	7.420
Total Lesiones	2.499	4.695	4.901	4.475	5.809	6.326	6.659	3.836	7.139	7.723
Signos y síntomas mal definidos	6.998	10.450	9.783	9.714	12.689	12.158	13.263	7.173	10.264	14.590
Total Signos y síntomas mal definidos	6.998	10.450	9.783	9.714	12.689	12.158	13.263	7.173	10.264	14.590
Total	78.636	137.582	149.105	154.500	166.314	176.173	178.809	107.480	170.266	201.042

15.3 CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONDICIONES TRANSMISIBLES Y NUTRICIONALES.

El subgrupo de las condiciones transmisibles y nutricionales, muestra, para la población general, que las enfermedades infecciosas y parasitarias son las de mayor demanda, de mayor consumo en la población femenina que muestra una variación de menos 4,49 puntos porcentuales en los dos últimos años; en segundo lugar se encuentran las infecciones respiratorias, con un menor comportamiento en el sexo masculino y finalmente las deficiencias nutricionales con un comportamiento muy similar en ambos sexos.

Tabla 92: Proporción de causas de atención por causas específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Quindío 2009 – 2018

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en el total de la población										Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	56487	135863	71563	65193	91709	100946	128784	52492	60426	61550	825013	53,78
Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	61547	103320	81920	64060	78786	81475	72419	31740	42752	50195	668214	43,56
Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3793	4825	3856	4223	4575	4618	4519	2777	3930	3735	40851	2,66
Total	121827	244008	157339	133476	175070	187039	205722	87009	107108	115480	1534078	100,00

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en hombres										Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	25.297	63.393	32.959	31.277	44.441	50.121	61.284	24.489	32.440	33.334	399035	56,21
Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	27.069	46.241	35.721	27.977	35.139	36.989	33.120	14.001	18.635	22.325	297217	41,87
Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1.147	1.565	1.264	1.284	1.485	1.544	1.563	1.024	1.421	1.319	13616	1,92
Total	53513	111199	69944	60538	81065	88654	95967	39514	52496	56978	709868	100,00

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en mujeres											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	31.190	72.470	38.604	33.916	47.268	50.825	67.500	28.003	27.986	28.216	425978	51,68	
Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	34.478	57.079	46.199	36.083	43.647	44.486	39.299	17.739	24.117	27.870	370997	45,01	
Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.646	3.260	2.592	2.939	3.090	3.074	2.956	1.753	2.509	2.416	27235	3,30	
Total	68314	132809	87395	72938	94005	98385	109755	47495	54612	58502	824210	100,00	

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

15.4 CONDICIONES MATERNAS Y PERINATALES.

De acuerdo con los subgrupos de causas de morbilidad sobresalen, dentro las condiciones maternas y perinatales un comportamiento definido para cada curso de vida; para el curso de vida de primera infancia hay un predominio de condiciones derivadas durante el periodo perinatal, en los demás cursos predominan las condiciones maternas, Tabla 93.

Tabla 93: Proporción de causas de atención por causas materno perinatales, Quindío 2009 – 2018.

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en el total de la población											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Condiciones maternas (O00-O99)	14256	25829	18631	15518	18188	21951	26491	10855	14206	18599	184524	92,60	
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	1562	1696	1667	937	1105	2072	2540	572	1166	1434	14751	7,40	
Total	15818	27525	20298	16455	19293	24023	29031	11427	15372	20033	199275	100,00	

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en hombres											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Condiciones maternas (O00-O99)	30	86	48	30	65	27	1	45	46	33	411	5,28	
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	778	784	834	451	523	958	1.406	332	653	655	7374	94,72	
Total	808	870	882	481	588	985	1407	377	699	688	7785	100,00	



Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en mujeres										Total	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2009-2018	% 2009-2018
Condiciones maternas (O00-O99)	14.226	25.743	18.583	15.488	18.123	21.924	26.490	10.810	14.160	18.566	184113	96,15
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	784	912	833	486	582	1.114	1.134	240	513	779	7377	3,85
Total	15010	26655	19416	15974	18705	23038	27624	11050	14673	19345	191490	100,00

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

15.5 ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.

Las tablas siguientes detallan el comportamiento de las causas no transmisibles, que integra enfermedades por neoplasias y diabetes, desordenes endocrinos, trastornos neuropsiquiátricos, 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 94).

Tabla 94: Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Quindío 2009 – 2018.



Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en el total de la población										Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Neoplasias malignas (C00-C97)	5077	7928	7482	7552	10180	11502	12814	6356	9809	12518	91218	1,25
Otras neoplasias (D00-D48)	3798	5260	5732	7103	8866	10743	10389	4821	7225	8574	72511	0,99
Diabetes mellitus (E10-E14)	14895	21835	24107	23653	24686	30847	29435	17352	28966	33912	249688	3,42
Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	26438	37906	43411	52216	56075	58815	52212	32119	44544	51885	455621	6,24
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	33084	59255	65509	64956	85537	81759	82342	45174	80487	101622	699725	9,58
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	33822	47073	38965	44283	61836	70294	72206	36563	53242	73470	531754	7,28
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	73529	122418	136776	126699	124180	143407	131753	77816	122137	143242	1201957	16,46
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	24709	42512	43317	35321	38686	39556	37967	19156	28895	34966	345085	4,72
Enfermedades digestivas (K20-K92)	35051	58066	53172	50546	57961	59567	54098	27386	39187	49378	484412	6,63
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	49254	79136	70527	73846	86217	93550	88461	44304	59099	72281	716675	9,81
Enfermedades de la piel (L00-L98)	25802	42169	35334	35872	41979	45795	41992	20531	26845	32594	348913	4,78
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	51434	83258	75255	82961	96995	107112	103934	56420	79695	89178	826242	11,31
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	3557	4594	4314	5188	8155	7149	7416	4181	4864	5589	55007	0,75
Condiciones orales (K00-K14)	56580	112479	119848	166957	134101	172058	213501	75511	89113	85219	1225367	16,78
Total	437030	723889	723749	777153	835454	932154	938520	467690	674108	794428	7304175	100,00

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en hombres										Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Neoplasias malignas (C00-C97)	1.952	3.463	2.998	3.058	4.142	4.730	5.128	2.425	4.118	5.455	37469	1,35
Otras neoplasias (D00-D48)	981	1.507	1.730	2.156	2.633	3.487	3.062	1.303	1.966	2.405	21230	0,77
Diabetes mellitus (E10-E14)	5.608	7.893	9.095	9.166	9.546	12.043	10.858	6.689	11.239	13.180	95317	3,44
Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7.495	10.392	12.511	15.269	15.624	16.789	14.141	8.934	12.490	15.441	129086	4,66
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	10.577	21.831	26.383	26.280	37.341	34.657	35.691	18.660	37.072	47.985	296477	10,70
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13.962	19.800	15.971	17.880	24.671	28.581	28.212	13.876	21.624	29.662	214239	7,73
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	26.114	42.019	50.065	47.781	46.828	54.628	49.229	28.731	46.594	56.658	448647	16,19
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	11.961	20.985	21.481	17.574	19.332	19.972	18.804	9.455	13.929	17.067	170560	6,16
Enfermedades digestivas (K20-K92)	11.646	19.704	18.583	17.418	20.506	21.976	20.089	9.689	14.699	18.929	173239	6,25
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	9.851	16.247	17.365	19.585	23.000	26.438	24.583	12.557	16.973	21.751	188350	6,80
Enfermedades de la piel (L00-L98)	11.247	18.582	15.815	15.704	18.388	20.744	17.700	8.415	11.608	14.133	152336	5,50
Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	18.780	30.602	27.476	30.347	35.484	40.936	38.132	19.473	28.051	33.154	302435	10,91
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.486	1.904	1.846	2.240	4.029	3.225	3.276	1.738	2.286	2.599	24629	0,89
Condiciones orales (K00-K14)	23.654	47.579	50.441	70.353	56.401	73.949	91.011	31.013	37.453	35.126	516980	18,66
Total	155314	262508	271760	294811	317925	362155	359916	172958	260102	313545	2770994	100,00

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en mujeres										Total 2009- 2018	% 2009- 2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Neoplasias malignas (C00-C97)	3.125	4.465	4.484	4.494	6.038	6.772	7.686	3.931	5.691	7.063	53749	1,19
Otras neoplasias (D00-D48)	2.817	3.753	4.002	4.947	6.233	7.256	7.327	3.518	5.259	6.169	51281	1,13
Diabetes mellitus (E10-E14)	9.287	13.942	15.012	14.487	15.140	18.804	18.577	10.663	17.727	20.732	154371	3,41
Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	18.943	27.514	30.900	36.947	40.451	42.026	38.071	23.185	32.054	36.444	326535	7,20
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	22.507	37.424	39.126	38.676	48.196	47.102	46.651	26.514	43.415	53.637	403248	8,90
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	19.860	27.273	22.994	26.403	37.165	41.713	43.994	22.687	31.618	43.808	317515	7,00
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	47.415	80.399	86.711	78.918	77.352	88.779	82.524	49.085	75.543	86.584	753310	16,62
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	12.748	21.527	21.836	17.747	19.354	19.584	19.163	9.701	14.966	17.899	174525	3,85
Enfermedades digestivas (K20-K92)	23.405	38.362	34.589	33.128	37.455	37.591	34.009	17.697	24.488	30.449	311173	6,86
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	39.403	62.889	53.162	54.261	63.217	67.112	63.878	31.747	42.126	50.530	528325	11,65
Enfermedades de la piel (L00-L98)	14.555	23.587	19.519	20.168	23.591	25.051	24.292	12.116	15.237	18.461	196577	4,34
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	32.654	52.656	47.779	52.614	61.511	66.176	65.802	36.947	51.644	56.024	523807	11,55
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2.071	2.690	2.468	2.948	4.126	3.924	4.140	2.443	2.578	2.990	30378	0,67
Condiciones orales (K00-K14)	32.926	64.900	69.407	96.604	77.700	98.109	122.490	44.498	51.660	50.093	708387	15,63
Total	281716	461381	451989	482342	517529	569999	578604	294732	414006	480883	4533181	100,00

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

15.6 LESIONES.

Las lesiones o las causas externas por curso de vida, se detallan en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, en la que se destacan los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y segunda, lesiones no intencionales en todos los grupos de cursos de vida, con cambios específicos para tanto hombre y mujeres y población total.

Tabla 95: Morbilidad específica por las lesiones, Quindío 2009 – 2018.

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en el total de la población											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	1271	3000	2651	2571	3919	3781	4168	2795	2934	3553	30643	5,25	
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	100	406	426	340	434	538	493	173	407	630	3947	0,68	
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	12	52	39	26	49	54	33	22	31	23	341	0,06	
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	29168	57318	52869	45390	58411	68486	74228	42356	57115	63563	548904	94,02	
Total	30551	60776	55985	48327	62813	72859	78922	45346	60487	67769	583835	100,00	

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en hombres											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	649	1.715	1.411	1.394	2.079	2.093	2.346	1.508	1.659	1.986	16840	4,85	
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	39	180	190	169	190	250	180	71	215	270	1754	0,51	
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	3	31	28	10	36	30	20	14	20	7	199	0,06	
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	16.889	35.092	31.199	26.494	34.509	41.970	44.689	26.192	33.700	37.553	328287	94,59	
Total	17580	37018	32828	28067	36814	44343	47235	27785	35594	39816	347080	100,00	

Subgrupos de causa de morbilidad	Atenciones en mujeres											Total 2009-2018	% 2009-2018
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	622	1.285	1.240	1.177	1.840	1.688	1.822	1.287	1.275	1.567	13803	5,83	
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	61	226	236	171	244	288	313	102	192	360	2193	0,93	
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	9	21	11	16	13	24	13	8	11	16	142	0,06	
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	12.279	22.226	21.670	18.896	23.902	26.516	29.539	16.164	23.415	26.010	220617	93,18	
Total	12971	23758	23157	20260	25999	28516	31687	17561	24893	27953	236755	100,00	

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

16 MORBILIDAD ESPECÍFICA DE SALUD MENTAL.

De acuerdo a lo dispuesto en la tabla No 94. La morbilidad específica de Salud Mental, se analiza según tres grandes grupos diagnósticos que son: los trastornos mentales y del comportamiento, evento de mayor incidencia en todos los cursos de vida, llamando la atención el alto número de consultas en el curso de vida de la primera infancia, siendo el curso de vida de mayor incidencia la adultez, seguido de la juventud.

En segundo lugar se encuentran los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, afectando en mayor proporción al curso de vida de la Adultez, la juventud y la adolescencia.

El tercer grupo es la epilepsia, con un mayor comportamiento en la Vejez, la Adultez, la juventud y la primera infancia.

Tabla 96 Morbilidad específica de Salud Mental por curso de vida y sexo, Departamento del Quindío 2009 - 2018

Ciclo vida	Diagnóstico Principal	MASCULINO									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Primera Infancia (0 a 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	404	617	560	800	846	1.344	2.007	874	1.606	1.427
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	2	8	3		1	1	1	2	4	5
	Epilepsia	181	467	258	241	324	424	325	344	386	740
Infancia (6 a 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	781	1.609	1.653	2.465	3.177	3.344	5.835	3.097	4.908	6.725
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas		30	16	9	3	8	166	9	14	45
	Epilepsia	220	570	447	459	386	488	577	330	509	695
Adolescencia (12 a 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	628	1.394	1.966	3.716	5.787	7.261	6.365	1.831	3.581	6.295
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	57	217	302	1.544	2.888	3.949	3.267	475	817	2.163
	Epilepsia	296	438	456	419	578	505	499	261	434	645



Juventud (18 a 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	1.089	3.034	4.886	6.183	9.386	10.518	10.203	2.804	5.948	10.137
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	149	1.091	2.364	3.477	6.675	7.391	7.039	1.217	2.694	5.149
	Epilepsia	341	813	591	668	540	617	686	415	729	747
Adultez (29 a 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	2.530	4.645	7.194	7.001	9.047	11.965	12.318	4.742	11.956	19.298
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	196	529	1.010	909	3.841	6.542	6.245	1.753	4.664	10.413
	Epilepsia	731	1.408	1.303	1.341	1.245	1.497	1.476	829	1.547	1.947
Vejez (60 y más años)	Trastornos mentales y del comportamiento	1.108	2.331	3.238	2.653	2.724	2.816	3.178	1.762	4.131	5.709
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	6	68	55	16	36	58	87	95	179	410
	Epilepsia	139	373	496	362	303	350	486	279	484	1.128

Fuente: SISPRO /Min Salud y Protección Social.

17 MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO.

El grupo de eventos definidos enfermedades de alto costo, busca establecer la carga de morbilidad por estas condiciones, los cuales, por su tratamiento y manejo, consumen altos recursos financieros y tecnológicos en salud. Integran este grupo las enfermedades renales crónicas, la enfermedad causada por ser portador del VIH o tener SIDA, las leucemias en los niños y las enfermedades huérfanas.

La tasa de incidencia de VIH notificada al sistema de información de la CAC, del 2006 al 2018, muestra un patrón de incremento, con una diferencia de 16,51 puntos de tasa, por encima de lo referenciado a nivel País, lo que coloca en rojo este indicador, generando alerta que lo constituye como una alta prioridad de intervención, para el Departamento del Quindío. Se observa una baja en casos de leucemias en los menores, con tasa menor que la nacional para la mieloide y alta para la linfoide, enfermedades que entran en el complejo sistema de atención por unidades funcionales especializadas para ellas, lo que favorecerá que se instale una tendencia al descenso, sin embargo, se considera un evento prioritario para el

Departamento del Quindío, dada la posibilidad de sobrevida en especial de los menores de 18 años de edad.

Tabla 97.

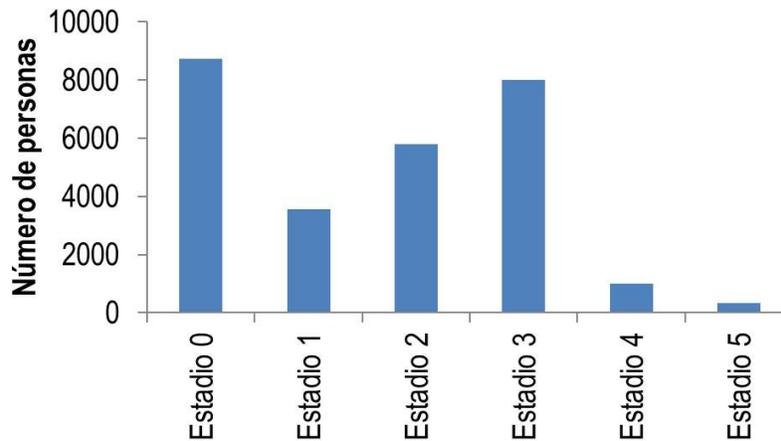
La tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, muestra un comportamiento levemente inferior a la tasa nacional, ubicando la situación en amarillo, requiriendo intervención a mediano plazo, al igual que la prevalencia en diagnósticos de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.

Tabla 97: Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Quindío 2008 - 2018

Evento	Colombia	Quindío	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	1,32	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	8,28	7,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de VIH notificada	22,75	39,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,71	0,69	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	-	-	↗	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	3,86	4,82	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘

Fuente: *: Cuenta de Alto Costo; Cuenta de alto costo***: **: Estimación SDS - Quindío - SIVIGILA

El gráfico 68 detalla la enfermedad renal para 2017 y sus diferentes estadios, donde el mayor número de pacientes se ubican en el estadio 3, que suman 12.462 individuos, seguido de los estadios 0 y 2, los cuales superan los 8.000 pacientes y los estadios superiores 4 y 5, pacientes de alto consumo y candidatos a trasplante es bajo, hallándose en general menos entre 500 a mil las personas afectadas, con variación importante de sus datos frente a 2016.



Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social CAC 2018.

Gráfico 68: Progresión de la Enfermedad Renal Crónica en el departamento Quindío, 2018

18 MORBILIDAD DE EVENTOS PRECURSORES DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Se han considerado dos eventos precursores de enfermedad renal crónica, como son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; la diabetes, presenta una tasa superior a la Nacional, muy cercana al valor nacional, por tanto, su color es amarillo; en la hipertensión arterial, se muestra una tasa levemente inferior a la Nacional, con una diferencia no significativa; entre los dos últimos años La diabetes mellitus, presenta un leve descenso, sin embargo su presencia es alta en la población del Departamento, , constituyéndose en un escenario de riesgo para los eventos cardiovasculares, que ocupan la primera causa de mortalidad en el departamento, pero con un comportamiento que semeja al nacional, como se muestra en la tabla 96 .

Tabla 98: Eventos precursores de enfermedad renal crónica, Quindío, 2009 -2018.

Evento	Colombia	Quindío	Comportamiento							
			2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Prevalencia de diabetes mellitus	2,61	3,11	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	
Prevalencia de hipertensión arterial	7,91	7,61	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social; SISPRO, CAC 2018



Es de resaltar que estos eventos precursores se constituyen en los principales factores de riesgo para los eventos cardiovasculares, primera causa de mortalidad en el departamento entre 2005 a 2018.

19 MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA (ENO).

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, reglamentado Decreto Numero 3518 de 2006 y compilado en el Decreto Único Reglamentario 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.

La red de Unidades Primarias Generados de Datos del Departamento del Quindío, viene presentando cambios importantes en relación al número, las cuales presentan una tendencia al descenso en el reporte obligatorio, con un promedio de 7% anual de no reporte, que lleva a una desestimación de la intensidad de la morbilidad de interés y a un reflejo de la desprovisión del servicio de salud, situación que muestra la problemática en relación a la prestación de los servicios de salud.

Dentro de la problemática de la desprovisión, se ha presentado el cierre de Prestadores de Servicios de Salud, sumando a una baja productividad de algunos centros de salud debido a la disminución horaria del personal médico en los mismos; en los procesos de Búsqueda Activa Institucional, se evidencia además, la generación de diagnósticos abiertos y la utilización de signos y síntomas, dificultando la búsqueda de los eventos de Interés en Salud Pública

El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, cuenta con un total de 202 instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y entidades con competencia, que conforman la red notificadora del Departamento del Quindío,

clasificándose 68 de ellas como Unidades Primarias Generadoras de Datos (34,65%), 132 instituciones clasificadas como Unidades Informadoras (65,34%) dentro de las cuales y con el fin de lograr una mejor cobertura en relación a la información de casos de violencia de género, se incluyen 13 comisarías de familia, 2 centros zonales del ICBF y la fiscalía general de la Nación, sede Calarcá. Se cuenta además con las secretarías municipales de salud y los Planes locales de salud, dado que, por la acción epidemiológica de campo, aportan a la captación de eventos de interés en Salud Pública, estas últimas no se relacionan en la evaluación de cumplimiento del sistema de Vigilancia en Salud pública

Por medio de las acciones de verificación y fortalecimiento en la operatividad del SIVIGILA desde todos los sectores, se ha logrado mantener un cumplimiento en el reporte semanal obligatorio por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos, superando el mínimo esperado, según indicadores descritos en los lineamientos de inspección, Vigilancia y control en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, alcanzando 99,7%, de las unidades notificando, no presentándose Unidades en silencio epidemiológico, ni en riesgo de negatividad; el cumplimiento de las 12 Unidades Notificadoras Municipales y la Unidad Notificadora Departamental fue del 100%, Tabla 99 ¹⁰.

Tabla 99: Indicadores de Cumplimiento del reporte semanal por Municipio, Departamento del Quindío – 2018.

MUNICIPIO	No. TOTAL UPGD ACTIVAS	% DE CUMPLIMIENTO ACUMULADO POR UPGD	No. DE UPGDEN RIESGO DE NEGATIVIDAD	No. DE UPGD EN RIESGO DE SILENCIO	CUMPLIMIENTO ACUMULADO REPORTE SEMANAL POR UNM
ARMENIA	37	97,3%	0	0	100%
BUENAVISTA	1	100%	0	0	100%
CALARCA	8	100%	0	0	100%
CIRCASIA	3	100%	0	0	100%

¹⁰ Informe anual del sistema de Vigilancia en Salud Pública – 2018 – Secretaría de Salud Departamental del Quindío.

CORDOBA	1	100%	0	0	100%
FILANDIA	3	100%	0	0	100%
GENOVA	1	100%	0	0	100%
LA TEBAIDA	3	100%	0	0	100%
MONTENEGRO	6	100%	0	0	100%
PIJAO	1	100%	0	0	100%
QUIMBAYA	3	100%	0	0	100%
SALENTO	1	100%	0	0	100%
QUINDIO	68	99.7%	0	0	100%

Fuente: SIVIGILA – SSDQ

Según la magnitud (frecuencias absolutas) detalladas en la tabla 98 , cinco eventos acumulan 76% de los casos notificados en 5 años; por tal razón se definen como los eventos de mayor incidencia para el Departamento y siendo las Agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, el evento de mayor reporte, encontrándose en la tabla las dos codificaciones dadas al evento, por lo que es necesario, adelantar procesos de prevención, dirigido al cumplimiento de la ley de tenencia de mascotas y el cumplimiento de las alcaldías en relación a la vacunación, esterilización y el coso municipal para la verificación de animales agresores, en forma posterior y en su orden se encuentran las violencias de género, evento que ubica al Departamento en altos niveles de incidencia, la varicela individual, evento que año tras año genera situaciones de brote en todos los municipios y finalmente el Dengue, que presenta un descenso importante, debido a subregistro por diagnósticos abiertos y por errores en a gestión de los RIPS.

Tabla 100: Cinco primeros eventos de notificación porcentaje de notificación, Quindío 2011 – 2018.

COD	Evento	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
300	Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	1.153	1.911	2.347	2.661	2.445	2.572	2.646	2.633
210	Dengue	1.118	606	1.834	3.131	3.960	2.507	578	467



831	Varicela individual	1.778	1.319	1.316	1.252	1.129	1.214	1.076	1.132
875	Vigilancia en s.p. De las violencias de género (v. Intrafamiliar, v. Sexual)		466	1.118	1.236	1.215	1.707	1.650	2.161
307	Vigilancia integrada de rabia humana					2.163	2.639	2.667	789
217	Intoxicaciones						1.016	934	587

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, SIVIGILA 2011 – 2018; Secretaria de Salud Departamental del Quindío.

Teniendo en cuenta los cambios climáticos, es importante tener en cuenta el comportamiento de eventos de interés en Salud Pública de mayor incidencia como las Agresiones por Animales Potencialmente transmisores de la Rabia,

19.1 AGRESIONES POR APTR.

Durante el año 2018 (semanas 01 a 52), se notificaron al Sivigila 2.624 casos confirmados por clínica de agresiones por APTR de pacientes residentes en el departamento del Quindío. En comparación con el mismo período del año anterior, se evidencia una leve disminución en la notificación (1,6%), con 2.667 casos notificados en el año 2017 y 2.624 casos en el año 2018. El promedio semanal de casos notificados fue de 50,4 casos, con una mediana de 51 casos, un valor mínimo de 37 casos notificados en la semana epidemiológica 20 y un máximo de 76 casos notificados en la semana epidemiológica 23 (Gráfico 69).

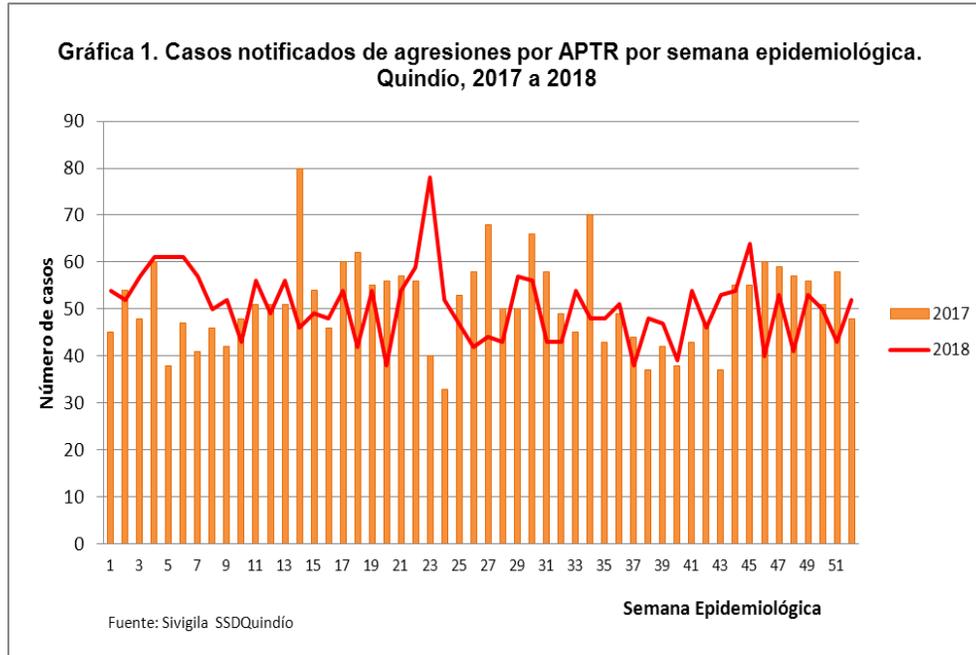


Gráfico 69: casos notificados de agresiones por APTR por semana epidemiológica Quindío 2017- 2018

La incidencia departamental para el año 2018 fue de 456,34 casos por 100.000 habitantes, los municipios con mayor riesgo para el evento fueron Buenavista con 870,20 casos por 100.000 habitantes, Pijao con 800,00 casos por 100.000 habitantes y Circasia con 616,54 casos por 100.000 habitantes. Dentro del riesgo alto se ubicaron los municipios de Quimbaya con 551,21 casos por 100.000 habitantes, Salento con 549,30 casos por 100.000 habitantes, Montenegro con 548,87 casos por 100.000 habitantes, Filandia con 537,56 casos por 100.000 habitantes, Génova con 520,90 casos por 100.000 habitantes y Córdoba con 474,56 casos por 100.000 habitantes. Los municipios con riesgo bajo fueron Calarcá con 455,71 casos por 100.000 habitantes, La Tebaida con 431,02 casos por 100.000 habitantes y Armenia con 401,69 casos por 100.000 habitantes (Gráfica 2, Mapa 1).

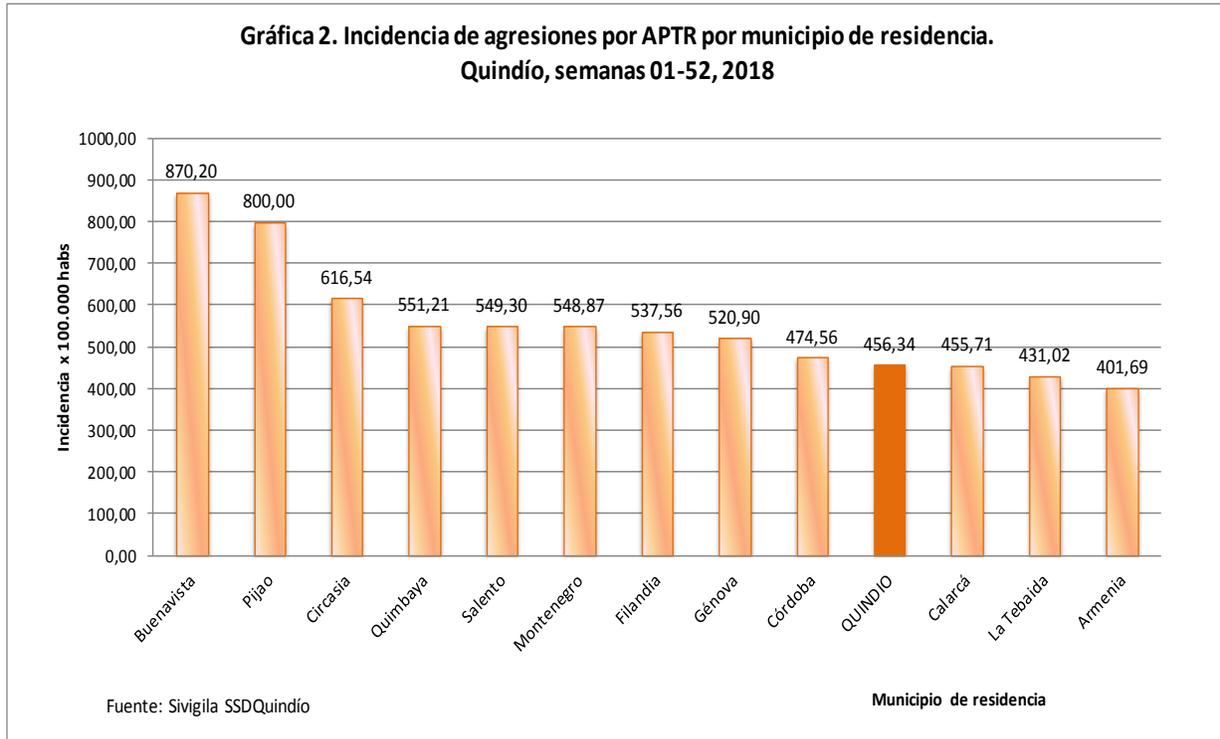
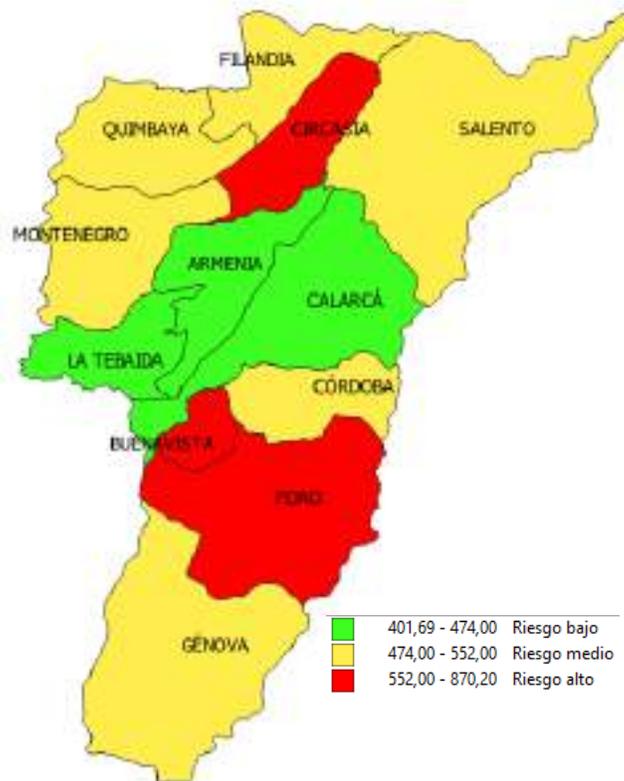


Gráfico 70: Incidencia de agresiones por APTR por municipio de residencia Quindío semanas 01-52 -2018



Mapa 15: Riesgo para agresiones por APTR por municipio de residencia según incidencia. Quindío, semanas 01-52,2018.

La distribución por el número de casos notificados durante el año 2018, mostró que Armenia es el municipio que mayor número de casos notifica, aportando el 46,11% de los casos del departamento, seguido por Calarcá con 13,68%, Montenegro 8,73%, La Tebaida 7,43%, Quimbaya 7,39%, Circasia 7,20%, Filandia 2,78%, Pijao 1,83%, Génova 1,49%, Salento 1,49%, Córdoba 0,95% y Buenavista 0,91%. Según el tipo de exposición, de los 2.624 casos de agresiones por APTR notificados durante el año 2018, se notificaron 1.485(56,5%) no exposiciones, 952(36,3%) exposiciones leves y 187(7,2%) exposiciones graves (Tabla 1).

Tabla 101: Clasificación de las agresiones por APTR según municipio de residencia Quindío semana 01-52, 2018

M. residencia	No exposición	Exp leve	Exp grave	Total	%
Armenia	650	421	139	1210	46,11
Calarcá	229	110	20	359	13,68
Montenegro	132	94	3	229	8,73
La Tebaida	104	88	3	195	7,43
Quimbaya	110	77	7	194	7,39
Circasia	132	49	8	189	7,20
Filandia	36	32	5	73	2,78
Pijao	34	13	1	48	1,83
Génova	11	28		39	1,49
Salento	13	25	1	39	1,49
Córdoba	17	8		25	0,95
Buenavista	17	7		24	0,91
Total general	1485	952	187	2624	100

Fuente: Sivigila SSDQuindío

De los casos de agresiones por APTR notificados en el año 2018, el 54,42% se presentaron en el sexo masculino y el 45,58% en el sexo femenino. La edad promedio fue de 31,7 años, con una mediana de 27 años y moda de 5 años con 73 registros (Gráfico71)

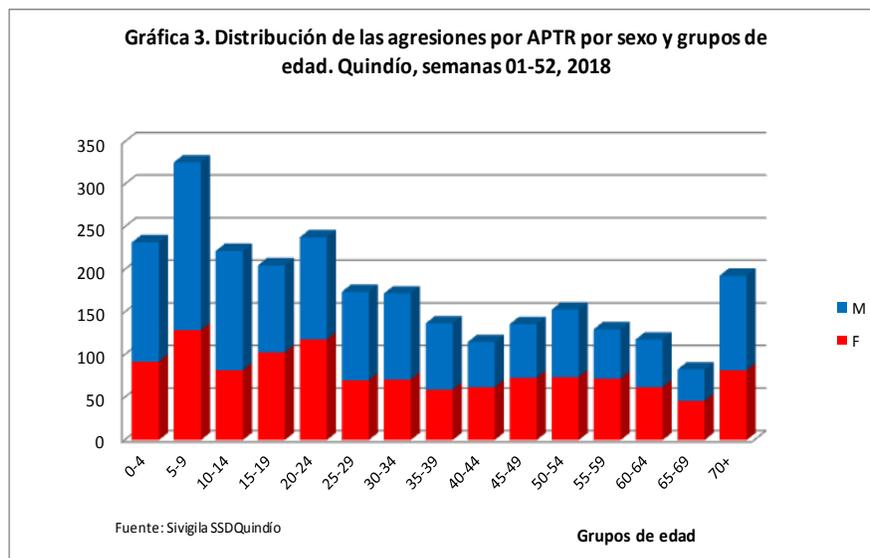


Gráfico 71: Distribución de las agresiones APTR por sexo y grupos de edad .Quindío , semanas 01-52 2018

Según el modelo de atención de RIAS, el mayor número de casos de agresiones por APTR notificados en el año 2018, se ubicaron en el grupo de adultez con 35,86%, seguido por el grupo de vejez con 15,05%, infancia 13,83%, juventud 13,45%, primera infancia 11,51%, adolescencia 10,29%, y (Tabla 2).

302

**Tabla 2. Número de agresiones por APTR por sexo y curso de vida.
Quindío, semanas 01-52, 2018**

Curso de vida	Fem	Mas	Total	%
Primera infancia	122	180	302	11,51
Infancia	139	224	363	13,83
Adolescencia	116	154	270	10,29
Juventud	178	175	353	13,45
Adultez	449	492	941	35,86
Vejez	192	203	395	15,05
Total	1196	1428	2624	100,00

Fuente: Sivigila SSDQuindío

El 82,81% de los casos tuvieron como área de ocurrencia la cabecera municipal, 12,84% rural disperso y 4,34% el centro poblado. El 45,27% de los casos se encontraron afiliados al régimen subsidiado, 41,23% al contributivo, 6,78% de los casos no se encontraban afiliados al sistema, 3,93% al régimen de excepción, 2,06% al régimen especial y 0,72% indeterminado.

Se identificaron seis casos notificados por pertenencia étnica de afrocolombianos, cinco casos de raizales y tres casos de indígenas y ROM, dentro de los grupos poblacionales de vigilancia, se encontraron doce casos en indigentes, seis desplazados, cuatro gestantes, tres casos para los grupos discapacitados, migrantes y carcelarios y un caso en desmovilizados y centros psiquiátricos (Tabla 102).

Tabla 102: Características socio demográficas de los casos de agresiones por APTR. Quindío, semanas 01-25, 2018

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Masculino	1428	54,42
	Femenino	1196	45,58
Area de ocurrencia	1. Cabecera municipal	2173	82,81
	3. Rural disperso	337	12,84
	2. Centro poblado	114	4,34
Tipo de régimen	S. Subsidiado	1188	45,27
	C. Contributivo	1082	41,23
	N. No afiliado	178	6,78
	P. Excepcion	103	3,93
	E. Especial	54	2,06
	I. Indet/Pend	19	0,72
	6. Otros	2607	99,35
Pertenencia étnica	5. Afrocolombiano	6	0,23
	3. Raizal	5	0,19
	1. Indígena	3	0,11
	2. ROM (gitano)	3	0,11
	4. Palenquero	0	0,00
Grupos poblacionales	Otros	2591	98,74
	Indigentes	12	0,46
	Desplazados	6	0,23
	Gestantes	4	0,15
	Discapacitados	3	0,11
	Migrantes	3	0,11
	Carcelarios	3	0,11
	Desmovilizados	1	0,04
	Centros psiquiátricos	1	0,04
	Poblacion a cargo ICBF	0	0,00
	Madres Comunitarias	0	0,00
	Víctimas violencia armada	0	0,00

Fuente: SiviGila SSDQuindío

Del total de casos de agresiones por APTR notificados en el año 2018 la EPS con mayor número de afiliados es Medimás con 28,39%, seguido por Nueva EPS con 14,71% y Asmet Salud 14,56%, las cuales aportan el 57,66% del total de casos notificados en el departamento (Tabla 103).

Tabla 103: Numero de agresiones por APTR por EAPB y clasificación de la exposición. Quindío, semanas 01-52, 2018.

EAPB	Clasificación de la exposición			Total general	%
	No exp	Exp leve	Exp grave		
Medimás	448	257	40	745	28,39
La Nueva EPS	216	144	26	386	14,71
Asmet Salud	224	128	30	382	14,56
No afiliado	103	77	17	197	7,51
EPS SURA	80	57	20	157	5,98
Coomeva EPS	78	48	16	142	5,41
S.O.S.	71	56	10	137	5,22
EPS Sanitas	61	38	11	110	4,19
Magisterio	38	23	1	62	2,36
Salud Vida	34	23	1	58	2,21
Policía Nacional	28	24	2	54	2,06
Salud Total	24	16	4	44	1,68
Fuerzas Militares	20	15		35	1,33
Compañías de Seguros	12	16	5	33	1,26
EMSSANAR Nariño	10	3	1	14	0,53
Compañía Suramericana	5	3	1	9	0,34
Capital Salud	4	1	1	6	0,23
Otras	29	23	1	53	2,02
Total general	1485	952	187	2624	100

Fuente: SiviGila SSDQuindío

El 98,2% de las agresiones por APTR notificadas en el año 2018 fueron causadas por animales domésticos, la especie animal implicada en el mayor número de casos de agresiones por APTR, fue el perro con 2.195 agresiones en total, las cuales representan un 83,65%, seguido por el gato con 383 agresiones para un 14,60%. Las agresiones notificadas por murciélago y mico, fueron clasificadas correctamente con aplicación de suero y esquema de vacunación antirrábico. Se encontraron 15 agresiones por pequeños roedores, notificadas en las primeras semanas del año, en las cuales no se tenía aún el lineamiento de no ser notificadas en el evento (Tabla 104).

Tabla 104: Clasificación de las agresiones por APTR según especie agresora. Quindío, semanas 01-52, 2018.

Especie agresora	No exposición	Exp leve	Exp grave	Total	%
Perro	1241	828	126	2195	83,65
Gato	221	120	42	383	14,60
Peq roedores*	15			15	0,57
Otros silvestres		3	5	8	0,30
Grandes roedores	4		2	6	0,23
Murcielago			6	6	0,23
Mico			3	3	0,11
Equino	2	1		3	0,11
Porcino			2	2	0,08
Bovino	1		1	2	0,08
Ovino / Caprino	1			1	0,04
Total general	1484	952	187	2624	100

Fuente: Sivigila SSDQuindío

Teniendo en cuenta que en el país se encuentra disponible el esquema de vacunación canina y felina y se cuenta con personal calificado para la observación a animales agresores de éstas dos especies, se encontraron las siguientes características en la notificación de las agresiones causadas por perros y gatos: con relación a la ubicación, el 70,8% de los perros y el 69,7% de los gatos eran observables. Respecto al antecedente vacunal del animal agresor se observó que 977(37,9%) casos tenían antecedente vacunal, sin embargo, en 15(0,58%) casos la vacuna del animal no fue válida por el tiempo de aplicación mayor a un año. Según el estado de los animales observables al momento de la agresión, se observa que del total de agresiones notificadas por perros (2.195) el 58,7% no presentaban signos de rabia y de las agresiones notificadas por gatos (383) el 59,5% no presentaban signos de rabia; cabe anotar que la personas capacitadas para realizar la observación y seguimiento del animal agresor son los médicos veterinarios, zootecnistas o técnicos de saneamiento entrenados en el tema (Gráfica 4).

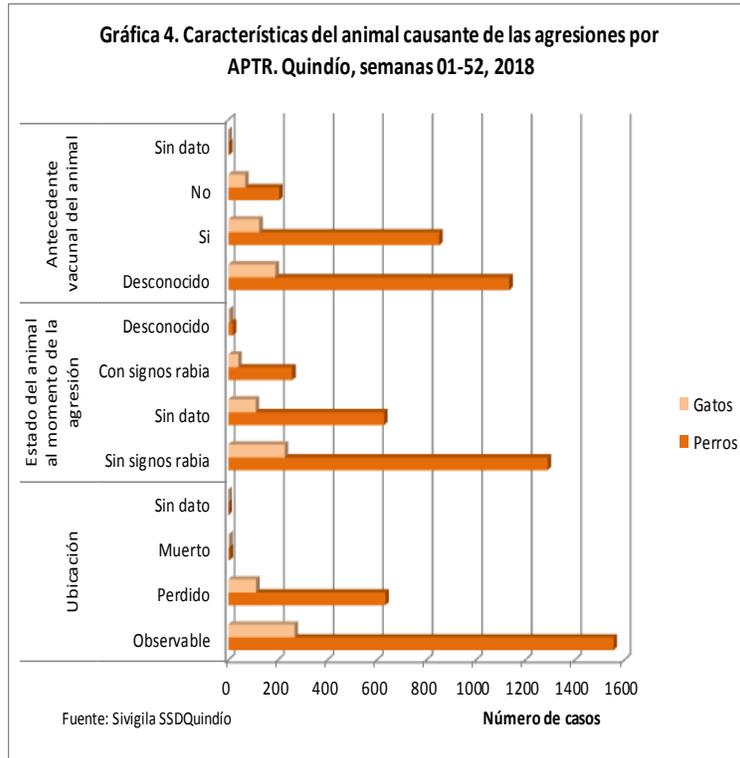


Gráfico 72: Características del animal causante de las agresiones por APTR. Quindío, semanas 01-52, 2018

Según el tipo de exposición, se observó que de las 187 exposiciones graves, no se le ordenó aplicación de suero a 15 casos (8,0%), ni vacuna antirrábica a un caso (0,5%). De las 952 exposiciones leves, se le ordenó aplicación de suero antirrábico a ocho casos (0,84%) y no se le ordenó la aplicación de vacuna antirrábica a 29 casos (3%). De las 1.485 no exposiciones, se ordenó aplicación de esquema de vacunación a 29(1,9%) de los casos, evidenciando con lo anterior, el incumplimiento de las Guías de atención y Protocolo de vigilancia en Salud Pública del evento, motivo por el cual se debe mantener capacitado el personal médico y paramédico de las IPS (Tabla 105).

Tabla 105: Distribución de casos de agresiones por APTR según tipo de exposición y orden médica para la aplicación de biológicos. Quindío, semanas 01-52, 2018.

Tipo de exposición	Orden médica de aplicación de biológicos				Total
	Vacuna antirrábica		Suero antirrábico		
	Si	No	Si	No	
No exposición	29	1456		1485	1485
Exp leve	923	29	8	944	952
Exp grave	186	1	172	15	187
Total general	1138	1486	180	2444	2624

Fuente: Sivigila SSDQuindío

19.2 VIOLENCIA DE GENERO.

La violencia de género abarca cuatro tipos de violencia como lo son la física, la sexual, la psicológica y por negligencia y abandono, como podemos observar en la gráfica el Departamento del Quindío presenta un número de casos representativos en el tipo de violencia sexual con 346, seguido de la violencia física con 199 casos y en menor cantidad encontramos la violencia psicológica y por negligencia y abandono; en comparación con los departamentos del eje cafetero Risaralda y Caldas podemos encontrar una tasa de incidencia menor a la reportada por el Departamento del Quindío.

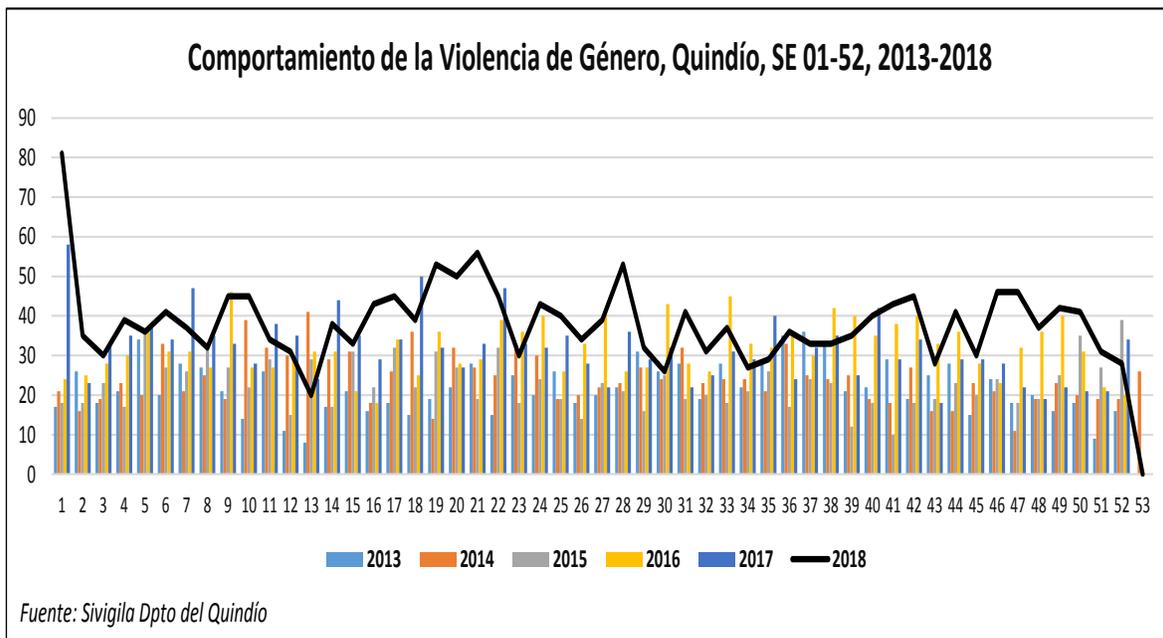


Gráfico 73: Comportamiento de la Violencia de Genero, Quindío, SE 01-52, 2018



Teniendo en cuenta las Vigencias 2013 – 2018, se puede evidenciar que el comportamiento de la Violencia de género muestra una clara tendencia al aumento para el año 2018, donde se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública 2.010 casos de violencia de género en el departamento del Quindío. En comparación con la notificación de las vigencias anteriores, se puede evidenciar que este año analizado tuvo un incremento siendo el año de gran reporte, seguido del año 2017 y 2016 ambos con 1650 casos y por menor proporción los años 2015, 2014 y 2013. Por lo tanto cabe resaltar que la Violencia de Género se clasifica entre los eventos de mayor prioridad de vigilancia y seguimiento para el Departamento del Quindío.

Tabla 106: Comparación de la notificación de violencia de genero con su comportamiento histórico por periodo epidemiológico, Quindío, SE 01-52, 2018.

Periodo Epidemiológico	Observado	Esperado	Poisson
1	185	99	0,000
2	146	122	0,004
3	155	110	0,000
4	134	103	0,000
5	187	112	0,000
6	174	117	0,000
7	166	99	0,000
8	135	104	0,001
9	129	113	0,012
10	141	113	0,001
11	157	101	0,000
12	159	90	0,000
13	142	101	0,000
Total	2010	1442	0,000

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío, 2013-2018

Con el fin de establecer un análisis preciso en la variación de la notificación para el evento de violencia de género del año 2018, se realiza la formula estadística de Poisson en los 13 periodos epidemiológicos del presente año, es importante resaltar que los datos encontrados por debajo de los 0,005 se consideran significativamente estadísticos, tanto como para el aumento, como para la disminución; se puede apreciar según la información obtenida que los periodos epidemiológicos 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13 presentan un

Poisson por debajo del 0,005, con una marcación de color amarillo, que demuestra que la significancia estadística se encuentra en aumento.

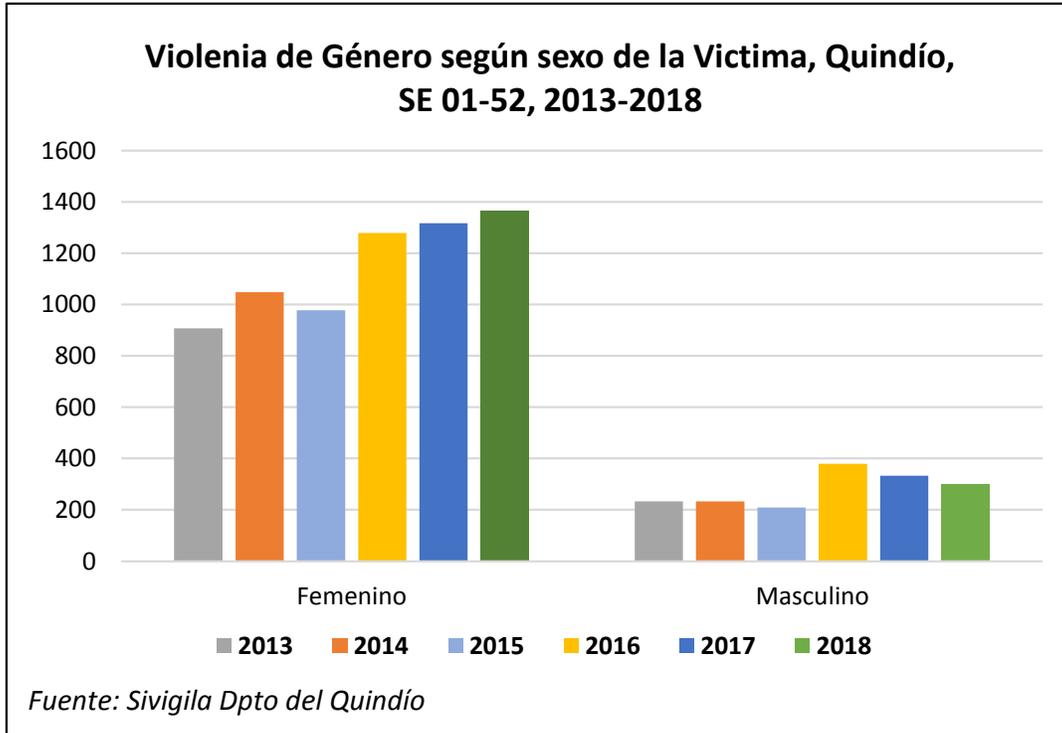


Gráfico 74: Violencia de Género según sexo de la Víctima, Quindío, SE 01-52-2018.

La violencia de género muestra como principal víctima la perteneciente al sexo femenino, presentándose un incremento en el número de casos reportados para el año 2018, con un incremento de 50 casos en relación con el año 2017; presentándose además una disminución en el número de víctimas de violencia de género en comparación con el sexo masculino evidenciándose una diferencia de 32 casos para el año 2018, las víctimas de violencia de género de sexo femenino corresponden a la mayor proporción en relación con el sexo masculino en el departamento del Quindío para las vigencias 2013- 2018.

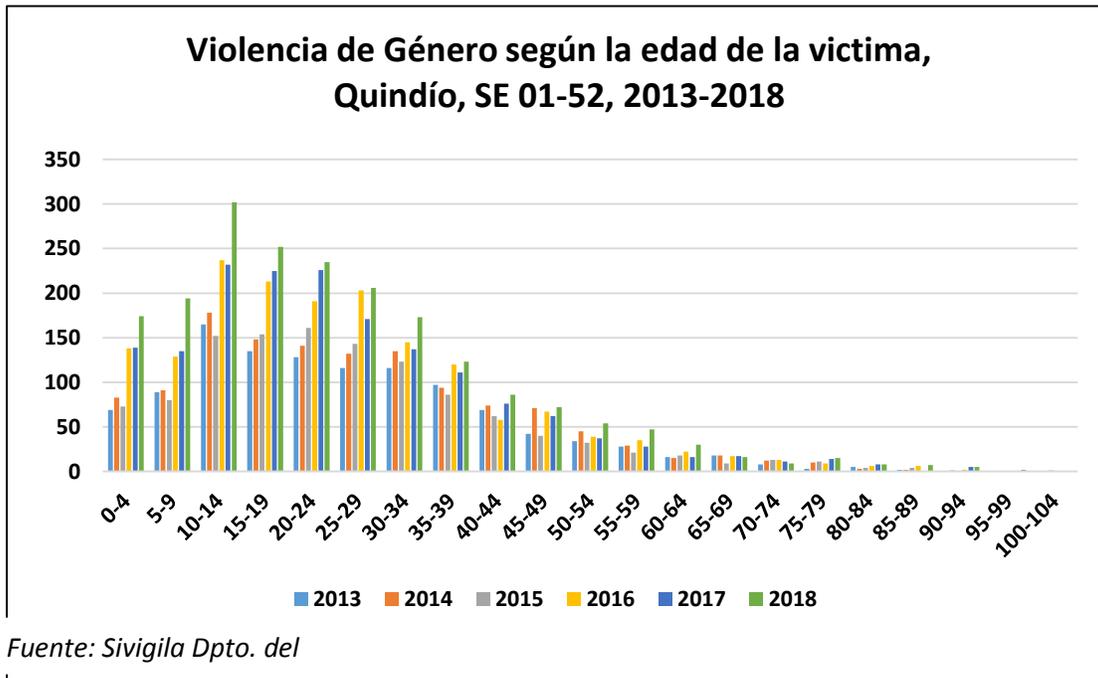


Gráfico 75: Violencia de Género según la edad de la víctima, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

La edad mínima que se reportó fue de 0 años y la máxima de 104 años, concentrando la mayor cantidad de casos en los grupos de edad de 10 a 14 años con 1.266 casos, 15 a 19 años con 1.127 casos y de 20 a 24 años con 1.082 casos para las vigencias 2013-2018. En comparación con los años anteriores para el año 2018 el grupo de edad con mayor proporción fue el de 10 a 14 años con 302 casos, seguido de 15 a 19 años con 252 casos notificados para el periodo epidemiológico XIII. En cuanto al grupo de edad con menor notificación se encuentra el comprendido de 100 a 104 años con 1 caso para todas las vigencias.

En este evento se pueden ver afectados todos los cursos de vida desde la primera infancia (0 a 5 años) hasta la vejez (Mayor de 60 años y más).

En estas 6 vigencias se puede observar que los años con mayor notificación impactante de casos de violencia de género al Sivigila departamental fueron los años 2016 y 2017 con 1.650 casos cada vigencia y el 2018 con 2.010 casos. Ocupando el primer lugar el año 2018.

Tabla 107: Comportamiento Demográfico y Social de los casos de Violencia de Género, Quindío SE 01-52, 2018.

VARIABLE	CATEGORÍA	CASOS	%
TIPO DE RÉGIMEN	Subsidiado	1281	64%
	Contributivo	508	25%
	No asegurado	154	8%
	Indeterminado	28	1%
	Excepcional	24	1%
	Especial	15	1%
ÁREA DE RESIDENCIA	Cabecera Municipal	1791	89%
	Rural Disperso	164	8%
	Centro Poblado	55	3%
PERTENENCIA ÉTNICA	Otro	1981	99%
	Negro, Mulato, Afro-colombiano	11	1%
	Indígena	8	0%
	ROM, Gitano	5	0%
	Raizal	4	0%
	Palenquera	1	0%

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío, 2018

En el Departamento del Quindío con corte a periodo epidemiológico XIII se notificaron 2.010 casos de Violencia de género. De acuerdo al tipo de régimen al que se encuentran afiliados el 64% de los casos se registraron en el subsidiado, seguido del contributivo con el 25% y en menor proporción los regímenes con personas no aseguradas, indeterminado, excepcional y especial.

Es importante evidenciar que el 89% de las víctimas proceden de la cabecera municipal, en el área rural dispersa residen el 8% de la población y el 3% restante en el centro poblado.

Según la pertenencia étnica de las víctimas se clasifican en otro con el 99% de los casos notificados en el año 2018, se evidencia que el 1 % son pertenecientes a la población negro, mulato, afro-colombiano con 11 casos y en menor proporción la población indígena, ROM, Gitano, Raizal y Palenquera.



Tabla 108: Víctimas Violencia de Genero según vulnerabilidad, Quindío, SE 01-52, 2018.

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

Fuente: Siviigila Dpto del Quindío, 2018

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

Tabla 109: Víctimas de Violencia de Género, según EAPB, Quindío, SE 01-52, 2018.

EAPB	CASOS	%
Medimas	649	32%
Asmet Salud	424	21%
Nueva EPS	331	17%
Sin datos	182	9%
S.O.S	68	3%
Coomeva	68	3%
Salud Vida	66	3%
Sanitas	51	3%
Sura	49	2%
Salud Total	28	1%
Policia Nacional	18	1%
Fuerzas Militares	15	1%
Emssanar ESS	11	1%
Capital Salud EPS-S	7	0%
Magisterio	6	0%
Univalle	3	0%
La Previsora SA Compañía De Seguros	3	0%
Ecopetrol	2	0%
CCF Comfamiliar Huila	2	0%
Servicio De Salud De La Corporación Autonoma Regional Del Valle Del Cauca CVC De Cali	2	0%
Colsanitas	2	0%
Compensar EPS	2	0%
Convida EPS	2	0%
Pijaos Salud EPSI	2	0%
Savia Salud	2	0%
Coosalud ESS EPS-S	2	0%
Compañía Mundial de Seguros SA	1	0%
Aseguradora Colseguros SA	1	0%
Dirección Departamental de Salud De Quindío	1	0%
Medisalud Compañía Colombiana De Medicina Prepagada SA	1	0%
Coomeva Medicina Prepagada SA	1	0%
Famisanar EPS LTDA	1	0%

Fuente: Siviigila Dpto del Quindío

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como Medimas con el 32%, Asmet Salud con el 21 % y Nueva EPS con el 16 % son las que representan la proporción más alta de los casos notificados con corte a semana epidemiológica 52 del año 2018, evidenciándose que son las que tienen el mayor número de afiliados y afectados por el evento violencia de género, aunque es de resaltar la población que

no se encuentra con información de su aseguramiento la cual presenta gran cantidad de casos para la notificación al Sivigila con 182 casos.

Tabla 110: Víctimas de Violencia de Género según sexo del agresor por tipo de violencia, SE 01-52, 2018.

SEXO DEL AGRESOR	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	VIOLENCIA SEXUAL
Masculino	891	166	29	451
Femenino	252	21	172	16
Sin Definir	4	0	1	4
Intersexual	1	0	0	0
Sin Información	1	1	0	0

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

Para el año 2018 la violencia de género según el tipo de naturaleza muestra como mayor agresor al sexo masculino, donde se puede evidenciar que el de mayor reporte es la violencia física con 891 casos notificados, seguido de la sexual con 451 casos; en comparación con el sexo femenino se observa una disminución en la notificación aunque en la violencia por negligencia y abandono se ve un gran número de reportes con 172 casos, por ultimo sin definir e intersexual con una cantidad disminuida de casos.

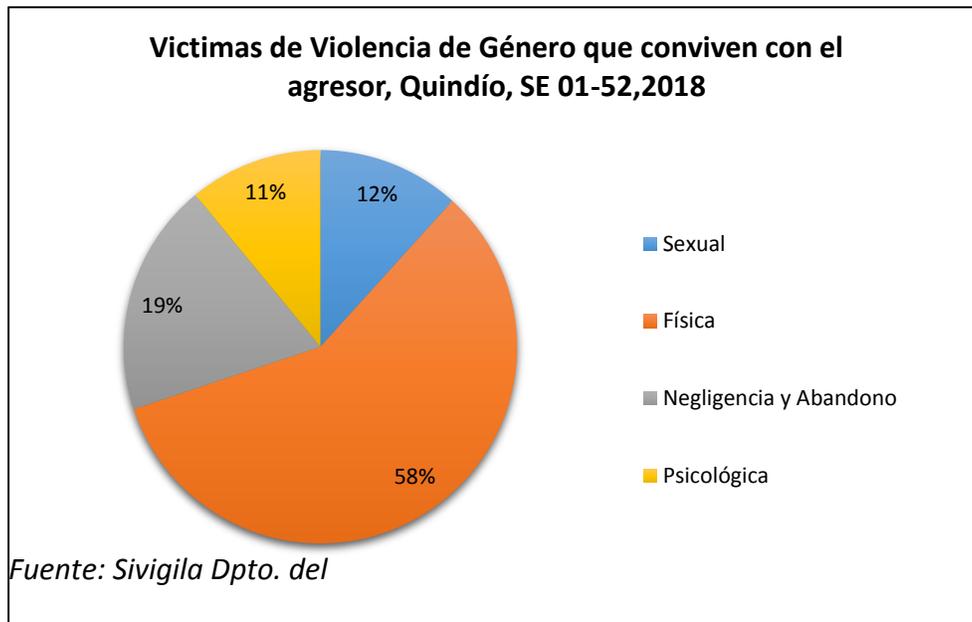


Gráfico 76: Víctimas de Violencia de Género que conviven con el agresor, Quindío, SE 01-52, 2018.

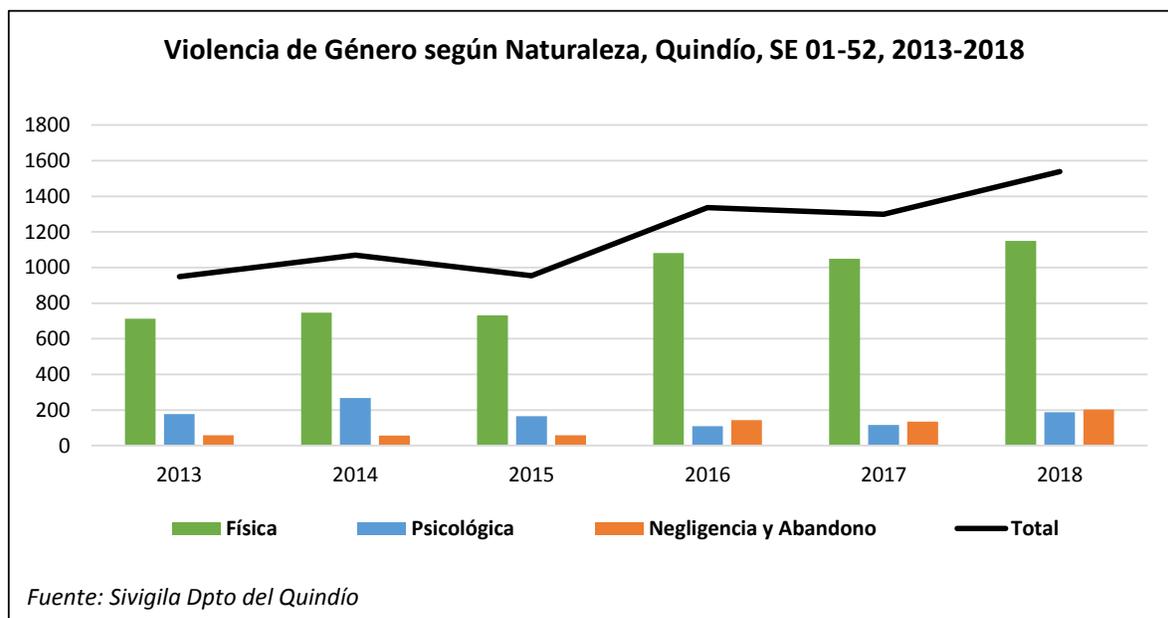
Teniendo en cuenta la información suministrada por el Departamento del Quindío, se puede evidenciar que 939 víctimas conviven con su agresor, donde la violencia física es la que presenta la mayor proporción con 546 casos, seguido de la violencia por negligencia y abandono con 180 casos y en menor proporción la violencia sexual y psicológica para el año 2018 con corte a semana epidemiológica 52.

Tabla 111: Escenario de Ocurrencia, Violencia de Género según sexo tipo de violencia, SE 01-52, 2018.

ESCENARIO	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	NEGLIGENCIA Y ABANDONO	VIOLENCIA SEXUAL
Vivienda	782	150	177	309
Vía Pública	263	15	14	43
Otro	37	11	9	70
Establecimiento Educativo	19	4	0	14
Comercio y áreas de servicio	16	0	1	6
Lugares con esparcimiento con expendido de alcohol	12	0	0	7
Lugar de trabajo	12	5	0	3
Área deportiva y recreativa	5	1	0	1
Otros espacios abiertos	3	1	1	15
Institución de Salud	0	1	0	3

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

Basándonos en la información suministrada por el Sivigila del Departamento del Quindío, los principales escenarios en los que ocurren los hechos violentos son la vivienda con 1.418 casos reportados y la vía pública con 335 casos; el tipo de violencia más frecuente según el escenario de ocurrencia fue la violencia física con 1.149 casos.



Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

Gráfico 77: Violencia de Género según naturaleza, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Basándonos en las estadísticas de las Vigencias 2013 – 2018 con corte a SE 01-52, el comportamiento de la Violencia de género, muestra una clara tendencia al aumento, siendo el año 2018 el de mayor reporte, seguido del año 2017 y 2016 en casos notificados, donde muestra una relación directa con el significativo incremento de la violencia física, que entre la clasificación por naturaleza de las violencias ocupa el primer lugar.

En Segundo lugar en relación a la naturaleza de la violencia se encuentra la Psicológica, la cual presenta su mayor proporción comportamental en el año 2014, superando en su mayoría el comportamiento de la violencia por grave negligencia para estas vigencias.

Por último, la violencia por grave negligencia y abandono ocupa el tercer lugar, pasando de una tendencia estable entre los años 2013 a 2015, donde muestra una relación directa con el aumento del comportamiento para el año 2016, 2017 y 2018 aumento que genera la necesidad de verificar las situaciones relacionadas con este comportamiento.

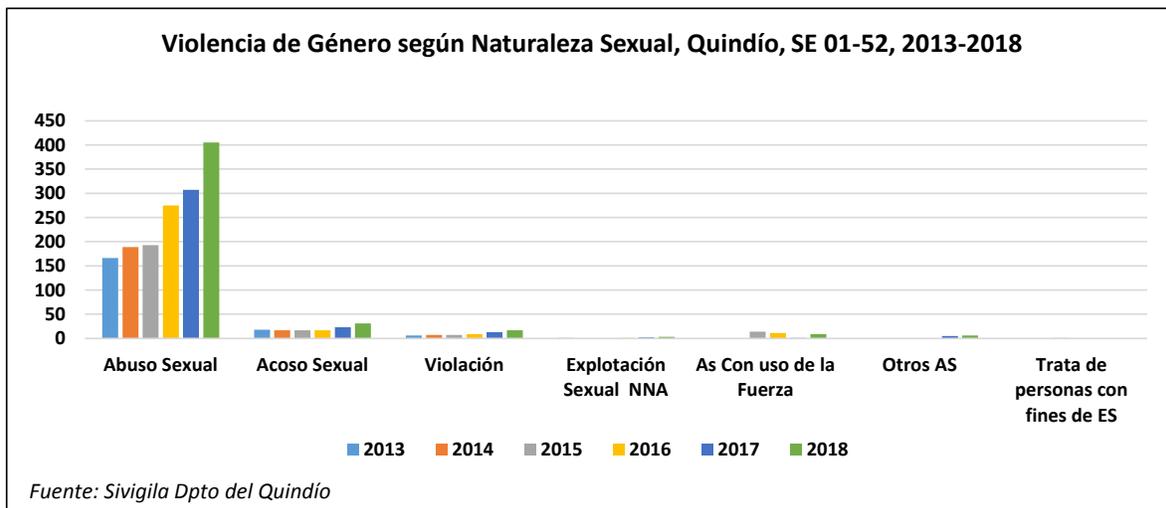


Gráfico 78: Violencia de Género según Naturaleza Sexual, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Según la naturaleza del tipo de violencia sexual para los años 2013 a 2018 con corte al periodo epidemiológico XIII, para el Departamento del Quindío la forma de violencia sexual más frecuente es el Abuso sexual representando la mayor notificación, donde el año 2018 tiene la notificación más alta con un total de 405 casos, seguido del acoso sexual con 31 casos reflejándose un incremento leve en comparación

con los años analizados, en menor proporción el acto de violación, la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, actos sexuales con uso de la fuerza, otros actos sexuales y por último la trata de personas con fines de explotación sexual.

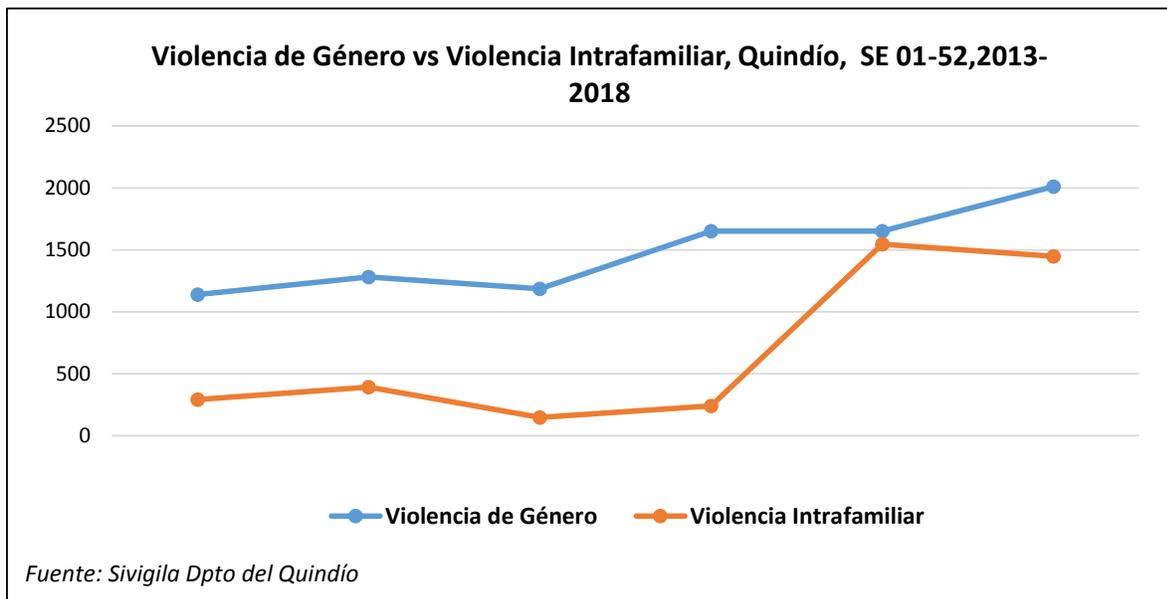


Gráfico 79: Violencia de Genero vs Violencia Intrafamiliar, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Haciendo una comparación entre la violencia de género e intrafamiliar entre las vigencias 2013- 2018 a corte del periodo epidemiológico XIII de cada año, se puede evidenciar que la violencia de género es la que presenta la mayor cantidad de casos con 8.919 casos como total de todas las vigencias, en cuanto a la violencia intrafamiliar con 4.066 casos durante las vigencias 2013-2018; para el año 2018 se puede evidenciar el pico comportamental de aumento significativo que tuvo en comparación con las vigencias analizadas.

Entre ambos tipos de violencia la diferencia que hubo con el año 2017 fue en la violencia de genero 360 casos y en la violencia intrafamiliar 463 casos.

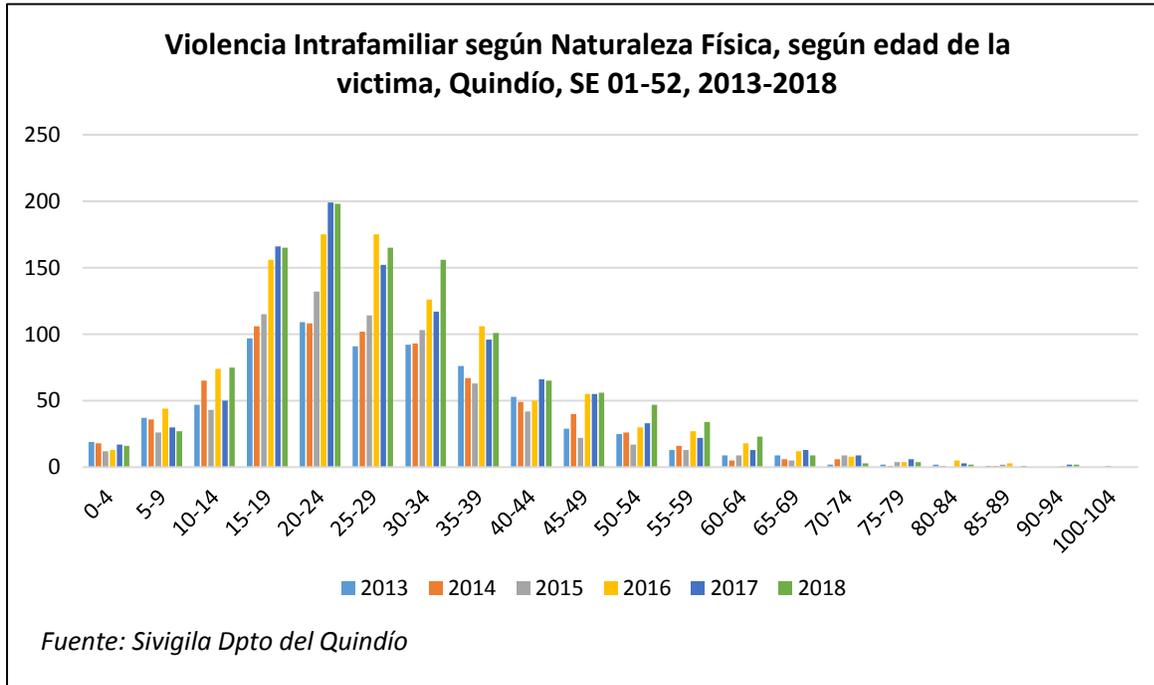


Gráfico 80: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Física, según edad de la víctima, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

El comportamiento de la violencia de género de naturaleza física muestra los principales rangos de edad que presentan la mayor proporción de 20 a 24 años, 15 a 19 años, seguido de 25 a 29 años, el pico comportamental se ve impactado por su aumento para el año 2018 a comparación de los años analizados. El rango de edad mínimo reportado fue el rango de 0 a 4 años y el máximo fue de 100 a 104 años.

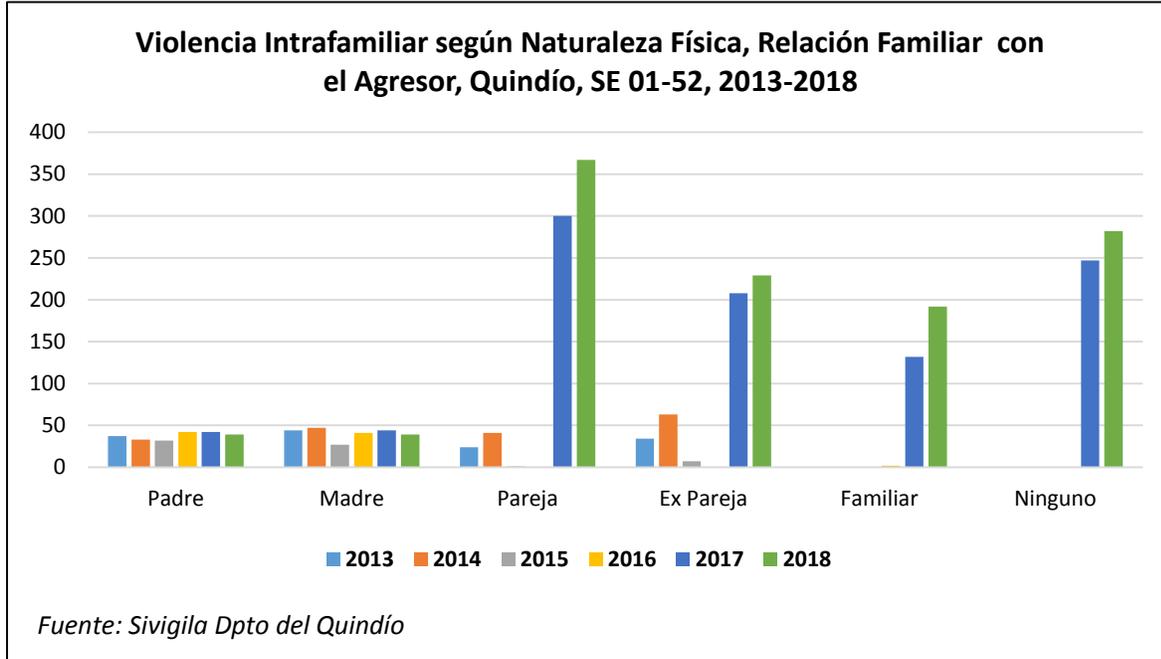


Gráfico 81: Violencia Intrafamiliar según naturaleza Física, Relación Familiar con el Agresor, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

De acuerdo a la violencia de género de naturaleza física reportados al Sivigila, se evidencia que las situaciones de violencia física se presentan principalmente en el núcleo familiar, siendo los principales agresores la pareja con 367 casos, expareja con 229 casos y un ninguno con 282 casos reportados en el periodo epidemiológico XIII del año 2018, situación que motiva la violencia entre los demás integrantes de la familia, realizando el análisis retrospectivo de las vigencias anteriores se evidencia el pico comportamental en el año 2018.

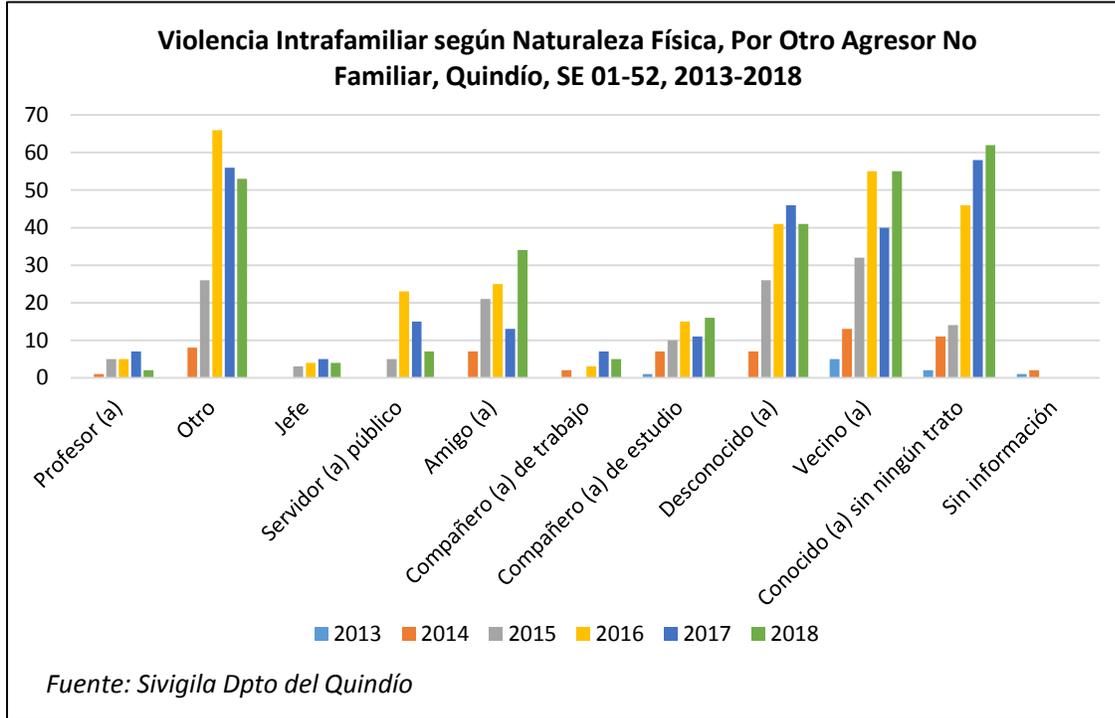


Gráfico 82: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Física, por Otro Agresor No Familiar, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

La violencia de género de naturaleza física, entre los agresores no familiares se clasifican otro como los de mayor frecuencia con 209 casos, seguido de vecinos con 200 casos y conocidos sin ningún trato con 193 casos, en relación con el año 2018 el comportamiento de mayor proporción es conocido sin ningún trato con 62 casos, seguido de vecinos con 55 casos y otro con 53 casos, en menor proporción, se muestran los demás agresores sin vínculo familiar.



Tabla 112: Violencia Física según mecanismo utilizado para la agresión, Quindío, SE 01-52, 2018.

MECANISMO UTILIZADO PARA LA AGRESIÓN	CASOS	%
Contundente/ Cortocontundente	709	62%
Otros mecanismos	219	19%
Ahorcamiento/ Estrangulamiento/Sofocación	96	8%
Cortante/ Cortopunzante/Punzante	68	6%
Caídas	37	3%
Proyectil arma de fuego	9	1%
Sin información	5	0%
Quemadura con líquido hirviente	3	0%
Quemadura por fuego o llama	1	0%
Quemadura por ácido, alcalis y sustancias corrosivas	1	0%
Sustancias de uso domestico que causan irritación	1	0%

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

Para el año 2018 en el 62% de los casos de violencia física notificados el mecanismo utilizado para lesionar a la víctima fue un elemento contundente o cortocontundente, seguido de otros mecanismos con el 19%, ahorcamiento/ estrangulación/ Sofocación con el 8%, Cortante/ cortopunzante/ punzante con el 6% y en menor proporción los demás mecanismos. Hasta el periodo XIII del año 2018 no se notificaron casos de quemadura por sustancias corrosivas, ácido y álcalis en el departamento del Quindío.

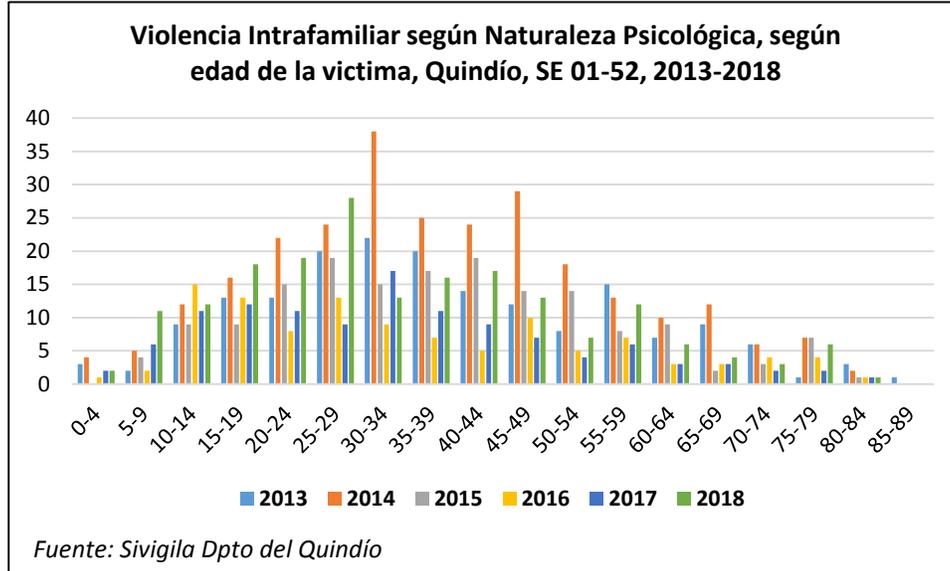


Gráfico 83: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Psicológica, según edad de la víctima, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Según la edad de las víctimas de violencia psicológica, los rangos más afectados son el de 30 a 34 años de edad con un total de 114 y 25 a 29 años con 113 casos para el año 2018, aunque cabe resaltar el pico aumentado que tuvo el grupo de 30 a 34 años para la vigencia 2014 en comparación con las otras, relacionados con problemáticas especialmente con su ex pareja, sin embargo para el año 2018, se muestra un aumento con relación al año 2017 con una diferencia de 72 casos. La edad mínima que se reporto fue en el rango de 0 a 4 años y la máxima fue de 85 a 89 años.

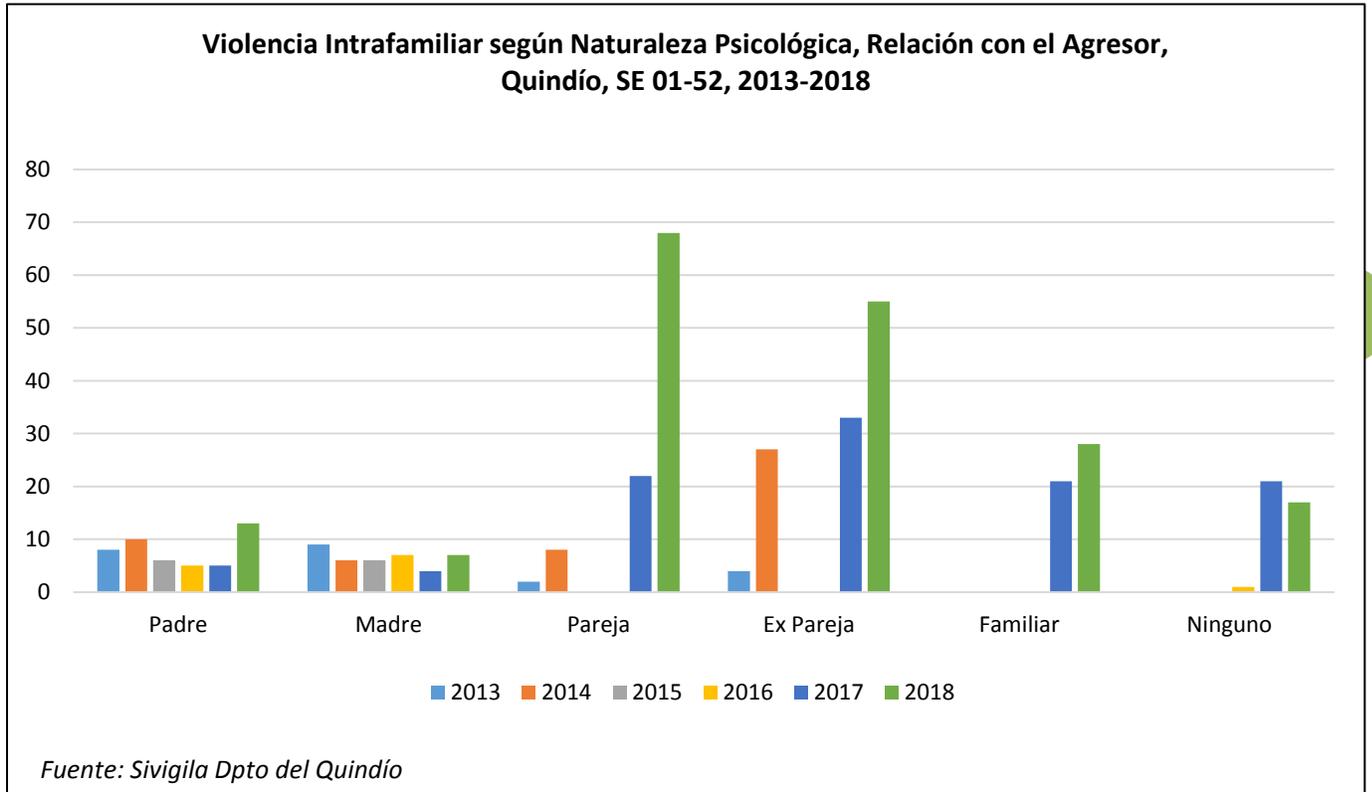


Gráfico 84: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Psicológica, relación con el Agresor, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

La violencia psicológica, según el parentesco entre el agresor y la víctima, se evidencia que la pareja se muestra como el principal agresor con 68 casos, seguido de la expareja con 55 casos y un familiar con 28 casos, siendo estos los de mayor notificación para el departamento del Quindío, en comparación con los años anteriores el 2018 impacta con el aumento del pico comportamental con 188 casos notificados.

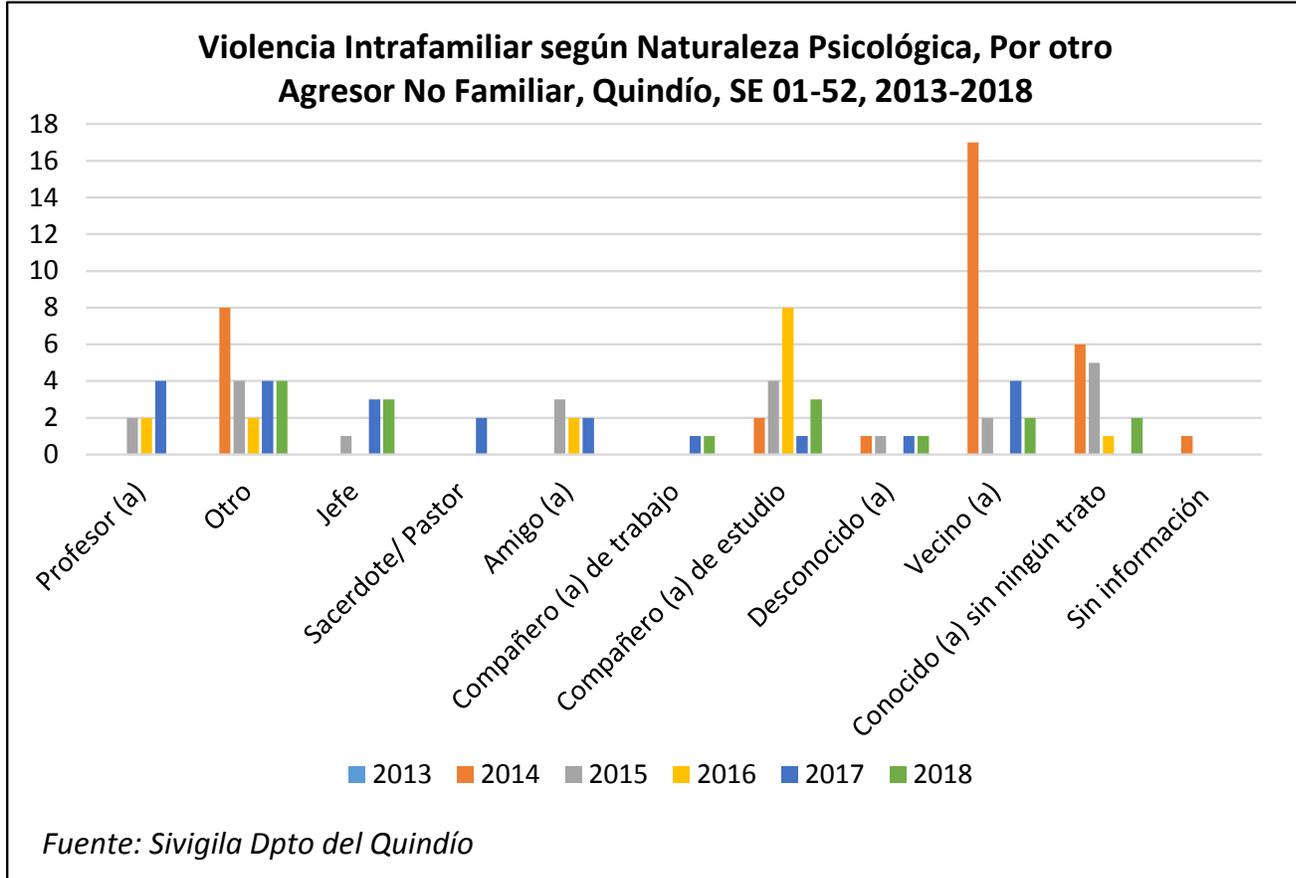


Gráfico 85: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Psicológica, por otro Agresor no Familiar, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Entre los agresores no familiares se clasifican los vecinos (a) reflejando la mayor proporción con 25 casos notificados, seguido de otros (22 casos) y compañeros de estudio (18 casos) representando estos la más alta notificación en las vigencias 2014-2018; cabe resaltar que en el año 2013 no hubo notificación alguna de este tipo de violencia, en comparación con el año 2018 el comportamiento muestra un pico disminuido con relación a las anteriores vigencias (2014-2018) reportando un total de 16 casos, en cuanto a los años anteriores no se evidencian aumentos notorios como el que tuvo el año 2014 siendo este el de mayor impacto para el departamento del Quindío con 35 casos reportados.

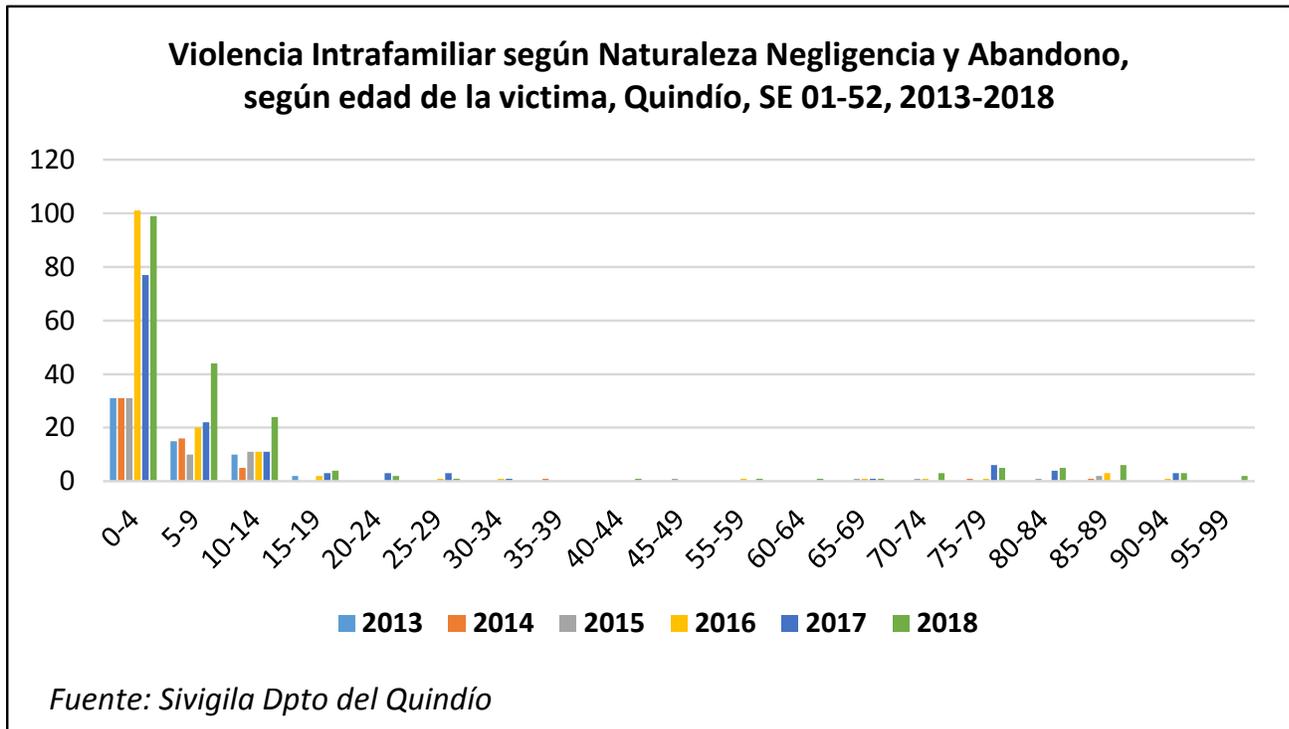


Gráfico 86: Violencia Intrafamiliar según naturaleza Negligencia y Abandono, según edad de la víctima, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Según la edad de las víctimas de violencia por negligencia y abandono, los rangos más afectados son el de 0 a 4 años de edad con 370 casos, seguido de 5 a 9 años con 127 casos, para el año 2018 con 38 casos notificados, continúan en menor proporción los años 2013, 2014 y 2015 presentando un pico comportamental similar entre ellos. Sin embargo para el año 2018, se muestra un aumento con relación al año 2017 con una diferencia de 68 casos La edad mínima que se reportó fue en el rango de 0 a 4 años y la máxima fue de 95 a 99 años.

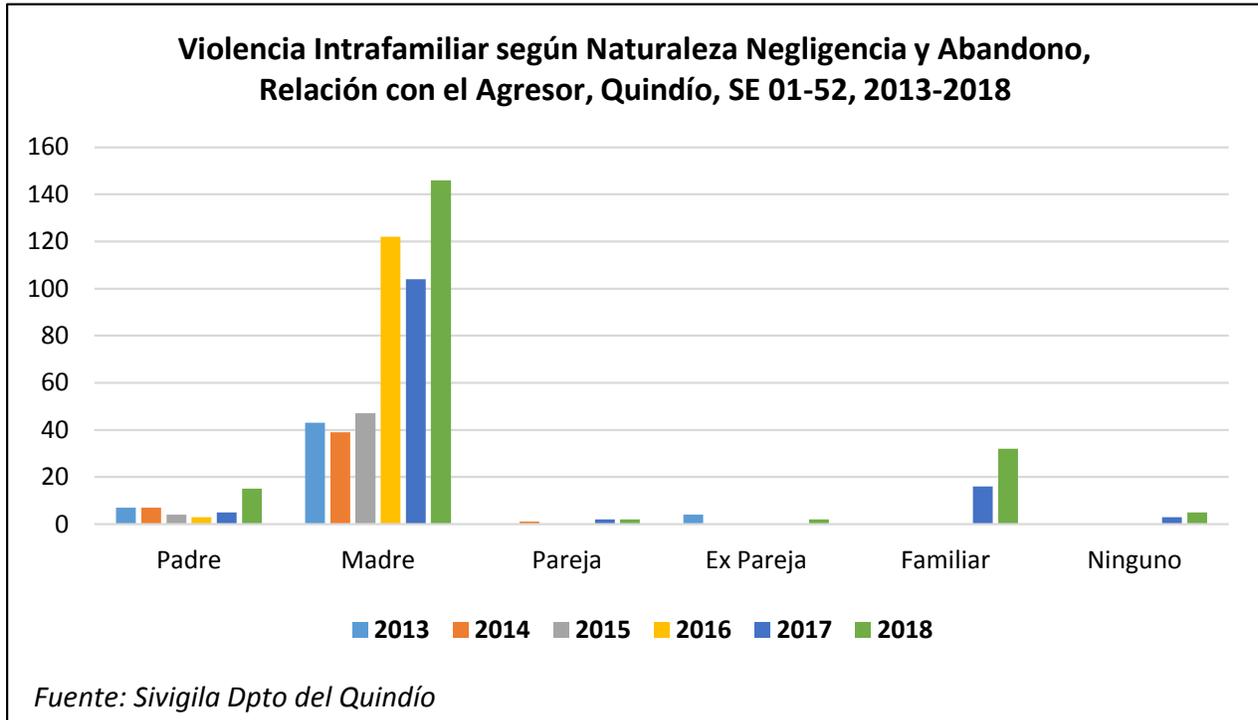


Gráfico 87: Violencia Intrafamiliar según naturaleza Negligencia y Abandono, Relación con el Agresor, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Para el año 2018 con corte a semana epidemiológica 52, la violencia por negligencia y abandono, según el parentesco entre el agresor y la víctima se evidencia que la madre se muestra como la principal agresora en todas las vigencias 2013-2018 con 501 casos, con 72 casos de diferencia entre el año 2017 y el año 2018; comparando las vigencias anteriores se puede evidenciar que el año 2018 es el de mayor reporte con 202 casos para el departamento del Quindío.

En cuanto a la relación con el agresor no familiar y la víctima se puede observar que para el año 2018 el que se muestra como principal agresor se clasifica como otro con 10 casos, A diferencia de las vigencias anteriores solo se evidencia el aumento significativo en el comportamiento en el año 2017 con 133 casos siendo hasta el momento la de mayor reporte para el Departamento del Quindío.

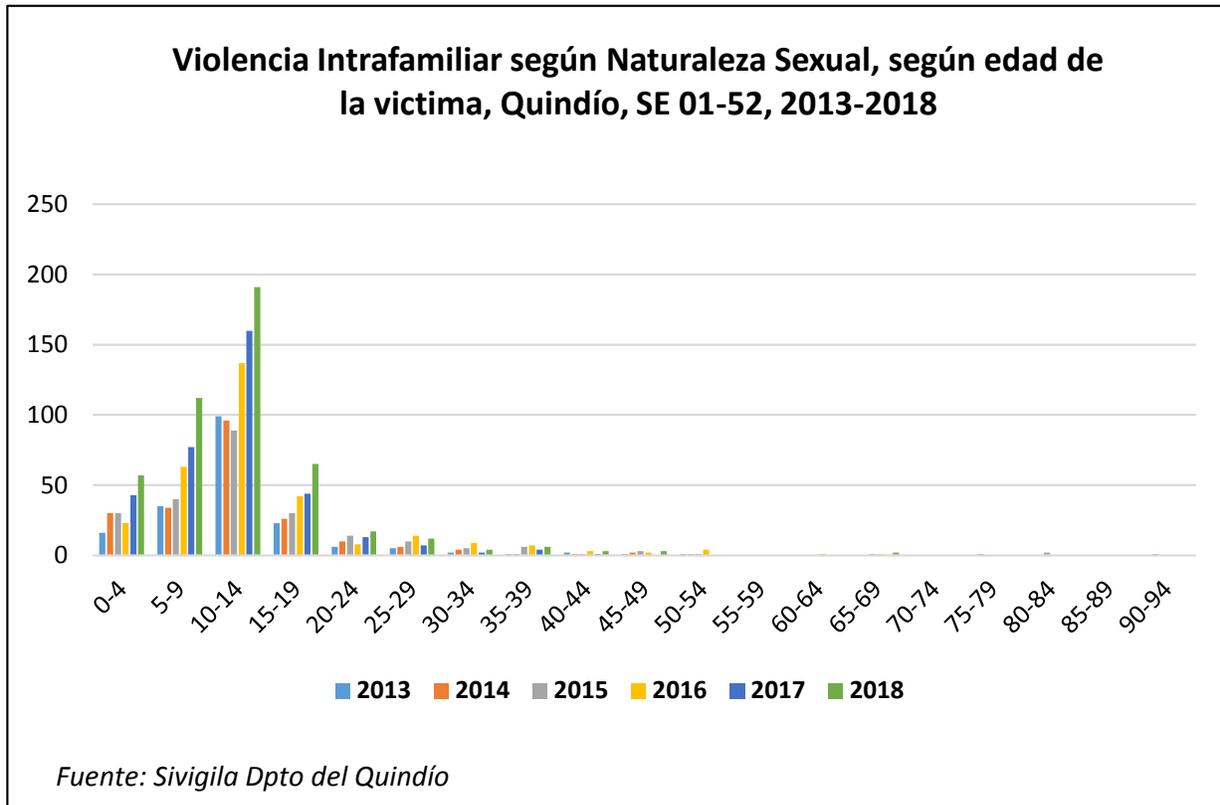


Gráfico 88: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Sexual, según edad de la víctima, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Según la edad de las víctimas, se observa que en primer lugar se encuentra el rango de 10 a 14 años de edad siendo el más afectado con 772 casos, el segundo rango es el de 5 a 9 años con 361 casos, situación históricamente demostrada, para el año 2018 se observa un aumento evidente en el rango de edad 10 a 14 años con 191 casos, seguido de 5 a 9 años con 112 casos, en comparación con el año 2017 la vigencia 2018 se encontró por encima en la notificación con una diferencia de 121 casos, siendo hasta el momento la vigencia con mayor reporte de casos lo que impacta en forma negativa al Departamento del Quindío.

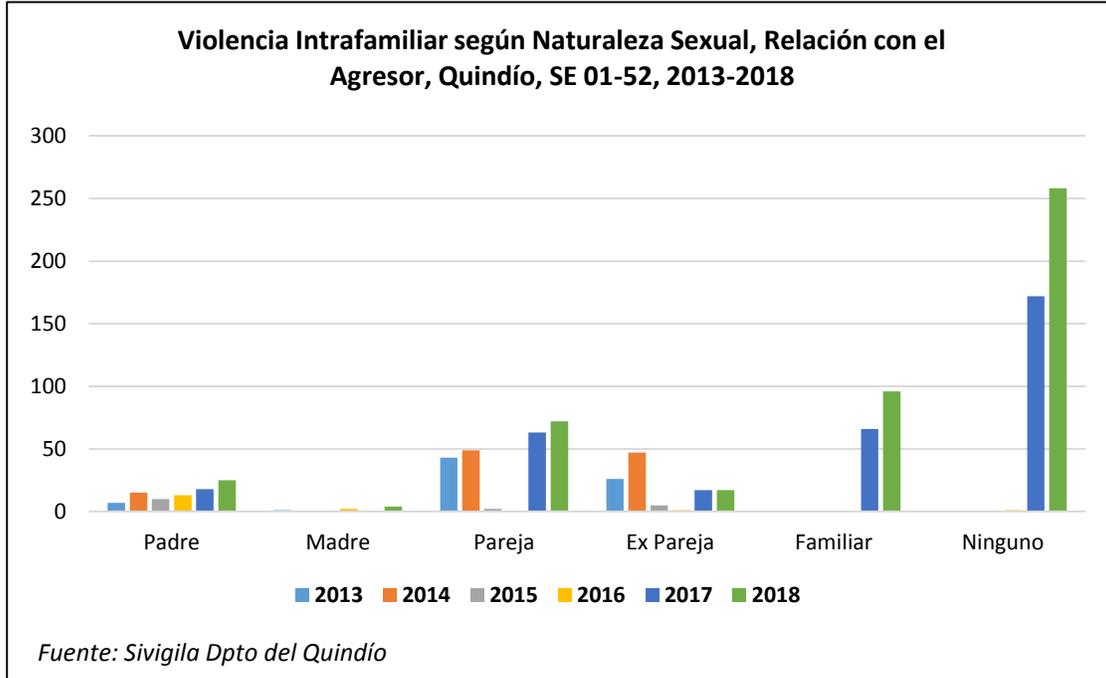


Gráfico 89: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Sexual, Relación con el Agresor, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

Teniendo en cuenta las vigencias 2013-2018, la violencia de género de naturaleza sexual, según el parentesco entre el agresor y la víctima, se evidencia que la pareja se muestra como el principal agresor con 229 casos, seguido de un familiar con 162 casos y expareja con 113 casos, siendo estos los que agrupan la mayor proporción notificada para el departamento del Quindío, en comparación con los años anteriores el 2018 impacta con el aumento significativo de reportes al Sivigila con un total de 471 casos.

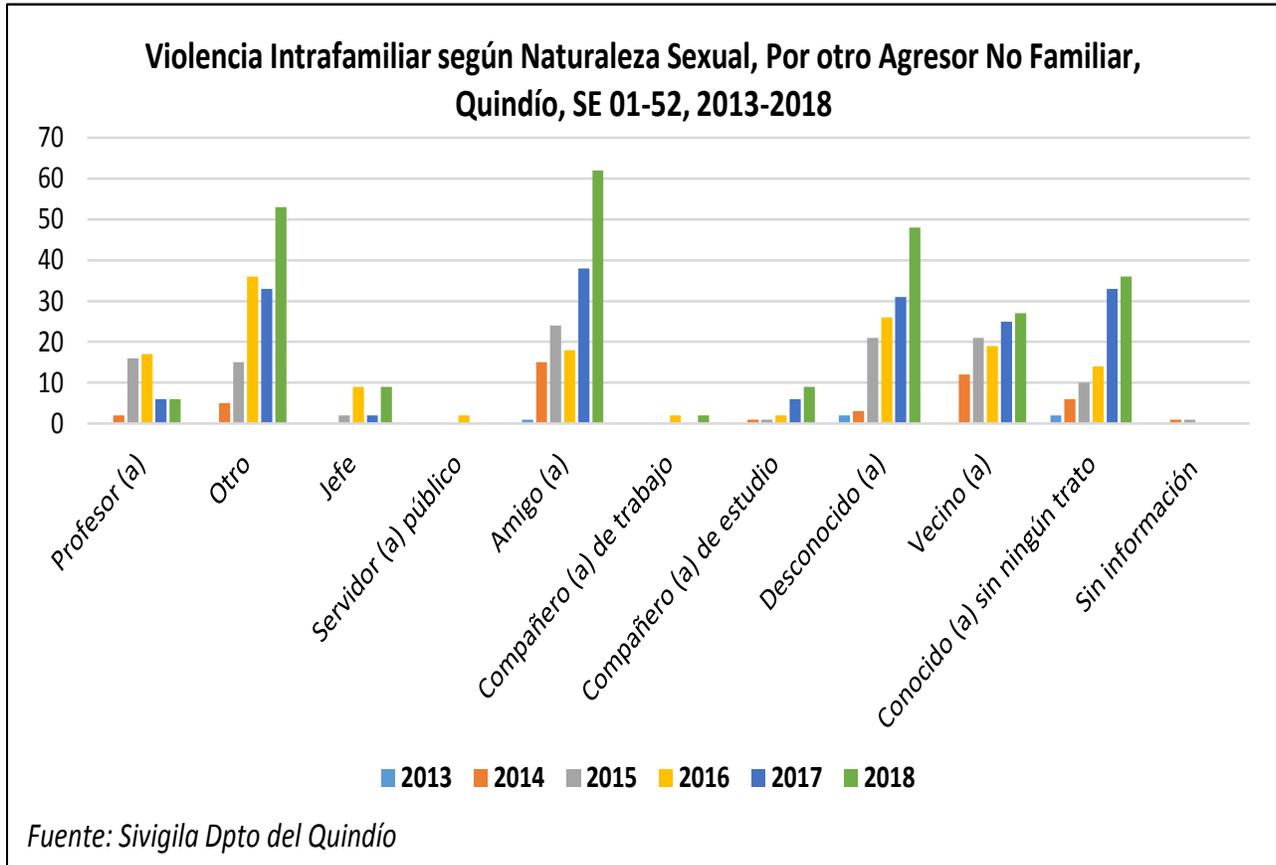


Gráfico 90: Violencia Intrafamiliar según Naturaleza Sexual, por otro Agresor no familiar, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

La violencia de género de naturaleza sexual, en la que el agresor no pertenece al círculo familiar, se puede evidenciar de acuerdo a lo analizado que los agresores como amigos (a) con 158 casos y otros con 142 casos representan el mayor comportamiento para el año 2018 a corte de la semana epidemiológica 52, el segundo contexto muestra los desconocidos como agresores con 131 casos, vecinos (a) con 104 casos y conocidos sin ningún trato con 101 casos, como agresores en menor proporción, se muestran los compañeros de estudio, profesor (a), jefe, servidor público, compañero de trabajo y por último con 2 casos sin información.



Mapa 16: Mapa de Riesgos de Violencia de Género, Quindío, SE 01-52,2018

Tabla 113: Violencia de Genero según Municipio de Residencia, Quindío, SE 01-52, 2018.

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

Fuente: Sivigila Dpto del Quindío

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

Tabla 114: Violencia Intrafamiliar según Municipio de Residencia, Quindío, SE 01-52, 2013-2018.

MUNICIPIO DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	COMPORTAMIENTO
Armenia	538	616	591	615	637	866	
Buenavista	4	3	5	20	10	16	
Calarcá	143	187	210	428	406	431	
Circasia	124	156	80	65	47	61	
Córdoba	17	19	21	58	28	23	
Filandia	8	27	24	31	16	39	
Génova	12	11	14	35	25	53	
La Tebaida	102	92	67	69	129	169	
Montenegro	90	65	93	184	200	139	
Pijao	29	23	14	24	28	33	
Quimbaya	56	65	51	80	92	137	
Salento	15	16	16	23	26	28	
Sin Información	2	2	1	18	6	15	
TOTAL	1.140	1.282	1.187	1.650	1.650	2.010	

Fuente: Siviigila Dpto del Quindío

Se reportaron para los años 2013 a 2018 con corte a la SE 52, casos de los 12 municipios del Departamento del Quindío, registrando la mayor notificación los municipios de Armenia con 866 casos, Calarcá con 431 casos, seguido de La tebaida con 169 casos, Montenegro con 139 casos, Quimbaya con 137 casos y en menor proporción Circasia, Pijao, Córdoba, Salento, Génova, Filandia y Buenavista.

Comparando las vigencias 2017-2018 se puede observar el pico de aumento en la notificación de los municipios de Armenia, Buenavista, Calarcá, Circasia, Filandia, Génova, La Tebaida, Pijao, Quimbaya y Salento; con menor pico comportamental los municipios de fueron Córdoba y Montenegro.

Tabla 115: Fallecimientos Año 2018.



FALLECIMIENTO AÑO 2018						
SEXO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	EPS	MUNICIPIO DE RESIDENCIA	TIPO DE VIOLENCIA
Femenino	CC	1097040211	20	ESS062	QUIMBAYA	Física
Masculino	RC	1113482267	2	EPSS45	ARMENIA	Negligencia y Abandono
Femenino	TI	1006246371	15	EPS018	QUIMBAYA	Sexual
Femenino	CC	24449849	88	EPSS45	ARMENIA	Negligencia y Abandono
Femenino	CC	29857176	83	EPSS41	MONTENEGRO	Negligencia y Abandono
Masculino	CC	17225048	60	EPSS41	CALARCA	Negligencia y Abandono
Femenino	CC	39936157	89	ESS062	QUIMBAYA	Negligencia y Abandono
Femenino	RC	1094970063	1	ESS062	ARMENIA	Negligencia y Abandono
Masculino	CC	1097723112	30	EPS033	MONTENEGRO	Física
Femenino	CC	21455396	85	EPSS45	CALARCA	Negligencia y Abandono
Femenino	CC	24600154	96	EPSS45	ARMENIA	Negligencia y Abandono
Femenino	RC	1030102298	10	EPS002	ARMENIA	Negligencia y Abandono

Fuente: Sivigila - Ruaf 2018

Con corte a periodo epidemiológico XIII, el Departamento del Quindío reporta en el año 2018 un total de 12 muertes por violencia de género de naturaleza física, sexual y Negligencia y abandono.

19.3 VARICELA.

La varicela es una enfermedad infecto-contagiosa ampliamente distribuida en el mundo producida por el virus varicela-zoster (VVZ), de carácter benigno. Es, en la actualidad, la infección exantemática más frecuente. Su presentación es endémica con períodos en que se torna epidémica con ciclos de 3-4 años. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida, estimándose que más del 90 % de la población ha padecido la enfermedad antes de los 15 años; esto porque el VVZ infecta a niños pequeños, con máxima incidencia entre los 2 y los 8 años de edad. El porcentaje de infecciones subclínicas es sólo de 4 %. La inmunidad es generalmente de por vida, aunque en ocasiones puede ocurrir reinfección en inmunocompetentes.

Entre las complicaciones se incluyen súper infección bacteriana de las lesiones cutáneas, neumonía, afectación del sistema nervioso central (ataxia cerebelar aguda, encefalitis), trombocitopenia y otras complicaciones poco frecuentes, tales como glomerulonefritis, artritis y hepatitis.

Durante el año 2018 el Quindío notificó un total de 1.138 casos de los cuales 1.123 tienen como residencia municipios propios. Las semanas con mayor número de notificación de casos fueron la SE 19 con 59 registros y SE 11 con 50, mientras que las semanas de menos registros corresponden a la SE 51 con 8 y SE 52 con 9 registros.

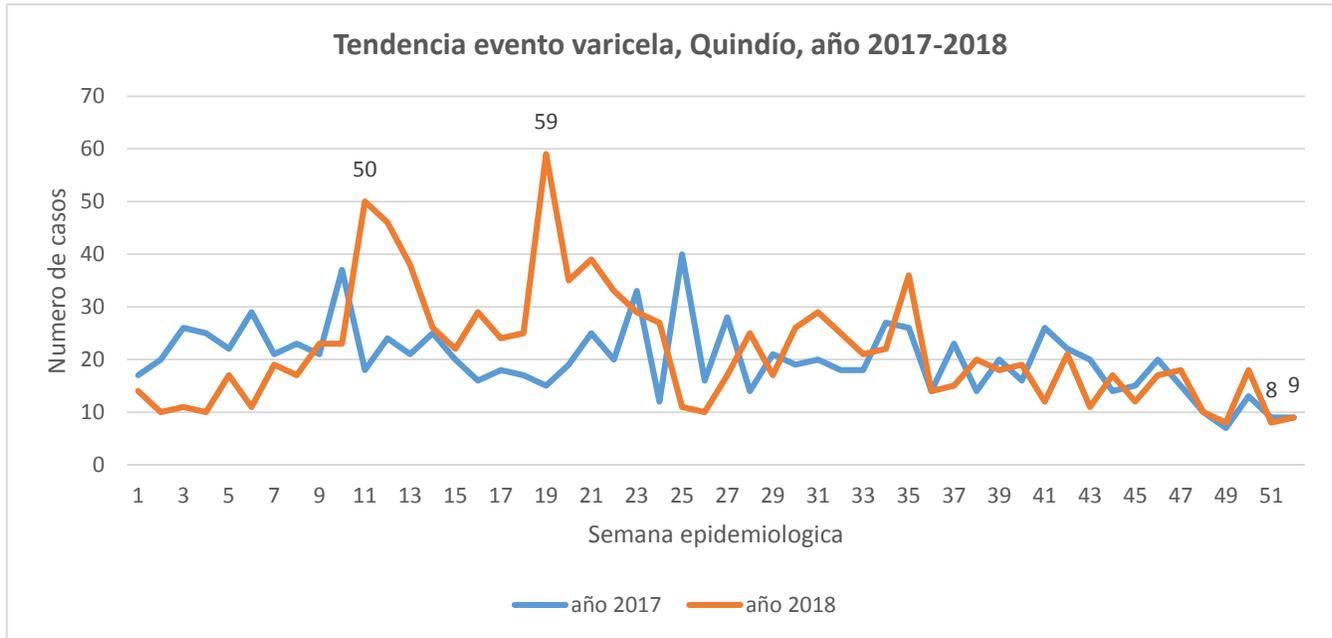


Gráfico 91: Tendencia evento varicela, Quindío, año 2017-2018.

El 89% de los casos notificados el área de ocurrencia del caso pertenece a la cabecera municipal, el 53,2% de los casos de varicela se presentaron en el sexo masculino; el 47,1% pertenecen al régimen contributivo y por pertenencia étnica el 98,6% se encuentran en “otro”.

Tabla 116: Comportamiento demográfico y social de los casos de varicela, Quindío año 2018.

Variable	Categoría	Casos	%
Tipo De Régimen	Subsidiado	518	46,1
	Contributivo	529	47,1
	Sin Aseguramiento	12	1,1



	Especial	53	4,7
	Indeterminado	11	1,0
Área De Residencia	Urbana	999	89,0
	Rural	124	11,0
Sexo	Masculino	597	53,2
	Femenino	526	46,8
	Otro	1107	98,6
	Rom	11	1,0
Etnia	Indígena	2	0,2
	Raizal	2	0,2
	Afrodescendiente	1	0,1

Fuente: SIMIGII A 2018

El municipio de Armenia notificó el 43,7% de los casos de varicela, seguido del municipio de Calarcá con el 24%, La Tebaida con 8,3%, Montenegro con 6,1%, Córdoba 5,5%, los municipios de Quimbaya, Circasia, Salento y Filandia, Génova, Pijao y Buenavista aportaron menos del 3% en la notificación de varicela durante el año 2018.

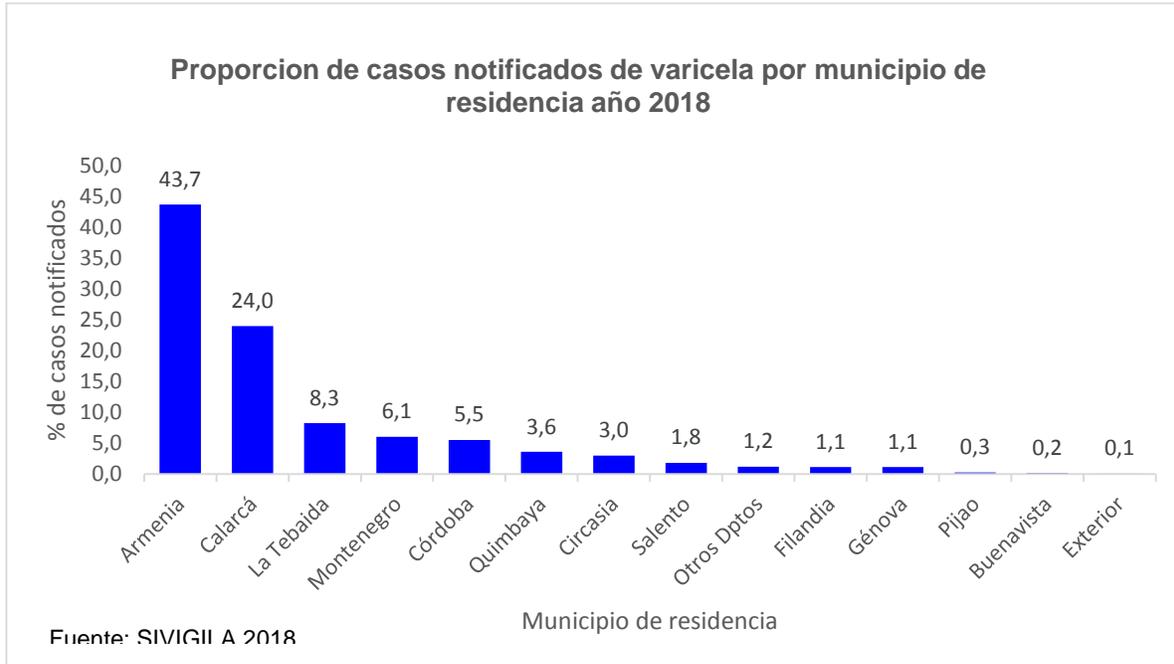


Gráfico 92: Proporción de casos notificados de varicela por municipio de residencia año 2018.

Según grupo de edad el ciclo de vida en el que se presentaron el mayor número de casos corresponde de los 0 a 5 años con el 37,6%, seguida de los niños entre 6 y 11 años con el 24% y Juventud con el 15,3%. En los menores de 5 años se esperaría que se presentará en menor proporción dada la vacunación que se coloca en el esquema regular a todos los menores de 1 año edad, nacido a partir de junio de 2014 los cuales fueron vacunados en julio de 2015 primera cohorte.

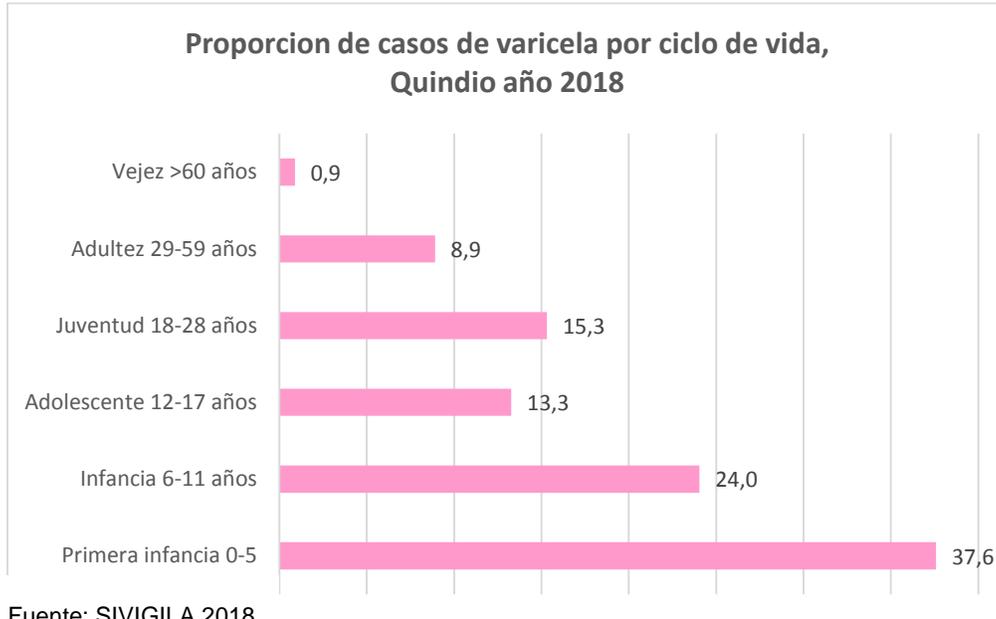


Gráfico 93: Proporción de casos de varicela por ciclo de vida, Quindío año 2018.

El 28,6% de la población reportada al Sivigila por varicela durante el año 2018 pertenecen a la EAPB Medimas, seguida de Asmet salud con 16,4% de los casos, Nueva EPS 14,1% las demás EAPB representan menos del 8% en los registros de varicela.

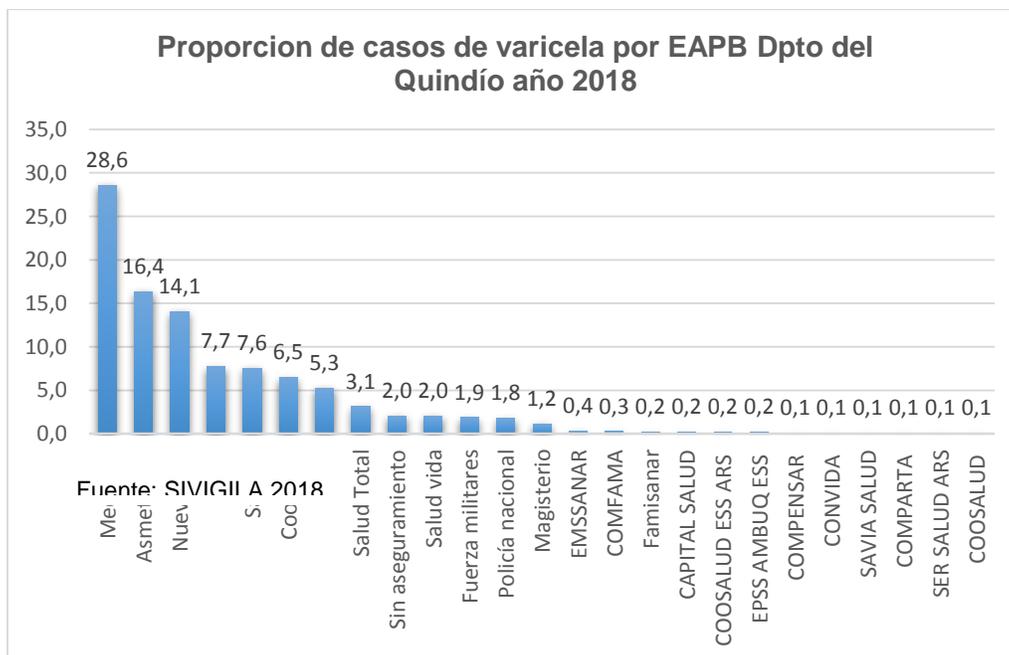


Gráfico 94: Proporción de casos de varicela por EAPB del Quindío, año 2018.

Dentro del grupo poblacional de gestantes se notificaron 6 casos, población de riesgo porque se pueden presentar complicación en el feto por la presencia de síndrome de varicela congénita. El grupo de población icbf y grupo víctimas de la violencia 2 casos cada uno. Cabe resaltar que un caso puede pertenecer a más de un grupo poblacional.

Para el año 2018 se identificaron un total de 61 brotes con un total de 530 casos. Al realizar el seguimiento de los brotes, se evidencia que 100% se encuentran cerrados.

La incidencia de varicela en el departamento del Quindío en la población general en el año 2018 fue de 195 casos por cada 100.000 habitantes, superando la incidencia nacional.

Los municipios de Armenia, Circasia, Filandia, Pijao y Quimbaya presentan diferencias significativas con valores observados que no superan los esperados. Los municipios de Calarcá, Córdoba y La Tebaida presentan un valor observado mayor que el esperado con una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 117: Comportamientos inusuales varicela Dpto. de Quindío 2018.

Municipio	Observado	Esperado	Poisson
Armenia	497	502	0,000
Buenavista	2	5	0,072
Calarcá	273	226	0,000
Circasia	34	69	0,000
Córdoba	63	22	0,000
Filandia	13	30	0,000
Génova	13	17	0,074
La Tebaida	94	82	0,018
Montenegro	69	87	0,006
Pijao	3	13	0,001
Quimbaya	41	59	0,003
Salento	21	18	0,071
Total	1123	1128	0,012



En la tabla 117, se lista el total de eventos de interés en salud pública, reportados al SIVIGILA, encontrando el VIH /SIDA y muerte, con un comportamiento que evidencia un aumento significativo en 2015, duplicando el comportamiento de años anteriores, continuando el incremento para 2016; presentando el mayor comportamiento para la vigencia 2018, Ligado a la presencia de VIH, se encuentra la tuberculosis pulmonar, enfermedad reemergente, con fuerte presencia en el territorio, que muestra un comportamiento estable entre 2015 y 2016, con un leve incremento para el 2017 y un comportamiento similar para la vigencia 2018.

339

Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), muestran una tendencia al incremento entre 2012 al 2013, presentándose un descenso para 2015; para 2016, hay un leve aumento, con leve declive para 2018. El proceso de seguimiento de las ETA muestra una relación directa con las temporadas de mayor afluencia turística al Departamento, siendo los grupos de visitantes provenientes, los que muestran mayor afectación, siendo difícil ubicar el alimento implicado, dado que por lo general la sintomatología se presenta después de consumir variados alimentos en diferentes municipios del territorio.

Las lesiones de causa externa, se ubican en el ranquin de mayor reporte debido a que en 2016, se incluyeron los accidentes de tránsito, incrementándose inconcusamente el comportamiento del evento, cambiándose el panorama para el 2017, dado el cambio relacionado en los lineamientos de Prevención, Vigilancia y Control del INS ¹¹ eliminando el reporte de accidentes de tránsito, ocasionando una disminución del 99,7% del evento.

Se da inicio al reporte del intento de suicidio, con el fin de lograr información temprana dado el incremento de los suicidios a nivel Nacional, situación que muestra especial afectación en el Departamento del Quindío, encontrando una clara tendencia al aumento, siendo 2018, la de mayor incidencia.

¹¹ Lineamientos de Prevención, Vigilancia y Control 2018 – Instituto Nacional de Salud.

De igual forma se muestran los eventos de mayor incidencia para el Departamento, las Agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia, la Violencia de género, la varicela, que históricamente muestran comportamientos elevados y el dengue que inicia con una tendencia elevada, finalizando a 2018, con un comportamiento bajo.

Tabla 118: Eventos de vigilancia en salud pública, departamento Quindío 2011 – 2018

Evento	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	1.153	1.911	2.347	2.661	2.445	2.572	2.646	2.633
875 - VCM, VIF, VSX		468	1.132	1.261	1.185	1.666	1.719	2.161
831 - VARICELA INDIVIDUAL	1.796	1.350	1.280	1.237	1.122	1.167	1.026	1.132
356 - INTENTO DE SUICIDIO						385	481	565
210 - DENGUE	1.093	641	1.915	3.252	3.724	2.528	610	467
414 - INTOXICACION POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	186	116	141	263	319	389	359	314
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	156	156	132	154	260	277	296	313
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	225	186	148	206	182	168	202	200
228 - EXPOSICIÓN A FLÚOR			135	236		19	16	169
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA		10	35	34	70	95	156	152
110 - BAJO PESO AL NACER		83	149	119	168	175	157	130
620 - PAROTIDITIS	60	44	35	38	49	44	43	117
113 - DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS						64	140	103
750 - SÍFILIS GESTACIONAL	113	90	75	67	72	73	94	96
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO						75	82	88
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.		79	78	95	105	123	147	86
560 - MORTALIDAD PERINATAL Y NEONATAL TARDIA	84	99	72	77	81	86	96	85
735 - ANOMALIAS CONGENITAS		15	35	38	77	59	100	80
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	314	258	206	239	223	198	169	67
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	262	189	214	198	159	225	199	61
341 - HEPATITIS C				16	12	28	22	40
340 - HEPATITIS B	33	34	38	33	38	38	43	36



810 - TUBERCULOSIS EXTRA PULMONAR	54	36	29	44	24	20	32	36
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	48	44	33	45	37	21	24	26
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA		86	2	5	15	34	37	20
452 - LESIONES POR ARTEFACTOS EXPLOSIVOS				22	36	28	19	16
412 - INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	12	6	17	15	50	19	14	13
330 - HEPATITIS A (BROTE)	156	37	28	28	14	27	26	12
400 - INTOXICACIÓN POR SOLVENTES	26	36	15	15	18	22	24	12
459 - CANCER INFANTIL				7	10	9	14	12
455 - LEPTOSPIROSIS	5	4	9	77	6	16	12	10
490 - MALARIA VIVAX	79	71	37	34	35	39	21	10
100 - ACCIDENTE OFIDICO	15	16	11	10	10	5	9	9
740 - SÍFILIS CONGÉNITA	45	24	17	15	5	8	13	9
217 - CHIKUNGUNYA				12	1.898	337	10	8
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	8	7	2	1	4	9	10	8
825 - TUBERCULOSIS FÁRMACORRESISTENTE		5		7	3	6	8	6

Fuente: SIVIGILA -SSDQ

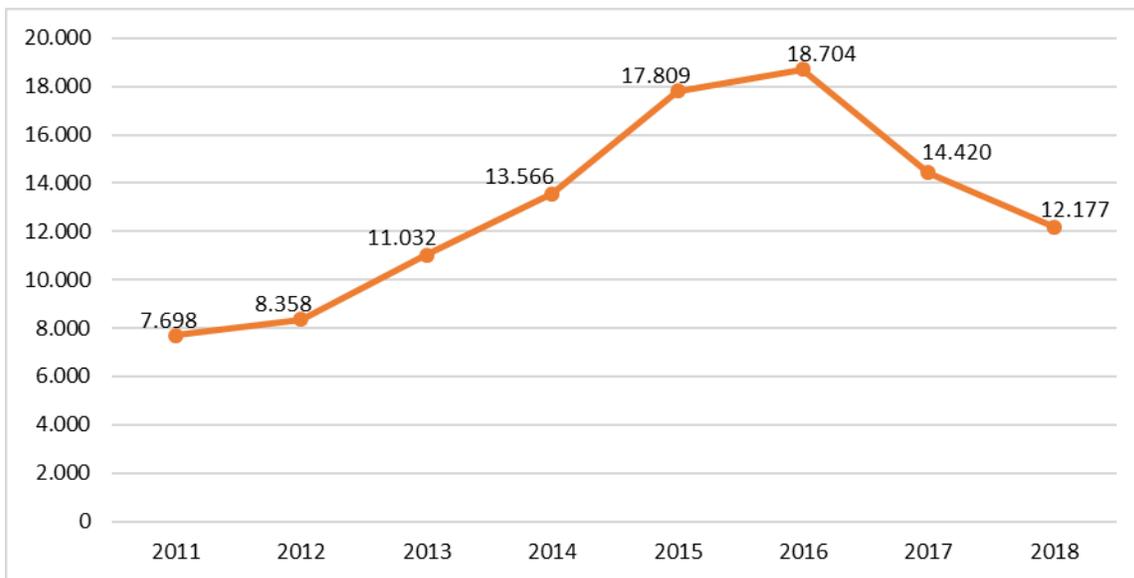
El Sistema de Vigilancia en Salud Pública, desde el Instituto Nacional de Salud, ha desarrollado cambios e ingresos de nuevos eventos al sistema, lo que ha llevado al incremento del reporte de eventos de interés en Salud Pública, los cuales deben estar acompañados de actividades de seguimiento, investigación 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, obliga a adelantar procesos de capacitación, inducción y acompañamiento continuos.

El **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** en los años de análisis (2011 -2018) se muestra un total de 103.764 casos correspondientes al reporte individual, con un promedio de reporte anual de 13.074 casos, teniendo en cuenta que para 2011 el número de eventos a reportar era significativamente menor y año tras año el reporte se ha ido incrementando, siendo el año 2016, el de mayor comportamiento, sin embargo para 2017, se presenta una disminución promedio del 23%, especialmente en los eventos



relacionados con las enfermedades transmitidas por vectores, unido a la disminución en la prestación de servicios identificada en varias Unidades Primarias Generadoras de Datos, situación que se continua para el año 2018, por lo que se han venido adelantando acciones de intervención con el fin de identificar posibles subregistros.

Además, se cuenta con el reporte colectivo, el cual supera ostensiblemente el reporte individual, teniendo en cuenta que para 2018, el reporte de los casos de infección respiratoria aguda alcanzo en total 82.949 reportes y la enfermedad diarreica aguda un total de 37.992casos, lo que significaría que, en unión al reporte individual, 2017 obtuvo un reporte total de 133.118 entre reportes individuales y colectivos.



Fuente: Secretaría de Salud, VSP; Departamento Quindío.

Gráfico 95: Tendencia de notificación al SIVIGILA, departamento Quindío 2011 al 2018.

A continuación, y teniendo en cuenta la tendencia de las proporciones de incidencia por 100,000 habitantes para 2018 de los eventos que acumulan 90% de la notificación, se destaca, según el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.:**

Para el Departamento del Quindío, el primer lugar lo ocupan las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia reportadas hasta 2014 con el código 300, pasaron a denominarse vigilancia integrada de la rabia, cambiando al código 307 en el SIVIGILA, muestran que en su

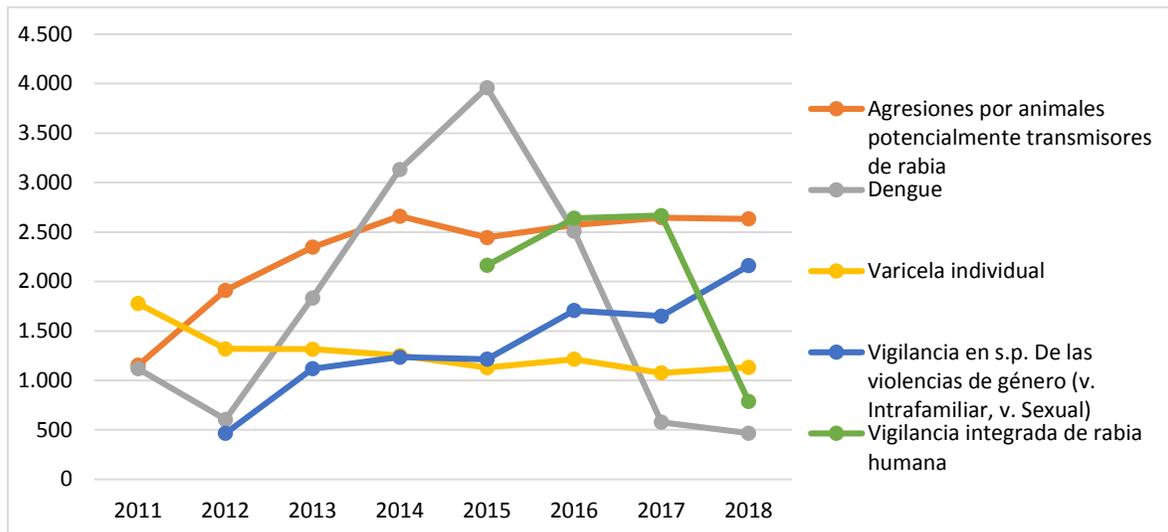


organización temática, no ha variado su incidencia, correspondiendo al evento de mayor reporte especialmente para 2018, obteniendo. Doblando en comportamiento la tasa nacional, ubicando al Departamento del Quindío en segundo lugar Nacional, lo que muestra la necesidad de fortalecer las acciones de prevención 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 las acciones de intervención las cuales requieren del concurso de los alcaldes, para lograr el control de la población canina y felina denominada callejera, sumado a la garantía de cumplimiento de la normatividad para la tenencia de mascotas.

En segundo lugar se encuentra La vigilancia en salud pública de las violencias de género (violencia intrafamiliar, violencia 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 sub-registro frente a tendencias culturales de ocultamiento y temor respecto al reporte del evento; la violencia de género, que afecta a algo más de 300 individuos por cada 100.000 habitantes para 2018, aumentando el comportamiento en aproximadamente 20 puntos de tasa, evidenciándose el aumento de situaciones relacionadas, lo que evidencia un fortalecimiento en los procesos de reporte que unido a la acción intersectorial que se genera en las Rutas de Atención de la violencia, puede generar una mejor respuesta por parte de la comunidad víctima de este flagelo, para que paulatinamente soliciten apoyo por medio de las entidades con competencia.

Varicela individual: enfermedad eruptiva de la infancia, es de gran poder epidémico, más en escolares; aunque su tendencia en la serie es en ascenso - descenso muy leve y poco insinuado; esta enfermedad vera su descenso al favorecer la vacunación contra esta enfermedad, que aunque no deja secuelas en el infante, si puede llegar a generar malformaciones fetales y ser causa de letalidad en los jóvenes adultos que aún pueden no tener inmunidad.

El **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** muestra la tendencia de las tasas de incidencia de los eventos de mayor reporte, sin embargo, se evidencia la afectación ocasionada por los cambios de codificación los cuales no permiten visualizar en forma clara su comportamiento en el tiempo.



Fuente: SIVIGILA Departamento del Quindío (2017).

Gráfico 96: Tendencia de las tasas de incidencia de ENO, SIVIGILA, departamento, Quindío 2011 – 2018

La tabla 119, detalla el comportamiento de la notificación obligatoria 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.

De acuerdo al análisis realizado en un periodo de tiempo de 10 años, quedan priorizados para intervención inmediata, las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, dado que se duplica el comportamiento Nacional.

Las Intoxicaciones por sustancias químicas, presenta un comportamiento evidentemente superior de la tasa Nacional, siendo las intoxicaciones por Sustancias psicoactivas y fármacos las de mayor reporte.



La conducta suicida muestra una tendencia al incremento, siendo necesario verificar y analizar las situaciones presentadas, dado que se reportan situaciones relacionadas en edades muy tempranas, relacionadas en un alto porcentaje a cuadros de depresión.

La violencia de género, presenta una tendencia clara al incremento, siendo la violencia física la de mayor incidencia, seguida de la violencia sexual, siendo la violencia de pareja el principal detonante; para la vigencia 2018, se supera la tasa Nacional en 100 puntos.

345

Entre las enfermedades crónicas, se priorizan las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades respiratorias crónicas de las vías inferiores y los Defectos congénitos.

Entre otros eventos, se prioriza la mortalidad materna, la sífilis gestacional, el IRAG inusitado, hepatitis C y VIH/SIDA y las Enfermedades transmitidas por alimentos, debido a los comportamientos elevados reportados

Tabla 119: Semaforización de los eventos de notificación obligatoria del departamento Quindío, 2008 – 2018

Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento										
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Causas externas (incidencias x 100.000 habitantes)													
Accidentes biológicos													
Accidente ofídico (incidencia x 100.000 habitantes)	10,20	1,57	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia y rabia	259,60	466,48	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↗	
Muertes por accidentes de tránsito (2016)	15,10	17,43	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	
Ambientales													
Eventos adversos de los servicios de salud													
Infecciones asociadas a la atención salud	2,05	1,99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intoxicaciones													
Exposición a flúor	2,30	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Intoxicaciones por fármacos, sustancias psicoactivas y	80,24	163,40	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	

Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento											
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
metanol, metales pesados, solventes, gases y otras sustancias químicas														
Mental														
Conducta suicida (incidencia intento)	52,40	80,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	
Violencia														
Lesiones por pólvora, minas antipersona y artefactos explosivos	2,30	1,20	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	
Tasa de incidencia de violencia de Género	200,80	300,30	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘		
No transmisibles (tasa ajustada de mortalidad x 100.000 habitantes)														
Cáncer														
Cáncer de mama (tasa ajustada de mortalidad * 100.000 mujeres)	12,36	13,56	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘		
Cáncer de cérvix (tasa ajustada de mortalidad * 100.000 mujeres)	6,84	5,85	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘		
Cáncer infantil	11,04	14,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cardiovascular														
Enfermedades Isquémicas del corazón	80,03	106,61	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
enfermedades cerebrovasculares	32,00	31,17	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	
enfermedades hipertensivas	18,03	12,87	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘		
Enfermedad cardiopulmónar, enfermedades de la circulación pulmónar	10,90	14,55	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	
Diabetes mellitus	15,48	20,15	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Enfermedades respiratorias crónicas de vías inferiores	29,00	45,63	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↘		
Congénitas														
Defectos congénitos (prevalencia 10.000 NV)	119,20	178,00	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗		
Enfermedades raras (incidencia)	6,33	4,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Materno perinatal														
Bajo peso al nacer (porcentaje)	9,10	7,90	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	
Bajo peso al nacer a término (%)	3,65	3,28	↘	-	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	
Embarazo en adolescentes (porcentaje)	21,00	20,90	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘		
Morbilidad materna extrema (razón x 1.000NV)	35,75	26,20	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗		



Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento										
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Mortalidad materna 2016 (razón x 100.000 NV)	51,27	68,46	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↗	
Mortalidad perinatal (tasa x 1.000 NV)	13,73	12,07	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	
Mortalidad neonatal tardía (tasa x 1.000 NV)	2,01	2,91	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	
Nutrición													
Desnutrición Aguda en Menores de cinco años de edad	0,20	0,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗
Mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de 5 años (2016)	8,24	2,17	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	
Trasmisibles													
Ambiental													
Ebola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Inmunoprevenibles													
Difteria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Evento adverso seguido a la vacunación	1,34	1,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Meningitis Neisseria meningitidis	0,24	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Meningitis por Haemophilus influenzae	0,10	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Meningitis: meningococcica streptococo pneumoniae	0,42	0,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Parálisis flácida aguda (menores de 15 años)	1,24	2,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Parotiditis	36,50	9,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sarampión-rubeola	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Síndrome de rubeola congénita	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tétanos accidental	0,07	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tétanos neonatal	0,01	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Tosferina	9,75	1,75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Varicela	173,70	188,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Materno perinatal													
Sífilis gestacional (razón de prevalencia x 1.000 NV)	7,40	15,61	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	
Sífilis congénita (incidencia x 1.000 NV+mortinatos)	1,43	2,06	-	-	↗	↗	↘	-	↘	↘	↘	↗	
Remergentes y olvidadas													
Transmisión aérea y contacto directo													
Infección Respiratoria Aguda (muertes <5 años)	13,84	10,90	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	
Infección respiratoria aguda grave (IRAG inusitado) tasa personas hospitalizadas	49,50	82,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	



Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento										
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Lepra (tasa detección casos nuevos x 100.000 habitantes)	0,74	0,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis pulmonar	21,40	28,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis extrapulmonar	4,60	5,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculosis Todas las formas	26,00	33,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis tuberculosa	0,93	1,22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Transmisión sexual y sanguínea (incidencia x 100.000 habitantes)													
Hepatitis B habitantes	3,80	6,80	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Hepatitis C	1,20	4,40	-	-	-	-	-	-	↗	↘	↗	↗	↘
VIH/SIDA	27,00	59,47	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗
Chagas crónico y agudo	2,32	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cisticercosis	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dengue (tasa incidencia x 100.000 habitantes)	92,70	101,10											
Dengue grave (Letalidad %)	8,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Encefalitis: nilo occidental, equina del oeste, venezolana	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de origen prionico	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiebre amarilla	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis	15,87	5,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leishmaniasis cutánea	15,61	5,25	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Leishmaniasis mucosa	0,90	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leptospirosis (muertes)	1,97	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria	105,35	5,77	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘
Malaria: vivax	48,15	3,49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malaria: falciparum	61,20	1,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trasmitida por alimentos/suelo/agua													
Cólera	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedad Diarreica Aguda (muerte < 5 años)	3,46	0,00	↗	↗	↗	↗	↘	-	-	↗	↘	-	-
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,20	0,00	-	-	↗	↘	↘	-	-	↗	↘	-	-
Hepatitis A	2,60	5,40	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗
ETA	15,46	30,40	-	-	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘
Vectores													
Zika	7,74	0,69	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Chikugunya	4,09	1,75	-	-	-	-	-	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Vigilancia sanitaria													
Uso y consumo													
Consumo de antibióticos	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasas de incidencia PDSP													
Tasa de incidencia de dengue clásico según municipio de ocurrencia	92,70	101,10	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↘

Causa de muerte	Colombia	Quindío	Comportamiento									
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Tasa de incidencia de dengue grave según municipio de ocurrencia	0,58	0,17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de leptospirosis	4,33	3,15	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de incidencia de Chagas	2,32	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tasa de incidencia de sífilis congénita	1,43	2,06	-	-	↗	↗	↘	-	↘	↘	↘	↗

Fuente: SIVIGILA Departamento del Quindío (2017).

20 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el censo 2005, para el departamento del Quindío se tenía una prevalencia de discapacidad 6,55%, con una prevalencia Nacional en 6.4%. A raíz de la necesidad de identificar las características de las personas en condición de discapacidad, el Estado puso en marcha el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), operado por el Ministerio de Salud y Protección Social, y con un análisis desde la gestión de datos del Ministerio, se entregan estas características para el País.

20.1 CONDICIONES GENERALES 2009 A 2018.

Se desarrolla el análisis de las condiciones de la población con discapacidad del Departamento con 27.122 personas incluidas en el Registro, presentándose un aumento de 23.21% (5.057 registros) en relación a los registros de 2017.

La pirámide de la población en condición de discapacidad, Gráfico 97, detalla que esta es inversa a la poblacional, en donde la mayor proporción de personas en el registro son las mayores de 80 años, y hasta

dos veces en cada grupo por sexo, frente al grupo de edad inmediatamente anterior; el grupo etario de 0 a 4 años de edad es el de menor comportamiento y los niños de 5 a 9 años, presentan un comportamiento mayor, siendo el sexo femenino el de mayor discapacidad. De los 10 años se inicia un aumento en el número de población en condición de discapacidad, siendo evidente el comportamiento en el sexo femenino (barras derecha), muy cercano al masculino, hasta los 34 años, donde se estrecha por tres grupos etarios para ser nuevamente expansiva hasta la máxima edad, siendo en este sentido, una pirámide bimodal.

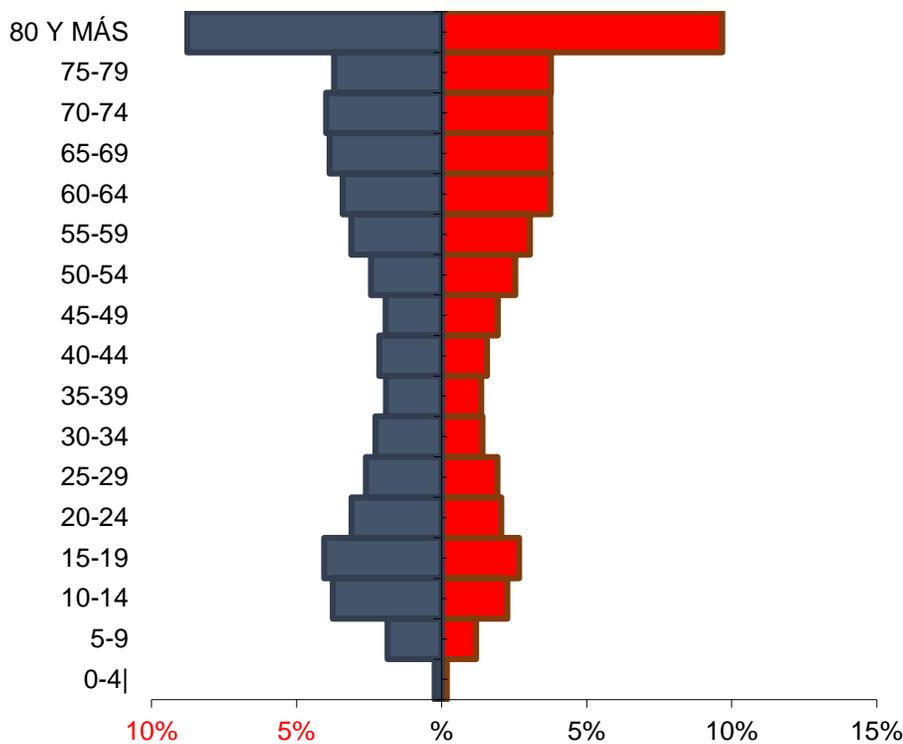


Gráfico 97: Pirámide de la condición de discapacidad en Quindío a 2019.

Respecto a la distribución de las alteraciones permanentes y teniendo en cuenta que una persona con en condición de discapacidad puede presentar más de una condición discapacitantes, la sumatoria de los casos por alteración será superior al total de personas registradas; se observa que los tres tipos de alteraciones más frecuentes en la población para 2018 son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos,

brazos, piernas (50.77%), con el sistema nervioso (44.80%) y los ojos (30.28%). Ya otras alteraciones son Sistema cardiorrespiratorio y las defensas, oídos, la voz y el habla, la digestión, el metabolismo, las hormonas, las alteraciones del sistema genital y reproductivo, la piel, los demás órganos de los sentidos, (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.20).

Tabla 120: Total personas y proporción de personas y alteraciones permanentes, Quindío, 2002-2019

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	13.771	50,77
El sistema nervioso	12.150	44,80
Los ojos	8.213	30,28
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	4.791	17,66
Los oídos	4.230	15,60
La voz y el habla	4.837	17,83
La digestión, el metabolismo, las hormonas	2.445	9,01
El sistema genital y reproductivo	1.655	6,10
La piel	758	2,79
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	567	2,09
Ninguna		0,00
Total	27.122	

FUENTE: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Personas con Discapacidad

20.2 PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD POR SEXO.

La ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. y la ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia., referencian las condiciones de discapacidad de hombres y mujeres para 2019; los hombres concentran 53% de las personas con alguna discapacidad, siendo, las alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el sistema nervioso y los ojos, las de mayor comportamiento en el sexo masculino, con 51% de las condiciones discapacitantes; con estos valores, se determina que cada hombre registrado 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, se alcanza 72% de las condiciones; 7.461 mujeres están registradas con lo que se determina que, por cada mujer se están presentando más de dos condiciones de discapacidad (2,15). Según estas tablas, en ambos grupos de sexo y edades, todos los sistemas y órganos reportan alguna alteración.

De acuerdo a la razón de discapacidad, por cada 1,11 hombres en condición de discapacidad, se encuentra una mujer de acuerdo a las cifras medidas para el Departamento en 2019. Tanto en hombres y mujeres, la población con mayor declaración en el registro corresponde a los de 60 años y más, con un alto registro de la población de 80 y más años, en donde se declaran en especial las discapacidades relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas y la discapacidad de los ojos, y por tanto las alteraciones de mayor prevalencia.

Para los menores de 0 a 5 años de edad, la discapacidad de mayor prevalencia para ambos sexos se relaciona con el sistema nervioso, seguido de alteraciones del movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, encontrando estos dos tipos de discapacidad entre el primer y segundo lugar en la población de 0 a 5 años de edad. En los niños de 6 a 11 años, la discapacidad más frecuente en estos se relaciona con el sistema nervioso y en segundo lugar con la voz y el habla. Para los rangos de edad entre los 29 a los 59 años de edad en ambos sexos, prevalecen un elevado número de alteraciones relacionados con el movimiento de manos, brazos, piernas, seguido de discapacidad relacionada con el sistema nervioso, con mayor presencia en los hombres, en tercer lugar, se ubica la discapacidad de los ojos y la voz y el habla.

Tabla 121: Alteraciones permanentes por curso de vida en los hombres del Quindío, 2019

Alteraciones Permanentes	Hombres					
	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 y más
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	52	163	226	584	2.134	4.097
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	12	53	92	155	467	1.542
El sistema genital y reproductivo	7	29	40	86	231	524
El sistema nervioso	55	645	1079	1260	1.960	1.999
La digestión, el metabolismo, las hormonas	12	38	58	96	303	551
La piel	1	11	25	55	101	168
La voz y el habla	29	289	359	624	858	695
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	2	10	14	49	98	116
Los oídos	11	71	111	247	485	1.416
Los ojos	17	120	243	423	990	2.483
Total	100	866	1398	1.888	4.050	6.675

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

Tabla 122: Alteraciones permanentes por curso de vida en las mujeres del Quindío, 2019.

Alteraciones Permanentes	Mujeres
--------------------------	---------



	0 a 5	6 a 11	12 a 17	18 a 28	29 a 59	60 y más
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	41	138	182	406	1.693	4.586
El sistema cardiorespiratorio y las defensas	9	38	65	122	541	1.845
El sistema genital y reproductivo	7	30	31	71	231	409
El sistema nervioso	38	341	636	802	1.643	2.318
La digestión, el metabolismo, las hormonas	8	27	45	93	405	843
La piel	4	15	16	33	135	214
La voz y el habla	21	175	223	402	648	603
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	3	20	15	30	94	136
Los oídos	3	51	71	165	430	1274
Los ojos	14	116	200	343	974	2.528
Total general	73	531	868	1325	3.482	7.045

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

21 CONCLUSIONES.

Las atenciones por los diferentes esquemas de registros, demuestran un acceso que puede ser de hasta 1,17 consultas per cápita en 2017 y 1,88 en 2018, evidenciándose unos incrementos de los servicios de salud en el registro en 61,59% en el total de la población.

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, para 2018, presentaron un comportamiento inusualmente bajo, siendo necesario adelantar procesos de búsqueda Activa institucional, dado que de acuerdo a los resultados de los índices entomológicos, la presencia del vector es continua, lo que evidencia la problemática relacionada con los diagnósticos abiertos por parte del personal médico; por lo que como medida de contención es necesario continuar con el reordenamiento del medio ambiente y participación activa de la comunidad como de múltiples actores (sectores), para el control efectivo continuando con el seguimiento de enfermedades que comparten escenarios de trasmisión y que afectan posiblemente a los niños en gestación 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 subsanable en procesos de capacitación continua e implementación de sistemas de control relacionados con vigilancia epidemiológica estricta en los programas y las atenciones brindadas a las gestantes 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).

La violencia de género, muestra la dinámica social presente especialmente en los estratos I y II de la población del Departamento, siendo un reflejo de la desintegración familiar, de la situación de abandono social de los niños y niñas víctimas de violencia, de la falta de oportunidades y de la falta de proyectos de vida en la población adolescente, siendo un evento de impacto social, que requiere del concurso de todas las entidades, instituciones, organizaciones y redes de apoyo del Departamento, con el fin de concertar acciones, intervenciones que generen y garanticen un mejoramiento de las condiciones de vida de la población víctima.

El cáncer infantil, a pesar de ser un evento no priorizado, es necesario tenerlo en cuenta en los procesos de intervención prioritaria, para lograr aumentar la posibilidad de sobrevivencia de los menores, garantizando por medio de seguimientos continuos, la identificación de demoras en los procesos de captación temprana, oportunidad de tratamiento y seguimiento, por medio de intervenciones en red que faciliten el acceso de los menores a la atención especializada requerida, la cual se encuentra casi en su totalidad por fuera del Departamento del Quindío.

Como proceso prioritario para las acciones de Vigilancia en Salud Pública, es perentorio, fortalecer los procesos de coordinación con la academia para la generación de procesos de investigación y de intervención relacionados con los eventos de interés en Salud Pública de mayor impacto, con el fin de identificar los riesgos primarios y orientar acciones de intervención más efectivas.



Es indispensable garantizar la continuidad del personal idóneo para los procesos de Vigilancia en Salud Pública en todos los niveles, con el fin de lograr un fortalecimiento del sistema para el empoderamiento como sistema prioritario de información para la toma de decisiones en salud.

Dentro de los procesos de evaluación y análisis, y más de las personas en condición de discapacidad, se correlacionaron la información de discapacidad y morbilidad para determinar la relación de la hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus con eventos como las accidentes cerebrovasculares y sus secuelas; las afectaciones de la hipertensión y la diabetes sobre las 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 pública que motiven la profundización y el cruce de información en el sistema integrado de información, para la planificación de acciones, en especial para los grupos poblacionales vulnerables, así como monitoreo y evaluaciones de las acciones, programas e intervenciones ejecutadas.

Frente a discapacidad en Quindío, se está evidenciando que se reporta un incremento entre 2011 a 2019 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.

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.

Que aunque en menor proporción, es una situación que puede relacionarse con el alto reporte de notificación de casos de violencia de género de naturaleza física en el que la mujer se muestra como principal víctima; La violencia de las familias es una situación prevalente en la sociedad del Quindío; la tasa por agresiones intrafamiliares (violencia intrafamiliar) se observa que afecta a 300 personas por cada 100.000 habitantes del Departamento.

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

22.1 ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LAS INEQUIDADES EN SALUD.

Las condiciones sociales en las que las personas nacen, viven, trabajan, envejecen, incluyendo el sistema de salud, acercan o alejan el que las personas, en un momento de vida, pueden estar sanas o a riesgo de enfermar o sin consumo de recursos de curación de la salud. De modo que parte de éste análisis, se basa en comprender el rol que juega las condiciones en que se desarrolla la cotidianidad del individuo y de la población, y como construye su entorno y cómo se organiza la población.

La comisión de los Determinantes de la Salud de OPS, establece “El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente”; entro lo que tendríamos estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación.



El análisis se apoya en el Índice Multidimensional de la Pobreza (IMP) el cual refleja el grado de privación de las personas en un conjunto de algunas dimensiones y condiciones. El IMP permite determinar la naturaleza de la privación (de acuerdo con las dimensiones seleccionadas) y magnitud, para los procesos de comparación y determinación de inequidades.

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) desarrolló el IMP para el país, con disponibilidad de la información de los municipios y departamentos, con base de la proyección del censo del 2005; este índice presenta los aspectos relevantes de cada determinante estructural alineado con los efectos a la salud de la población.

La determinación del índice de NBI, permiten identificar las carencias en una población con base en la medición de siete aspectos básicos de las personas y de los hogares y para obtener este índice, se establece las dimensiones de valoración para las necesidades que deben tener las personas resueltas, identificadas como:

- 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 de los niños en edad escolar a un establecimiento educativo
- Capacidad económica sobre la probabilidad de insuficiencia de ingresos del hogar.

22.2 CONDICIONES DE VIDA.

358

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

- Cobertura de servicio público domiciliario de electricidad: corresponde a una tasa de 99.91 por 100,000 habitantes en el departamento del Quindío y se encuentra un 2.1 % 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 9.7% por encima del referente nacional.
- Cobertura de servicio público domiciliario de alcantarillado: El Quindío supera en 22.6% la tasa de cobertura de alcantarillado del país, siendo la tasa departamental del 99,3 por 100.000 habitantes.
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): El IRCA del departamento del Quindío es de 2.3%, mientras que este indicador para el nivel nacional es del 21.7%, lo cual indica que el índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano es 19.4% 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 13.3% 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.

La Tabla 96, describe el estado de los indicadores de condiciones de vida, encontrando cifras que ubican al Departamento del Quindío, en mejores condiciones de vida que las informadas para el País, situación que obliga a presentar mejores resultados en relación a la calidad de vida de la población, evidenciada en la morbi-mortalidad informada la cual se espera concuerde con lo expuesto en los altos índices expuestos.

Tabla 123: Determinantes intermedios en Quindío y Colombia, 2018

DETERMINANTES INTERMEDIARIOS DE LA SALUD	COLOMBIA	QUINDIO
Cobertura de servicios de electricidad	97,0	99,91
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)	21,7	3,0
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

Determinantes intermedios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	98,06
Cobertura de acueducto	99,8	98,00
Cobertura de alcantarillado	99,8	85,00

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social, 2016 - 2018



22.3 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 2015; 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.

360

De acuerdo al comportamiento de los datos, en la Tabla 98, encontramos:

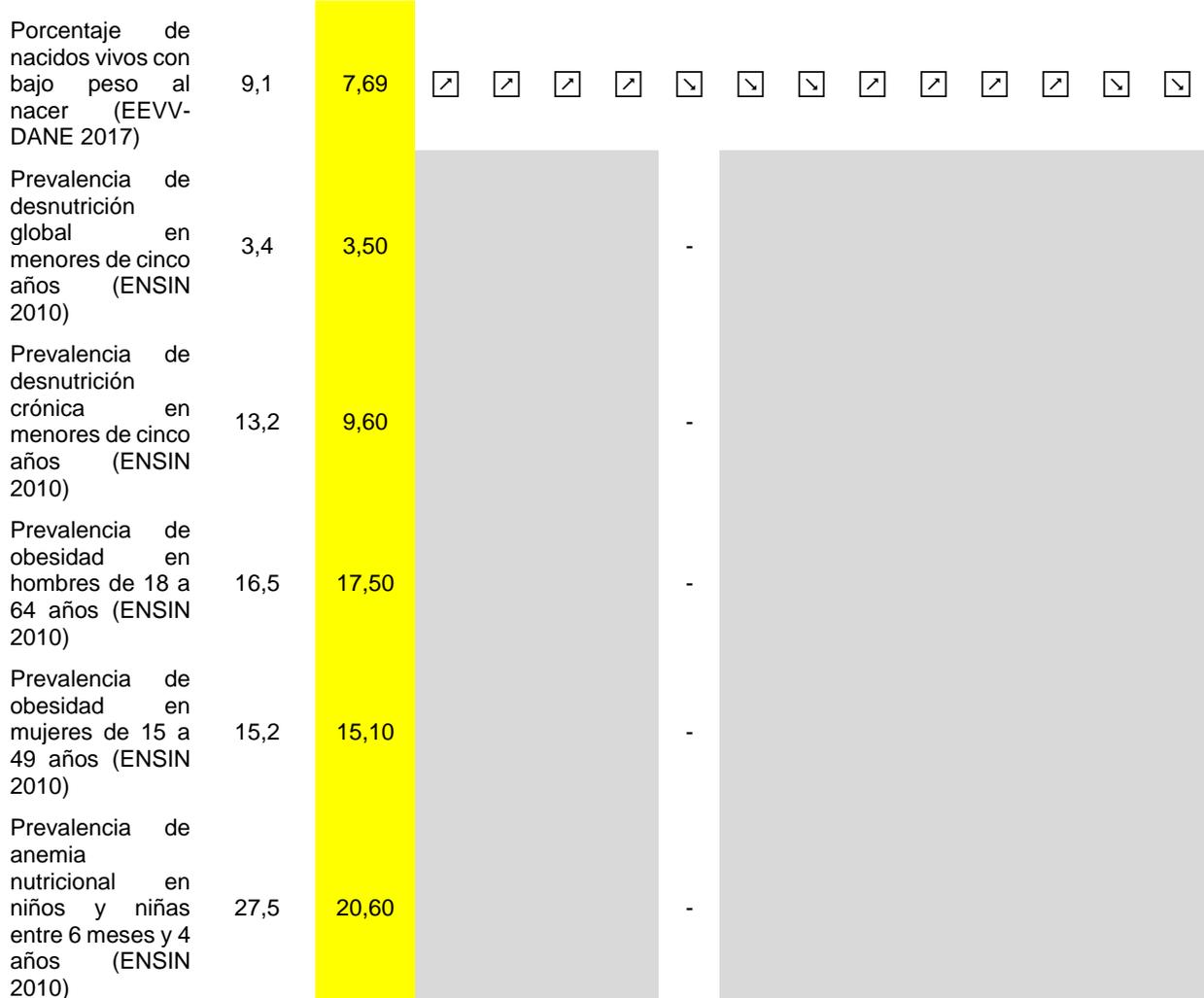
- Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: El departamento del Quindío refleja una tendencia a la disminución en este indicador, en 2005 la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue de 2,20 meses y en 2010 se situó en el 1.1 meses; así el departamento 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 0.37 puntos entre los años 2005 (8.29%) y 2016 (7.92%). Este indicador para el departamento del Quindío es 21% 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 descenso, en 2005 la prevalencia fue de 12 por cien mil menores de 5 años y en 2010 fue de 9.6 por 100.000 habitantes menores de 5 años. Quedando 3.6 puntos porcentuales por debajo del comportamiento 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.
- Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años: el comportamiento de la obesidad en las mujeres según ENSIN 2010, muestra un comportamiento muy similar entre los datos del Departamento del Quindío y la medición Nacional.
- La prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años: muestra al Departamento con un comportamiento inferior al reportado por el nivel Nacional con una diferencia de 7 puntos de tasa.

Tabla 124: Determinantes intermedios de la salud - Seguridad Alimentaria y Nutricional del Quindío, 2017

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Quindío	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	1,10					-									



22.4 CONDICIONES DE TRABAJO.

De acuerdo al boletín “Mercado Laboral por Departamentos 2017”, 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 la vigencia 2017, la tasa global de participación para el Departamento fue del 64.6%, presentando una disminución de 0.2 puntos porcentuales frente al año 2016 (68.4%), la tasa de ocupación se situó en el 55.9%, y la tasa de desempleo fue de 13.5% (Gráfico 70).

Fuente: DANE - Encuesta Continua de Hogares, Gran Encuesta Integrada de Hogares.

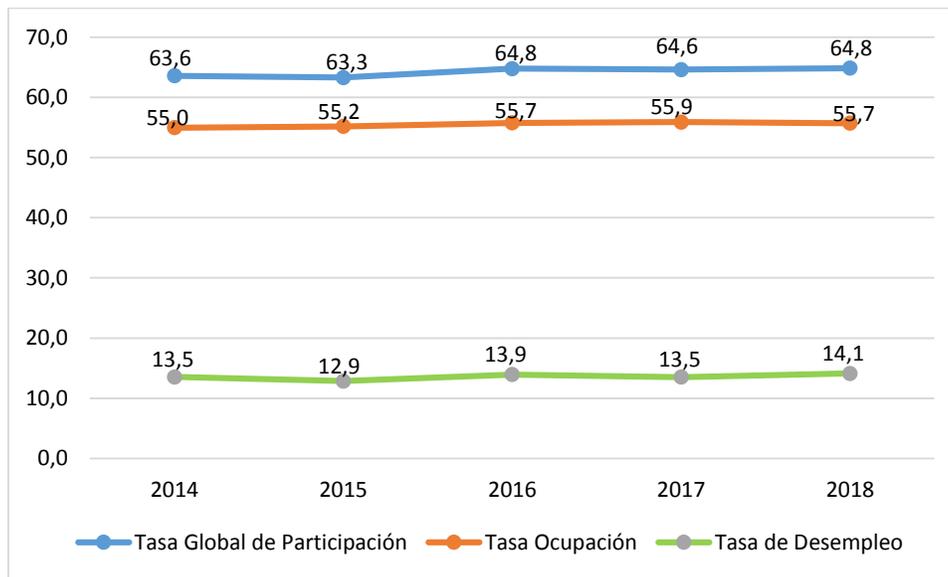


Gráfico 98: Tasa global de participación, de ocupación y de desempleo Quindío 2014 – 2018

Fuente: DANE, GEIH

El subempleo es una variable utilizada para agregar los empleos de baja calidad desde el punto de vista de la oferta, ya que el subempleo agrupa a los trabajadores que se sienten de alguna forma insatisfechos con su empleo. El DANE (2005) considera dos tipos de subempleo: subempleo visible e invisible. El primero corresponde a los trabajadores cuya jornada laboral es menor de la que quisieran tener (insatisfacción con la jornada laboral); y el subempleo invisible corresponde a los trabajadores que ganan menos de lo que esperan (insatisfacción con el ingreso), o se desempeñan en actividades para las cuales están sobre calificados (insatisfacción por competencias).

Así mismo, el DANE clasifica al subempleo en objetivo y subjetivo: El primero hace referencia aquellos trabajadores que tienen el deseo y han hecho alguna gestión para cambiar de empleo. El subempleo subjetivo, se refiere al simple deseo manifestado por el trabajador de mejorar sus condiciones laborales.

Para el Departamento del Quindío, La tasa de subempleo objetivo para el año 2018 fue de 11,8% y la tasa de subempleo subjetivo presentado para la misma vigencia fue de 30%; evidenciándose un leve descenso en relación a la vigencia anterior.¹²

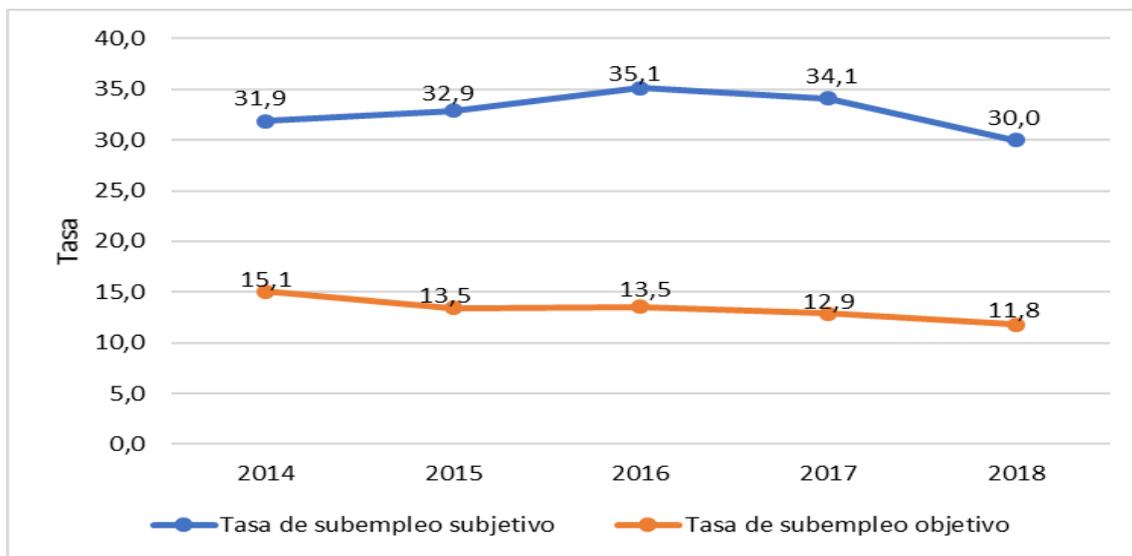


Gráfico 99: Tasa de subempleo objetivo y subjetivo Quindío 2014 – 2018

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 2018, según la tabla 98; encontrando una tendencia estable presentado por la población en edad de trabajar.

¹² Observatorio Socioeconómico – Análisis del Subempleo en Colombia, Informes Flash



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



La Tasa Global de participación (relación entre la población económicamente activa (PEA) y la población en edad de trabajar (PET) para la vigencia 2018, evidencia que por cada 100 PET hay 66 PEA.

La tasa de ocupación se muestra para el año 2018 en un 57.2 y la tasa de desempleo muestra un comportamiento estable desde la vigencia 2014, finalizando el 2017 con una tasa de 13.4.

365

Tabla 125: Resultados gran encuesta Integrada de Hogares – series anuales indicadores laborales Dpto. del Quindío 2014 – 2018



Concepto	Año				
	2014	2015	2016	2017	2018
% población en edad de trabajar	81,0	81,1	81,2	81,3	81,5
Tasa Global de Participación	63,6	63,3	64,8	64,6	64,8
Tasa Ocupación	55,0	55,2	55,7	55,9	55,7
Tasa de Desempleo	13,5	12,9	13,9	13,5	14,1
T.D. Abierto	12,5	11,7	12,6	12,3	13,0
T.D. Oculto	1,1	1,2	1,3	1,3	1,1
Tasa de subempleo subjetivo	31,9	32,9	35,1	34,1	30,0
Insuficiencia de horas	10,4	10,3	11,7	11,3	9,8
Empleo inadecuado por competencias	13,8	15,7	18,5	20,0	16,5
Empleo inadecuado por ingresos	28,3	29,3	31,4	30,5	27,0
Tasa de subempleo objetivo	15,1	13,5	13,5	12,9	11,8
Insuficiencia de horas	5,8	4,7	5,6	5,1	4,9
Empleo inadecuado por competencias	7,1	6,4	7,4	7,7	6,8
Empleo inadecuado por ingresos	13,0	11,7	11,8	11,3	10,3
Población total (miles)	562	565	569	572	575
Población en edad de trabajar	455	459	462	465	468
Población económicamente activa	289	290	299	300	304
Ocupados	250	253	257	260	261
Desocupados	39	37	42	41	43
Abiertos	36	34	38	37	39
Ocultos	3	3	4	4	3
Inactivos	166	168	163	165	165
Subempleados Subjetivos	92	95	105	103	91
Insuficiencia de horas	30	30	35	34	30
Empleo inadecuado por competencias	40	45	55	60	50
Empleo inadecuado por ingresos	82	85	94	92	82
Subempleados Objetivos	44	39	41	39	36
Insuficiencia de horas	17	14	17	15	15
Empleo inadecuado por competencias	21	19	22	23	21
Empleo inadecuado por ingresos	38	34	35	34	31

Fuente: DANE encuesta continua de Hogares, Gran encuesta integrada de hogares.

22.5 CONDICIONES Y FACTORES PSICOLÓGICOS – CULTURALES.



Siguiendo la metodología de comparación, relacionado los datos departamentales frente a los de la nación, encontramos en este aspecto, y como se detalla en la tabla 126, se destaca la violencia de género y la violencia contra la mujer, como los indicadores críticos dado que sobrepasan significativamente el comportamiento Nacional, quedando estas temáticas priorizadas para su intervención desde todos los sectores con competencia.

Entre los indicadores que muestran comportamientos superiores pero cercanos a la tasa Nacional, se encuentran: La prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA) con una tasa de 40,10, superando la Nación en 1 punto de tasa.

El porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 a 49 años) ENDS2010, Se informa para el departamento del Quindío en 85%, superando el reporte Nacional que se informa en 80,9%

La prevalencia del último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años de edad (ENSPA 2011) muestra el comportamiento para el Departamento 5 puntos por encima de la tasa Nacional.

La prevalencia de fumadores actuales se muestra 2 puntos por encima de la tasa Nacional. Los demás indicadores muestran un comportamiento inferior a la tasa Nacional, como se muestra en la tabla 126.

Tabla 126: Determinantes intermedios de la salud - Factores psicológicos y culturales del Quindío

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Quindío	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		



Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de verduras diariamente (ENSIN 2010)

66,8

57,90



Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas diariamente (ENSIN 2010)

28,1

23,90



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 2011-2016)

39,81

40,10



Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2005-2015)

80,9

85,00



Porcentaje de hombres actuamente unidos con uso actual de algún método anticonceptivo (13 y 49 años) (ENDS 2015)

16,2

15,80



Edad mediana de primera relación sexual de mujeres de 20 a 49 años, ENDS 2015

17,6

17,10



Edad mediana de primera relación sexual de hombres de 20 a 49 años, ENDS 2015

16,2

15,80



Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011-2016)

8

13,00



Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2018)

2,2

0,00



-

-

-

-

Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2018)

82,9

85,2

-

-

-

-

-

-

-

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011-2016)

11

17,10



Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)

12,8

14,50





Tasa de incidencia de violencia de género e intrafamiliar (SDSQ 2018)	224	346,00	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2018)	0	0,55	-	-	-	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘

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.

22.6 SISTEMA SANITARIO.

El comportamiento del sistema sanitario, entendido como la estructura de provisión de servicios públicos de salud, la estructura de prestación de servicios públicos básicos domiciliarios, la capacidad de atender en forma amplia la población diseñado por medio de las coberturas de atención en vacunación y a llevar los resultados departamentales a una comparación con parámetros nacionales determinamos que según la disponibilidad de información (Tabla 127).

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: para el departamento 12.7%, este indicador es 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: 89,2%, 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 coberturas de vacunación con BCG



(2005 - 83.7% y 2016 – 104.7%); 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 9%, El indicador se encuentra 7 puntos porcentuales más alto que el nivel nacional. Cumpliendo con el porcentaje exigido para garantizar la protección de la población infantil del Departamento.
- Coberturas administrativas de vacunación con contra polio 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 2018 se presenta una cobertura de 96,1%, lo anterior indica que el Departamento se encuentra 4 puntos porcentuales por encima del indicador nacional, con un porcentaje útil de vacunación.
- 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 2018 este valor se sitúa en 96,1%, la cobertura en el Departamento es 4 puntos porcentuales más alta 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 2018 se situó en 93,23%; quedado el indicador del Departamento 6.06 puntos por encima de la tasa Nacional.
- La Cobertura de parto institucional: en el Quindío la tendencia de cobertura de partos institucionales ha aumentado entre los años 2005 (98.6%) y 2016 (99.65%) en 1.05% y es 0.7 punto más alto que el indicador Nacional.

- 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 2018 se alcanza el 99.68%, quedando levemente por encima de la tasa Nacional.

Tabla 127: Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario del departamento

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Quindío	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
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 2018)	94,4	89,20				-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2018)	89,13	97,69	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3	92,46	96,10	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	



dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)																	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	92,49	96,12	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2018)	95,18	99,95	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗		
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2017)	87,7	93,23	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘			
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2017)	98,9	99,51	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘			
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2017)	99,0	99,68	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘			

En la Tabla 102 se presentan las poblaciones de los municipios sin 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%.

El municipio de Génova muestra el mayor porcentaje de población pobre no afiliada (32.64%) y el municipio de Córdoba muestra el mayor porcentaje de barreras de acceso a los servicios de salud (14.09%).

22.7 ESTRUCTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

La Tabla 128 detalla el volumen de servicios habilitados para la prestación de servicios públicos de salud en el total de los municipios del departamento; 3,350 diferentes esquemas de atención y entrega de productos en salud se hayan habilitados dentro del esquema de la seguridad del paciente, para conformar las redes de atención a los ciudadanos, para un total de 5.93 servicios por cada 1,000 habitantes.

46.4% de los servicios habilitados se clasifican de consulta externa mientras que 20.9% son servicios de promoción y prevención de la salud, los que acumulan algo menos de 70% del total de la capacidad instalada en el departamento.

La Tabla 128 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 ciudadanos, la familia y la comunidad; los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios de salud habilitados, tanto públicos y privados, cumplen un rol social de obligación de mantener la salud de la población, a eso se comprometen con la autorización de profesión y de acción que les entrega el Estado.

Tabla 128: Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud, departamento Quindío, 2018

Grupo Servicio	Indicador	2017	2018
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	22	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	15	17
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	5	
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	12	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	20	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	41	45
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	18	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	7	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	9	9
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	35	33
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario - alimentación	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología - fibrobroncoscopia	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnosticas	40	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	72	71
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	58	53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	16	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	24	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	52	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	91	87
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	45	43
Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	12	11	
Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	34	34	
Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	2	2	
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de anestesia	23	21



Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología	21	23
Número de IPS habilitadas con el servicio de cardiología pediátrica	5	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	6	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	2	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	3	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	5	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	3	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	3	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	15	18
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica laparoscópica	2	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	7	7
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	6	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	13	16
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica		
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	13	15
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular	8	9
Número de IPS habilitadas con el servicio de consulta prioritaria	33	31
Número de IPS habilitadas con el servicio de dermatología	16	18
Número de IPS habilitadas con el servicio de dolor y cuidados paliativos	10	10
Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	5	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de endocrinología	10	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de endodoncia	25	25
Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	88	81
Número de IPS habilitadas con el servicio de estomatología	3	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	26	25
Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	12	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de gastroenterología	12	13
Número de IPS habilitadas con el servicio de genética	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de geriatría	5	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología	38	43
Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecología oncológica	5	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología	12	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de hematología oncológica	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de implantología	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de infectología	13	15
Número de IPS habilitadas con el servicio de inmunología	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina del trabajo y medicina laboral	6	7



Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina estética	4	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina familiar	14	13
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y del deporte	8	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina física y rehabilitación	15	19
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	117	112
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina interna	38	42
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	2	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - ayurveda	1	
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - homeopatía	4	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - medicina tradicional china	3	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - naturopatía	2	3
Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas - neuralterapia	4	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología	16	17
Número de IPS habilitadas con el servicio de nefrología pediátrica	3	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de neonatología	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología	11	14
Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología pediátrica	5	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurocirugía	6	8
Número de IPS habilitadas con el servicio de neurología	20	22
Número de IPS habilitadas con el servicio de neuropediatría	10	10
Número de IPS habilitadas con el servicio de nutrición y dietética	71	74
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	87	80
Número de IPS habilitadas con el servicio de odontopediatría	11	12
Número de IPS habilitadas con el servicio de oftalmología	12	11
Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología clínica	7	6
Número de IPS habilitadas con el servicio de oncología y hematología pediátrica	2	2
Número de IPS habilitadas con el servicio de optometría	26	27
Número de IPS habilitadas con el servicio de ortodoncia	29	28
Número de IPS habilitadas con el servicio de ortopedia y/o traumatología	28	29
Número de IPS habilitadas con el servicio de otorrinolaringología	17	20
Número de IPS habilitadas con el servicio de otras consultas de especialidad	33	35
Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	38	39
Número de IPS habilitadas con el servicio de periodoncia	19	21
Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	84	88
Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría	22	25
Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	1	1
Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oncológica	1	1



	Número de IPS habilitadas con el servicio de rehabilitación oral	18	18
	Número de IPS habilitadas con el servicio de reumatología	8	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	21	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología	17	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	2	2
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional de paciente crónico	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado agudo en salud mental o psiquiatría	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo adultos	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo neonatal	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intensivo pediátrico	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio adultos	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio en salud mental o psiquiatría	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio neonatal	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado intermedio pediátrico	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	26	25
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	22	21
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hospitalización en unidad de salud mental	2	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de internación parcial en hospital	2	4
Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	19	19	
Número de IPS habilitadas con el servicio de psiquiatría o unidad de salud mental	5	5	
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de cuidado básico neonatal		
	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización	75	
OTROS SERVICIOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención a consumidor de sustancias psicoactivas	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente agudo	13	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	11	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas	6	5
Número de IPS habilitadas con el servicio de atención prehospitalaria	7	8	
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización		71
PROTECCION ESPECIFICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	57	52
	Y Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	55	51



DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	59	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	61	56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	44	41
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	60	55
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	59	54
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer seno	45	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	49	44
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	58	53
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	40	39
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	19	19
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	60	56
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	75	70
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - vacunación	53	49
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	50	45
QUIRURGICOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía cardiovascular	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de cabeza y cuello	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de la mano	4	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de mama y tumores tejidos blandos	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía de tórax	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía dermatológica	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía endovascular neurológica	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía gastrointestinal	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía general	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ginecológica	13	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía maxilofacial	8	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía neurológica	5	5
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oftalmológica	10	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oncológica	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía oral	14	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía ortopédica	11	9
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía otorrinolaringología	11	9	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía pediátrica	14	15	
Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía plástica y estética	14	11	

	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía urológica	12	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de cirugía vascular y angiología	10	8
	Número de IPS habilitadas con el servicio de otras cirugías	7	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante de tejido osteomuscular	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de trasplante tejidos oculares	3	3
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	25	24
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial medicalizado	7	8
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	22	21

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS, corte diciembre de 2018

379

De acuerdo a lo descrito en la tabla 129, para el Departamento del Quindío, la razón de camas muestra que por cada 1000 habitantes hay 2,13 camas hospitalarias, con 0.07 camas de cuidado intermedio por cada 1000 habitantes y 0.08 camas de cuidado intensivo por 1000 habitantes.

La Razón de ambulancias es de 0.14 por cada 1000 habitantes, con una razón de 0.02 ambulancias medicalizadas por cada 1000 habitantes y un 0.12 ambulancias básicas por cada 1000 habitantes.

Tabla 129: Capacidad Instalada, total y cobertura tasa por 1.000 habitantes, departamento Quindío. 2015-2018

Indicador	2015	2016	2017	2018
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,11	0,11	0,13	0,12
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,02	0,02	0,02	0,02
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,13	0,13	0,14	0,14
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	1,07	1,08	1,09	1,06
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,10	0,11	0,11	0,11
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,08	0,08	0,05	0,05
Razón de camas por 1.000 habitantes	2,08	2,05	2,12	2,13

Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social, REPS, corte diciembre de 2018

22.8 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, presenta los aspectos relevantes de cada determinante estructural alineado con los efectos a la salud de la población.

22.9 POBREZA.



Entre los aspectos relevantes, de acuerdo a los indicadores sobre pobreza encontramos (Tabla 106):

- 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 2016 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 2016 (0.47), el coeficiente de Gini en el departamento del Quindío tuvo una reducción de 0.05 puntos, lo cual representa una disminución leve en la desigualdad entre los ingresos de los hogares.

Tabla 130: Otros indicadores de ingreso socio económicos, Quindío 2005 – 2016

INDICADOR	2005	2012	2013	2014	2015	2016
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	13,9
GINI (Eje derecho)	0,52	0,53	0,50	0,50	0,49	0,47

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), la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil a través del Índice de Concentración, para el Quindío en 2018, 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 Grafico 100.

MUNI	POBLACION	NBI	Mortalidad MATERNA	Mortalidad NEONATAL	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad por IRA
ARMENIA	299.712	13,2	0	9,56	11,72	13,2

CALARCA	78.385	14,5	0	6,44	10,31	31,07
CIRCASIA	30.394	17,2	0	12,00	12,00	0
FILANDIA	13.520	18,8	0	10,53	21,05	0
SALENTO	7.103	20,9	0	0	0,00	0
QUIMBAYA	35.118	22,1	0	8,52	11,36	0
BUENAVISTA	2.779	22,4	0	0	0	0
LA TEBAIDA	44.187	22,4	0	0	2,21	23,43
MONTENEGRO	41.578	22,9	0	13,99	13,99	
PIJAO	6.040	23,9	0	16,13	16,13	0
CORDOBA	5.286	24,8	0	0,00	20,41	0
GENOVA	7.631	25,4	0	24,69	37,04	

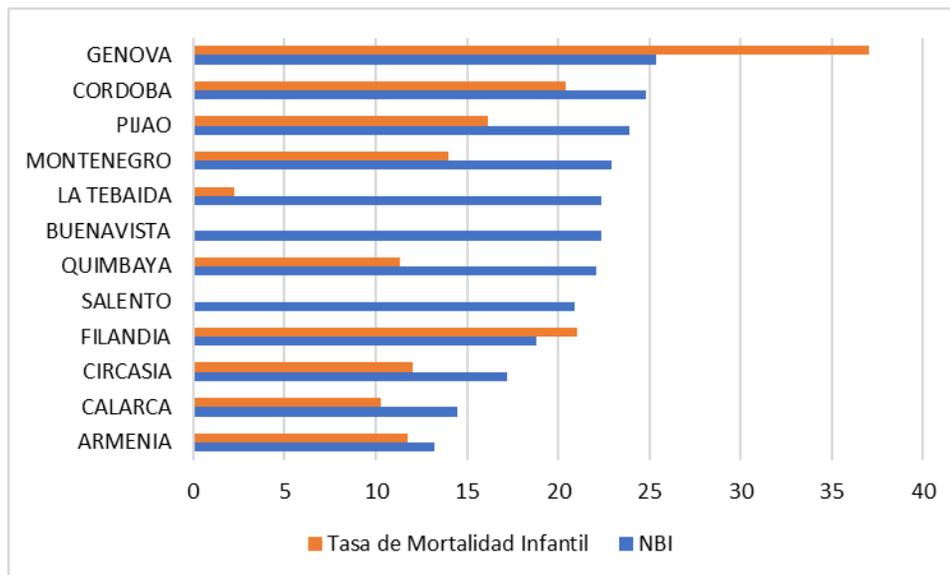


Gráfico 100: NBI, Mortalidad Materno Infantil - Fuente: EEVV DANE y SIVIGILA, y DNP, Quindío 2018

22.10 COBERTURA BRUTA DE EDUCACIÓN.

La tasa de cobertura de educación primaria se definió en 86.34%, para la vigencia 2018, presentando disminución en su cobertura, mostrándose 17.6 puntos porcentuales por debajo de la cobertura Nacional; la tasa de cobertura bruta de educación secundaria es 4%, más alta que el referente nacional; la tasa de cobertura bruta de educación categoría media es 11 unidades mayor que el indicador nacional, mostrando una tendencia a incrementarse a 2016 con un 91.22%,

Tabla 131: Tasa de Cobertura Bruta de Educación del Quindío, 2005 – 2018

Eventos de Notificación	Colombia	Quindío	Comportamiento															
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Obligatoria																		
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE 2005)	18,5	14,50			↗													
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2018)	1,01	0,80	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2018)	1,02	0,99	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2018)	0,80	0,83	-	-	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	



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, La Tebaida y Pijao, todos con valores por encima del 35%. En la Tabla 108 y Grafico 73 se detallan los indicadores mencionados.

Tabla 132: 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.

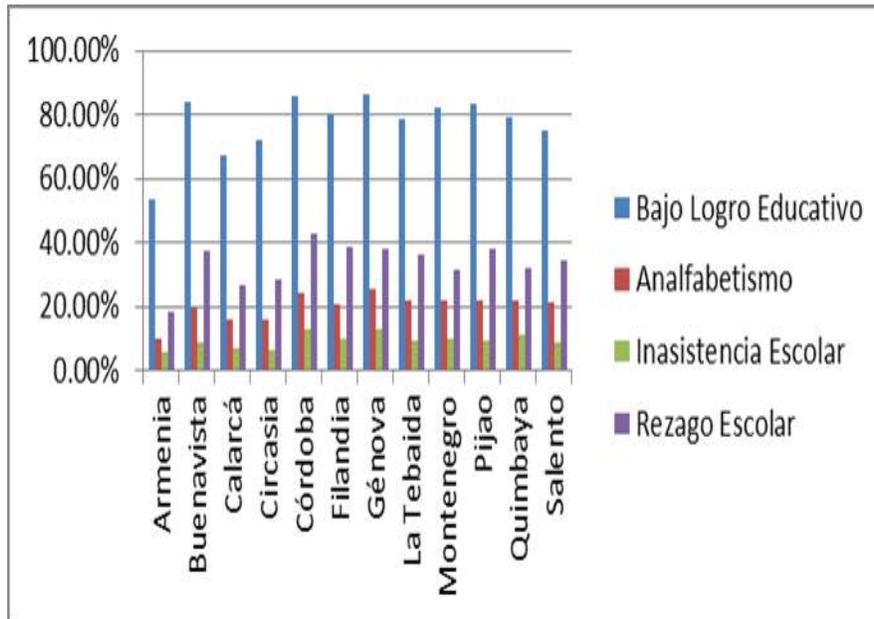


Gráfico 101: Condiciones de la cobertura educativa del Quindío, por el IMP, proyección 2005 DNP.

Tabla 133: Indicadores de falencias educativas.

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.

La tabla 134 y el Grafico 102 muestran las condiciones laborales según el IPM en el Departamento del Quindío por Municipios, encontrando que el empleo informal muestra niveles supremamente altos en todos los municipios, siendo el municipio de Génova el de Mayor comportamiento, quedando el Departamento del Quindío con un 88,7% de empleo informal.

En relación al trabajo infantil, el Departamento del Quindío presenta un 3%, siendo el municipio de Génova el de mayor porcentaje de trabajo infantil con un 8.03%, seguido del municipio de Córdoba con un 7.27% como los de mayor comportamiento.

La tasa de dependencia económica se muestra superior para el municipio de la Tebaida con un 49.10%, seguido del municipio de Montenegro con un 44.4% de dependencia económica, seguidos de los municipios de Pijao y Filandia, quedando el Departamento del Quindío con una tasa de dependencia económica del 42.56%

Tabla 134: 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%

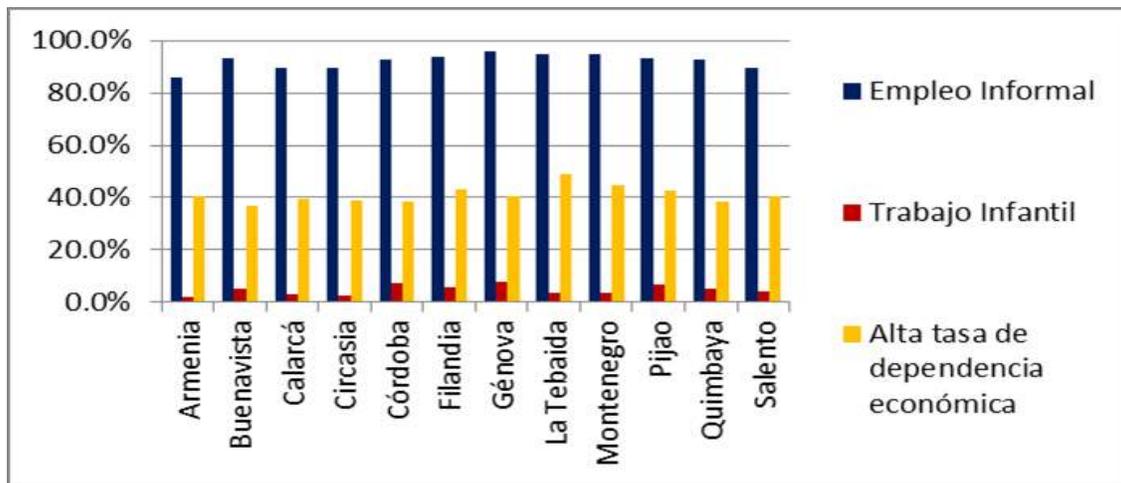


Gráfico 102: Empleo informal, trabajo infantil y dependencia económica, Quindío.

Fuente: Índice de Pobreza Multidimensional – IPM, DANE

22.11 ETNIA.

2,88% de la población del Quindío pertenecen a algún grupo étnico, que suman 14.926 personas (2018). 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.

390

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.

Para lograr un análisis mas acertado en relación al determinante etnia, es necesario contar con los censos poblacionales específicos, logrando de esta forma adelantar el proceso de caracterización étnica del territorio.

23 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.

23.1 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 135).

23.2 PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD.

Acorde con las diferentes dimensiones del Plan Decenal de salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud, teniendo presentes las conclusiones que capítulo a capítulo, se analizaron en la metodología ASIS aplicada para el departamento del Quindío, se identifican y priorizan los principales problemas de salud del Departamento de acuerdo con la información dispuesta para este ASIS 2017. Como criterios guía para la priorización, se tienen principalmente en cuenta la magnitud y severidad el evento y desde una perspectiva integral, las posibilidades técnicas de intervención, Tabla 110.

Tabla 135. Priorización de los problemas de salud del Quindío, 2018

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo	Dimensión
		(MIAS)	
0 a 5	Mortalidad por afecciones del periodo perinatal	8. Materno - perinatal	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	8. Materno - perinatal	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Enfermedades del sistema respiratorio	9. Infecciones	Salud ambiental



	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9. Infecciones	Salud ambiental
	Otras enfermedades virales	9. Infecciones	Vida saludable y enf. Transmisibles
6 a 11	Tumores malignos (Leucemia linfoblástica aguda)	7. Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Causas externas (accidentes)	13. Enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente	Salud ambiental - Salud pública en emergencias y desastres
	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	9. Infecciones	Vida saludable y enf. Transmisibles, Salud ambiental
	Agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia	10. Zoonosis y agresiones por animales	Vida saludable y enf. Transmisibles, Salud ambiental
	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9. Infecciones	Salud ambiental
12 a 17	Mortalidad por agresiones (homicidios)	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental



	Lesión y muerte por accidente de tránsito	12. Agresiones, accidentes y traumas	Salud ambiental
	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
	Morbilidad por trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	6. Salud bucal	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	4. Trastornos mentales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
18 a 28	Mortalidad por agresiones (homicidios)	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental
	Lesión y muerte por accidente de tránsito	12. Agresiones, accidentes y traumas	Salud ambiental
	Morbilidad y mortalidad Materna	8. Materno - perinatal	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos
	Lesiones autoinfligidas (suicidio)	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental



	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	4. Trastornos mentales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sostén	6. Salud bucal	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
29 a 59	Enfermedad por el VIH (SIDA)	9. Infecciones	
	Mortalidad por agresiones (homicidios)	12. Agresiones, accidentes y traumas	Convivencia social y salud mental
	Enfermedades isquémicas del corazón	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Tumor maligno de estómago	7. Cáncer	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Hipertensión esencial (primaria)	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Enfermedades del ojo y de sus anexos	15. Trastornos visuales y auditivos	Vida saludable y condiciones no Transmisibles



	Trastorno del humor (afectivos)	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
	Otras dorsopatias	16. Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Salud y ámbito laboral, Vida saludable y condiciones no Transmisibles
60 y más	Enfermedades isquémicas del corazón	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	2. Infecciones respiratorias crónicas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Enfermedades cerebrovasculares	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Diabetes mellitus	1. Cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
	Trastorno del humor (afectivos)	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental



	Insuficiencia renal	5. Trastornos psicosociales y del comportamiento	Convivencia social y salud mental
	Artrosis	16. Trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Vida saludable y condiciones no Transmisibles
Transversales	Carencia de un modelo de atención diferenciado por curso de vida		Gestión diferencial en poblaciones vulnerables
	Carencia de estrategias de APS a poblaciones especiales y vulnerables		Gestión diferencial en poblaciones vulnerables
	Codificación para morbilidad con relación al aumento de diagnósticos de síntomas y signos mal definidos, debido a no definición del Dx por parte del médico		Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
	No hay garantía en la oportunidad, calidad y cobertura del sistema de información de prestación de servicios de salud		Fortalecimiento de la autoridad sanitaria

24 ESTIMACIÓN DEL ÍNDICE DE NECESIDADES EN SALUD – INS.



A continuación, se presentan los indicadores utilizados en los cálculos de los índices de necesidades insatisfechas en salud realizado mediante el programa EPIDAT 3.1, Tabla 136.

Tabla 136: Indicadores de los Índices de necesidades en salud, Quindío, 2018

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 Tabla 112 corresponde a la categorización de los municipios según el índice de necesidades en salud (INS), la cual se convierte en un guía importante para el proceso planificador y la toma de decisiones, en especial sobre los determinantes en salud que tiene mayor impacto en las condiciones de vida de la población Quindiana, y que deben ser intervenidos directamente por el sector salud.

El propósito en la planificación de estas intervenciones en salud, es la reducción de la morbilidad y de mortalidad y mejorar la calidad de vida de la población; la aplicación de las orientaciones técnicas brindadas por este informe del ASIS y de manera relevante, las prioridades definidas y la categorización de los municipios de acuerdo al INS, se considera como una orientación valiosa para lograr el fin antes propuesto, como una directriz de acción por los municipios.

Tabla 137: Índice de Necesidades en Salud del departamento, 2018

Unidades	Puntajes
GENOVA	-8,47
QUIMBAYA	-3,94
MONTENEGRO	-3,46
CIRCASIA	-2,38
CALARCA	-2,3
CORDOBA	-0,72
ARMENIA	-0,12
LA TEBAIDA	2,09



FILANDIA	2,91
BUENAVISTA	3,77
PIJAO	5,08
SALENTO	7,55

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	-3,19
Cuartil 50	-0,42
Cuartil 75	3,555

En la Tabla 112, que de acuerdo a la calificación de los municipios, Génova, Quimbaya y Montenegro son los municipios con mayores índices de necesidades en salud al presentar los valores negativos más altos en la tabla, mientras que Buenavista, Pijao y Salento 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, la calidad de la información entre otros factores.

25 RECOMENDACIONES TECNICAS CON BASE EN EL ANALISIS SITUACION DE SALUD – ASIS, QUINDIO / 2018.



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:

Es necesario 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 el 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 benefician 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.

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 modelos 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 12 años en el Departamento Quindío, presenta tendencia al aumento 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 2016. 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.

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 2016). 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.

405

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 2016; por neoplasias, cinco tipos presentan tasas superiores a 15 casos por 100.000 habitantes y son en su orden, los tumores de los órganos digestivos y peritoneo, estomago, bronquios y pulmón, los no diferenciados y mama. Respecto de las tasas ajustadas de mortalidad por cáncer presentan variaciones importantes y diferentes por sexo, donde se puede concluir que en los hombres se presentan tasas más elevadas respecto a las mujeres.

Por causas externas, las agresiones (homicidios) aportan las mayores defunciones con relación a las causas externas, con unas cifras altas en los primeros años de la serie y una marcada tendencia al descenso en los mayores de 65, años donde se presentan tasas por debajo de 10 por cien mil.

En otras enfermedades, las enfermedades que presentan más frecuencia y por tanto mayores tasas como causa de defunción se corresponden en su orden a diabetes mellitus, enfermedades crónicas de las vías inferiores pulmonares y enfermedades del sistema urinario.



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



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



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.

407

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.

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, 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 2016 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 2016, son las relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, sistema nervioso, los ojos, 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.



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 publica frente a los eventos en mención, que motiven la profundización y el cruce de datos y variables en el sistema integrado de información para la planificación de acciones, en especial, para grupos de población (considerados de riesgo) y para el monitoreo, la realización de evaluaciones respecto de las acciones, programas e intervenciones ejecutadas.

Se destaca dentro de reporte, el que las personas en condición de discapacidad están accediendo progresivamente más a ocupar puestos laborales, que da cuenta de cambios culturales y sociales, donde se protegen poblaciones más vulnerables y se enfrenta la discriminación frente a condiciones especiales de sus pobladores. Hay que destacar que la Ley protege a estas personas y adicionalmente, se entrega incentivos el empleo al dar mejoras en impuestos a empleadores.

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/2017, 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 diagnostico 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 ente otras variables de tipo cultural, así como la misma relación con la red prestadora de los servicios de salud y las barreras de acceso a los mismos. A manera de recomendación y dando prioridad al monitoreo del evento sífilis congénita en el Departamento, el utilizar mapas de riesgo e integrar variables de la madre relacionadas con su nivel educativo, ubicación rural y el índice NBI, favorecerá el análisis, la toma de decisiones, la orientación de investigaciones.

Al integrar en el análisis las variables de seguridad alimentaria y nutrición, algunos aspectos son preocupantes y de manera concreta en población más vulnerable como los recién nacidos, donde su bajo peso al nacer y el tiempo inadecuado de duración de la lactancia materna incrementan en el primer semestre de vida, las posibilidades de enfermar y de morir.

Al respecto de la prevalencia de la desnutrición crónica infantil, si bien las cifras son diferentes al promedio Nacional, el indicador es expresión de una historia negativa en el contexto de la atención nutricional y la seguridad brindada a la población infantil a lo largo de su corta vida; en tal sentido, hay importante cuestionamiento social respecto a las condiciones de las familias y al impacto logrado previamente por los programas dirigidos a proteger esta población en la dimensión nutricional. El análisis a profundidad y la reorientación de las intervenciones, pueden monitorearse a futuro y darse el respectivo reporte de los resultados y la efectividad-eficacia de las respectivas acciones de mejora estatales y de las entidades responsables de impactar la problemática.

Un tema nutricional de alta relevancia para la población mayor de 18 años, la tendencia de la obesidad (al aumento) refleja como el departamento del Quindío se encuentra 6% por encima del indicador nacional; el tema de gran importancia al integrarse a la información con eventos precursores (diabetes mellitus, hipertensión arterial) y el perfil de causas de morbi-mortalidad, donde hay clara interacción científica en la relación de la obesidad con enfermedades cardiovasculares, cerebro-vasculares, renales crónicas; importante entonces, bajo un enfoque de riesgo epidemiológico y de las intervenciones de salud pública, la identificación de un factor de riesgo modificable como la obesidad a través de acciones directamente relacionadas con estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, entre otros).



En complemento con las variables que preceden y amplían el ASIS, se incluyen condiciones y factores psicológicos - culturales, alertándose sobre otros aspectos fundamental de la dinámica social del Departamento del Quindío y que de manera clara, interactúan o tienen directa incidencia sobre problemáticas relevantes a la realidad de la comunidad y que además cuestionan los resultados pasados y presentes de las tareas emprendidas; se reporta un 8% menos de consumo de frutas y verduras (grupo 5 - 64 años), prevalencia de consumo de alcohol en escolares 11 a 18 años similar al promedio nacional, prevalencia de consumo de marihuana en escolares mayor al promedio del país, la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita supera las cifras nacionales, así como la prevalencia de fumadores actuales, la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar y la tasa de incidencia de violencia contra la mujer también son superiores. Estudiar, investigar, evaluar y planear para intervenir estas problemáticas supera los alcances de este trabajo; sin embargo, si se interpreta la existencia de un serio cuestionamiento a las dinámicas sociales en que se desarrolla el Departamento, que además superan las competencias del sector salud y que involucran todos los actores del colectivo, siendo fundamental la comunidad misma.

En relación al sistema sanitario insistir sobre algunos aspectos que merecen su revisión para la orientación de acciones sectoriales y gubernamentales.

Se amerita, en el contexto departamental, profundizar y analizar lo reportado frente a los hogares que presentan barreras de acceso a los servicios de salud, si previamente existe un reconocimiento sobre la diferencia en lo relacionado con accesibilidad geográfica (al comparar con otras zonas del país) y la importante cobertura de aseguramiento; obviamente aclarar la relación prestadores - aseguradores entre otras variables, despejara las inquietudes.

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



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



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.

412

A continuación, y de manera muy sintética para la finalización de estas conclusiones del ASIS QUINDIO 2017, los comentarios relacionados con el análisis de los determinantes de las inequidades en salud que previamente fueron expuestos de una manera más amplia al final del documento.

Es muy claro entonces que si bien desde lo sectorial (Salud) se exponen los determinantes de las inequidades en salud es el trabajo intersectorial y la mirada gubernamental lo que posibilita se planifiquen acciones integrales y estructurales que le brinden posibilidades al colectivo de desarrollarse y de imprimir mejoras en sus condiciones de vida, así como su situación de salud en el marco del proceso riesgos, salud-enfermedad.

Comparativamente entre 2005-2016 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



Secretaría de Salud
Gobernación del Quindío



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.