

Análisis de Situación de Salud con el modelo de los Determinantes Sociales en Salud

Secretaría Departamental de Salud de Risaralda

María del Pilar Gómez C.

Dirección Operativa de Salud Pública

Risaralda 2015

PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	12
METODOLOGÍA	13
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	14
SIGLAS	14
CAPÍTULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	16
1.1 Contexto territorial.....	16
1.1.1 Localización	16
1.1.2 Características físicas del territorio	20
1.1.3 Accesibilidad geográfica	23
1.2 Contexto demográfico	27
1.2.1 Estructura demográfica.....	35
1.2.2 Dinámica demográfica	42
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	49
2.1 Análisis de la mortalidad.....	49
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas	49
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	61
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	80
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	106

2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil.....	117
2.2 Análisis de la morbilidad	119
2.2.1 Principales causas de morbilidad.....	119
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo	131
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	154
2.2.4. Morbilidad de eventos precursores	156
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	157
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2002 a 2014	162
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad	168
2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS	171
2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud	171
2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud	182
CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....	186
3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente	186
3.2. Priorización de los problemas de salud	186
3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS	190

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Risaralda	17
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en Risaralda. 2013	24
Tabla 3 . Población por área de residencia Risaralda 2013	29
Tabla 4.Población por pertenencia étnica del departamento, 2008	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5 .Proporción de la población por grupo étnico, Risaralda 2005,2013 y 2020.	36
Tabla 6 . Otros indicadores de estructura demográfica en Risaralda, 2005, 2013, 2020.	41
Tabla 7 .Otros indicadores de la dinámica de la población Risaralda, 2011	45
Tabla 8. Población victimizada de desplazamiento por grupo de edad, sexo, Risaralda, junio10 del 2011 a Agosto 31 del 2013	47
Tabla 9.Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas Risaralda, 2005-2011	79
Tabla 10.Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, según la lista de las 67causas Risaralda, 2005 – 2011	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 12.Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en los niños según la lista de las 67causas Risaralda, 2005 – 2011	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 14.Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez, en las niñas según la lista de las 67causas Risaralda, 2005 – 2011	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Risaralda, 2005 – 2011	88
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por tumores, Risaralda, 2005 – 2011	91
Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Risaralda, 2005 – 2011	92

Tabla 22. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Risaralda, 2005 – 2011	93
Tabla 24. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, Risaralda, 2005 – 2011	95
Tabla 26. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por enfermedades del sistema respiratorio, Risaralda, 2005 – 2011	96
Tabla 28. Tasas específicas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Risaralda, 2005 – 2011	98
Tabla 30. Tasas específicas de mortalidad por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Risaralda, 2005 – 2011	101
Tabla 32. Tasas específicas de mortalidad por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Risaralda, 2005 – 2011	103
Tabla 34. Tasas específicas de mortalidad infantil y niñez por causas externas de morbilidad y mortalidad, Risaralda, 2005 – 2011	105
Tabla 36. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Risaralda, 2005- 2011	107
Tabla 37. Análisis de desigualdades de la mortalidad por NBI Risaralda, 2011	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 38. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Risaralda, 2010 – 2011	115
Tabla 39. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia Risaralda, 2010 – 2011	116
Tabla 40. Identificación de prioridades en salud Risaralda, 2011	117
Tabla 41. Principales causas de morbilidad, Risaralda 2009 – 2012	121
Tabla 42. Principales causas de morbilidad en hombres, Risaralda 2009 – 2012	125
Tabla 43. Principales causas de morbilidad en mujeres, Risaralda 2009 – 2012	129
Tabla 44. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Risaralda, 2009 – 2012	132

Tabla 45. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Risaralda 2009 – 2012	136
Tabla 46. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Risaralda 2009 – 2012	137
Tabla 47. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia Risaralda 2009 – 2012	139
Tabla 48. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Risaralda 2009 – 2012	141
Tabla 49. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Risaralda 2009 – 2012	143
Tabla 50. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Risaralda 2009 – 2012	145
Tabla 51. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años Risaralda 2009 – 2012	147
Tabla 52. Morbilidad específica por las lesiones, Risaralda 2009 – 2012	149
Tabla 53. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Risaralda, 2008-2011	155
Tabla 54. Eventos precursores Risaralda, 2009 -2012	157
Tabla 55. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria Risaralda, 2007-2011	159
Tabla 56. Distribución de las alteraciones permanentes Risaralda, 2009-2012	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 57. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres Risaralda 2009 al 2012	165
Tabla 58. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres, Risaralda 2009 a 2012	167
Tabla 59. Prioridades identificadas en la morbilidad atendida, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Risaralda	169
Tabla 60. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida Risaralda, 2005	172
Tabla 61. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional Risaralda, 2005-2010	173

Tabla 62. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales Risaralda 2011	175
Tabla 63. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario Risaralda 2010-2011	177
Tabla 64. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Risaralda, 2012	179
Tabla 65. Otros indicadores de sistema sanitario Risaralda, 2012	181
Tabla 66. Otros indicadores de ingreso, Risaralda 2008-2012	183
Tabla 67. Tasa de cobertura bruta de educación Risaralda, 2005 – 2012	183
Tabla 68. Priorización de los problemas de salud de Risaralda	186
Tabla 69. Índice de Necesidades en Salud Risaralda, 2011	190

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional Risaralda, 2005, 2013, 2020	35
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios, Risaralda 2005 y 2013	38
Figura 3. Población por sexo y grupo de edad Risaralda, 2013	39
Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes Risaralda, 1985 al 2010	43
Figura 5. Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del Risaralda por municipios 2005 a 2011	44
Figura 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Risaralda, 1885 – 2020	46

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005 – 2011	50
Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres Risaralda, 2005 – 2011	52
Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres Risaralda, 2005 – 2011	53
Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Risaralda, 2005 – 2011	55
Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres Risaralda, 2005 – 2011	56
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres Risaralda, 2005 – 2011	57
Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general Risaralda, 2005 – 2011	58
Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres Risaralda, 2005 – 2011	59
Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en los hombres Risaralda, 2005 – 2011	60
Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres Risaralda, 2005 – 2011	62
Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	63
Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres Risaralda, 2005 – 2011	65
Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	67
Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Risaralda, 2005 – 2011	68
Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	69
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal Risaralda, 2005 – 2011	70
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	71

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres Risaralda, 2005 – 2011	72
Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	73
Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres Risaralda, 2005 – 2011	75
Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres Risaralda, 2005 – 2011	¡Error! Marcador no definido.
Figura 28. Razón de mortalidad materna Risaralda, 2005 -2011	109
Figura 29. Tasa de mortalidad neonatal Risaralda, 2005- 2011	110
Figura 30. Tasa de mortalidad infantil, Risaralda, 2005- 2011	110
Figura 31. Tasa de mortalidad en la niñez, Risaralda, 2005- 2011	111
Figura 32. Tasa de mortalidad por EDA, Risaralda, 2005- 2011	112
Figura 33. Tasa de mortalidad por IRA, Risaralda, 2005- 2011	112
Figura 34. Tasa de mortalidad por desnutrición, Risaralda, 2005- 2011	113
Figura 35. Tasa de mortalidad infantil por NBI Risaralda, 2011	113
Figura 36. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI Risaralda, 2011	114
Figura 37. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica Risaralda, 2012	156
Figura 38. Letalidad por Varicela, Risaralda, 2007 -2011	161
Figura 39. Letalidad por dengue grave, Risaralda, 2007 -2011	161
Figura 40. Letalidad por malaria falciparum, departamento Risaralda, 2007 -2011	162

Figura 41. Letalidad por leishmaniasis visceral, Risaralda, 2007 -2011 **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 41 Índice de concentración del porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según las NBI del, 2005 179

Figura. 42 Análisis de desigualdad mediante el Índice de Concentración en Salud, relación entre cobertura de acueducto año 2011 y tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años año 2011.Risaralda 184

Figura 45.Tasa de desempleo Risaralda, 2001 -2007 1855

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y limites, Risaralda 2013 19

Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, Risaralda, 23

Mapa 3. Vías de comunicaciónRisaralda, 2013 26

Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado Risaralda 28

Mapa 5. Población por área de residencia Risaralda 30

Mapa 6. Población pertenencia étnica del departamento 2012 34

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.

La plantilla para la construcción del ASIS en las Entidades Territoriales, está estructurada en tres partes, la primera, la caracterización de los contextos territorial y demográfico; la segunda parte es, el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes y la tercera corresponde a la priorización de los efectos de salud de acuerdo a los lineamientos dados en la guía.

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 ASIS (Análisis de Situación de Salud), es un documento que permite visibilizar los problemas de salud de la población, su frecuencia y tendencia a través del tiempo, su relación con los determinantes estructurales e intermediarios, así como también los grupos poblacionales más afectados con lo cual se pretende facilitar a los gobiernos la priorización de sus intervenciones. El departamento de Risaralda no es ajeno a la gran importancia que reviste el ASIS como insumo para la elaboración de políticas públicas que redundarán en el mejoramiento de la salud de sus habitantes.

Este documento se elaboró de acuerdo a las instrucciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, buscando conocer no sólo las principales afecciones clasificadas por grupos y subgrupos de enfermedades, y tocando tanto la morbilidad como la mortalidad sino que también se pretendió adentrar un poco sobre determinantes sociales de la salud, tema este que se ha venido tratando desde hace ya varios años y que tiene su propia comisión en la OMS (Comisión sobre determinantes sociales en Salud) la cual pretende “Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales en salud”. Estos determinantes sociales impactan directamente en la salud de la población y desafortunadamente afectan a las poblaciones más vulnerables de la región, citando como ejemplo la tasa de mortalidad infantil y las necesidades básicas insatisfechas. Asimismo la actualización del ASIS fue realizada de acuerdo a las recomendaciones y los insumos suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social. El análisis de mortalidad comprende los años 2005 a 2013, mientras que el de morbilidad va desde 2009 a 2014. Para otros indicadores se tuvieron en cuenta los datos más actualizados posibles.

Una de las conclusiones de este documento es la alta carga de morbilidad y mortalidad que aportan las enfermedades crónicas, producto de la transición demográfica que vive no sólo Risaralda sino toda la nación y que ha llevado a que se aumente la población vieja lo cual debe traducirse en el mejoramiento de los programas que tengan que ver con promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Asimismo se destaca la disminución de los años de vida potencialmente perdidos por causas externas que es más evidente en el sexo masculino y el aumento de la tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino y próstata entre 2012 y 2013 la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en esos mismos años. Asimismo las altas tasas de mortalidad por EDA y por IRA en menores de 5 años que han superado las tasas del nivel nacional en los años analizados.

Se espera también que este documento se actualice cada año y que además sirva de consulta a todos aquellos actores del sistema de salud de la región

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 2013, 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 2014; para los eventos de alto costo y los eventos precursores fue el periodo

comprendido entre el 2008 al 2013 y los eventos de notificación obligatoria desde el 2007 al 2013; 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.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimó las diferencias relativas, tales como el cociente de tasas extremas, cociente ponderado de tasas extremas, el riesgo atribuible poblacional, el riesgo atribuible poblacional relativo (%) y las diferencias absolutas a través de la diferencia de tasas extremas, diferencia ponderada de tasas extremas, según el caso empleando el paquete estadístico Epidat versión 4.0. El Índice de Necesidades en Salud a través del software estadístico Epidat versión 3.1. También se utilizaron otras fuentes de información como el Atlas de Risaralda para el contexto territorial e información suministrada por la Secretaría de Planeación departamental.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Se agradece de manera muy especial al Ministerio de Salud y Protección Social por la iniciativa para realizar el ASIS con enfoque de determinantes Sociales y por el apoyo y asesoría de la Dra. Claudia Moreno

SIGLAS

ASIS: Análisis de situación de salud

AVPP: Años de vida potencialmente perdidos

CAC: Cuenta de alto costo

CIE10: Clasificación internacional de enfermedades

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 vacunación

ERC: Enfermedad renal crónica

ETA: Enfermedades transmitidas por alimentos

ETS: Enfermedades de transmisión sexual

ETV: Enfermedades transmitidas por vectores

HTA: Hipertensión arterial

IC95%: Intervalo de confianza del 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

ODM: Objetivos del desarrollo del milenio

CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

1.1 Contexto territorial

1.1.1 Localización

El departamento de Risaralda está localizado en la región Central de Colombia, en el conocido "Triángulo de Oro", por su ubicación en medio de las tres principales ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín y Cali). Risaralda fue declarada departamento en 1966 cuando se separó de la "Gran Caldas". Su temperatura promedio es de 21°C, se encuentra ubicado por encima de los 1.400 msnm con un promedio anual de lluvias de 3.000 mm. El departamento está conformado por 14 municipios y cuenta con diferentes pisos térmicos, que permiten la existencia de sitios naturales con nieves perpetuas como el "Parque Natural Nacional de los Nevados"; regiones en donde el sol es permanente como el "Valle del río Risaralda"; bosques primarios como el "Cerro de Tatamá"; aguas "termales" como los de Santa Rosa de Cabal; y un sin número de lugares naturales como la "Laguna del Otún", la reserva "la Nona", el "Parque Ucumari", "el Cedral".

El Departamento de Risaralda tiene una extensión aproximada de 3.592 Km², lo que representa el 0.3% del área total del país y el 27% de la extensión total de los departamentos que conforman el eje cafetero, en la cordillera Central (Caldas, Quindío y Risaralda), limita con siete (7) Departamentos: Al Norte con los Departamento de Antioquia y Caldas, por el Oriente con Caldas y Tolima, por el Sur con el Quindío y Valle del Cauca y por Occidente con Chocó.

Risaralda está dividido en 14 municipios: Pereira, ciudad capital, Apía, Balboa, Belén de Umbría, Dosquebradas, Guática, La Celia, La Virginia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santa Rosa de Cabal y Santuario; 19 corregimientos, 95 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados. 1(Atlas de Risaralda)

El municipio de mayor extensión en el departamento es Pueblo Rico con 1020 Km², que representa el 24.9 del total de la extensión de Risaralda seguido por Pereira con 702 Km², que representa únicamente el 17.1% de ésta, y Mistrató con 570 Km², y el 13.95% del total de la extensión del territorio.

Los municipios con menor extensión son en su orden: La Virginia con 33 Km², Dosquebradas con 70.8 Km² y Guática con 100.67 Km². Sin embargo es el municipio de La Virginia el que mayor extensión de área urbana posee, (30 Km²) seguido por Pereira, (29 Km²), Santa Rosa (20 Km²) y Dosquebradas (14.1Km²).

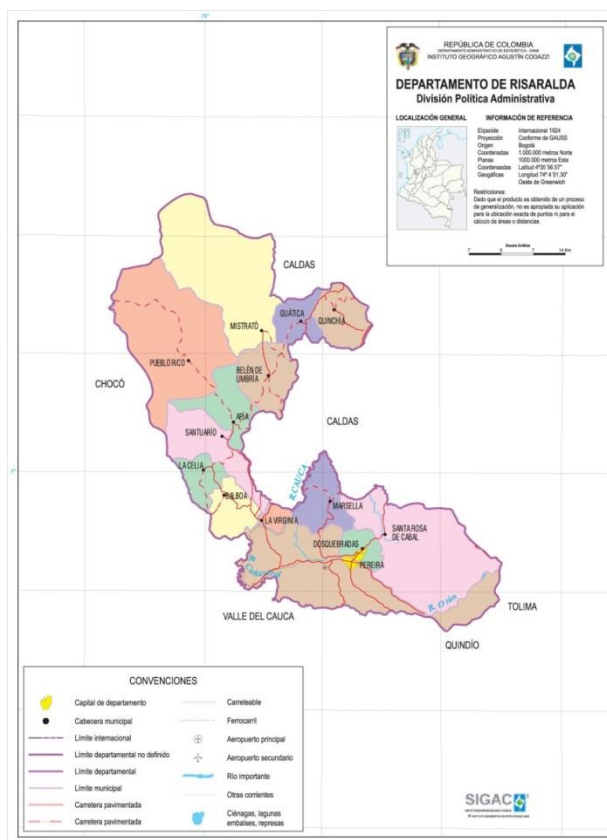
Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Risaralda

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Apía	0.278Km ²	0.12	213.7 Km ²	99.8	214 Km ²	100
Balboa	0.25 Km ²	0.20	119.7 Km ²	99.7	120 Km ²	100
Belén de Umbría	1.28 km ²	0.7	181.14 Km ²	99.3	182.4 Km ²	100
Dosquebradas	14.1 km ²	19.9	56.7 Km ²	80.1	70.8 Km ²	100
Guática	0.64 km ²	0.63	100.03 Km ²	99.7	100.6Km ²	100
La Celia	0.68 km ²	0.66	101.32 Km ²	99.3	102Km ²	100
La Virginia	30 km ²	90.9	3 Km ²	9	33Km ²	100

Marsella	6 km2	4	143 Km2	96	149Km2	100
Mistrató	1.2 km2	0.2	569.5 Km2	99.8	570.7Km2	100
Pereira	29 km2	4.1	673 Km2	95.8	702Km2	100
Pueblo Rico	0.25 km2	0.02	1019.7 Km2	99.9	1020Km2	100
Quinchía	0.8 km2	0.56	140.2 Km2	99.4	141Km2	100
Santa Rosa	20 km2	4.1	466 Km2	95.8	486Km2	100
Santuario	4 km2	1.9	197 Km2	98	201Km2	100

Fuente: Secretaría de Planeación Departamental

Mapa 1. División política administrativa y límites, Risaralda 2013



1.1.2 Características físicas del territorio

Risaralda está conformado por una zona central de topografía ligeramente ondulada a una altura inferior a los 2000 msnm. Esta zona esta bordeada por las cordilleras Central y Occidental, la Central supera los 4.500 msnm en los Nevados de Santa Isabel y Quindío y la Occidental alcanza los 4.000 msnm en el Cerro Tatamá; las dos cordilleras están separadas por el cañón del río Cauca.

El clima está influido por las masas de aire húmedo sobre la cordillera Occidental y la depresión del río Cauca; esta situación hace que se presenten dos marcadas tendencias, una muy húmeda en la vertiente occidental y otra húmeda con tendencia seca, en la vertiente oriental hacia el valle del río Cauca. Presenta un régimen de lluvias bimodal en la vertiente occidental, parte baja de la cordillera Central donde se registran los valores más bajos, inferiores a 1.800 mm al año; en la vertiente occidental de la cordillera Occidental se presentan los mayores valores de precipitación, 5.000 mm anuales, debido a la gran masa boscosa que existe, sumada a la proximidad al área selvática chocoana.

Los meses más lluviosos corresponden a abril - mayo, y octubre - noviembre; el promedio de precipitación para el departamento es de 3.000 mm al año. El departamento presenta 5 pisos térmicos desde el valle de los ríos San Juan, Risaralda y Cauca, hasta el nevado de Santa Isabel; el cálido representa el 9% del total departamental, con temperaturas promedio de 24°C; el templado, entre 18 y 24°C, representa el 51%; el frío, con temperaturas inferiores a 12°C, ocupa el 8%, y el nevado, que cubre el 1% del área total del departamento. Comparte el parque nacional natural Tatamá con los departamentos de Chocó y Valle del Cauca; y el parque nacional natural de Los Nevados con los departamentos de Caldas, Tolima y Quindío.

Geológicamente el departamento se caracteriza por una variedad de materiales con predisposición a generar movimientos en masa, lo que asociado a las pendientes, uso del suelo, apertura de vías manejo de aguas servidas, altas precipitaciones y la presencia de asentamientos humanos, lo hacen altamente susceptible a deslizamientos.

La zona sobre la cual se encuentra el departamento presenta una actividad sísmica alta, existiendo fuentes sismogénicas profundas y superficiales. Las dos cuencas hidrográficas presentes en el departamento: Cauca y San Juan, y a los que desembocan los drenajes presentes en la zona, corrientes que por su actividad permanente son agentes productores de erosión, generan inestabilidad en las laderas lo que puede ocasionar deslizamientos o represamientos que dependiendo del grado de pendiente de los cauces pueden generar avalanchas. Adicionalmente y por las características de la Cuenca Media del río Cauca se pueden presentar inundaciones paulatinas.

El departamento cuenta con áreas naturales protegidas que por el tipo de vegetación que poseen son altamente vulnerables a la ocurrencia de incendios forestales. Este riesgo aumenta durante las temporadas secas o durante el desarrollo del fenómeno del niño que incrementa las temperaturas, propiciando las condiciones adecuadas para que se presenten este tipo de eventos.

El clima y las precipitaciones que exceden los promedios en la región y los vientos, hacen de este un territorio vulnerable a la ocurrencia de vendavales, los cuales se presentan en casi todos los municipios del departamento. (Plan de desarrollo 2012-2015 pág. 31)

En cuanto a la posible ocurrencia de eventos antrópico-tecnológicos, se debe tener en cuenta que en cada municipio existe como mínimo una estación de gasolina. En el área Metropolitana se concentra el mayor número de habitantes y el mayor número de industrias, lo cual la hace vulnerable a la generación de estos eventos.

A continuación se muestran las principales amenazas del departamento según municipio, tanto en zona urbana como en zona rural:

Zona Urbana					
Municipio	Riesgo Geotécnico	Riesgo Hidrológico *	Vulnerabilidad sísmica	Suelos licuables	Consideraciones hidráulicas y vulnerabilidad de colectores
Apía	X		X		X
Balboa	X		X		
Belén de Umbría	X		X		X
Dosquebradas	X	X	X	X	
Guática	X		X		
La Celia	X	X	X	X	
La Virginia		X		X	
Marsella	X		X		X
Mistrató	X	X	X	X	X
Pereira	X	X	X		X
Pueblo Rico	X		X		X
Quinchía	X		X		X
Santa Rosa	X	X	X		X

Santuario	X	X
-----------	---	---

*** Avenidas
torrenciales**

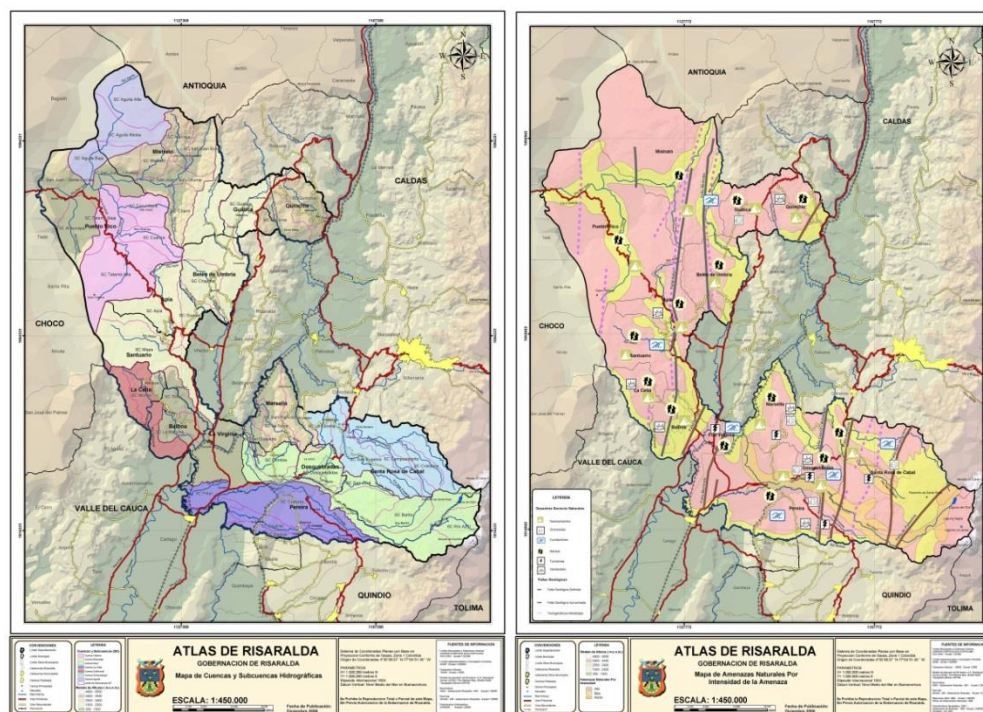
Fuente: Secretaría de planeación departamental.

Zona Rural				
Municipio	Volcánica	Susceptibilidad a Deslizamientos	Susceptibilidad a Inundaciones *	Vendavales
Apía		X	X	X
Balboa		X	X	X
Belén de Umbría		X	X	X
Dosquebradas		X	X	X
Guática		X	X	X
La Celia		X	X	X
La Virginia		X	X	
Marsella		X	X	X
Mistrató		X	X	X
Pereira	X	X	X	X
Pueblo Rico		X	X	X
Quinchía		X	X	X
Santa Rosa	X	X	X	X
Santuario		X	X	X

*** Avenidas
torrenciales**

Fuente: Secretaría de planeación departamental.

Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, Risaralda, 2013



Fuente: Secretaría de planeación departamental

1.1.3 Accesibilidad geográfica

La infraestructura vial del departamento de Risaralda está orientada a la articulación con las troncales nacionales que buscan ligar el pacífico desde el centro y occidente del país; las dos principales vías pertenecen al sistema sur - norte, por el corredor de Occidente, y la troncal del eje cafetero, las cuales se ligan actualmente con la troncal los departamentos de Antioquia, y Valle del Cauca y la costa del Caribe. A pesar de lo abrupto del relieve, existe un buen sistema de vías que comunican entre sí a todos los municipios del departamento. La capital dispone de un terminal aéreo el cual está en proceso de

modernización que le permite comunicación con las ciudades vecinas, así como vuelos internacionales. Adicionalmente puede utilizar un aeropuerto alterno de carga en Cartago, considerándose como una ventaja para los negocios que funcionan en la región.

El municipio más alejado de la capital del departamento es Quinchía, el cual se encuentra a 110 Km de la capital, seguido por Pueblo Rico y Mistrató que están a 97 y 86 Km respectivamente.

El municipio más cercano a Pereira es Dosquebradas, el cual se encuentra a 5 Km de distancia seguido por Santa Rosa que está a 14 Km y Marsella y La Virginia ambos a 30 Km de Pereira.

Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en Risaralda. 2013

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento, en minutos.	Distancia en Kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad capital del departamento
Municipio capital			
Apía	75	65	Carro
Balboa	55	53	Carro
Belén	75	75	Carro
Dosquebradas	5	5	Carro

Guática	90	93	Carro
La Celia	65	74	Carro
La Virginia	30	30	Carro
Marsella	45	30	Carro
Mistrató	105	86	Carro
Pueblo Rico	95	97	Carro
Quinchía	120	110	Carro
Santa Rosa	15	14	Carro
Santuario	75	64	Carro

Fuente: Atlas de Risaralda

1.2 Contexto demográfico

Población total

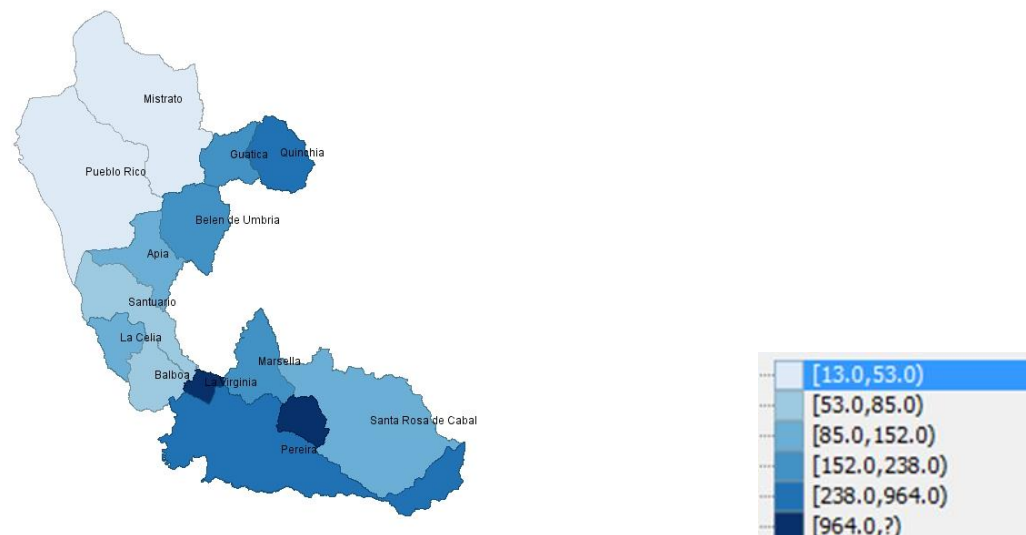
Para el año 2015 el total de la población en el departamento de Risaralda según proyecciones del DANE es de 951.953 habitantes, de los cuales el 48.7% (463.411) son hombres y el 51.3% (488.512) son mujeres. La proporción de hombres comparada con la de mujeres se ha mantenido estable en los últimos años.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

El municipio con mayor densidad poblacional es Dosquebradas, con 2726 habitantes por Km², le sigue La Virginia con 964 habitantes por Km², Pereira con 658 y Quinchía con 238 habitantes por Km².

El municipio con menor densidad poblacional es Pueblo Rico en donde habitan 13 personas por Km² y Mistrató con 28 habitantes por Km².

Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado Risaralda



Población por área de residencia urbano/rural

Los municipios con mayor porcentaje de habitantes en zona urbana son en su orden La Virginia con 98.3%, seguido por Dosquebradas con 95.6% y Pereira con 84.2%. En cuanto a la zona rural, los municipios con mayor porcentaje de habitantes son Quinchía con 75.8%, seguido por Pueblo Rico con 75.2% y Mistrató con 73.7%. Municipios como Santuario y Belén de Umbria tienen proporciones muy parecidas tanto en zona urbana como rural, predominando ésta última levemente.

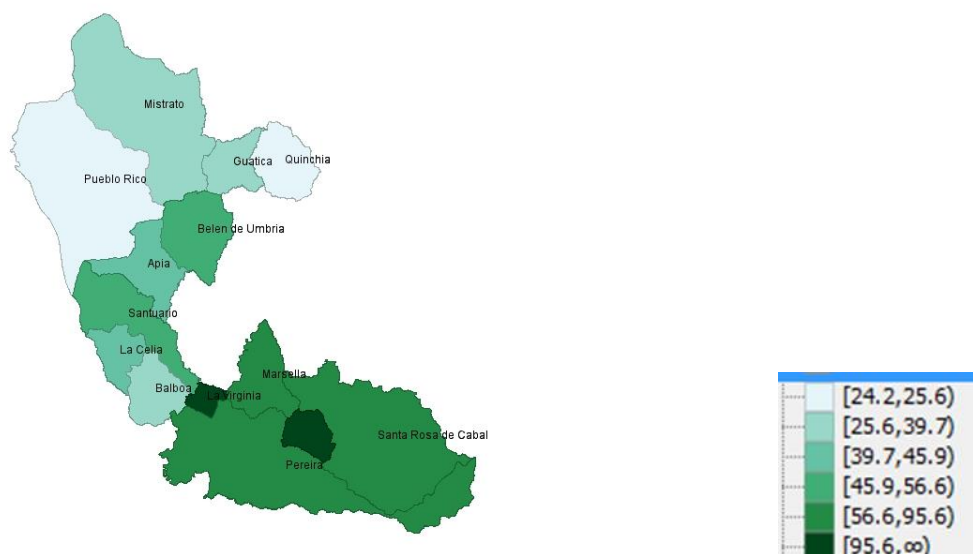
Tabla 3 . Población por área de residencia Risaralda 2015

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Apía	8,241	43.4%	10,741	56.5%	18,982	43%
Balboa	1,849	29%	4,487	70.9%	6,336	29%
Belén de Umbría	13,125	47.3%	14,593	52.6%	27,718	47.3%
Dosquebradas	190,386	95.7%	8,491	4.2%	198,877	95.7%
Guática	3,966	25.9%	11,344	74.%	15,310	25.9%
La Celia	3,426	39.8%	5,165	60.1%	8,591	39.8%
La Virginia	31,503	98.3%	534	1.7%	32,037	98.3%
Marsella	13,350	57.2%	9,954	42.7%	23,304	57.2%
Mistrató	4,255	26.2%	11,930	73.7%	16,185	26.2%
Pereira	396,185	84.3%	73,427	15.6%	469,612	84.3%
Pueblo Rico	3,345	25.1%	9,948	74.8%	13,293	25.1%

Quinchía	8,196	24.2%	25,561	75.7%	33,757	24.2%
Santa Rosa de Cabal	60,190	83.3%	12,040	16.7%	72,230	83.3%
Santuario	7,262	46.1%	8,459	53.8%	15,721	46.1%

Fuente: DANE

Mapa 5. Población por área de residencia urbana Risaralda



Grado de urbanización

El municipio con mayor grado de urbanización es La Virginia cuya población alcanza el 98.3% lo cual corresponde a 31.503 habitantes, le sigue Dosquebradas con el 95.7% que corresponde a 190.386 habitantes y Pereira con el 84.3% que corresponde a 396.185 habitantes.

Número de viviendas

De acuerdo al Censo DANE, para el año 2015 Risaralda cuenta con 288.170 viviendas. 230.661 se encuentran en el área urbana y 57.509 en el área rural.

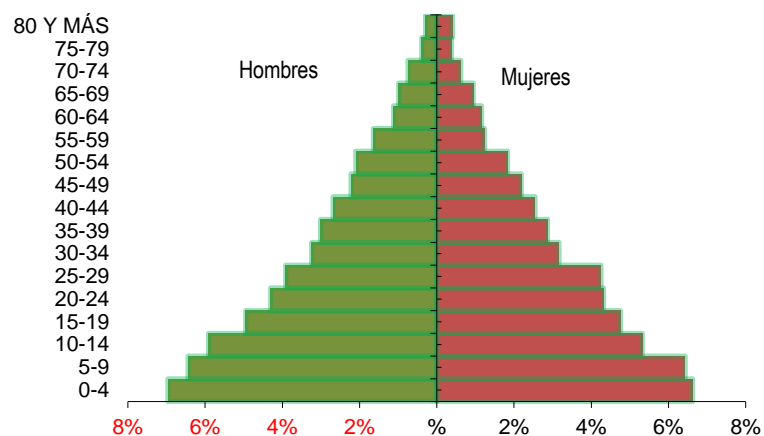
Número de hogares

Risaralda cuenta para el año 2015 con un total de 285.213 hogares, de los cuales 232.021 se encuentran en el área urbana y 53.192 en el área rural.

Población por pertenencia étnica

Para el año 2012, el censo poblacional indígena embera de Risaralda reportó un total de 24.768 indígenas. El 51% corresponden a hombres y 49% a mujeres. El 37.8% corresponden a menores de 14 años. A partir de los 50 años, la población se va reduciendo siendo más evidente en la población femenina, tal como se muestra en la pirámide.

Pirámide poblacional embera: Risaralda 2012



Fuente: Plan de vida del pueblo Embera Risaralda. Concejo Nacional Indígena de Risaralda 2012

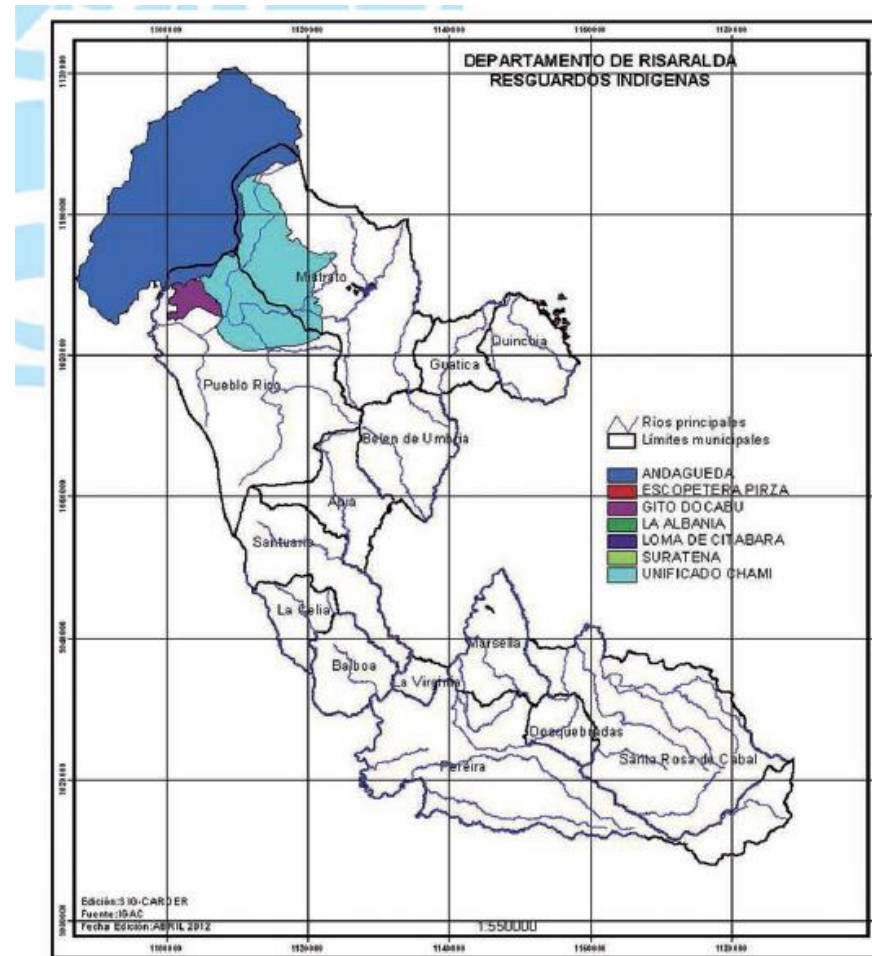
De acuerdo al Plan de Vida de la población indígena, los municipios de Pueblo Rico, Mistrató, Marsella, Quinchía, Guática, Belén de Umbría y Pereira tienen población indígena.

MUNICIPIO	DENOMINACION	TAMAÑO (hectáreas)	RECONOCIMIENTO
PUEBLO RICO	Resguardo Unificado del Río San Juan	25.490	NACIONAL
	Resguardo Gito Dokabú	2.590	NACIONAL

MISTRATO	Resguardo La Loma - Citabara	57	NACIONAL
MARSELLA	Resguardo Suratena	36	NACIONAL
	Resguardo Altomira	49	NACIONAL
QUINCHIA	Parcialidad Karambá	Disperso por el Municipio	MUNICIPAL
GUATICA	Parcialidad	Disperso por el Municipio	NO
BELEN DE UMBRIA	Parcialidad Flor del Monte	Semiurbano	NO
PEREIRA	Cabildo urbano Kurmado	Disperso por el Municipio	NO

Fuente: Plan de vida del pueblo Embera Risaralda. Concejo Nacional Indígena de Risaralda 2012

Mapa 6. Población indígena Risaralda, 2012

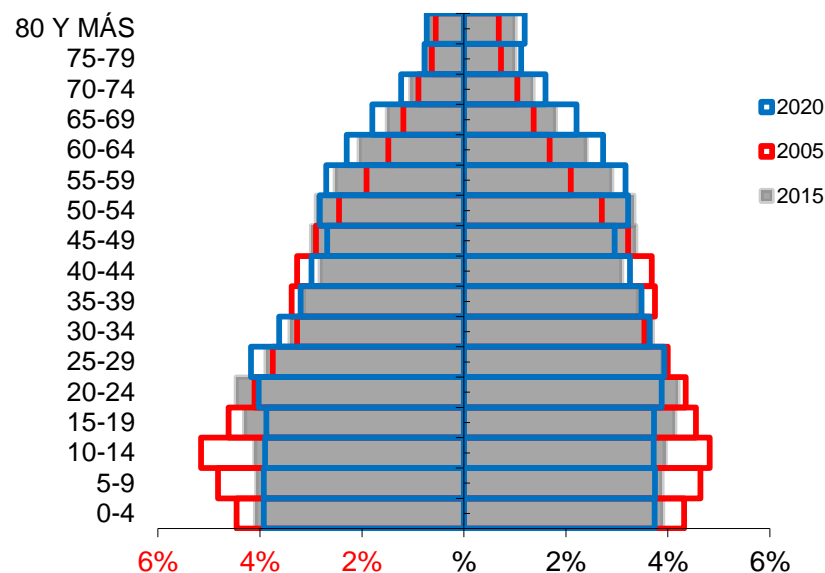


1.2.1 Estructura demográfica

La pirámide poblacional del departamento de Risaralda refleja los cambios tanto en la fecundidad como en la natalidad. Es así como en el año 2005 la población entre 0 y 19 años representaba una gran proporción de ésta y por ello la base de la pirámide es ancha, a medida que la población envejece la pirámide se va estrechando.

Para el año 2015 se nota una reducción significativa de la población entre los 0 y 19 años y se observa un aumento en la población entre los 20 y los 24 años, y menos notable entre los 25 y los 34 años. Sin embargo se aprecia un gran aumento de la proporción de la población entre los 45 y los 80 años. Para el año 2020 la base de la pirámide se estrechará y habrá un gran aumento de la población de 55 años y más, lo cual se traducirá en un aumento de las enfermedades crónicas propias de esta etapa de la vida.

Figura 1. Pirámide poblacional Risaralda, 2005, 2015, 2020



Población por grupo de edad

En la tabla 5 se observa el cambio porcentual de los habitantes por grupo de edad, en los menores de un año se observa un descenso paulatino de la población en donde en el año 2005 representaba el 1.7% mientras que para el 2015 representa el 1.6% y se espera que para el 2020 la proporción de la población en este grupo de edad disminuya a 1.5%, este comportamiento es similar en los grupos de edad de 1 a 4 años, de 5 a 14 años y de 15 a 24 años, mientras que en el grupo de edad de 25 a 44 años el cambio no es tan evidente, pues para el año 2005 este grupo de edad representaba el 28.6% de la población, y se espera que para el año 2020 represente el 28.3%, así mismo el cambio porcentual en la población de 45 a 59 años va en ascenso para todos los años analizados.

En la población entre 60 y 79 años el aumento en la proporción de la población es el más evidente pasando de 9% del total de la población en el año 2005 a 11.1% en el 2013 y según proyecciones del DANE para el 2020 este grupo de edad representará el 13.8% del total de la población. A pesar de que el aumento no es tan alto para el grupo de edad de los mayores de 80 años, se observa un aumento constante al pasar de 1.2% en 2005 hasta 1.7% en el 2015 y para el 2020 la proporción en este grupo de edad alcanzará el 1.9%

Tabla 4 .Proporción de la población por grupo etáreo, Risaralda 2005 ,2015 y 2020.

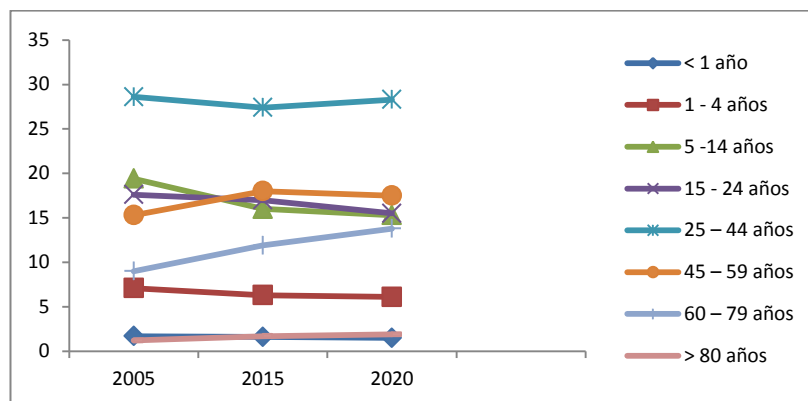
Grupo etáreo	2005		2015		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
< 1 año	15258	1,7	15278	1,6	14965	1,5
1 - 4 años	63491	7,1	60732	6,3	60016	6,1

5 -14 años	174407	19,4	152270	16	149622	15,3
15 - 24 años	158133	17,6	162758	17	151669	15,5
25 – 44 años	256946	28,6	260554	27,4	276836	28,3
45 – 59 años	137220	15,3	171466	18	171640	17,5
60 – 79 años	80825	9,0	112896	11,9	134586	13,8
> 80 años	11133	1,2	15999	1,7	18839	1,9
Total	897413	100	951953	100	978173	100

Fuente: DANE

En la figura 2 se observa disminución a través del tiempo de los menores de un año, y de 1 a 4 años, contrastando con esto hay un aumento en la población de 80 años y más. Igualmente es evidente una disminución en la población entre los 5 y los 14 años y un gran aumento en la población entre 60 y 79 años. La población entre 45 y 59 años presenta un aumento en el año 2015 comparado con el año 2005, y según proyecciones para el año 2020 este grupo de edad no sufrirá cambios en el año 2020

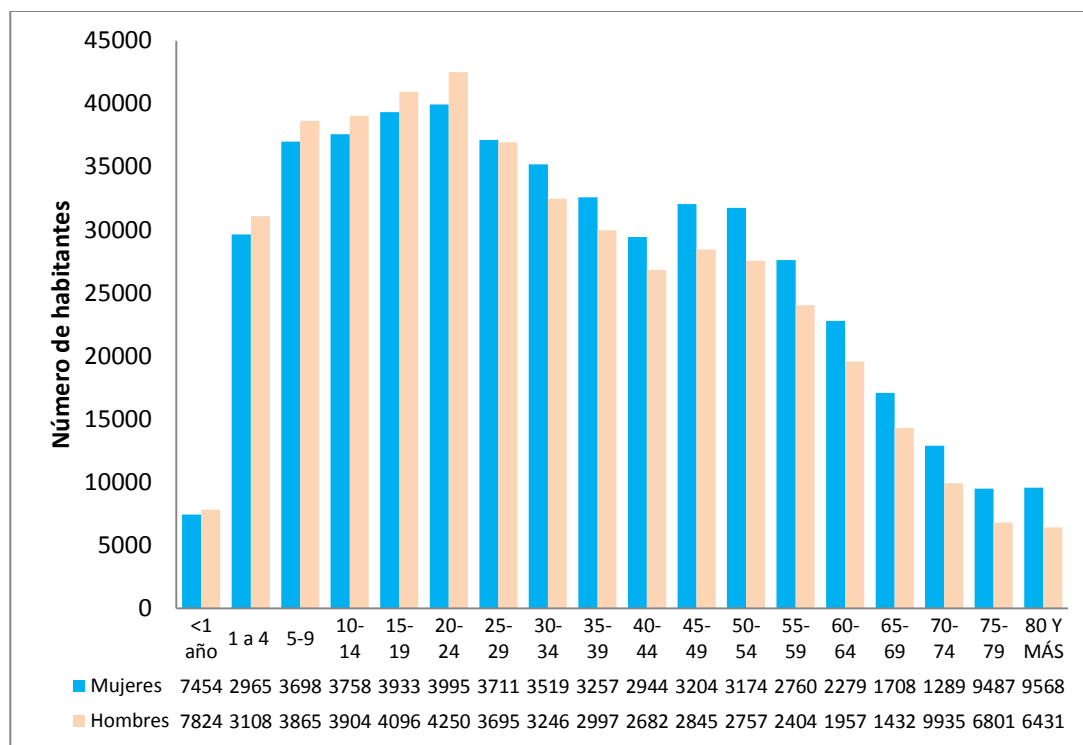
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupo etarios Risaralda 2005, 2015 y 2020



Fuente: DANE

Para el año 2015 la población de Risaralda se estima en 951.953 habitantes, En la figura 3 se observa una distribución mayor en hombres que en mujeres desde el nacimiento hasta los 24 años, a partir de los 25 años predomina la población del sexo femenino, la cual es más evidente desde los 45 años hasta los 80 años y más.

Figura 3. Población por sexo y grupo de edad Risaralda, 2015



Fuente: DANE

Otros indicadores demográficos

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2005 por cada 95 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2015 por cada 95 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2005 por cada 32 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2015 por cada 31 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2005 de 100 personas, 28 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 24 personas
Índice de juventud	En el año 2005 de 100 personas, 25 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 25 personas
Índice de vejez	En el año 2005 de 100 personas, 10 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 14 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2005 de 100 personas, 36 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 56 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 55 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes), mientras que para el año 2015 este grupo poblacional fue de 49

	personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, 44 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2015 fue de 36 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2005, 11 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2015 fue de 14 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Tabla 5 . Otros indicadores de estructura demográfica en Risaralda, 2005, 2015, 2020.

Indicadores	2005	2015	2020
Razón de hombre: mujer	95,48	94.87	95
Razón de niños: mujer	32	31	31
Índice de infancia	28	24	23

Índice de Juventud	25	25	24
Índice de vejez	7	14	11
Índice de envejecimiento	25	56	46
Índice demográfico de dependencia	54,55	49.41	50,64
Índice de dependencia infantil	43,60	35.83	35,59
Índice de dependencia de mayores	10,95	13.58	16,05
Índice de Friz	138,40	124.94	118,32

Fuente: DANE

1.2.2 Dinámica demográfica

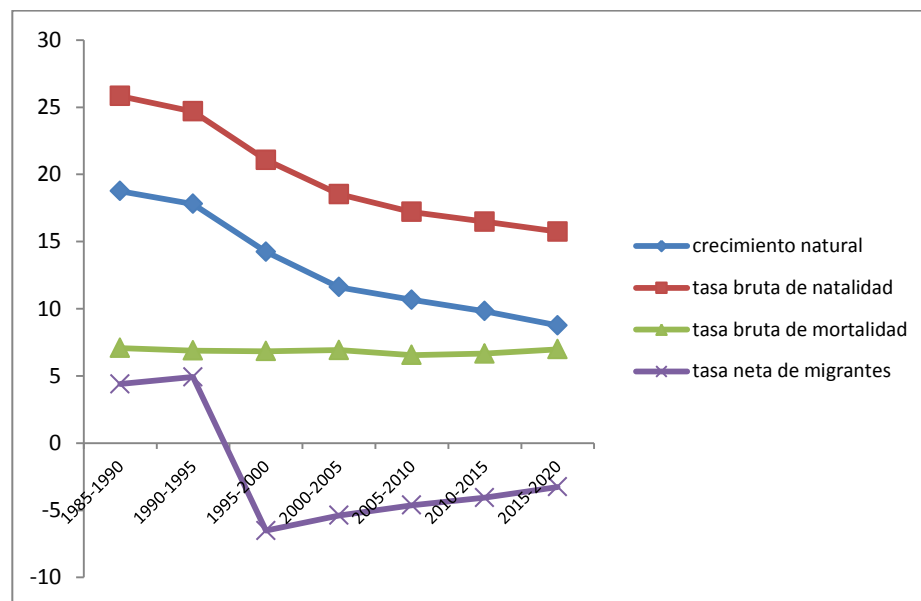
Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador ha presentado tendencia hacia el franco descenso al situarse en el quinquenio de 1985 a 1990 en 18.75 y en 2005 a 2010 en 10.6. Según lo proyectado por el DANE, para el 2015 a 2020 este indicador se situará en 8.76.

Tasa Bruta de Natalidad: Este indicador muestra igualmente un descenso sostenido a través del tiempo, al pasar entre 1985 y 1990 de 25.8 a 17.2 entre 2005 y 2010, y se espera que para el quinquenio entre 2015 y 2020 este indicador se sitúe en 15.7.

Tasa Bruta de Mortalidad: Este indicador se ha mantenido estable a través del tiempo con variaciones leves. Entre 1985 y 1990 estuvo en 7 y según proyecciones del DANE entre 2015 y 2020 estará en 6.98.

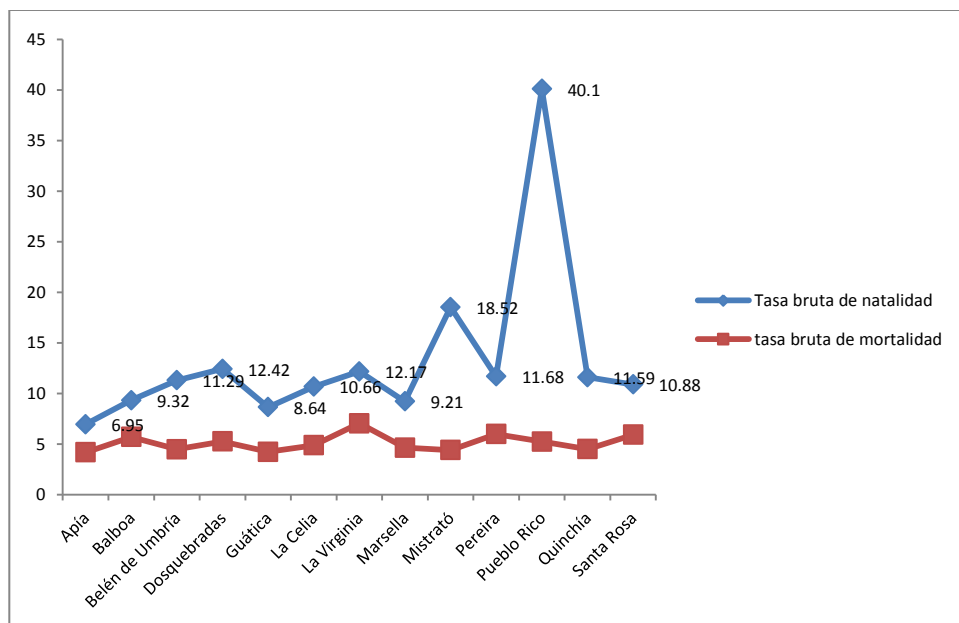
Tasa Neta de Migración: A partir de 1995 la tasa neta de migración en Risaralda ha presentado un comportamiento negativo el cual se hace más evidente entre 1995 y 2000, donde alcanzó -6.52, a partir de allí la tasa neta de migración ha venido en descenso sin que logre alcanzar niveles positivos, aunque se espera que para el quinquenio 2015-2020 llegue a -3.26.

Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes Risaralda, 1985 al 2020



Fuente: DANE

Figura 5.Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del departamento por municipios Risaralda 2013



Fuente: DANE

Otros indicadores de la dinámica de la población

Tasa General de Fecundidad: Este indicador para el departamento corresponde a un valor de 63.4 nacimientos por cada 1000 mujeres en edad fértil en el período 2010-2015. Para el período 2015-2020, el indicador disminuirá a 62.80

Tasa Global de Fecundidad –TGF: En Risaralda, a cada mujer en edad fértil, le corresponden 2.1 hijos para el período 2010-2015. Para el período 2015-2020 el indicador disminuirá a 2.06.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: En Risaralda, para el año 2013 ocurrían 2.2 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 10 y 14 años.

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: En Risaralda ocurren 65.6 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 10 y 14 años.

La Edad Media de Fecundidad: En Risaralda, en el período 2010-2015 el promedio de edad en que las mujeres tienen sus hijos es de 26 años

La Tasa de Reproducción neta: El número promedio de hijas por mujer durante su período fértil en el departamento en el período 2010-2015 es de 0.99

Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población Risaralda, 2010-2015

Indicador	valor
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	63.4
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2010 – 2015)	2.1
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	26.06
Tasa de reproducción neta (estimada)	0.99
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años*	2.2
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años*	65.6

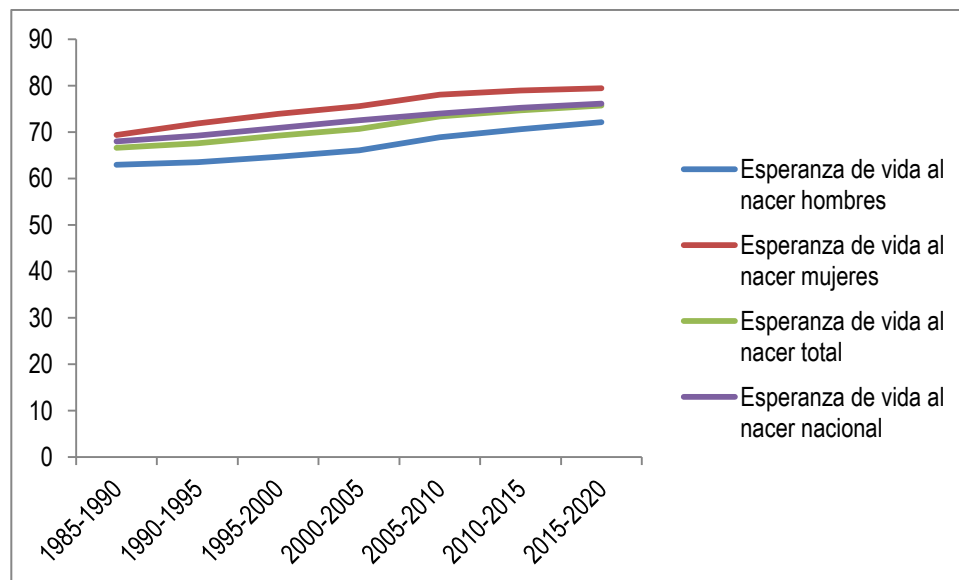
Fuente: DANE

Esperanza de vida

Al analizar la esperanza de vida al nacer, se encuentra que ésta ha venido aumentando a través del tiempo, no se observan diferencias significativas entre el departamento y la nación, excepto en el período 2000-2005 donde la esperanza de vida al nacer en Colombia alcanzó los 72.56 años y en Risaralda ésta fue de 70.68.

Al comparar este indicador por sexos, se observa diferencias significativas siendo la esperanza de vida al nacer mayor en mujeres que en hombres en todos los períodos analizados

Figura 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Risaralda, 1985 – 2020



Fuente: DANE

1.2.3 Movilidad forzada

De acuerdo a las estadísticas de la población victimizada, en Risaralda durante el año 2015 tanto para hombres como para mujeres, el grupo de edad más afectado fue de 15 a 19 años con 10.36% para mujeres y 10.85% para hombres, seguido por el grupo de edad de 20 a 24 años donde se observa un mayor porcentaje en mujeres con 9.77% que en hombres que fue de 8.73%.

Como se muestra en la tabla, todos los grupos de edad fueron afectados siendo la población joven la más afectada por este fenómeno.

Tabla 7. Distribución de personas víctimas de desplazamiento por edad quinquenal y sexo. Risaralda 2015

Grupo de edad	Porcentaje de Mujeres víctimas de desplazamiento	Porcentaje de Hombres víctimas de desplazamiento
0 a 4 años	4.39	5.37
05 a 09 años	8.79	10.07
10 a 14 años	8.67	10.04
15 a 19 años	10.36	10.85
20 a 24 años	9.77	8.73
25 a 29 años	8.99	7.57
30 a 34 años	8.65	6.79
35 a 39 años	7.28	6.06
40 a 44 años	6.61	5.79
45 a 49 años	7.63	8.61
50 a 54 años	5.61	5.17
55 a 59 años	4.26	4.21
60 a 64 años	3.02	3.46
65 a 69 años	2.05	2.36
70 a 74 años	1.33	1.55
75 a 79 años	1	1.17
80 años o más	1.38	1.91

Fuente: Registro Único de Víctimas, Bodega de Datos de SISPRO

Conclusiones

Risaralda es un departamento con una ubicación geográfica privilegiada, que le permite ser un puente para el intercambio comercial entre las principales ciudades del país. Sus vías de comunicación entre municipios permiten una adecuada accesibilidad geográfica a ellos por lo menos a las cabeceras municipales. Sumado a lo anterior la capital cuenta con un aeropuerto en proceso de modernización que lo convierten en el mejor aeropuerto del eje cafetero y uno de los más importantes del país. El municipio más alejado de la capital es Mistrató y el más cercano es Dosquebradas. El departamento cuenta con población indígena en los municipios de Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Guática, Belén de Umbría, Marsella, cuyas poblaciones están caracterizadas lo cual permite que exista una atención diferencial principalmente en los dos primeros que son los que albergan el mayor número de indígenas, asimismo Mistrató y Pueblo Rico poseen población rural dispersa a lo cual se suma la cercanía del municipio de Pueblo Rico con el departamento de Chocó lo cual conlleva a una gran demanda en la prestación de servicios de salud sobre todo en lo que tiene que ver con enfermedades transmitidas por vectores.

Geológicamente el departamento se caracteriza por una variedad de materiales con predisposición a generar movimientos en masa, lo que asociado a las pendientes, uso del suelo, apertura de vías manejo de aguas servidas, altas precipitaciones y la presencia de asentamientos humanos, lo hacen altamente susceptible a deslizamientos. También se encuentra una alta actividad sísmica y riesgo de inundaciones.

La población de Risaralda no es ajena a la transición demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población, con lo cual se ha aumentado la esperanza de vida al nacer dando origen al aumento de las enfermedades crónicas. Asimismo se ha disminuido la tasa de natalidad, mientras que las tasas de mortalidad se han mantenido estables a través del tiempo.

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

2.1 Análisis de la mortalidad

2.1.1 Mortalidad general por grandes causas

Ajuste de tasas por edad

La principal causa de mortalidad en Risaralda entre los años 2005 a 2013 fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Se observan picos en los años 2007 y 2010, donde se alcanzan tasas de 189 y 182 por 100.000 habitantes respectivamente y disminución en los años 2006 y 2009 con tasas de 171 y 167 por 100.000 habitantes respectivamente. Para el año 2011, se observa una disminución en la mortalidad por esta causa, la cual se mantiene en los años 2012 y 2013 al pasar de 164.6 a 152.6 por 100.000 habitantes respectivamente.

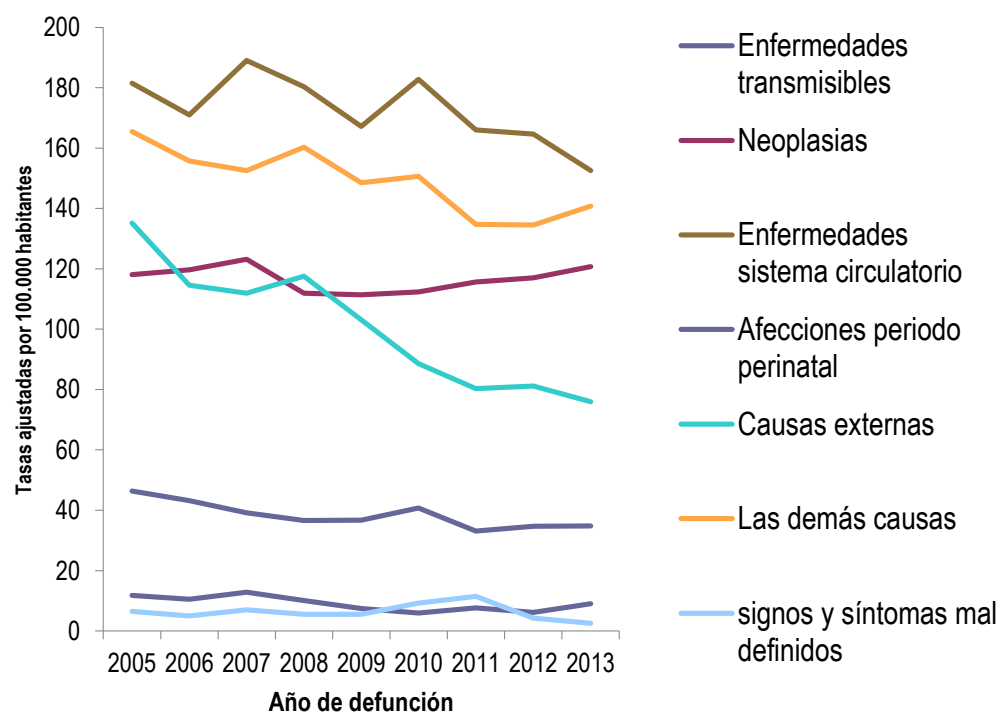
La segunda causa de mortalidad la ocupa las demás causas, como se observa en la figura, esta causa de mortalidad presentó disminución al pasar de 165.5 por 100.000 habitantes en el año 2005 a 134.7 por 100.000 habitantes en el año 2011, sin embargo en el año 2013 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 140.8 por 100.000 habitantes.

Las neoplasias fueron la tercera causa de mortalidad en el departamento de Risaralda en los años analizados, se observa un pico en el año 2007, con 123 muertes por cada 100.000 habitantes, descendió a 111 muertes por 100.000 habitantes en el año 2008, para pasar a una tasa de 115.6 por 100.000 habitantes en el año 2011. Para el año 2012 y 2013 la tendencia ha sido hacia el aumento, pasó de 117 por 100.000 habitantes en el año 2012 a 120.7 por 100.000 habitantes en el año 2013.

La mortalidad por causas externas ocupa el cuarto lugar en el departamento, se observa un descenso significativo en todos los años, pasó de 135.1 por 100.000 habitantes en el año 2005 a 80.4 en el año 2011, para el año 2013 la tasa de mortalidad por causas externas fue 76 muertes por 100.000 habitantes. Siguen en su orden las enfermedades transmisibles, cuyas tasas de mortalidad ajustada presentan disminución del 2005 al 2009, (pasó de 46.3 por 100.000 habitantes a 36.7 por 100.000 habitantes) con un leve aumento en el 2010 (40.7 por 100.000 habitantes), para disminuir significativamente a 33.1 por 100.000 habitantes en el año 2011, sin embargo para los años 2012 y 2013 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 34.7 y 34.8 por 100.000 habitantes.

Los signos y síntomas mal definidos y las afecciones del período perinatal representan las dos últimas causas de mortalidad en el departamento. No obstante la tasa de mortalidad por afecciones del período perinatal presentó aumento en el año 2013 al pasar de 6.1 en el 2012 a 9.1 en el año 2013.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

En hombres, la principal causa de mortalidad en los años analizados, fueron las enfermedades del sistema circulatorio. La mayor tasa de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2007, alcanzado 221 casos por 100.000 hombres. Entre los años 2008 y 2012 las tasas se han mantenido entre 198 y 213 por 100.000. Para el año 2013 se presentó una disminución y la tasa de mortalidad por esta causa quedó en 181.7 por 100.000 hombres.

La segunda causa de mortalidad en hombres fueron las causas externas, sin embargo la tendencia ha sido hacia la franca disminución al pasar de 211.4 muertes por 100.000 hombres en el año 2005 a 181.7 por 100.000 en el año 2013.

El tercer lugar en mortalidad por grandes causas fue para las demás causas cuyas tasas de mortalidad disminuyeron de 173.9 por 100.000 en el 2010 a 149.5 en el año 2011, para aumentar a 152.9 y 161.7 en los años 2012 y 2013 respectivamente.

En el cuarto lugar en mortalidad en hombres se ubicaron las neoplasias, que al contrario de las anteriores, la tendencia ha sido hacia el aumento al presentar una tasa de mortalidad en el 2009 de 116.2 por 100.000 hombres, para pasar a 140 por 100.000 en el año 2013.

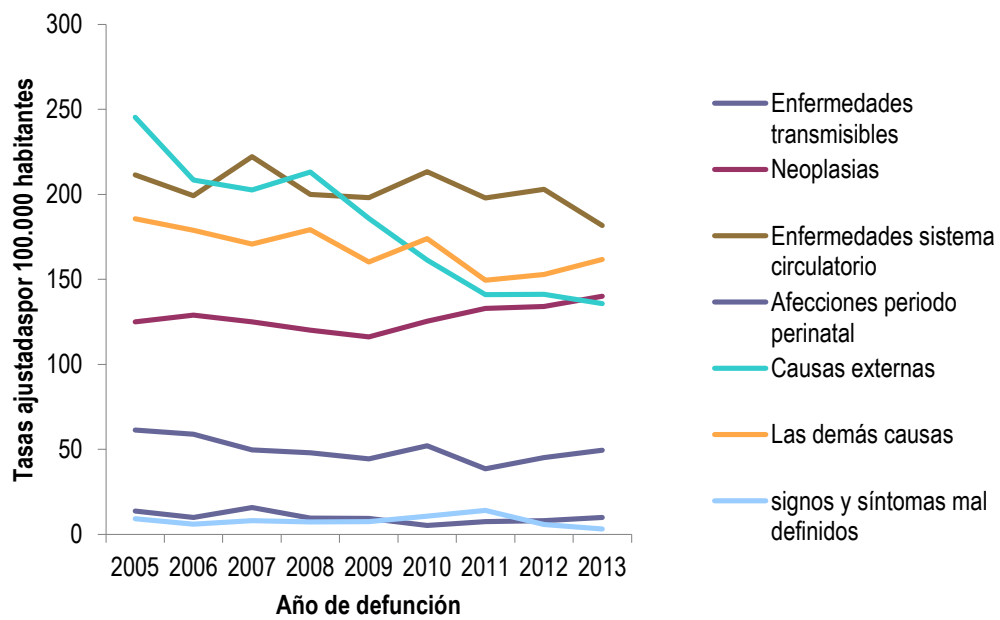
En cuanto a las mujeres, al igual que en los hombres, la principal causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, cuyas tasas de mortalidad fueron más bajas que las de los hombres, la tasa de mortalidad más alta se presentó en el año 2008 con 163.8 por 100.000 mujeres, disminuyó a 141.8 por 100.000 en el 2009 y aumentó nuevamente a 157.4 por 100.000 en el 2010. En los años 2011, 2012 y 2013 la tendencia ha sido hacia la disminución, llegando a 129.2 muertes por 100.000 mujeres en el año 2013.

La segunda causa de mortalidad en mujeres fueron las demás causas y como se muestra en la gráfica la tendencia ha sido a la disminución, excepto en el 2013 donde la tasa de mortalidad aumentó levemente.

Las neoplasias son la tercera causa de mortalidad en mujeres cuya tendencia fue al descenso a partir del año 2009 hasta el 2011 para aumentar en los dos años posteriores como se muestra en la gráfica.

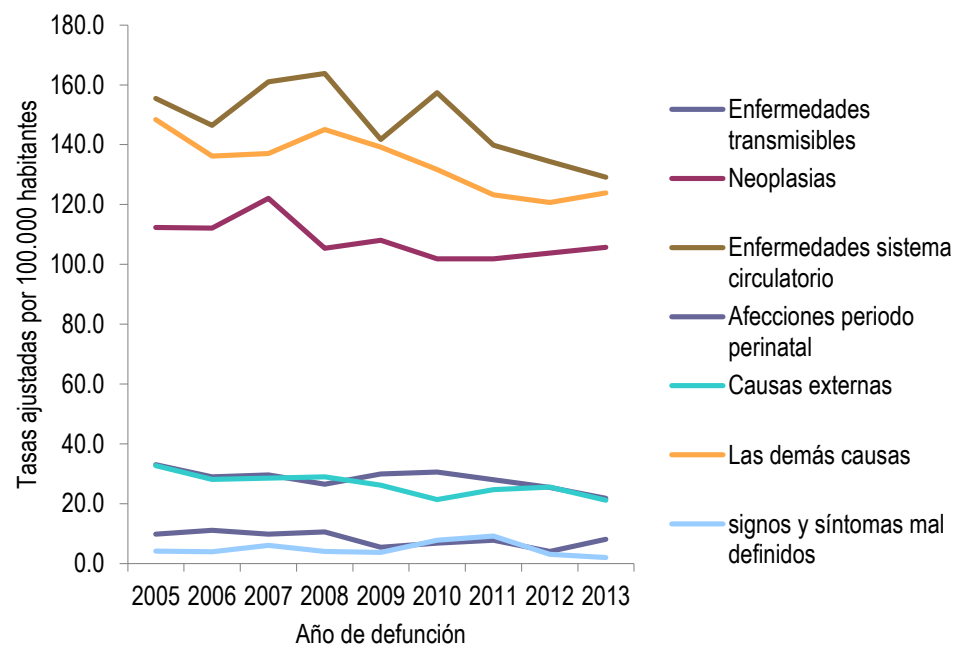
La cuarta causa de mortalidad en mujeres fueron las enfermedades transmisibles, cuya tasa de mortalidad disminuyó de 30.6 por 100.000 mujeres en el año 2010 a 21.9 por 100.000 mujeres en el año 2013.

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

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.

Para el departamento de Risaralda en general, las causas externas representan el mayor porcentaje de años de vida potencialmente perdidos, esta gran causa a pesar que es la primera en todos los años analizados, ha tenido un descenso significativo, al pasar de 55.053 AVPP (lo cual representa el 38.9% del total) a 31.216 en el año 2011 representando el 28.6 % de todas las causa en ese año. Para el año 2012 representó el 29.5% del total y disminuyó a 27.3% en el año 2013 con 30.050 AVPP.

La segunda gran causa la ocupa las demás causas, la cual ha tenido un comportamiento estable en los años analizados con un leve descenso en al año 2011, no obstante para los años 2012 y 2013 los AVPP por esta causa aumentaron nuevamente.

Los años de vida potencialmente perdidos por enfermedades del sistema circulatorio han tenido un comportamiento variable, sin embargo entre 2011 y 2013 la disminución de AVPP por esta causa ha sido notable con respecto a los demás años analizados, contrario a lo que ocurre con las neoplasias cuyos AVPP han aumentado en esos mismos años con respecto a los demás. Las grandes causas que menos aportan a los AVPP son afecciones del período perinatal y los signos y síntomas mal definidos.

En general, los AVPP por todas las causas han tenido un descenso del 2005 al 2011 al pasar de 141.311 AVPP en 2005 a 109672 AVPP en el 2013.

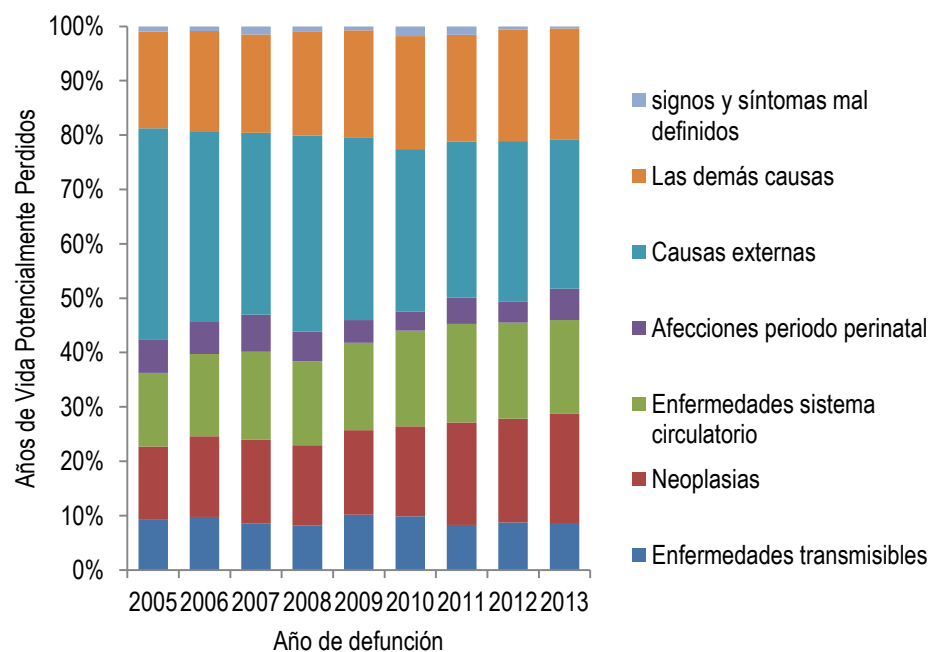
Al analizar los AVPP para los hombres, se encuentra igualmente que las causas externas ocupan el primer lugar con 48.516 AVPP que representa el 52.3% de todas las causas para el año 2005 disminuyendo en el año 2013 a 25497 AVPP lo cual representa el 37.2% del total de AVPP.

La segunda gran causa que representa el mayor número de AVPP en hombres es las demás causas seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio, le siguen en su orden las neoplasias cuyos AVPP aumentaron al pasar de 8.547 AVPP en el 2005 a 10655 en el 2013.

Contrastando con lo que sucede en los hombres, las demás causas representan el mayor porcentaje de AVPP en las mujeres con el 26.3% en el 2005 y el 26% en el 2013 sin que haya habido un descenso significativo a través de tiempo. Las neoplasias ocupan el segundo lugar en AVPP en las mujeres y

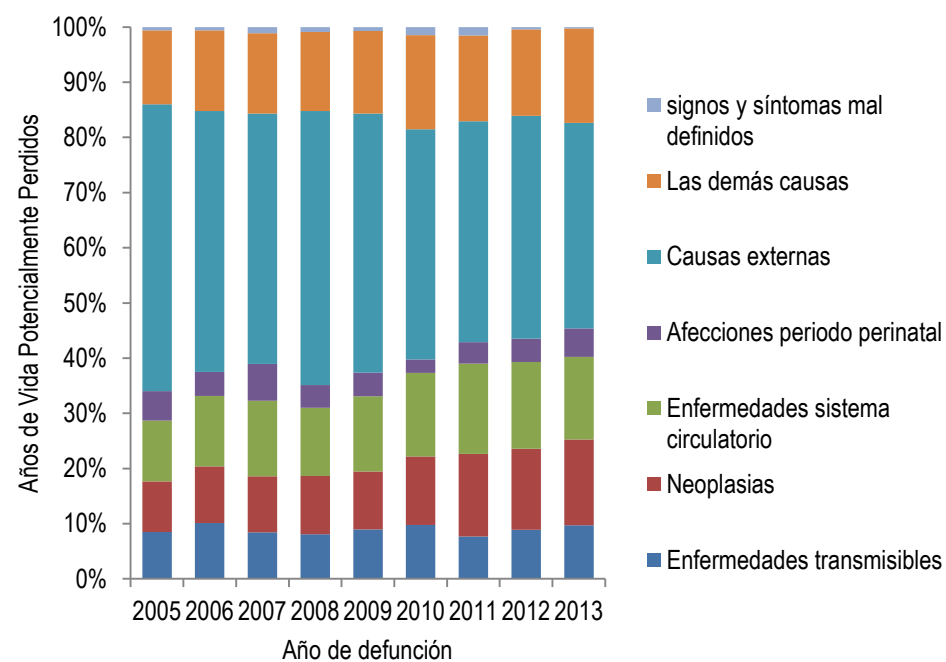
su comportamiento se mantuvo estable hasta el año 2011; en el 2012 representaron el 26% y en el 2013 aumentó al 27.5%. Le siguen en su orden las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y las enfermedades transmisibles.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Risaralda, 2005 – 2013



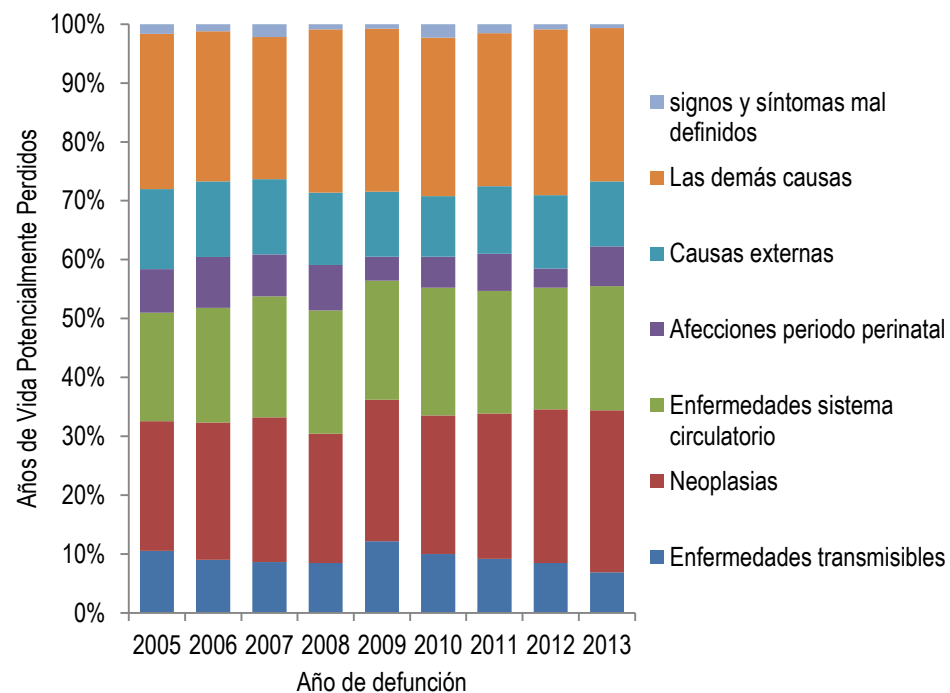
Fuente: DANE.SISPRO

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE.SISPRO

Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres Risaralda, 2005 – 2013

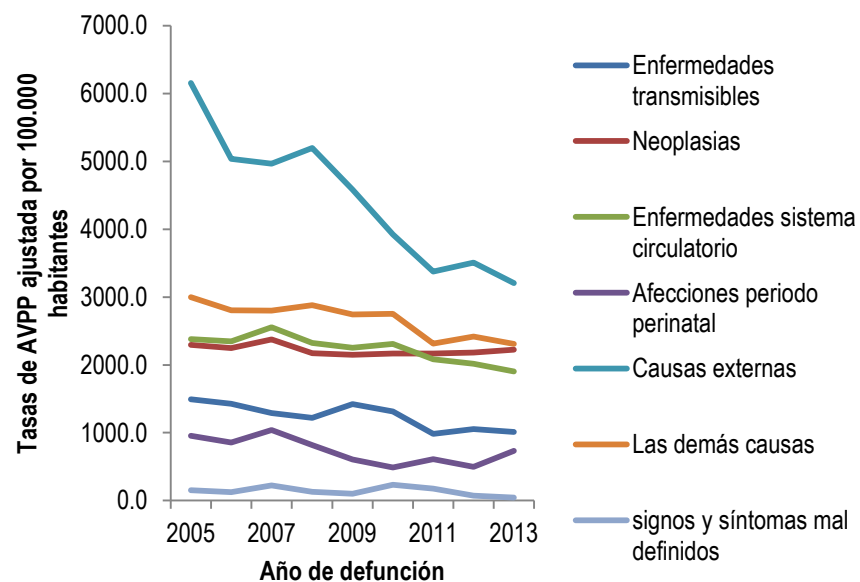


Fuente: DANE. SISPRO

Tasas ajustadas de los años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

Al analizar los AVPP por tasas ajustadas, se encuentra que las causas externas son la primera causa de AVPP en el departamento con un descenso significativo del 2005 al 2013, seguida por las demás causas, las cuales también muestran un descenso del año 2010 al 2011, para aumentar levemente en los dos años siguientes. Las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias le siguen en su orden, sin embargo se aprecia aumento en las neoplasias entre los años 2011 y 2013 comparado con las enfermedades del sistema circulatorio. Se resalta también el aumento en la tasa de AVPP por afecciones del período perinatal sobre todo del 2012 al 2013.

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general Risaralda, 2005 – 2013



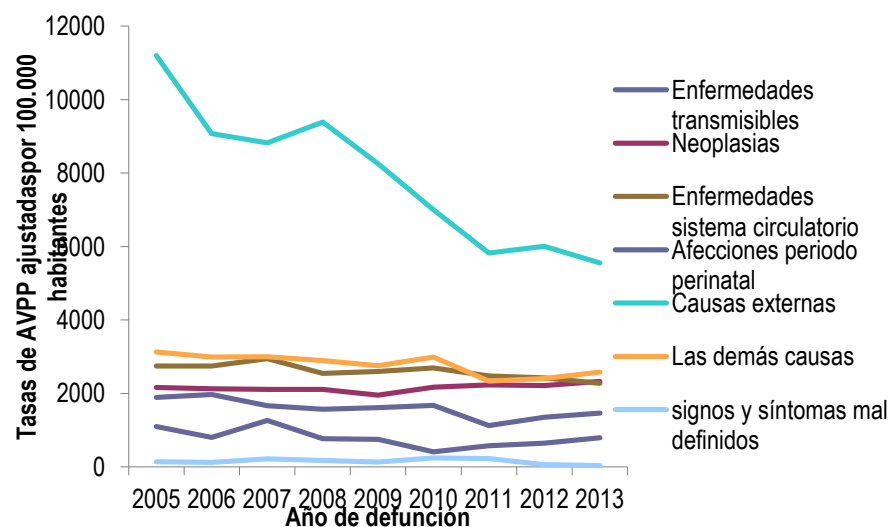
Fuente: DANE. SISPRO

Tasa de AVPP ajustada por edad en hombres

En la siguiente figura, se observa como las causas externas han presentado una tendencia notable hacia el descenso en la tasa de AVPP pasando de 11.202 AVPP por 100.000 hombres en el año 2005 a 5.551 en el año 2013.

En cuanto a la tasa de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio en hombres, la tasa ajustada más alta para este grupo se presentó en el año 2007 con 2.950 AVPP por 100.000. Entre los años 2008 y 2010, la tasa se mantuvo entre 2.545 AVPP por 100.000 y 2.692 AVPP por 100.000. A partir de allí se observa un descenso en dicha tasa al pasar de 2.479 AVPP por 100.000 en el año 2011 a 2.276 AVPP por 100.000 en el año 2013. También se observa aumento en las tasas de AVPP a partir de año 2011 en enfermedades transmisibles, afecciones del período perinatal y las demás causas.

Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en hombres Risaralda, 2005 – 2013



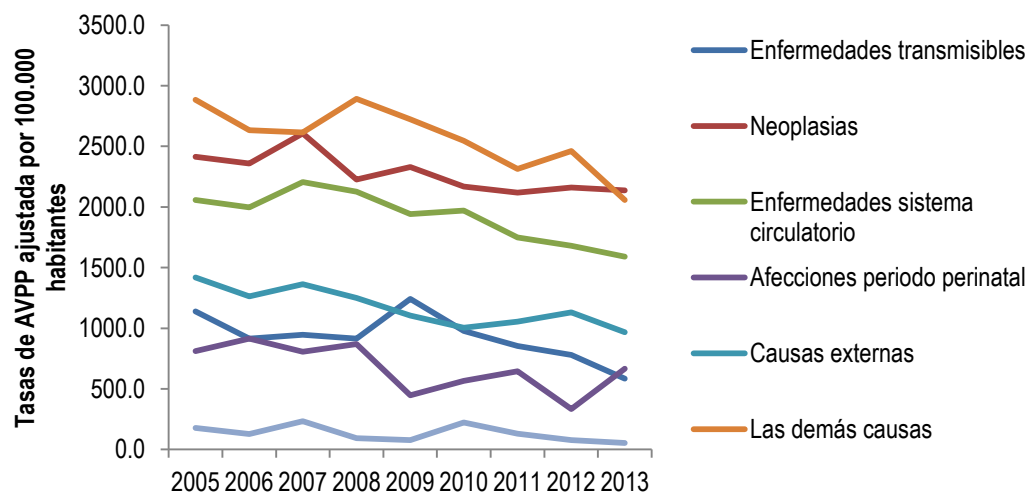
Fuente: DANE. SISPRO

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

En mujeres, se ha presentado una tendencia a la disminución en las tasas de AVPP en enfermedades del sistema circulatorio desde el año 2011 al 2013 al pasar de 1.747 AVPP por 100.000 mujeres en el 2011 a 1.589 AVPP por 100.000 en el año 2013. Asimismo la tasa de AVPP por enfermedades transmisibles también muestra tendencia a la disminución al pasar de 854 AVPP por 100.000 en el año 2011 a 585 en el año 2013. Igualmente se observa disminución en la tasa en causas externas aunque no tan evidente como aquellas de los hombres

Para neoplasias y afecciones del período perinatal la tendencia ha sido hacia el aumento, tal como se muestra en la gráfica.

Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE.SISPRO

2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo

Tasas ajustadas por la edad

Enfermedades transmisibles

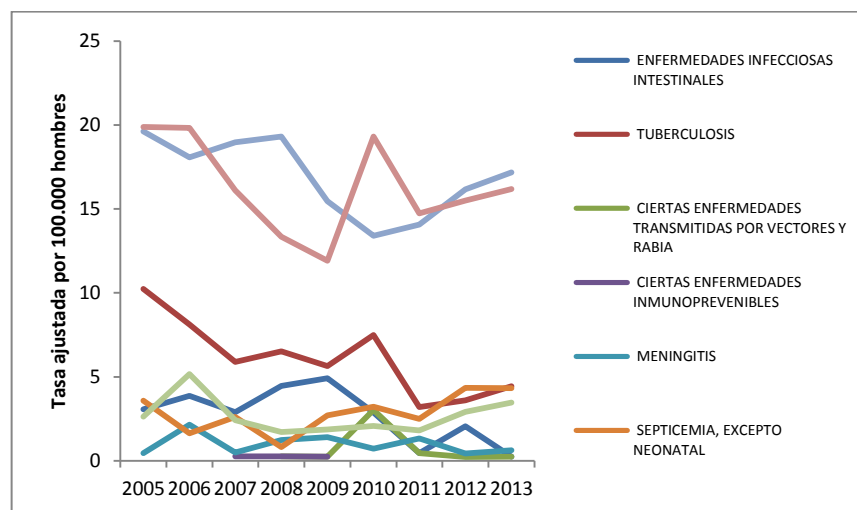
Las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad por el VIH y la tuberculosis son las tres primeras causas de mortalidad por enfermedades transmisibles en hombres en su orden en los años analizados. En cuanto a las infecciones respiratorias agudas, se aprecia una disminución en la tasa de mortalidad entre los años 2005 y 2009 al pasar de 19.88 en el 2005 a 11.92 en el año 2009, lo cual representa una disminución del 40%. No obstante, para el año 2010 la tasa aumentó a 19.3 por 100.000 hombres y en el año 2011 disminuyó nuevamente hasta 14.7 por 100.000 hombres, representando una disminución del 23%. Sin embargo entre los años 2012 y 2013 se presentó un aumento en la tasa de mortalidad de 3.9% al pasar de 15.5 en el 2012 a 16.1 en el año 2013.

Por su parte, la tasa de mortalidad por VIH se situó en 19.6 por 100.000 hombres en el año 2005 y hasta el año 2008 la disminución en la tasa no fue significativa situándose en 19.3. En el 2009 la tasa fue de 15.4 por 100.000 y la tasa de mortalidad más baja fue en el año 2010 con 13.4 por 100.000, pero en los últimos tres años este indicador aumentó paulatinamente hasta ubicarse en 17.8 por 100.000 en el año 2013.

Con respecto a tuberculosis, la tasa más alta de mortalidad se presentó en el año 2005 con 10.23 casos por 100.000 hombres, para el año 2009 la tasa fue de 5.64, esto representa una disminución de 44.8%, en el año 2010 aumentó a 7.5 por 100.000. La tasa de mortalidad más baja fue en el año 2011 con 3.21 muertes por 100.000 hombres, en el 2012 aumentó a 3.61 y para el año 2013 la tasa fue de 4.45 muertes por 100.000 hombres, lo cual representa un aumento del 23% en el año 2013 con respecto al 2012.

El cuarto lugar en mortalidad en hombres en el departamento lo ocupa las enfermedades infecciosas intestinales cuya tasa más alta estuvo en el año 2009 con 4.9 por 100.000 hombres y la más baja en el año 2013 con 0.24 por 100.000 hombres

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

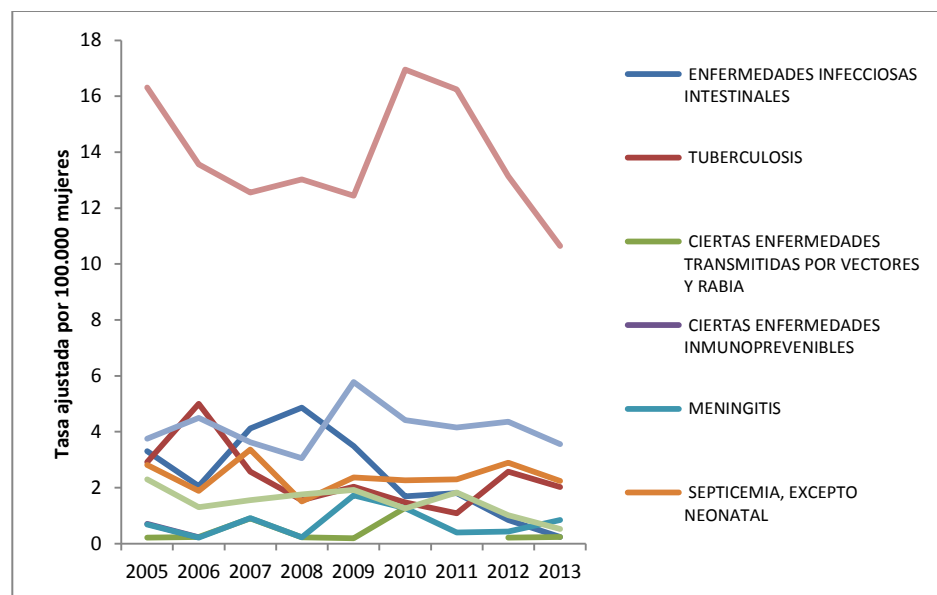
En mujeres, al igual que en los hombres, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar en mortalidad por enfermedades transmisibles, sin embargo las tasas de mortalidad son más bajas que en ellos. Entre los años 2011 y 2013 se presentó una disminución de 34% en la tasa de mortalidad al pasar de 16.24 muertes por 100.000 mujeres en el año 2011 a 10.65 por 100.000 mujeres en el año 2013.

El VIH la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en las mujeres y las tasas de mortalidad por esta causa son muchísimo más bajas que las de los hombres en todos los años analizados. Además la tendencia en la tasa de mortalidad ha sido hacia el descenso en los últimos tres años.

El subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas intestinales es la tercera causa de mortalidad en mujeres, con tasas de mortalidad que van de 3.3 por 100.000 en el 2005 a 1.8 por 100.000 en el año 2011 y 0.24 en el año 2013.

La cuarta causa de mortalidad en mujeres es la Tuberculosis, cuyo pico más alto se presentó en el año 2007 con 2.5 por 100.000 y ésta cayó en el año 2011 a 1 muerte por 100.000 mujeres, para aumentar a 2.57 muertes por 100.000 mujeres en el año 2012 y 2 por 100.000 en el año 2013. El comportamiento de la mortalidad por esta causa es similar a lo que sucede con el VIH en los hombres donde las diferencias son notorias.

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

Neoplasias

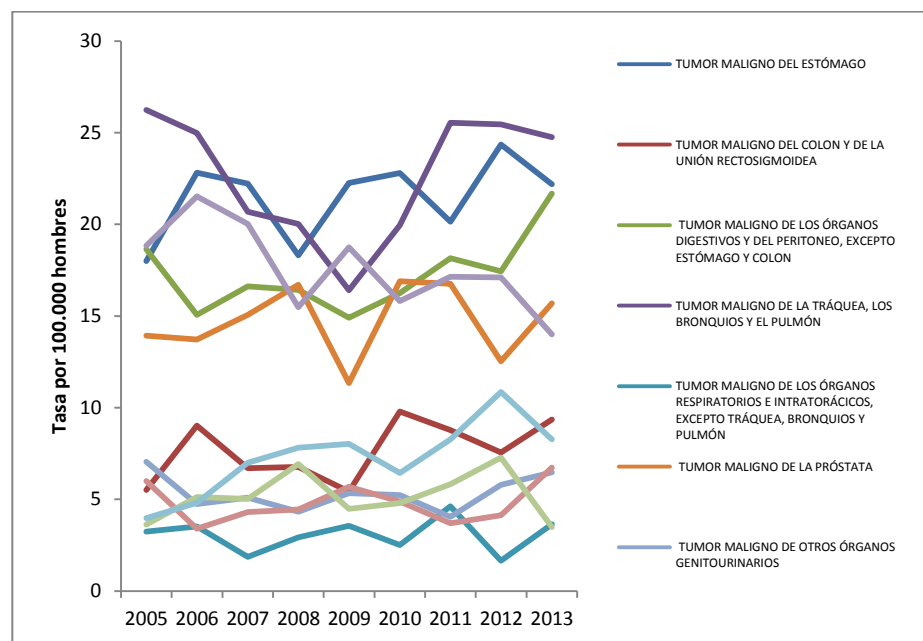
En hombres, la principal causa de mortalidad por neoplasias en los años analizados la constituye el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón. Las tasas de mortalidad por esta causa presentaron disminución entre los años 2005 y 2010, con una reducción del 24%, pero se presentó aumento en la tasa de mortalidad por esta causa entre los años 2011 y 2012, (25.5 y 25.4, respectivamente) para disminuir a 24.8 por 100.000 en el año 2013.

El tumor maligno del estómago se constituye en la segunda causa de mortalidad en hombres en los años analizados, su tasa más baja ocurrió en el año 2005 cuando alcanzó 18 muertes por 100.000 hombres, la tasa se mantuvo entre 20 y 22 por 100.000 en todos los años excepto en el año 2008 en el cual la tasa bajó a 18.3 por 100.000 hombres. En el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres fue de 24.35 y disminuyó a 22.18 en el año 2013.

Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas son la tercera causa de mortalidad por neoplasias en hombres. La tasa de mortalidad más alta por esta causa se presentó en el año 2006 con 21.8 por 100.000 hombres y la más baja ocurrió en el año 2008 con 15.4 por 100.000 hombres. En el año 2013 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres fue de 14 muertes por 100.000, la cual comparada con la del año 2012 tuvo una reducción del 17.6% al situarse ese año en 17 por 100.000 hombres. Con tasas similares, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon se ubicó en cuarto lugar en los años analizados, con tasas que estuvieron entre 15 y 18.6 muertes por 100.000 hombres. La tasa de mortalidad por esta causa en hombres aumentó de 18 por 100.000 en el año 2011 a 21.7 en el año 2013.

Cabe mencionar que el tumor maligno de la próstata se ubica como la quinta causa de muertes por neoplasias, sin que se observe reducción significativa en las tasas de mortalidad en los años analizados excepto en el año 2009 donde se presentó la tasa más baja con 11.3 por 100.000. La tasa de mortalidad por esta causa tuvo tendencia al aumento entre el 2012 y el 2013 al pasar de 12.5 a 15.7 por 100.000.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

En cuanto a mortalidad por neoplasias en mujeres, se encuentra que la principal causa de mortalidad por neoplasias es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon cuya tasa más alta se registró en el año 2007 con 21.8 por 100.000 mujeres, manteniendo la tendencia entre 18 y 19 por 100.000 entre 2008 y 2011. Para el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó a 17.8 por 100.000 mujeres para aumentar a 20.2 muertes por 100.000 mujeres en el año 2013.

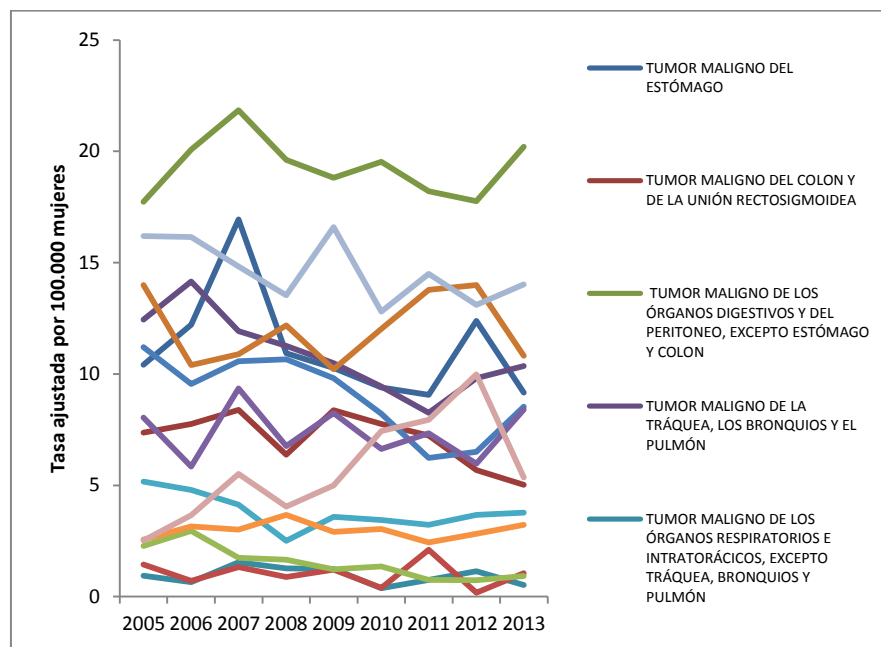
Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas son en mujeres la segunda causa de mortalidad. En los años 2005 y 2006 la tasa de mortalidad fue de 16.1 por 100.000 mujeres, esta tasa disminuyó a 14.8 y 13.5 por 100.000 en los años 2007 y 2008, para aumentar nuevamente a 16.6 por 100.000 en el 2009 y caer a 12.8 en el 2010, año en el que se presentó la tasa más baja, sin embargo para el año 2011 la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres fue de 14.5 por 100.000 mujeres, y disminuyó a 13.1 para aumentar nuevamente en el año 2014 a 14 muertes por 100.000.

La tercera causa de mortalidad en mujeres en los años analizados es el tumor maligno de la mama, en el año 2005 se presentó la tasa más alta de mortalidad con 13.9 por 100.000 mujeres, ésta disminuyó a 10.3 por 100.000 en el año 2006 y tuvo un leve aumento a 10.8 en el año 2007, sin embargo para los años 2008 la tasa aumentó nuevamente a 12.1 por 100.000 y en el año 2009 ésta cayó a 10.2, para aumentar nuevamente en los años 2010 y 2011 a 12 y 13.7 por 100.000 respectivamente. En el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 14 por 100.000 y disminuyó a 10.8 por 100.000 en el año 2013, lo cual representa una disminución del 22.8%.

El tumor maligno del estómago se ubica como la cuarta causa de mortalidad en mujeres en los años analizados, la tasa más alta fue registrada en el año 2007 con 16.9 por 100.000, a partir del año 2008 las tasas han tenido una tendencia a la disminución que van desde 10.9 por 100.000 en el 2008 y 9 por 100.000 en el año 2011. La tasa de mortalidad para el año 2012 fue de 12.4 por 100.000 y disminuyó a 9.1 en el año 2013, representando una disminución de 26.6%.

Es de anotar que del 2005 al 2011 el tumor maligno del cuello del útero ha tenido una tendencia hacia la disminución en la mortalidad, presentando una tasa de 11.1 por 100.000 (pico más alto) en el año 2005 y de 6.2 por 100.000 en el 2011 (pico más bajo), sin embargo para el año 2012 y 2013 la tasa de mortalidad por esta causa tuvo aumento al pasar de 6.5 a 8.5 por 100.000 respectivamente.

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE.SISPRO

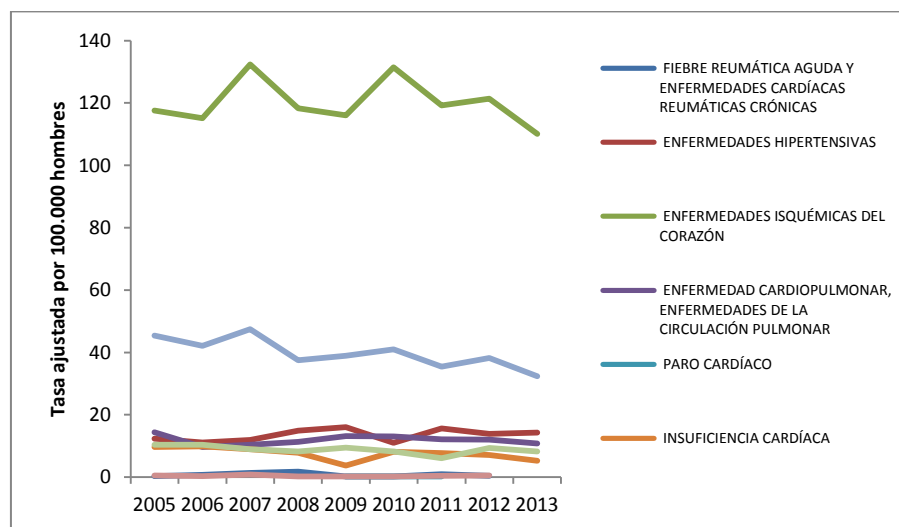
Enfermedades del sistema circulatorio

Las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar en mortalidad en lo que se refiere a enfermedades del sistema circulatorio en hombres. En el año 2005 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 117.5 por 100.000 hombres, en el año 2006 hubo un ligero descenso al pasar a 115.1 por 100.000 hombres, pero ya en el año 2007 se presentó su pico más alto al presentar una tasa de mortalidad de 132.3 por 100.000. Posteriormente en el año 2008 la tasa disminuyó a 118.2 por 100.000 y en el 2009 a 116.1, para aumentar nuevamente a 131.4 en el 2010 y caer a 119.2 en el 2011. En el año 2012 la tasa aumentó a 121.3 y cayó a 110 muertes por 100.000 hombres representando una disminución del 9.3% entre el 2012 y el 2013.

La segunda causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres son las enfermedades cerebrovasculares, las tasas de mortalidad por esta causa son mucho menores que las de enfermedades isquémicas, presentando para el año 2005 una tasa de 45.3 por 100.000 y para el 2011 de 35.4 por 100.000, ésta aumentó a 38.1 en el año 2012 y disminuyó a 32.3 en el año 2013, lo cual representa una disminución del 15% del 2012 al 2013.

En tercer lugar se ubican las enfermedades hipertensivas, cuyas tasas de mortalidad van desde 12.3 por 100.000 en el año 2005, pasando por 15.9 por 100.000 en el año 2009, año en el cual se presentó la tasa más alta de mortalidad por esta causa. En el 2010 ésta disminuyó a 10.9 por 100.000 para aumentar nuevamente a 15.7 por 100.000 en el año 2011. Para el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 13.9, representando una disminución del 11% en la tasa de mortalidad, en el año 2013 hubo un aumento de 2.1% al llegar a 14.2 muertes por 100.000 hombres

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Risaralda, 2005 – 2013

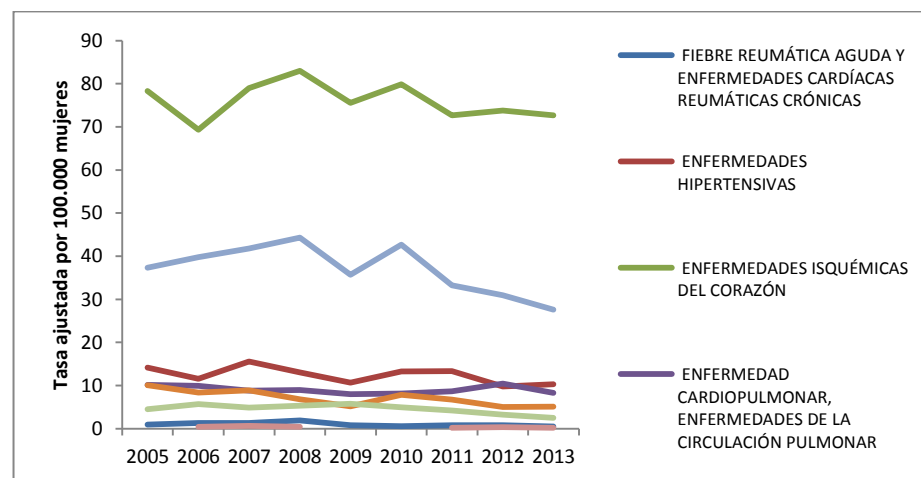


Fuente: DANE.SISPRO

En las mujeres, al igual que en los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, la tendencia ha sido hacia el descenso al pasar de 78.3 muertes por 100.000 en el año 2005 a 72.68 por 100.000 en el año 2013, lo que representa una disminución del 7.2% en la tasa de mortalidad en los años analizados.

En cuanto a las enfermedades cerebrovasculares, se presentó un aumento del 18.4% en la tasa de mortalidad entre los años 2005 y 2008, sin embargo para los años siguientes la tendencia fue a la disminución llegando en el 2012 a 30.1 por 100.000 y en el 2013 a 27.6, esto representa una disminución en la tasa de 8.3%. Igualmente que para los hombres, en las mujeres la tercera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en los años analizados la constituyen las enfermedades hipertensivas, con tasas de mortalidad muy similares a aquellas de los hombres.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



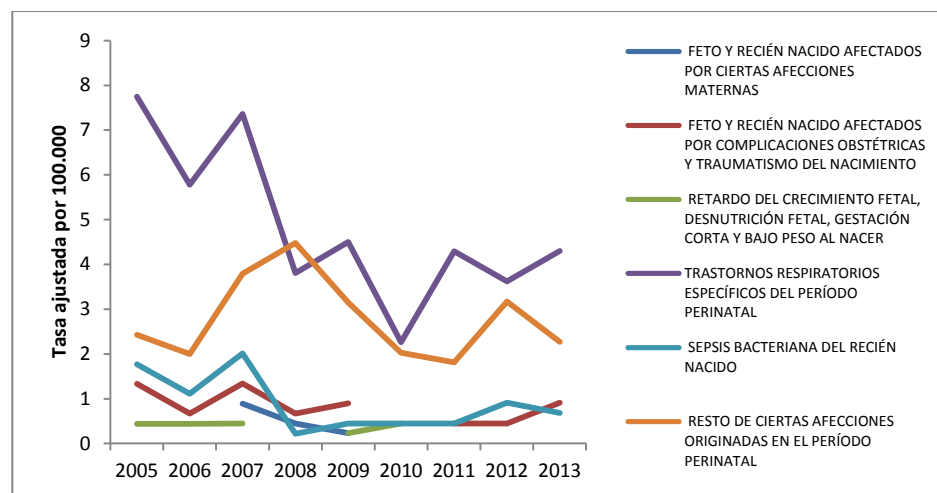
Fuente: DANE. SISPRO

Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En hombres, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal son la principal causa de mortalidad, aunque la tendencia ha sido hacia a la disminución, se pasó de una tasa de mortalidad de 7.75 por 100.000 en el año 2005 a 4.3 en el año 2013 para una reducción en 44% de la tasa en los años analizados.

La segunda causa la constituyen el resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, la tasa de mortalidad por esta causa ha sido variable encontrándose la tasa de mortalidad más baja en el año 2011 con 1.8 por 100.000 y la más alta en 2008 con 4.5. Entre los años 2012 y 2013 la reducción en la tasa de mortalidad fue de 31.5% al pasar de 3.17 muertes por 100.000 a 2.27 respectivamente.

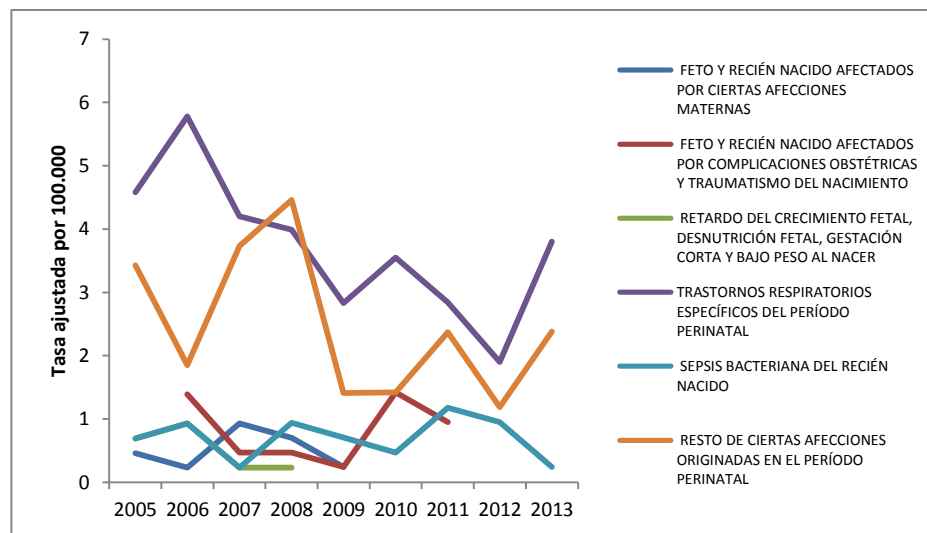
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

En mujeres, al igual que en hombres, los trastornos respiratorios específicos del período perinatal son la principal causa de mortalidad. La tasa de mortalidad para el año 2012 fue de 1.8 muertes por 100.000 mientras que para el año 2013 ésta se duplicó llegando a 3.8 por 100.000. En cuanto al resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal, el comportamiento es similar con aumento en la tasa de mortalidad entre 2012 y 2013 con tasas de 1.19 por 100.000 en el año 2012 y 2.38 en el 2013.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



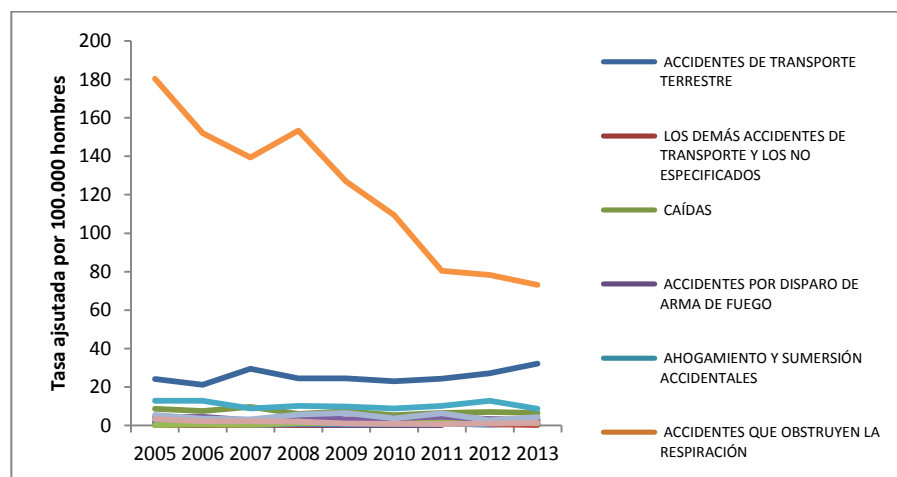
Fuente: DANE. SISPRO

Causas externas

Los homicidios son la principal causa de mortalidad por causas externas en hombres en los años analizados, sin embargo la tendencia en las tasas de mortalidad por esta causa es hacia una franca disminución, al pasar de 180.3 por 100.000 en el año 2005 a 73.1 por 100.000 en el año 2013, representando una disminución en la tasa de 59.4% en los años analizados. Los accidentes de transporte terrestre son la segunda causa de mortalidad por causas externas en hombres con tasas de mortalidad que oscilan entre 21 y 29 por 100.000. Entre los años 2011 y 2013 se presentó un aumento del 32% en la tasa de mortalidad al pasar de 24.39 por 100.000 en el año 2012 a 32.22 en el año 2013.

La tercera causa de mortalidad en hombres dentro de las causas externas la constituyen los suicidios, cuyas tasas de mortalidad fueron en los años 2005 y 2006 de 12.8 y 12.9 respectivamente, en el 2007 la tasa disminuyó a 8.9 por 100.000 hombres y en el 2008 aumentó nuevamente a 10.2 por 100.000, para disminuir en el 2009 a 9.9 por 100.000 y disminuir levemente a 8.9 en el año 2010, en los años 2011 y 2012 la tasa aumentó nuevamente a 10.2 y 12.8 por 100.000 hombres respectivamente y en el año 2013 ésta disminuyó a 8.8 por 100.000, representando una disminución de 31.2% en la tasa en los dos últimos años.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres Risaralda, 2005 – 2013



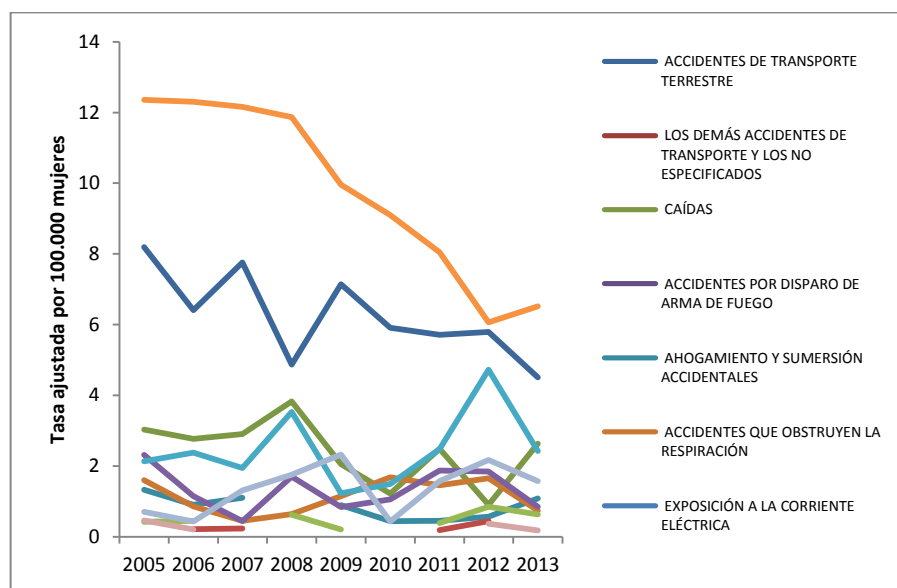
Fuente: DANE. SISPRO

En mujeres, igualmente que en hombres, la principal causa de muerte por causas externas son los homicidios, las tasas de mortalidad para mujeres fueron muchísimo menores que para los hombres y la disminución entre los años 2005 y 2013 fue del 47.2%.

Los accidentes de transporte terrestre también son la segunda causa de mortalidad en mujeres debido a causas externas y el comportamiento igualmente es hacia el descenso con una reducción del 44.9% en la tasa entre 2005 y 2011.

Los suicidios son la tercera causa de mortalidad e mujeres por causas externas, sin embargo las tasas son mucho más bajas que las de los hombres. Entre el 2012 y el 2013 la reducción fue de 48.7% al pasar de 4.72 por 100.000 a 2.42 respectivamente.

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

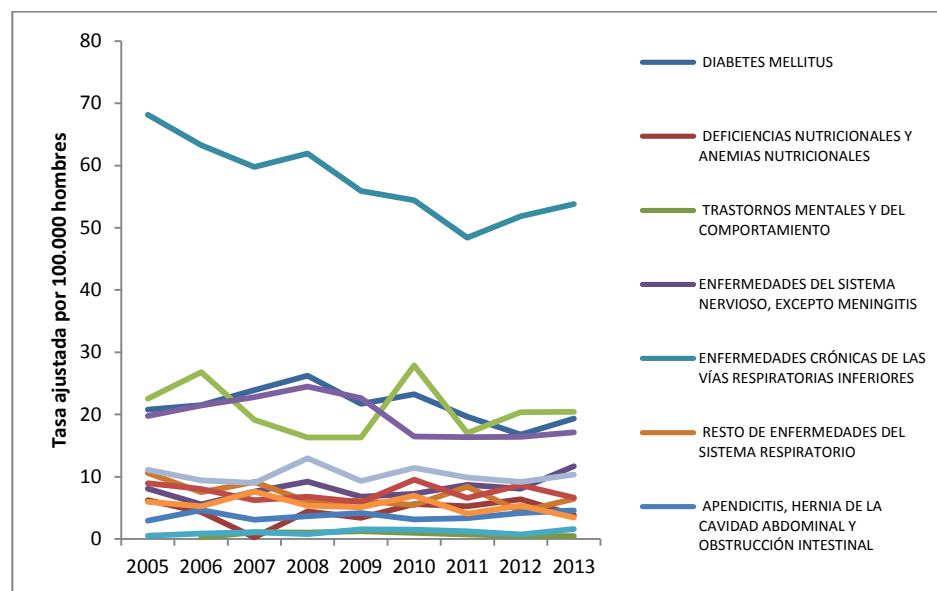
Síntomas, signos y afecciones mal definidas

En los hombres la principal causa de mortalidad dentro del grupo de las demás causas son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. La tasa de mortalidad por esta causa en hombres mostró una disminución de 29% entre los años 2005 al 2011, pasando de 68.1 por 100.000 en el año 2005 a 48.3 por 100.000 en el año 2011. Para el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 51.87 por 100.000 hombres y en el 2013 fue de 53.8 por 100.000 hombres, lo cual representa un aumento del 11% en la tasa de mortalidad entre los años 2011 y 2013.

La segunda causa de mortalidad es la diabetes mellitus, la tasa de mortalidad por esta causa en hombres pasó de 20.77 por 100.000 en el año 2005 a 19.64 en el año 2011 representando una disminución de 5.4%. Para el año 2012 la tasa disminuyó hasta 16.75 por 100.000 para aumentar nuevamente en el año 2013 a 19.37 por 100.000 hombres.

Como tercera causa de mortalidad aparecen el resto de enfermedades del sistema digestivo, la tasa más alta de mortalidad fue en el año 2010 con 27.9 por 100.000 y la más baja en el año 2009 con 16.2 por 100.000 hombres. Entre los años 2012 y 2013 se presentó un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa al pasar de 20.35 por 100.000 a 20.45 por 100.000 respectivamente.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres Risaralda, 2005 – 2013

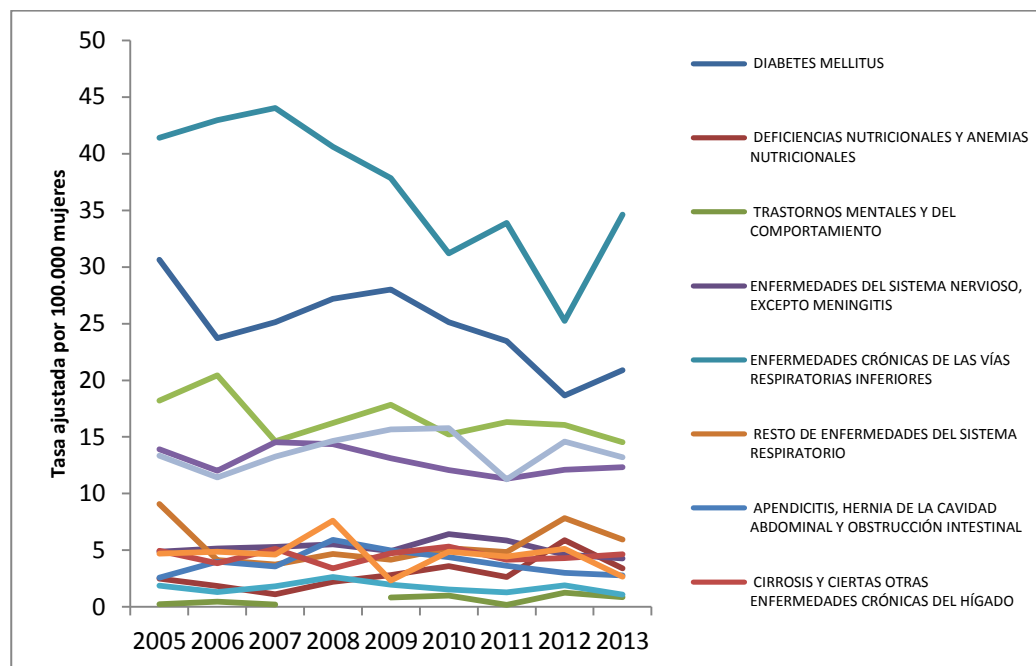


Fuente: DANE. SISPRO

En mujeres, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la diabetes mellitus, al igual que en los hombres son las dos primeras causas de mortalidad en su orden, en la primera, las tasas son menores en las mujeres que en los hombres, mientras que en diabetes mellitus se observan tasas de mortalidad más altas en las mujeres que en los hombres, sin embargo se aprecia disminución en la tasa de mortalidad por diabetes, al pasar de 30.6 por 100.000 en el 2005 a 23.4 por 100.000 en el 2011. La tasa de mortalidad disminuyó a 18.67 por 100.000 en el año 2012 para aumentar nuevamente en el año 2013 a 20.9 por 100.000 mujeres

Igual comportamiento presentaron el resto de enfermedades del sistema digestivo, al constituirse lo mismo que en los hombres en la tercera causa de mortalidad, dentro de las demás causas.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres Risaralda, 2005 – 2013



Fuente: DANE. SISPRO

Al analizar la tabla 9, se encuentra que las tasas de mortalidad en el departamento son mayores que las de la nación, sin embargo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto al realizar la semaforización todos los indicadores quedan en amarillo tal como se muestra en la tabla.

En cuanto a las tendencias, tuvieron aumento en las tasas de mortalidad entre los años 2012 y 2013:

Mortalidad por accidentes de transporte terrestre, mortalidad por cáncer de cuello uterino y de próstata, mortalidad por diabetes y por enfermedades transmisibles.

Tuvieron disminución en las tasas de mortalidad:

Mortalidad por tumor maligno de mama y del estómago, mortalidad por diabetes mellitus, mortalidad por suicidios, homicidios, mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento.

Al analizar la tendencia en las tasas de mortalidad, las mayores tasas de mortalidad en los años analizados las ocupan los homicidios, cuya tasa de mortalidad para el año 2005 fue de 93.3 por 100.000 habitantes, pasando a 79.5 en el año 2006 y 73.4 en el 2007 hasta alcanzar en el 2011 una tasa de mortalidad de 43 por cada 100.000 habitantes para disminuir a 41 y a 38.8 por 100.000 habitantes en los años 2012 y 2013.

En segundo lugar se encuentran las enfermedades transmisibles con una tasa de mortalidad de 46.3 por 100.000 habitantes en el año 2005, la cual descendió a 43.2 en el año 2006, en el año 2007 ésta descendió a 39.2 en 2007 y a 36.5 en el año 2008, para ascender nuevamente a 36.7 y 40.7 en 2009 y 2010 respectivamente y ya en el año 2011, la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó hasta 33.1 por 100.000 habitantes para aumentar nuevamente en el 2012 y 2013 a 34.7 y 34.8 por 100.000 respectivamente.

La diabetes mellitus ha tenido una tendencia hacia el descenso en la mortalidad, al pasar de 26 muertes por 100.000 habitantes en el año 2005 a 22.7 por 100.000 en el año 2006, aumentando nuevamente a 24.6 y 26.8 en los años 2007 y 2008 y descendiendo nuevamente a tasas de 25.1 en el 2009 hasta llegar en el 2011 a una tasa de mortalidad de 21.8 por 100.000 habitantes y en el 2012 a 17.8, la más baja en los años analizados Sin embargo para el año 2013 se presentó un aumento en la mortalidad por diabetes alcanzando una tasa de 20.3 por 100.000 habitantes, lo cual representa un aumento del 14%.

La mortalidad por tumor maligno de cuello uterino tuvo tenencia al descenso desde el 2005 al 2011 al pasar de 11.2 por 100.000 mujeres en el año 2005 a 6.2 en el 2011, esto representa una disminución del 44.6% en la tasa, sin embargo se aprecia que entre los años 2012 y 2013 se presentó un aumento en la tasa de mortalidad correspondiente a 30.7% al pasar de 6.5 por 100.000 en el 2012 a 8.5 en el año 2013

Se resalta la disminución en la tasa de mortalidad por tuberculosis cuya tasa de mortalidad para el año 2005 fue de 6.32 y en el año 2011 ésta cayó hasta 2.03 por 100.000 habitantes para aumentar a 3 y 3.1 por 100.000 habitantes en los años 2012 y 2013 respectivamente. A pesar de que se presentó aumento en la mortalidad por esta causa en los dos últimos años, las tasas no superaron las iniciales. En cuanto a la mortalidad por tumor maligno de la mama, a pesar de que su tasa disminuyó del 2005 al 2006, al pasar de 14 por 100.000 a 10.4 por 100.000, ésta ha venido en aumento, excepto en el año

2009 donde cayó a 10.2 por 100.000. Entre los años 2010 y 2012 se presentó un aumento en la tasa de mortalidad del 16% al pasar de 12 por 100.000 mujeres en el 2010 a 14 por 100.000 en el 2012, ya para el año 2013 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó en 22% al pasar de 14 a 10.9 respectivamente. La mortalidad por tumor maligno de la próstata ha tenido un comportamiento variable a través de los años. En el año 2009 se presentó la tasa de mortalidad más baja por esta causa, la cual fue de 11.3 por 100.000, para aumentar en los años 2010 y 2011 a 16.9 y 16.8 por 100.000 respectivamente. Ya en el año 2012 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó a 12.5 por 100.000, lo cual representa una disminución de 25.5%. sin embargo la tasa de mortalidad en el año 2013 ascendió hasta 15.7 por 100.000. En cuanto al tumor maligno del estómago, el descenso en las tasas de mortalidad entre 2012 y 2013 fue de 14.6% al pasar de 17.7 por 100.000 en el 2012 a 15.1 en el 2013.

Se resalta igualmente que no ha habido mortalidad por eventos como la rabia humana y la tasa de mortalidad por malaria fue baja desde el año 2005 hasta el año 2010 y en el 2011 no se presentaron casos de mortalidad por esta causa, en el año 2012 la tasa fue de 0.10 y en el 2013 no hubo muertes por esta causa.

En cuanto a la tasa de mortalidad por suicidios, ésta fue de 7.2 por 100.000 habitantes en el año 2005, pasó a 7.4 en el 2006, disminuyó a 5.2 en el año 2007, aumentó nuevamente en el año 2008 a 6.7 por 100.000. En el año 2009 y 2010 la tasa de mortalidad por esta causa cayó a 5.3 y 4.9 por 100.000 habitantes respectivamente, para aumentar nuevamente a 6.1 por 100.000 en el año 2011 y a 8.5 por 100.000 en el año 2012. Ya para el año 2013 la mortalidad por suicidios bajó a 5.5 representando una disminución de 35% en la tasa de mortalidad.

Tabla 8. Semaforización y Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas Risaralda, 2005-2013

Causa de muerte	Colombia	Risaralda								
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14.20	17.56	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11.14	10.82	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6.43	8.54	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14.33	15.69	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11.22	15.06	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16.43	20.31	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	4.42	5.45	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘

Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	0.54	0.70	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	30.83	38.84	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	30.49	34.80	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗

2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Para el análisis de la mortalidad infantil y en la niñez se utilizó la lista de los 16 grandes grupos que corresponde a ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; todas las demás enfermedades; causas externas de morbilidad y mortalidad..

Tasas específicas de mortalidad

Menores de 1 año

La mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad está representada por las afecciones originadas en el período perinatal, las tasas de mortalidad por esta causa entre los años 2005 y 2007 no variaron mucho oscilando entre 8.1 y 8.4 por 1000 nacidos vivos. Entre los años 2008 a 2010 la tasa de

mortalidad pasó de 6.9 a 4.4 por 1.000 NV, para aumentar nuevamente en el año 2011 a 5.4 por 1.000 NV y disminuir nuevamente en el año 2012 a 4.45. En el 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 6.9 por 1.000 nacidos vivos.

Las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas son la segunda causa de mortalidad en los menores de 1 año, la tasa más alta de mortalidad por esta causa corresponde al año 2007 con 3.44 muertes por 1.000 NV. La tasa más baja fue en el año 2013 con 1.5 y comparada con el año 2012 la disminución fue de 40%.

Las enfermedades del sistema respiratorio son la tercera causa de mortalidad infantil, la mayor tasa se presentó en el año 2005 con 1.7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, en el año 2008 la tasa bajó a 0.92 por 1.000 nacidos vivos pero en el año 2009 ésta aumentó a 1.55 muertes por 1.000 nacidos vivos, para disminuir en el 2011 a 0.75; ya para el año 2012 la tasa aumento nuevamente a 0.92 y en el 2013 disminuyó nuevamente a 0.35 por 1.000 nacidos vivos año en el que se presentó la tasa de mortalidad más baja por esta causa.

Tabla 9. Tasas específicas de mortalidad infantil. Risaralda 2005-2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.24	0.61	0.97	1.00	1.30	0.76	0.50	0.50	0.62
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.08	0.09
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.08	0.08	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.46	0.15	0.00	0.23	0.33	0.34	0.17	0.84	0.62
Enfermedades del sistema nervioso	0.39	0.54	0.22	0.08	0.24	0.17	0.08	0.17	0.18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.15	0.22	0.00	0.24	0.08	0.17	0.17	0.44
Enfermedades del sistema respiratorio	1.70	1.68	1.35	0.92	1.55	1.35	0.75	0.92	0.35
Enfermedades del sistema digestivo	0.08	0.23	0.22	0.15	0.33	0.17	0.08	0.25	0.18
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.23	0.07	0.15	0.16	0.08	0.17	0.00	0.09
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	8.11	7.11	8.45	6.86	5.29	4.40	5.42	4.45	6.90
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.78	2.90	3.44	3.31	1.79	3.21	2.42	2.52	1.50
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.85	0.23	0.30	0.08	0.65	0.51	0.17	0.25	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.70	0.31	0.22	0.23	0.49	0.34	0.17	0.25	0.09

Fuente: DANE. SISPRO

Con relación al sexo, las principales causas de muerte en los niños menores de 1 año la constituyen las afecciones originadas en el período perinatal, cuya tasa específica para el año 2005 fue de 9.25 por 1.000 nacidos vivos, ésta disminuyó a 6.69 en el año 2006, para aumentar en el año 2007 a 10.36 por 1.000 nacidos vivos, año en el que se presentó la tasa más alta de mortalidad por esta causa. En los años 2008 y 2009 las tasas estuvieron entre 6.3 y 6.7 por 1.000 nacidos vivos y para el año 2010 la tasa disminuyó hasta 3.83 por 1.000 nacidos vivos, año en el que se presentó la tasa más baja. Sin embargo entre los años 2011 y 2013 hubo aumento en la tasa de mortalidad, la cual pasó de 5.25 por 1.000 nacidos vivos en el año 2011 a 7.57 en el 2013.

Le siguen las malformaciones congénitas, las tasas de mortalidad son mucho más bajas que las afecciones del período perinatal. La tasa de mortalidad más alta por esta causa se presentó en el año 2010 con 4.16 muertes por 1.000 nacidos vivos y la más baja en el año 2013 con 1.7 por 1.000 nacidos vivos. La tercera causa de mortalidad para niños en este grupo de edad son las enfermedades del sistema respiratorio y en los últimos tres años las tasas de mortalidad por esta causa han estado por debajo de 1 por 1.000 nacidos vivos.

Tabla 10. Tasas específicas de mortalidad infantil, en los niños Risaralda, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0.89	0.89	1.02	0.59	1.59	0.50	0.66	0.82	0.69
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.45	0.15	0.00	0.15	0.16	0.17	0.16	0.66	0.69
Enfermedades del sistema nervioso	0.30	0.89	0.29	0.00	0.48	0.00	0.00	0.16	0.17
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.30	0.29	0.00	0.32	0.17	0.00	0.16	0.34
Enfermedades del sistema respiratorio	1.94	2.23	1.46	0.88	1.43	2.33	0.49	0.66	0.34
Enfermedades del sistema digestivo	0.15	0.30	0.15	0.29	0.32	0.33	0.00	0.33	0.34
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.30	0.15	0.15	0.32	0.17	0.16	0.00	0.17
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	9.25	6.68	10.36	6.33	6.67	3.83	5.25	5.93	7.57
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.43	2.82	3.94	2.80	2.54	4.16	2.46	2.31	1.72
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1.19	0.30	0.29	0.00	1.11	0.33	0.16	0.33	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.45	0.15	0.29	0.00	0.48	0.50	0.00	0.16	0.00

Fuente: DANE. SISPRO

En las niñas al igual que en los niños, las afecciones originadas durante el período perinatal, son la principal causa de muerte en los menores de 1 año, las razones son menores que en los niños y éstas se mantuvieron entre 6.4 y 7.5 por 1.000 nacidos vivos entre los años 2005 y 2008, para el año 2009 la razón de mortalidad por esta causa en niñas disminuyó a 3.84 por 1.000 nacidos vivos, para aumentar a 4.99 y 5.99 por 1.000 nacidos vivos en los años 2010 y 2011. En el año 2012 se presentó la razón más baja de mortalidad por esta causa siendo de 2.91 por 1.000 nacidos vivos para aumentar en el año 2013 a 6.2, lo cual representa un aumento de 113

La segunda causa de mortalidad en menores de 1 año en niñas son las malformaciones congénitas, las razones son también menores que en los niños y éstas aumentaron entre el año 2009 y 2011 al pasar de 1 por 1.000 nacidos vivos a 2.3 respectivamente, con un leve aumento en el año 2012 y disminución en la razón en el año 2013. En tercer lugar se ubica el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, la razón más alta se presentó en el año 2005 con 1.6 muertes por 1.000 nacidos vivos, y la más baja en el año 2012 con 0.17, para el año 2013 la razón aumentó a 0.55.

Tabla 112. Tasas específicas de mortalidad infantil, en las niñas Risaralda, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1.60	0.32	0.92	1.45	1.00	1.03	0.34	0.17	0.55
Tumores (neoplasias)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.34	0.00	0.17	0.18
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.16	0.16	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0.48	0.16	0.00	0.32	0.50	0.52	0.17	1.03	0.55
Enfermedades del sistema nervioso	0.48	0.16	0.15	0.16	0.00	0.34	0.17	0.17	0.18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	0.00	0.15	0.00	0.17	0.00	0.34	0.17	0.55
Enfermedades del sistema respiratorio	1.44	1.10	1.23	0.97	1.67	0.34	1.02	1.20	0.36
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	0.16	0.31	0.00	0.33	0.00	0.17	0.17	0.00
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.16	0.00	0.16	0.00	0.00	0.17	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6.90	7.57	6.43	7.43	3.84	4.99	5.59	2.91	6.20
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.08	3.00	2.91	3.88	1.00	2.24	2.37	2.74	1.28
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0.48	0.16	0.31	0.16	0.17	0.69	0.17	0.17	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.17	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0.96	0.47	0.15	0.48	0.50	0.17	0.34	0.34	0.18

Fuente: DANE. SISPRO

Menores de 1 a 4 años

En este grupo de edad las causas externas ocupan el primer lugar, la tasa de mortalidad en el año 2005 fue de 23.63 y disminuyó hasta 6.47 en el año 2008, lo cual representa una disminución del 72.6% en la tasa. No obstante para los años 2009 a 2011 hubo un aumento en la tasa de mortalidad aunque no tan alto como en los primeros años. Para el año 2012 la tasa disminuyó a 6.55 por 100.000 menores entre 1 y 4 años para aumentar a 19.7 en el año 2013 representando un aumento de 200%.

La segunda causa de mortalidad en niños de 1 a 4 años es el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias la tasa de mortalidad más alta fue en el año 2009 con 21.9 por 100.000, para el año 2010 ésta fue de 4.89 y para el año 2011 llegó a 3.27 por 100.000. entre 2009 y 2011 la disminución fue de 85%, pero en el año 2012 la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias llegó hasta 14.7, para disminuir en el año 2013 a 1.64 por 100.000 menores de 1 a 4 años, la más baja en el período analizado.

Las enfermedades del sistema respiratorio se constituyen en la tercera causa de mortalidad en el grupo de edad de 1 a 4 años. Entre los años 2005 y 2008 se presentó una reducción en la mortalidad por esta causa de 61% al pasar de 12.6 por 100.000 en 2005 a 4.85 en el año 2008. La tasa más alta se presentó en el año 2010 con 17.9 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años, para disminuir en el año 2011 a 11.45 por 100.000. La reducción de la mortalidad en el año 2012 es evidente con 3.28 por 100.000 y para el año 2013 aumentó nuevamente hasta alcanzar una tasa de mortalidad de 8.2 por 100.000 menores de 1 a 4 años.

Los tumores son la cuarta causa de mortalidad en este grupo de edad, y la tendencia ha sido a la disminución, para el año 2010 la tasa de mortalidad por tumores fue de 11.4 disminuyendo a 4.91 por 100.000 en el año 2011 y a 3.28 en los años 2012 y 2013.

La mortalidad por malformaciones congénitas en este grupo de edad ha presentado variaciones a través del tiempo, en el año 2005, la tasa de mortalidad específica fue de 7.88 por 100.000, ésta descendió a 4.77 y a 1.6 por 100.000 en los años 2006 y 2007 respectivamente para aumentar nuevamente a 9.7 en el año 2008, para el año 2011 la tasa de mortalidad específica aumentó nuevamente presentando una tasa de 8.18 por 100.000 y de 9.83 en el año 2012, para disminuir en el año 2013 a 4.92, lo cual representa una disminución de 49.9% entre los años 2012 y 2013. La mortalidad por enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas presentó un descenso en las tasas a partir del año 2008 hasta el año 2010 al pasar de 4.85 por 100.000 a 3.26 por 100.000, sin embargo para el año 2011 la tasa de mortalidad aumentó a 6.54 por 100.000 y en el 2012 ésta fue de 13.1 lo cual corresponde a un aumento de 100% en la tasa: ya en el año 2013 la tasa fue de 6.56 por 100.000.

Tabla 123. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, Risaralda, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11.03	11.14	12.84	14.55	21.13	4.89	3.27	14.74	1.64
Tumores (neoplasias)	9.45	3.18	9.63	9.70	6.50	11.42	4.91	3.28	3.28
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	1.60	1.62	1.63	1.63	0.00	0.00	1.64
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7.88	3.18	0.00	4.85	3.25	3.26	6.54	13.10	6.56
Enfermedades del sistema nervioso	4.73	3.18	4.81	1.62	8.13	1.63	3.27	3.28	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	3.15	1.59	3.21	1.62	4.88	0.00	0.00	1.64	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	12.60	15.92	6.42	4.85	8.13	17.94	11.45	3.28	8.20
Enfermedades del sistema digestivo	3.15	7.96	1.60	0.00	3.25	4.89	3.27	0.00	4.92
Enfermedades del sistema genitourinario	1.58	0.00	0.00	4.85	0.00	1.63	1.64	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.64	0.00	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7.88	4.77	1.60	9.70	6.50	4.89	8.18	9.83	4.92
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3.15	1.59	3.21	1.62	0.00	4.89	0.00	1.64	1.64
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.64	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	23.63	14.32	24.07	6.47	14.63	11.42	11.45	6.55	19.69

Fuente: DANE.SISPRO

En el grupo de edad de 1 a 4 años, las causas externas con la principal causa de mortalidad en niños La tasa de mortalidad más alta por esta causa se presentó en el año 2005 con 27.9 por 100.000, ésta disminuyó en el año 2006 hasta 12.5, para aumentar en el año 2007 a 22 por 100.000 En el año 2008 la tasa disminuyó a 9.5 y este fue el año con la menor tasa de mortalidad en niños por esta causa. En el año 2009, la tasa aumentó nuevamente hasta 12.7 y disminuyó nuevamente a 9.57 por 100.000, no obstante, para el año 2011 la tasa se ubicó en 15.98, disminuyó a 9.6 por 100.000 en el año 2012 y aumentó nuevamente en el año 2013 a 19.2 por 100.000, lo cual representa un aumento de 100% en la tasa entre el año 2012 y 2013.

La segunda causa de mortalidad en este grupo de edad en niños lo comparten las enfermedades infecciosas y parasitarias y las enfermedades del sistema respiratorio. En cuanto a las primeras, las tasas de mortalidad disminuyeron considerablemente al pasar de 22.2 por 100.000 en el año 2009 a 3.2 en el

año 2013, esto representa una disminución del 85% en la tasa de mortalidad, En lo que respecta a las enfermedades del sistema respiratorio, las tasas de mortalidad por esta causa en niños disminuyeron de 19.1 por 100.000 en el año 2010 a 6.4 en el 2012, para aumentar nuevamente en el año 2013 a 12.8 por 100.000 niños entre 1 y 4 años. En cuanto a las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas hubo un aumento en la tasa de mortalidad entre los años 2011 a 2013 al pasar de 3.20 por 100.000 menores de 1 a 4 años en el 2011 a 12.8 en el año 2013.

Tabla 13. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, en los niños Risaralda, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6.20	15.64	6.30	12.67	22.27	6.38	3.20	12.80	3.21
Tumores (neoplasias)	6.20	0.00	6.30	15.83	6.36	15.95	3.20	6.40	3.21
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	0.00	0.00	3.18	3.19	0.00	0.00	0.00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9.30	3.13	0.00	3.17	3.18	3.19	3.20	12.80	12.82
Enfermedades del sistema nervioso	3.10	3.13	0.00	3.17	0.00	3.19	3.20	0.00	0.00
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Enfermedades del sistema circulatorio	6.20	0.00	3.15	0.00	9.54	0.00	0.00	3.20	0.00
Enfermedades del sistema respiratorio	12.40	15.64	9.44	0.00	6.36	19.14	6.39	6.40	12.82
Enfermedades del sistema digestivo	6.20	9.38	0.00	0.00	3.18	6.38	0.00	0.00	9.62
Enfermedades del sistema genitourinario	0.00	0.00	0.00	6.33	0.00	3.19	3.20	0.00	0.00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.20	0.00	0.00
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6.20	6.26	3.15	6.33	6.36	0.00	6.39	12.80	6.41
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3.10	0.00	0.00	0.00	0.00	9.57	0.00	3.20	0.00
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27.91	12.51	22.03	9.50	12.72	9.57	15.98	9.60	19.23

Fuente: DANE. SISPRO

En el grupo de edad de 1 a 4 años las causas externas son la causa principal de mortalidad en niñas, la tasa pasó de 13.3 por 100.000 en el 2010 a 6.7 por 100.000 en el año 2011, la tasa disminuyó en el año 2012 hasta 3.35 por 100.000 para aumentar significativamente en el año 2013 a 20.1 por 100.000. La segunda causa de mortalidad en niñas de 1 a 4 años son el grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias y las tasas de mortalidad fueron de 3.3 por 100.000 tanto para 2010 como para 2011, en el año 2012 la tasa aumentó a 16.7 por 100.000 y en el 2013 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 0 en este grupo de edad en niñas. Le siguen las enfermedades del sistema respiratorio cuyas tasas de mortalidad se mantuvieron estables entre los años 2010 y 2011, (16.7 por 100.000 para ambos), en el año 2012 la tasa de mortalidad en niñas por esta causa fue de cero y en el año 2013 la tasa aumentó a 3.36 por 100.000 niñas menores de 1 a 4 años

Tabla 145. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, en las niñas Risaralda, 2005 – 2013

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16.00	6.48	19.64	16.51	19.94	3.34	3.35	16.77	0.00	
Tumores (neoplasias)	12.80	6.48	13.09	3.30	6.65	6.67	6.70	0.00	3.36	
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.00	0.00	3.27	3.30	0.00	0.00	0.00	0.00	3.36	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6.40	3.24	0.00	6.60	3.32	3.34	10.04	13.42	0.00	
Enfermedades del sistema nervioso	6.40	3.24	9.82	0.00	16.61	0.00	3.35	6.71	0.00	
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema circulatorio	0.00	3.24	3.27	3.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema respiratorio	12.80	16.20	3.27	9.91	9.97	16.69	16.74	0.00	3.36	
Enfermedades del sistema digestivo	0.00	6.48	3.27	0.00	3.32	3.34	6.70	0.00	0.00	
Enfermedades del sistema genitourinario	3.20	0.00	0.00	3.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9.60	3.24	0.00	13.21	6.65	10.01	10.04	6.71	3.36	
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3.20	3.24	6.55	3.30	0.00	0.00	0.00	0.00	3.36	
Todas las demás enfermedades	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.35	0.00	
Causas externas de morbilidad y mortalidad	19.20	16.20	26.19	3.30	16.61	13.35	6.70	3.35	20.17	

Fuente: DANE.SISPRO

Subgrupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

Dentro del grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, predomina la mortalidad por diarrea. Desde el año 2005 al 2013 se han presentado 84 muertes por diarrea en menores de 5 años, predominando en los menores de 1 año. Entre los años 2005 y 2009, el número de muertes osciló entre 10 y 14, sin embargo entre los años 2010 y 2013 el número de muertes por esta causa se movió entre 3 y 5, siendo el año 2011 en el que menos muertes se presentaron con 3, aumentando a 5 en los años 2012 y a 7 en el 2013. La segunda causa de mortalidad dentro de este subgrupo de causas la constituye las septicemia con 19 casos en todos los años analizados, el año en el que más muertes se presentaron por esta causa fue en el 2008 con 5, seguido por el 2012 con 4 y en el año 2011 hubo 3 muertes por esta causa, para el año 2013 hubo una disminución al presentarse una muerte.

La tercera causa de mortalidad en este grupo la constituyen otras enfermedades virales con 16 muertes, las cuales predominaron en menores de 1 año.

En cuarto lugar se ubican el resto de enfermedades infecciosas con 15 muertes en los años analizados, presentándose más en los menores de 1 año. El mayor número de muertes por esta causa fue en el año 2005 con 4, en los demás años se presentaron entre una y dos muertes por esta causa.

La mortalidad en la niñez por tuberculosis predominó en los niños de 1 a 4 años, y se presentaron un total de 10 muertes por esta causa entre los años 2005 y 2013.

Tabla 15. Número de muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Risaralda, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen	Menores de 5 años	10	10	14	16	14	5	3	5	7
	Entre 1 y 4 años	4	4	5	6	6	1	2	2	3

infeccioso	Menores de 1 año	6	6	9	10	8	4	1	3	4
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Menores de 5 años	2	1	1	0	1	0	1	1	1
	Entre 1 y 4 años	1	1	1	0	1	0	0	1	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Tuberculosis	Menores de 5 años	1	1	1	1	3	1	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	3	1	0	1	1
	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Tosferina	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Septicemia	Menores de 5 años	3	0	1	1	5	1	3	4	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	1	0	0	3	0
	Menores de 1 año	3	0	1	0	4	1	3	1	1
Enfermedad por el Virus de inmunodeficiencia	Menores de 5 años	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	2	0	0	0	0	0	0	0

humana (VIH)	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Otras enfermedades virales	Menores de 5 años	0	0	3	1	5	2	1	2	2
	Entre 1 y 4 años	0	0	2	0	1	0	0	1	0
	Menores de 1 año	0	0	1	1	4	2	1	1	2
Paludismo	Menores de 5 años	1	0	0	1	0	1	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	1	0	1	0	0	0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Menores de 5 años	4	1	1	2	1	2	0	2	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	1	1	0	1	0
	Menores de 1 año	3	1	1	1	0	1	0	1	2

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de Tumores (neoplasias)

Se presentaron 13 casos de leucemia, todos en la edad de 1 a 4 años, se nota una disminución paulatina de casos a través del tiempo, no hubo muertes por esta causa en los años 2011 y 2012, sin embargo para el año 2013 se presentaron 2.

En cuanto al resto de tumores malignos, hubo 20 casos, los cuales predominaron en la edad de 1 a 4 años, y se nota también disminución a través del tiempo en la mortalidad por esta causa.

Tabla 16. Número de muertes por tumores, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Tasas específicas 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Leucemia	Menores de 5 años	3	1	3	2	1	2	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	3	1	3	2	1	2	0	0	1
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Resto de tumores malignos	Menores de 5 años	3	1	1	4	2	6	1	1	1
	Entre 1 y 4 años	3	1	1	4	2	4	1	1	1
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	2	0	0	0

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

La mortalidad por anemias y por el resto de enfermedades de los órganos hematopoyéticos ha sido baja, presentándose sólo 4 muertes en cada uno de estos subgrupos en todos los años analizados, sin que haya diferencias en los grupos de edad.

Tabla 17. Número de muertes por enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Anemias	Menores de 5 años	2	0	0	1	1	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Resto de enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	Menores de 5 años	0	1	1	0	0	1	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	1	0	0	0

	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	1	0	0
--	------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

La desnutrición y otras deficiencias nutricionales es la principal causa de mortalidad en este grupo. Se han presentado un total de 58 muertes entre los años 2005 y 2013, el mayor número de muertes se presentó en el año 2012 con 16, 10 de las cuales corresponden a menores de 1. Para el año 2013 hubo una disminución en el número de muertes al presentarse 6 muertes todas ellas en menores de 1 año.

Tabla 18. Número de muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Menores de 5 años	8	4	0	7	5	7	5	16	6
	Entre 1 y 4 años	3	2	0	4	2	4	4	6	0
	Menores de 1 año	5	2	0	3	3	3	1	10	6

Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Menores de 5 años	2	2	0	0	1	1	1	0	1
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	1	1	0	1

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides

La principal causa de mortalidad en este grupo son el resto de enfermedades del sistema nervioso, con 29 muertes en todos los años analizados, con tendencia a la disminución, y sin muertes en el año 2013.

La meningitis es la segunda causa de mortalidad en este grupo, entre los años 2005 y 2013 se han presentado 16 muertes por meningitis, predominando en menores de 1 año, sin embargo se aprecia una disminución en la mortalidad por esta causa, más evidente en los años 2011 y 2013, años en los que no hubo muertes.

Tabla 19 Número de muertes por enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Meningitis	Menores de 5 años	4	4	2	1	2	1	0	2	0
	Entre 1 y 4 años	1	1	1	0	1	0	0	1	0
	Menores de 1 año	3	3	1	1	1	1	0	1	0
Resto de enfermedades del sistema nervioso	Menores de 5 años	4	5	4	1	6	2	3	2	2
	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	4	1	2	1	1
	Menores de 1 año	2	4	2	0	2	1	1	1	1

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de las enfermedades del sistema respiratorio

La neumonía es la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, el número de muertes en los años analizados alcanzó las 148, de las cuales el 70.9% corresponden a menores de 1 año con 105 casos. La tendencia en la mortalidad por neumonía ha sido a la disminución, se pasó de 25 casos en el año 2005 a 6 casos en el año 2013.

En cuanto a otras infecciones respiratorias agudas como causa de mortalidad, se presentaron en los años analizados 19 muertes, las cuales predominaron en menores de 1 año, con tendencia a la disminución. Para el resto de enfermedades del sistema respiratorio, las muertes sumaron 21, sin embargo la tendencia fue al aumento.

Tabla 20. Número de muertes por enfermedades del sistema respiratorio, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Neumonía	Menores de 5 años	25	24	19	11	16	24	12	11	6
	Entre 1 y 4 años	7	9	2	2	3	10	5	2	3
	Menores de 1 año	18	15	17	9	13	14	7	9	3
Otras infecciones	Menores de 5 años	3	4	0	3	4	1	3	0	1

respiratorias agudas	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	1	0	2	0	0
	Menores de 1 año	2	4	0	3	3	1	1	0	1
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30- J98)	Menores de 5 años	2	4	3	1	4	2	1	2	2
	Entre 1 y 4 años	0	1	2	1	1	1	0	1	2
	Menores de 1 año	2	3	1	0	3	1	1	1	0

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

La principal causa de muerte dentro de este subgrupo son el resto de afecciones perinatales con 161 muertes. El mayor número de muertes por esta causa se presentó en el año 2008 con 30, disminuyendo a 14 en el año 2009 y a 12 en el año 2010, para aumentar nuevamente a 14, 15 y 17 muertes en 2011, 2012 y 2013 respectivamente.

La segunda causa de muerte en este subgrupo está representada por otras afecciones respiratorias del recién nacido con un total de 148 muertes entre 2005 y 2013, con tendencia sostenida a la disminución entre los años 2005 y 2010, para el año 2011 los casos aumentaron, disminuyeron nuevamente en el año 2012, para aumentar en el 2013. Sin embargo las muertes en el año 2013 son la mitad de las que se presentaron en el 2005.

La tercera causa la constituye feto y recién nacidos afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto, con 83 muertes en los años analizados. En el año 2013 el número de muertes por esta causa fue de 16, lo cual constituye un aumento significativo, ya que en los años 2009 a 2012 la tendencia había sido hacia el descenso, como se muestra en la tabla.

El cuarto lugar en mortalidad en este subgrupo se encuentra la dificultad respiratoria del recién nacidos con 75 casos y con tendencia a la disminución en los dos últimos años y en el quinto lugar la sepsis bacteriana del recién nacido con 63 casos, igualmente con tendencia a la disminución.

Tabla 21. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Feto y recién nacido afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (P00-P04)	Menores de 1 año	8	10	16	10	7	5	9	2	16
Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal (P05-P08)	Menores de 1 año	5	6	3	1	1	2	1		4
Traumatismo del nacimiento (P10-	Menores de 1	0	0	0	0	0	1	0	0	0

P15)	año									
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento (P20-P21)	Menores de 1 año	6	1	6	4	2	3	4	0	4
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	12	9	12	8	8	4	5	10	7
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	4	5	2	1	2	3	2	2	3
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	27	24	18	14	14	11	16	10	14
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	11	9	10	5	5	4	7	8	4
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia	Menores de 1 año	2	0	1	0	0	0	0	0	0

leve (P38)										
Trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido (P50-P61)	Menores de 1 año	3	4	7	9	6	3	4	4	3
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	21	13	25	30	14	12	14	15	17

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas

Las malformaciones congénitas del corazón son la principal causa de mortalidad en este subgrupo con 135 casos en los años analizados, de los cuales 119 corresponden a menores de 1 año, lo cual corresponde al 88%. La tendencia en la mortalidad por esta causa ha sido a la disminución.

La segunda causa de muerte dentro de las malformaciones congénitas en menores de un año es otras malformaciones congénitas con 104 muertes en los años analizados, la tendencia ha sido a la disminución.

La tercera causa de mortalidad en este subgrupo la constituyen las otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio, con 38, las cuales afectaron primordialmente a los menores de 1 año. La tendencia para el año 2013 ha sido hacia la disminución comparada con los años 2011 y 2012.

Tabla 22. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Hidrocéfalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	2	6	1	6	0	4	1	2	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	6	1	5	0	4	1	2	2
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	3	2	3	2	4	2	2	4	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0	2	0
	Menores de 1 año	2	2	3	2	4	2	2	2	2
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-	Menores de 5 años	20	19	19	20	13	19	10	10	5
	Entre 1 y 4 años	3	1	0	3	2	3	1	1	2

Q24)	Menores de 1 año	17	18	19	17	11	16	9	9	3
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	5	3	5	4	2	4	6	6	3
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Menores de 1 año	5	3	5	3	2	4	5	6	3
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Menores de 5 años	1	1	0	3	0	2	1	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	3	0	2	1	1	1
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	10	10	19	14	7	10	14	13	7
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	1	2	0	3	3	1
	Menores de 1 año	10	9	18	13	5	10	11	10	6

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

El síndrome de muerte súbita infantil ha tenido un comportamiento hacia el franco descenso, para el año 2005 se presentaron 9 muertes por esta causa, pasando a 2 muertes en los años 2006 y 2007, no hubo muertes en el año 2008, y en el año 2009 hubo dos muertes, para disminuir a una en los años 2010 y 2011, sin embargo en el año 2012 el número de muertes por esta causa aumentó a 3 y en el 2013 no hubo ninguna.

Tabla 23. Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 años	9	2	2	0	2	1	1	3	0
Otros síntomas,	Menores de 5 años	4	2	4	2	6	8	1	1	1

signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	0	3	0	1	1
	Menores de 1 año	2	1	2	1	6	5	1	0	0

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de causas externas de morbilidad y mortalidad

En este subgrupo de causas los otros accidentes que obstruyen la respiración ocupan el primer lugar en los años analizados con 31 muertes y con tendencia a la disminución. El ahogamiento y sumersión accidentales con 29 muertes en los años analizados ocupa el segundo lugar y su tendencia ha sido hacia el aumento en los tres últimos años con 5 muertes en el año 2013. En tercer lugar se ubica todas las demás causas con 28 muertes y con tendencia al aumento.

Tabla 24. Número de muertes causas externas de morbilidad y mortalidad, Risaralda, 2005 – 2013

Subgrupos de causas de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño (67 causas)	Grupos de edad	Número de muertes 2005	Número de muertes 2006	Número de muertes 2007	Número de muertes 2008	Número de muertes 2009	Número de muertes 2010	Número de muertes 2011	Número de muertes 2012	Número de muertes 2013
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	4	1	4	1	1	0	2	1	1
	Entre 1 y 4 años	3	1	4	1	1	0	2	1	1
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	7	4	6	1	3	1	2	0	5
	Entre 1 y 4 años	7	3	6	1	2	1	2	0	5
	Menores de 1 año	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Otros accidentes que obstruyen la respiración (W75-W84)	Menores de 5 años	4	3	4	1	5	5	4	4	1
	Entre 1 y 4 años	2	1	1	0	3	4	2	2	1
	Menores de 1 año	2	2	3	1	2	1	2	2	0

Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0	0	1	0	1	0	0	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	1	0	0	0	1
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Envenenamiento accidental por, y exposición a sustancias nocivas (X85-Y09)	Menores de 5 años	3	3	0	0	0	3	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	2	1	0	0	0	2	0	1	1
Todas las demás causas externas (W00-W64, W85-W99, X10-X39, X50-X84, Y10-Y89)	Menores de 5 años	6	2	3	4	5	2	1	1	4
	Entre 1 y 4 años	2	2	3	2	3	1	1	1	4
	Menores de 1 año	4	0	0	2	2	1	0	0	0

Fuente: DANE. SISPRO

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

Al analizar la semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y en la niñez, se encuentra que la tasa de mortalidad por EDA para el departamento fue mucho mayor comparada con la tasa nacional, con una diferencia relativa de 3 y un intervalo de confianza que no atraviesa el 1, por lo tanto sí hay diferencias estadísticamente significativas y en la semaforización este indicador queda en rojo para el departamento. Como se muestra en la tabla, en los demás indicadores el departamento en la semaforización queda en amarillo al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas del departamento con respecto a la nación.

Tabla 25. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Risaralda, 2005- 2013

Causa de muerte	Colombia	Risaralda	Diferencias relativas	LI IC 95%	LS IC 95%	Color	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna	55.25	44.24	0.8007	0.5964	1.0751		↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Tasa de mortalidad neonatal	7.26	7.87	1.0840	0.5390	2.1800		↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	11.56	11.41	0.9870	0.5525	1.7633		↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad en la niñez	14.2	14.25	1.003521127	0.597081451	1.686628601		↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14.42	9.17	0.63592233	0.332895095	1.214788731		↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de	3.42	10.48	3.064327485	1.67260469	5.614059912		↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗

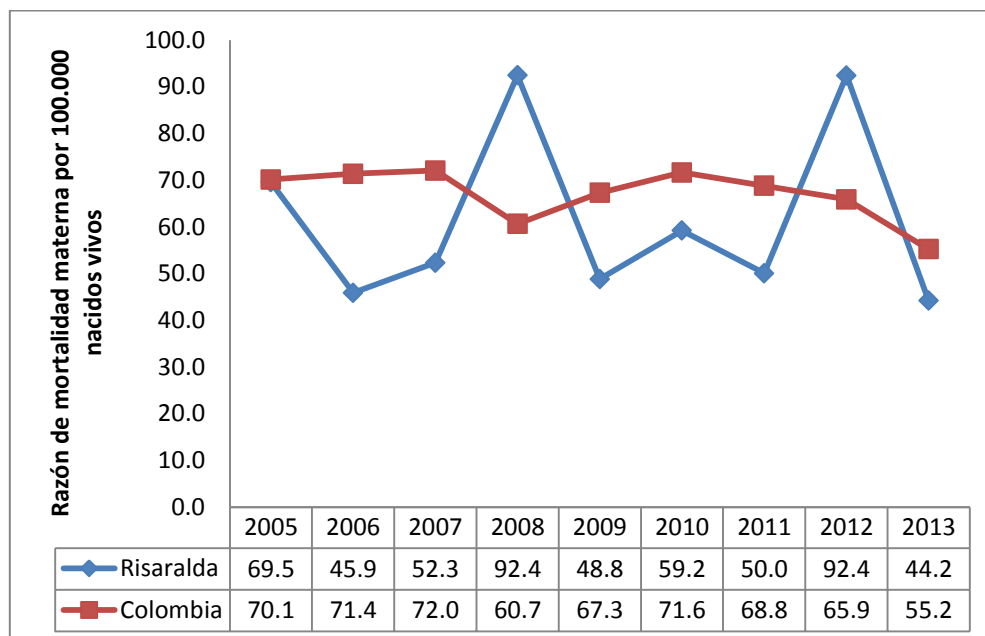
cinco años															
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6.77	7.86	1.161004431	0.57705175	2.335893252		↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	

Fuente: DANE.SISPRO

Mortalidad materna

La Razón de mortalidad materna ha tenido tendencia al descenso, en el año 2005 ésta se situó en 70.1 por cien mil nacidos vivos, para bajar en el año 2006 a 45.8, en el año 2007 e incrementó a 52.3 muertes por cien mil nacidos vivos y su pico más alto lo presentó en el año 2008 con una razón de 92.44 muertes por 100.000 nacidos vivos el cual superó el indicador nacional, ya para el año 2009 este indicador bajó hasta 48.8, aumentó en el 2010 a 59.2 y en el año 2011 la razón de mortalidad materna fue de 50.05, en el año 2012 igualó lo presentado en el año 2008 y para el año 2013 la razón de mortalidad materna disminuyó en 52.1% con una razón de 44.2 por 100.000 nacidos vivos. Como se observa en la figura, este indicador en el departamento siempre se ha ubicado por debajo del indicador nacional, excepto en el año 2008 y 2012 como se mencionó anteriormente.

Figura 27. Razón de mortalidad materna, Risaralda, 2005 -2013

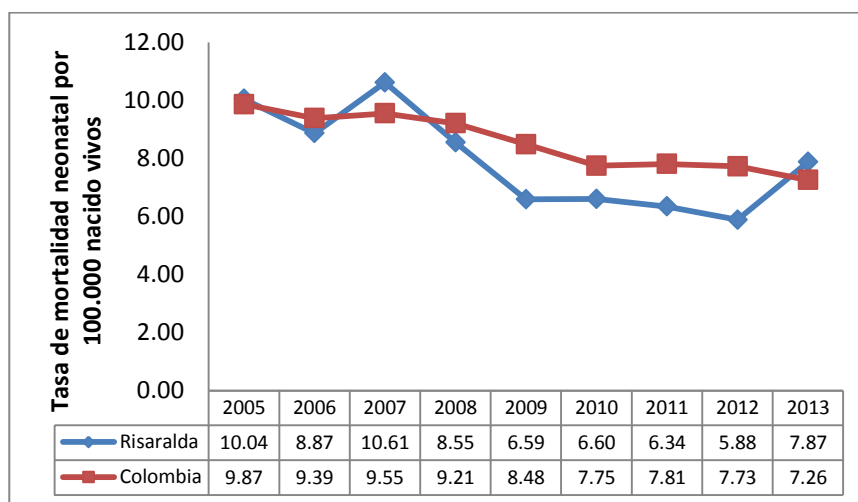


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad Neonatal

Para el año 2005 la tasa de mortalidad neonatal fue de 10 por cien mil nacidos vivos, similar a lo que ocurrió nivel nacional, en el año 2006 en el departamento este indicador se ubicó un poco por debajo del nivel nacional con 8.9 por cien mil nacidos vivos y en la nación fue de 9.4., el pico más alto en el departamento fue en el año 2007 con una tasa de mortalidad neonatal de 10.6, superando en un punto el del nivel nacional y en el año 2013, la tasa de mortalidad neonatal en el departamento superó la nacional, como se muestra en la figura.

Figura 28. Tasa de mortalidad neonatal, Risaralda, 2005- 2013

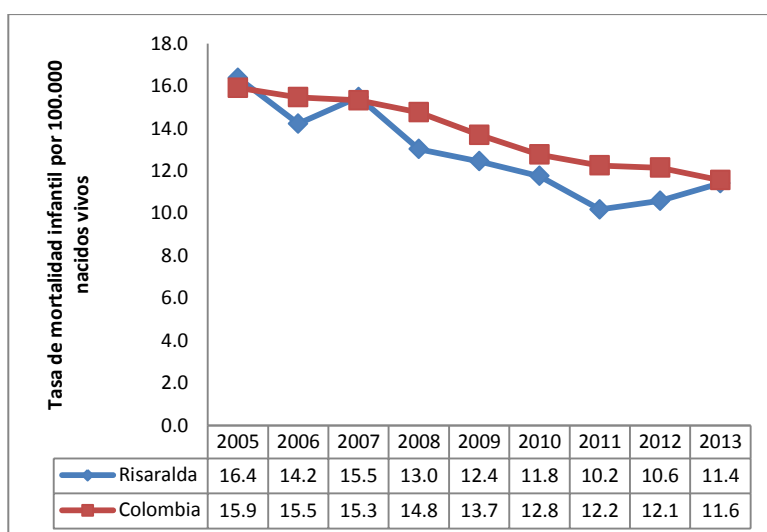


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad infantil

En todos los años analizados, (2005-2013), la tasa de mortalidad infantil del departamento de Risaralda se ha situado por debajo de la del nivel nacional, con excepción del año 2005 donde la tasa de mortalidad infantil fue de 16.4 para el departamento y de 15.9 para el país y en el año 2007, cuando la tasa departamental fue de 15.5 por 100.000 y en el país fue de 15.3 por 100.000. Entre los años 2012 y 2013 la tasa de mortalidad infantil pasó de 10.6 a 11.4 por 100.000 nacidos vivos sin embargo la tasa en estos dos últimos años no superó la nacional.

Figura 29. Tasa de mortalidad infantil, Risaralda, 2005- 2013

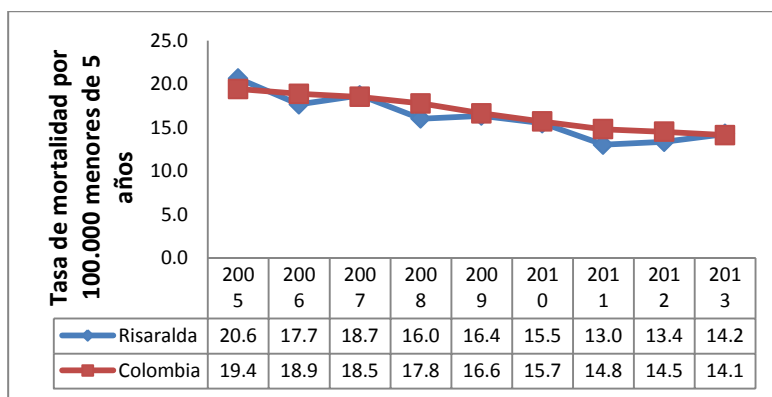


Fuente: DANE

Mortalidad en la niñez

La mayor tasa de mortalidad en la niñez se presentó en el año 2005 con 20.6 por 100.000, a partir de ese año la tasa ha presentado tendencia al descenso, hasta llegar en el año 2011 a 13 por 100.000 menores de 5 años, en el año 2013 se observa un aumento en la tasa de mortalidad la cual quedó en 14.2 por 100.000 menores de 5 años, muy similar a las presentada a nivel nacional en ese mismo año como se muestra en la figura.

Figura 30. Tasa de mortalidad en la niñez, Risaralda, 2005- 2013

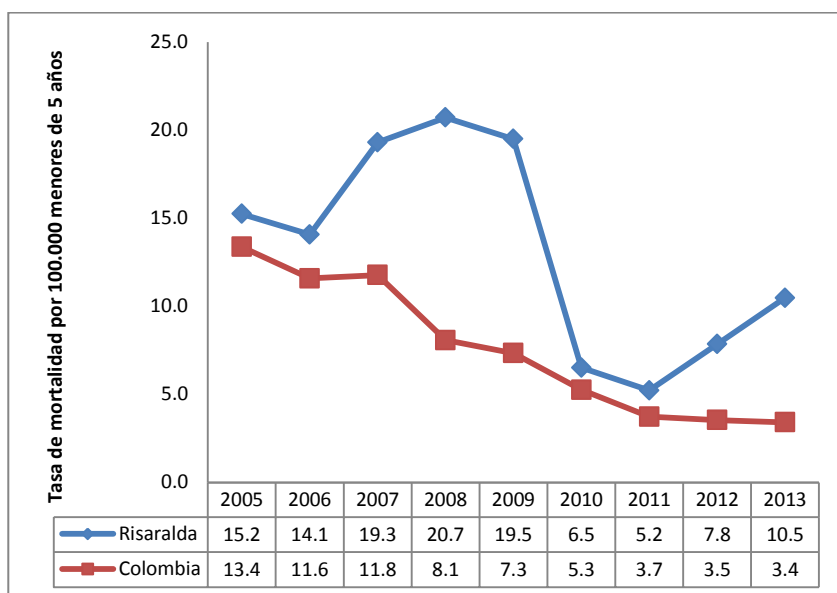


Fuente: DANE

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Como se observa en la figura 32, la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años siempre se ha situado por encima de la del nivel nacional, la tasa para el año 2005 y 2006 fue de 15.2 y 14.5 por 100.000 respectivamente, aumentando a 19.3 en el año 2007; en el año 2008 se presentó la tasa de mortalidad más alta con 20.7 y disminuyó nuevamente a 19.5 en el 2009. En los dos años siguientes este indicador presentó un descenso muy significativo al pasar en el año 2010 a 6.5 por 100.000 y en el año 2011 a 5.2, siendo este último la tasa de mortalidad más baja en los años analizados, sin embargo la tasa de mortalidad en los años 2012 y 2013 volvió a incrementarse. Llegando a 7.8 por 100.000 en el año 2012 y a 10.5 por 100.000 en el 2013. A nivel nacional la menor tasa de mortalidad fue precisamente en el año 2013 con 3.4 muertes por 100.000 menores de 5 años.

Figura 31. Tasa de mortalidad por EDA, Risaralda, 2005- 2013

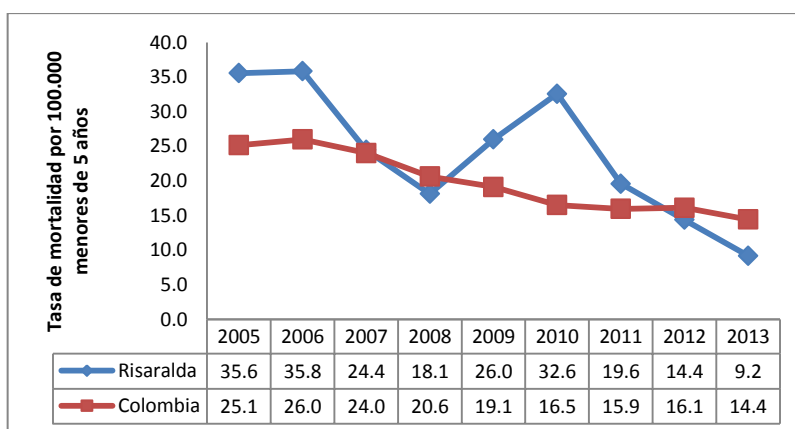


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda - IRA

En lo que concierne a mortalidad por IRA, las tasas superan por mucho aquellas de la nación, solamente en el año 2007 éstas fueron iguales. La tasa de mortalidad por IRA en el departamento tuvo su pico más alto en el año 2010 con una tasa de 32.6 por 100.000, para caer en el año 2011 a una tasa de 19.6 por 100.000. No obstante la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años disminuyó en los años 2012 y 2013 a 14.4 y 9.2 respectivamente siendo en estos dos últimos años más baja que la tasa de mortalidad nacional, como se muestra en la figura.

Figura 32. Tasa de mortalidad por IRA, Risaralda, 2005- 2013

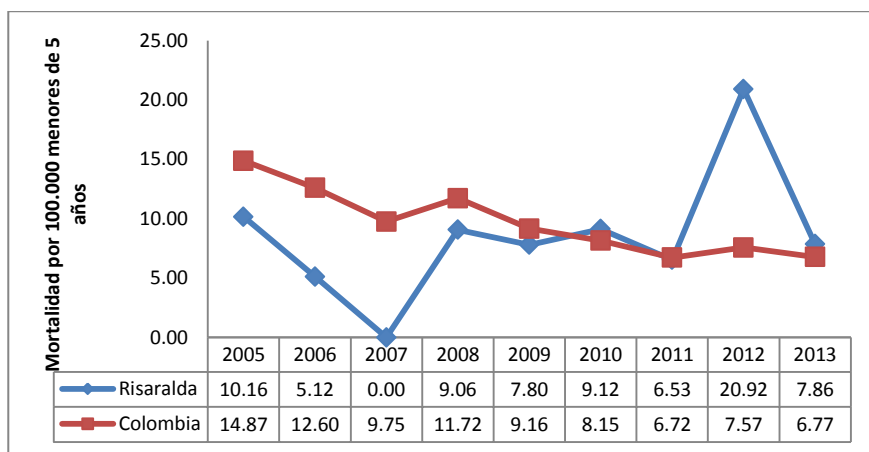


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad por desnutrición crónica

Como se muestra en la figura 34, las tasas de mortalidad por desnutrición crónica en el departamento hasta el año 2009 han sido más bajas que las de la nación. En el año 2010 la tasa de mortalidad para Risaralda fue de 9.12 por 100.000 menores de 5 años, mientras que para Colombia fue de 8.15. En el año 2012 se observa el pico más alto en el departamento con una tasa de mortalidad de 20.92 por 100.000, mientras que para Colombia ésta fue de 7.57 por 100.000 como se muestra en la figura.

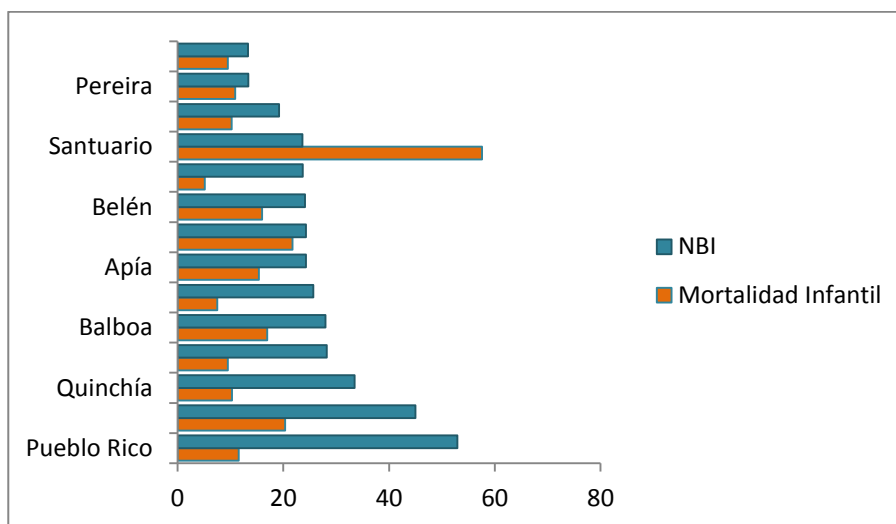
Figura 33. Tasa de mortalidad por desnutrición, Risaralda, 2005- 2013



Fuente: SIVIGILA

Determinantes intermediarios

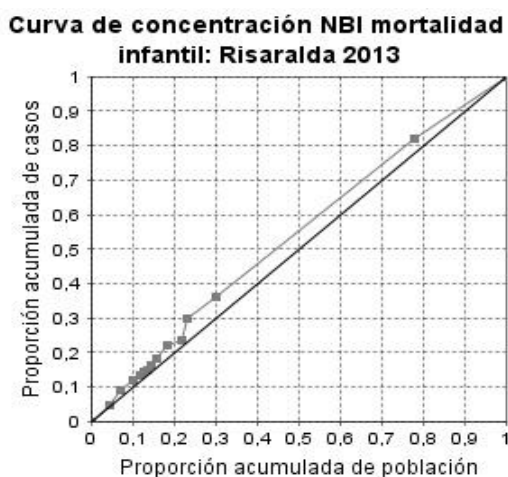
Figura 34. Tasa de mortalidad infantil por NBI en el departamento, 2013



FUENTE: DANE-SISRO

Índice de concentración de salud: Al realizar el índice de concentración en salud teniendo en cuenta la mortalidad infantil y las necesidades básicas insatisfechas, se tiene que el 25% de la población más pobre, experimenta el 30% de la mortalidad infantil

Figura 35. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI
Risaralda, 2013



Determinantes estructurales

Etnia

Se analiza la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal entre los años 2009 y 2013, encontrando una razón de mortalidad materna en el año 2010 de 374.5 por 100.000 nacidos vivos para los indígenas y de 347.2 para los afrocolombianos. Para el año 2011 la tasa de mortalidad materna en indígenas disminuyó a 134.7 y a 129 por 100.000 nacidos vivos en el año 2012, ya para el 2013 aumentó hasta 275.86 por 100.000 nacidos vivos. En afrocolombianas no se presentaron muertes maternas en los años 2011 y 2012, sin embargo para el año 2013 ésta aumentó a 416.6 superando las tasas de los indígenas.

En lo concerniente a mortalidad neonatal la tasa para los indígenas ha tenido tendencia hacia el franco descenso, en el año 2009 la tasa fue de 15.04 por 100.000 nacidos vivos y en el año 2013 de 8.28, lo cual representa un descenso de 44.9%. En afrocolombianos, las tasas de mortalidad neonatal han sido variables y con tendencia al aumento comparado con los indígenas. En otras etnias, las tasas son más bajas que en los otros dos grupos y la tendencia es al aumento en los dos últimos años analizados como se muestra en la tabla.

Tabla 26. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Risaralda, 2009 – 2013

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos					
Indígena		374.53	134.77	129.7	275.86
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	332.62	347.22	0		416.67
Otras Etnias	43.16	44.46	45.55	91.95	19.36
Total general	48.82	59.21	50.05	92.4	44.24
Mortalidad neonatal por 100.000 nacidos vivos					
Indígena	15.04	18.73	17.52	7.78	8.28
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	3.24	27.78	14.08	21.46	12.5
Otras Etnias	6.04	5.42	5.28	5.06	7.55
Total general	6.59	6.6	6.34	5.88	7.87

Fuente: SIVIGILA

Área de residencia

Según área de residencia, en el año 2009, la razón de mortalidad materna fue de 52 por 100.000 nacidos vivos para la cabecera municipal y de 55.9 por 100.000 nacidos vivos para el área rural dispersa, en ese año no hubo casos en centros poblados, sin embargo para el año 2010, el centro poblado presentó la mayor razón

de mortalidad materna con 311 por 100.000 nacidos vivos, seguido por el área rural dispersa con 104 y la cabecera municipal con 32.3. En el año 2011 la razón de mortalidad materna fue de 232.9 por 100.000 nacidos vivos en el área rural dispersa y de 22.2 por 100.000 nacidos vivos en cabecera municipal. Para el año 2012, la razón de mortalidad materna para el centro poblado fue de 283.2 por 100.000 NV, mientras que para el área rural dispersa fue de 98.4 y para la cabecera municipal fue de 79.24 por 100.000 NV.

En cuanto a la razón de mortalidad neonatal, en todos los años analizados, ésta ha sido mayor en el área rural dispersa, presentando un aumento significativo en el año 2013 comparada con los demás años. Se pasó de una razón de 4.9 por 100.000 nacidos vivos en el año 2012 a 11.1 en el año 2013.

Tabla 27. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia Risaralda, 2009 – 2013

Área	2009	2010	2011	2012	2013
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos					
Cabecera	52.2	32.39	22.23	79.24	46.86
Centro Poblado		311.04	-	283.29	
Área rural dispersa	55.9	104.33	232.96	98.4	46.38
Mortalidad neonatal por 100.000 nacidos vivos					
Cabecera	6.05	5.94	6.11	6.45	7.15
Centro Poblado	6.59	4.97	4.8	4.25	4.93
Área rural dispersa	8.94	9.91	9.32	4.9	11.13
Total general	6.59	6.6	6.34	5.88	7.87

Fuente: SIVIGILA

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

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento de la mortalidad, encontrando que a pesar de que las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en mortalidad por grandes causas, la tendencia ha sido a la disminución entre los años 2012 y 2013. Con relación a la mortalidad específica por subgrupo, las enfermedades transmisibles van en aumento así como también se presentó aumento en las tasas de mortalidad por tumor maligno del útero. En lo que se refiere a causas externas, la mortalidad por accidentes de transporte terrestre tuvo también tendencia al aumento.

En lo concerniente a mortalidad infantil, preocupan las altas tasas de mortalidad por IRA y por EDA, sin embargo en el caso de la primera la tendencia fue a la disminución, mientras que en la segunda la tasa de mortalidad aumentó situándose en la semaforización en rojo con respecto a la tasa nacional.

Tabla 28. Identificación de prioridades en salud Risaralda, 2013

	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 2013
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio (población/mujeres)	129.2	No aplica	Disminuyó
	las causas externas (hombres)	135.8		Disminuyó
Mortalidad específica por subgrupo	las enfermedades transmisibles	34.8		Aumentó
	El tumor maligno del útero	8.5		Aumentó
	enfermedades isquémicas del corazón	94.66		Disminuyó
	los accidentes de transporte terrestre	17.85		Aumentó
Mortalidad	Tasa de mortalidad por	9.2		Disminuyó

materno-infantil	IRA			
	Tasa de mortalidad EDA	10.5		Aumentó
	enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7.86		Aumentó

Fuente: DANE.SISPRO

Conclusiones

Durante el periodo 2005 al 2013, las tasas ajustadas de mortalidad por la edad en Risaralda han tenido una tendencia muy variable con disminución entre los años 2012 y 2013 en lo que tiene que ver con enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y signos y síntomas mal definidos. Con relación a las neoplasias, afecciones del periodo perinatal, enfermedades transmisibles y las demás causas, la tendencia ha sido hacia el aumento entre 2012 y 2013 siendo el aumento más evidente para las neoplasias, representadas en el aumento en las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino y próstata.

De acuerdo a las tasas ajustadas por edad, la principal causa de muerte en Risaralda fueron las enfermedades del sistema circulatorio tanto para hombres como para mujeres, con tasas significativamente más altas en hombres en todos los años analizados.

Durante el periodo 2005 a 2013, en la población general, las causas externas son la principal causa de mortalidad prematura (establecida con el indicador de AVPP) en Risaralda. En los hombres las causas externas son causa de la mayor cantidad de años perdidos, en tanto que la mayor cantidad de años de vida perdidos en las mujeres correspondió a las demás causas.

Las enfermedades isquémicas del corazón son dentro del grupo denominado de las enfermedades del sistema circulatorio las que tienen mayor participación en la mortalidad en Risaralda, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares, y las hipertensivas tanto en hombres como en mujeres.

Las infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer lugar en mortalidad dentro del grupo de las enfermedades transmisibles en los hombres, La segunda causa de muertes en hombres en los años analizados lo ocupa el VIH y la tuberculosis es la tercera causa de mortalidad en hombres dentro de las enfermedades transmisibles. Las mujeres comparten con los hombres las dos primeras causas de mortalidad por enfermedades infecciosas aunque con tasas menores que la de los hombres. La tercera causa de mortalidad dentro de este grupo en mujeres son ciertas enfermedades infecciosas intestinales.

En lo que tiene que ver con neoplasias, en hombres la principal causa de mortalidad es el tumor maligno de tráquea seguido por el tumor maligno del estómago y en mujeres es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, seguido por Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas. La tercera causa es la mortalidad por tumor maligno de la mama que ha tenido tendencia a la disminución entre los años 2012 y 2013. En contraste, hubo aumento en mortalidad por tumor de cuello uterino en esos mismos años.

También se resalta la importante disminución en las tasa de mortalidad por causas externas, dentro de las cuales predomina tanto en hombres como en mujeres la mortalidad por homicidios sin embargo se nota aumento en la tasa de mortalidad por los accidentes de transporte terrestre.

Dentro del grupo de afecciones mal definidas, tanto en hombres como en mujeres las dos principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la diabetes mellitus respectivamente, con tasas menores en mujeres que en hombres en las primeras en todos los años analizados pero con aumento en la mortalidad por diabetes entre 2012 y 2013 más evidente en las mujeres.

Con relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2013, la principal causa de defunciones fue las afecciones originadas en el período perinatal, con tendencia al aumento entre 2012 y 2013. La segunda causa de mortalidad infantil son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas cuyas razones disminuyeron considerablemente entre los años 2012 y 2013. Le siguen las enfermedades del sistema respiratorio, cuya razón de mortalidad presentó disminución sostenida a partir del año 2011.

En lo que concierne a mortalidad infantil entre 1 y 4 años, se encuentra que las causas externas son la principal causa de mortalidad, con aumento entre 2012 y 2013, seguidas por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, que al contrario de las primeras la tasa entre en 2012 y el 2013 disminuyó considerablemente. En tercer lugar en este grupo de edad se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio cuyas tasas también aumentaron entre los años 2012 y 2013.

Con respecto a la semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y de la niñez, a excepción de la mortalidad por EDA en menores de 5 años la cual quedó en rojo para el departamento, los demás indicadores quedaron en amarillo al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas de los indicadores del departamento con respecto a los del nivel nacional. Se destaca la disminución en la tendencia en la tasa de mortalidad por IRA, sin embargo la tendencia en la tasa de mortalidad por EDA ha sido hacia al aumento.

2.2 Análisis de la morbilidad

2.2.1 Principales causas de morbilidad

Morbilidad atendida

Primera Infancia: Las condiciones transmisibles y nutricionales son la principal causa de morbilidad en este ciclo vital, con tendencia a la disminución. La menor proporción se encontró en el año 2014 con 39.4% y el cambio en la proporción entre el 2013 y el 2014 fue de -2.78. Le siguen las enfermedades no transmisibles

con proporciones similares, sin embargo al contrario de la primera la tendencia ha sido al aumento, la proporción para el año 2013 fue de 34.66, mientras que para el 2014 aumentó a 36.74 y el cambio en la proporción en los dos años fue de 1.17.

Muy por debajo de las dos anteriores están los signos y síntomas mal definidos, esta gran causa de morbilidad ha presentado una tendencia estable en los años analizados más evidente entre los años 2011 y 2012 con muy poca variabilidad en los dos años siguientes donde se presentó una disminución de -0.28 puntos.

Las lesiones ocupan el cuarto lugar en morbilidad en la primera infancia, con una leve disminución entre el 2013 y 2014

Las condiciones maternoperinatales son la quinta causa de morbilidad en este ciclo vital con proporciones que van de 1.5 a 1.67% del 2009 al 2011, con un aumento en el 2012 a 2.1%, para el año 2013 la proporción disminuyó a 0.77, para aumentar a 1.95 en el 2014, lo cual representa un aumento de 1.17.

Infancia: En este ciclo vital son las enfermedades no transmisibles las que presentan las mayores proporciones, entre el 2011 y el 2014 la proporción para este grupo de causas ha estado entre 50 y 51% y el aumento en los dos últimos años fue de 1.52 puntos porcentuales. Le siguen en este ciclo vital las condiciones transmisibles y nutricionales cuya tendencia ha sido hacia el descenso con una disminución entre los años 2013 y 2014 de 1.57 puntos porcentuales.

Los síntomas y signos mal definidos son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital, la proporción pasó de 13 a 14.8 del 2009 al 2010, en el 2011 ésta bajó a 13.1, pero aumentó nuevamente a 14.1 en el 2012. Entre el 2013 y el 2014 hubo una disminución de 0.11 puntos porcentuales por esta causa de morbilidad.

Adolescencia: Las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar en morbilidad en la adolescencia.

Entre los años 2013 y 2014 se presentó un aumento en la proporción por esta causa en este ciclo vital correspondiente a 0.95 puntos porcentuales.

La segunda gran causa de son las condiciones transmisibles y nutricionales, las proporciones son mucho menores que para las enfermedades no transmisibles y se presentó una disminución de 1.12 puntos porcentuales en los dos últimos años.

En lo que tiene que ver con signos y síntomas mal definidos, las proporciones son mucho más bajas en este ciclo vital y se presentó un aumento de 0.14 puntos entre el 2013 y el 2014.

En cuanto a las condiciones maternas y perinatales, las proporciones de morbilidad en este ciclo vital han sido bajas, sin embargo la disminución entre 2013 y 2014 fue sólo de 0.05 puntos porcentuales

Juventud: En primer lugar en este ciclo vital se ubican las enfermedades no transmisibles, las proporciones se mueven entre 49 y 52 %. Para los dos últimos años se presentó un aumento en la proporción de 0.78 puntos porcentuales. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales. En cuanto a la tendencia, ésta fue hacia el descenso y la disminución entre 2013 y 2014 fue de 1.09 puntos porcentuales.

Los signos y síntomas mal definidos son la tercera causa de morbilidad, con leve disminución en el 2011 con respecto a los dos años anteriores, y con aumento en los tres años posteriores, sin ser éste muy marcado.

Las lesiones son la cuarta gran causa de morbilidad, con tendencia al aumento, sobre todo entre los años 2012 al 2014.

Adultez: Las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad en este ciclo vital, La tendencia ha sido al aumento y entre 2013 y 2014 éste fue de 1.96 puntos porcentuales.

En segundo lugar se ubican las condiciones transmisibles y la tendencia ha sido a la disminución, la cual fue de 1.50 puntos porcentuales entre 2013 y 2014.

Persona Mayor: En este ciclo vital las enfermedades no transmisibles se ubican en el primer lugar en morbilidad con proporciones por encima de 60 y con un aumento de 2.9 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014.

En segundo lugar fueron los síntomas y signos mal definidos, que presentó una leve disminución en la proporción en los dos últimos años analizados. Las condiciones transmisibles y nutricionales fueron la tercera causa de morbilidad en la persona mayor en los años analizados y hubo una disminución de 1.76 puntos porcentuales en los dos últimos años.

Tabla 29. Principales causas de morbilidad, Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43.92	43.40	42.03	43.93	42.20	39.42	-2.78
	Condiciones materno perinatales	1.55	1.45	1.68	2.17	0.77	1.95	1.17
	Enfermedades no transmisibles	34.00	32.36	34.35	32.47	34.66	36.74	2.07
	Lesiones	7.01	6.99	7.65	7.12	7.89	7.70	-0.19
	Condiciones mal	13.53	15.80	14.30	14.32	14.48	14.20	-0.28

	clasificadas							
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	34.38	33.43	28.86	28.06	27.89	26.32	-1.57
	Condiciones materno perinatales	0.02	0.02	0.03	0.02	0.05	0.06	0.01
	Enfermedades no transmisibles	45.80	44.35	49.97	50.68	49.80	51.32	1.52
	Lesiones	6.82	7.35	7.99	7.10	7.75	7.91	0.16
	Signos y síntomas mal definidos	12.98	14.85	13.15	14.14	14.50	14.39	-0.11
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26.18	27.68	21.29	21.38	20.01	18.88	-1.12
	Condiciones materno perinatales	2.03	1.80	1.86	2.17	2.21	2.17	-0.05
	Enfermedades no transmisibles	51.24	48.91	54.66	54.65	53.73	54.67	0.95
	Lesiones	7.45	7.92	8.89	8.09	9.27	9.35	0.09
	Signos y síntomas mal definidos	13.10	13.68	13.31	13.70	14.78	14.92	0.14
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	26.13	27.80	22.59	22.09	20.81	19.72	-1.09
	Condiciones materno	3.75	3.29	3.35	3.84	3.98	3.77	-0.21

	perinatales							
	Enfermedades no transmisibles	48.99	47.57	52.18	52.12	51.27	52.05	0.78
	Lesiones	7.30	7.51	8.51	8.29	9.24	9.81	0.57
	Signos y síntomas mal definidos	13.82	13.82	13.37	13.67	14.70	14.65	-0.05
Adulthood (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.16	22.87	19.30	18.52	18.03	16.53	-1.50
	Condiciones materno perinatales	1.22	0.93	1.00	1.04	1.22	1.12	-0.10
	Enfermedades no transmisibles	55.16	55.48	58.57	58.68	57.72	59.67	1.96
	Lesiones	7.24	7.12	7.84	7.71	8.47	8.41	-0.06
	Signos y síntomas mal definidos	14.22	13.60	13.29	14.04	14.56	14.27	-0.30
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	15.57	15.63	13.21	13.05	13.28	11.51	-1.76
	Enfermedades no transmisibles	63.94	63.68	66.45	65.29	65.13	68.03	2.90
	Lesiones	6.98	6.81	7.06	7.07	7.45	7.29	-0.16
	Signos y síntomas mal definidos	13.51	13.88	13.28	14.59	14.15	13.17	-0.98

Fuente: SISPRO

Principales causas de morbilidad en hombres

Primera Infancia: En este ciclo vital en hombres, predominan las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales presentaron un aumento en 2.26 puntos porcentuales entre 2011 y 2012, sin embargo entre 2013 y 2014 se presentó una disminución de 2.8 puntos. Le siguen las enfermedades no transmisibles, que al contrario de las anteriores, presentaron una disminución de 1.89 puntos porcentuales entre 2011 y 2012 y un aumento en 1.62 puntos entre 2013 y 2014.

En cuanto a los síntomas y signos mal definidos y las lesiones, ambas presentaron disminución en los dos últimos años, sin embargo las proporciones de las primeras son casi el doble de las de las segundas.

Infancia: En la infancia en hombres predomina la morbilidad por enfermedades no transmisibles, la cual muestra aumento de 1.31 puntos porcentuales, al pasar de 49.6 en el año 2013 a 50.9 en el 2014, en segundo lugar en los años analizados se ubica la morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales presentaron disminución de 1.71 puntos porcentuales en el mismo período, le siguen los síntomas y signos mal definidos, y las lesiones las cuales muestran un ligero aumento en la proporción en el período analizado.

Adolescencia: En este ciclo vital en hombres, las enfermedades no transmisibles presentan la mayor proporción de morbilidad en todos los años analizados, se presentó un descenso del año 2009 al 2010, para aumentar nuevamente a partir del año 2011. El aumento entre los años 2013 y 2014 fue de 0.87 puntos porcentuales. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, cuyas proporciones entre el 2009 y el 2010 aumentaron de 27.4 a 26.8 para disminuir nuevamente en el 2011 a 21.8, y en el 2012 la proporción aumentó nuevamente a 22.2. Entre los años 2013 y 2014 la proporción para esta causa de morbilidad tuvo una disminución de 1.30 puntos porcentuales. Los signos y síntomas mal definidos tuvieron proporciones parecidas en todos los años analizados, con un aumento en la proporción entre 2013 y 2014 de 0.17 puntos porcentuales y las lesiones presentaron en este ciclo vital un aumento de 0.26 puntos porcentuales entre 2013 y 2014.

Juventud: Al igual que en la adolescencia, en la juventud en hombres, son las enfermedades no transmisibles las que tienen mayor peso en morbilidad y la tendencia ha sido al aumento. Le siguen igualmente que en adolescencia las condiciones transmisibles y nutricionales, sin embargo para esta causa de morbilidad la tendencia ha sido a la disminución al pasar de 22.4 en el año 2013 a 21.05 en el año 2014, lo cual representa una disminución de 1.36 puntos porcentuales. Le siguen los signos síntomas mal definidos y las lesiones ambas con proporciones muy parecidas en todos los años analizados y con leve aumento en la proporción para ambos en los últimos dos años.

Adultez: En este ciclo vital, también las mayores proporciones las tienen las enfermedades no transmisibles, aunque éstas son mayores que en la juventud y la adolescencia, el aumento en la proporción entre 2013 y 2014 fue de 1.4 puntos. Contrario a lo anterior las condiciones transmisibles y nutricionales tuvieron una disminución en la proporción de 1.36 puntos y la tendencia ha sido al descenso a partir del año 2012. Se observa igualmente menores proporciones en lesiones y en signos y síntomas mal definidos éstas son comparables con aquellas de la juventud.

Persona Mayor: En este ciclo vital con proporciones por encima del 60% en todos los años analizados, las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar, ésta causa de morbilidad tuvo un aumento 2.23 puntos porcentuales entre 2013 y 2014. Le siguen los síntomas y signos mal definidos, con disminución de 0.69 puntos porcentuales entre 2013 y 2014 y las condiciones transmisibles y nutricionales con una disminución de 1.47 puntos en los mismos años. Las lesiones presentan las menores proporciones en todos los ciclos vitales.

Tabla 30. Principales causas de morbilidad en hombres, Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	43.69	43.13	41.57	43.81	42.13	39.33	-2.80
	Condiciones materno perinatales	1.58	1.49	1.79	2.24	0.00	1.67	1.67
	Enfermedades no transmisibles	33.75	32.29	34.37	32.49	35.08	36.71	1.62
	Lesiones	7.64	7.57	8.36	7.71	8.33	8.30	-0.03
	Condiciones mal clasificadas	13.34	15.52	13.91	13.75	14.46	13.99	-0.47
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	33.58	32.65	28.26	27.40	27.50	25.79	-1.71
	Condiciones materno perinatales							
	Enfermedades no transmisibles	45.66	43.74	49.45	50.21	49.61	50.91	1.31

	Lesiones	8.16	9.00	9.70	8.53	8.91	9.23	0.32
	Signos y síntomas mal definidos	12.59	14.61	12.60	13.85	13.99	14.07	0.08
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	27.45	28.68	21.88	22.28	20.88	19.58	-1.30
	Condiciones materno perinatales							
	Enfermedades no transmisibles	49.78	46.99	53.51	53.39	52.55	53.42	0.87
	Lesiones	10.69	11.39	12.76	11.64	13.45	13.71	0.26
	Signos y síntomas mal definidos	12.08	12.94	11.85	12.69	13.12	13.30	0.17
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28.33	30.24	23.78	23.68	22.41	21.05	-1.36
	Condiciones materno perinatales							
	Enfermedades no transmisibles	47.81	45.43	51.16	50.95	50.33	50.76	0.43
	Lesiones	23.92	11.83	13.61	13.28	14.91	15.74	0.83
	Signos y síntomas mal definidos	10.53	12.51	11.45	12.09	12.34	12.45	0.11
Adultez (27 -	Condiciones transmisibles	22.24	23.31	19.44	18.86	18.49	17.06	-1.42

59 años)	y nutricionales							
	Condiciones materno perinatales							
	Enfermedades no transmisibles	54.24	53.69	57.10	57.83	56.61	58.01	1.40
	Lesiones	10.53	10.46	11.57	11.12	12.14	12.49	0.35
	Signos y síntomas mal definidos	13.00	12.54	11.89	12.19	12.76	12.43	-0.33
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14.85	14.66	12.25	11.91	12.30	10.81	-1.49
	Enfermedades no transmisibles	64.83	64.33	67.01	66.35	66.07	68.30	2.23
	Lesiones	7.06	7.26	7.37	7.28	7.69	7.64	-0.05
	Signos y síntomas mal definidos	13.26	13.76	13.37	14.47	13.94	13.25	-0.69

Fuente: SISPRO

Principales causas de morbilidad en mujeres

Primera Infancia: En mujeres en este ciclo vital, las mayores proporciones corresponden a las condiciones transmisibles y nutricionales, éstas presentaron una disminución en la proporción de 2.76 puntos entre 2013 y 2014, le siguen las enfermedades no transmisibles las cuales para ese mismo período presentaron un aumento de 2.56 puntos. Los signos y síntomas mal definidos son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital en mujeres con una disminución de sólo 0.08 puntos, en cuanto a las lesiones, se presentó disminución de 0.36 puntos porcentuales y con relación a las condiciones maternas y perinatales, entre el 2013 y el 2014 el aumento fue de 0.64 puntos porcentuales.

Infancia: En este ciclo vital en mujeres predominan las condiciones no transmisibles, cuya proporción entre el 2013 y el 2014 fue de 1.74 puntos. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales que contrario a las primeras han tenido tendencia a la disminución, 1.43 porcentuales entre 2013 y 2014. Los signos y síntomas mal definidos representan la tercera causa de morbilidad en mujeres en este ciclo vital y sus proporciones entre 2013 y 2014 presentaron tendencia a la disminución. Las lesiones presentaron proporciones menores que en la primera infancia y su proporción pasó de 6.54 en el año 2013 a 6.51 en el 2014.

Adolescencia: En este ciclo vital también predominan las condiciones no transmisibles pero las proporciones son mayores que en la infancia y el aumento en la proporción entre 2013 y 2014 fue de 1 punto. Las condiciones transmisibles son la segunda causa de morbilidad en mujeres en este ciclo vital, sin embargo las proporciones son menores que en la infancia en todos los años analizados y se presentó una disminución de 0.99 entre el año 2013 y 2014. Las proporciones de las lesiones y signos y síntomas mal definidos son comparables a aquellas de la infancia.

Juventud: En la juventud, predominan las no transmisibles con proporciones menores a las de la adolescencia y con aumento entre 2013 y 2014 de 1 punto, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con proporciones comparables a las de la adolescencia en todos los años analizados, con una disminución de 0.93 puntos porcentuales entre 2013 y 2014. Las proporciones de lesiones y signos y síntomas mal definidos son comparables con las de la adolescencia. En lo que tiene que ver con condiciones materno perinatales, se observa una disminución en la proporción al pasar de 6.49 en el año 2013 a 6.20 en el 2014.

Adultez: En este ciclo vital la primera causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles cuyas proporciones estuvieron por encima del 55% en todos los años analizados, entre 2013 y 2014 se pasó de 58.4 a 60.6, lo cual representa un aumento de 2.25 puntos. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, cuya proporción disminuyó en 1.53 puntos entre 2013 y 2014. En este ciclo vital las proporciones en lesiones aumentaron comparadas con la juventud, con un leve descenso en ésta entre 2013 y 2014. La morbilidad por condiciones maternas y perinatales presentó proporciones mucho más bajas comparadas con la juventud con una disminución entre 2013 y 2014 de 0.19 puntos porcentuales

Persona Mayor: En este ciclo vital aumentaron más aún las proporciones por enfermedades no transmisibles, con un aumento en 3.37 puntos entre 2013 y 2014. En cuanto a las condiciones transmisibles las proporciones fueron menores que en la adultez y la juventud y la disminución entre el 2013 y el 2014 fue de 1.95 puntos porcentuales. La morbilidad por lesiones aumentó con respecto a la adultez y en cuanto a signos y síntomas mal definidos, se presentó una disminución de 1.18 puntos porcentuales entre 2013 y 2014.

Tabla 31.Principales causas de morbilidad en mujeres, Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	44.18	43.70	42.53	40.66	42.27	39.51	-2.76
	Condiciones materno perinatales	1.50	1.40	1.55	1.93	1.60	2.24	0.64
	Enfermedades no transmisibles	34.28	32.43	34.32	29.92	34.21	36.77	2.56
	Lesiones	6.30	6.36	6.86	5.97	7.41	7.05	-0.36
	Condiciones mal clasificadas	13.74	16.11	14.74	13.77	14.50	14.43	-0.08
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	35.17	34.24	29.48	29.31	28.31	26.88	-1.43
	Condiciones materno perinatales	0.05	0.04	0.07	0.03	0.10	0.13	0.03
	Enfermedades no transmisibles	45.93	44.99	50.50	52.16	50.00	51.74	1.74
	Lesiones	5.47	5.62	6.24	5.73	6.54	6.51	-0.03
	Signos y síntomas mal definidos	13.38	15.11	13.72	14.71	15.05	14.74	-0.31
Adolescencia	Condiciones transmisibles	25.20	26.88	20.83	20.63	19.34	18.35	-0.99

(12 -18 años)	y nutricionales							
	Condiciones materno perinatales	3.59	3.24	3.30	3.83	3.92	3.83	-0.09
	Enfermedades no transmisibles	52.38	50.44	55.55	55.49	54.63	55.63	1.00
	Lesiones	4.95	5.17	5.88	5.34	6.05	6.02	-0.03
	Signos y síntomas mal definidos	13.89	14.27	14.44	14.45	16.06	16.16	0.10
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24.80	26.26	21.85	22.13	19.79	18.86	-0.93
	Condiciones materno perinatales	6.02	5.38	5.46	6.58	6.49	6.20	-0.29
	Enfermedades no transmisibles	49.71	48.93	52.82	55.47	51.87	52.89	1.01
	Lesiones	4.77	4.78	5.31	5.37	5.65	5.99	0.34
	Signos y síntomas mal definidos	14.71	14.64	14.57	15.40	16.20	16.06	-0.13
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22.11	22.59	19.22	18.13	17.75	16.21	-1.53
	Condiciones materno perinatales	1.98	1.50	1.58	1.67	1.98	1.79	-0.19
	Enfermedades no	55.73	56.57	59.43	58.60	58.41	60.66	2.25

	transmisibles							
	Lesiones	5.22	5.09	5.66	5.55	6.17	5.97	-0.20
	Signos y síntomas mal definidos	14.97	14.25	14.11	15.03	15.70	15.36	-0.33
Persona mayor (> 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16.08	16.29	13.86	13.99	13.96	12.01	-1.95
	Enfermedades no transmisibles	63.31	63.23	66.08	65.28	64.47	67.84	3.37
	Lesiones	6.92	6.51	6.85	7.01	7.28	7.05	-0.24
	Signos y síntomas mal definidos	13.69	13.97	13.21	14.83	14.29	13.11	-1.18

Fuente: SISPRO

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Primera Infancia: En la primera infancia son las infecciones respiratorias las que mayor peso tuvieron dentro de las condiciones transmisibles, la proporción para el año 2009 fue del 57.5, disminuyendo en el año 2010 a 54.3, pero aumentando nuevamente en el 2011 a 58.8 y a 59.07 en el 2012. La disminución entre los años 2013 y 2014 fue de 0.58 puntos. En el segundo lugar se ubican las enfermedades infecciosas y parasitarias, con una disminución de 0.58 del 2013 y en tercer lugar se encuentran las deficiencias nutricionales, con un aumento de 0.84 puntos en los dos últimos años.

Infancia: En la infancia, las infecciones respiratorias fueron la primera causa de morbilidad en los años analizados, las proporciones son más altas que en la primera infancia y la disminución en la proporción entre el 2013 y el 2014 fue de 1.70 puntos porcentuales. Le siguen muy de cerca las enfermedades infecciosas y parasitarias con un aumento de 0.70 puntos en el mismo período. En el tercer lugar se encuentran las deficiencias nutricionales, con tendencia al aumento entre el 2013 y el 2014.

Adolescencia: En primer lugar en morbilidad para este ciclo vital están las enfermedades infecciosas y parasitarias, cuyas proporciones se mueven entre 49 y 50 en los años analizados. Entre el año 2013 y 2014 hubo un aumento de 0.68 puntos porcentuales. Le siguen las infecciones respiratorias las cuales entre

2013 y 2014 presentaron una disminución de 1.22 puntos porcentuales. Las deficiencias nutricionales tuvieron disminución en el año 2010, sin embargo hubo aumento entre el 2013 y el 2014.

Juventud: En este ciclo vital vuelven a ser las enfermedades infecciosas y parasitarias la principal causa de morbilidad dentro de las enfermedades transmisibles. Del 2009 al 2010 hubo un aumento significativo en la morbilidad por esta causa, en el año 2011 ésta disminuyó y entre los años 2013 y 2014 el aumento fue de 1.52 puntos porcentuales. Las infecciones respiratorias fueron la segunda causa de morbilidad por condiciones transmisibles, sin embargo hubo una disminución de 1.76 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014. Las deficiencias nutricionales en este ciclo vital han tenido proporciones entre 1.6 y 2.1 en todos los años analizados y su tendencia entre 2013 y 2014 ha sido al aumento.

Adultez: Al igual que en la adolescencia y la juventud, las enfermedades infecciosas y parasitarias son la principal causa de morbilidad en la adultez, dentro de las transmisibles, la proporción más baja se presentó en el año 2009 con 49, para aumentar en el 2010 a 58.3, el aumento entre los años 2013 y 2014 fue de 1.53 puntos porcentuales. Las infecciones respiratorias son la segunda causa de morbilidad por enfermedades transmisibles en la adultez y las proporciones son comparables con las de la juventud, se presentó una disminución entre el año 2013 y 2014 de 0.94 puntos. En tercer lugar se ubicaron las deficiencias nutricionales.

Persona Mayor: En este ciclo vital se ubican en primer lugar en morbilidad dentro de las transmisibles las infecciones respiratorias, con un aumento de 4 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014. En cuanto a enfermedades infecciosas y parasitarias, el aumento entre 2013 y 2014 fue de 3 puntos porcentuales.

Tabla 32. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Risaralda, 2009 – 2014

Ciclo vital	Condiciones transmisibles y nutricionales	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	39.90	42.97	38.78	38.40	38.71	38.44	-0.26
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57.55	54.31	58.83	59.07	58.52	57.94	-0.58

	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.55	2.72	2.39	2.53	2.78	3.61	0.84
Infancia (6 - 11 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	45.73	55.45	47.91	46.90	47.18	47.88	0.70
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	51.72	42.64	49.92	50.12	49.79	48.10	-1.70
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.55	1.91	2.17	2.98	3.03	4.02	0.99
Adolescencia (12 -18 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	46.83	58.04	50.91	49.39	51.15	51.83	0.68
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	49.84	39.86	46.08	47.33	45.20	43.98	-1.22
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-	3.33	2.10	3.01	3.28	3.65	4.19	0.54

	D53, D64.9, E51-E64)							
Juventud (14 - 26 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49.80	59.20	52.46	52.41	54.86	56.38	1.52
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	47.97	39.22	45.62	45.49	42.95	41.19	-1.76
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.23	1.58	1.92	2.10	2.19	2.43	0.24
Adultez (27 - 59 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	49.06	58.39	49.15	50.60	50.27	51.80	1.53
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	48.77	39.87	49.11	47.32	46.90	45.96	-0.94
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2.17	1.73	1.74	2.08	2.83	2.24	-0.59

Persona mayor (> 60 años)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	43.99	54.43	44.47	43.54	39.37	42.37	3.00
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	52.80	42.79	52.63	52.75	48.57	52.64	4.07
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	3.21	2.78	2.89	3.70	12.06	4.99	-7.07

Fuente: SISPRO

Condiciones materno perinatales

Primera Infancia: En este ciclo vital las condiciones derivadas durante el período perinatal son la principal causa de morbilidad, la tendencia a través del tiempo ha sido hacia el aumento al pasar de 923 casos en el 2009 a 1601 en el año 2014, sin embargo hubo una disminución en la proporción entre los años 2013 y 2014 de 2.13 puntos porcentuales.

En la **infancia** se presentó un aumento de 22.4 puntos porcentuales entre el año 2013 y 2014 en condiciones derivadas durante el período perinatal.

En la **adolescencia** las condiciones maternas tuvieron una disminución de 1.64 puntos entre los años 2013 y 2014.

En la **juventud** es donde se observa la mayor proporción en cuanto a morbilidad por condiciones maternas. Se presentó una disminución de 1.53 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014.

En la **adultez** el número de casos por condiciones maternas disminuyó del 2009 al 2010 y aumentó nuevamente los años 2011 y 2012, con disminución igualmente en los años 2013 y 2014.

Tabla 33. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Condiciones maternas perinatal	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones maternas (O00-O99)	0.54	0.99	0.62	0.00	1.25	3.38	2.13
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)*	99.46	99.01	99.38	100.00	98.75	96.62	-2.13
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	12.00	15.79	15.38	7.69	30.00	7.58	-22.42
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)*	88.00	84.21	84.62	92.31	70.00	92.42	22.42
Adolescencia (12 -18 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97.07	97.22	96.03	99.92	95.51	93.88	-1.64
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)*	2.93	2.78	3.97	0.08	4.49	6.12	1.64
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97.46	97.74	96.87	99.93	97.00	95.47	-1.53
	Condiciones derivadas durante el	2.54	2.26	3.13	0.07	3.00	4.53	1.53

	periodo perinatal (P00-P96)*							
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones maternas (O00-O99)	97.01	96.45	96.46	100.00	97.25	96.48	-0.78
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)*	2.99	3.55	3.54	0.00	2.75	3.52	0.78

Fuente: SISPRO

Enfermedades no transmisibles

En la **primera infancia**, las enfermedades respiratorias fueron la principal causa de morbilidad en los años analizados, la tendencia para esta condición ha sido hacia la disminución y entre los años 2013 y 2014 ésta fue de 2.86 puntos porcentuales. Le siguen las enfermedades de la piel, entre los años 2013 y 2014 se presentó una disminución de 1.67 puntos porcentuales. Las condiciones orales en este ciclo vital son la tercera causa de morbilidad por enfermedades no transmisibles y presentaron su proporción más alta en el año 2011 con 20.9, para disminuir significativamente en el 2012 a 8 lo que significa un cambio en puntos porcentuales de 12.99 sin embargo se presentó aumento en las proporciones en 2013 y 2014 siendo de 14.4 y 21.6 respectivamente lo que significa un aumento de 7.2 puntos en estos dos últimos años.

Tabla 34. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la primera infancia Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Primera infancia (0 - 5 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.30	0.39	0.46	0.44	0.39	0.49	0.09
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.40	0.44	0.41	0.53	0.53	0.50	-0.02
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0.05	0.07	0.06	0.07	0.06	0.03	-0.03

Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2.15	2.08	2.07	2.99	2.51	2.41	-0.10
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	3.40	3.40	3.82	4.76	4.62	5.00	0.37
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	12.41	11.98	11.84	13.75	11.92	11.30	-0.61
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0.72	0.59	0.58	0.64	0.70	0.65	-0.05
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	20.88	20.53	19.15	20.51	18.63	15.77	-2.86
Enfermedades digestivas (K20-K92)	11.23	10.54	9.22	11.66	10.82	10.09	-0.74
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8.19	8.72	7.68	8.96	8.71	7.55	-1.16
Enfermedades de la piel (L00-L98)	17.39	16.86	15.87	17.82	16.49	14.82	-1.67
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	4.15	3.95	3.70	4.29	4.96	4.64	-0.32

Anomalías congénitas (Q00-Q99)	4.08	4.15	4.15	5.59	5.24	5.13	-0.11
Condiciones orales (K00-K14)	14.65	16.31	20.98	8.00	14.42	21.62	7.20

Fuente: SISPRO

En la **infancia** las condiciones orales desplazan a las enfermedades respiratorias, con una tendencia al aumento entre el año 2009 y el año 2011, con proporciones que van desde 27 en el 2009 a 36 en el 2011 para disminuir nuevamente la proporción en el año 2012 a 35. Entre los años 2013 y 2014 se presentó un aumento en la proporción de 1 punto porcentual.

En segundo lugar y lejos de las condiciones orales se ubican las enfermedades respiratorias cuya tendencia en los años analizados es hacia el descenso con una disminución de 1.2 puntos porcentuales entre los años 2013 y 2014.

Las enfermedades de los órganos de los sentidos son la tercera causa de morbilidad dentro de las no transmisibles en la infancia, la tendencia muestra disminución desde el 2009 al 2011 y aumento en el 2012, para disminuir nuevamente en el año 2013 y aumentar en el 2014 con un aumento de 0.5 puntos. Las enfermedades de la piel, son la tercera causa de morbilidad en la infancia dentro de las enfermedades no transmisibles y la tendencia ha sido a la disminución.

Tabla 35. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la infancia Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporció n 2009	Proporció n 2010	Proporció n 2011	Proporció n 2012	Proporció n 2013	Proporció n 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Infancia (6 - 11 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.234	0.267	0.293	0.322	0.282	0.279	-0.003
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.408	0.373	0.338	0.412	0.392	0.421	0.029
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0.133	0.200	0.136	0.167	0.141	0.137	-0.004

Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3.242	3.372	2.804	3.050	3.503	3.716	0.213
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7.466	8.086	7.465	8.604	9.528	10.069	0.541
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	15.150	14.932	12.893	13.063	12.357	12.902	0.546
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	0.778	0.651	0.687	0.582	0.675	0.755	0.081
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	16.982	15.242	13.474	13.269	13.562	12.263	-1.299
Enfermedades digestivas (K20-K92)	6.413	6.047	5.129	5.614	6.350	5.955	-0.395
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	6.474	6.301	5.641	5.842	5.919	5.390	-0.530
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9.230	8.972	8.117	7.618	7.863	7.307	-0.556
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	5.193	5.105	5.019	4.919	5.468	5.641	0.173

Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1.288	1.439	1.658	1.508	1.798	1.891	0.093
Condiciones orales (K00-K14)	27.010	29.013	36.344	35.031	32.161	33.273	1.111

Fuente: SISPRO

En la **adolescencia**, al igual que en la infancia predominan las condiciones orales, aunque con proporciones más bajas, la tendencia entre el 2009 y el 2011 fue al aumento, mientras que para el año 2012 la proporción por esta causa disminuyó en 1.98 puntos porcentuales, no obstante hubo un aumento de 0.30 puntos entre 2013 y 2014.

La segunda causa de morbilidad en este ciclo vital dentro de las no transmisibles son las enfermedades genitourinarias, se evidencia disminución en las proporciones entre el 2013 y el 2014 de 0.46 puntos porcentuales.

Las enfermedades de la piel son la tercera causa de morbilidad, la tendencia ha sido a la disminución, representada en 0.46 puntos porcentuales entre el 2013 y el 2014.

Tabla 36. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adolescencia Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Adolescencia (12 -18 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.26	0.23	0.30	0.36	0.34	0.36	0.02
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.73	0.68	0.67	0.82	0.83	0.83	0.00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0.19	0.21	0.22	0.21	0.19	0.32	0.13
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-	4.36	3.94	3.82	4.28	4.60	4.40	-0.20

E16, E20-E34, E65-E88)							
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9.66	9.47	9.37	9.65	10.69	10.94	0.25
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	10.84	10.94	9.92	9.77	9.31	9.59	0.29
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	1.51	1.54	1.54	1.48	1.64	1.97	0.33
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	9.48	8.56	7.39	7.69	7.35	6.55	-0.79
Enfermedades digestivas (K20-K92)	9.17	8.51	7.70	7.89	7.87	7.90	0.03
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11.92	11.46	10.57	11.04	11.20	11.16	-0.03
Enfermedades de la piel (L00-L98)	11.03	11.23	10.10	10.26	9.68	9.22	-0.46
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	9.54	9.17	9.07	9.12	9.78	9.88	0.10
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.71	0.84	0.79	0.86	0.98	1.01	0.04

	Condiciones orales (K00-K14)	20.60	23.21	28.54	26.57	25.55	25.85	0.30
--	------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------

Fuente: SISPRO

En la **juventud**, la principal causa de morbilidad fueron las condiciones orales, con tendencia al aumento entre los años 2009 y 2011 y disminución en el año 2012 y el 2013, sin embargo se observa un aumento de 0.47 puntos entre los años 2013 y 2014. En este ciclo vital para enfermedades no transmisibles el segundo lugar lo ocupa las enfermedades genitourinarias, con un descenso en la proporción de 17.2 a 14.8 entre los años 2009 y 2011, sin embargo la proporción aumentó a 15.4 en los años 2012 y 2013, para disminuir en el año 2014 a 15.1, lo cual representa una disminución de 0.28 puntos porcentuales.

Las condiciones musculoesqueléticas son la tercera causa de morbilidad en la juventud dentro de las condiciones no transmisibles y su tendencia ha sido hacia la disminución hasta el año 2012, aumentando levemente en los años 2013 y 2014. Le siguen las enfermedades digestivas cuyas proporciones en todos los años analizados descendieron y las condiciones neuropsiquiátricas, cuyas proporciones aumentaron entre 2013 y 2014 en 0.32 puntos porcentuales.

Tabla 37. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la juventud Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Juventud (14 - 26 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.31	0.29	0.29	0.36	0.39	0.38	-0.01
	Otras neoplasias (D00-D48)	0.87	0.77	0.78	0.98	0.99	1.00	0.01
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0.22	0.21	0.24	0.20	0.20	0.26	0.06
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4.65	4.34	4.31	5.05	5.23	5.18	-0.05

Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	9.85	9.88	9.31	9.85	10.19	10.50	0.32
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9.38	8.91	8.35	8.28	7.98	8.27	0.29
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	2.30	2.25	2.07	2.21	2.30	2.51	0.21
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.35	5.90	5.14	5.40	4.89	4.55	-0.34
Enfermedades digestivas (K20-K92)	10.76	10.28	9.03	9.21	9.59	9.26	-0.34
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	17.22	16.33	14.83	15.41	15.42	15.14	-0.28
Enfermedades de la piel (L00-L98)	9.86	9.85	8.85	9.17	8.79	8.34	-0.45
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	10.74	10.59	10.34	10.19	10.84	10.93	0.09
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.46	0.55	0.51	0.57	0.66	0.69	0.03
Condiciones orales (K00-K14)	17.02	19.84	25.94	23.12	22.53	22.99	0.47

Fuente: SISPRO

En la **adultez** la principal causa de morbilidad dentro de las enfermedades no transmisibles son las enfermedades musculoesqueléticas cuya proporción aumentó de 15.9 en el 2009 a 16.22 en el 2010. Las proporciones permanecieron entre 15.1 y 15.4 entre 2011 y 2014, con una disminución en la proporción de 0.2 puntos en los dos últimos años. La segunda causa de morbilidad son las condiciones orales, la proporción para el año 2011 fue de 17.6 y disminuyó a proporciones entre 15.5 y 15.2 entre 2012 y 2014. En el tercer lugar se encuentran las condiciones genitourinarias cuyas proporciones disminuyeron del 2009 al 2011 y aumentaron nuevamente en el 2012 y 2013 La proporción disminuyó de 12 a 11.6 entre 2013 y 2014. Las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la cuarta causa de morbilidad en la adultez, su tendencia entre los años 2009 y 2011 fue a aumento y presentó disminución en el año 2012 y 2013, para aumentar nuevamente en el año 2014. El aumento entre 2013 y 2014 fue de 1 punto porcentual al pasar de 10.2 a 11.1.

Tabla 38. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la adultez Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Adultez (27 - 59 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0.8	0.9	0.7	0.9	1.0	1.0	0.1
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.8	1.6	1.7	2.0	2.1	2.1	0.0
	Diabetes mellitus (E10-E14)	1.6	1.8	2.0	2.0	1.9	2.2	0.3
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	7.4	7.3	7.2	8.6	8.7	8.7	-0.1
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	8.5	8.6	8.0	8.2	8.2	8.2	-0.1
	Enfermedades de los órganos	9.1	8.5	7.6	7.9	7.9	8.0	0.2

de los sentidos (H00-H61, H68-H93)							
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10.4	10.8	11.1	10.6	10.2	11.1	1.0
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	4.1	3.8	3.5	3.5	3.2	3.1	-0.1
Enfermedades digestivas (K20-K92)	9.7	9.3	8.5	8.6	8.6	8.4	-0.2
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	13.4	12.5	11.4	11.8	12.0	11.6	-0.4
Enfermedades de la piel (L00-L98)	5.9	5.6	5.1	5.0	5.0	4.8	-0.2
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	15.9	16.2	15.4	15.1	15.4	15.2	-0.2
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.0
Condiciones orales (K00-K14)	11.1	12.7	17.6	15.5	15.2	15.2	-0.1

Fuente: SISPRO

En la **persona mayor**, son por mucho las enfermedades cardiovasculares las que ocupan el primer lugar en morbilidad por enfermedades no transmisibles, con una tendencia hacia el aumento entre los años 2009 y 2011 y disminución en el año 2012 en tres puntos porcentuales. Para el año 2013 la proporción continuó con tendencia a la disminución, pero en el 2014 la proporción aumentó en 1.96 puntos porcentuales. Le siguen las enfermedades musculoesqueléticas cuya tendencia en los años analizados ha sido hacia el descenso. Las enfermedades de los órganos de los sentidos, son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital por

enfermedades no transmisibles y se presentó un aumento en la proporción en los dos últimos años de 0.20 puntos porcentuales al pasar de 8.75 en el 2013 a 8.95 en el 2014

La diabetes mellitus como causa de morbilidad en este ciclo vital presentó aumento de 0.25 puntos porcentuales entre 2013 y 2014 al pasar de 5.42 a 5.67 respectivamente.

Tabla 39. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, en la persona mayor de 60 años
Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Enfermedades no transmisibles	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013 - 2014
Persona mayor(> de 60 años)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1.95	2.10	1.67	2.01	2.09	2.11	0.02
	Otras neoplasias (D00-D48)	1.21	1.06	1.06	1.32	1.43	1.43	0.00
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4.96	5.11	5.95	5.83	5.42	5.67	0.25
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	6.72	6.17	6.22	7.33	7.37	6.84	-0.53
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5.12	5.02	4.66	4.87	5.04	5.04	0.00
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	9.21	9.38	8.19	8.17	8.75	8.95	0.20

Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	27.02	28.32	29.62	26.56	26.48	28.44	1.96
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	6.39	6.08	5.74	5.30	5.08	5.06	-0.02
Enfermedades digestivas (K20-K92)	7.49	7.27	6.79	6.66	7.01	6.70	-0.31
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	8.18	7.80	7.84	9.65	8.88	7.84	-1.04
Enfermedades de la piel (L00-L98)	4.36	4.00	3.56	3.70	3.81	3.78	-0.03
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	13.74	13.49	13.20	13.00	12.98	12.68	-0.31
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0.16	0.18	0.15	0.19	0.22	0.21	-0.01
Condiciones orales (K00-K14)	3.48	4.02	5.34	5.39	5.42	5.24	-0.18

Fuente: SISPRO

Lesiones

Los traumatismos y envenenamientos son la principal causa de morbilidad por lesiones en todos los ciclos vitales, En la infancia se presentó un aumento en la proporción entre 2013 y 2014 de 0.58 puntos porcentuales. En los demás ciclos vitales la tendencia en ese mismo período fue a la disminución la cual fue más representativa en el ciclo vital juventud con 0.84 puntos porcentuales.

Las lesiones no intencionales fueron la segunda causa de morbilidad por lesiones y las proporciones en la persona mayor son mayores que en los demás ciclos con una tendencia al aumento a partir del año 2012. El aumento entre 2013 y 2014 para esta causa de morbilidad en este ciclo vital fue de 0.59 puntos porcentuales

al pasar de 16.1 a 16.7 respectivamente. En la primera infancia, también se presentó aumento en la proporción por esta causa de morbilidad, así como en la adolescencia y en la juventud, mientras que en la infancia y en la adultez hubo disminución de la proporción entre 2013 y 2014. Las lesiones intencionales predominaron en la adolescencia y en la juventud con proporciones muy parecidas y con tendencia al aumento.

Tabla 40. Morbilidad específica por las lesiones, Risaralda 2009 – 2014

Ciclo vital	Lesiones	Proporción 2009	Proporción 2010	Proporción 2011	Proporción 2012	Proporción 2013	Proporción 2014	Cambio en puntos porcentuales 2013-2014
Primera infancia (0 - 5años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8.26	6.86	6.64	7.52	7.16	7.51	0.36
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.05	0.13	0.12	0.36	0.29	0.34	0.05
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.02	0.15	0.00	0.09	0.11	0.07	-0.04
	Traumatismos, envenenamientos u	91.67	92.86	93.24	92.03	92.45	92.08	-0.37

	algunas otras consecue ncias de causas externas (S00-T98)							
Infancia (6 - 11 años)	Lesiones no intenciona les (V01- X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	7.24	7.35	5.83	7.25	7.12	6.46	-0.66
	Lesiones intenciona les (X60- Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	0.25	0.03	0.20	0.28	0.30	0.32	0.02
	Lesiones de intenciona lidad indetermin ada (Y10- Y34, Y872)	0.06	0.09	0.03	0.08	0.02	0.09	0.06
	Traumatis mos, envenena mientos u algunas otras consecue ncias de causas externas	92.44	92.52	93.95	92.38	92.55	93.13	0.58

	(S00-T98)							
Adolescencia (12 -18 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6.04	6.54	5.25	6.09	5.66	6.16	0.50
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	1.14	1.19	1.09	1.38	1.43	1.64	0.20
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.08	0.00	0.08	0.02	0.10	0.07	-0.02
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92.75	92.26	93.58	92.51	92.81	92.13	-0.68
Juventud (14 - 26 años)	Lesiones no intencionales (V01-	7.02	6.42	5.51	6.36	6.11	6.60	0.49

	X59, Y40- Y86, Y88, Y89)							
	Lesiones intenciona les (X60- Y09, Y35- Y36, Y870, Y871)	1.04	1.02	1.08	1.41	1.31	1.65	0.34
	Lesiones de intenciona lidad indetermin ada (Y10- Y34, Y872)	0.06	0.12	0.10	0.04	0.07	0.09	0.02
	Traumatis mos, envenena mientos u algunas otras consecue ncias de causas externas (S00-T98)	91.87	92.44	93.31	92.19	92.51	91.66	-0.84
Adultez (27 - 59 años)	Lesiones no intenciona les (V01- X59, Y40- Y86, Y88, Y89)	6.76	7.33	6.86	9.41	7.56	7.48	-0.08
	Lesiones intenciona les (X60-	0.43	0.52	0.49	0.65	0.62	0.79	0.16

	Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)							
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0.06	0.05	0.04	0.02	0.07	0.07	0.00
	Traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	92.75	92.10	92.60	89.91	91.75	91.67	-0.08
Persona mayor (> 60 años)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	11.27	10.36	10.77	16.06	16.10	16.69	0.59
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0.07	0.16	0.08	0.20	0.13	0.18	0.04
	Lesiones de	0.12	0.12	0.01	0.05	0.01	0.03	0.02

intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)								
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	88.55	89.36	89.13	83.68	83.76	83.11	-0.65	

Fuente: SISPRO

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo

Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal: Para el año 2012 la prevalencia para Colombia fue de 0.23%, mientras para Risaralda fue de 0.24%, con una diferencia relativa de 1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, lo cual indica que no hay diferencia estadísticamente significativa, por lo tanto este indicador quedó en amarillo para el departamento en ese año, sin embargo al analizar la tendencia, se observa que el indicador aumentó de 0.13% en el año 2010 a 0.24% en el 2012 en el departamento.

Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5: Este indicador se midió para el año 2012 y se encuentra que para el país la incidencia fue de 8.11 por 100.000 habitantes, mientras que para Risaralda para ese mismo año el indicador fue de 10.02 por 100.000 habitantes, con una diferencia relativa de 1.2 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, sin que haya diferencia estadísticamente significativa. La tendencia entre el 2011 y el 2012 fue hacia el descenso, al pasar de 14.3 en el año 2011 a 10.02 en el 2012.

Progresión de la enfermedad renal crónica estadio 0 1, 2, 3, 4 (número de personas): Para el año 2014, el número de personas con enfermedad renal crónica en estadio 0 fue de 7.536, en estadio 1 fue de 5.623, en estadio 2 fue de 8.088, estadio 10.041, en estadio 4 de 957 y en estadio 5 fue de 539.

Incidencia de VIH notificada *:** El valor de este indicador para Colombia en el año 2014 fue de 11.6 mientras que para Risaralda fue de 16. La diferencia relativa estuvo en 1.4 el intervalo de confianza atraviesa el 1, lo cual significa que no hay diferencia estadísticamente significativa y en la semaforización este indicador queda en amarillo para el departamento. Sin embargo, la tendencia del 2009 al 2012 es hacia el aumento al

pasar de 16.9 por 100.000 habitantes en el 2009 a 23.1 por 100.000 en el 2012 para aumentar a 45.5 en el año 2013 y disminuir nuevamente a 16 en el 2014.

Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años notificada: Para Risaralda en el año 2013 este indicador estuvo en 4 por 100.000 menores de 15 años, mientras que para el país fue de 2.5 por 100.000 menores de 15 años, la diferencia no es estadísticamente significativa y la tendencia desde el año 2010 al año 2013 es hacia el aumento al pasar de 1.93 por 100.000 menores de 15 en el año 2010 a 4 por 100.000 en el año 2013.

En relación a la **incidencia de leucemia mieloide aguda** en ese mismo grupo de edad, para el año 2013 fue de 1.21 por 100.000 menores de 5 años mientras que para Colombia fue de 0.50, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas por lo tanto este indicador también queda en amarillo. La tendencia entre 2012 y 2013 es al aumento al pasar de 0.80 a 1.21 por 100.000.

Tabla 41. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Risaralda, 2010-2014

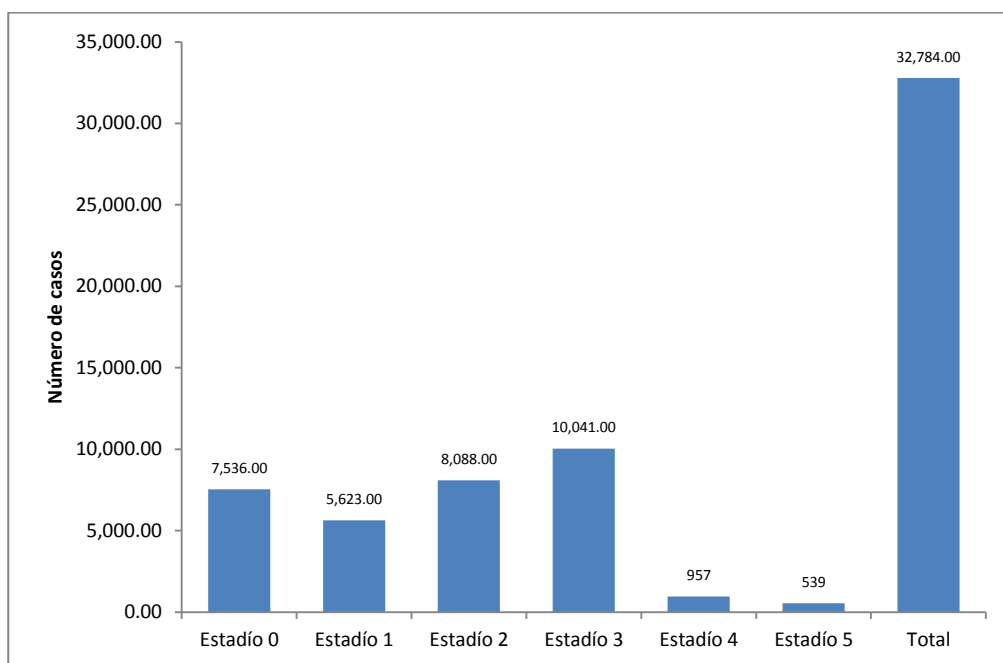
Evento de alto costo	Colombia	Risaralda	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal*, **	0.23	0.24			↗	↘	↗	↘	
Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000**afiliado*, **	8.11	10.02			↗	↘			
Incidencia de VIH notificada ***(2014)	11.6	16	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘
Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada ***	0.50	1.21	↘	↗	-	↘			
Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años***	2.48	4.04	↘	↗	↗	↗			

Fuente: SIVIGILA. CUENTA DE ALTO COSTO. Indicador de VIH año 2014.

** : Cuenta de alto costo***: Sivigila

Para el año 2014 en Risaralda, los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 0 sumaban 7536, lo cual corresponde al 22.9%, los pacientes en estadio 1, representaban el 17.1% (5.623 pacientes), los pacientes en estadio 2 con 8.088 pacientes representaban el 24.6%, aquellos en estadio 3 con 10.041 casos representaban el 30.6% del total y los de estadio 4 el 2.9% con 957 casos, el restante 1.7% corresponden al estadio 5 lo cual corresponde a 539 pacientes.

Figura 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica Risaralda, 2014



Fuente: Cuenta de Alto Costo

2.2.4. Morbilidad de eventos precursores

Tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial son patologías crónicas que demandan una gran cantidad de recursos en materia de promoción y prevención. Las complicaciones y secuelas de ambas son un importante marcador en materia de adherencia a los tratamientos establecidos.

En Risaralda, la prevalencia diabetes mellitus para el año 2013 fue de 2.05 por 100.000 habitantes, superior a la prevalencia nacional que se situó en 1.51 por 100.000 habitantes, la diferencia fue de 1.3, el indicador se ubica según la semaforización en amarillo, teniendo en cuenta que el intervalo de confianza atraviesa el 1. Es importante resaltar que la tendencia desde el año 2009 en la prevalencia de diabetes ha sido hacia el aumento al pasar de 1.6 por 100.000 habitantes en el año 2009 a 2.6 en el año 2012, disminuyendo en el año 2013 a 2.05.

En relación a hipertensión arterial, al igual que con diabetes, Risaralda presentó una prevalencia mayor en el año 2014 (9.4 por 100.000 habitantes), comparada con la del nivel nacional (6.6 por 100.000), igualmente que con diabetes, el indicador en la semaforización se ubica en amarillo al no haber diferencia estadísticamente significativa y en la tendencia se observa que pasó de 7 por 100.000 habitantes en el año 2009 a 9.5 por 100.000 habitantes en el 2011, y en año 2012 la prevalencia disminuyó a 8.9 por 100.000 habitantes. Para aumentar en el año 2013 a 7.78 por 100.000 habitantes.

En ambas patologías las cifras se ubican por encima de las del país.

Tabla 42. Eventos precursores Risaralda, 2009 -2013

Eventos precursores	Colombia	Risaralda	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Prevalencia de diabetes mellitus	1.5	2.05	↗	↗	↗	↗	↘	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	6.6	9.41	↗	↗	↗	↘	↘	↗

Fuente: SISPRO. HTA Datos del 2014. Diabetes Datos del 2013

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

Letalidad por Dengue Grave: Para el año 2013 la letalidad por dengue grave en Risaralda fue de 10% mientras que para Colombia fue de 5.11%, este indicador en la semaforización queda en rojo para el departamento. No se presentaron casos de mortalidad en los demás eventos de ETV en los años analizados.

Letalidad por IRAg: Para el año 2013, la tasa de letalidad por Irag fue de 60% en el departamento, en Colombia ésta fue de 41.25 la diferencia relativa es de 1.5, con un intervalo de confianza que no atraviesa el 1, por lo tanto este indicador se ubica en rojo en la semaforización.

Letalidad por Tosferina: En el año 2011 la tasa de letalidad por tosferina fue de 3%, mientras que en la nación fue de 1.6%, la diferencia relativa fue de 1.9, con intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto el indicador no hay diferencia estadísticamente significativa, ubicándose este indicador en amarillo en la semaforización. En la tendencia desde el 2007 hasta el 2010 la tasa de letalidad fue de 0, en el año 2011 ésta aumentó a 3%.

No se presentó mortalidad en los años analizados para los demás eventos Inmunoprevenibles.

Letalidad por hepatitis A: En el año 2013 la letalidad por hepatitis A en el departamento fue de 1.35% mientras que para el país fue de 0.08, con una diferencia relativa de 16.8 y un intervalo de confianza que no atraviesa el 1, por lo cual este indicador queda en rojo para el departamento. En los otros años no se había presentado mortalidad por este evento.

Letalidad por intoxicaciones (plaguicidas, fármacos, Metanol, metales pesados, solventes, otras sustancias químicas, monóxido y otros gases, sustancias psicoactivas): La tasa de letalidad por estos eventos en el departamento fue de 1.7% mientras que para Colombia fue de 0.9%, con una diferencia relativa de 1.3, en la semaforización este indicador se sitúa en amarillo.

Eventos por micobacterias

Letalidad por tuberculosis pulmonar: La tasa de letalidad por tuberculosis pulmonar en el año 2013 en Risaralda fue de 6.2%, mientras que a nivel nacional este indicador se situó en 7.7%, con una diferencia relativa de 0.8 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto el indicador se sitúa en amarillo al no existir diferencia estadísticamente significativa entre el valor del departamento y el de la nación.

Letalidad por tuberculosis extrapulmonar: En cuanto a TB extrapulmonar, la tasa de letalidad para el departamento y la nación son similares, siendo para el departamento de 52.4% y para la nación de 50.9 %,sin que haya diferencia estadísticamente significativa entre ambos.

Letalidad por meningitis tuberculosa: Este indicador queda en amarillo en la semaforización, ya que para el departamento la tasa de letalidad para el año 2013 fue de 9.5%2, mientras que para la nación fue de 9.12%, el intervalo de confianza atraviesa el 1 por lo cual no hay diferencias estadísticamente significativas.

No hubo casos de mortalidad por meningitis por H. influenzae, N.meningitidis, ni por neumococo.

Eventos de zoonosis

Letalidad por accidente ofídico: No se presentaron casos de mortalidad por este evento en los años analizados. La población afectada por este evento son los indígenas ya que son los pobladores de municipios como Pueblo Rico y Mistrató donde existen las condiciones ecoepidemiológicas para el hábitat de las serpientes tanto venenosas como no venenosas.

Las tasas de letalidad a nivel nacional son menores comparadas con las del departamento.

Letalidad por rabia humana: No se presentaron casos de rabia en el departamento en los años analizados.

Letalidad por leptospirosis: Para el año 2013 la tasa de letalidad por leptospirosis en Risaralda fue de 3.33%, mientras que a nivel nacional ésta fue de 5.65%. La mayor tasa de letalidad se presentó en el año 2010 con 4.17% .La diferencia relativa con respecto al nivel nacional no es estadísticamente significativa

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Letalidad por sífilis congénita: No hubo mortalidad por este evento en el año 2013 en Risaralda. La tasa de letalidad por sífilis congénita fue de 1.04% para Colombia. En cuanto a la tendencia, para el año 2010, la letalidad fue de 1.85, ésta disminuyó a 1.6% en el año 2012.

Letalidad por hepatitis B: No se presentaron casos de mortalidad por hepatitis B en los años analizados.

Otros eventos de interés en salud pública

Letalidad por hipotiroidismo congénito: No hubo muertes por este evento en los años analizados

Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos: Para el año 2013 la letalidad por este evento en el departamento fue de 2.78% y para la nación de 0.42% con una diferencia relativa de 6 y un intervalo de confianza que no atraviesa el 1 por lo cual el indicador queda en rojo para el departamento.

Tabla 43. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria Risaralda, 2007-2013

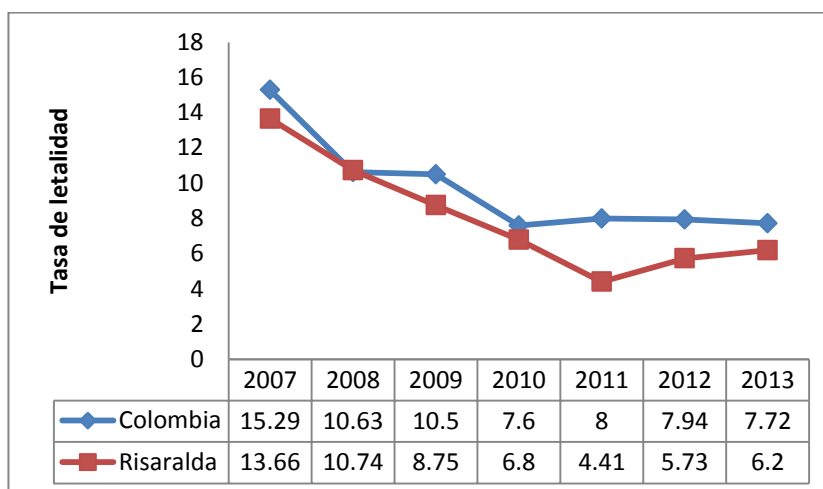
Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Risaralda		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Letalidad por accidente ofídico	1.09	0.0		↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Letalidad por dengue grave	5.11	10		↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad por hepatitis A	0.08	1.35		↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Letalidad por IRAG	41.25	60		↘	↘	↘	↘	↘	↗	↗
Letalidad por intoxicaciones	0.93	1.74		↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Letalidad por leptospirosis	5.65	3.33		↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘
Letalidad por lesiones por pólvora por juegos	0.42	2.78		↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗

pirotécnicos									
Letalidad por meningitis tuberculosa	9.12	9.52		↗	↘	↗	↘	↘	↘
Letalidad por tuberculosis pulmonar	7.7	6.2		↗	↘	↘	↘	↗	↗
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	50.9	52.4		↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de Incidencia de dengue	343.21	32		↗	↘	↗	↗	↘	↗
Tasa de Incidencia de dengue grave	8.66	0.54		↘	↘	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de Leptospirosis	1.69	3.08		↗	↘	↘	↗	↗	↘

Fuente: SIVIGILA

Letalidad por tuberculosis pulmonar: Como se muestra en la figura 38, en el año 2007 la tasa de letalidad por tuberculosis pulmonar presentó su pico más alto, al situarse en 13.66 por cada 100 enfermos, sin embargo este indicador estuvo por debajo de la tasa del país. La tendencia fue a la disminución, hasta llegar a una tasa de 7.72 por cada 100 enfermos en el año 2013 superando la nacional que fue de 6.2

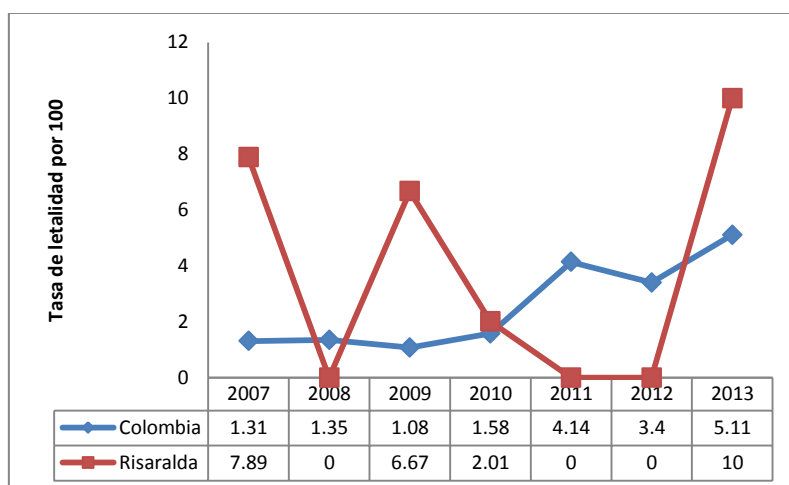
Figura 37. Letalidad por Tuberculosis pulmonar, Risaralda, 2007 -2013



Fuente: SIVIGILA

Letalidad por dengue grave: En el año 2007, la letalidad por dengue grave alcanzó en el departamento una tasa de 7.89 por 100 muy por encima de la reportada a nivel nacional, la cual fue de 1.31 por 100. En 2008 la tasa de letalidad fue de cero, mientras que para Colombia fue de 1.35%, para aumentar a 6.67% en el año 2009 en el departamento mientras que para la nación en ese mismo año la tasa de letalidad por dengue grave fue de 1.08%. En los años 2011 y 2012 la tasa de letalidad por este evento en el departamento fue de cero, pero en el año 2013 se presentó la tasa más alta de letalidad en el departamento la cual fue de 10% superando la nacional.

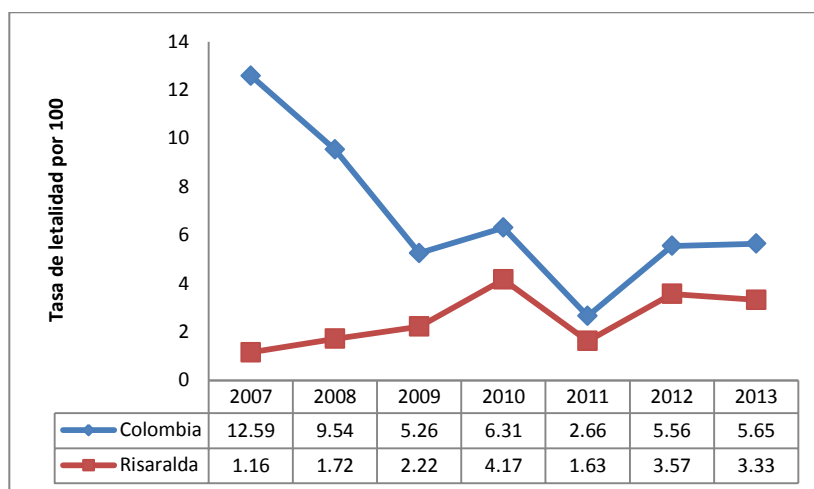
Figura 38. Letalidad por dengue grave, Risaralda, 2007 -2013



Fuente: SIVIGILA

Letalidad por leptospirosis: Las tasas de letalidad por este evento han sido más bajas en el departamento comparadas con la de la nación, es así como en el año 2007 la tasa de letalidad en Risaralda fue de 1.16% mientras que para Colombia fue de 12.59 % en los años 2008 y 2009 para Risaralda la tasa de letalidad fue de 1.72 y 2.22 mientras que para Colombia ésta se ubicó en 9.54 y 5.26 % respectivamente.. En el año 2010 se presentó la tasa de letalidad más alta por este evento, la cual fue de 4.17 mientras que para Colombia fue de 6.31. Para el año 2013 en el departamento la tasa de letalidad fue de 3.33% mientras que para la nación fue de 5.65%.

Figura 39. Letalidad leptospirosis, Risaralda, 2007 -2013



Fuente: SIVIGILA

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2002 a 2014

Durante el año 2014, la discapacidad que tiene que ver con el sistema nerviosos representa el mayor peso con 50.36%, seguida por la discapacidad que tiene que ver con el movimiento con 46.65% del total. El tercer lugar lo ocupa la discapacidad de la voz y el habla con 556 personas, que representan el 25.20%, seguida por la discapacidad relacionada con los ojos la cual representa el 24.6%, como se muestra en la tabla.

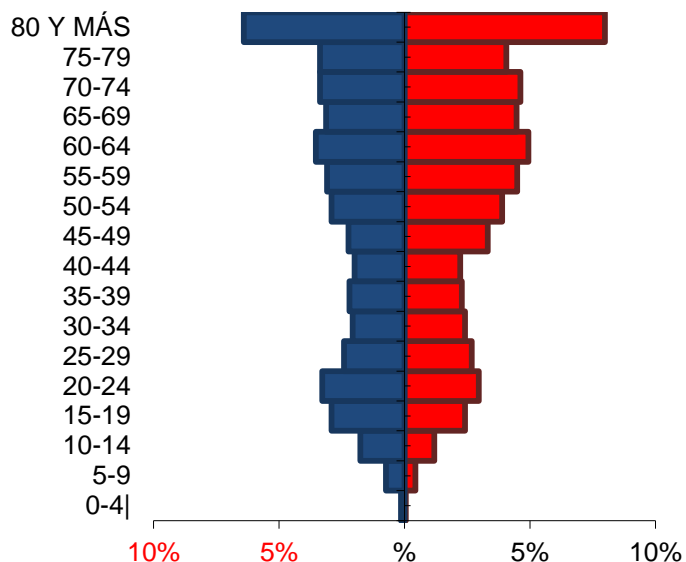
Tabla 44. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad. Risaralda 2014

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1029	46.65
El sistema nervioso	1111	50.36
Los ojos	543	24.61
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	241	10.92
Los oídos	368	16.68
La voz y el habla	556	25.20
La digestión, el metabolismo, las hormonas	125	5.67
El sistema genital y reproductivo	121	5.49
La piel	47	2.13
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	40	1.81
Ninguna	2	0.09
Total	2206	

** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se muestra la pirámide poblacional de discapacidad para el año 2014. Se encuentra un total de 19856 personas, de las cuales 9044 es decir el 46% corresponden a hombres y 10812 es decir el 54% corresponden a mujeres. Como se muestra en la figura, el 53.4 corresponden a personas por encima de los 55 años, con una concentración mayor en las personas mayores de 80 años, tanto para hombres como para mujeres, más evidente en mujeres.



En hombres la principal causa de discapacidad son aquellas relacionadas con el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas, la cual ha afectado más el grupo de edad que va desde los 50 hasta los 80 años y más. En segundo lugar se encuentra la discapacidad relacionada con el órgano de la visión, los más afectados son los hombres de 80 años y más años con 733 casos, seguido por los de 70 a 75 años con 360 y los hombres de 60 a 64 años con 336 casos.

Le siguen las alteraciones relacionadas con el sistema nervioso, el grupo de edad más afectado es a aquel de los 80 años y más, con 365 casos en el período analizado, seguido por los hombres entre 20 y 24 años con 305 casos y los de 15 a 19 años con 284 casos.

La discapacidad del sistema cardiorrespiratorio y las defensas es la cuarta causa de discapacidad en hombres y las edades más afectadas son de 80 años y más, seguida por la edad de 75 a 79 años

La quinta causa de discapacidad en hombres la constituyen las alteraciones del órgano de la audición, las cuales se han presentado más en el grupo de edad de 80 años y más

Las alteraciones de la voz y el habla son la sexta causa de discapacidad en hombres en los años analizados y predominan entre los 10 y 24 años.

Tabla 45. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en los hombres Risaralda 2002 al 2014

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	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos,	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	16		8	5		9	6	4	2	12	
05 a 09 años	95	2	25	18	3	75	13	13	9	44	
10 a 14 años	229	6	70	45	7	109	47	15	18	78	
15 a 19 años	284	12	179	91	26	155	99	53	34	114	
20 a 24 años	305	26	219	103	30	165	116	59	23	162	
25 a 29 años	225	21	150	76	22	128	82	65	23	149	
30 a 34 años	176	11	132	51	15	88	84	47	20	136	
35 a 39 años	195	9	131	67	17	93	89	56	24	183	
40 a 44 años	152	17	107	48	12	68	69	56	19	173	
45 a 49 años	161	19	163	65	15	68	82	66	22	199	
50 a 54 años	182	23	225	70	10	74	139	81	35	284	1
55 a 59	204	15	276	86	14	49	156	96	33	283	

años											
60 a 64 años	187	24	336	100	22	69	206	124	49	328	
65 a 69 años	178	20	311	126	20	87	215	113	41	292	
70 a 74 años	183	31	330	154	12	82	250	111	51	332	1
75 a 79 años	192	30	360	156	17	78	272	117	94	342	
80 años o más	365	60	733	409	47	137	576	218	191	686	
	3,329	326	3,755	1,670	289	1,534	2,501	1,294	688	3,797	2

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

En mujeres, la discapacidad relacionada con el movimiento también es la principal causa de discapacidad, aunque con más casos que en hombres, los grupos de edad más afectados son los de 80 años y más, seguido por las mujeres entre 60 y 64 años, le sigue el grupo de edad entre 70 y 74 años.

Al igual que en hombres la segunda causa de discapacidad en las mujeres son las alteraciones relacionadas con los ojos y ha afectado más a mujeres de 80 años y más y entre 60 y 64 años. Le sigue la discapacidad relacionada con el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, afectando más a la población entre los 45 años y los 80 años y más.

La cuarta causa de discapacidad son las que tiene que ver con el sistema nervioso, afectando más al grupo de edad de 80 y más y seguido por el grupo de edad de 60 a 64 años y de 70 a 74 años.

Tabla 46. Distribución de las alteraciones permanentes por grupo de edad en las mujeres, Risaralda 2002 a 2014

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 cardiorrespiratorio y las	La digestión, el metabolismo, las hormonas	El sistema genital y reproductivo	El movimiento del cuerpo, manos,	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	9		3	1		5	5	4	2	4	
05 a 09 años	52	1	19	11	2	41	2	8	15	37	
10 a 14 años	118	13	52	29	4	72	36	14	11	57	
15 a 19 años	221	16	171	59	8	114	88	52	19	110	
20 a 24 años	233	38	248	79	18	108	128	76	29	112	
25 a 29 años	218	31	206	78	22	92	119	130	44	128	
30 a 34 años	185	25	177	65	12	72	90	133	42	123	
35 a 39 años	201	20	154	54	19	72	94	108	33	131	
40 a 44 años	175	18	173	57	12	52	103	112	36	147	
45 a 49 años	243	40	260	81	20	71	198	168	54	250	
50 a 54 años	282	46	365	82	27	55	256	192	53	291	

55 a 59 años	272	32	493	81	17	67	367	231	65	371	
60 a 64 años	333	43	573	133	28	68	435	282	73	454	1
65 a 69 años	287	33	481	153	23	65	409	215	58	416	
70 a 74 años	293	37	490	135	18	70	459	216	74	443	
75 a 79 años	263	31	456	180	23	78	407	203	52	428	
80 años o más	576	99	889	442	56	158	792	368	142	1,018	
	3,961	523	5,210	1,720	309	1,260	3,988	2,512	802	4,520	1

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

2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

En el año 2014, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, dentro del grupo de las enfermedades transmisibles y nutricionales, se ubican en primer lugar en morbilidad las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 48.5%, seguidas por las infecciones respiratorias con el 48.3% y en tercer lugar las deficiencias nutricionales con el 3.1%.

Pasando al grupo de condiciones maternas y perinatales, las condiciones maternas se ubican en el primer lugar con el 83.2% seguido por las condiciones perinatales con el 16.8%.

Dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles, las condiciones orales con el 15.7% son la primera causa de consulta, seguidas por las enfermedades musculoesqueléticas y cardiovasculares, ambas con 12.6%, las genitourinarias con el 10.6% y las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 8.8%, las cuales son las 5 primeras causas de morbilidad por esta gran causa.

En el grupo de las lesiones, predominan los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, seguidos por las lesiones no intencionales y las lesiones de intencionalidad indeterminada.

Tabla 47. Prioridades identificadas, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Risaralda

	Causa de morbilidad priorizada	Colombia	Risaralda
Eventos de alto costo	Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal* (*)	0.23	0.24
	Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000*** (*)	8.11	10.2
	Incidencia de VIH notificada **	11.6	16
	Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada**	0.50	1.21
	Incidencia de leucemia linfóide aguda en menores de 15 años notificada**	2.5	4
Eventos precursores	Prevalencia de enfermedad renal crónica	0.23	0.24
	Prevalencia de hipertensión arterial	6.6	9.4
Eventos de Notificación Obligatoria	Letalidad por accidente ofídico	1.09	0.0
	Letalidad por dengue grave	5.11	10
	Letalidad por hepatitis A	0.08	1.35
	Letalidad por IRAG	41.2	60
	Letalidad por intoxicaciones	0.93	1.74
	Letalidad por leptospirosis	5.65	3.33
	Letalidad por lesiones por pólvora por juegos pirotécnicos	0.42	2.78
	Letalidad por parálisis flácida	-	-
	Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	50.9	52.4
	Letalidad por tuberculosis pulmonar	7.7	6.2

Fuente: SIVIGILA. SISPRO

Conclusiones

Teniendo en cuenta que el análisis de la morbilidad se realizó de acuerdo a ciclos vitales, tanto en la primera infancia como en la infancia, la principal causa de morbilidad en los años analizados fueron las condiciones transmisibles y nutricionales, sin embargo hubo disminución de esta causa de morbilidad entre 2013 y 2014. En la adolescencia y la juventud predominaron las enfermedades no transmisibles con ligero aumento en las proporciones entre 2013 y 2014 para ambos ciclos vitales.

En la adultez y la persona mayor también fueron las enfermedades transmisibles las que predominaron en todos los años analizados con proporciones mayores que en adolescencia y juventud y el aumento en las proporciones entre 2013 y 2014 es más significativo.

Dentro de las condiciones transmisibles las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar en todos los ciclos vitales, seguidas por las enfermedades infecciosas y parasitarias, ésta última presentaron aumento en las proporciones entre 2013 y 2014 más evidente en la persona mayor.

Dentro de las no transmisibles, en la primera infancia las enfermedades respiratorias ocupan el primer lugar seguidas de enfermedades de la piel y en tercer lugar las condiciones orales. En la infancia predominan las condiciones orales, con tendencia al aumento, seguidas por las enfermedades respiratorias y en tercer lugar las enfermedades de los órganos de los sentidos. En cuanto al ciclo vital adolescencia, también las condiciones orales predominan, seguidas por las enfermedades genitourinarias, lo mismo ocurre en el ciclo vital juventud.

En el ciclo vital adultez, ocupan el primer lugar dentro de las no transmisibles las enfermedades del sistema musculoesqueléticas, con leve disminución en la proporción entre 2013 y 2014, le siguen las condiciones orales y las cardiovasculares estas últimas con tendencia al aumento.

En el ciclo vital persona mayor, son de lejos las enfermedades cardiovasculares las que predominan, con un aumento importante en la proporción entre 2013 y 2014, le siguen las enfermedades musculoesqueléticas y las enfermedades de los órganos de los sentidos.

En cuanto a los eventos de alto costo, quedaron en amarillo en la semaforización, es decir no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el indicador del departamento y el de la nación en los siguientes eventos: Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal, Tasa de Incidencia de Enfermedad Renal Crónica 5 por 100.000**afiliado, Progresión de la enfermedad renal crónica entre 2010 y 2012 (número de personas), Incidencia de VIH notificada, Incidencia de leucemia mieloide aguda en menores de 15 años notificada, Incidencia de leucemia linfocítica aguda en menores de 15 años. Es importante aclarar que tanto en la incidencia de VIH como en la tasa de incidencia de la enfermedad renal crónica, el indicador del departamento fue mayor que el de Colombia, en los demás fue menor.

En lo que tiene que ver con morbilidad por eventos precursores, tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial tuvieron valores mayores en el departamento comparados con los de la nación, sin embargo al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas, ambos indicadores quedaron en

amarillo en la semaforización. La prevalencia de diabetes aumentó entre los años 2011 y 2012, mientras que la de hipertensión arterial disminuyó en el mismo período de tiempo.

En lo concerniente a letalidad por eventos de notificación obligatoria, estuvieron por encima del indicador nacional: letalidad por accidente ofídico, letalidad por intoxicaciones y letalidad por tosferina, sin embargo al no existir diferencias estadísticamente significativas, estos indicadores en la semaforización quedaron en amarillo para el departamento sin embargo la tendencia para accidente ofídico y tosferina es hacia el aumento y para intoxicaciones hacia la disminución.

Tanto la incidencia de dengue, como la incidencia de leptospirosis tuvieron tasas más altas en el departamento que en Colombia y quedaron en rojo en la semaforización al encontrarse diferencias estadísticamente significativas. La tendencia en la incidencia de dengue es hacia la disminución y en la de leptospirosis hacia el aumento.

Pasando al tema de discapacidad, la principal condición la representa la relacionada con el movimiento, seguida por la discapacidad visual, en tercer lugar se encuentra la discapacidad relacionada con el sistema nervioso, en cuarto lugar se ubica la discapacidad del sistema cardiorrespiratorio y las defensas y el quinto lugar es para la discapacidad relacionada con la voz y el habla.

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

Cobertura de servicios de electricidad: Para el departamento, la cobertura de servicios de electricidad fue de 99% mientras que para Colombia fue de 98.5%, no se observan diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto el indicador queda en amarillo en la semaforización.

Cobertura de acueducto: La cobertura de acueducto en Risaralda para el año 2014 fue de 64.9% mientras que para la nación fue de 88.4%, el intervalo de confianza no atraviesa el 1 por lo cual hay diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto este indicador queda en rojo en la semaforización.

Cobertura de alcantarillado: En Colombia la cobertura de alcantarillado alcanzó 76.7% mientras que para Risaralda fue de 46.15%, con una diferencia relativa de 0.7 y un intervalo de confianza que no atraviesa el 1, por lo tanto la diferencia es estadísticamente significativa y el indicador queda en rojo en la semaforización.

Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA): Para el departamento este indicador fue de 15, mientras que para la nación fue de 26., con una diferencia relativa de 0.5 y un intervalo de confianza que no atraviesa el 1, por lo tanto la diferencia es estadísticamente significativa y el indicador en la semaforización queda en verde para el departamento.

Tabla 48. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida Risaralda, 2014

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Risaralda	
Cobertura de servicios de electricidad	98.5	99	amarillo
Cobertura de acueducto	88.4	64.9	rojo
Cobertura de alcantarillado	76.7	46.15	rojo
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	26.02	14.98	verde

Fuente: DANE

Disponibilidad de alimentos

Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses: En el departamento según la encuesta ENSIN 2010, este indicador estuvo en 2.1 meses, a nivel nacional fue de 1.8 meses, con una diferencia relativa de 1.1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto no hay diferencia estadísticamente significativa y el indicador queda en amarillo en la semaforización.

Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer: El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer para el año 2013 en el departamento fue de 2.9%, para Colombia fue de 3.7% no hay diferencia estadísticamente significativa. Con relación a la tendencia, este indicador disminuyó en el año 2005 y aumentó en el 2013.

Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años: En Risaralda la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años fue de 2 mientras que en Colombia fue de 3.4, con una diferencia relativa de 0.5 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto no hay diferencias estadísticamente significativas y este indicador en la semaforización queda en amarillo para el departamento.

Prevalencia de desnutrición crónica: Para el año 2010 en Risaralda la prevalencia de desnutrición crónica en el departamento fue de 10.4, mientras que para la nación fue de 13.2, con una diferencia relativa de 0.7 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1. Por lo tanto no hay diferencia estadísticamente significativa y este indicador también queda en amarillo en la semaforización.

Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años: Para el departamento fue de 15.1, para la nación de 16.5, sin que exista diferencia estadísticamente significativa.

Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años: Para Risaralda el indicador estuvo en 15.2, sin embargo para la nación fue un poco más bajo, 13.2, con una diferencia relativa de 1.1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, no hay diferencia estadísticamente significativa, el indicador de ubica en amarillo en la semaforización. La tendencia del 2010 comparada con el 2005 es hacia el aumento.

Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas menores de cinco años (6 meses 4 años): Para el departamento en el año 2010 este indicador fue de 22.9% mientras que para la nación fue de 27.5, sin embargo no se evidencian diferencias estadísticamente significativas y el indicador para el departamento queda en amarillo.

Tabla 49. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional Risaralda, 2005-2010

Disponibilidad de alimentos	Colombia	Risaralda		2005	2013
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1.8	2.1		-	-
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer (EE VV DANE 2013)	3.7	2.9		↘	↗
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3.4	2.0			
Prevalencia de desnutrición crónica (ENSIN 2010)	13.2	10.4			
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16.5	15.1		-	-

Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	13.8	15.2			
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27.5	22.9		-	-

Fuente: ENSIN 2010. EEVV DANE

Condiciones de trabajo

Incidencia de accidentalidad en el trabajo: En el departamento de Risaralda la tasa de incidencia de accidentalidad en el trabajo en el año 2013 de 1119 accidentes por 100.000 habitantes (tomando la población económicamente activa). Para Colombia la tasa fue de 45.050

Incidencia de enfermedades relacionadas con el trabajo: En Risaralda, este indicador se situó en 13 por 100.000 habitantes, mientras que para Colombia fue de 772 por 100.000.

Condiciones factores, psicológicos y culturales

Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente: De acuerdo a la encuesta ENSIN 2010, Risaralda este indicador para Risaralda fue de 65.8, mientras que para Colombia fue de 66.8, sin que haya diferencias estadísticamente significativas, por lo cual en la semaforización el indicador queda en amarillo para el departamento.

Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años: El departamento de Risaralda con 47.4% estuvo por encima de la nación que reportó 39.8%, con una diferencia relativa de 1.1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto las diferencias no son estadísticamente significativas y el indicador en la semaforización queda en amarillo para el departamento.

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años): En el departamento, este indicador con 84.3% estuvo por encima del reportado a nivel nacional el cual se situó en 79.1. Sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa, quedando este indicador en amarillo en la semaforización.

Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años: Según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares 2011, la prevalencia de consumo de marihuana en Risaralda fue de 9.6% y en Colombia de 5.2%. Este indicador también queda en amarillo para el departamento ya que no se encontró diferencia estadísticamente significativa tal y como se muestra en la tabla.

Porcentaje de menores de 18 meses hijos de madres VIH positivas, con diagnóstico de VIH: Con relación a este indicador se encontró que para el año 2014 en Risaralda fue de 5.2%, y en Colombia fue de 1.7, con una diferencia relativa de 6.2, ésta es estadísticamente significativa y el indicador para ese año en la semaforización quedó en rojo para el departamento.

Cobertura de tratamiento antirretroviral: La cobertura para el departamento fue de 97.9, mientras que para la nación, la cual fue de 99.6 sin que existan diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto el indicador para el departamento se sitúa en amarillo.

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año: Este indicador en Risaralda estuvo por encima del nivel nacional con 13.99, (Colombia 8.65), con una diferencia relativa de 1.6, sin que fuera estadísticamente significativa, por lo tanto el indicador para el departamento queda en amarillo en la semaforización.

Prevalencia de fumadores actuales: La prevalencia de fumadores para el año 2007 en el departamento fue de 17.3%, más alta que la de la nación que fue de 12.8%, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa y este indicador queda también en amarillo para el departamento.

Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar: Este indicador en el departamento se situó en 166.6 por 100.000 habitantes en el año 2014, más alto que el de la nación que estuvo en 159.3 por 100.000. En la semaforización este indicador queda en amarillo en el departamento ya que no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tasa de incidencia de violencia contra la mujer: En el 2014 la tasa de incidencia de violencia contra la mujer en Risaralda fue de 267.7, para Colombia fue de 185.54. Hay diferencias estadísticamente significativas del departamento con respecto a la nación, por lo tanto en la semaforización este indicador queda en rojo

Tabla 50. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales Risaralda 2014

Factores conductuales, psicológicos y culturales	Colombia	Risaralda	Diferencias relativas	
Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	66.8	65.8	0.9850	
Prevalencia de último mes de consumo de alcohol en escolares de 11 a 18 años (Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares – ENSPA 2011)	39.8	47.4	1.1894	

Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	79.1	84.3	1.0657	
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5.2	9.6	1.8404	
Porcentaje de menores de 18 meses, hijos de madres VIH positivas, con diagnóstico de VIH (Cuenta de alto costo MSPS 2010)	1.71	5.26	6.2830	
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2014)	99.9	97.9	0.9	
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8.65	13.99	1.61	
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12.8	17.3	1.3516	
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar * (Forensis 2014)	159.3	166.6	1.0456	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer* (Forensis 2014)	185.54	267.7	1.07	

Fuente: ENSIN 2010. Estudio nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares, 2011. Forensis 2014

Sistema sanitario

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia:

Para el departamento, este indicador se situó en 12.8%, mientras que para el país fue de 15.8%, con una diferencia relativa menor que 1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, así pues no hay diferencia estadísticamente significativa y el indicador quedaría en amarillo para el departamento.

Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: En Risaralda, el indicador fue de 5.7% un poco más bajo que el indicador nacional que estuvo en 6.3%, tampoco existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la nación y así este indicador en la semaforización queda también en amarillo.

Cobertura de afiliación al SGSSS: En el departamento de Risaralda, la cobertura de afiliación al SGSSS pasó de 90.5% en el año 2013 a 95.9% en el año 2015, lo cual representa un aumento del 6% en la cobertura.

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: En Risaralda la cobertura de vacunación con BCG para el año 2015 fue de 103% mayor que las de Colombia que estuvo en 89.7%, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto en la semaforización, el indicador queda en amarillo. Este indicador ha tenido tendencia al aumento.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: En Risaralda este indicador estuvo en el año 2015 en 93.3%, para Colombia en 91.4% con una diferencia relativa de 1.14. No hay diferencias estadísticamente significativas

Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: Este indicador para el año 2015 en el departamento quedó en 93.1%, para Colombia fue de 91.4%, con una diferencia relativa de 1 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, se sitúa en amarillo en la semaforización ya que la diferencia no es estadísticamente significativa en la semaforización. La tendencia ha sido al aumento en los últimos dos años.

Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: Para Risaralda la cobertura fue de 94.4% mientras que para Colombia de 94%, situándose el indicador en amarillo en la semaforización para el departamento

Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal: Para el departamento, el indicador en el año 2013 fue de 87.7%, más alto que el del nivel nacional el cual fue 86.5, la diferencia relativa fue de 1 y el intervalo de confianza atraviesa el 1 por lo tanto no hay diferencias estadísticamente significativas y el indicador se sitúa en amarillo en la semaforización. Este indicador ha tenido tendencia al aumento

Cobertura de parto institucional: La cobertura de parto institucional en el departamento en el año 2013 fue de 95.1.6%, más bajo que el de la nación que fue de 98.6%, no hay diferencias estadísticamente significativas y el indicador queda en amarillo en la semaforización. Este indicador ha disminuido desde el año 2011 en el departamento.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: Para el departamento este indicador en el año 2013 estuvo en 95.2% y para Colombia en 98.7%, sin diferencias estadísticamente significativas, Este indicador entre los años 2005 y 2010 estuvo por encima del 98% presentándose disminución en los años posteriores en el departamento.

Tabla 51. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario Risaralda 2014-2015

Sistema sanitario	Colombia	Risaralda	Diferencias relativas	2010	2015
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP- DANE 2005)	15.8	12.8	0.8101		No aplica
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6.3	5.7	0.9048		
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2015)	96.5	95.9	0.9718	↗	↘

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS 2015)	89.7	103.0	1.14		↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	91.4	93.3	1.02		↗	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	91.4	93.1	1.01		↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2015)	94.0	94.4	1.0		↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más consultas de control prenatal (MSPS 2013)	86.49	87.68	1,01		↗	↘
Cobertura de parto institucional (EEVV DANE 2013)	98.6	95.1	0.96		↘	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV DANE 2013)	98.7	95.2	0,96		↘	↘

Fuente: DANE.SISPRO

NBI

Al realizar la curva de concentración con el NBI y las barreras de acceso a los servicios de salud para el cuidado de la primera infancia, se encuentra que el 40% de la población más pobre experimenta aproximadamente el 50% de las barreras de acceso a servicios de salud de la primera infancia.

Figura 40 Índice de concentración del porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia según las NBI Risaralda.

Curva de concentración NBI barreras de acceso a servicios de salud primera infancia

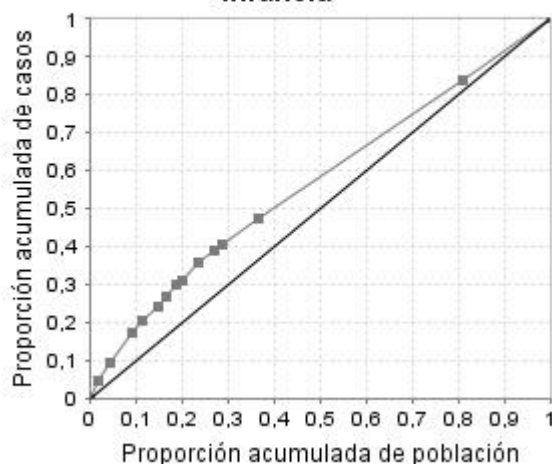


Tabla 52. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Risaralda, 2016

Servicios habilitados	Número absoluto
Cirugía cardiovascular	4
Cardiología	31
Cirugía de mano	4
Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	4
Cirugía de tórax	5
Cirugía dermatológica	5
Cirugía endovascular neurológica	
Cirugía gastrointestinal	4
Cirugía general	17
Cirugía ginecológica	18
Cirugía maxilofacial	9
Cirugía neurológica	7
Cirugía oftalmológica	11
Cirugía oncológica	5
Cirugía oral	10
Cirugía ortopédica	14

Cirugía otorrinolaringología	13
Cirugía pediátrica	8
Cirugía plástica oncológica	2
Cirugía plástica y estética	18
Cirugía urológica	15
Cirugía vascular y angiológica	10
Cuidado intermedio adultos	9
Diagnostico cardiovascular	26
Ecocardiografía	16
Electro-diagnóstico	17
Endoscopia digestiva	20
Fisioterapia	62
Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	52
Hemodinámica	4
Trasplante de tejido Osteomuscular	2
Laboratorio citologías cervico -uterinas	4
Laboratorio clínico	52
Laboratorio de histo tecnología	1
Laboratorio de patología	7
Medicina nuclear	4
Nefrología	10
Hemodiálisis	4
Neumología -	19
fibrobroncoscopia	2
Neumología laboratorio función pulmonar	8
Otras cirugías	0
Quimioterapia	6
Radiología e imágenes diagnosticas	31
Radioterapia	1
Servicio farmacéutico	79
Terapia respiratoria	23
Tamización cáncer de cuello uterino	102
Toma de muestras de laboratorio clínico	95
Toma e interpretación de radiografías odontológicas	88
Trasplante tejidos oculares	2
Trasplante de tejido osteomuscular	2
Ultrasonido	57
Urología - litotripsia urológica	3
Vacunación	62

Fuente: Indicadores_REPS_ServyCapacidadInstalada_2016 fecha de consulta mayo 23

Otros indicadores del sistema sanitario

Número de IPS públicas: Para el año 2016 Risaralda contaba con 20 IPS públicas

Número de IPS privadas: Según datos del año 2016 son 209 IPS privadas las que existen en el departamento.

Número de camas: El sistema sanitario del departamento cuenta con 1580 camas, el 84% en la capital Pereira, el 5% en Dosquebradas, y el 2.2% en La Virginia, El municipio la menor cantidad de camas es Balboa con 68 lo cual representa el 0.36% del total.

Número de camas de cuidado intensivo: Son en total 127 camas de cuidado intensivo con las que cuenta el sistema sanitario del departamento, 93 corresponden a cuidado intensivo adulto, 24 a cuidado intensivo neonatal y 10 a cuidado intensivo pediátrico.

Número de camas de cuidado intermedio: En cuanto a las camas de cuidado intermedio, el departamento cuenta con 115, de las cuales 76 son de cuidado intermedio del adulto, 27 corresponden a cuidado intermedio neonatal y 12 a cuidado intermedio pediátrico.

Número de ambulancias: Son 101 el número de ambulancias con las que cuenta el sistema sanitario del departamento, de las cuales 87 son básicas y 14 medicalizadas.

Tabla 53. Otros indicadores de sistema sanitario Risaralda, 2016

Otros indicadores	Número absoluto
Número de IPS públicas	20
Número de IPS privadas	209
Número de camas	1580
Número de camas de adulto	955
Número de camas de cuidado intensivo	127
Número de camas de cuidado intermedio	115
Número de camas de cuidado intensivo adulto	93
Número de camas de cuidado intensivo neonatal	24
Número de camas de cuidado intensivo pediátrico	10
Número de camas de cuidado intermedio Adulto	76
Número de camas Psiquiatría	125
Número de camas de cuidado intermedio Neonatal	27
Número de camas de cuidado intermedio pediátrico	12
Número de ambulancias	101
Número de ambulancias básicas	87
Número de ambulancias medicalizadas	14

Fuente: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/capacidadesinstaladas>

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

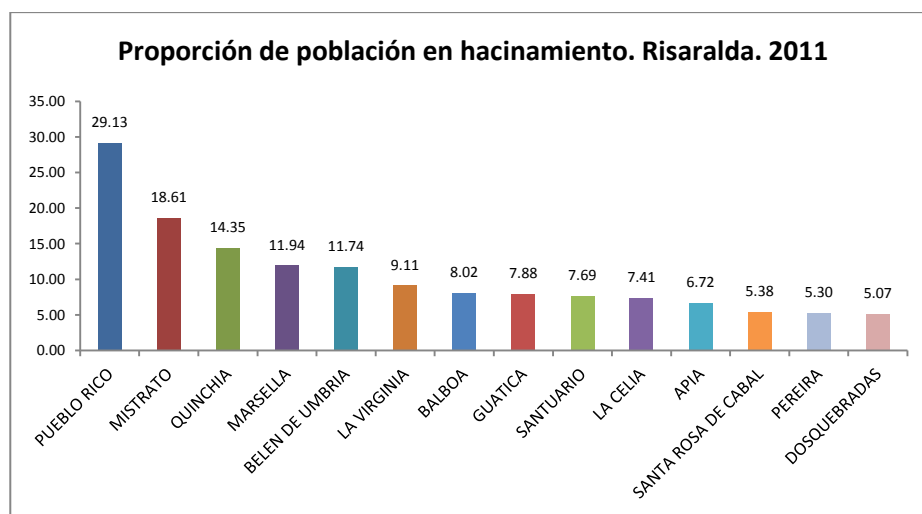
El análisis identificara como determinante estructural: el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación se presenta en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del departamento, distrito y municipio.

Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas: Con corte a Junio de 2012 la proporción de la población con necesidades básicas insatisfechas en Risaralda era de 17%. Las diferencias son marcadas entre la cabecera municipal y el resto, para la primera, la proporción fue de 13.06% y para la segunda de 36.06%.

Proporción de población en miseria: Con corte a diciembre de 2011, la proporción de personas en miseria en el departamento de Risaralda era de 3.94.

Línea de indigencia: Para el año 2012 la línea de indigencia para Risaralda estaba en 89.512 pesos.

Proporción de población en hacinamiento: A Diciembre de 31 de 2011 la proporción de personas en hacinamiento en el departamento fue de 6.79%. El municipio con el mayor porcentaje de hacinamiento es Pueblo Rico, con 29.1% seguido por Mistrató con 18.6% y Quinchía con 14.3%. los municipios con el menor porcentaje son Dosquebradas con 5%, Pereira con 5.3% y Santa Rosa con 5.39%.



Coefficiente de Gini para ingresos: Este indicador para el departamento en el año 2012 fue de 0.49.

Índice de Pobreza Multidimensional: La incidencia departamental total fue de 41.2%, en zona urbana fue de 33.2% y en zona rural de 68.3%.

Tabla 54. Otros indicadores de ingreso, Risaralda 2008-2012

Indicadores de ingreso	2008	2009	2010	2011	2012
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas				17	
Proporción de población bajo la línea de pobreza					
Proporción de población en miseria				3.94	
Proporción de población en hacinamiento				6.79	
Línea de indigencia*				89.512	
Coefficiente de Gini para ingresos*				0.49	

Fuente: NBI_desagregadas_cab_resto_mpio_nal_30jun11. Índice de pobreza Multidimensional 2005 DANE

Cobertura Bruta de educación

Las coberturas de educación para primaria y educación secundaria, tanto para Colombia como para Risaralda han estado por encima del 100%, en ambos indicadores el departamento queda en amarillo en la semaforización, al no existir diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la educación media, la cobertura para el departamento fue de 85.1% mientras que para la nación fue de 78.2, sin embargo tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se nota además analizando la tendencia, que la cobertura ha disminuido en los años 2012 y 2013 comparado con los otros años.

Tabla 55. Tasa de cobertura bruta de educación Risaralda, 2005 – 2013

Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Risaralda	Comportamiento										
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria	110.2	112.7	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘

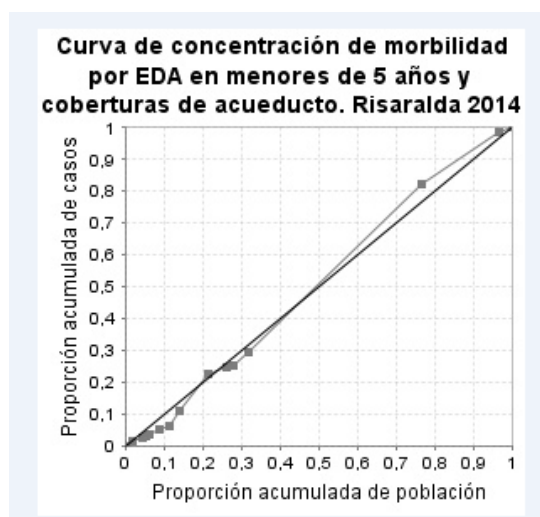
(MEN 2014)														
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2014)	102.3	113.3		-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2014)	78.2	85.1		-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↘

Fuente: MEN-SIMAT

Cobertura de Acueducto

Se realiza curva de concentración tomando como variable socioeconómica la cobertura de acueducto y como variable de salud la morbilidad por EDA en menores de 5 años, encontrando que el 30% de la población menor de 5 años de los municipios con coberturas bajas de acueducto experimenta el 30% de la morbilidad por EDA.

Figura. 41 Análisis de desigualdad mediante el Índice de Concentración en Salud, relación entre cobertura de acueducto año 2014 y tasa de morbilidad por EDA en menores de 5 años año 2014. Risaralda



Fuente: SIVIGILA. DANE

Ocupación

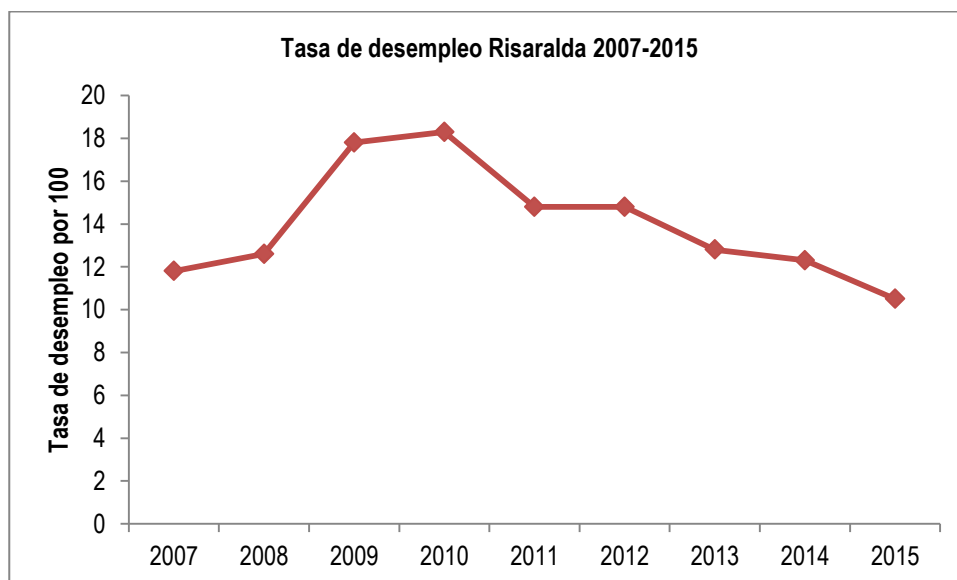
Tasa de desempleo

Para el año 2015 según el DANE, la tasa de desempleo fue de 10.5, mientras que para Colombia fue de 8.9.

El departamento ocupó el 5 lugar en desempleo, por debajo de los departamentos de Chocó, Valle, Norte de Santander y Quindío.

Como se muestra en la figura, en los años 2009 y 2010 se presentaron las tasas de desempleo más altas con 17.8% y 18.3% respectivamente. Posteriormente el indicador ha venido disminuyendo hasta llegar a 10.5 en el año 2015.

Figura 42. Tasa de desempleo Risaralda



Fuente: DANE- Boletín Técnico. Mercado Laboral por departamentos.

Porcentaje de hogares con empleo informal

De acuerdo a información del DNP-SPSCV, el porcentaje de hogares con empleo informal fue de 84.8%, un poco más bajo que la del país que fue de 86.8%

CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

3.2. Priorización de los problemas de salud

Tabla 56. Priorización de los problemas de salud de Risaralda

Dimensiones	Problemas
Salud ambiental	<p>Bajas coberturas de acueducto que afectan principalmente la zona rural lo cual aumenta el riesgo de enfermedades como hepatitis A y en general la morbilidad por EDA.</p> <p>Aumento en los casos de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia que en los últimos años se ha convertido en el evento de mayor notificación lo cual va de la mano con el aumento en la población de perros callejeros.</p> <p>Proliferación de sitios de comercialización de alimentos tanto fábricas como expendios, sin registro INVIMA, lo cual aumenta el riesgo de ETAS en la comunidad.</p> <p>Discontinuidad en las intervenciones en comunidades cerradas y grupos étnicos como cárceles y resguardos indígenas en donde se realizan intervenciones en caso de brotes pero no se da continuidad al proceso.</p>
	<p>A nivel rural el uso de cocinas con humo (leña, petróleo o gasolina) y viviendas con pobre ventilación y/o alta humedad sigue siendo atribuidas por parte del personal médico como causas de las complicaciones de los pacientes de bajos recursos que sufren de enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma, bronquitis crónica).</p>
Vida saludable y condiciones no transmisibles	<p>El Departamento de Risaralda tiene dentro de las 10 primeras causas de morbilidad la Hipertensión arterial, seguido por caries de la dentina y en la novena causa más frecuente está enfermedad pulmonar obstructiva crónica y adicionalmente se empiezan a reportar la obesidad y el sobrepeso como problemas de salud pública. Aumento de la mortalidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio, que de acuerdo al ASIS son más frecuentes en la población masculina.</p> <p>Aumento de la mortalidad por Cáncer de mama la cual ha venido en aumento en los últimos años.</p> <p>Aumento de la mortalidad por Cáncer de próstata cuya tasa ha venido en aumento en los últimos años</p> <p>Elevada prevalencia de Diabetes mellitus en el departamento que a su vez aumenta el riesgo cardiovascular</p>

Convivencia social y salud mental	Aumento de los intentos suicidas por sustancias químicas, especialmente por plaguicidas
	Elevada incidencia de la Violencia Intrafamiliar, sexual y contra la mujer, evento que desde que se comenzó a notificar ha venido en aumento hasta ser el tercer evento de mayor notificación a nivel departamental.
	Aumento en el número de suicidios
	Presencia de trastornos mentales, del comportamiento y morbilidad por consumo de sustancias psicoactivas en todos los grupos de edad, sexo y sin diferencia de lugar de residencia.
Seguridad alimentaria y nutricional	–Enfermedades Transmitidas por Alimentos ETAS, este evento se considera de gran importancia debido a que puede presentar un alto impacto por el número de personas que pueden resultar afectadas, la gravedad también puede ser alta si se presentan casos complicados que pueden generar muertes.
	Desnutrición (Crónica T/E, aguda P/T, global P/E) – Asociada al aumento de la mortalidad infantil.
	Malnutrición (Sobre peso – Obesidad) – Asociada a hábitos alimenticios, disminución de actividad física y el incremento del sedentarismo.
	Bajo Peso al Nacer - Estado nutricional de mujeres Gestantes -
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Elevada incidencia de sífilis gestacional y congénita muy lejos de las metas de la OPS
	En el Departamento el 20% de mujeres entre 15 y 19 años esta o ha estado en embarazo y el porcentaje de embarazos en menores de 14 es de 1.02% para todo el Departamento, siendo más afectada la mujer indígena y de la zona rural lo que es consuetudinario en la población por motivos de índole cultural, lo que unido a una baja oferta de servicios para adolescentes y jóvenes en la red hospitalaria, a pesar de estar incluidos en el POS está generando impacto en la salud asociada a gestaciones de alto riesgo, ausentismo escolar y situaciones de maltrato.
	Baja calidad en los controles prenatales evidenciado en las unidades de análisis realizadas de mortalidad perinatal, sífilis congénita y mortalidad materna.
	Aumento en la incidencia de VIH en el departamento la cual va en aumento, con población cada vez más joven
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Elevada mortalidad por IRA y EDA en menores de 5 años en la población principalmente en el municipio de Pueblo Rico y que va muchas veces ligada a la demora tipo I y II por no consultar a tiempo al servicio de Salud.
	Presencia de morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores que afectan a todos los grupos etáreos, concentrándose el mayor número de casos de Dengue en los municipios de Pereira, Dosquebradas, La Virginia.
	Incremento en la notificación de Tuberculosis con aparición de casos de TB farmacorresistente consecuencia de abandonos de tratamientos especialmente en habitantes de calle
	El sistema de información PAIWEB ofrece dificultades en la calidad de la información que se ingresa, el equipamiento de la cadena de frío es insuficiente y con fallas en la continuidad del mantenimiento preventivo como mínimo dos veces al año y la calificación del desempeño territorial se realiza con el denominador del Censo DANE

	2005 que no es congruente con los resultados sobre los nacidos vivos, Bajas coberturas de vacunación en algunos municipios que aumenta el riesgo de enfermedades totalmente prevenibles en la población infantil.
Salud pública en emergencias y desastres	<p>Falta de adherencia del personal de salud a los protocolos de bioseguridad, de vigilancia epidemiológica y desconocimiento de los preparativos sanitarios para el enfrentamiento de las emergencias, desastres, brotes y epidemias.</p> <p>Poca capacidad de respuesta en las direcciones locales de salud para atender estos eventos.</p> <p>Insuficiente capacidad de autoabastecimiento de hemocomponentes, lo que trae como consecuencia una desmejora en la percepción de seguridad de la población con afectación de la imagen pública de las instituciones involucradas por falta de resultados. .Pocos recursos económicos para los municipios</p> <p>Desconocimiento de las autoridades en los protocolos de derrames de sustancias</p> <p>El recurso humano es insuficiente.</p>
Salud y ámbito laboral	<p>El trabajo infantil va en aumento poniendo en riesgo la vida de niños y adolescentes y privándolos de la oportunidad de estudiar.</p> <p>Débil gestión integral y articulada de los actores estatales -Salud y Trabajo- en materia de información sobre deberes y derechos de la población trabajadora así como en la inspección y vigilancia de los diferentes actores del sistema por carencia de información epidemiológica, recursos financieros, técnicos y humanos. Alta incidencia de empleos informales</p> <p>Falta de vinculación de la población trabajadora al sistema de seguridad social, lo cual va en contra de los derechos de los trabajadores.</p> <p>Aumento en el riesgo laboral con incremento en los costos en salud por accidente y enfermedad laboral con reducción de la calidad de vida de los empleados y la población trabajadora informal .</p>
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	<p>Se carece de una política formal que permita el abordaje integral y transectorial de la problemática de los niños, niñas y adolescentes teniendo en cuenta las diferencias étnicas, urbano rurales u otras condiciones de vulnerabilidad por lo que las intervenciones actuales orientadas a la reducción del maltrato, la explotación infantil, suicidio e intentos suicidas en adolescentes, consumos de sustancias psicoactivas no son suficientes.</p> <p>Desconocimiento de la población indígena de sus derechos en salud que se traduce en una mínima consulta a los centros de salud para los programas de promoción y prevención.</p> <p>El Departamento no cuenta con estrategias intersectoriales e integrales que permitan el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de las personas mayores, especialmente aquellas que se encuentran en estado de abandono o indigencia, siendo muy débil la capacidad institucional para la promoción de estilos de vida saludable para la vejez y envejecimiento, y pobremente articuladas a las acciones nacionales de subsidio económico del adulto mayor</p> <p>A nivel departamental no se cuentan con las condiciones para garantizar el acceso a mejores condiciones de vida y salud para la población víctima ya que se carece de un sistema de información en salud que permita su</p>

	caracterización y un proceso sostenido de implementación, control, evaluación y ajuste del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas
Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	<p>No existe adecuada articulación en IVC (INVIMA-ministerio)</p> <p>Deficiencia en el cumplimiento de las competencias del Departamento en Salud, principalmente en el seguimiento al régimen subsidiado, contributivo y vigilancia sanitaria por carencia de una Política de Talento Humano del Ente Territorial que permita superar la excesiva carga laboral, la rotación del recurso humano y la pérdida del personal auxiliar, técnico y profesional capacitado y con experiencia, lo que se presenta desde el año 2000 para el nivel departamental, desde la creación misma de las Direcciones Locales de Salud y desde el 2001 a las ESE que fueron sometidas a procesos de reestructuración con flexibilización de la planta.</p> <p>Carencia de ASIS para poblaciones diferenciales y debilidad municipal y departamental para actualización del ASIS general, así como para la gestión eficaz del Plan Territorial de Salud Pública. Dificultades en el trabajo inter y transdisciplinario</p> <p>Lento logro de la cobertura universal en el aseguramiento, mortalidad y morbilidad evitable, insatisfacción con los servicios de salud y pérdida de credibilidad en la autoridad sanitaria con detrimento en la calidad de vida de la población. Deficiencias en competencias del recurso humano para ejercer la función regulatoria.</p>

3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS

Mediante el programa EPIDAT 3.1 y teniendo en cuenta indicadores representativos de cada una de las dimensiones se estimó el Índice de necesidades en Salud del departamento. Los indicadores que se tuvieron en cuenta para el cálculo fueron: Necesidades básicas insatisfechas, bajo peso al nacer a término, tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, cobertura de parto institucional, tasa de mortalidad por IRA, tasa de mortalidad por EDA, mortalidad neonatal, cobertura de parto institucional, cobertura de acueducto, porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, encontrando que es el municipio de Pueblo Rico el que mayores necesidades en salud tiene seguido por Mistrató, Santuario y La Celia todos estos ubicados en el primer cuartil. En el segundo cuartil aparecen los municipios de Marsella; Balboa y Santa Rosa. Los municipios de Quinchía; Apía, y Belén de Umbría en su orden se encuentran en el tercer cuartil y en el último grupo y con menores necesidades en salud están los municipios de Guática, La Virginia, Pereira y Dosquebradas.

Tabla 57. Índice de Necesidades en Salud Risaralda, 2013

Pueblo Rico	-16.3
Mistrató	-7
Santuario	-3.9
La Celia	-0.8
Marsella	-0.1
Balboa	-0.1
Santa Rosa	0.9
Quinchía	2.1
Apía	2.3
Belén de Umbría	2.5
Guática	3.2
La Virginia	3.8
Pereira	6.4
Dosquebradas	6.7

Fuente: DANE, SISPRO. SIVIGILA