Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud

Municipio de La Celia

Dirección Local de Salud

La Celia Risaralda, 2013

CONTENIDO

PRESENTACIÓN 8
INTRODUCCIÓN 9
METODOLOGÍA 9
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES 9
SIGLAS 10
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO 12
1.1 Contexto territorial 12
1.1.1Localización 12
1.1.2 Características físicas del territorio 13
1.1.3 Accesibilidad geográfica 18
1.2.1Estructura demográfica 21
1.2.2Dinámica demográfica 25
1.2.3Movilidad forzada 26
2. CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES 28
2.1 Análisis de la mortalidad 28
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas 28
2.1.2 Mortalidad especifica por subgrupo 34
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez 43
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez 44
2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil .. 48
2.2 Análisis de la morbilidad 49
2.2.1 Principales causas de morbilidad 49
2.2.2Morbilidad especifica por subgrupo 56
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo 66

2.2.4. Morbilidad de eventos precursores 67
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria 67
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012 69
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad 71
2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS 73
2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud 73
2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud 78
3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD 79
3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente 79
3.2. Priorización de los problemas de salud 79

LISTA DE TABLA S

Tabla 1.Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, la Celia 2011 12
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros La Celia 2011 19
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, la Celia 2011..... 19
Tabla 4. Población por área de residencia La Celia 2014 21
Tabla 5 .Proporción de la población por ciclo vital, La Celia Risaralda, 2005,2013 y 2020. 22
Tabla 6 . Resumen de otros indicadores de estructura demográfica La Celia Risaralda, 2005, 2013, 2020. . 25
Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población La Celia Risaralda, 2011 26
Tabla 7. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, La Celia Risaralda, junio10 del 2011 a Agosto 31 del 2013..... 27
Tabla 8.Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas especificas La Celia Risaralda, 2005-2011..... 43
Tabla 9. Casos de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67causas La Celia Risaralda 2005-2011 43
Tabla 10. Casos de mortalidad infantil y niñez, según subgrupo de causas La Celia Risaralda, 2005 – 2011 44
Tabla 11. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, La Celia Risaralda, 2005-2011..... 44
Tabla 12. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia La Celia Risaralda, 2010 – 2011 47
Tabla 13.Identificación de prioridades en salud La Celia Risaralda, 2011 48
Tabla 14. Principales causas de morbilidad, La Celia Risaralda 2009 – 2012 50
Tabla 15. Principales causas de morbilidad en hombres, La Celia Risaralda 2009 – 2012..... 52
Tabla 16.Principales causas de morbilidad en mujeres, La Celia Risaralda 2009 – 2012..... 54
Tabla 17. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, La Celia Risaralda 2009 – 2012..... 56
Tabla 18. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, La Celia Risaralda 2009 – 2012.. 58
Tabla 19. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia, La Celia Risaralda 2009 – 2012. 59
Tabla 20. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia La Celia Risaralda 2009 – 2012..... 60
Tabla 21. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia La Celia Risaralda 2009 – 2012. 61
Tabla 22. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la juventud, La Celia Risaralda 2009 – 2012..... 61
Tabla 23. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la adultez, La Celia Risaralda 2009 – 2012. 62
Tabla 24. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la persona mayor de 60 años, La Celia Risaralda 2009 – 2012. 63
Tabla 25. Morbilidad específica por las lesiones, La Celia Risaralda 2009 – 2012. 65
Tabla 26.Semaforización y tendencia de los eventos de alto costos del departamento / distrito / municipio, 2008-2011 67
Tabla 27. Eventos precursores del departamento, 2009 -2012 67

Tabla 28.Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria La Celia, 2007-2011 68
Tabla 29. Distribución de las alteraciones permanentes La Celia Risaralda, 2009-2012..... 69
Tabla 30. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del La Celia Risaralda 2009 al 2012..... 70
Tabla 31. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del municipio de La Celia 2009 a 2012. 71
Tabla 32. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria La Celia Risaralda 72
Tabla 33. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida La Celia Risaralda 2005..... 74
Tabla 34. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional La Celia Risaralda .. 74
Tabla 35. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario La Celia Risaralda 76
Tabla 36. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el departamento, distrito, municipio, 2012..... 77
Tabla 37. Otros indicadores de sistema sanitario en el departamento, distrito, municipio, 2012..... 77
Tabla 38. Otros indicadores de ingreso del municipio de La Celia 2008-2012. 78
Tabla 39. Tasa de cobertura bruta de educación La Celia, Risaralda 2005 – 2012..... 79
Tabla 40. Priorización de los problemas de salud del municipio, 2012. 80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.Pirámide poblacional municipio de La Celia Risaralda, 2005, 2013, 2020 22
Figura 2.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, La Celia, Risaralda 2013 23
Figura 3. Población por sexo y grupo de edad La Celia, Risaralda 2013 24
Figura 4. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad La Celia, Risaralda, 2005 a 2011 26
Figura 5.Tasa de mortalidad ajustada por edad La Celia, Risaralda, 2005 – 2011 28
Figura 6.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres La Celia, Risaralda 2005 – 2011..... 29
Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres La Celia, Risaralda, 2005 – 2011 29
Figura 8. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 La Celia, Risaralda, 2005 – 2011 30
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011 31
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011..... 31
Figura 11. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general La Celia Risaralda, 2005 – 2011 32
Figura 12. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011..... 33
Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en las mujeres La Celia Risaralda municipio, 2005 – 2011 33
Figura 14.Casos de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011 34
Figura 15.Casos de mortalidad por neoplasias en hombres La Celia Risaralda 2005 – 2011..... 36
Figura 16.Casos de mortalidad por neoplasias en mujeres, La Celia Risaralda, 2005 – 2011 37
Figura 17.Casos de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres. La Celia Risaralda, 2005 – 2011 38
Figura 18. Casos de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en mujeres La Celia Risaralda. 2005 – 2011 39
Figura 19.Casos de mortalidad por edad causas externas en hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011 40
Figura 20. Casos de mortalidad por causas externas en mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011..... 40
Figura 21.Casos de mortalidad por las demás enfermedades en hombres, La Celia Risaralda 2005 – 2011 41
Figura 22.Casos de mortalidad por edad para las demás enfermedades en mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011..... 42
Figura 23.Razón de mortalidad materna, La Celia, 2005 -2011..... 45
Figura 24.Tasa de mortalidad infantil, La Celia Risaralda, 2005- 2011..... 45
Figura 25.Tasa de mortalidad neonatal, La Celia Risaralda, 2005- 2011 46
Figura 26.Tasa de mortalidad por IRA, La Celia Risaralda, 2005- 2011 47
Figura 27. Letalidad por Intoxicaciones, La Celia Risaralda 2007 -2011..... 69

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y límites, La Celia 2011

Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, La Celia, 17

Mapa 3. Vías de comunicación del La Celia, 2011 20

Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado La Celia, 2011 21

Mapa 5. Población por área de residencia La Celia, 2011 23

Mapa 6.Ubicación de los hogares La Celia, 2011 24

Mapa 7. Población pertenencia étnica La Celia, 2011 25

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, en el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. El pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP), es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Razón por la cual, el Ministerio elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento que da cuenta del ASIS.

La guía conceptual y metodológica y sus anexos y la plantilla constituyen el material básico del taller de capacitación para la elaboración del ASIS con el modelo conceptual de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos documentos contienen orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas para facilitar a las Entidades Territoriales de Salud su desarrollo.

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la guía, sus anexos y la plantilla se concretan como un medio para estandarizar la mínima información a contener en el documento de ASIS. Adicionalmente, identifica las desigualdades en salud, que servirán de insumo para la formulación de los Planes Territoriales de salud en los ámbitos departamental, distrital y municipal.

La guía y sus anexos y la plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, será un material de primera mano y de consulta para los profesionales involucrados en la elaboración del ASIS, investigadores, la academia y todos aquellos actores interesados en conocer el estado de salud de una población en particular.

Esta plantilla fue diseñada para que, siguiendo la estructura propuesta, orientaciones y recomendaciones conceptuales y metodológicas se vaya desarrollando el ASIS con la inclusión de las salidas de información (tablas, mapas y figuras) y la interpretación de las mismas.

INTRODUCCIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es un requisito fundamental para la formulación del Plan Decenal de Salud pública, pues en éste se plasman los principales problemas de salud del municipio que deberán ser priorizados por las autoridades municipales de acuerdo al análisis realizado.

El propósito de este documento es conocer los perfiles de morbi-mortalidad del Municipio y tomar decisiones en el manejo de asignación de recursos para las actividades de promoción y Prevención contempladas en la Resolución 412 y orientar procesos de planificación, líneas de bases para la elaboración de políticas públicas, toma de decisiones, acciones de regulación y de Inspección, Vigilancia y Control.

METODOLOGÍA

Para la realización del ASIS se utilizó la metodología proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual se llevó a cabo en el departamento el Taller de capacitación para la implementación de la guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales e instituciones de Salud. Como fuentes de información se utilizaron las estimaciones y proyecciones de población de los censos 1985, 1993 y 2005, los indicadores demográficos para el análisis del contexto demográfico. Para el análisis de la mortalidad se utilizó la información del período 2005 a 2011, teniendo en cuenta las bases de datos de Estadísticas Vitales, (nacimientos y defunciones), consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE.

Se realizó una presentación descriptiva en persona, lugar y tiempo de la situación de salud e indicadores de salud con medidas de frecuencia (mortalidad, prevalencia, incidencia y letalidad), tasa de mortalidad ajustada por edad, Años de Vida Potenciales Perdidos – AVPP, tasa específicas de mortalidad por el método directo, razón de razones, razón de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., todo esto a través de la hoja de cálculo Excel.

Para el análisis de morbilidad se utilizó la información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, las bases de datos de los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud. El periodo del análisis para los RIPS fue del 2009 al 2012; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo comprendido entre el 2008 al 2012 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2011; Se estimaron las medidas de frecuencia (prevalencia o Proporción, incidencia, letalidad) y otras medidas como la razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad para estas medidas se les estimó los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S., para las estimaciones se utilizó la hoja de cálculo Excel.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

A Stiven Henao Osorno, estudiante de 11 semestre del programa de Medicina, de la Universidad Tecnológica de Pereira, inscrito en el programa de Risaralda Profesional (convenio interinstitucional Gobernación- La Celia -Atranset) por ayudar a la elaboración del documento, como contraprestación por los beneficios adquiridos.

SIGLAS

ASIS: Análisis de la Situación de Salud

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos

CAC: Cuenta de Alto Costo

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Dpto: Departamento

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización

ERC: Enfermedad Renal Crónica

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores

HTA: Hipertensión Arterial

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%

INS: Instituto Nacional de Salud

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave

LI: Límite inferior

LS: Límite superior

MEF: Mujeres en edad fértil

Mpio: Municipio

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas

No: Número

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS. Organización Panamericana de Salud

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional

PIB: Producto Interno Bruto

SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios

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

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

TB: Tuberculosis

TGF: Tasa Global de Fecundidad

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano

1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto territorial

1.1.1Localización

El municipio de La Celia, se encuentra localizado a los 4º59' de Latitud Norte y a los 76º02' de Longitud Oeste, en las estribaciones de la cordillera occidental a una distancia de 68 Km. de la ciudad de Pereira, los cuales se recorren en aproximadamente 90 minutos por vía pavimentada. El casco urbano de La Celia está ubicado en su mayor parte en un valle del río Monos. Su fundación data del año 1914 y se establece como municipio el 30 de noviembre de 1959, mediante Ordenanza No 96 de la Asamblea de Caldas.

Por el Norte limita con el municipio de Santuario; por el Sur y por el Occidente con el municipio de El Águila (departamento del Valle del Cauca); por el Oriente con los municipios de Santuario y Balboa. La superficie del municipio es de 102 Km^2, de los cuales la cabecera municipal ocupa aproximadamente un área de 0.68 Km^2, la vertiente oriental del casco urbano presenta superficies escarpadas con pendientes mayores al 100% y determina un tramo bastante recto del río Monos. La vertiente occidental se caracteriza por cambios bruscos en la pendiente, zonas con pendientes mayores al 65%, colinas bajas en la zona norte y depósitos en la ladera cuya pendiente se suaviza bastante hacia el área urbana.

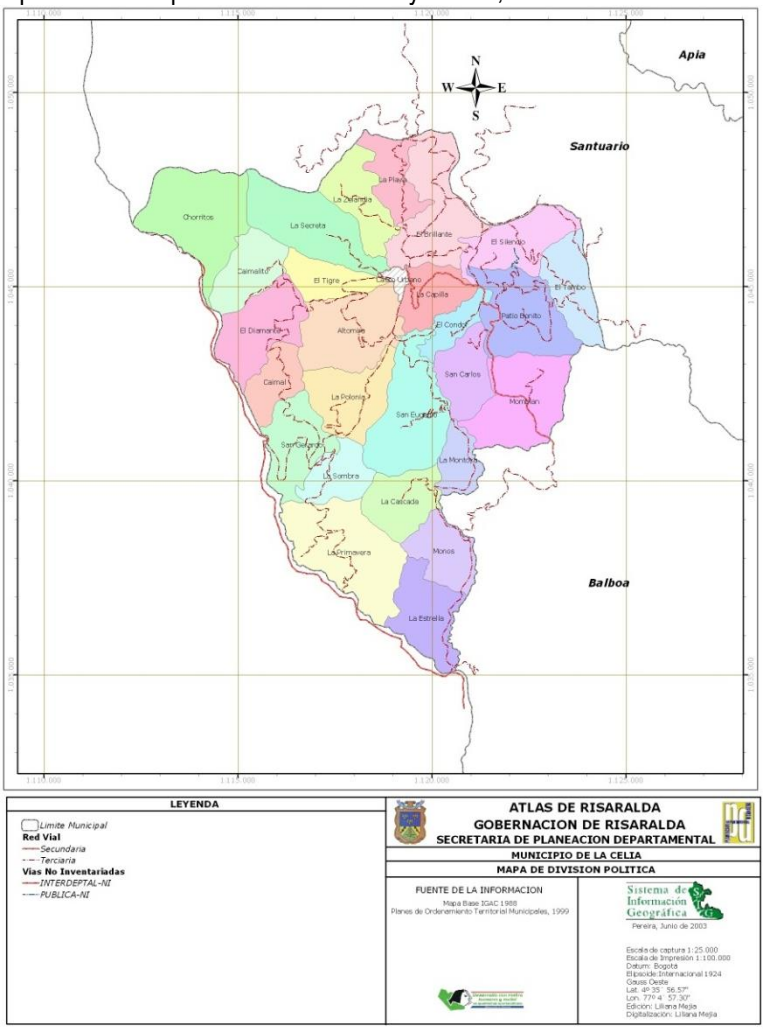
La superficie del municipio es de 102 Km2. Que equivale al 100% del área total de Municipio. La cabecera municipal ocupa aproximadamente un área de 0.68 km2 que equivale al 0,7% del área total de Municipio. La zona rural municipal ocupa aproximadamente un área de 101.3 km2 que equivale al 99,3% del área total de Municipio. (Tabla 1)

Tabla 1.Distribución del municipio por extensión territorial y área de residencia, la Celia 2011

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
LA CELIA	0.68 Km^2	0.51	101.32 Km^2	99.25	102 Km2	100

Fuente: Secretaria de planeación La Celia. Agenda Ambiental municipal. 2005

Mapa 1. División política administrativa y límites, La Celia Risaralda 2011.



Fuente: Secretaria de Planeación Municipal

1.1.2 Características físicas del territorio

La cabecera municipal se encuentra ubicada a una altura de 1380 msnm con una temperatura media de 18ºC y una precipitación media anual de 2169mm[3]. La zona rural del municipio tiene 26 veredas y un corregimiento. En la subregionalización del departamento de Risaralda, La Celia se ubica en la Subregión II, con los municipios de La Virginia, Balboa, Santuario, Apía, Belén de Umbría, Guática y Quinchía, que corresponden a la vertiente occidental del río Cauca. En esta Subregión se desarrolla una importante actividad económica de carácter agropecuario con énfasis en la actividad cafetera.

ECONOMIA

La economía del municipio de La Celia se fundamenta en el sector agropecuario, principalmente en el cultivo del café. Otra actividad importante es el cultivo del plátano dominico hartón y, en menor medida, la caña

panelera y algunos frutales. Después de las actividades agrícolas, la principal fuente de empleo está representada por el Estado, a través de instituciones como la Administración Municipal, el sector educativo y el sector de la salud. La dinámica económica del municipio se complementa, además de lo anterior, por otras actividades comerciales de pequeña escala en la zona urbana y algunas prácticas de economía informal.

Los productos que generan mayores ingresos para el sector agrícola en el municipio son café, plátano dominico hartón y caña panelera. Por su parte, los cultivos menores como el maíz, fríjol y hortalizas, algunos frutales de clima frío como la mora de Castilla y lulo, los cuales se utilizan principalmente para consumo familiar y la venta de excedentes que genera algunos ingresos. En cuanto a actividad pecuaria se tienen algunas explotaciones pequeñas de cerdos, avicultura, ganadería y piscicultura.

ZONAS DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO NATURAL

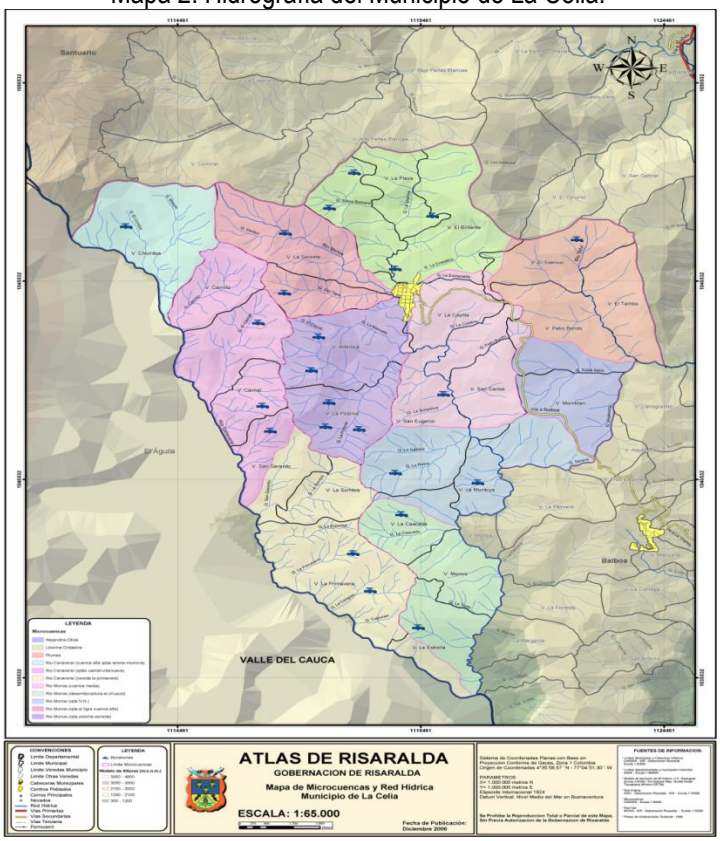
De acuerdo con el estudio "Actualización del inventario de viviendas localizadas en zonas de alto riesgo por inundaciones y fenómenos de remoción en masa y del mapa de aptitud del suelo en la zona urbana del municipio de La Celia, departamento de Risaralda", realizado por la Secretaría de Planeación Departamental en el año 2011; en este municipio se presenta zonas de riesgos geotécnicos, hidrológicos o combinados. Adicionalmente todo el municipio de La Celia está expuesto a varias fuentes sismogénicas, las cuales al generar un sismo podrían originar inestabilidad de laderas, taludes y vertientes

AMENAZAS POR INUNDACIONES Y AVALANCHAS:

En las vertientes de altas pendientes en rocas como las filitas muy fracturadas, las interfases saprolito – depósitos de flujos de lodo, depósitos torrenciales y depósitos de cenizas volcánicas, generan una superficie de falla ya que a través de ella circula el agua que se infiltra en los niveles superiores, provocando deslizamientos.
Las formaciones superficiales como los depósitos de flujos de escombros o los depósitos de flujos torrenciales son altamente susceptibles a desestabilizarse cuando son sometidos a cortes verticales; como ocurre a lo largo del tramo urbano del río Monos. Las formaciones superficiales tipo cenizas volcánicas son susceptibles a desestabilizarse cuando son sometidas a cortes de talud inadecuados. En la cabecera municipal de La Celia existen algunos asentamientos humanos que poseen taludes en la parte posterior, constituidos por cenizas volcánicas, los taludes referidos han sido sometidos a cortes verticales ocasionando inestabilidad de los mismos.

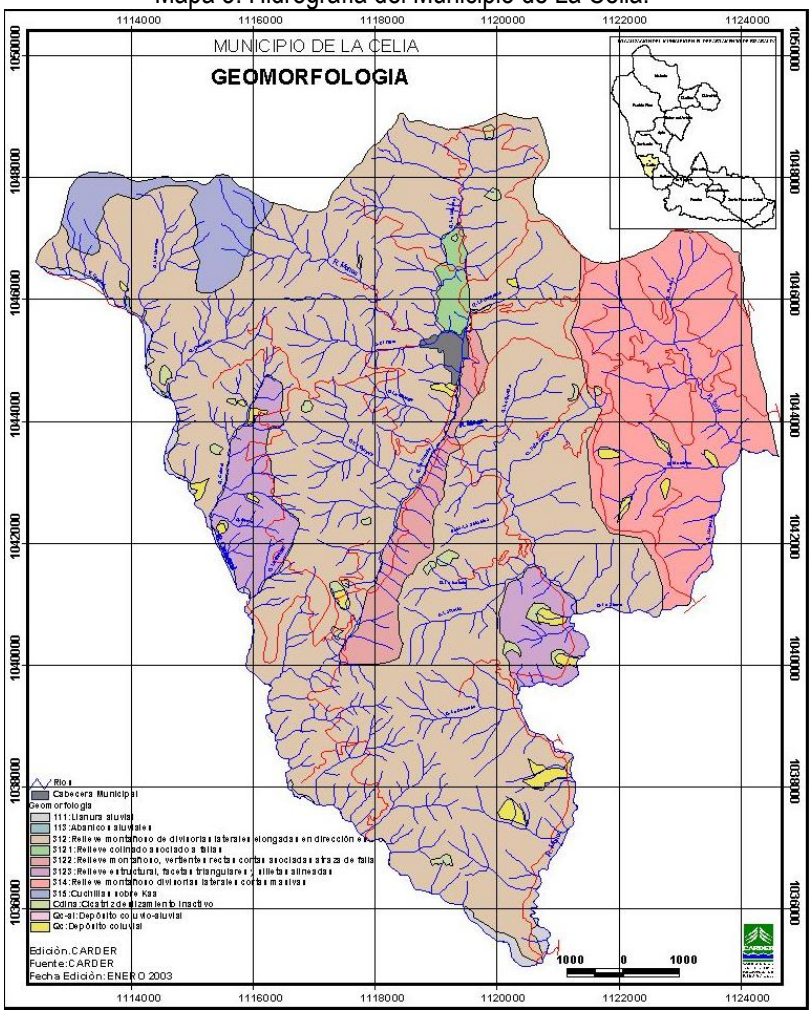
Por su parte, los factores climáticos del municipio también pueden influir en la ocurrencia de eventos desastrosos. Al respecto, se debe tener en cuenta que en el municipio se observan dos óptimos pluviométricos lo cual indica que es afectado por una alta pluviosidad, razón por la cual, los suelos no alcanzan a absorber el agua y se saturan, lo que ocasiona movimientos en masa. De la misma manera, la discontinuidad hidrogeológica que existe entre algunas formaciones superficiales conjugada con la alta pluviosidad que se registra en la región; desarrolla zonas susceptibles a deslizarse, éste es el caso del área urbana del municipio.

Mapa 2. Hidrografía del Municipio de La Celia.



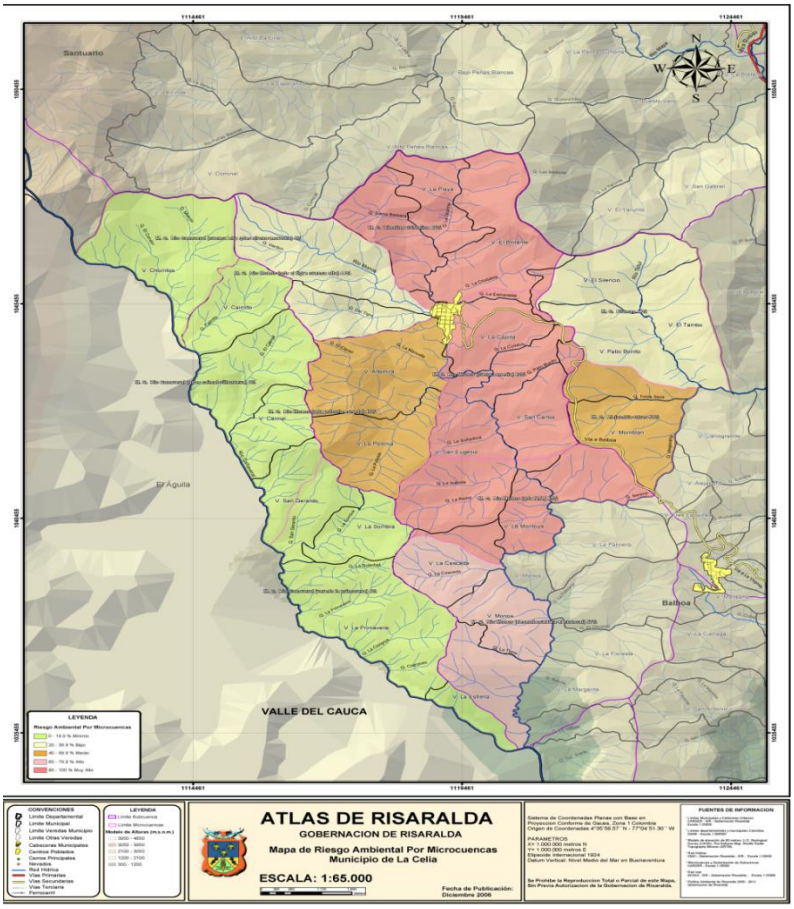
Fuente: Secretaria de planeación La Celia. Agenda Ambiental municipal.

Mapa 3. Hidrografía del Municipio de La Celia.



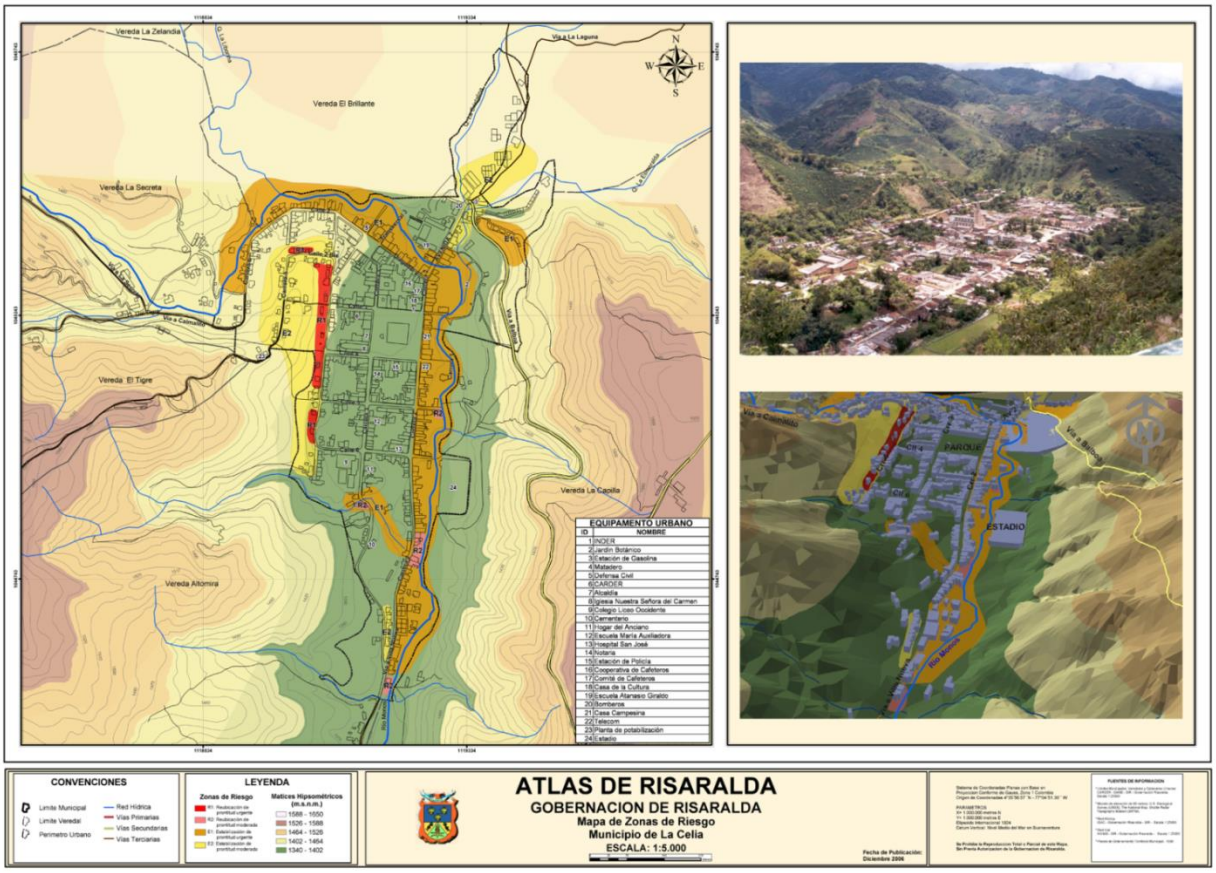
Fuente: Secretaria de planeación La Celia. CARDER.

Mapa 4. Mapa zonas de riesgo ambiental por micro cuencas del Municipio de La Celia.



Fuente: Secretaria de planeación La Celia. Agenda Ambiental municipal. 2005

Mapa 5. Mapa zonas de riesgo ambiental por micro cuencas del municipio La Celia.



Fuente: Secretaria de planeación La Celia. Agenda Ambiental municipal. 2005

1.1.3 Accesibilidad geográfica

El municipio de La Celia cuenta con una red vial de 118.82 Km, de los cuales 100.80 pertenecen al departamento y 18 a vías nacionales. En cuanto a vías terciarias tiene 106.20 Km y en vías secundarias 12.6 Km. Esta última corresponde a la vía principal de comunicación con el municipio de Balboa. Esta infraestructura vial está clasificada en vías secundarias, terciarias y paisajísticas, la secundaria es la destinada a soportar los flujos de transito interurbano de bienes y personas que conectan con las vías intermunicipales e interdepartamentales.

Las vías terciarias comunican al casco urbano del municipio con las veredas y centros poblados rurales y las vías paisajísticas son aquellas que por su localización y recorrido permiten el disfrute del paisaje cercano y lejano de alta calidad ambiental y en algunos casos permite la comunicación entre sitios de interés turístico, entre las cuales se pueden mencionar el corredor ambiental Villanueva-Chorritos-Los Chorros, el corredor paisajístico El Brillante- La Laguna- Puente Tierra, el corredor paisajístico Patio Bonito - Momblán y la vía parque La Celia -Patio Bonito.

En todas las veredas se cuentan con vías de penetración, que en algunos casos conforman anillos viales facilitando el acceso a buena parte de los predios y el transporte de los productos e insumos desde y a centros de consumo.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros La Celia 2011

Municipios	**Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital de La Celia, en minutos.**	**Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del La Celia**	**Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del La Celia**
LA CELIA	90 MINUTOS	68 Kms	MICROBUS CAPACIDAD MAXIMA 10 PASAJEROS

Fuente: Secretaria de Planeación Municipal

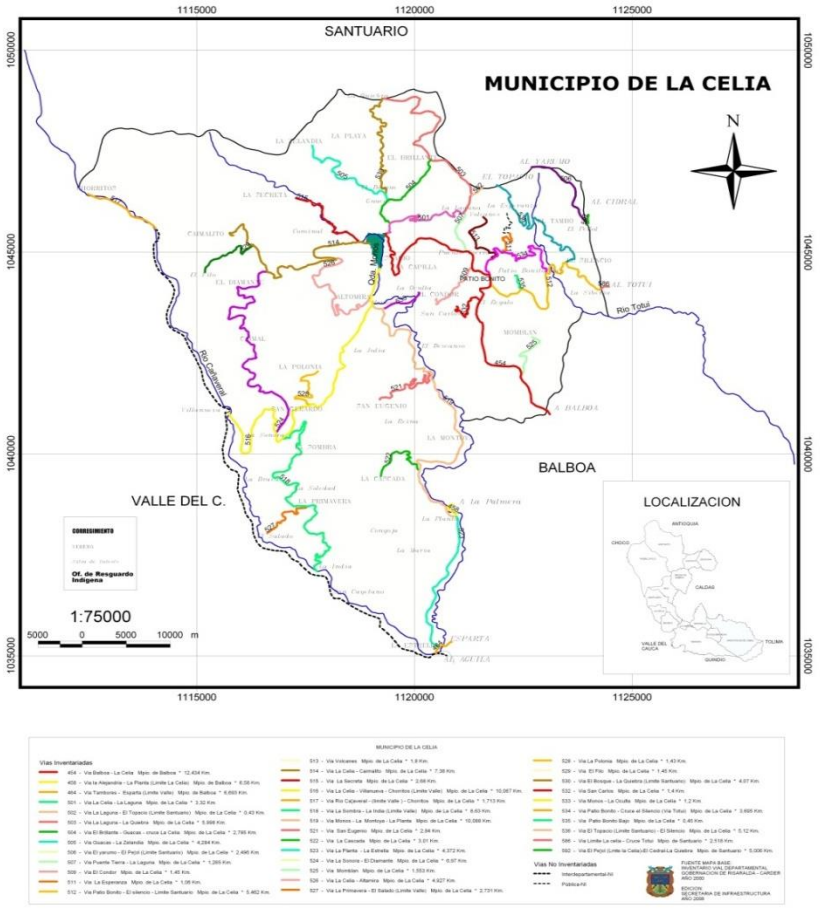
Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio hacia los municipios vecinos, la Celia 2011

Municipio	**Municipio vecino**	**Distancia en Kilómetros entre el municipio y su municipio vecino***	**Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino***	**Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino***	
				horas	minutos
LA CELIA	BALBOA	13,2	BUS	0	20
LA CELIA	SANTUARIO	41,6	JEEP	2	00
LA CELIA	EL AGUILA VALLE	24,7	BUS	1	27

*Fuente: Secretaria de Planeación Municipal

Estas indicaciones se ofrecen sólo con datos aproximados únicamente sobre carreteras pavimentadas y es posible que otros factores hagan variar la distancia de recorrido y el tiempo de desplazamiento.

Mapa 6. Vías de comunicación del Municipio de La Celia 2011



Fuente: Secretaria de planeación La Celia. Agenda Ambiental municipal. 2005

1.2 Contexto demográfico

Población total: la población en el 2005 era de 8.773 habitantes, para el 2013 disminuyó un 6% quedando en 8.632.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado: La densidad poblacional del municipio es de 8646 habitantes en 102 Km2. Que equivale al 84,76 habitantes/Km2 % del área total de Municipio.

Población por área de residencia urbano/rural: el porcentaje de la población por área de residencia, expresa el peso relativo de la población urbana o rural con respecto a la población total. El 40% de la población de La Celia vive en el área urbana que corresponde al 56% de grado de urbanización.

Tabla 4. Población por área de residencia La Celia 2014

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
LA CELIA	3.429	40	5.186	60	8.615	56.30

Fuente: Secretaria de planeación.

Grado de urbanización: el 56.30% de la población de La Celia reside en el área urbana.

Número de viviendas: el 75% de las viviendas del municipio son casas, el 18.4 son apartamentos y el 6% corresponden a cuartos u otros similares (Fuente: boletín DANE estudio de 2010).

Número de hogares: en La Celia el promedio de persona por hogar es de 4,3. En la cabecera es de 4.2 y la zona rural el promedio es de 4,3.

Los hogares en el municipio de la Celia presentan la siguiente conformación. El 5,3 % de los hogares presente actividad económica en sus viviendas. Aproximadamente el 51% son hombres; el 55% de los hogares de La Celia tiene 4 o menos personas y el 5,1% tiene experiencia emigratoria internacional: son además residentes de forma permanente en el exterior el 66,5% está en España, el 26,4% en USA, el 2,6% en Venezuela y el 3,7% en otro país (Fuente: boletín DANE estudio de 2010).

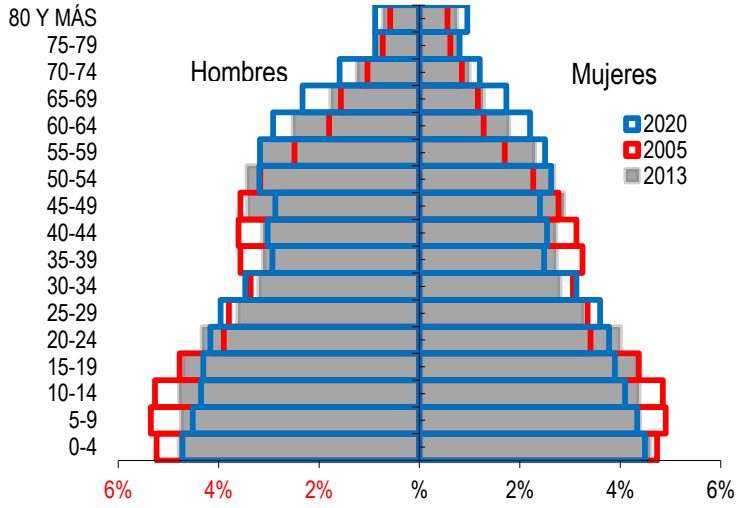
Población por pertenencia étnica

En el municipio de La Celia no se identifican grupos étnicos.

1.2.1Estructura demográfica

La pirámide poblacional del municipio muestra una disminución significativa de la población entre los 0 y los 14 años entre los años 2005 y 2013, la cual es ligeramente más evidente en mujeres. Se observa también aumento en la población entre los 20 a los 24 años equitativa para ambos sexos. Entre los 35 y los 44 años se evidencia una disminución entre el 2005 y el 2013 con un leve aumento en este grupo de edad para el 2020, más evidente en el sexo femenino. Según proyecciones del DANE, para el año 2020 se espera un aumento en el grupo de edad de los 50 a los 59 años en los hombres, mientras que para las mujeres el aumento será en menor proporción. Para el año 2020 habrá un aumento considerable en la población vieja para ambos sexos según proyecciones del DANE lo cual sin duda incrementará la incidencia de las enfermedades crónicas.

Figura 1.Pirámide poblacional municipio de La Celia Risaralda, 2005, 2013, 2020



Población por grupo de edad

En la tabla 4 se observa el cambio porcentual de la población por ciclo vital, se nota como la población de la primera infancia en el año 2005 representaba el 12% del total de la población, para el año 2013 el porcentaje baja al 11.2% y para el 2020 se espera que el porcentaje de la población en este ciclo vital sea del 11%. Igual comportamiento se evidencia en los ciclos vitales infancia y adolescencia, para el primero representa el 12.3% del total de la población en el 2005 y se espera que para el 2020 sea sólo del 10.4%., para el segundo pasa del 13.5% en el 2005 al 11.6% en el 2020.

Para el ciclo vital juventud, la proporción en el 2005 fue de 11.9%, aumentó a 13% en el 2013 y será de 12.6% en el año 2020. El cambio más significativo en las proporciones está dado por las personas mayores (de 60 y más años), cuya proporción para el año 2005 representaba el 10%, para el 2013 aumentó a 12.7 y según proyecciones del DANE para el 2020 será de 15.5% del total de la población en el municipio.

Tabla 5 .Proporción de la población por ciclo vital, La Celia Risaralda, 2005,2013 y 2020.

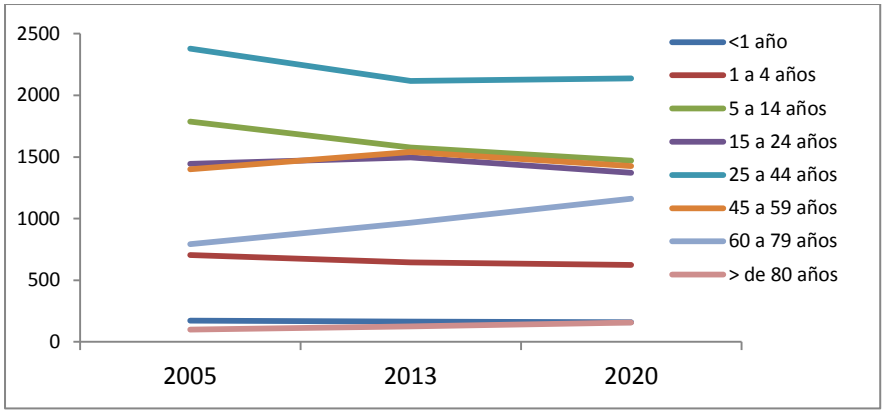
Ciclo vital	2005		2013		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	1053	12	967	11.2	937	11
Infancia (6 a 11 años)	1080	12.3	946	10.9	888	10.4
Adolescencia (12 a 18 años)	1182	13.5	1099	12.7	989	11.6
Juventud (19 a 26 años)	1041	11.9	1121	13	1075	12.6
Adultez (27 a 59 años)	3525	40.2	3407	39.5	3299	38.8
Persona mayor (60	892	10.1	1092	12.7	1316	15.5

años y más)						
Total	8773	100	8632	100	8504	100

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En la figura 2 se observa como aumenta la población entre 60 y 79 años en el municipio, mientras que la población entre 1 y 4 años va en descenso, asimismo son comparables en el cambio de la población los menores de 1 año con los mayores de 80 años. También se observa descenso significativo en la población de 5 a 14 años y una disminución del 2005 al 2013 para el grupo de edad de 25 a 44 años con leve aumento para el año 2020.

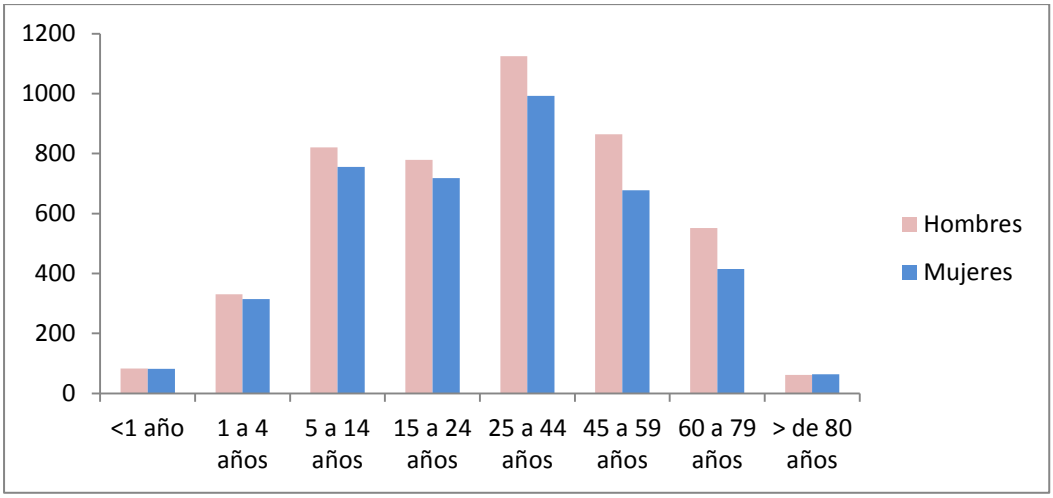
Figura 2.Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, La Celia, Risaralda 2013



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Para el año 2013 la población de La Celia se estima en 8.632 habitantes, en la figura 3 se observa una distribución mayor en hombres que en mujeres para todos los grupos de edad, excepto para los menores de 1 año y los mayores de 80, cuya distribución es equitativa.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad La Celia, Risaralda 2013



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Otros indicadores demográficos

- Razón hombre: mujer: Por cada 100 mujeres en el año 2005 en el municipio de La Celia habían 116 hombres, para el año 2013 la razón disminuyó a 114 y ésta se mantendrá en el año 2020.

- Razón de niños: mujer: Por cada 100 mujeres en edad fértil habían 43 niños en el año 2005, este indicador disminuyó a 41 en el 2013 y se espera que para el 2020 por cada 100 mujeres en edad fértil haya 42 niños entre 0 y 4 años.

- Índice de infancia: En el año 2005, por cada 100 personas, 30 tenían menos de 15 años, para el año 2013 este indicador disminuyó a 28 y según proyecciones del DANE en el 2020, por cada 100 personas habrá 27 menores de 15 años.

- Índice de juventud: En el año 2005, por cada 100 personas, había 24 entre 15 y 29 años, este indicador permaneció estable en el 2013 y para el 2020 no tendrá cambios.

- Índice de vejez: En el año 2005 por cada 100 personas había 7 con edades entre 65 y más años. Este índice tiene tendencia al aumento al pasar a 8 en el 2013 y para el 2020 será de 10.
- índice de envejecimiento: En el año 2005 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años había 23 personas mayores de 65 años. Este indicador también va en aumento ya que en el 2013 fue de 30 y para el 2020 se esperan 39 personas mayores de 60 años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años.

- Índice demográfico de dependencia: En el año 2005 había 59 personas menores de 15 y mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años, este indicador disminuyó a 56 en el 2013 y aumentará a 58 en el año 2020 según proyecciones del DANE.

- Índice dependencia infantil: En el año 2005 habían 48 personas menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años, Este indicador disminuyó a 43 en el 2013 y para el 2020 será de 42.

- Índice de dependencia de mayores: En el año 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años habían 11 personas con más de 65 años, para el año 2013 hubo un aumento a 13 y para el 2020 será de 16.

- Índice de friz: Este indicador para el año 2005 fue de 150, aumentó a 153 en el año 2013. Según proyecciones del DANE para el 2020 será de 152, lo cual quiere decir que la población de La Celia se acerca más a ser una población joven que una población envejecida.

Tabla 6 . Resumen de otros indicadores de estructura demográfica La Celia Risaralda, 2005, 2013, 2020.

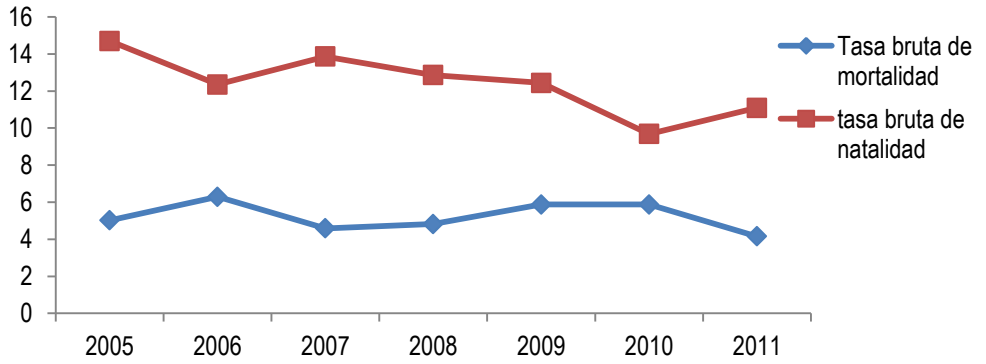
Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	116.35	114.89	114
Razón de niños: mujer	43	41	42
Índice de infancia	30	28	27
Índice de Juventud	24	24	24
Índice de vejez	7	8	10
Índice de envejecimiento	23	30	39
Índice demográfico de dependencia	59.77	56.24	58.39
Índice de dependencia infantil	48.44	43.17	42.46
Índice de dependencia de mayores	11.33	13.07	16.41
Índice de Friz	150.07	153.15	151.96

Fuente: DANE

1.2.2Dinámica demográfica

En la figura 5 se muestra la comparación entre la tasa bruta de mortalidad y de natalidad. En el año 2006 la tasa de natalidad disminuyó con respecto al 2005, para aumentar nuevamente en el año 2007 e ir disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar su pico más bajo en el año 2010 y aumentar nuevamente de manera leve en el 2011. Con respecto a la tasa bruta de mortalidad, ésta aumentó en el 2006 con respecto al 2005 y disminuyó en los años 2007 y 2008, para aumentar nuevamente en los años 2009 y 2010 y disminuir en el año 2011.

Figura 4. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad La Celia, Risaralda, 2005 a 2011



Fuente: DANE

Otros indicadores de la dinámica de la población

- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: En el municipio de La Celia ocurren 7.6 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 10 y 14 años.

- Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: En el municipio de La Celia ocurren 26.1 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años.

Tabla 7 .Otros indicadores de la dinámica de la población La Celia Risaralda, 2011

Indicador	valor
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años*	7.6
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años*	26.1

Fuente: DANE

1.2.3Movilidad forzada

De acuerdo a las estadísticas de la población victimizada, en el municipio de La Celia en el período comprendido entre el 10 de junio de 2011 y el 31 de agosto de 2013 se presentaron un total de 408 personas víctimas de desplazamiento, de las cuales el 53.6% corresponden a hombres (219) y el 46.3% a mujeres (189).

El grupo de edad para hombres con mayor número de desplazados es el comprendido entre los 55 a 59 años con 40 desplazados, seguido por el grupo de edad entre los 15 a 19 años con 26 desplazados y el grupo de edad entre los 5 a 9 años con 23 desplazados. Estos tres grupos representan el 37.8% el total de los hombres. En las mujeres el grupo de edad con mayor número de desplazados es el comprendido entre 55 a 59 años con 31 desplazados, seguido por el grupo de edad entre 25 y 29 años con 21 desplazados, el tercer lugar lo ocupan los grupos de edad de 10 a 14 años, de 15 a 19 años y de 20 a 24 años con 15 desplazados cada uno. Estos 5 grupos de edad representan el l 51.3% del total de las mujeres víctimas de desplazamiento.

No se encontraron victimas en población LGTBI. La distribución de la población desplazada del municipio se muestra en la tabla 8.

Tabla 8. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, La Celia Risaralda, junio10 del 2011 a Agosto 31 del 2013

Grupo de edad	**No. Mujeres victimizadas de desplazamiento**	**No. Hombres victimizados de desplazamiento**
0 a 4 años	14	4
05 a 09 años	13	23
10 a 14 años	15	22
15 a 19 años	15	26
20 a 24 años	15	20
25 a 29 años	21	14
30 a 34 años	10	12
35 a 39 años	14	9
40 a 44 años	10	11
45 a 49 años	13	12
50 a 54 años	7	12
55 a 59 años	31	40
60 a 64 años	6	5
65 a 69 años	3	4
70 a 74 años	0	2
75 a 79 años	1	1
80 años o más	1	2

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

Conclusiones

La Celia es un municipio pequeño cuya población para el año 2013 es de 8.632 habitantes, cuya extensión total corresponde al 2.54% del territorio total del departamento. Su población predomina en la zona rural., razón por la cual las actividades económicas más destacadas giran en torno al cultivo, principalmente de café y plátano. También se desarrollan actividades como la ganadería, la avicultura y la piscicultura. Entre las amenazas del municipio de mencionan la amenaza sísmica, todo el municipio de La Celia está expuesto a varias fuentes sismogénicas, las cuales al generar un sismo podrían originar inestabilidad de laderas, taludes y vertientes. Además existe riesgo de inundaciones y deslizamientos.

La estructura poblacional del municipio no es ajena a la transición demográfica del departamento. La población infantil tiende a disminuir y la población vieja va en aumento lo cual traerá como consecuencia el aumento de enfermedades crónicas propias de esta última, por lo cual se deberán fortalecer todos los programas que tengan que ver con la promoción de estilos de vida saludables. Por último es importante resaltar la disminución en la tasa de natalidad y el aumento en la tasa de mortalidad en el último año analizado.

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

Se realizó el análisis de la mortalidad por las grandes causas, especifica por subgrupo y materno – infantil y de la niñez; así como la morbilidad atendida y los determinantes de salud intermediarios y estructurales.

2.1 Análisis de la mortalidad

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

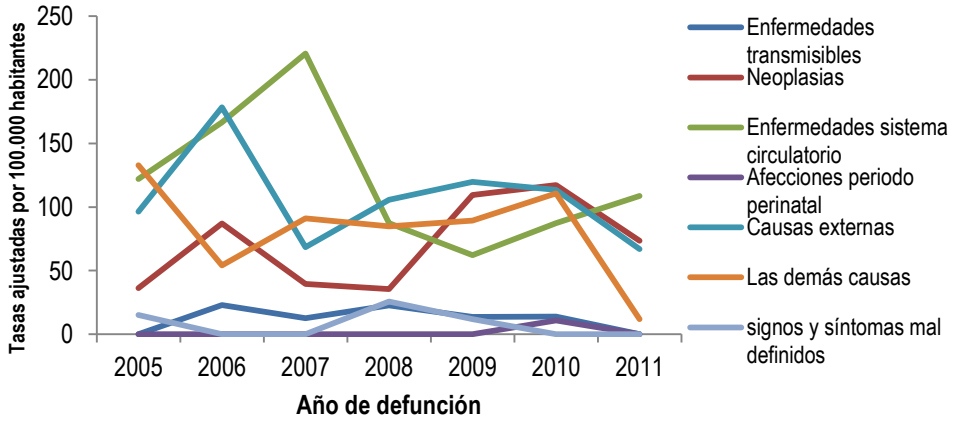
Ajuste de tasas por edad

Las enfermedades del sistema circulatorio se constituyeron en la principal causa de mortalidad en el municipio en los años 2006 y 2007, en éste último alcanzó una tasa de 220.4 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por esta causa disminuyó significativamente en los años 2008 y 2009 donde alcanzó su valor más bajo, para aumentar nuevamente en los años 2010 y 2011, pero sin alcanzar las tasa del 2007.

Las causas externas tuvieron su pico más alto en el año 2006, con una tasa de 178.4 por 100.000 habitantes, la cual cayó a 68.4 en el año 2007 y en el 2008 y 2009 pasó a 105.7 y 119.7 por 100.000 respectivamente y ya en el 2011 se presentó la tasa más baja con 67.1 por 100.000 habitantes. Las demás causas son la tercera causa de mortalidad en el municipio, cuyo comportamiento en los años analizados ha sido muy variable, además se presentó un descenso significativo en la tasa de mortalidad por esta causa del 2010 al 2011.

La mortalidad por neoplasias, también ha presentado un comportamiento variable con descenso significativo en los años 2007 y 2008 con respecto al 2006 pero con un aumento significativo en el 2009 y 2010, de 109 y 113 por 100.000 respectivamente para descender en el 2011 a 73 por 100.000 habitantes.

Figura 5.Tasa de mortalidad ajustada por edad La Celia, Risaralda, 2005 – 2011



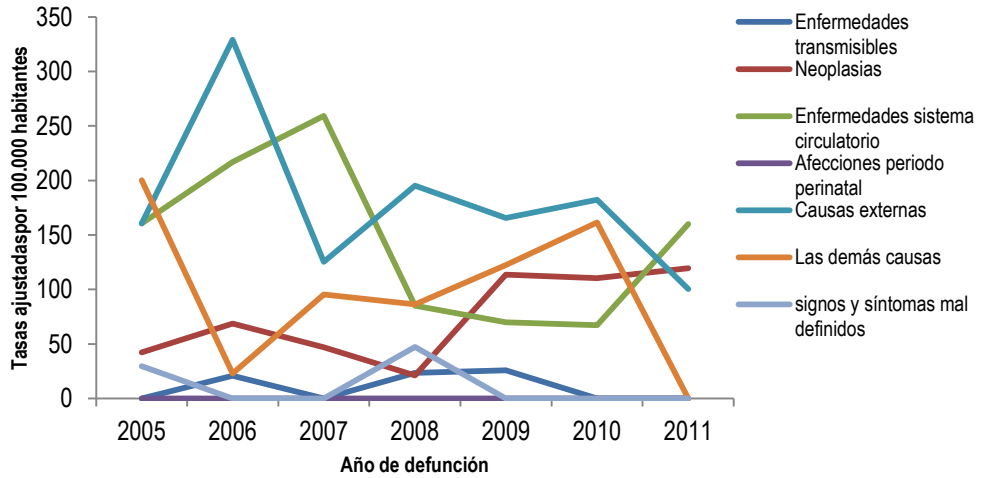
Fuente: DANE. SISPRO.MSPS

En hombres, para el año 2006, las causas externas superaron a las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa ajustada de 329 por 100.000 habitantes para causas externas y de 216 para enfermedades del sistema circulatorio. Sin embargo en el año 2007 la tasa ajustada para enfermedades del sistema circulatorio fue de 259.3 por 100.000 habitantes contrastando con el descenso en la mortalidad por causas externas la cual para el mismo año fue de 125.4 por 100.000 habitantes. Nuevamente para el año 2008 se invirtieron los

papeles y la tasa de mortalidad por causas externas fue de 195.2, mientras que la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio fue de 85 por 100.000 habitantes. A partir de ese año las causas externas superaron a las enfermedades del sistema circulatorio.

Como se observa en la figura, las neoplasias han tenido una tendencia al aumento muy importante en las tasas de mortalidad al pasar de 21 por 100.000 en el 2008 a 119.5 en el año 2011.

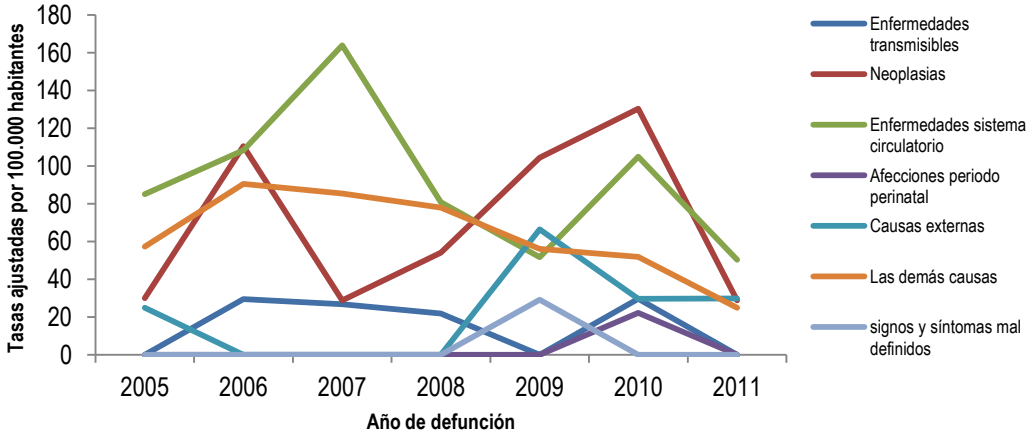
Figura 6.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres La Celia, Risaralda 2005 – 2011



Fuente: DANE. SISPRO.MSPS

En mujeres, predominan las enfermedades del sistema circulatorio, cuyo pico más alto se presentó en el año 2007 con una tasa de 164 por 100.000 mujeres, el pico más bajo fue en el año 2009 con 51.6 por 100.000, nuevamente en el 2010 hay un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa con 104.8 por 100.000, para disminuir a 50.3 en el año 2011.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres La Celia, Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

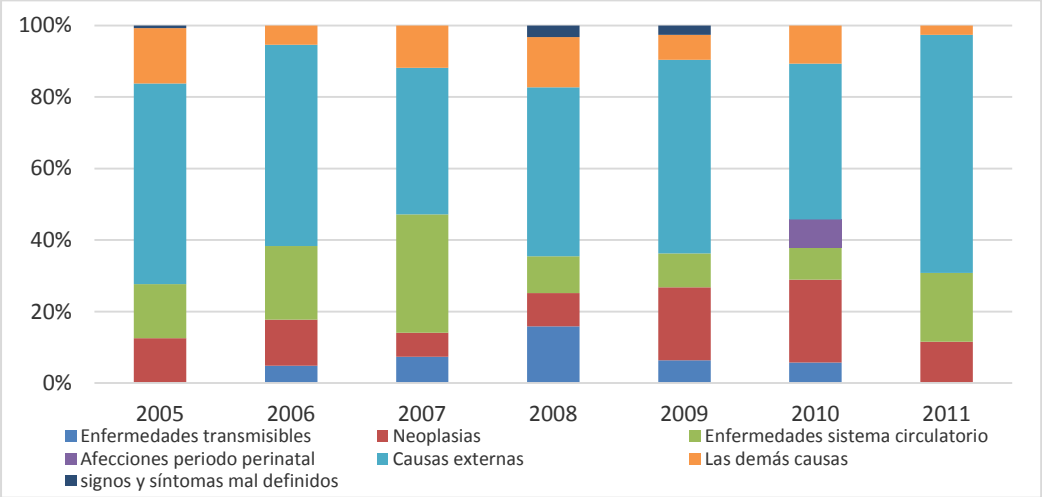
La segunda gran causa de mortalidad en mujeres la constituye las neoplasias, cuya tasa pasó de 29.9 por 100.00 en el 2005 a 110.5 por 100.000 en el 2006, para disminuir nuevamente en el 2007 a 28.7 por 100.000. El pico más alto fue en el año 2010 con 130.4 por 100.000 mujeres y disminuyó en el 2011 a 28.7 por 100.000 mujeres. Las demás causas son la tercera causa de mortalidad en mujeres y las causas externas el cuarto con un pico significativo en el año 2009

Como puede observarse, en hombres predominan las causas externas seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, mientras que en mujeres predominan las enfermedades del sistema circulatorio seguidas por las neoplasias y las causas externas se ubican en el cuarto lugar.

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Los años de vida potencialmente perdidos es un indicador que muestra el comportamiento de la mortalidad en edades tempranas de la vida y por consiguiente dan una idea de los años que se pierden por mortalidad prematura. En el municipio de La Celia, las causas externas representan la mayor proporción de AVPP, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias.

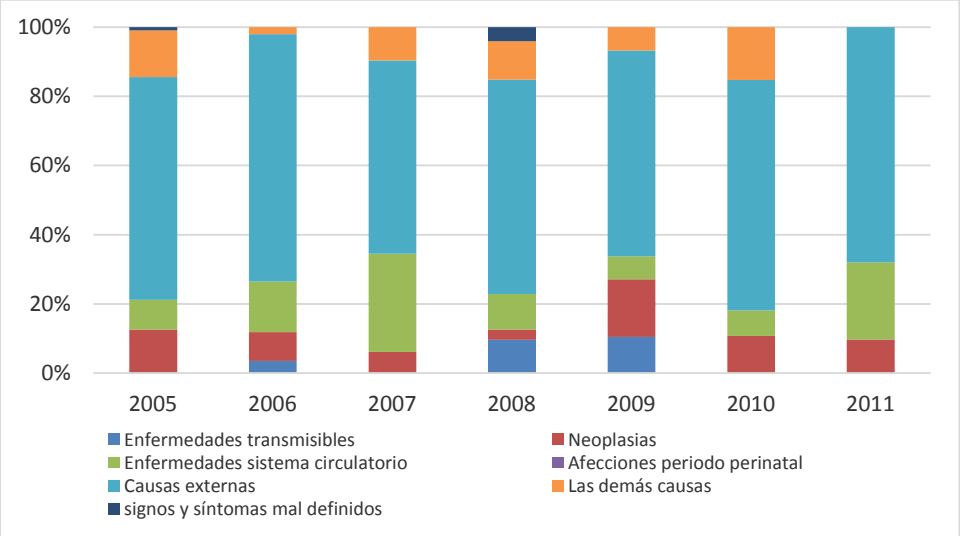
Figura 8. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 La Celia, Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En hombres las causas externas representan el mayor porcentaje de AVPP, sin que se observe descenso en los años analizados, le siguen las enfermedades del sistema circulatorio, cuya proporción de AVPP si tuvo disminución en los años 2008, 2009 y 2010, para aumentar nuevamente en el año 2011. Las neoplasias tuvieron la mayor proporción de AVPP en los hombres del municipio en el año 2009

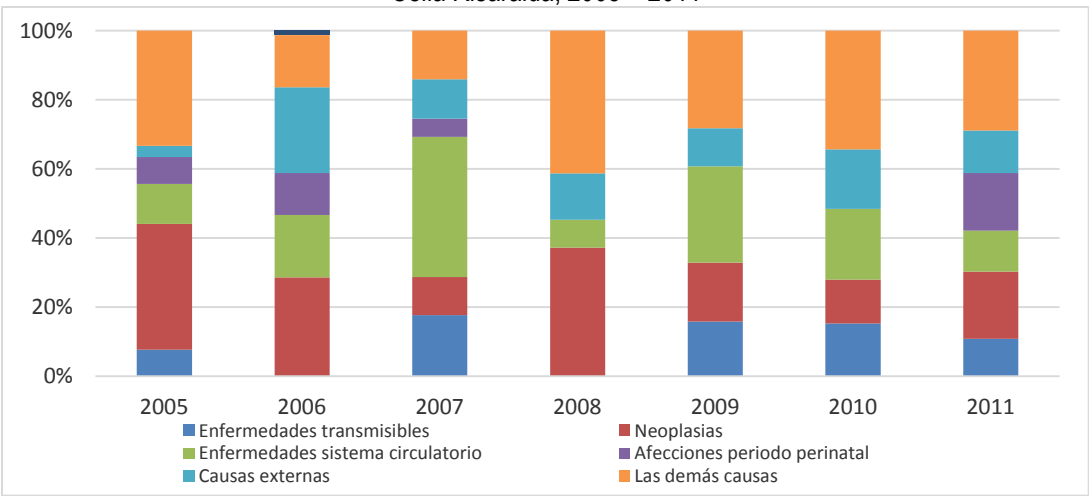
Figura 9. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En mujeres, como se observa en la figura 10, las demás causas constituyen la mayor proporción de AVPP, con leve disminución en el año 2006 y 2007 con respecto al 2005 y un aumento considerable en la proporción en el año 2008. La segunda causa la constituyen las neoplasias y la tercera las enfermedades del sistema circulatorio.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

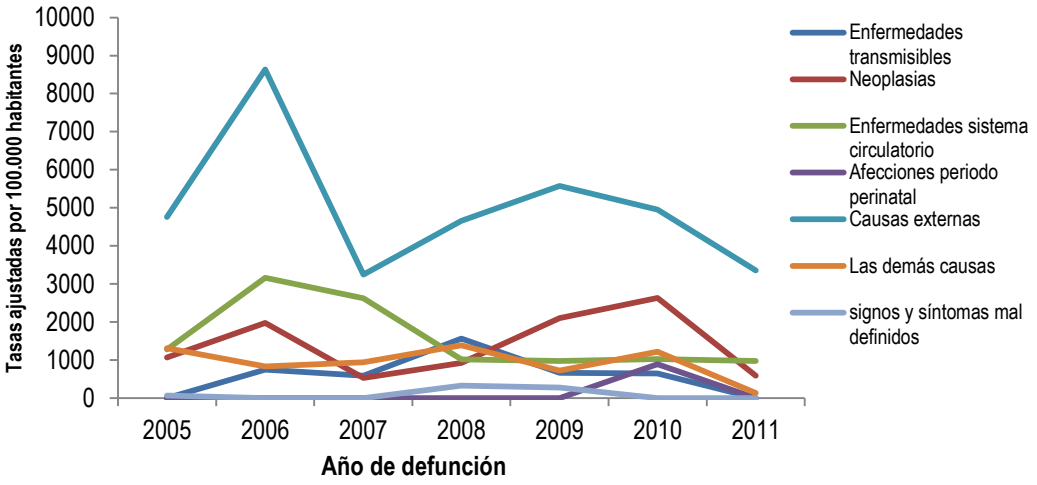
Al comparar los AVPP entre hombres y mujeres, se encuentran grandes diferencias. Pues en hombres la primera causa de AVPP son las causas externas, mientras que esta causa en mujeres representa un porcentaje bajo en todos los años analizados. Igual sucede con las demás causas en mujeres que representa

la primera causa de AVPP mientras que para hombres esta causa representa un porcentaje muy bajo de AVPP. Las enfermedades del sistema circulatorio tienen una distribución más uniforme tanto para hombres como para mujeres en los años analizados.

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Al analizar los AVPP por tasas ajustadas por edad, se encuentra que en general, son las causas externas la primera causa de AVPP en el municipio de La Celia, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias en el tercer lugar y las demás causas.
Comparando la tasa de AVPP con la de mortalidad se encuentra que el primer lugar en mortalidad por tasas ajustadas se encuentra las enfermedades del sistema circulatorio y en segundo lugar las causas externas.

Figura 11. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general La Celia Risaralda, 2005 – 2011



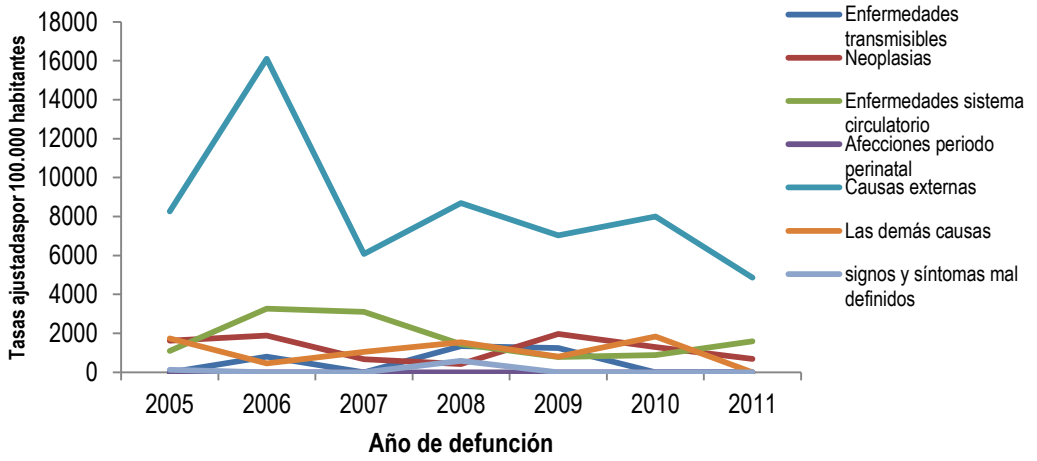
Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

Al realizar las tasas ajustadas por edad, se encuentra que las causas externas constituyen la primera causa de AVPP en hombres, sin embargo como se observa en la figura 14, la tendencia es a la disminución. La segunda causa de AVPP por tasas ajustadas en hombres son las enfermedades del sistema circulatorio, muy lejos de la primera causa y la tercera son las demás causas.

Si se comparan las tasas de mortalidad ajustadas y las de AVPP ajustadas por edad en hombres, no se encuentra diferencias en lo que tiene que ver con causas externas, pues el comportamiento es muy similar, sin embargo en enfermedades del sistema. En el grupo de causas de mortalidad asociadas al sistema circulatorio el comportamiento es muy similar al de causas externas aunque también con tendencia a la disminución, no así en AVPP.

Figura 12. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en los hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011

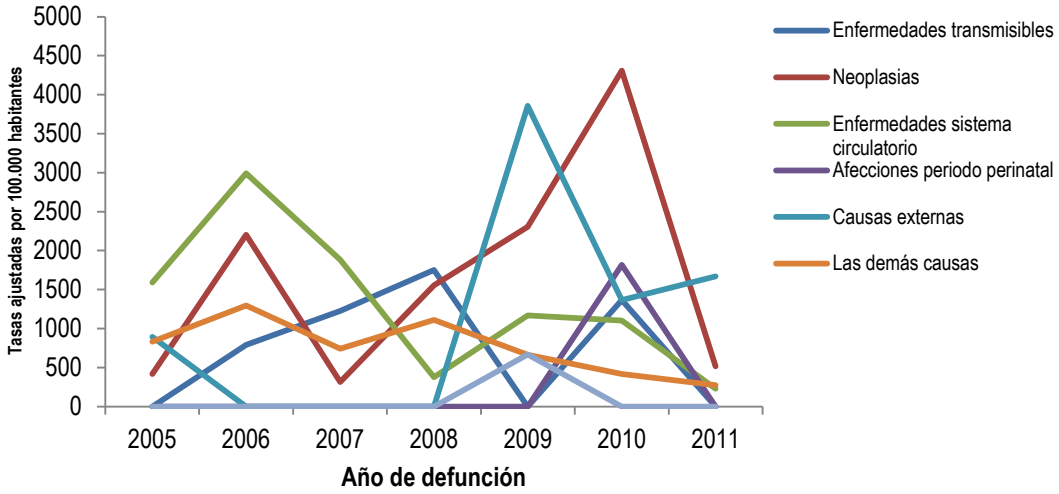


Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

Como se muestra en la figura 13, en mujeres predominan las neoplasias, con un aumento progresivo en los años 2008, 2009, y en el 2010 alcanzó su pico máximo, las causas externas sólo presentaron aumento en el año 2009 y las enfermedades del sistema circulatorio, en lo que tiene que ver con las demás causas la tasa de AVPP ajustada es hacia el descenso.

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en las mujeres La Celia Risaralda municipio, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

2.1.2 Mortalidad especifica por subgrupo

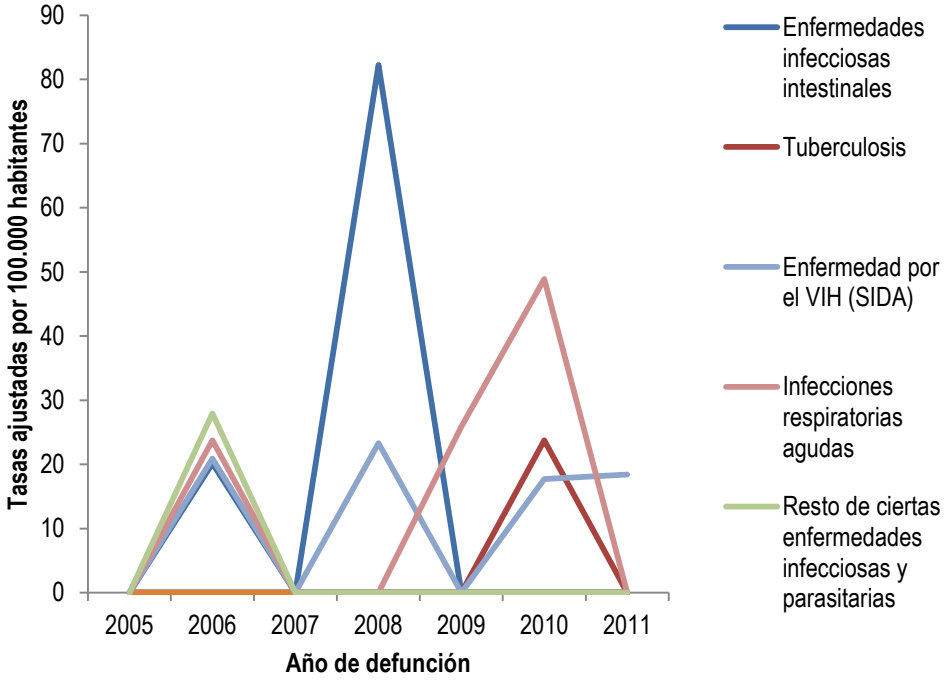
Tasas ajustadas por la edad

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades infecciosas intestinales en hombres con una tasa ajustada de 82.2 por 100.000 en el 2008 ocupa el primer lugar dentro de este grupo de causas, le sigue las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 48.9 por 100.000

La enfermedad por VIH presentó su pico más alto en el año 2008 con una tasa de 23.2 por 100.000, para el año 2009 la tasa fue de cero, en el año 2010 llegó a 17.7b casos por 100.000 y en el año 2011 la tasa de mortalidad por VIH aumentó a 18.4 por 100.000.

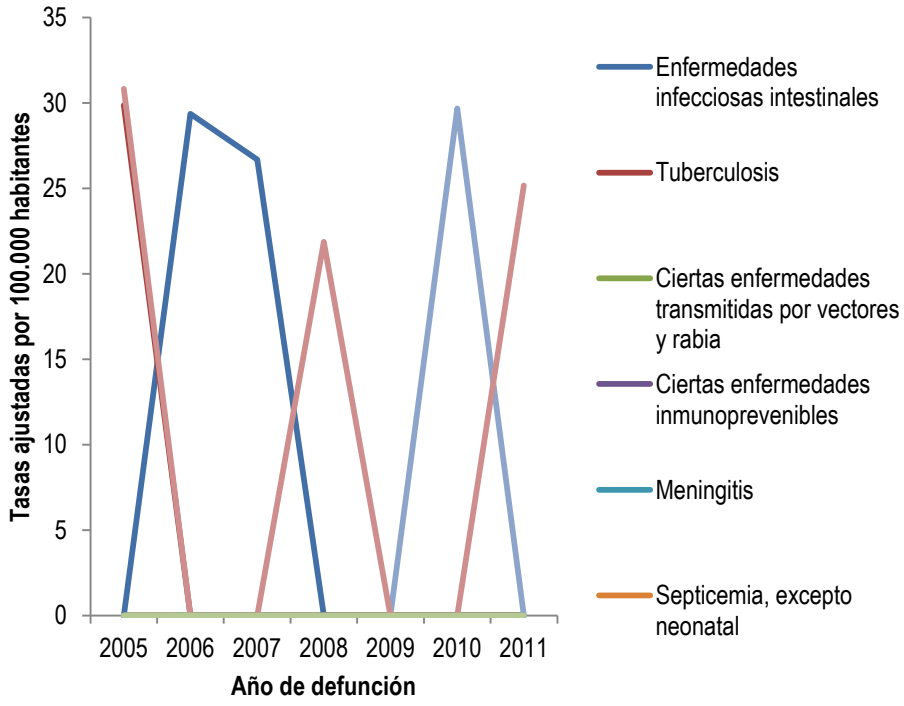
Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres La Celia, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En mujeres, la mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales se presentó en los años 2006 con una tasa de 29.3 muertes por 100.000 y en el año 2007 con una tasa de 26.6 por 100.00. Las infecciones respiratorias agudas tuvieron una tasa de mortalidad en el año 2008 de 21.8 muertes por 100.000 y en el año 2011 la tasa aumentó a 25.1 muertes por 100.000. En cuanto a la mortalidad por VIH sólo se presentó en el año 2010 y alcanzó una tasa de mortalidad de 29.6 por 100.000.

Figura 15Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres La Celia, 2005 – 2011



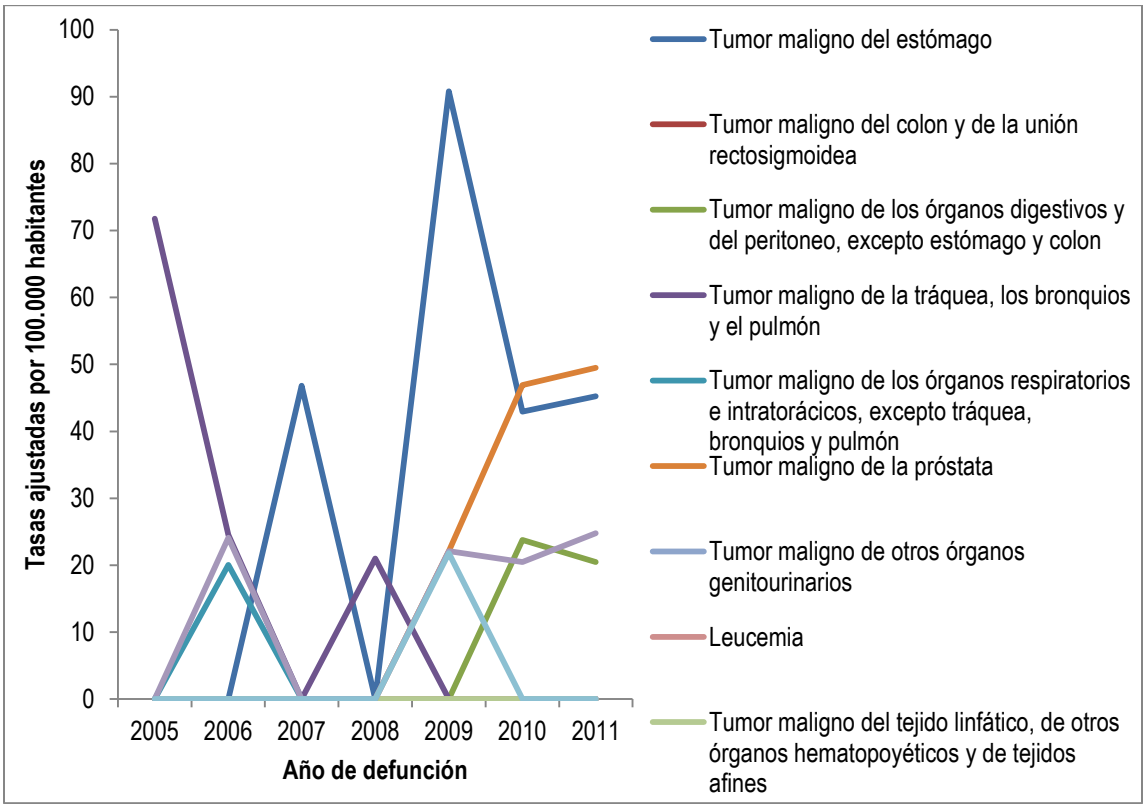
Neoplasias

La principal causa de mortalidad por neoplasias en hombres está representada por el tumor maligno del estómago cuya tasa de mortalidad en el año 2007 fue de 46.8 por 100.000, en el año 2008 no hubo muertes por esta causa, pero en el año 2009 la tasa llegó a 90.8 por 100.000 para disminuir hasta 42.9 por 100.00 en el año 2010, aumentando a 45.2 en el año 2011.

En cuanto a tumor maligno de la próstata, se presentó mortalidad en el año 2010 con una tasa ajustada de 46.9 por 100.00 y en el año 2011 la tasa aumentó a 49.5 por 100.000.

El tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo presentó en el 2010 una tasa ajustada de 23.7 por 100.000 para disminuir en el año 2011 a 20.4 por 100.000.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres La Celia, 2005 – 2011



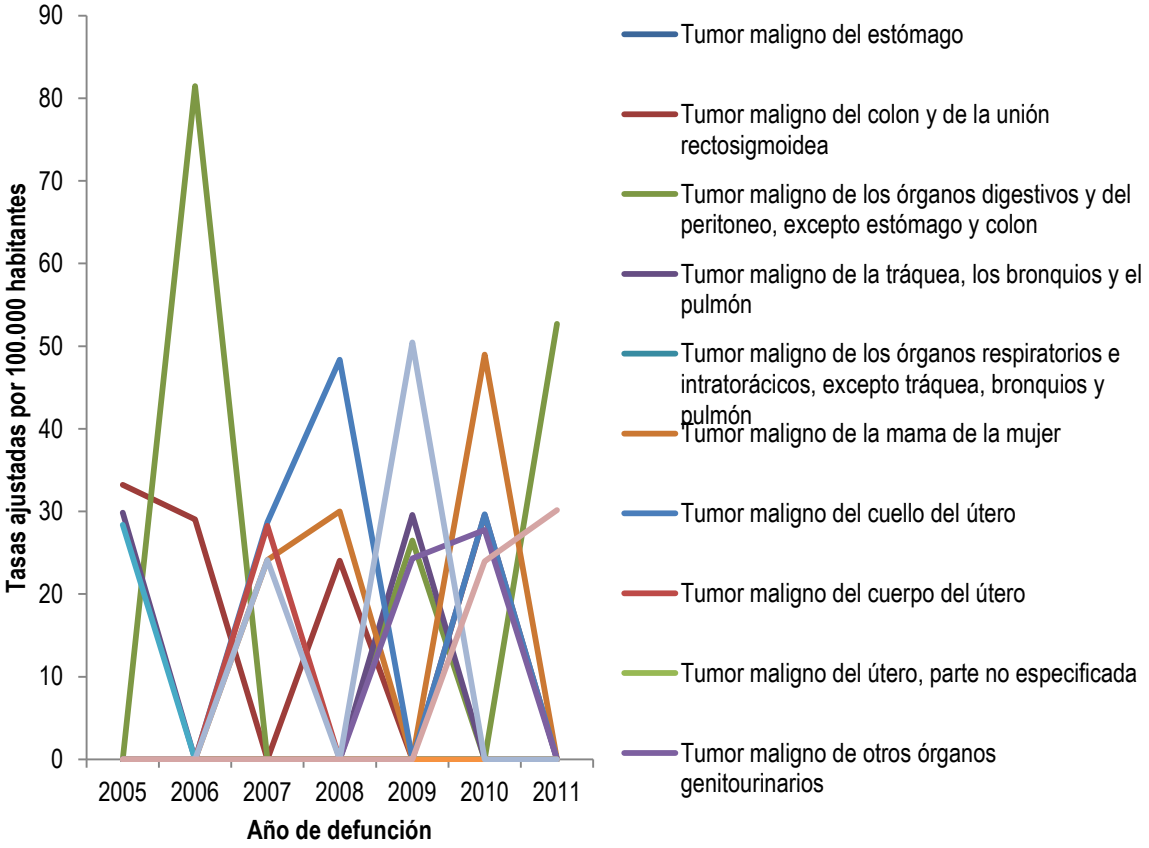
Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En mujeres, se destaca disminución en la mortalidad por tumor maligno del cuello del útero que en el año 2008 su tasa ajustada fue de 48.3 por 100.000, en el año 2010 fue de 29.6 por 100.000 y en el año 2011 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 0.

En cuanto al tumor maligno de la mama, la tasa de mortalidad ajustada para el año 2008 fue de 30 por 100.000, en el año 2009 la tasa fue de 0, pero en el año 2010 la tasa de mortalidad por esta causa llegó a 48.9 por 100.000. En el año 2011 la tasa de mortalidad por tumor maligno de mama fue de 0.

Se destaca también la disminución en las tasas de mortalidad por tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo y el aumento en las tasas de mortalidad en mujeres por tumores in situ benignos y los de comportamiento incierto o desconocido.

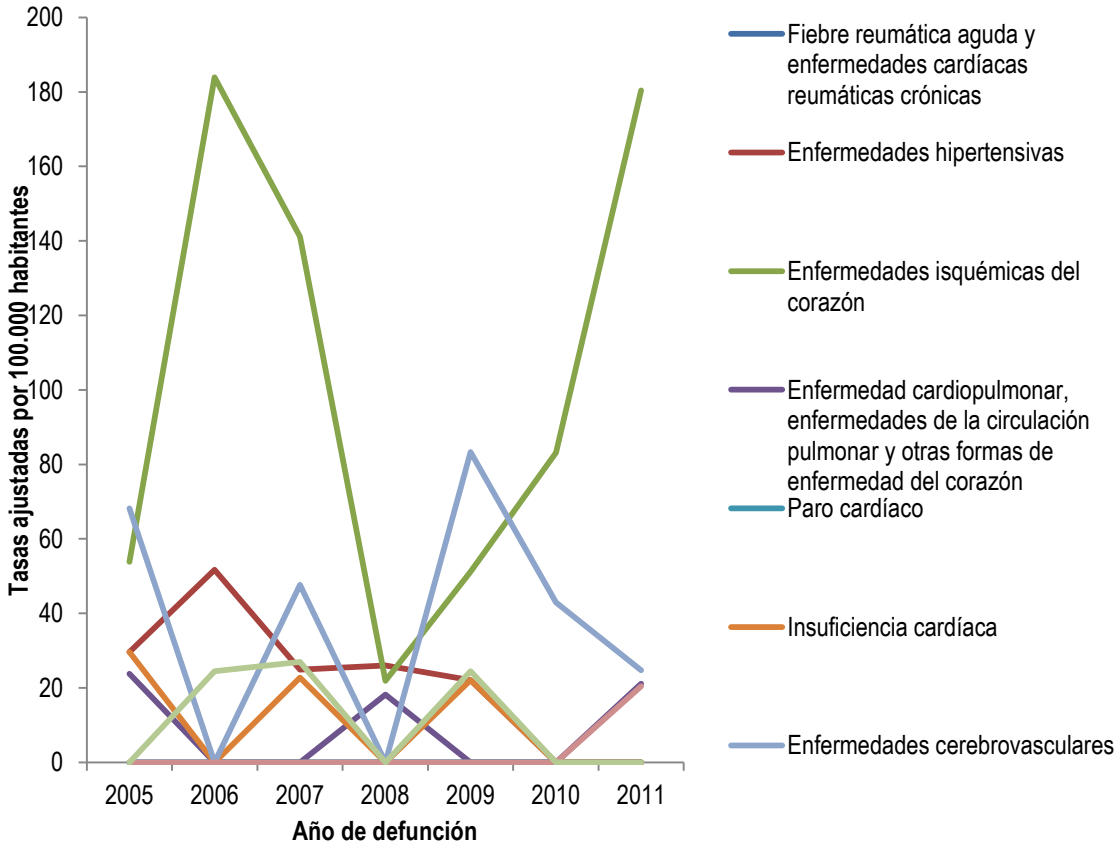
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres. La Celia, 2005 – 2011



Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar en hombres dentro de este grupo de causas, la tasa ajustada para el año 2006 fue de 183.6 por 100.000, la cual disminuyó a 141 por 100.000 en el año 2007 y a 21.9 en el 2008, partir de ese año la tendencia ha sido hacia el aumento al pasar de 51.1 por 100.000 en el 2009 a 83.1 en el 2010 hasta 180 por 100.000 en el año 2011.
Las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo lugar, en el año 2009 la tasa ajustada de mortalidad fue de 83.3 por 100.000, siendo este el año con la tasa más alta, ésta disminuyó a 42.9 en el 2010 y a 24.7 en el año 2011.

Figura 18 . Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres. La Celia Risaralda, 2005 – 2011



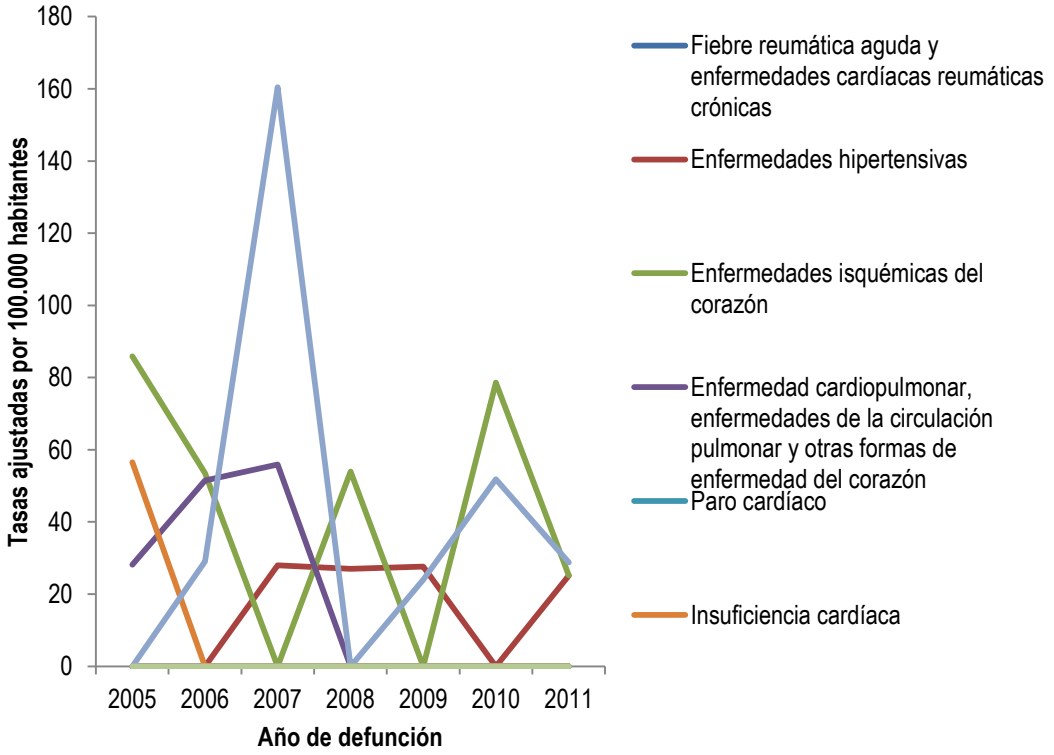
Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

La principal causa de muerte dentro de las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres, al igual que en hombres en los años analizados son las enfermedades isquémicas del corazón, aunque las tasas ajustadas en mujeres son menores que en los hombres, la tasa más alta se presentó en el año 2010 con 78.6 por 100.000 y en el año 2011 la tasa disminuyó a 25.1 por 100.000.

En lo que respecta a las enfermedades cerebrovasculares, la tasa más alta de mortalidad se presentó en el año 2007 con 160.4 por 100.000, en el año 2010 fue de 51.8 por 100.000 y en el 2011 de 28.7 por 100.000.

La mortalidad por enfermedades hipertensivas ha tenido un comportamiento estable con tasas que oscilan entre 25 y 27 por 100.000.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio mujeres. La Celia Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS.

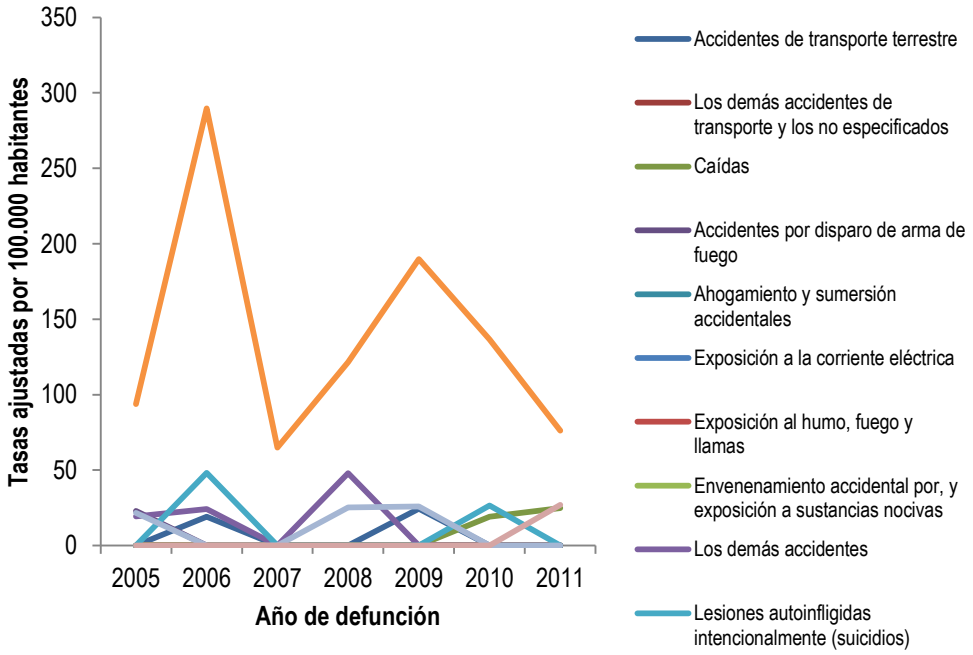
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

No se presentaron casos de mortalidad por afecciones originadas en el período perinatal en hombres.
En mujeres, en los años analizados se registraron un total de 8 casos de mortalidad por esta causa, de los cuales 5 casos corresponden a afecciones respiratorias específicas del período perinatal, 1 caso por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, 1 caso afecciones maternas y otro caso por resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

Causas externas

Los homicidios son la principal causa de mortalidad dentro de este grupo de causas en hombres. Para el año 2005 la tasa ajustada fue de 289.6 por 100.000, disminuyó a 65 por 100.000 en el año 2007 para aumentar nuevamente en el año 2009 a 189.8 por 100.000 y disminuir nuevamente en el año 2011 a 76 por 100.000. Las mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente presentó tasas que van desde 48.2 por 100.000 en el año 2006 y 26.5 por 100.000 en el año 2010.

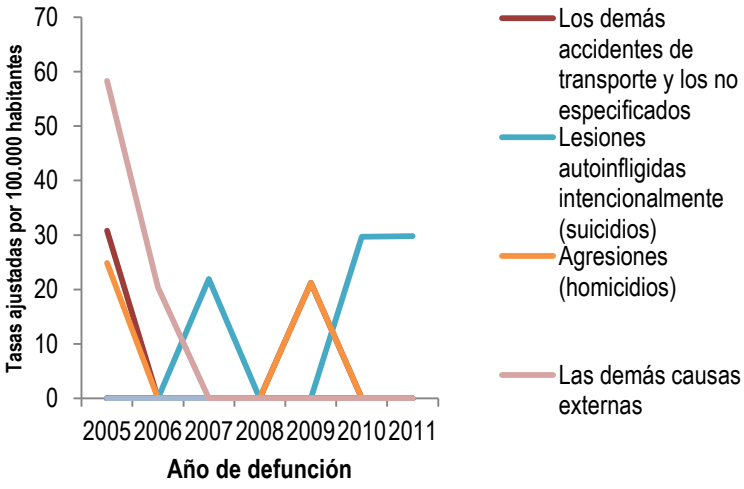
Figura 20.Tasa de mortalidad ajusta por edad para las causas externas en hombres La Celia Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En mujeres, como se muestra en la figura la principal causa de mortalidad por causas externas son las lesiones autoinflingidas intencionalmente con tasas de 29.6 por 100.000 en el año 2010 y 29.8 en el año 2011. Sólo se presentó mortalidad por homicidios en el año 2009 con tasas muchísimo más bajas que en los hombres.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajusta por edad para las causas externas en mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011

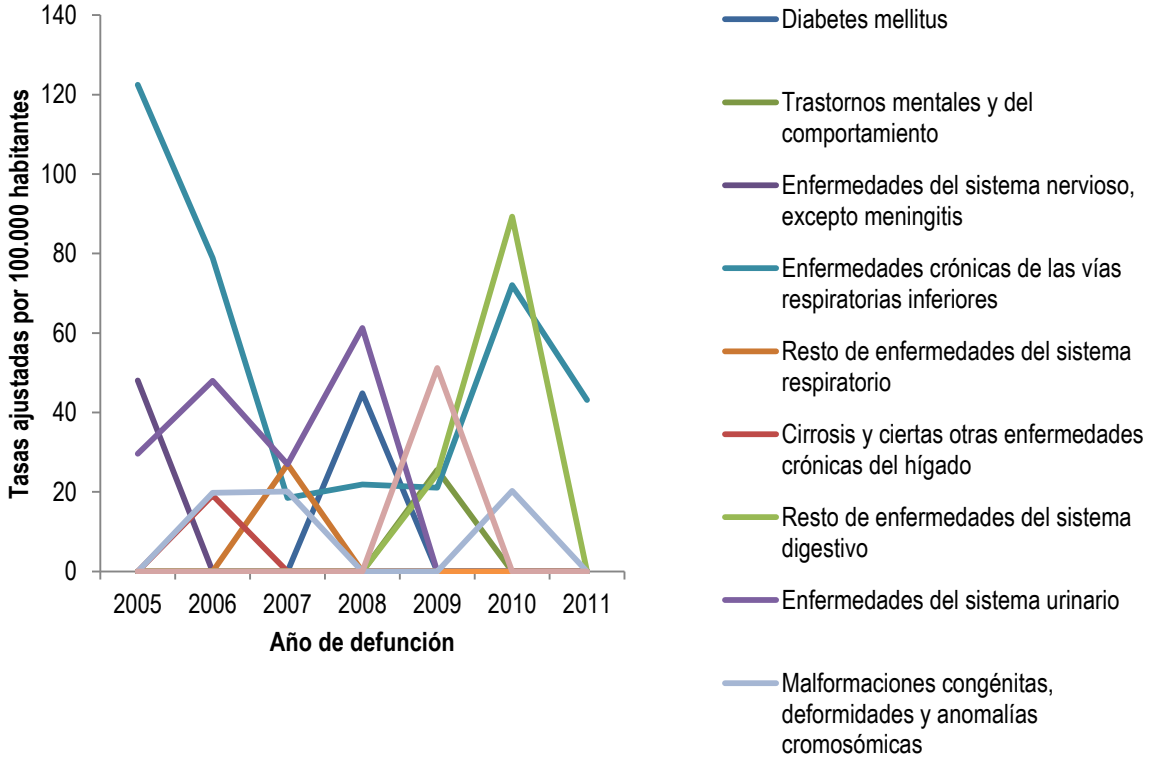


Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Las demás causas

En hombres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores es la primera causa de mortalidad en los años analizados, la tasa de mortalidad ajustada en el año 2006 fue de 78.8 por 100.000, para el 2007 disminuyó a 18.5 por 100.000, manteniéndose con tasas entre 21 y 22 por 100.000 en los años 2008 y 2009, aumentando a 72 por 100.000 en el año 2010, para disminuir a 43.1 por 100.000 en el año 2011.
El resto de enfermedades del sistema digestivo, presentó una tasa ajustada de 89.3 por 100.000 en el año 2010.

Figura 22. Tasa de mortalidad ajusta por edad para las demás causas en hombres. Risaralda, 2005 – 2011



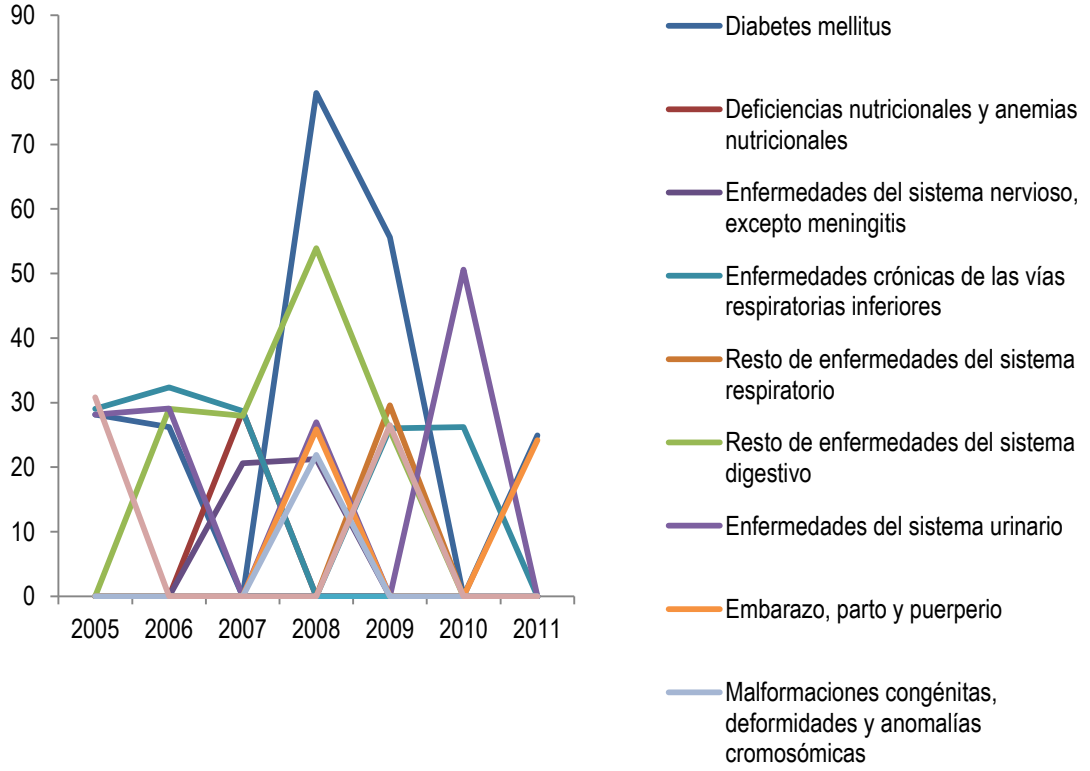
Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

En mujeres se resalta la diabetes mellitus como causa de mortalidad en este grupo de causas, la tasa ajustada por edad para el año fue de 77.9 por 100.000 y disminuyó a 55.6 en el año 2009.

En cuanto a mortalidad por embarazo parto y puerperio, la tasa para el año 2008 fue de 25.8 por 100.000, para el 2009 fue de 25.6 y para el año 2011 la tasa ajustada fue de 25.1 por 100.000.

La mortalidad por enfermedades de las vías respiratorias inferiores fue menor que aquella reportada en hombres, la tasa de mortalidad por enfermedades del sistema urinario en el año 2010 fue de 50.5 por 100.000.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajusta por edad para las demás causas en mujeres La Celia Risaralda, 2005 – 2011



Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

La tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata, tumor maligno del estómago y por suicidios en el municipio superan las del departamento, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto estos tres indicadores se sitúan en rojo para el municipio, la tendencia para el tumor maligno de la próstata y del estómago es hacia el aumento y para los suicidios es hacia la disminución. La tasa de mortalidad por diabetes mellitus es más baja en el municipio que en el departamento, las diferencias son estadísticamente significativas y este indicador se sitúa en verde para el municipio, aunque la tendencia para el año 2011 con respecto al 2009 y 2010 es hacia el aumento.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a homicidios comparando el departamento con el municipio, por lo tanto este indicador se sitúa en amarillo y la tendencia es hacia la disminución tal y como se muestra en la tabla 9.

Tabla 9.Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas especificas La Celia Risaralda, 2005-2011

Causa de muerte	Risaralda	La Celia		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Mortalidad por accidentes de transporte terrestre	14.4	0.0		↗	↘	-	↗	↘	-
Mortalidad por tumor maligno de mama	13.8	0.0		-	↗	↗	↘	↗	↘
Mortalidad por tumor maligno del cuello uterino	6.2	0.0		-	↗	↗	↘	↗	↘
Mortalidad por tumor maligno de la próstata	16.8	49.5		-	-	-	↗	↗	↗
Mortalidad por tumor maligno del estomago	14.1	23.9		-	↗	↘	↗	↘	↗
Mortalidad por diabetes mellitus	21.8	11.9		↘	↘	↗	↘	↘	↗
Mortalidad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	6.1	14.0		↗	↘	↘	-	↗	↘
Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento	0.4	0.0		-	-	-	↗	↘	-
Mortalidad por agresiones (homicidios)	43.0	40.4		↗	↘	↗	↗	↘	↘
Mortalidad por malaria	0.0	0.0		-	-	-	-	-	-
Casos de mortalidad por rabia humana	0.0	0.0		-	-	-	-	-	-

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Teniendo en cuenta que en el municipio de La Celia tan sólo se registraron 14 casos de mortalidad en menores de 5 años, en los años analizados, se mencionan las causas de muerte en este grupo de edad y los años en los que ocurrieron. Como se observa en la tabla, fue en el año 2008 el que más muertes registró en este grupo de edad con 6 muertes, 3 de ellas corresponden a afecciones originadas en el período perinatal

Tabla 10. Casos de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67causas La Celia Risaralda 2005-2011

Grandes causas de Mortalidad	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Enfermedades del sistema respiratorio	0	0	0	1	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	1	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	3	2	2	1
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	1	1	1	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	1	0	0	0	0	0	0

FUENTE: DANE.SISPRO.MSPS

Dentro del subgrupo de causas, es la dificultad respiratoria del recién nacido la causa que más muertes aportó, sin embargo. Sólo fueron 3 casos. Como se mencionó anteriormente la mortalidad en menores de 5 años en el municipio registró pocos casos en los años analizados.

Tabla 11. Casos de mortalidad infantil y niñez, según subgrupo de causas La Celia Risaralda, 2005 – 2011

Subgrupo de Causas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	1	0	0	0
Neumonía	0	0	0	1	0	0	0
Malformaciones congénitas del corazón	0	0	1	0	0	0	0
Traumatismo del nacimiento	0	0	0	0	0	1	0
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	0	0	0	1	0	0	0
Dificultad respiratoria del recién nacido	0	0	0	1	2	0	0
Otras malformaciones congénitas	0	1	0	1	0	0	0
Todas las demás causas externas	1	0	0	0	0	0	0
Otras afecciones respiratorias del recién nacido	0	0	0	0	0	1	0
Resto de afecciones perinatales	0	0	0	1	0	0	1

2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez

Al analizar la razón de mortalidad materna se encuentra que la del municipio estuvo por encima de la del departamento, con una diferencia relativa de 20,7 y un intervalo de confianza, que atraviesa el 1, por lo tanto este indicador se sitúa en rojo para el municipio. La tendencia de este evento ha sido variable, Es de anotar que sólo una muerte materna en un municipio con tan pocos habitantes y por ende con pocas gestantes, eleva inmensamente la incidencia.

La tasa de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez quedó en amarillo en la semaforización pues no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las del departamento. La tendencia de estos dos eventos ha sido hacia el descenso. No se han presentado casos de mortalidad por EDA ni por desnutrición en los años analizados.

Tabla 12. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, La Celia Risaralda, 2005-2011

Causa de muerte	Risaralda	La Celia		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Razón de mortalidad materna	50.04	1040		-	-	↗	↘	-	↗
Tasa de mortalidad neonatal	6.33	0		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad infantil	10.17	10.4		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	13.01	10.4		↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	19.57	0		-	-	↗	↘	-	-
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	5.22	0							
Tasa de mortalidad por desnutrición	0.06	0		-	-	-	-	-	-

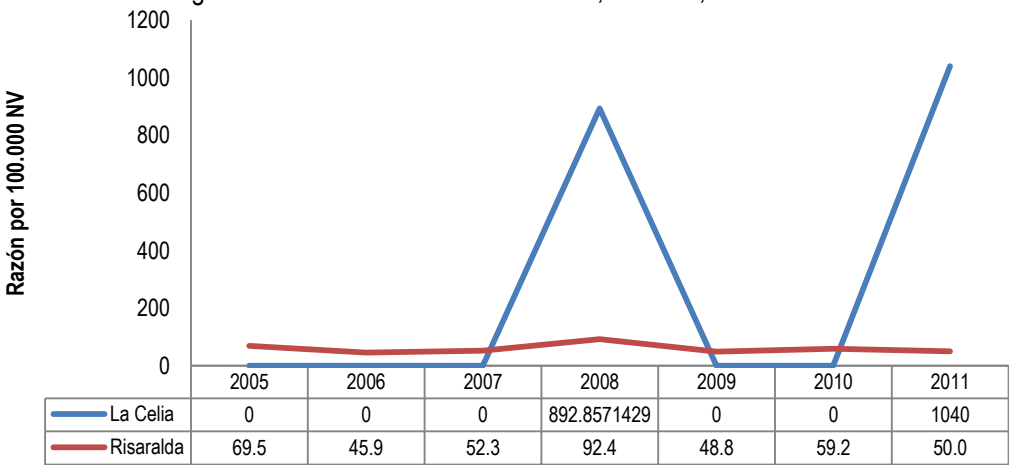
en menores de cinco años									

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Mortalidad materna

En los años 2008 y 2011 se presentaron casos de mortalidad materna en el municipio y las razones superaron a las del departamento como se observa en la figura. En los demás años no hubo casos de mortalidad materna en La Celia.

Figura 24.Razón de mortalidad materna, La Celia, 2005 -2011



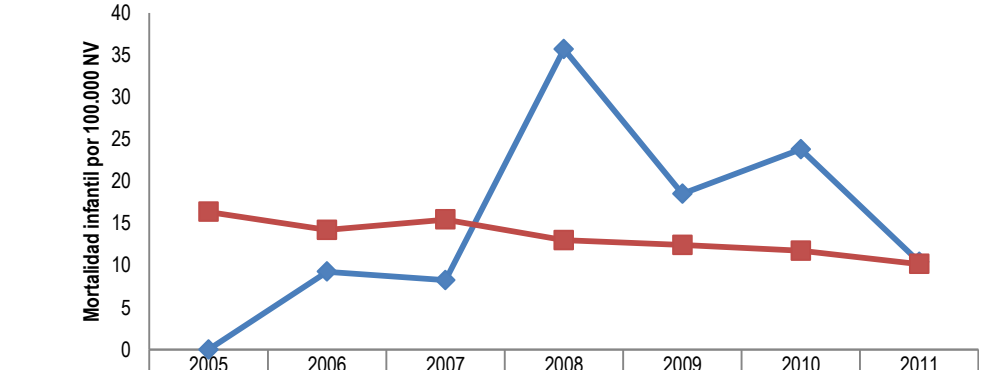
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
La Celia	0	0	0	892.8571429	0	0	1040
Risaralda	69.5	45.9	52.3	92.4	48.8	59.2	50.0

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Mortalidad Infantil

Las tasas de mortalidad infantil desde el año 2008 al año 2011 han estado más altas en el municipio que en el departamento, sin embargo como se muestra en la figura la tasa de mortalidad infantil en el municipio tuvo un descenso significativo al pasar de 23,8 por 100.000 nacidos vivos en el 2010 a 10,4 por 100.000 nacidos vivos en el 2011.

Figura 25.Tasa de mortalidad infantil, La Celia Risaralda, 2005- 2011



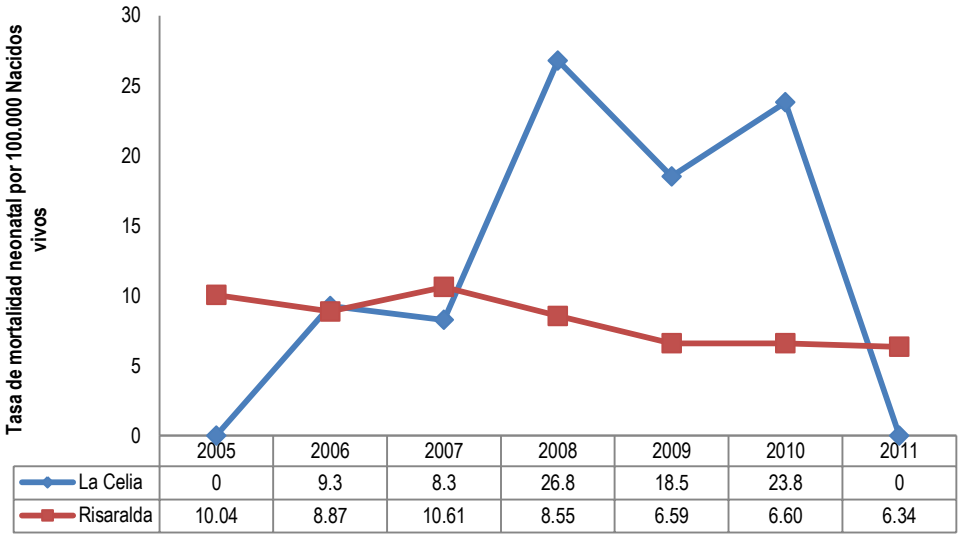
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
La Celia	0	9.3	8.3	35.7	18.5	23.8	10.4
Risaralda	16.4	14.2	15.5	13.0	12.4	11.8	10.2

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Mortalidad Neonatal

La tasa de mortalidad neonatal en el municipio de La Celia, presentó descenso en el año 2007 con respecto al 2006 al pasar de 9.3 por cada 1000 nacidos vivos en el 2006 a 8.3 en el 2007, sin embargo para el año 2008 la tasa aumentó tres veces el valor del año anterior, situándose muy por encima de la del departamento y a pesar de que en el año 2009 ésta disminuyó, al compararla con la tasa del departamento para ese mismo año, era 3 veces más alta en el municipio. Para el año 2010 la tasa de mortalidad neonatal volvió a aumentar significativamente y en el 2011 fue de 0.

Figura 26.Tasa de mortalidad neonatal, La Celia Risaralda, 2005- 2011



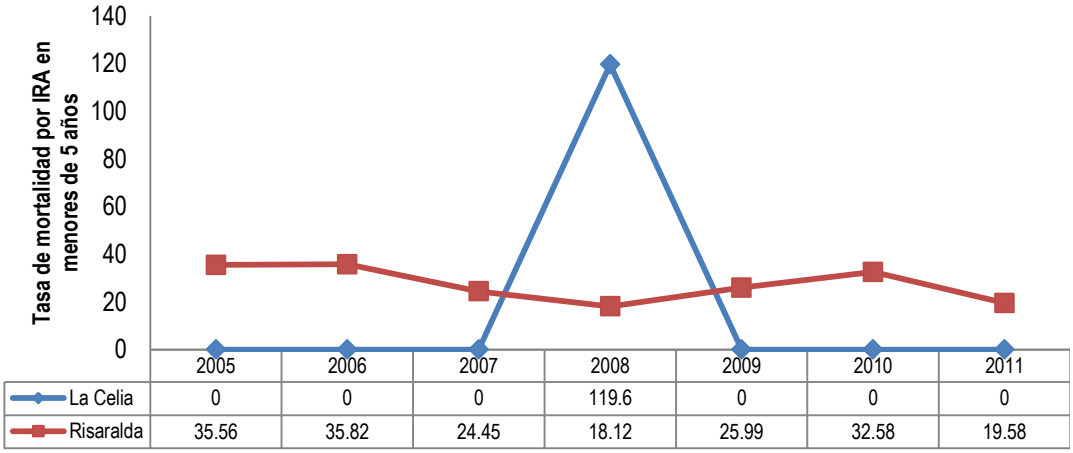
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
La Celia	0	9.3	8.3	26.8	18.5	23.8	0
Risaralda	10.04	8.87	10.61	8.55	6.59	6.60	6.34

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

La tasa de mortalidad por IRA en el municipio de La Celia sólo superó a la del departamento en el año 2008, cuando alcanzó 119.6 por 100.000 menores de 5 años, casi 7 veces la tasa del departamento. Sin embargo en los demás años analizados la tasa de mortalidad por IRA fue de 0

Figura 27.Tasa de mortalidad por IRA, La Celia Risaralda, 2005- 2011



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
La Celia	0	0	0	119.6	0	0	0
Risaralda	35.56	35.82	24.45	18.12	25.99	32.58	19.58

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Mortalidad por desnutrición crónica

No hubo casos en los años analizados en el municipio

Determinantes intermediarios

Determinantes estructurales

Sólo se presentó un caso de mortalidad materna en el año 2011, que corresponde a otras etnias (mestizo). La Tasa de mortalidad quedó con 1,05 casos por 1000 nacidos vivos para este año en la población mestiza y de 1,04 para la población general.

Área de residencia

La muerte materna ocurrida en el 2011 en el municipio provenía del área rural dispersa, en cuanto a la mortalidad perinatal, se encontró que la tasa de mortalidad neonatal para la cabecera municipal fue de 32,2 por 1.000 nacidos vivos y para el área rural dispersa de 20,8.

Tabla 13. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia La Celia Risaralda, 2010 – 2011

Área	2010	2011	Cambio
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos			
Cabecera	0	0	
Centro Poblado	0	0	
Área rural dispersa	0	1.562	
Mortalidad neonatal por 1.000 nacidos vivos			
Cabecera		32.26	

Centro Poblado			
Área rural dispersa		20.83	

Fuente: http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/

2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil

Como se observa en la tabla 13, las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres en el municipio han tenido una tendencia el descenso, sin embargo no ocurre así para la población de hombres. Para ambos sexos la mortalidad por causas externas también ha tenido tendencia al descenso. Las enfermedades isquémicas del corazón como causa de mortalidad en ambos sexos sí han tenido tendencia al aumento en los años analizados, por lo cual se identifica como la mayor prioridad en el municipio.

Tabla 14.Identificación de prioridades en salud La Celia Risaralda, 2011

	Causa de mortalidad identificada	Valor del indicador en la entidad territorial	Valor del indicador en la entidad territorial de referencia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2011
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	50.3	**No aplica**	Disminuyó
	las causas externas (hombres)	100.4		Disminuyó
Mortalidad específica por subgrupo	las enfermedades transmisibles	0		Disminuyó
	El tumor maligno del útero	0		Disminuyó
	enfermedades isquémicas del corazón	107.4		Aumentó
	los accidentes de transporte terrestre	0		Disminuyó
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad por IRA	0		Disminuyó
	Tasa de mortalidad EDA	0		No aplica
	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0		No aplica

Fuente: DANE.SISPRO.MSPS

Conclusiones

Durante el periodo 2005 al 2011, las tasas ajustadas por la edad en el municipio de La Celia han tenido una tendencia al decremento en todas la grandes causas, excepto en las enfermedades del sistema circulatorio, cuya tasa pasó de 87.4 por 100.000 habitantes en el año 2010 a 108.6 en el año 2011. Existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres. En los hombres son las causas externas la principal causa de mortalidad seguida por las enfermedades del sistema circulatorio. En mujeres, son las enfermedades del sistema circulatorio la principal causa de mortalidad, seguido por las neoplasias que tuvo su pico más alto en

el año 2010 y las demás causas, las causas externas en mujeres se ubican en el cuarto lugar con tendencia al descenso.

Dentro de las causas externas en hombres la principal causa de mortalidad son los homicidios y la tendencia ha sido hacia el descenso. Las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de muerte dentro de las enfermedades del sistema circulatorio y su tendencia ha sido hacia el aumento. Al igual que en hombres, en mujeres son las enfermedades isquémicas a principal causa de mortalidad seguidas por las cerebrovasculares y su tendencia ha sido al descenso en los años analizados. El tumor maligno del colon, dentro de las neoplasias son la principal causa de muerte en mujeres, contrastando con lo que ocurre en hombres cuya principal causa de mortalidad de mortalidad dentro de las neoplasias es el tumor maligno del estómago.

Durante el periodo entre 2005 a 2011, en la población general, las causas externas son la principal razón de la mortalidad prematura (establecida con el indicador de AVPP) en municipio de La Celia. En los hombres las causas externas son la razón de la mayor cantidad de años perdidos, tanto que la mayor cantidad de años de vida perdidos en las mujeres correspondió a las neoplasias.

En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2011, la principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio. Tanto en niño menor de 1 año la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en el grupo de 1 a 4 años la principal causa fue por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en niños menores de 5 años la primera causa de defunción fue por enfermedades del sistema respiratorio. En el periodo entre 2005 a 2011, en el municipio, se registraron sólo 14 casos de mortalidad en menores de 5 años.

En cuanto a la razón de mortalidad materna se encuentra que en los años 2008 y 2011 ésta se situó por encima del indicador del departamento, en los demás años analizados no hubo mortalidad por esta causa. En lo referente a mortalidad neonatal, entre los años 2008 y 2010 la tasa estuvo muy por encima de la del departamento y la principal causa de mortalidad fue la dificultad respiratoria del recién nacido. Ni en el año 2005 ni 2011 se presentaron casos de mortalidad perinatal en La Celia.

Se resalta que en el período analizado no hubo casos de mortalidad por EDA ni de mortalidad por desnutrición y en cuanto a mortalidad por IRA, la tasa superó a la del departamento en el año 2008 y en los de más años analizados ésta fue de 0. Al realizar la semaforización, el municipio se encuentra en rojo en mortalidad materna. En mortalidad infantil y en la niñez se encuentra en amarillo al no existir diferencias estadísticamente significativas con los valores del departamento. La mortalidad materna presentada en el año 2011 en el municipio procedía del área rural dispersa,lo cual eventualmente puede estar relacionada con el acceso a los servicios de salud para un adecuado control prenatal, además esto podría ir de la mano con el bajo nivel educativo de los habitantes de esta área.

2.2 Análisis de la morbilidad

Se realizó análisis de morbilidad teniendo en cuenta los ciclos vitales por grandes causas y subgrupos de causas. Se tuvieron en cuenta los años 2009 al 2012, se calcularon proporciones y cambio en puntos porcentuales en los dos últimos años.

2.2.1 Principales causas de morbilidad

Morbilidad atendida

En la primera infancia la principal causa de morbilidad la constituyen las condiciones transmisibles y nutricionales cuya proporción no mostró cambios evidentes en los años analizados, y el aumento del 2012 con respecto al 2011 fue de 0.49 puntos porcentuales. Le siguen en este ciclo vital las enfermedades no transmisibles, donde sí se nota una disminución significativa del 2011 con respecto al 2012 de 3.98 puntos porcentuales. Asimismo las lesiones tuvieron aumento de 4.30 puntos, mientras que en las condiciones materno perinatales el aumento no fue tan evidente. También se evidencia disminución en la proporción en este ciclo vital en las condiciones mal clasificadas.

En la infancia predominan las enfermedades no transmisibles, con aumento entre 2009 y 2011 y con disminución significativa de 6.43 puntos entre 2011 y 2012, le siguen en este ciclo vital las condiciones transmisibles y nutricionales con una disminución sostenida en todos los años y con cambio de 2.35 puntos porcentuales entre 2011 y 2012. Las lesiones en este ciclo vital han aumentado de manera sostenida con un aumento de 4.55 puntos entre 2011 y 2012.

En la adolescencia la principal causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles, la proporción más baja se encuentra en el año 2010, donde esta causa representó el 47.79% para aumentar a 56.94 y la reducción en el 2012 fue sólo de 0.66 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales donde la proporción fue significativamente menor en el año 2011 (12.45) con respecto a 2009 y 2010 que estuvo por encima de 20,para el 2012 la proporción fue de 13.9. En tercer lugar se encuentran las lesiones donde se observa una disminución de 4.29 puntos porcentuales entre el 2011 y el 2012.

En el ciclo vital juventud predominan las enfermedades transmisibles cuyas proporciones estuvieron por encima del 50% en todos los años, se observa disminución de 2.21 puntos en el 2012 con respecto al 2011. Como segunda causa de morbilidad se encuentra las condiciones transmisibles y nutricionales con aumento de 2.31 puntos. La proporción de las lesiones en todos los años estuvo entre 9.4 y 10.3 y ésta aumentó en 0.17 puntos.

En la adultez la primera causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles, se nota un aumento sostenido en todos los años, La segunda causa son las condiciones transmisibles y nutricionales, donde al contrario de la primera causa hay una disminución de la proporción en los años analizados. Los signos y síntomas mal definidos presentan un comportamiento variable en este ciclo vital, sin embargo hay disminución de 1.60 puntos en el 2012 con respecto al 2011.

En la persona mayor, son igualmente las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad con aumento entre el 2009 y el 2011 y disminución de la proporción en el año 2012. (2.5 punto porcentuales). Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales donde se evidencia descenso importante de las proporciones en todos los años al pasar de 15.9% en el 2009 a 9.84% en el 2012. Por el contrario las lesiones a pesar de que sus proporciones son bajas en todos los años, la tendencia es al aumento.

Tabla 15. Principales causas de morbilidad, La Celia Risaralda 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Primera infancia (0 -	Condiciones transmisibles y nutricionales	39.79	38.52	38.15	38.64	0.49

5años)	Condiciones materno perinatales	1.31	0.53	1.13	1.83	0.70
	Enfermedades no transmisibles	37.43	35.09	37.92	33.94	3.98
	Lesiones	7.33	8.18	7.45	11.75	4.30
	Condiciones mal clasificadas	14.14	17.68	15.35	13.84	1.51
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35.04	29.88	22.65	20.30	2.35
	Condiciones materno perinatales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Enfermedades no transmisibles	48.43	45.73	57.17	50.74	6.43
	Lesiones	5.12	7.01	8.07	12.62	4.55
	Signos y síntomas mal definidos	11.42	17.38	12.11	16.34	4.23
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21.43	21.82	12.45	13.95	1.50
	Condiciones materno perinatales	1.49	3.12	1.43	1.40	0.03
	Enfermedades no transmisibles	52.08	47.79	56.94	56.28	0.66
	Lesiones	11.61	8.05	14.29	10.00	4.29
	Signos y síntomas mal definidos	13.39	19.22	14.90	18.37	3.47
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.65	18.88	11.10	13.41	2.31
	Condiciones materno perinatales	2.80	3.46	3.01	3.32	0.31
	Enfermedades no transmisibles	53.26	52.02	58.15	55.94	2.21
	Lesiones	9.47	8.50	10.17	10.34	0.17
	Signos y síntomas mal definidos	13.82	17.15	17.57	16.99	0.59
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18.83	15.86	12.56	10.83	1.73
	Condiciones materno perinatales	0.76	0.69	0.37	0.97	0.60
	Enfermedades no transmisibles	56.48	56.63	62.05	61.35	0.70
	Lesiones	8.62	9.04	8.50	11.93	3.43

	Signos y síntomas mal definidos	15.31	17.78	16.52	14.92	1.60
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.90	11.49	9.68	9.84	0.16
	Enfermedades no transmisibles	64.62	65.32	69.57	67.07	2.50
	Lesiones	4.87	5.86	6.45	8.23	1.78
	Signos y síntomas mal definidos	14.62	17.34	14.31	14.86	0.55

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Principales causas de morbilidad en hombres

En los hombres, en la primera infancia predominan las condiciones transmisibles y nutricionales con un aumento de 3.96 puntos, seguidas por las enfermedades no transmisibles cuyas proporciones disminuyeron en 1.16 puntos porcentuales. Las condiciones maternas y perinatales presentaron aumento de 1.42 puntos, mientras que los signos y síntomas mal definidos en este ciclo vital disminuyeron en 5.29 puntos porcentuales.

En la infancia hay predominio de las enfermedades no transmisibles, sin embargo se evidencia disminución significativa de 6.17 puntos en el 2012 con respecto a 2011, le siguen las enfermedades y en signos y síntomas mal definidos se evidencia aumento en la morbilidad en 5.5 puntos porcentuales el 2012 con respecto al 2011. Al igual que en la infancia, en la adolescencia predominan las enfermedades no transmisibles, se presentó disminución en 3.88 puntos porcentuales entre el 2011 y el 2012 en morbilidad por esta causa. También hubo disminución en 2.82 puntos por lesiones.

En el ciclo vital juventud, se observa una disminución de 5.66 puntos porcentuales por enfermedades no transmisibles, siendo éstas las que predominan en este ciclo vital. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales y las lesiones. En esta última se presentó un aumento de 2.11 puntos en el 2012 con respecto al 2011. En la adultez también predominan las enfermedades no transmisibles y el aumento entre el 2011 y el 2012 fue de 1.32 puntos. En lo que tiene que ver con condiciones transmisibles y nutricionales, hubo una disminución de 1.41 puntos en el mismo período yen signos y síntomas mal definidos la disminución fue de 3.23 puntos porcentuales en este ciclo vital.

En la persona mayor predominan las no transmisibles en proporciones más altas que en los demás ciclos vitales, con una reducción en 0.49 puntos porcentuales. Las condiciones transmisibles y nutricionales le siguen, las proporciones son mucho más bajas y también se observa reducción de 0.05 puntos.

Tabla 16. Principales causas de morbilidad en hombres, La Celia Risaralda 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	40.20	40.87	37.40	41.36	3.96
	Condiciones perinatales	0.98	0.48	0.39	1.82	1.42

	Enfermedades no transmisibles	38.24	34.62	36.61	35.45	1.16
	Lesiones	8.33	8.17	9.84	10.91	1.07
	Signos y síntomas mal definidos	12.25	15.87	15.75	10.45	5.29
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34.21	26.09	21.85	21.65	0.20
	Enfermedades no transmisibles	52.63	44.72	54.62	48.45	6.17
	Lesiones	5.26	8.07	12.61	13.40	0.80
	Signos y síntomas mal definidos	7.89	21.12	10.92	16.49	5.57
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.48	15.10	11.11	13.23	2.12
	Enfermedades no transmisibles	56.02	53.13	56.79	52.91	3.88
	Lesiones	13.86	14.06	19.75	16.93	2.82
	Signos y síntomas mal definidos	9.64	17.71	12.35	16.93	4.59
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.79	13.39	11.29	11.36	0.07
	Enfermedades no transmisibles	52.48	51.88	56.45	50.79	5.66
	Lesiones	17.33	16.74	18.71	20.82	2.11
	Signos y síntomas mal definidos	9.41	17.99	13.55	17.03	3.49
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16.99	14.31	11.48	10.06	1.41
	Enfermedades no transmisibles	55.40	54.08	58.74	60.06	1.32
	Lesiones	13.98	14.91	15.03	18.34	3.32
	Signos y síntomas mal definidos	13.63	16.70	14.75	11.53	3.23
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.92	11.72	8.88	8.84	0.05
	Enfermedades no transmisibles	63.68	62.76	68.77	68.27	0.49
	Lesiones	6.97	7.11	7.45	8.84	1.39
	Signos y síntomas mal definidos	13.43	18.41	14.90	14.06	0.84

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Principales causas de morbilidad en mujeres

En mujeres, las condiciones transmisibles y nutricionales son la principal causa de morbilidad en la primera infancia con un aumento de 2.53 puntos porcentuales entre 2011 y 2012, le siguen las enfermedades no transmisibles que al contrario de la anterior presentó una disminución en 2.59 puntos porcentuales en el mismo período, Le siguen los signos y síntomas mal definidos que en este ciclo vital tuvo un aumento de 8.49 puntos entre el 2011 y el 2012. Las lesiones presentaron un aumento de 13.5 puntos entre el 2011 y el 2012.

En Infancia, predominan las enfermedades no transmisibles con aumento en 1.67 puntos porcentuales, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales que tuvieron disminución entre 2001 y 2012 de 1.67 puntos porcentuales. Se observa además al igual que en la primera infancia que en este ciclo vital las lesiones presentaron un aumento significativo al pasar de 3.45% en el 2011 a 16.56 en el 2012, lo que supone un aumento en 13.11 puntos porcentuales.

En el ciclo vital adolescencia, predominan las enfermedades no transmisibles, cuya disminución entre el 2011 y el 2012 sólo alcanzó 0.11 puntos, seguidas por las condiciones transmisibles y nutricionales con aumento de 0.62 puntos en el mismo período. Las condiciones maternas presentaron una disminución de 0.51 puntos mientras que en lesiones la disminución fue de 5.72 puntos porcentuales.

En el ciclo vital juventud, se observa aumento en las condiciones transmisibles y nutricionales, en condiciones maternoperinatales y en no transmisibles, mientras que se observa disminución en las demás causas de morbilidad siendo más significativa en signos y síntomas mal definidos.
En la adultez, predominan las enfermedades no transmisibles con una disminución de 1.98 puntos porcentuales entre el 2011 y el 2012. En el ciclo vital persona mayor, también predominan las enfermedades no transmisibles, con una disminución en 4.47 puntos porcentuales entre el 2011 y el 2012. En lesiones huno un aumento en 2.14 puntos porcentuales.

Tabla 17.Principales causas de morbilidad en mujeres, La Celia Risaralda 2009 – 2012

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50.72	49.59	48.37	50.89	2.53
	Condiciones materno perinatales	2.17	0.81	2.61	2.68	0.06
	Enfermedades no transmisibles	47.10	49.59	49.02	46.43	2.59
	Lesiones	7.97	11.38	5.23	18.75	13.52
	Signos y síntomas mal definidos	21.01	27.64	18.30	26.79	8.49
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44.25	41.79	28.16	26.49	1.67
	Condiciones materno	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Enfermedades no transmisibles	55.75	58.21	71.84	73.51	1.67

	Lesiones	6.19	7.46	3.45	16.56	13.11
	Signos y síntomas mal definidos	17.70	17.16	16.09	22.52	6.42
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24.05	30.73	17.89	18.52	0.62
	Condiciones materno	3.16	6.70	3.68	3.17	0.51
	Enfermedades no transmisibles	72.78	62.57	78.42	78.31	0.11
	Lesiones	10.13	2.23	11.58	5.82	5.76
	Signos y síntomas mal definidos	18.35	22.35	22.63	24.87	2.24
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	100.00	21.76	10.99	14.81	3.82
	Condiciones materno	19.78	5.27	4.68	5.58	0.89
	Enfermedades no transmisibles	26.44	52.09	59.10	59.44	0.34
	Lesiones	28.57	4.18	5.41	3.22	2.19
	Signos y síntomas mal definidos	76.92	16.70	19.82	16.95	2.87
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20.00	16.83	13.26	11.34	1.92
	Condiciones materno	1.24	1.12	0.61	1.62	1.01
	Enfermedades no transmisibles	57.18	58.23	64.18	62.20	1.98
	Lesiones	5.20	5.36	4.30	7.67	3.37
	Signos y síntomas mal definidos	16.38	18.45	17.65	17.17	0.48
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.87	11.22	10.44	10.84	0.40
	Enfermedades no transmisibles	65.61	68.29	70.33	65.86	4.47
	Lesiones	2.65	4.39	5.49	7.63	2.14
	Signos y síntomas mal definidos	15.87	16.10	13.74	15.66	1.93

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

2.2.2Morbilidad especifica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

En el ciclo vital primera infancia, predominan dentro de este grupo las infecciones respiratorias, con un aumento en todos los años analizados, le siguen las enfermedades infecciosas y respiratorias, que al contrario de la anterior ha presentado disminución en todos los años, como se muestra en la tabla. Las deficiencias nutricionales ocupan el tercer lugar en este ciclo vital y se observa un aumento en 0.51 puntos en el 2012 con respecto al 2011. En la infancia, se observa una disminución significativa en 21.66 puntos en morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, mientras que para enfermedades respiratorias se observa aumento en 15.73 puntos. También se evidencia aumento en 5.94 puntos debido a deficiencias nutricionales.

En el ciclo vital adolescencia predominan las infecciones respiratorias con un aumento de 4.55 puntos. En enfermedades infecciosas y parasitarias se evidencia una disminución en 7.83 puntos porcentuales, mientras que para deficiencias nutricionales no hubo ningún cambio. En juventud también predominan las infecciones respiratorias y la disminución entre el 2011 y 2012 fue de 10.69 puntos, mientras que hubo aumento en 7.87 puntos en lo que tiene que ver con enfermedades infecciosas y parasitarias. En deficiencias nutricionales la disminución fue de 2.81 puntos.

En el ciclo vital adultez, predominan las enfermedades infecciosas y parasitarias, con un aumento de 7.65 puntos en el año 2012 con respecto al 2011. Le siguen las infecciones respiratorias, con una disminución de 7.25 puntos porcentuales. En la persona mayor, predominan las infecciones respiratorias, con un aumento de 1.08 puntos, seguidas por la enfermedades infecciosas con una disminución de 1.08 puntos.

Tabla 18. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, La Celia Risaralda 2009 – 2012

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	38,34	36,16	31,47	30,29	-1,19
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	59,07	59,32	64,47	65,14	0,68
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,59	4,52	4,06	4,57	0,51
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	48,96	38,46	53,85	32,18	-21,66
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47,92	58,65	45,19	60,92	15,73
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3,13	2,88	0,96	6,90	5,94

Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	42,31	42,39	53,73	45,90	-7,83
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	55,13	55,43	46,27	50,82	4,55
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,56	2,17	0,00	3,28	3,28
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	39,19	48,98	42,59	50,47	7,87
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	60,81	50,34	56,48	45,79	-10,69
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,00	0,68	0,93	3,74	2,81
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	50,51	46,88	46,59	54,24	7,65
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49,49	51,34	53,01	45,76	-7,25
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,00	1,79	0,40	0,00	-0,40
Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04,N70-N73)	40,91	35,85	42,25	41,18	-1,08
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,58	62,26	57,75	58,82	1,08
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,52	1,89	0,00	0,00	0,00

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Condiciones materno perinatales

En le primera infancia se presentaron 3 casos morbilidad por condiciones derivadas durante el período perinatal en el año 2009, aumentó a 4 casos en el año 2011 y disminuyó a 3 en el 2012. En la adolescencia

hubo 11 casos de morbilidad por condiciones maternas en el año 2010, las cuales disminuyeron a 7 en el 2011 y a 6 en el año 2012. En el ciclo vital no hubo casos por condiciones maternas, así como tampoco en la adultez.

Tabla 19. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Condiciones perinatales	Casos 2009	Casos 2010	Casos 2011	Casos 2012	Diferencia 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)*	3	1	4	3	-1
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	5	11	7	6	-1
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0	0	0	0	0
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0	0	0	0	0

RIPS.SISPRO.MSPS

Enfermedades no transmisibles

En la primera infancia predominan las enfermedades de la piel, con una proporción para el año 2009 de 27, la cual fue disminuyendo en los años siguientes hasta alcanzar en el año 2012 una proporción de 14.11. Le siguen las enfermedades respiratorias las cuales al contrario de las primeras han presentado aumento en la proporción, al pasar de 9.29 en el año 2011 a 20.86 en el 2012, lo que supone un aumento de 11.57 puntos porcentuales. Las condiciones orales también han tenido una disminución significativa al pasar de una proporción de 35.84 en el 2011 a 7.84 en el 2012 como se muestra en la tabla.

En la infancia predominan las condiciones orales con una reducción de 6.81 puntos, le siguen las enfermedades respiratorias las cuales aumentaron en 2 puntos porcentuales en el año 2012 con respecto al 2011. En tercer lugar aparecen las enfermedades de los órganos de los sentidos, con un aumento de 3.92 puntos en el año 2012.

En el ciclo vital adolescencia, predominan igualmente las condiciones orales con una leve disminución en la proporción en el año 2012. Le siguen las enfermedades del sistema genitourinario con un aumento de 2.61 puntos en el año 2012 con respecto al 2011, seguidas por las enfermedades de la piel con disminución de 30.6 puntos en el año 2012.

En la juventud, también predominan las condiciones orales, se evidencia disminución en 0.35 puntos en el año 2012, le siguen las enfermedades del sistema urinario las cuales aumentaron en 1.42 puntos y en tercer lugar se encuentran las enfermedades musculoesqueléticas, que tuvieron una disminución de 2.21 puntos en el año 2012 con respecto al 2011.

En el ciclo vital adultez, la principal causa de morbilidad por enfermedades no transmisibles son las condiciones orales aunque en menor proporción que en los demás ciclos vitales, seguidas de las enfermedades musculoesqueléticas, genitourinarias y cardiovasculares como se muestra en la tabla.

En la persona mayor la principal causa de morbilidad por enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, se aprecia disminución en 2.31 puntos porcentuales en el año 2012 con

respecto al 2011, le siguen las enfermedades musculoesqueléticas con un aumento en 0.58 puntos y las genitourinarias, las cuales tuvieron una disminución de 2.09 puntos porcentuales en el año 2012.

Tabla 20. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 – 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Neoplasias malignas C00-C97)	1,10	2,29	1,33	1,84	0,51
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,55	1,14	0,00	1,23	1,23
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	0,55	1,14	0,00	1,84	1,84
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	3,87	2,29	1,77	3,68	1,91
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,08	8,00	8,41	11,04	2,64
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,10	0,00	0,00	0,61	0,61
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	17,13	14,29	9,29	20,86	11,57
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,94	9,71	10,18	13,50	3,32
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	3,31	8,57	7,52	8,59	1,07
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	27,07	20,00	16,37	14,11	-2,26
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	3,31	1,71	4,42	4,91	0,48
	Anomalías congénitas (Q00-	2,76	4,57	4,87	9,82	4,95

	Q99)					
	Condiciones orales (K00-K14)	23,20	26,29	35,84	7,98	-27,87

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Tabla 21. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,61	0,00	0,31	0,38	0,07
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,61	0,00	0,00	0,00	0,00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,68	1,48	2,18	1,92	-0,26
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	1,84	3,45	3,43	7,69	4,27
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9,20	5,42	6,85	10,77	3,92
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,61	0,49	0,31	0,77	0,46
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	15,34	8,87	8,72	10,77	2,05
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4,29	7,39	1,87	4,23	2,36
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6,13	8,37	5,92	6,92	1,00
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	6,75	8,37	9,03	6,54	-2,50
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	5,52	4,43	6,85	3,46	-3,39
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,61	0,49	1,56	0,38	-1,17
	Condiciones orales (K00-K14)	44,79	51,23	52,96	46,15	-6,81

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Tabla 22. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,00	0,36	0,82	0,29	-0,52
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,00	0,71	1,36	0,00	-1,36
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,38	4,64	2,99	2,06	-0,92
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	5,11	4,29	4,89	6,19	1,30
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,47	5,71	7,07	7,67	0,60
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0,73	1,79	0,27	1,18	0,91
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,47	5,36	3,53	6,19	2,66
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	4,38	5,36	5,71	6,19	0,49
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,04	11,79	9,78	12,39	2,61
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,76	12,50	12,50	9,44	-3,06
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	7,66	7,50	8,97	7,96	-1,00
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,36	1,43	1,09	0,00	-1,09
	Condiciones orales (K00-K14)	45,62	38,57	41,03	40,41	-0,62

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Tabla 23. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la juventud, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,00	0,19	1,11	0,62	-0,49
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,39	0,77	0,83	0,77	-0,06
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,00	0,19	0,00	0,15	0,15
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,96	4,05	3,89	4,33	0,43
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	7,89	6,55	5,84	7,42	1,58
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	5,52	5,78	6,12	4,79	-1,33
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1,18	1,93	0,83	1,55	0,71
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4,14	3,66	3,06	4,02	0,96
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	9,47	6,94	7,09	8,81	1,72
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	16,96	19,65	15,58	17,00	1,42
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	8,28	10,40	8,90	6,49	-2,41
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	9,07	8,29	9,32	7,11	-2,21
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,20	0,77	0,28	0,15	-0,12
	Condiciones orales (K00-K14)	33,93	30,83	37,13	36,79	-0,35

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Tabla 24. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la adultez, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012

Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,15	0,62	0,89	0,49	-0,40
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,79	1,31	1,26	1,54	0,29
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,08	2,31	2,41	2,16	-0,25
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,80	7,17	7,17	8,39	1,22
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	7,81	7,32	8,06	8,45	0,39
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,59	4,55	4,40	5,68	1,28
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,17	11,72	12,57	11,60	-0,97
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	2,94	3,24	3,09	3,45	0,37
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,67	8,25	7,02	9,38	2,36
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	12,54	13,49	10,10	11,84	1,74
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,02	6,40	5,08	4,63	-0,45
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	16,69	15,27	16,54	11,84	-4,70
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,21	0,23	0,10	0,37	0,27
	Condiciones orales (K00-K14)	18,55	18,12	21,31	20,17	-1,14

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Tabla 25. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles en la persona mayor de 60 años, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Persona mayor (>	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,84	1,48	1,46	1,42	-0,05

60 años)	Otras neoplasias (D00-D48)	0,61	1,11	0,56	0,63	0,07
	Diabetes mellitus (E10-E14)	3,69	4,63	5,39	5,82	0,42
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,71	5,56	4,27	6,76	2,49
	Condiciones neuropsiquiatrías (F01-F99, G06-G98)	5,74	4,44	4,27	5,35	1,08
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,38	7,96	6,52	8,18	1,66
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	28,28	32,59	36,74	34,43	-2,31
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	5,94	4,44	6,52	5,19	-1,33
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,17	5,56	6,40	5,82	-0,59
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,17	7,78	8,54	6,45	-2,09
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,94	6,85	2,92	3,46	0,54
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	17,42	13,52	12,47	13,05	0,58
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,00	0,19	0,22	0,00	-0,22
	Condiciones orales (K00-K14)	4,10	3,89	3,71	3,46	-0,25

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

Lesiones

Como se observa en la tabla, en la primera infancia la principal causa de morbilidad por lesiones son los traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas, Entre el año 2011 y 2012 el aumento en la morbilidad por esta causa fue de 2.81 puntos porcentuales. Le siguen las lesiones no intencionales con disminución de 2.81 puntos.

En la infancia al igual que en la primera infancia la principal causa de morbilidad por lesiones son los traumatismos, envenenamientos o algunas otras consecuencias de causas externas, con una aumento en 11.44 puntos porcentuales en el 2012, seguidos por las no intencionales disminución en 11.44 puntos porcentuales en el año 2012.

En el ciclo vital adolescencia, también predominan los traumatismos y envenenamientos con leve disminución entre el 2011 y el 2012, seguido por las lesiones no intencionales con un aumento de 2.26 puntos

porcentuales, sin embargo en este ciclo vital contrario a los dos anteriores se evidencia como causa de morbilidad las lesiones intencionales.

En la juventud, la adultez y la persona mayor también los traumatismos, envenenamientos son la principal causa de morbilidad por lesiones, con la diferencia que en el ciclo vital hubo una disminución de 4.78 puntos porcentuales en el 2012, mientras que en los otros dos ciclos vitales aumentó la proporción.

Tabla 26. Morbilidad específica por las lesiones, La Celia Risaralda 2009 – 2012.

Ciclo vital	Lesiones	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Cambio en puntos porcentuales 2011 - 2012
Primera infancia (0 - 5años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	20,00	6,25	20,59	17,78	-2,81
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	80,00	93,75	79,41	82,22	2,81
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,69	4,35	21,05	9,62	-11,44
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,31	95,65	78,95	90,38	11,44
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	15,38	6,25	7,04	9,30	2,26
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	3,13	1,41	0,00	-1,41
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas	84,62	90,63	91,55	90,70	-0,85

	otras consecuencias de causas externas (S00-T98)					
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	13,11	7,94	8,79	9,64	0,85
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	4,76	2,20	0,00	-2,20
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	2,20	0,00	-2,20
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	86,89	87,30	86,81	90,36	3,55
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	7,14	6,78	7,98	12,90	4,93
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,61	0,54	-0,08
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,61	0,54	-0,08
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92,86	93,22	90,80	86,02	-4,78
Persona mayor (> 60 años	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	5,00	11,54	13,04	11,90	-1,14
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	95,00	88,46	86,96	88,10	1,14

Fuente: RIPS.SISPRO.MSPS

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

No se dispone de información referente a enfermedad renal para el municipio de La Celia. En lo que tiene que ver con incidencia de VIH para el departamento la incidencia fue de 23 casos por 100.000 habitantes mientras que para el municipio fue de 11.5, quedando en verde este indicador en el municipio con respecto al departamento. En el municipio no se reportaron casos de leucemia.

Tabla 27.Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo La Celia, 2008-2011

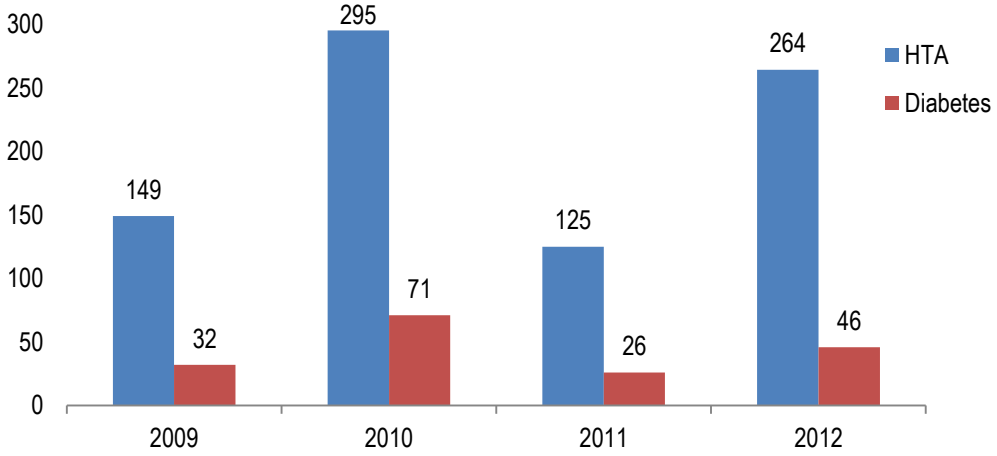
Evento de alto costo	Risaralda	La Celia		2008	2009	2010	2011
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal*	56	SD					
Incidencia de VIH notificada ***	23	11.5		↘	↘	↗	-
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada ***	0	0		↘	↘	↘	↘
Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años***	3.39	0		↘	↘	↘	↘

Fuente: SIVIGILA

2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Se muestra la distribución de casos de hipertensión arterial y diabetes Mellitus desde el 2009 al 2012. Tanto para HTA como para diabetes mellitus, en el año 2010 se diagnosticaron el mayor número de casos, con 295 y 71 casos respectivamente. En el año 2011, los casos nuevos de HTA fueron 125, mientras que de diabetes fueron 26, con disminución en ambos casos y en el año 2012 tantos los casos de hipertensión como de diabetes aumentaron, con 264 y 546 casos respectivamente.

Tabla 28. Eventos precursores La Celia, 2009 -2012



Fuente: SISAP

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En lo que tiene que ver con eventos de notificación obligatoria, como se muestra en la tabla, el municipio de La Celia queda en rojo en la semaforización en letalidad por intoxicaciones y en letalidad por leptospirosis.

Tabla 29.Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria La Celia, 2007-2011

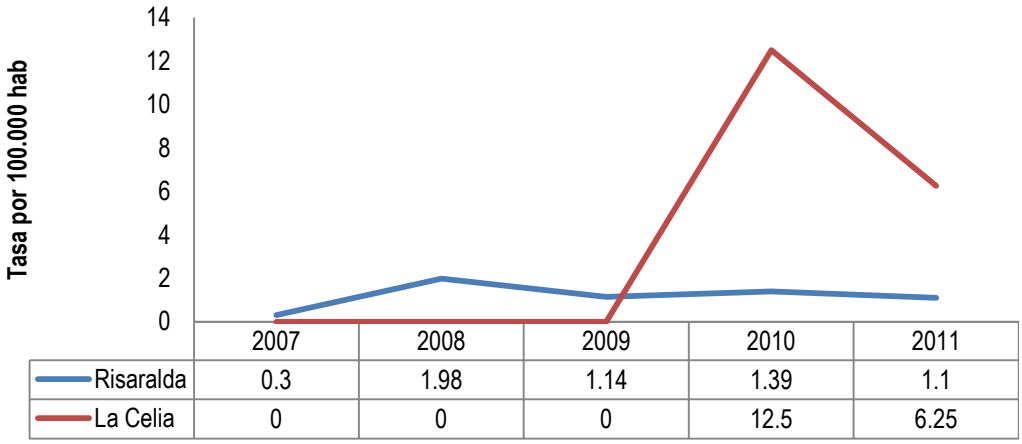
Eventos de Notificación Obligatoria	Risaralda	La Celia		2007	2008	2009	2010	2011
Letalidad por accidente ofídico	2.5	0.0		-	-	-	--	-
Letalidad por IRAG	0.4	0.0		-	-	-	-	-
Letalidad por intoxicaciones	1.1	6.3		-	-	-	↗	↘
Letalidad por sífilis congénita	1.7	0.0		-	-	-	-	-
Letalidad por tosferina	3.0	0.0						
Letalidad por tuberculosis	2.1	0.0						
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	7.6	0.0						
Letalidad por tuberculosis pulmonar	1.1	0.0						
Letalidad por varicela	0.0	0.0						
Tasa de Incidencia de dengue	151.8	0.0						
Tasa de Incidencia de dengue grave	2.7	0.0						
Tasa de incidencia de Leptospirosis	40.6	85.69						
Tasa de incidencia de sífilis congénita	5.0	0.0						

Fuente: SIVIGILA

Letalidad por Intoxicaciones

Entre el 2007 y el 2009 en el municipio la tasa de letalidad por intoxicaciones fue de 0, sin embargo para el año 2010 se presentó la tasa de letalidad más alta la cual fue casi 9 veces la del departamento y a pesar de que en el año 2011 la letalidad disminuyó el doble con respecto al año anterior, siguió siendo considerablemente más alta que la del departamento cuyas tasas no superaron 1.98 por 100.000 habitantes.

Figura 28. Letalidad por Intoxicaciones, La Celia Risaralda 2007 -2011



	2007	2008	2009	2010	2011
Risaralda	0.3	1.98	1.14	1.39	1.1
La Celia	0	0	0	12.5	6.25

Fuente: SIVIGILA

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2009 a 2012

Se realiza una descripción de las personas en condición de discapacidad, detallando el tipo de discapacidad, sexo, grupo de edad quinquenal, etnia, tipo de afiliación en salud, nivel de educación y estrato socioeconómico. Las alteraciones permanentes se organizan por las siguientes categorías: el sistema nervioso; la piel; ninguna; los ojos; los oídos; los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); la voz y el habla; el sistema cardiorespiratorio y las defensas; la digestión, el metabolismo y las hormonas; el sistema genital y reproductivo y el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas.

Para el análisis de la información se utiliza el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad que se encuentra disponible desde el 2002 hasta el 2013; pero tan solo se realizará a partir del 2009 al 2012 y disponible en la Bodega de Datos de SISPRO. Se analiza la tendencia del comportamiento de las condiciones de discapacidad en el municipio de La Celia.

Tabla 30. Distribución de las alteraciones permanentes La Celia Risaralda, 2009-2012

Alteraciones permanentes	2002	2006	2012	2013
	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto
El sistema nervioso	1	94	10	3
La piel	0	16	3	1
Los ojos	0	110	10	3
Los oídos	0	58	4	
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	0	8	1	

La voz y el habla	0	42	3	4
El sistema cardio respiratorio y las defensas	1	58	5	1
La digestión, el metabolismo, las hormonas	0	12	2	1
El sistema genital y reproductivo	0	7	2	2
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1	115	14	3
Ninguna	**1**	**213**	**16**	**7**

Fuente: SISPRO

Existe un registro especialmente alto en la discapacidad durante el año 2006, de hecho ningún otro año registra una cantidad comparable de personas en esta condición. Los sistemas que mayor aporte son los ojos y el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas.

Tabla 31. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres del La Celia Risaralda 2009 al 2012

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oídos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las defensas	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Ninguna
	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto
0 a 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 a 09 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14 años	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0
15 a 19 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 24 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
25 a 29 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30 a 34 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35 a 39 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40 a 44 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45 a 49 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50 a 54 años	3	1	3		0	1	2	0	1	3	0
55 a 59 años	1	1	1	1	1	1		1	0	1	0
60 a 64 años	1		1	1	0	0	0	0	0	0	0
65 a 69 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 a 74 años	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0
75 a 79 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

80 años o más	2		1	0	0	0	0	0	0	2	0

Fuente: Archivo ASIS de discapacidad.SISPRO.

En los hombres se nota una mayor concentración de discapacidad en el sistema nervioso, los ojos y la locomoción. Además llama la atención que 9 de los casos se presentan entre los 50 y los 54 años de edad, lo cual pudiera estar relacionado a causas ocupacionales.

Por su parte, en el caso de las mujeres, la principal concentración de discapacidad se ubica entre los 70 y los 74 años. Los sistemas más afectados son el sistema nervioso y la locomoción.

Tabla 32. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres del municipio de La Celia 2009 a 2012.

Grupo de edad	El sistema nervioso	La piel	Los ojos	Los oidos	Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	La voz y el habla	El sistema cardio respiratorio y las defensas	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	Ninguna
	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto	Número absoluto
45 a 49 años	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
50 a 54 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55 a 59 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
60 a 64 años	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
65 a 69 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 a 74 años	2	0	0	0	0	0	1	1	1	2	
75 a 79 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 años o más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Archivo ASIS de discapacidad.SISPRO.

2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

Tabla 33. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria La Celia Risaralda

	Causa de morbilidad priorizada	Valor del indicador de Risaralda 2011	Valor del indicador de La Celia 2011
Morbilidad por grandes causas	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.5%	No aplica
	Condiciones materno perinatales	0.8%	
	Enfermedades no transmisibles	59.1%	
	Lesiones	8.5%	
	Condiciones mal clasificadas	15.9%	
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadío 3 (número de personas)	200	
	Progresión de la enfermedad renal crónica estadío 4 (número de personas)	25	
	Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000*** (*)	10.2	0.0
	Incidencia de VIH notificada	23.1	1
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada	0.0	0.0
	Incidencia de leucemia linfoide aguda en menores de 15 años notificada	3.399	0.0
Eventos precursores	Prevalencia de enfermedad renal crónica	2.4	N.A
	Prevalencia de hipertensión arterial	8.9	N.A
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por Intoxicación por plaguicidas	1.10	6.25

Fuente: SISPRO

Conclusiones

Los eventos asociados a enfermedades transmisibles son la principal causa de consulta por morbilidad en menores de 5 años. Por otra parte, la morbilidad materna que afecta tanto a adolescentes y jóvenes presenta un descenso en la proporción presentada desde el año 2010 al 2012. Las lesiones aportan una proporción de consultas importante en todos los grupos de edad, especialmente en hombres y la principal causas de morbilidad por esta causa son los traumatismos y envenenamientos Con respecto a eventos de alto costo, se presenta una incidencia de VIH de 11,5 casos por 100 mil habitantes, cerca de la mitad del riesgo que se presenta en el promedio departamental. No se presentan casos de leucemia en menores de 15 años. En cuanto a letalidad por eventos de notificación obligatoria se destaca un aumento significativo del riesgo para la letalidad por intoxicaciones y letalidad por leptospirosis.

Se destaca, el aumento en los casos nuevos de hipertensión y de diabetes mellitus en el año 2012 con respecto al 2011.

En relación a la discapacidad, en los hombres se nota una mayor concentración de causas asociadas al sistema nervioso, los ojos y la locomoción. Además llama la atención que 9 de los casos se presentan entre los 50 y los 54 años de edad, lo cual pudiera estar relacionado a causas ocupacionales. En el caso de las mujeres, la mayor concentración de discapacidad se ubica entre los 70 y los 74 años; los sistemas más afectados son el sistema nervioso y la locomoción.

2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS

2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud

Condiciones de vida

La información de las coberturas de servicios públicos suministradas es del año 2005. En la tabla 34 se presenta el consolidado de indicadores relacionados a los determinantes intermedios de la salud relacionado s acondiciones de vida, este valor se compara con los valores departamentales para definir la presencia de diferencias estadísticamente significativas.

- **Cobertura de servicios de electricidad**: Para el municipio la cobertura de electricidad fue de 96.2, un poco por encima de la del nivel departamental. No hay diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto el indicador queda en amarillo para el municipio.

- **Cobertura de acueducto**: La cobertura de acueducto en el municipio se observa más baja que en el departamento pero tampoco hay diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto este indicador también queda en amarillo

- **Cobertura de alcantarillado:** En la Celia la cobertura de alcantarillado alcanzó el 62.6% más baja que la del departamento pero igual que en los anteriores indicadores, en la semaforización queda en amarillo al no evidenciarse diferencias estadísticamente significativas.

- **Cobertura de servicios de telefonía:** Para el municipio de La Celia, las coberturas de telefonía sólo eran del 14.3% muy por debajo de las del departamento que estaban en 31.9%. este indicador se ubica en rojo para el municipio, al existir diferencias estadísticamente significativas.

- **Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA):** En el municipio este índice para el año 2011 fue de 29.2, a pesar de que disminuyó con respecto a los años anteriores, al analizarlo con el del nivel departamental el cual era de 19.3, se encuentran diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto este indicador en la semaforización queda en rojo para el municipio.

- **Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada**: En el municipio de La Celia, el 34% de los hogares presentan esta condición, muy por encima del departamento, por lo tanto este indicador también en la semaforización queda en rojo para el municipio

- **Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas**: Este indicador al igual que el anterior queda en rojo en la semaforización al encontrarse muy por encima del indicador departamental, encontrándose diferencias estadísticamente significativas

Tabla 34. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida La Celia Risaralda 2005

Condiciones de vida	Risaralda	La Celia	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color
Cobertura de servicios de electricidad	95.0	96.2	1.0126	0.8292	1.2366	
Cobertura de acueducto	79.9	69.3	0.8673	0.6854	1.0976	
Cobertura de alcantarillado	75.3	62.6	0.8313	0.6489	1.0650	
Cobertura de servicios de telefonía	31.9	14.3	0.4483	0.2670	0.7527	
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	19.3	29.2	1.5130	1.0527	2.1745	
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada	8.2	34.0	4.1463	2.9627	5.8029	
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas	4.9	29.6	6.0408	4.2135	8.6607	

Fuente: Índice de pobreza Multidimensional Municipal.

Disponibilidad de alimentos

- **Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer:** Para el departamento el valor de este indicador fue de 9 mientras que para el municipio de 2.3, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto este indicador queda en verde para el municipio. Con relación a la tendencia este indicador disminuyó en el 2010 con respecto al 2005.

Tabla 35. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional La Celia Risaralda

Disponibilidad de alimentos	Risaralda	La Celia		2005	2010
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EE VV DANE 2010)	9	2.33		↘	↘

Fuente: EE VV DANE 2010

Condiciones de trabajo

- **Incidencia de accidentalidad en el trabajo**: El municipio de La Celia presentó para el año 2012 una incidencia de accidentalidad en el trabajo de 112 por 100.000 habitantes, ubicándose como tercer municipio con la incidencia más baja luego de Guática y Mistrató.

- **Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo**: El municipio de La Celia no reportó enfermedades relacionadas con el trabajo en el año 2012.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

El análisis de los indicadores de los factores psicológicos y culturales incluye la revisión del porcentaje de personas que consumo de frutas y verduras, la prevalencia de consumo de alcohol y marihuana en escolares, el porcentaje de mujeres unidas con uso métodos anticonceptivos, la transmisión materno infantil de VIH, la cobertura de tratamiento antirretroviral, incidencia de violencia contra la mujer, entre otros indicadores relacionados. Este análisis se realiza en el nivel departamental por la disponibilidad de información limitada en el nivel municipal.

Sistema sanitario

Se analiza el sistema sanitario según la estimación de la razón de proporciones y sus intervalos de confianza al 95%; como valor de referencia el municipio usara el valor del departamento. El resumen de los indicadores incluidos se presenta en la tabla 36. Se presenta a continuación una descripción de los indicadores del sistema sanitario.

- **Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia**: Para el municipio de La Celia, este indicador se situó en 15.4. mientras que para Risaralda fue de 12.8, no se observan diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto en la semaforización, queda en amarillo.

- **Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud:** Para el municipio este indicador fue de 16.3, para Risaralda de 5.7, al no haber diferencias estadísticamente significativas, también queda en amarillo para el municipio en la semaforización.

- **Cobertura de afiliación al SGSSS**: 79,6% para el 2013 que corresponde a 10 puntos porcentuales menos en relación al departamento, sin embargo esta diferencia puede ser explicada por el azar.

- **Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos**: Este indicador se sitúa en rojo para el municipio ya que quedó en 36, mientras que para el departamento fue de 92.2, encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

- **Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año**: Al igual que con el anterior indicador, se encuentran diferencias estadísticamente significativas del municipio con respecto al departamento por lo tanto en la semaforización también queda en rojo.

- **Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año**: Tanto el departamento como el municipio presentan coberturas bajas para este biológico, sin embargo en el municipio las coberturas son mucho más bajas que en el departamento, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, por lo anterior este indicador queda en rojo para el municipio.

- **Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año**: Igual que con las coberturas de polio, ambas son bajas sin embargo son más bajas en el municipio, se encuentran diferencias estadísticamente significativas y este indicador al igual que en todos los analizados del PAI queda en rojo para el municipio.

- **Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal**: El valor de este indicador fue más alto en el municipio que en el departamento, sin embargo no se encuentran

diferencias estadísticamente significativas por lo cual el indicador queda en amarillo para el municipio.

- **Cobertura de parto institucional**: Es levemente mejor el valor de este indicador en el municipio, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa y por lo tanto el indicador queda en amarillo para el municipio.

- **Porcentaje de partos atendidos por personal calificado:** Al igual que el indicador anterior el valor es más alto en el municipio, al no existir diferencias estadísticamente significativas también se ubica en amarillo en la semaforización.

Tabla 36. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario La Celia Risaralda

Sistema sanitario	Risaralda	La Celia	Diferencias relativas		2010	2011
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP- DANE 2005)	12.8	15.4	1.2		No aplica	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP-DANE 2005)	5.7	16.3	2.8			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2011, 2012)	89,6	79,6	0,88		↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2012)	92.2	36.0	0.39		↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	87.2	48.4	0.55		↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2012)	75.6	48.4	0.64		↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año	88.4	67.8	0.76		↗	↘
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal (MSPS 2012)	83.9	94.6	1.12		↗	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV DANE 2011)	96.8	98.9	1.02		↗	↗
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV DANE 2011)	95.02	98.2	1.03		↗	↗

Fuente: INDICADORES ASIS MSP

Tabla 37. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud por en el departamento, distrito, municipio, 2012

Servicios habilitados	Instituciones Prestadoras de Salud	
	Número absoluto	Frecuencia relativa
Sala de enfermedades respiratorias agudas - ERA	1	
Sala general de procedimientos menores	1	
Servicio farmacéutico	1	
Terapia respiratoria		
Toma de muestras citologías cervico - uterinas	1	
Toma de muestras de laboratorio clínico	1	
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	1	
Vacunación	1	

Fuente: Indicadores REPS servy Capacidad Instalada 2012

Otros indicadores del sistema sanitario

Se realizan la descripción de los siguientes indicadores del sistema sanitario (tabla 63):

- Número de IPS públicas El municipio de La Celia cuenta con una sola IPS Pública, la ESE Hospital San José
- Número de IPS privadas El municipio de La Celia no cuenta con IPS privadas.
- Número de camas por 1.000 habitantes La Celia cuenta con 0.89 camas por cada 1.000 habitantes
- Número de camas de adulto por 1.000 habitantes Hay 0.47 camas de adulto por mil habitantes en el municipio.
- Número de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes No aplica (hospital de primer nivel de atención).
- Número de ambulancias por 1.000 habitantes 0.35 ambulancias por cada 1.000 habitantes.
- Número de ambulancias básicas por 1.000 habitantes 0.35 ambulancias básicas por 1.000 habitantes
- Número de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes Ninguna
- Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad: En condiciones climáticas secas y con las vías en buen estado, el traslado de un paciente puede tardarse entre 90 y 120 minutos.

Tabla 38. Otros indicadores de sistema sanitario en el departamento, distrito, municipio, 2012

Otros indicadores	Indicadores
Número de IPS públicas	1
Número de IPS privadas	0
Número de camas por 1.000 habitantes	0.89
Número de camas de adulto por 1.000 habitantes	0.47

Número de ambulancias por 1.000 habitantes	0.35
Número de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0.35
Número de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0
Tiempo de traslado de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad	90-120 minutos

Fuente: INDICADORES PARA ASIS

2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud

El análisis identificara como determinante estructural: el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación se presenta en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del departamento, distrito y municipio.

- **Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas**: Para el año 2012 la proporción de población con necesidades básicas insatisfechas en el municipio de La Celia era de 24, por debajo de municipios como Pueblo Rico, Quinchía, Mistrató, Marsella Y Guática.

- **Proporción de población bajo la línea de pobreza**: No se presenta información de este indicador para el municipio de La Celia.

- **Proporción de población en miseria**: La proporción de personas en miseria en el municipio fue de 4.97%.

- **Proporción de población en hacinamiento**: La proporción de población en hacinamiento en el municipio de La Celia según datos del DANE PARA EL 2011 era de 7.41%

- Índice de Pobreza Multidimensional: en el municipio de La Celia este índice llega a 67,8%.

Tabla 39. Otros indicadores de ingreso del municipio de La Celia 2008-2012.

Indicadores de ingreso	2008	2009	2010	2011	2012
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas				24%	
Proporción de población bajo la línea de pobreza				NA	
Proporción de población en miseria				4,79%	
Proporción de población en hacinamiento				7,41%	

Fuente: DANE

Cobertura Bruta de educación

La cobertura bruta de educación en primaria según la estimación de la razón de proporciones está ubicada 28 puntos porcentuales debajo del departamento (valor de referencia), para la categoría secundaria solo 4 puntos por debajo y en educación media 17 puntos por debajo de la cobertura de Risaralda (Tabla 40).

Tabla 40. Tasa de cobertura bruta de educación La Celia, Risaralda 2005 – 2012

Tasa de cobertura bruta de Educación por categoría	Risaralda	La Celia	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	115.2	87.8	0.7616	0.6179	0.9389		↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario	114.8	110.5	0.9620	0.7984	1.1592		↘	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media	87.7	70.4	0.8027	0.6355	1.0140		↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗

Fuente: Ministerio de Educación

Ocupación

Durante el 2012 se registraron 23 casos de accidentes en el trabajo en este mismo año la incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo fue cero.

Porcentaje de hogares con empleo informal

El 94,3% de los hogares de La Celia manifiestan subsistir de empleo informal, valor ligeramente superior al promedio departamental (92%).

3. CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

De acuerdo a los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos se propone realizar la priorización en salud, para esto primero ser requiere el reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes; e identificar los aspectos que se encuentran en peor situación con relación las baterías de indicadores estimados a través del documento por el método del Índices de Necesidades en Salud –INS.

3.1. 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, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los indicadores estimados en los capítulos uno y dos (Tabla 41).

3.2. Priorización de los problemas de salud

Tabla 41. Priorización de los problemas de salud del municipio, 2012.

Dimensiones	Problemas
Salud ambiental	Casos de diarrea como causa de morbilidad en menores de 5 años.
	Riesgo de brotes de enfermedades transmitidas por agua como hepatitis A y EDA en población general especialmente rural.
	Alto riesgo persistente de morbilidad y mortalidad secundaria a intoxicaciones por sustancia químicas.
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Aumento de las enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular
	Gran proporción de las consultas generadas por enfermedades neurosiquiátricas
	Alta demanda de servicios por problemas relacionados a la salud oral.
	Desconocimiento de la prevalencia e intensidad de la actividad física
Convivencia social y salud mental	Frecuentes intentos de intoxicaciones autoinflingidas en adolescentes.
	Alta prevalencia del uso de servicios de salud por enfermedad mental.
	Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
Seguridad alimentaria y nutricional	Comercio clandestino de carne
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	No se da cuenta de la situación de embarazos en adolescentes.
	Desconocimiento de la calidad de los controles prenatales y presencia de muertes maternas hasta 2011.
	Violencia intrafamiliar.
	Barreras de acceso para la planificación familiar.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Incidencia de varicela en población infantil.
	No se da cuenta de la prevalencia de enfermedades emergentes: tuberculosis y VIH.
Salud pública en emergencias y desastres	Dificultades en el acceso desde y hasta zonas rurales dispersas.
	Zonas de riesgo para deslizamientos de tierra
Salud y ámbito laboral	Exceso de informalidad laboral.
	Labores rurales de alto riesgo (minería artesanal)
	Pocas opciones de trabajo formal.
Gestión diferencial de las poblaciones	Aumento de casos de desplazamiento

vulnerables	
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Multiplicidad de labores en la dirección territorial.
	Carencia de talento humano que ejecute las labores de manera suficiente y oportuna.
	Dificultades en la comunicación del ente territorial.