

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 2017

PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	8
METODOLOGÍA	9
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	10
SIGLAS	11
CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	12
1.1 Contexto territorial.....	12
1.1.1 Localización	12
1.1.2 Características físicas del territorio	14
1.1.3 Accesibilidad geográfica	17
1.2 Contexto demográfico	19
1.2.1 Estructura demográfica.....	25
1.2.2 Dinámica demográfica	30
CAPÍTULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	35
2.1 Análisis de la mortalidad.....	35
2.1.1 Mortalidad general por grandes causas.....	35
2.1.2 Mortalidad específica por subgrupo.....	45
2.1.3 Mortalidad materno – infantil y en la niñez	61
2.1.4 Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez	88
2.1.5 Identificación de prioridades identificadas por mortalidad general, específica y materno -infantil....	100
2.2 Análisis de la morbilidad	105
2.2.1 Principales causas de morbilidad.....	105
2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo.....	112
2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo	116
2.2.4. Morbilidad de eventos precursores	118
2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria.....	119
2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2015	125
2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad	126

2.2.8 Análisis de los Determinantes Sociales de la Salud –DSS	129
2.2.8.1. Análisis de los determinantes intermedios de la salud.....	129
2.2.8.2. Análisis de los determinantes estructurales de las inequidades en salud	137
CAPÍTULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....	142
3.1. Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente	142
3.2. Priorización de los problemas de salud	142
3.3. Estimación del Índice de Necesidades en Salud – INS	147

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 .Distribución de los municipios por extensión territorial y área de residencia, Risaralda	13
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en Risaralda. 2013	17
Tabla 3 . Población por área de residencia Risaralda 2016	21
Tabla 4 .Proporción de la población por grupo etario, Risaralda 2005 ,2016 y 2020.	27
Tabla 5 . Otros indicadores de estructura demográfica en Risaralda, 2005, 2016, 2020.	30
Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población Risaralda, 2015-2020	32
Tabla 7. Distribución de personas víctimas de desplazamiento por edad quinquenal y sexo. Risaralda 2015 .33	
Tabla 8. Semaforización y Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas Risaralda, 2005-2014.....	61
Tabla 9.Tasas específicas de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos. Risaralda 2005-2014	62
Tabla 10.Tasas específicas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, en los niños Risaralda, 2005 – 2014.....	63
Tabla 11.Tasas específicas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, en las niñas Risaralda, 2005 – 2014.....	64
Tabla 12.Tasas específicas de mortalidad en la niñez, por 100.000 menores de 1 a 4 años. Risaralda, 2005 – 2014.....	65
Tabla 13.Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 1 a 4 años, en los niños Risaralda, 2005 – 2014.....	66
Tabla 14.Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 1 a 4 años, en las niñas Risaralda, 2005 – 2014.....	67
Tabla15.Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, 2005 – 2014.....	68
Tabla16 .Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, en los niños 2005 – 2014.....	70
Tabla17 .Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, en las niñas 2005 – 2014.....	71
Tabla 18. Número de muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Risaralda, Risaralda, 2005 – 2014.....	72
Tabla 19. Número de muertes por tumores, Risaralda, 2005 – 2014	75
Tabla 20. 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 – 2014.....	76
Tabla 21. Número de muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Risaralda, 2005 – 2014.....	77
Tabla 22 Número de muertes por enfermedades del sistema nervioso Risaralda, 2005 – 2014	78
Tabla 23. Número de muertes por enfermedades del sistema respiratorio, Risaralda, 2005 – 2014	79
Tabla 24. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Risaralda, 2005 – 2014.....	81
Tabla 25. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Risaralda, 2005 – 2014.....	84
Tabla 26. Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Risaralda, 2005 – 2014	86

Tabla 27. Número de muertes causas externas de morbilidad y mortalidad, Risaralda, 2005 – 2014	87
Tabla 28. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Risaralda, 2005- 2014	89
Tabla 29. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Risaralda, 2009 – 2014	98
Tabla 30. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia Risaralda, 2009 – 2014	99
Tabla 31. Identificación de prioridades en salud Risaralda, 2014	100
Tabla 32. Principales causas de morbilidad, Risaralda 2009 – 2015	107
Tabla 33. Principales causas de morbilidad en hombres, Risaralda 2009 – 2015	109
Tabla 34. Principales causas de morbilidad en mujeres, Risaralda 2009 – 2015	111
Tabla 35. Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Risaralda, 2009 – 2015	112
Tabla 36. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Risaralda 2009 – 2015	113
Tabla 37. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Risaralda 2009 – 2015	115
Tabla 38. Morbilidad específica por las lesiones Risaralda 2009 – 2015	116
Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Risaralda, 2010-2014	117
Tabla 40. Eventos precursores Risaralda, 2009 -2013	119
Tabla 41. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria Risaralda, 2007-2014	121
Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad. Risaralda 2015	125
Tabla 43. Prioridades identificadas, eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria Risaralda	127
Tabla 44. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida Risaralda, 2014	129
Tabla 45. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional Risaralda, 2005-2014	131
Tabla 46. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales Risaralda 2015	132
Tabla 47. Determinantes intermedios de la salud - Sistema sanitario Risaralda 2014-2015	134
Tabla 48. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Risaralda, 2016	135
Tabla 49. Otros indicadores de sistema sanitario Risaralda, 2016	137
Tabla 50. Otros indicadores de ingreso, Risaralda 2008-2012	138
Tabla 51. Tasa de cobertura bruta de educación Risaralda, 2005 – 2015	139
Tabla 52. Priorización de los problemas de salud de Risaralda	142
Tabla 53. Índice de Necesidades en Salud Risaralda, 2014	147

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide poblacional Risaralda, 2005, 2016, 2020	26
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupos etarios Risaralda 2005, 2016 y 2020	28
Figura 3. Población por sexo y grupo de edad Risaralda, 2016	28
Figura 4. Comparación entre la Tasa de Crecimiento natural y las Tasas Brutas de Natalidad, Mortalidad y de Migrantes Risaralda, 1985 al 2020	31

Figura 5.Comparación entre las Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad del departamento por municipios Risaralda 2014.....	31
Figura 6. Esperanza de vida al nacer, por sexo, Risaralda, 1985 – 2020.....	33
Figura 7.Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005 – 2014	36
Figura 8.Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	37
Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Risaralda, 2005 – 2014	38
Figura 10.Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Risaralda, 2005 – 2014.....	40
Figura 11.Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	41
Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	41
Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general Risaralda, 2005 – 2014	42
Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en hombres Risaralda, 2005 – 2014	44
Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en mujeres Risaralda, 2005 – 2014	44
Figura 16.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Risaralda, 2005 – 2014.....	46
Figura 17.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	48
Figura 18.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	49
Figura 19.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	51
Figura 20.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	52
Figura 21.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	53
Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	54
Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	55
Figura 24.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	56
Figura 25.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres Risaralda, 2005 – 2014.....	57
Figura 26.Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres Risaralda, 2005 – 2014.....	58
Figura 27.Razón de mortalidad materna, Risaralda, 2005 -2014	89
Figura 28.Tasa de mortalidad neonatal, Risaralda, 2005- 2014	90
Figura 29.Tasa de mortalidad infantil, Risaralda, 2005- 2014	91
Figura 30.Tasa de mortalidad en la niñez, Risaralda, 2005- 2014	92
Figura 31. Tasa de mortalidad por EDA, Risaralda, 2005- 2014	93
Figura 32.Tasa de mortalidad por IRA, Risaralda, 2005- 2014.....	94

Figura 33. Tasa de mortalidad por desnutrición, Risaralda, 2005- 2014	95
Figura 34. Tasa de mortalidad infantil por NBI en el departamento, 2013.....	96
Figura 35. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI Risaralda, 2014.....	97
Figura 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica Risaralda, 2010-2012	118
Figura 37. Letalidad por Tuberculosis pulmonar, Risaralda, 2007 -2014.....	123
Figura 38. Letalidad por dengue grave, Risaralda, 2007 -2014	124
Figura 39. Letalidad leptospirosis, Risaralda, 2007 -2014	124
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.....	135
Figura. 41 Análisis de desigualdad mediante el Índice de Concentración en Salud, relación entre cobertura de acueducto y tasa de morbilidad por EDA en menores de 5 años. Risaralda	140
Figura 42. Tasa de desempleo Risaralda	140

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. División política administrativa y límites, Risaralda 2013	14
Mapa 2. Relieve, hidrografía, zonas de riesgo, Risaralda,	16
Mapa 3. Vías de comunicación Risaralda, 2013	18
Mapa 4. Densidad poblacional por kilómetro cuadrado Risaralda	20
Mapa 5. Población por área de residencia Risaralda	22
Mapa 6. Población pertenencia étnica del departamento 2012	25

PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) es una herramienta indispensable para la planeación en Salud, pues es en este documento donde se plasman las principales causas no sólo de mortalidad sino también de morbilidad de un territorio, así como también se analizan desigualdades en salud permitiendo priorizar las necesidades por parte de los tomadores de decisiones.

Es así como desde el año 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social inició en todo el territorio nacional la asesoría y asistencia técnica en la construcción del ASIS con el modelo de los determinantes sociales en salud, por lo cual tanto los departamentos como los municipios cuentan con su propio ASIS.

Este documento consta de tres partes, 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. Para el análisis de Mortalidad se actualizó la información hasta el año 2014 y para morbilidad hasta el año 2015, de acuerdo a los datos disponibles en el Sistema de Información de la Protección social (SISPRO).

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 2014 mientras que el de morbilidad va desde el año 2009 al 2015. 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 epidemiológica 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 las tasas de mortalidad por cáncer de mama y próstata entre 2013 y 2014. 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, la cual se ha ido ajustando a medida que se actualiza el documento cada año.

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 2014, 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, tasas 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 las herramientas provistas por el Ministerio.

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 2015; 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 2014; 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 utilizaron las herramientas provistas por el Ministerio.

Para el análisis de las desigualdades en salud y sociales en salud, se estimaron 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 3.586 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 seis 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. (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	0.278Km2	0.12	213.7 Km2	99.8	214 Km2	100
Balboa	0.25 Km2	0.20	119.7 Km2	99.7	120 Km2	100
Belén de Umbría	1.28 km2	0.7	181.14 Km2	99.3	182.4 Km2	100
Dosquebradas	14.1 km2	19.9	56.7 Km2	80.1	70.8 Km2	100
Guática	0.64 km2	0.63	100.03 Km2	99.7	100.6Km2	100
La Celia	0.68 km2	0.66	101.32 Km2	99.3	102Km2	100
La Virginia	30 km2	90.9	3 Km2	9	33Km2	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

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.

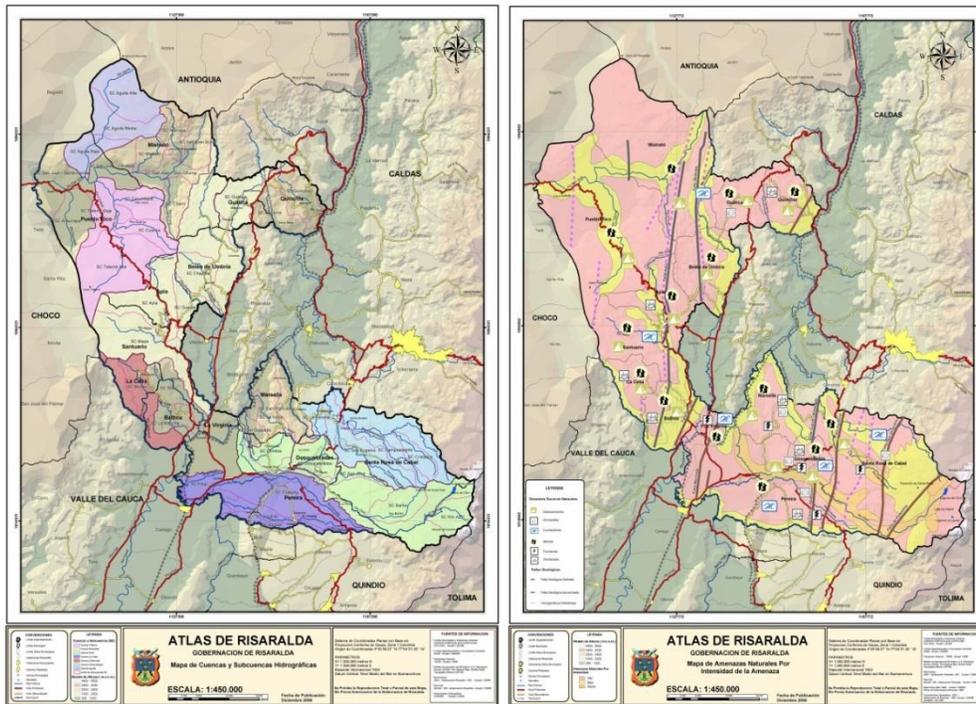
Zona Rural

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 alternativo 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.

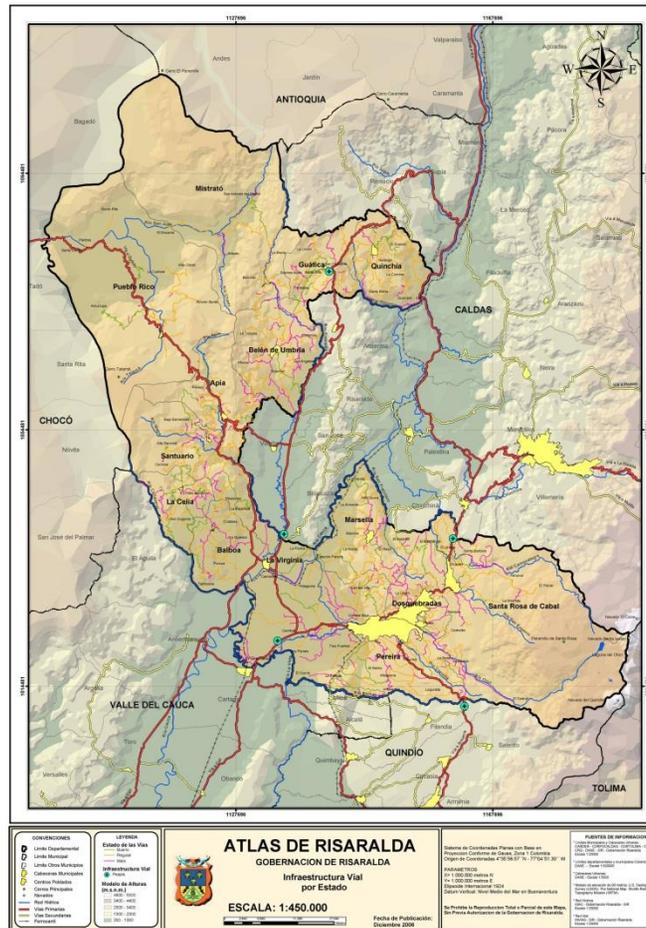
El municipio más cercano a Pereira es Dosquebradas, el cual se encuentra a 5 Km de distancia seguido por Santa Rosa que está a 14 Km y Marsella y La Virginia ambos a 30 Km de Pereira.

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
Risaralda			
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

Mapa 3. Vías de comunicación Risaralda, 2013



1.2 Contexto demográfico

Población total

Para el año 2017 el total de la población en el departamento de Risaralda según proyecciones del DANE es de 962.529 habitantes, de los cuales el 48.7% (468.482) son hombres y el 51.3% (494.047) son mujeres. La proporción de hombres comparada con la de mujeres se ha mantenido estable en los últimos años.

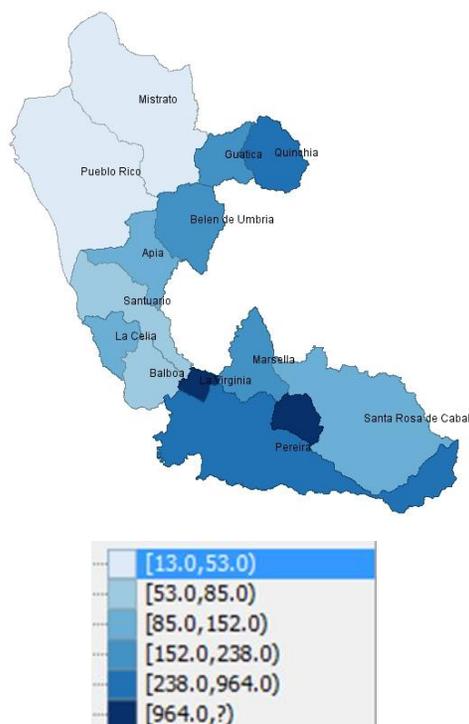
Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

La densidad poblacional del departamento es de 207.6 habitantes por Km²

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

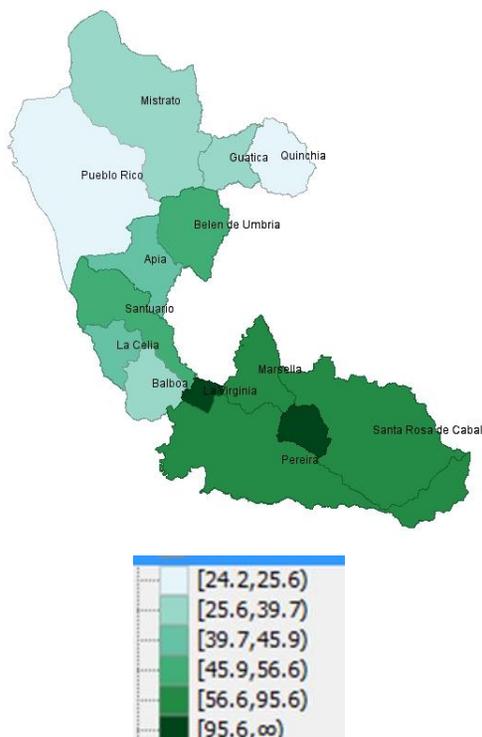
De acuerdo a las proyecciones del DANE, los municipios con mayor porcentaje de habitantes en zona urbana son en su orden La Virginia con 98.3%, seguido por Dosquebradas con 95.8% y Pereira con 84.5%. En cuanto a la zona rural, los municipios con mayor porcentaje de habitantes son Quinchía con 75.7%, seguido por Pueblo Rico con 74.7%, Guática con 74% y Mistrató con 73.7%. Municipios como Santuario y Belén de Umbría tienen proporciones muy parecidas tanto en zona urbana como rural, predominando ésta última levemente. En el mapa se muestran en color verde oscuro los municipios más urbanos y los más claros corresponden a los más rurales.

Tabla 3 . Población por área de residencia Risaralda 2017

Municipio	Población cabecera municipal		Población resto		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Apía	8.433	44%	10.838	56%	19,271	44%
Balboa	1.852	29%	4.476	71%	6,328	29%
Belén de Umbría	13.174	48%	14.553	52%	27,727	48%
Dosquebradas	194.374	96%	8.421	4%	202,795	96%
Guática	3.979	26%	11.238	74%	15,217	26%
La Celia	3.441	40%	5.127	60%	8,568	40%
La Virginia	31.662	98%	530	2%	32,192	98%
Marsella	13.726	58%	9.981	42%	23,707	58%
Mistrató	4.324	26%	12.130	74%	16,454	26%
Pereira	401,249	85%	73,086	15%	474,335	85%
Pueblo Rico	3.468	25%	10,054	75%	13,630	25%
Quinchía	8.270	24%	25,584	76%	33,885	24%
Santa Rosa de Cabal	60.918	84%	11,876	16%	72,634	84%
Santuario	7.334	46%	8,453	54%	15,786	46%

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 31.662 habitantes, le sigue Dosquebradas con el 96% que corresponde a 194.374 habitantes y Pereira con el 85% que corresponde a 401.249 habitantes.

Número de viviendas

De acuerdo con las proyecciones censales del DANE, para el año 2016 Risaralda cuenta con 296.737 viviendas. 238.764 se encuentran en el área urbana y 57.973 en el área rural.

Número de hogares

Risaralda cuenta para el año 2017 con un total de 293.606 hogares, de los cuales 240.017 se encuentran en el área urbana y 53.589 en el área rural.

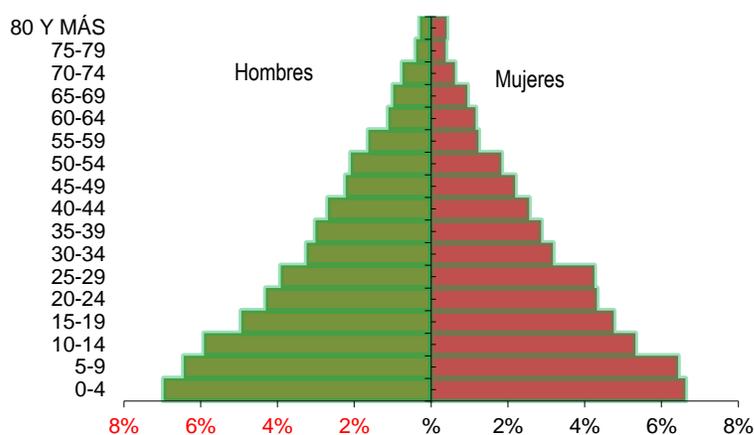
Población por pertenencia étnica

Población por pertenencia étnica del departamento, 2008

Pertenencia étnica	Total por pertenencia étnica	Porcentaje de la población pertenencia étnica
Indígena	26.328	2.88%
Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o Afrodescendiente	46.348	5.07%
Ninguno de las anteriores	841.494	92.05%

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



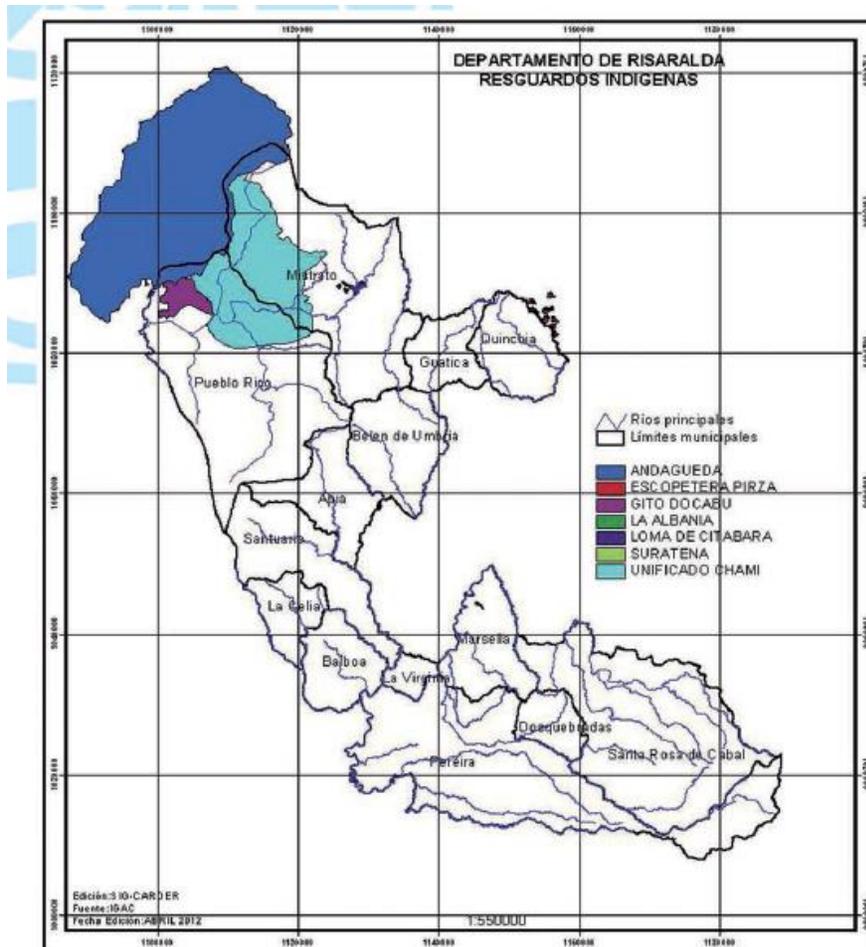
Fuente: Plan de vida del pueblo Embera Risaralda. Concejo Nacional Indígena de Risaralda 2012

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

En la figura 1, se aprecia la pirámide poblacional del departamento de Risaralda donde se compara la población en los años 2005, 2017 y 2020. La línea roja representa el año 2005, es una pirámide progresiva, es decir, de base ancha y cúspide estrecha donde predomina la población joven, Las líneas grises y azules representan los años 2017 y 2020 respectivamente; se observa una disminución considerable de la población menor de 24 años y asimismo un aumento considerable de la población a partir de los 50 años, más evidente en las mujeres a partir de los 55 años. Estos cambios en la pirámide reflejan claramente la disminución de la fecundidad, la natalidad y el aumento en la esperanza de vida de la población, lo que hace que la población risaraldense sea cada vez más una población envejecida.

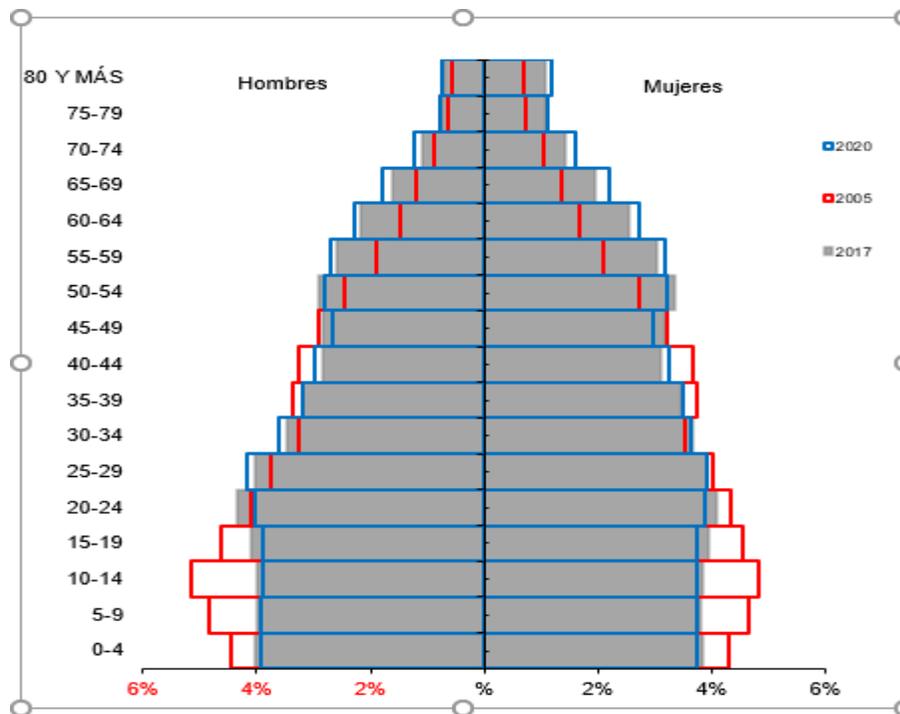
La pirámide poblacional del departamento de Risaralda refleja los cambios tanto en la fecundidad como en la natalidad. Es así como en el año 2005 la población entre 0 y 19 años representaba una gran proporción de ésta y por ello la base de la pirámide es ancha, a medida que la población envejece la pirámide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

Para el año 2017 se nota una reducción significativa de la población entre los 0 y 19 años tanto para hombres como para mujeres, así como también un aumento en la población entre los 20 y los 24 años más evidente en los hombres. Entre los 30 y 39 años no se observan diferencias notables en ambos sexos para el 2017.

Asimismo, en el grupo de edad de 40 a 44 años se aprecia una reducción la población para el año 2017, y se espera que aumente en el año 2020, pero sin alcanzar la proporción del año 2005.

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, 2017, 2020



Fuente: DANE

Población por grupo de edad

En la tabla 5 se observa el cambio porcentual de la población por ciclos vitales, en los menores de 0 a 5 años se observa un descenso paulatino de la población en donde en el año 2005 representaba el 10.6% mientras que para el 2017 representa el 9.4% y se espera que para el 2020 la proporción de la población en este grupo de edad disminuya a 9.2%, este comportamiento es similar en los ciclos vitales de 6 a 11 años y de 12 a 18

años En el ciclo vital de 19 a 26 años para el año 2005 este grupo de edad representaba el 13.4% de la población, y se espera que para el año 2020 represente el 12.7%. En los ciclos vitales de 27 a 59 años y mayor de 60 años, se evidencia un aumento paulatino en la proporción de esta la población de acuerdo a las proyecciones del DANE para los años analizados. En mayores de 60 años se pasa de una proporción de 10.2% en el año 2005 a 15.7 en el año 2020.

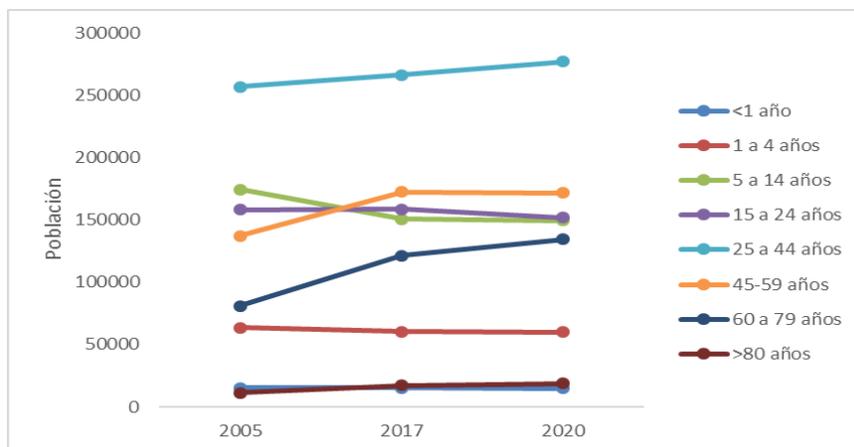
Tabla 4 .Proporción de la población por grupo etario, Risaralda 2005 ,2017 y 2020.

Grupo etario	2005		2017		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
0 a 5 años	95148	10.6	90835	9.4	90024	9.2
6-11 años	104391	11.6	90231	9.4	89921	9.1
12-18 años	119989	13.3	106865	11.1	103973	10.6
19- 26 años	120528	13.4	128654	13.4	124362	12.7
27 – 59 años	365399	40.7	407407	42.3	416468	42.5
60 y más	91958	10.2	138537	14.4	153425	15.7
Total	897413	100	962529	100	978173	100

Fuente: DANE

En la figura 2 se observa disminución a través del tiempo en la población de menores de un año, de 1 a 4 años y más evidente aún de la población entre los 5 y los 14 años. Contrastando con esto hay un aumento en la población de 25 a 44 años y de 60 a 79 años. La población entre 45 y 59 años presenta un aumento en el año 2016 comparado con el año 2005, y según proyecciones para el año 2020 este grupo de edad no sufrirá cambios en el año 2020, igual comportamiento se espera en la población de 15 a 24 años.

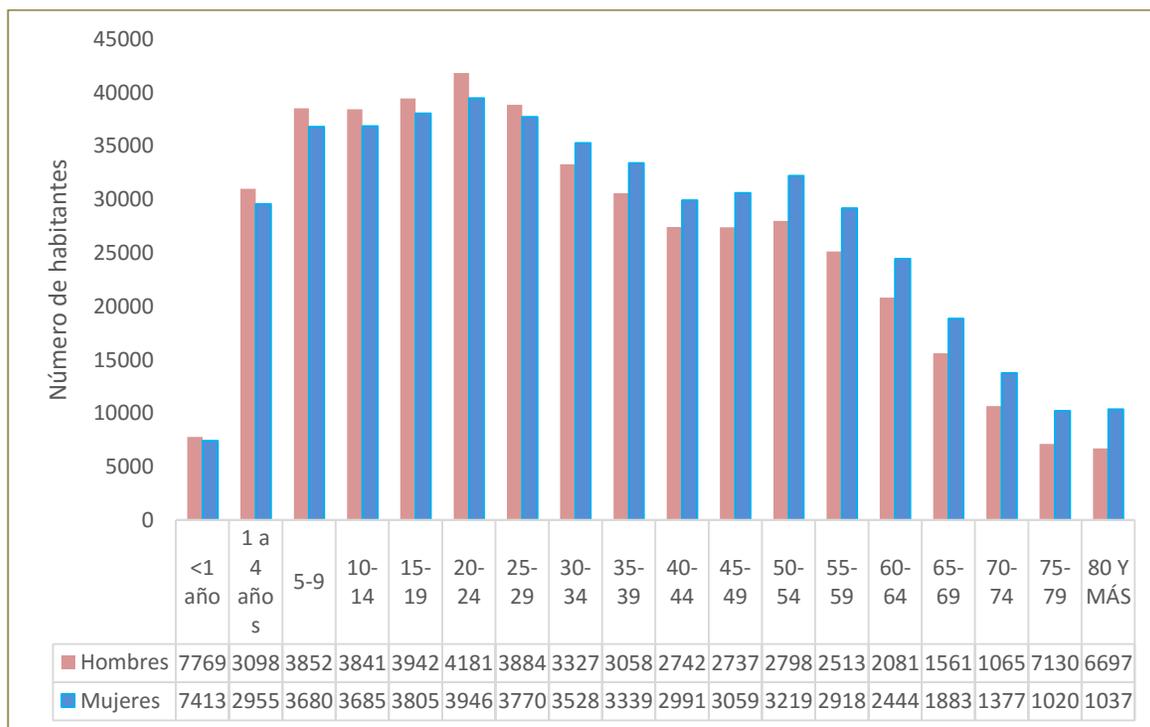
Figura 2. Cambio en la proporción de la población por grupos etarios Risaralda 2005, 2017 y 2020



Fuente: DANE

Para el año 2017 la población de Risaralda se estima en 962.529 habitantes, En la figura 3 se observa una distribución mayor en hombres que en mujeres desde el nacimiento hasta los 29 años, a partir de los 30 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, 2017



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 2017 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 2017 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 2017 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 2017 este grupo poblacional fue de 24 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 2017 este grupo poblacional fue de 14 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2005 de 100 personas menores de 15 años, 36 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2017 este grupo poblacional fue de 61 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 2017 este grupo poblacional fue de 50 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 2017 fue de 35 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 2017 fue de 15 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, 2017, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2017	2020
Población total	897.413	962.529	978.173
Población Masculina	438.336	468.482	476.144
Población femenina	459.077	494.047	502.029
Relación hombres: mujer	95,48	94,83	95
Razón niños: mujer	32	31	31
Índice de infancia	28	24	23
Índice de juventud	25	24	24
Índice de vejez	10	14	16
Índice de envejecimiento	36	61	68
Índice demográfico de dependencia	54,55	49,71	50,64
Índice de dependencia infantil	43,60	35,20	34,59
Índice de dependencia mayores	10,95	14,51	16,05
Índice de Friz	138,40	122,58	118,32

Fuente: DANE

1.2.2 Dinámica demográfica

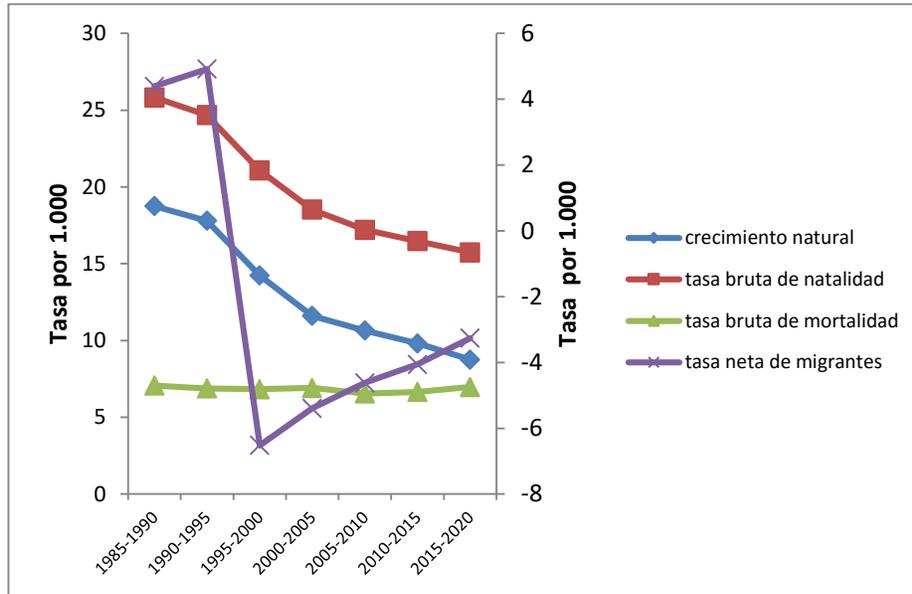
Tasa de Crecimiento Natural: Este indicador ha presentado tendencia hacia el franco descenso al situarse en el quinquenio de 1985 a 1990 en 18.75 y en 2010 a 2015 en 9.81. Según lo proyectado por el DANE, para el 2015 a 2020 este indicador se situará en 8.76.

Tasa Bruta de Natalidad: En el departamento de Risaralda entre los años 2005 y 2008 este indicador estuvo por encima de 14 por 1.000 habitantes, para el año 2009 disminuyó a 13.36 hasta llegar a una tasa de natalidad de 11.76 por 1.000 habitantes en el año 2014 y en el año 2015 disminuyó a 11.49 por 1.000 habitantes.

Tasa Bruta de Mortalidad: para el año 2005 se presentó la tasa bruta de mortalidad más alta con 6.01 muertes por 1.000 habitantes, entre los años 2006 y 2010 la tasa estuvo entre 5.68 y 5.92 por 1.000, La tasa de mortalidad más baja fue en el año 2011 con 5.52 muertes por 1.000 habitantes y a partir del año 2012 la tasa de mortalidad aumentó hasta llegar en el año 2014 a 5.73 por 1.000. Para el año 2015 este indicador aumentó a 5.91 por 1.000 habitantes.

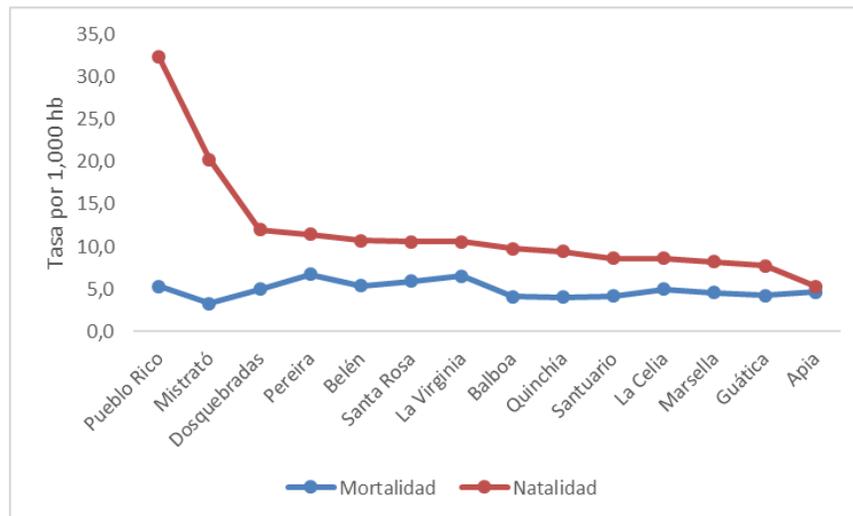
Tasa Neta de Migración: A partir de 1995 la tasa neta de migración en Risaralda ha presentado un comportamiento negativo el cual se hace más evidente entre 1995 y 2000, donde alcanzó -6.52, a partir de allí la tasa neta de migración ha venido en descenso sin que logre alcanzar niveles positivos, aunque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



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 2015 ocurrían 2.66 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 10 y 14 años. (aumentó)

Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: En Risaralda en el año 2015 ocurrían 59.0 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 19 años. (disminuyó)

La Edad Media de Fecundidad: En Risaralda, en el período 2015-2020 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 2015-2020 es de 0.98

Tabla 6 .Otros indicadores de la dinámica de la población Risaralda, 2015-2020

Indicador	valor
Tasa general de fecundidad - TGF (estimada)	62.8
Tasa global de fecundidad - TGLF, (2015 – 2020)	2.06
Edad media de fecundidad -EMF (estimada)	26.02
Tasa de reproducción neta (estimada)	0.98
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años* (2015)	2.66
Tasas Específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años*	59.0

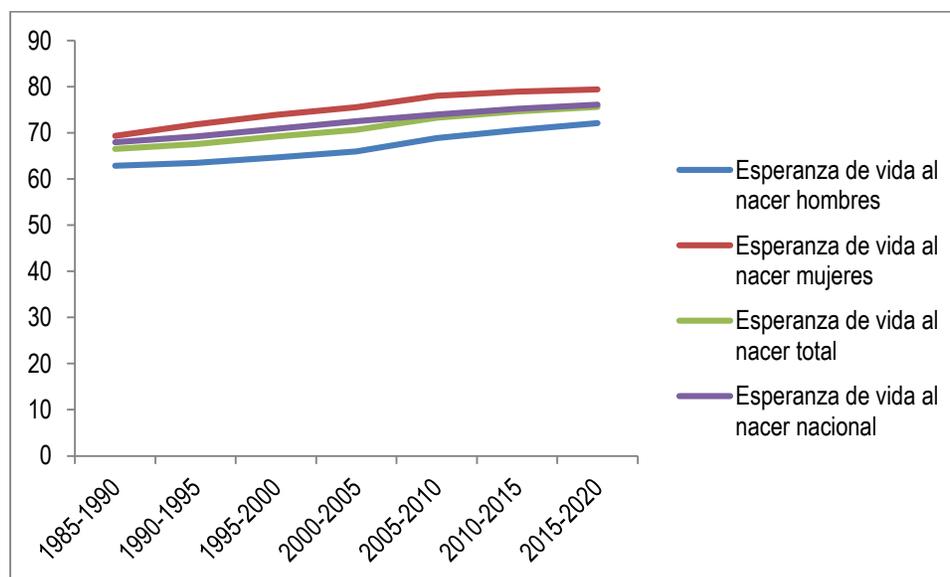
Fuente: DANE

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, con corte al 1 de noviembre en Risaralda en el año 2017 se presentaron 86.246 casos de personas víctimas de desplazamiento, de las cuales el 51.7% corresponde a mujeres y el 48.3% a hombres. El grupo de edad más afectado tanto para mujeres como para hombres fue el de 20 a 24 años con 5.773 casos lo cual corresponde al 12.9% en ellas y 5.702 casos, lo cual corresponde al 10.7% en ellos.

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 2017

Grupo de edad	Número y porcentaje de Mujeres víctimas de desplazamiento		Número y porcentaje de Hombres víctimas de desplazamiento	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
0 a 4 años	1,914	4,3	2,094	5,0
05 a 09 años	4,001	9	4,274	10,3
10 a 14 años	4,461	10	4,805	11,5
15 a 19 años	4,962	11,1	5,319	12,8
20 a 24 años	5,773	12,9	5,702	13,7
25 a 29 años	4,380	9,8	3,798	9,1
30 a 34 años	3,312	7,4	2,531	6,1
35 a 39 años	3,124	7,0	2,532	5,6
40 a 44 años	2,650	5,9	2,023	4,9

Grupo de edad	Número y porcentaje de Mujeres víctimas de desplazamiento		Número y porcentaje de Hombres víctimas de desplazamiento	
45 a 49 años	2.504	5,6	1,889	4,5
50 a 54 años	2,107	4,7	1,663	4,0
55 a 59 años	1,716	3,8	1,451	3,5
60 a 64 años	1,325	3,0	1,201	2,9
65 a 69 años	876	2,0	843	2,0
70 a 74 años	558	1,3	615	1,5
75 a 79 años	410	0,9	545	1,1
80 años o más	537	1,2	622	1,5

Fuente: RUV-SISPRO-MINSALUD

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 epidemiológica 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 la tasa de mortalidad ha presentado aumento entre los años 2011 a 2015.

En cuanto a movilidad forzada, en el año 2017 se presentaron en el departamento más de 80.000 víctimas de desplazamiento, las mujeres fueron más afectadas que los hombres por este fenómeno, así como también la población joven.

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 2015 fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Se pasó de una tasa de mortalidad de 181 por 100.000 habitantes en el año 2005 a 164 en el año 2015, observándose 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, 2009 y 2013 con tasas de 171, 167 y 152 por 100.000 habitantes respectivamente. La tasa de mortalidad por esta causa para el año 2015, aumentó con respecto al año 2014.

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 132 por 100.000 habitantes en el año 2015.

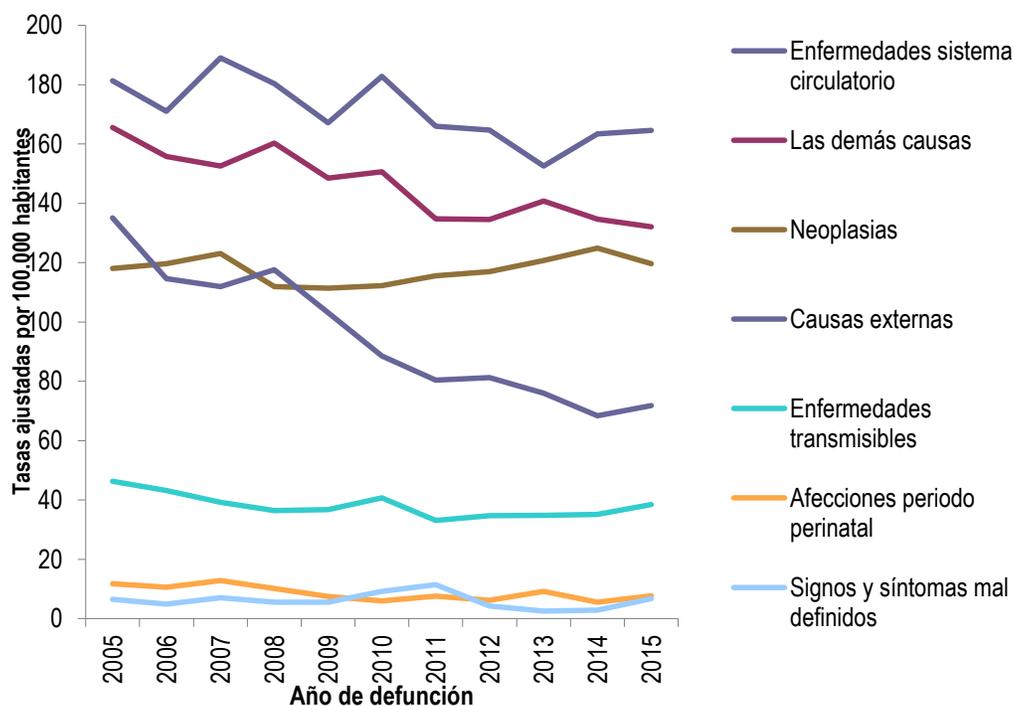
Las neoplasias fueron la tercera causa de mortalidad en el departamento de Risaralda en los años analizados. La tendencia ha sido hacia el aumento desde el año 2008, pasando de 111.9 muertes por 100.000 habitantes a 125 por 100.000 en el año 2014, para disminuir levemente la tasa en el año 2015 quedando en 119.7 muertes por 100.000 habitantes.

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 68.4 por 100.000 en el año 2014 y para el año 2015 hubo un aumento en la tasa de mortalidad quedando en 71.8 muertes por 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmisibles son la quinta causa de mortalidad en el departamento en el periodo analizado, sus 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, a partir de allí la tendencia ha sido al aumento y para el año 2015 la tasa de mortalidad fue de 38.5 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. Las tasas de mortalidad por estas causas son mucho menores, se nota un aumento en la mortalidad por afecciones del período perinatal al pasar de 6.1 en el 2012 a 9.2 en el año 2013 sin embargo para el año 2014 ésta bajó a 5.6 con un aumento en el año 2015 donde la tasa fue de 7.7 por 100.000 habitantes.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad Risaralda, 2005 – 2015



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 222 casos por 100.000 hombres. Entre los años 2008 y 2012 las tasas se han mantenido entre 200 y 213 casos por 100.000 hombres. Para el año 2013 se presentó una disminución y la tasa de mortalidad por esta causa quedó en 181.7 por 100.000 hombres, sin embargo, en el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 201 por 100.000 hombres y en el año 2015 fue de 207 muertes por 100.000, continuando en ascenso.

La segunda causa de mortalidad en hombres en el período analizado fueron 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, 161.7 y 162.2 por 10.000 hombres en los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente, para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres no presentó variación significativa.

Las neoplasias ocupan el tercer lugar en mortalidad en hombres, 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 y 143.6 por 100.000 en el año 2014. Para el año 2015 la tasa de mortalidad disminuyó a 135 muertes por 100.000 hombres.

A pesar de que la mortalidad por causas externas ha disminuido de manera notable a través del tiempo, en el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres aumentó con respecto al año 2014 pasando de 118 por 100.000 a 128 por 100.000 hombres respectivamente. Las enfermedades transmisibles también tuvieron

aumento en la tasa de mortalidad en hombres en el último año analizado, así como los síntomas y signos mal definidos y las afecciones del período perinatal.

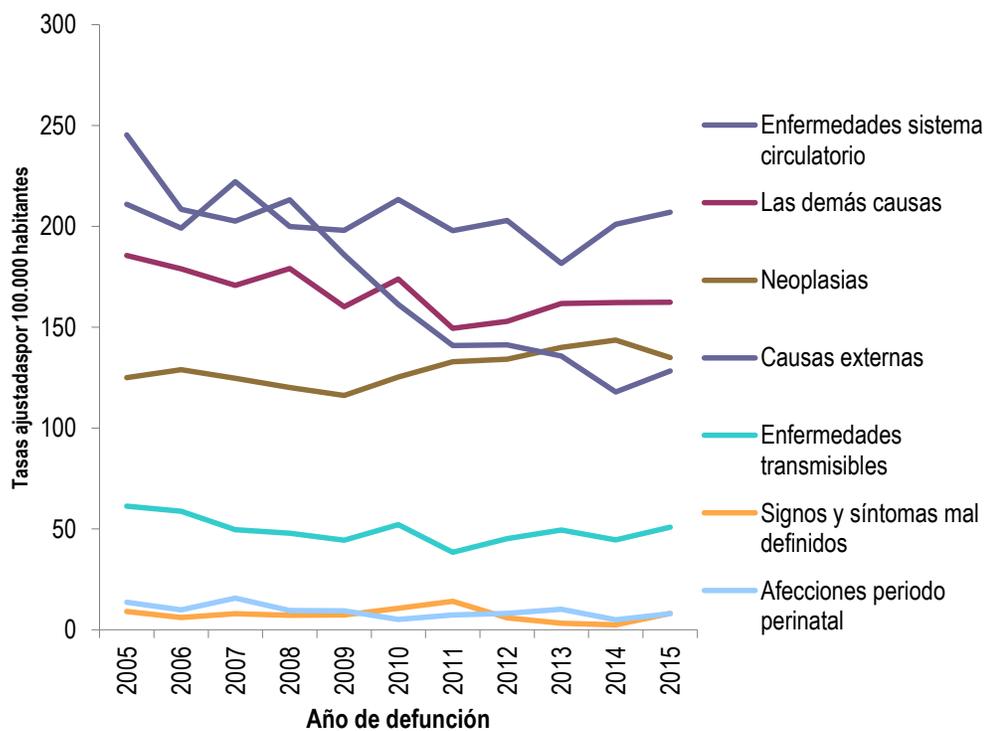
En las mujeres, al igual que en los hombres, la principal causa de mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo, las tasas de mortalidad fueron más bajas, la más alta se presentó en el año 2008 con 163.8 por 100.000 mujeres, disminuyó a 141.8 por 100.000 en el 2009 y aumentó 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. Ya para el año 2014 se nota un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa al alcanzar 134.8 por 100.000 mujeres, para disminuir en el año 2015 a 132.7 por 100.000.

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 para disminuir nuevamente en los años 2014 y 2015.

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, pues se pasó de 101.9 muertes por 100.000 mujeres en el año 2010 a 110.9 por 100.000 en el año 2014. Para el año 2015 se presentó disminución en la tasa de mortalidad quedando en 108.8 por 100.000 mujeres como muestra en la gráfica.

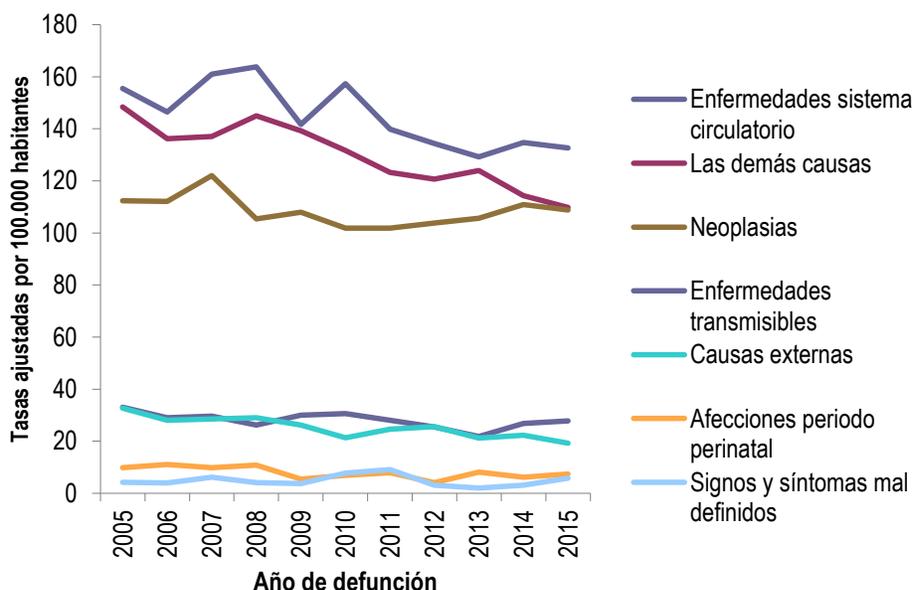
La cuarta causa de mortalidad en mujeres fueron las enfermedades transmisibles, cuya tasa de mortalidad disminuyó de 30.6 por 100.000 mujeres en el año 2010 a 21.9 por 100.000 mujeres en el año 2013 y aumentó a 26.8 por 100.000 en el año 2014 y a 27.7 por 100.000 en el 2015.

Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE.SISPRO

Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres. Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE. SISPRO

Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP

De acuerdo a la OMS, este indicador explica acerca de la pérdida que sufre una sociedad como consecuencia de muertes en etapas 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 causas 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. En el año 2014 los AVPP por causas externas fueron de 28.353. aumentando en el año 2015 a 28567 AVPP.

Las neoplasias tuvieron un aumento en los tres últimos años analizados al pasar de 19.441 AVPP en el año 2009 a 23437 AVPP en el año 2014 ubicándose en el segundo lugar, para el año 2015 los AVPP por esta causa fueron 23601. La tercera 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, 2013 y 2014 los AVPP por esta causa aumentaron nuevamente y disminuyeron en el año 2015.

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 pasando de 19.748 AVPP A 18.918. No obstante, para el año 2014 los AVPP por esta causa aumentaron nuevamente a 20.493, y para el año 2015 disminuyeron a 21.087 AVPP ubicándose esta causa en el cuarto lugar. Las grandes causas que menos aportan a los AVPP

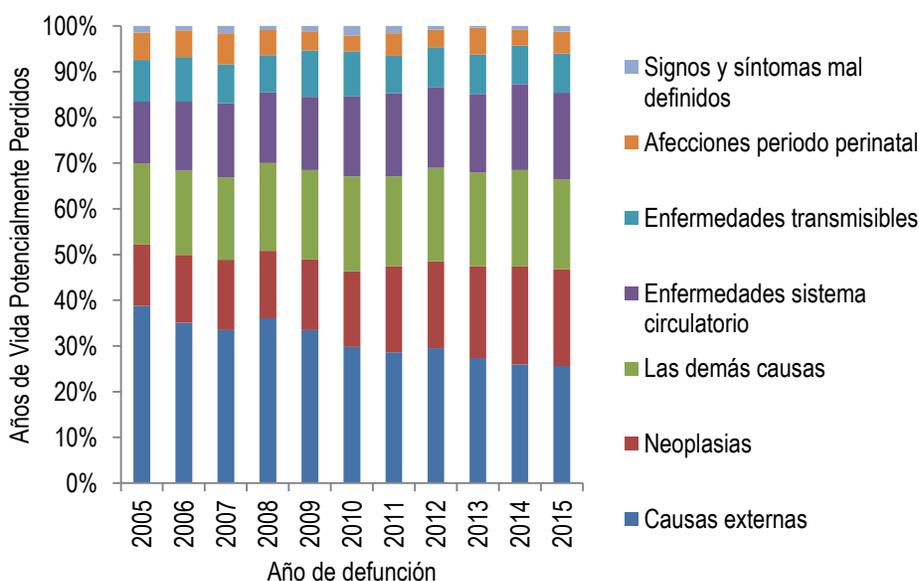
son afecciones del período perinatal y los signos y síntomas mal definidos sin embargo para ambas causas hubo aumento en los AVPP en el último año.

Al analizar los AVPP en los hombres, se encuentra 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 25.497 AVPP lo cual representa el 37.2% del total de AVPP para el año 2014 los AVPP por esta causa en hombres disminuyeron a 23.382, para aumentar en el año 2015 a 24.805.

La segunda gran causa que representa el mayor número de AVPP en hombres son las enfermedades del sistema circulatorio y a partir del año 2011 los AVPP por esta causa han aumentado, pasando de 10.724 AVPP en el año 2011 a 11.302 en el año 2015. Las demás causas, presentaron disminución en el número de AVPP entre 2014 y 2015, le siguen en su orden las neoplasias cuyos AVPP aumentaron al pasar de 8.547 AVPP en el 2005 a 10655 en el 2013 11.041 en el año 2014, sin embargo, para el año 2015 el número de AVPP por neoplasias disminuyó a 10.723.

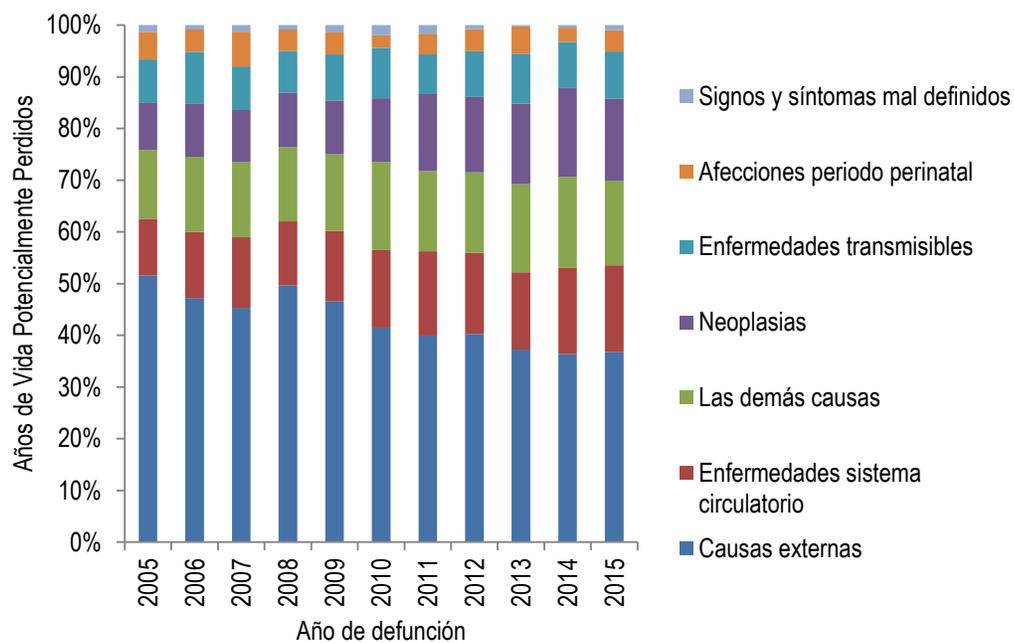
En mujeres, las neoplasias fueron la principal causa de AVPP en el último año analizado, pasando de 11.361 AVPP en el año 2013 a 12.395 en el 2014 y 12.877 en el año 2015. Le siguen las demás causas cuyos AVPP pasaron 11.691 en el 2014 a 10.879 en el año 2015. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el tercer lugar en AVPP en mujeres, pasando de 9.760 en el 2014 a 9.784 en el 2015.

Figura 10. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 Risaralda, 2005 – 2015



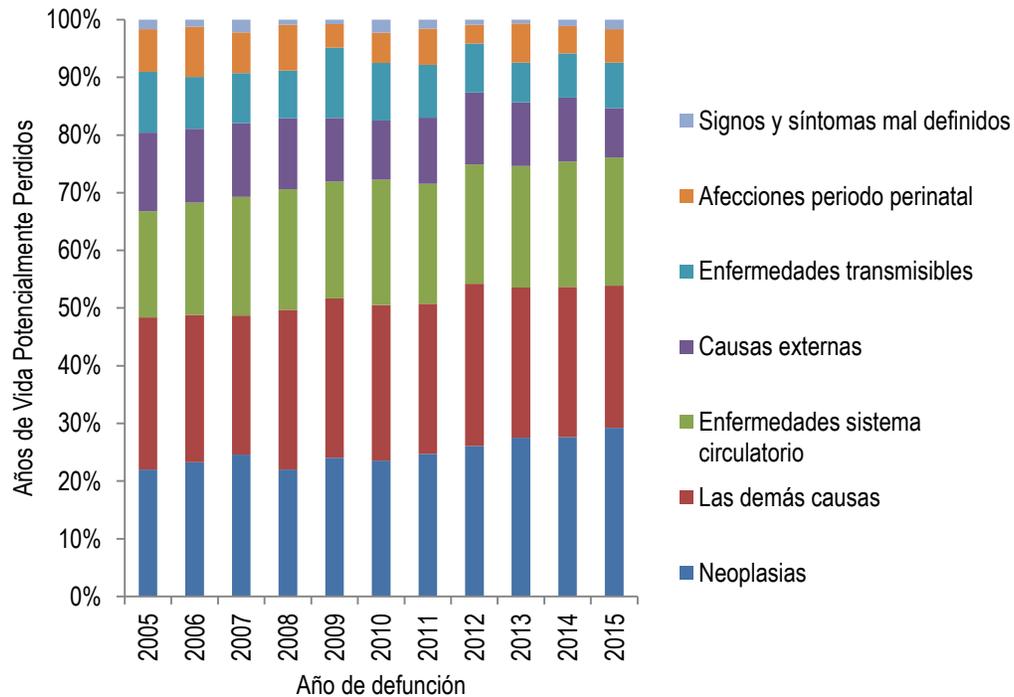
Fuente: DANE.SISPRO

Figura 11. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en hombres
Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE.SISPRO

Figura 12. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 en las mujeres
Risaralda, 2005 – 2015

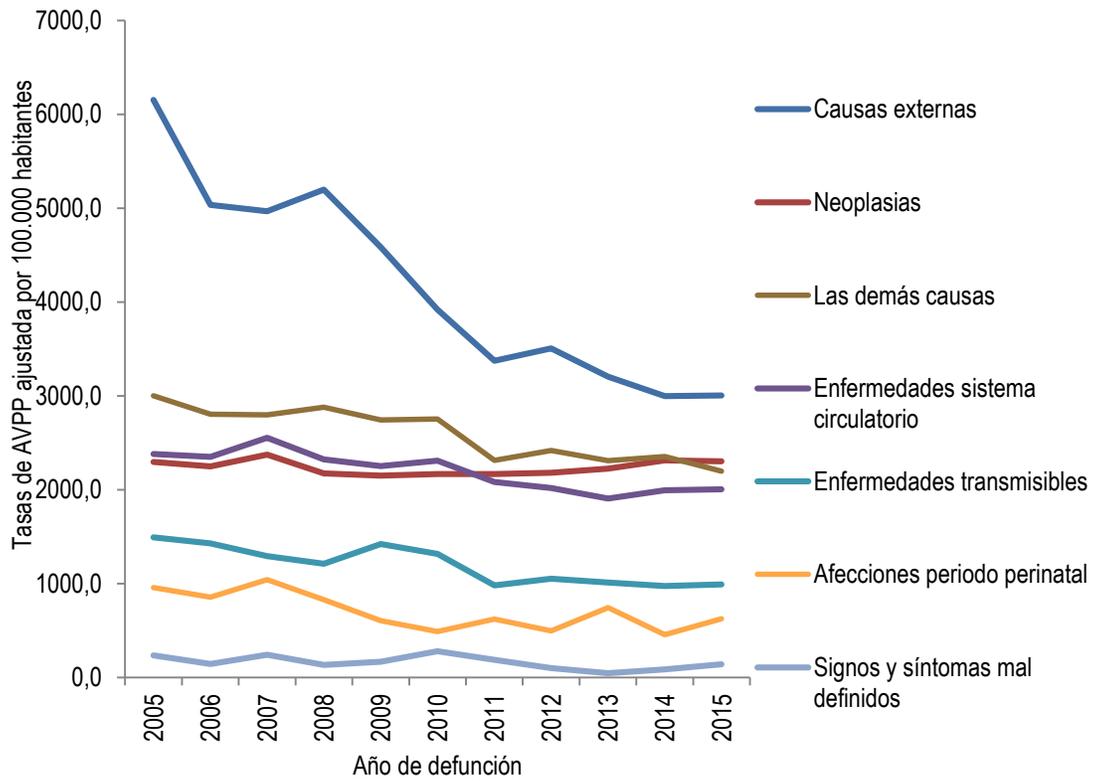


Fuente: DANE. SISPRO

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, pasando de 6154 AVPP por 100.000 habitantes en el año 2005 a 2.996 AVPP por 100.000 en el año 2014, aumentando en el año 2015 a 3.005 AVPP por 100.000 habitantes. En segundo lugar, se encuentran las neoplasias, las cuales han tenido una tendencia al aumento pasando de 2.167 AVPP por 100.000 en el año 2011 a 2.312 AVPP por 100.000 en el 2014, disminuyendo en el año 2015 a 2.303 AVPP por 100.000. Le siguen las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio. Las primeras tuvieron disminución en la tasa ajustada en el año 2015 mientras que en las segundas se presentó aumento. También hubo aumento en las tasas ajustadas de AVPP para el año 2015 en enfermedades transmisibles, afecciones del período perinatal y signos y síntomas mal definidos.

Figura 13. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general Risaralda, 2005 – 2015



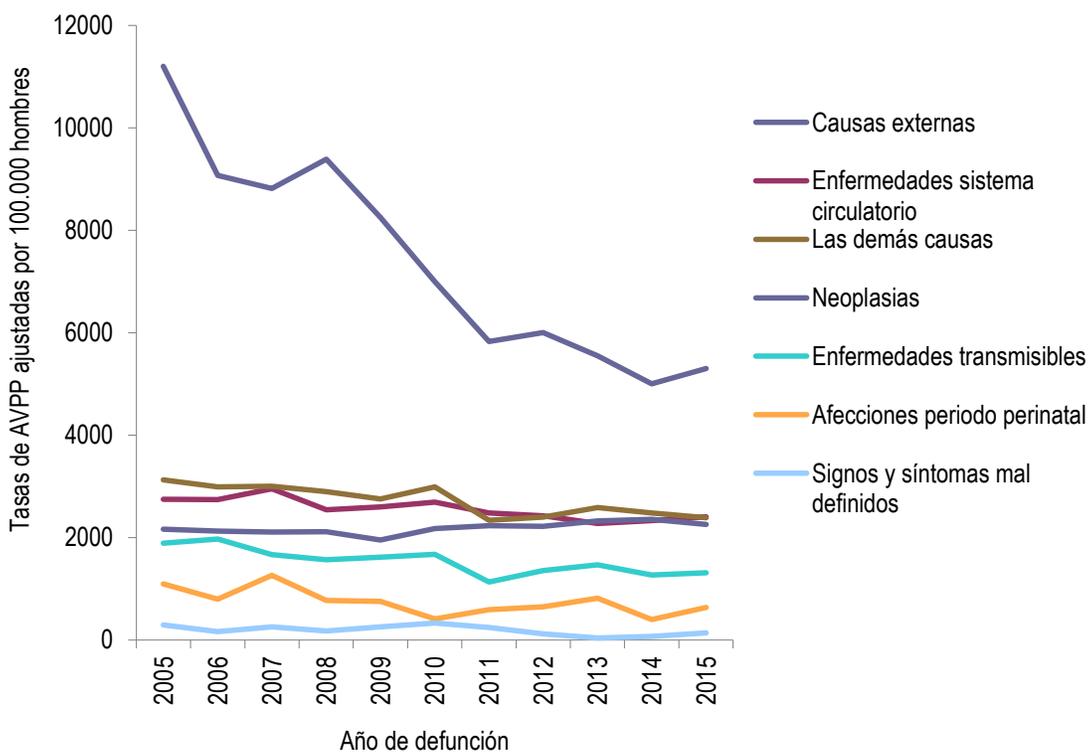
Fuente: DANE. SISPRO

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 5.006 en el año 2014 sin embargo, para el año 2015 se aprecia aumento en la tasa ajustada de AVPP la cual fue de 5.298 AVPP por 100.000. En segundo lugar, se ubican las enfermedades del sistema circulatorio, la tasa para el año 2014 fue de 2.329 AVPP por 100.000, aumentando en el año 2015 a 2.407 por 100.000. Le siguen las demás causas cuyas tasas de AVPP ajustadas pasaron de 3.130 AVPP por 100.000 hombres en el año 2005 a 2.386 AVPP en el año 2015. Las neoplasias se encuentran en el cuarto lugar, la tendencia entre 2014 y 2015 fue hacia la disminución, al pasar de 2.358 AVPP por 100.000 a 2.260 respectivamente.

En cuanto a la tasa de AVPP por enfermedades del sistema circulatorio en hombres, se nota igualmente tendencia al aumento entre 2013 y 2015 al pasar de 2.276 AVPP por 100.000 hombres en el año 2013 a 2.329 AVPP por 100.000 hombres en el año 2014 y 2407 en el año 2015. En cuanto a enfermedades transmisibles y afecciones del período perinatal se nota aumento en las tasas de AVPP entre los años 2014 y 2015 más evidentes afecciones de período perinatal.

Figura 14. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en hombres Risaralda, 2005 – 2015

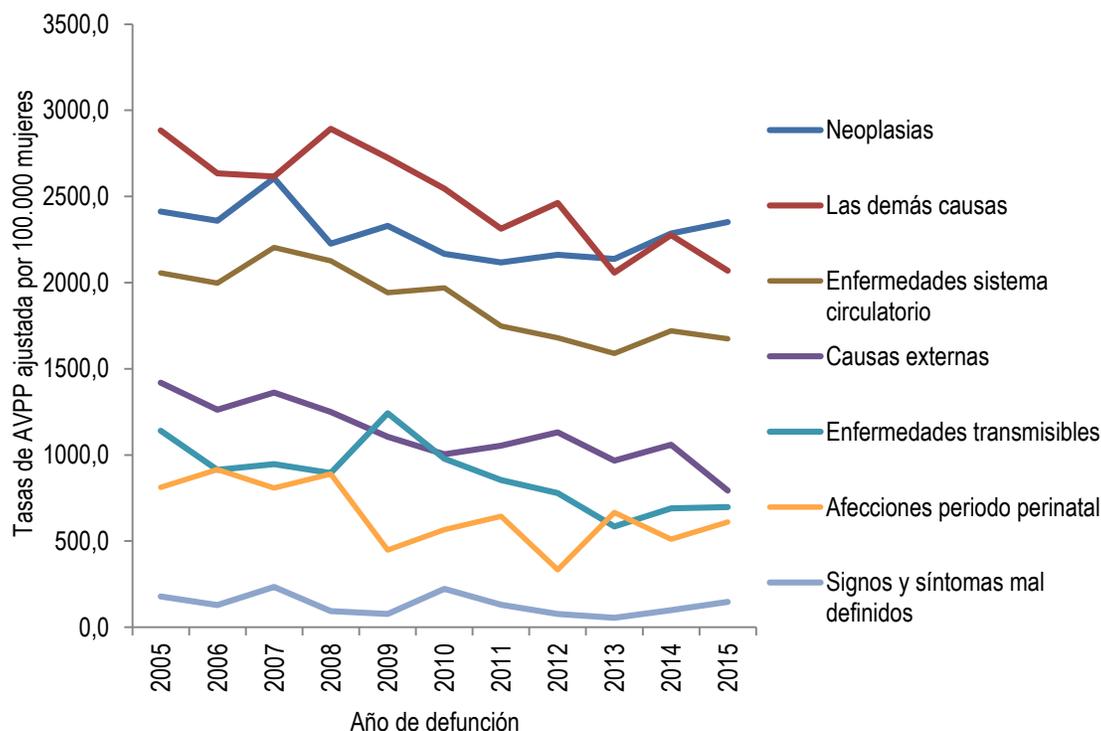


Fuente: DANE. SISPRO

Tasa de AVPP ajustada por edad en las mujeres

En mujeres, entre los años 2013 y 2015 se ha presentado una tendencia al aumento en las tasas de AVPP por neoplasias, pasando de 2.136 AVPP por 100.000 mujeres en el 2013 a 2.284 AVPP por 100.000 en el año 2014 y en el año 2015 la tasa ajustada de AVPP por neoplasias fue de 2.352 por 100.000. Por el contrario, presentaron disminución en la tasa ajustada de AVPP entre 2014 y 2015 las demás causas, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas. La tasa de AVPP por enfermedades transmisibles también muestra tendencia al aumento al pasar de 689 por 100.000 mujeres en el año 2014 a 698 por 100.000 en el año 2015. También hubo aumento en las tasas de AVPP por afecciones del periodo perinatal y signos y síntomas mal definidos, como se muestra en la figura.

Figura 15. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustado en mujeres Risaralda, 2005 – 2015



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 para disminuir a 15.5 por 100.000 en el año 2014 y para el año 2015 la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas aumentó a 19.8 por 100.000 hombres lo cual representa un aumento del 21%.

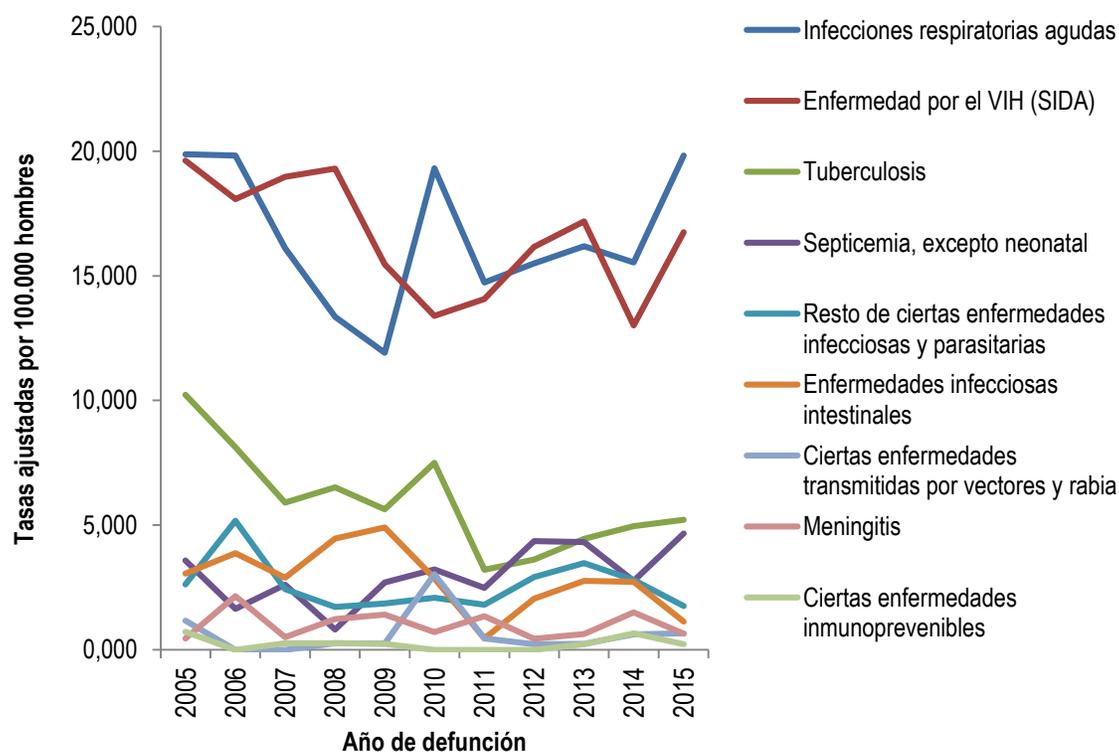
Por su parte, la tasa de mortalidad por VIH se situó en 19.6 por 100.000 hombres en el año 2005 y hasta el año 2008 la disminución en la tasa no fue significativa situándose en 19.3. En el 2009 la tasa fue de 15.4 por 100.000

y en el año 2010 de 13.4 por 100.000, pero en los últimos tres años este indicador aumentó paulatinamente hasta ubicarse en 17.1 por 100.000 en el año 2013, para el año 2014 la tasa de mortalidad por VIH en hombres bajó a 13 por 100.000 pero aumentó a 16.8 por 100.000 en el año 2015, lo cual representa un aumento de 29%.

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 la tasa de mortalidad por esta causa 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, para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres aumentó a 4.96 por 100.000 aumentando a 5.2 por 100.000 hombres en el año 2015.

El cuarto lugar en mortalidad por enfermedades infecciosas en hombres en el departamento lo ocupa la septicemia excepto neonatal, con una tasa de 4.7 muertes por 100.000 hombres en el año 2015. En el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 2.8 por 100.000, representando un aumento de 67%.

Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en hombres del Risaralda, 2005 – 2015



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, para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres aumentó a 14.2 por 100.000 y continuó su aumento en el año 2015 al situarse en 15.7 por 100.000 mujeres, lo cual representa un aumento de 10.5%.

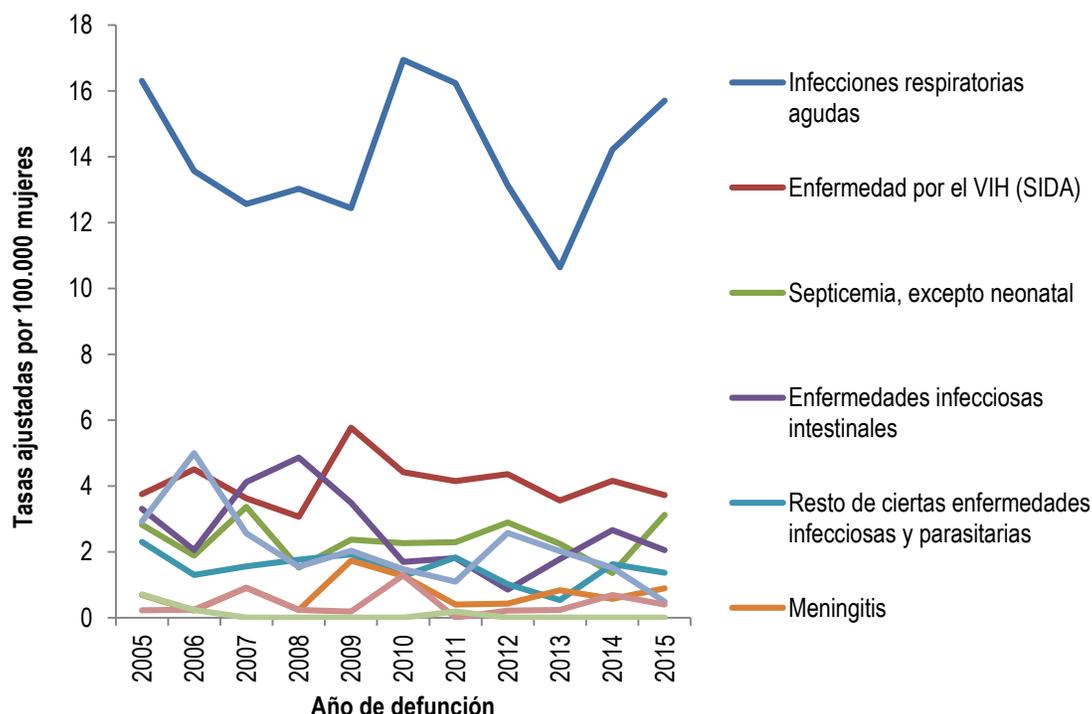
El VIH la segunda causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en las mujeres y las tasas de mortalidad por esta causa son muchísimo más bajas que las de los hombres en todos los años analizados y la tendencia en la tasa de mortalidad ha sido hacia el descenso entre 2012 y 2013, pasando de 4.3 a 3.6 por 100.000 respectivamente. Sin embargo, para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres aumentó a 4.2 por 100.000, disminuyendo a 3.7 por 100.000 en el año 2015.

Al igual que en hombres la tercera causa de mortalidad por enfermedades transmisibles en mujeres es la septicemia excepto neonatal, para el año 2014 la tasa de mortalidad fue de 1.4 por 100.000 mujeres y para el año 2015 la tasa aumentó a 3.1 por 100.000.

Las enfermedades infecciosas intestinales son la cuarta 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, para el año 2014 la tasa de mortalidad aumentó a 2.7 por 100.000 mujeres disminuyendo a 2 por 100.000 en el año 2015.

La mortalidad por Tuberculosis en mujeres se ubica en los últimos lugares para el período analizado, la tendencia desde el año 2012 ha sido a la disminución, con tasas de mortalidad de 2.6 por 100.000 en el año 2012, 2 por 100.000 en el 2013, 1.5 por 100.000 en el 2014 y en el año 2015 la tasa de mortalidad por TB en mujeres disminuyó a 0.48 por 100.000, lo cual representa una disminución de 68% entre 2014 y 2015

Figura 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles en mujeres Risaralda, 2005 – 2015



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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 26.6 muertes por 100.000, disminuyendo a 22 por 100.000 hombres en el año 2015, lo cual representa una disminución de 17%.

Para el año 2015 la segunda causa de mortalidad por neoplasias en hombres es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colón, la tasa más alta de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2013 con 21.7 muertes por 100.000 hombres y para el 2014 ésta disminuyó a 20.6 por 100.000. En el 2015 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 19.9 por 100.000 hombres

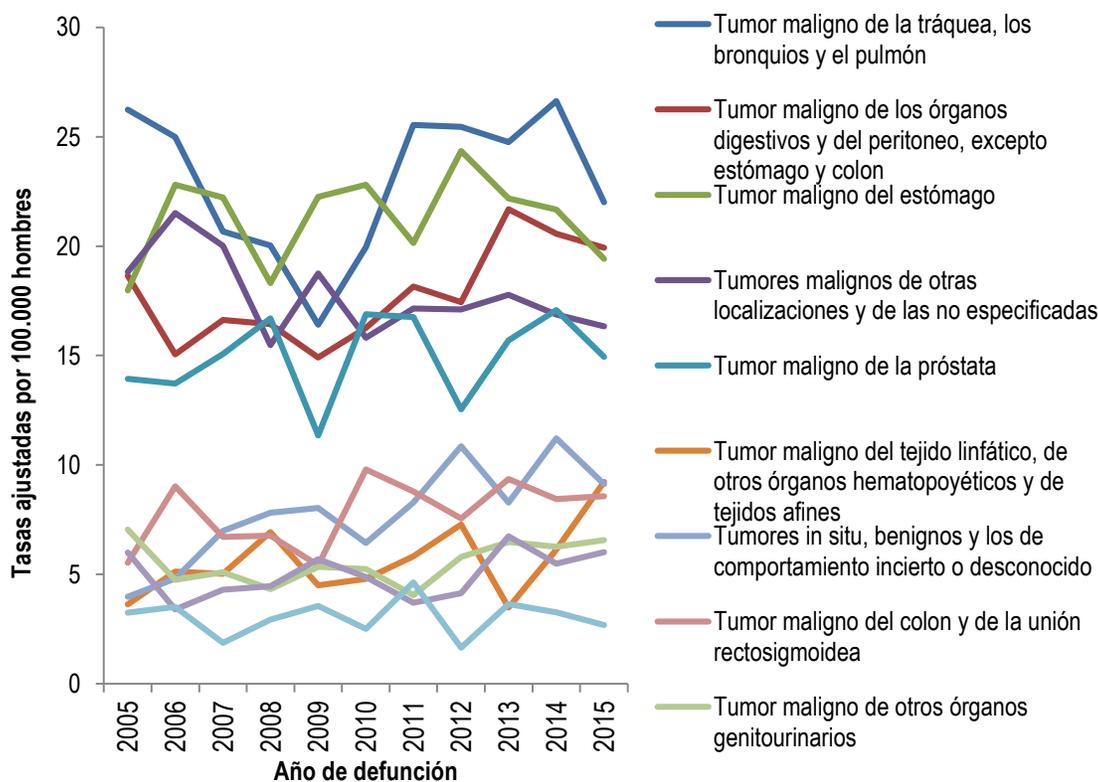
El tumor maligno del estómago se constituye en la tercera causa de mortalidad en hombres en los años analizados, su tasa más baja ocurrió en el año 2005 cuando alcanzó 18 muertes por 100.000 hombres, la tasa se mantuvo entre 20 y 22 por 100.000 en todos los años excepto en el año 2008 en el cual la tasa 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 y a 21.7 por 100.000 en el año 2014. En el año 2015 la tasa disminuyó nuevamente a 19.4 por 100.000 hombres, lo cual representa una disminución de 10.5% entre 2014 y 2015.

Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas son la cuarta 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. En el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó a 16.8 muertes por 100.000 hombres y en el año 2015 la tasa de mortalidad fue de 16.4 por 100.000 hombres.

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 los años 2012 y 2014 al pasar de 12.5 muertes por 100.000 hombres a 17.1 por 100.000 respectivamente. Sin embargo, para el año 2015 se presentó disminución en la tasa de mortalidad por esta causa la cual fue de 14.9 por 100.000, representando una disminución de 12.9%.

Figura 18. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en hombres Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE. SISPRO

Con respecto a la mortalidad por neoplasias en mujeres, se encuentra que para el año 2015 la principal causa de mortalidad por esta causa 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 y disminuir nuevamente a 18.4 muertes por 100.000 mujeres en el año 2014, la tendencia a la disminución se mantuvo y para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 17 por 100.000 mujeres, lo cual representa una disminución de 7.6%

La segunda causa de mortalidad en mujeres es el tumor maligno de la mama, en el año 2005 la tasa de mortalidad fue de 14 por 100.000 mujeres, ésta disminuyó a 10.4 por 100.000 en el año 2006 y tuvo un leve aumento a 10.9 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 13.8 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, para aumentar significativamente a 16.1 muertes por 100.000 mujeres en el año 2014 y en el año 2015 no hubo reducción significativa en la tasa de mortalidad, quedando en 16 muertes por 100.000 mujeres.

El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón es la tercera causa de mortalidad por neoplasias en mujeres, la tasa para el año 2014 fue de 9.7 muertes por 100.000 mujeres, aumentando a 13.8 por 100.000 en el año 2015, lo cual representa un aumento de 42%.

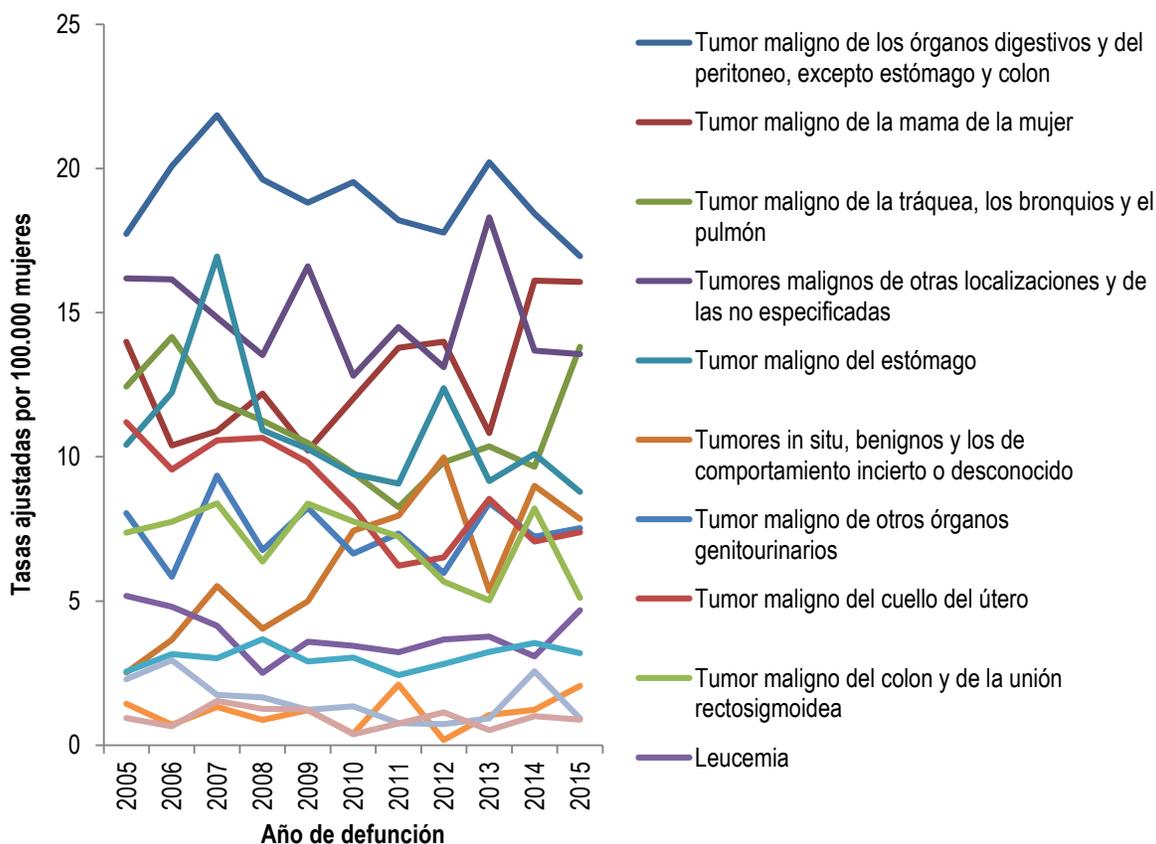
Los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas son en mujeres la cuarta causa de mortalidad por neoplasias. En los años 2005 y 2006 la tasa de mortalidad fue de 16.1 por 100.000 mujeres, esta tasa disminuyó a 14.8 y 13.5 por 100.000 en los años 2007 y 2008, para aumentar nuevamente 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 disminuyendo a 13.1 por 100.000 en el año 2012, para aumentar nuevamente en el año 2013 a 18 muertes por 100.000 mujeres. En el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en mujeres disminuyó a 13.7 muertes por 100.000 y en el año 2015 la tasa disminuyó a 13.5 por 100.000 mujeres.

El tumor maligno del estómago se ubica como la quinta 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%. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó a 10.1 muertes por 100.000 mujeres. Disminuyendo nuevamente en el año 2015 a 8.8 por 100.000, lo cual representa una disminución de 12.9%.

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. Para el año 2014 la tasa de

mortalidad por tumor maligno del cuello uterino disminuyó a 7 muertes por 100.000 mujeres aumentando a 7.4 por 100.000 en el año 2015

Figura 19. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las neoplasias en mujeres Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE.SISPRO

Enfermedades del sistema circulatorio

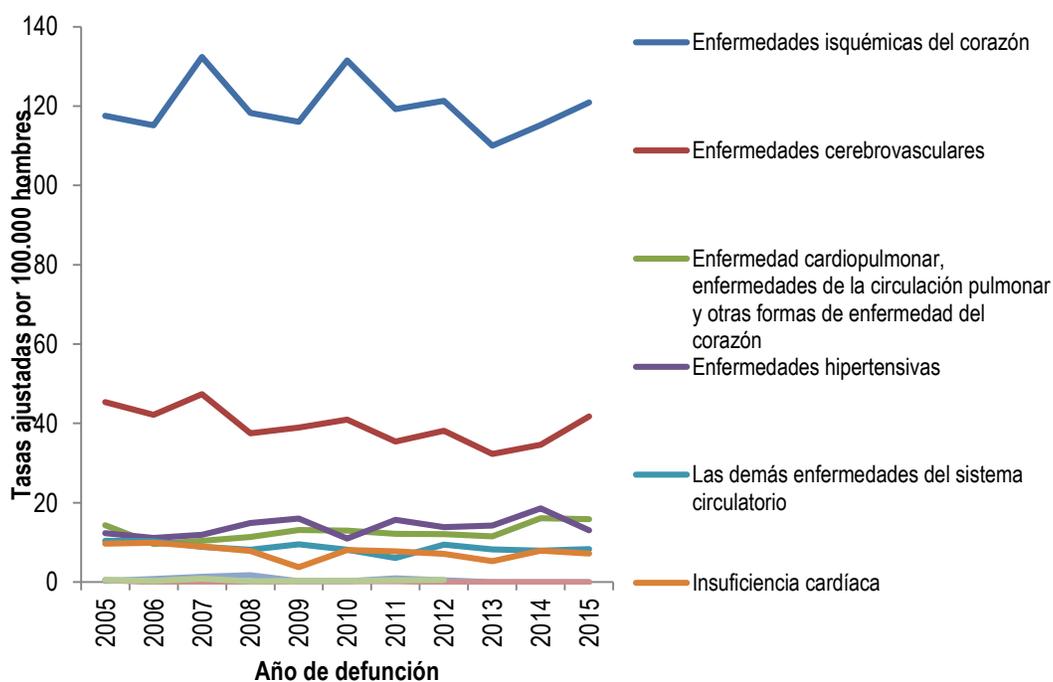
Las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar en mortalidad en lo que se refiere a enfermedades del sistema circulatorio en hombres. En el año 2005 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 117.5 por 100.000 hombres, en el año 2006 hubo un ligero descenso al pasar a 115.1 por 100.000 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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres aumentó a 115.2 por 100.000 y en el año 2015 la tasa de mortalidad fue de 121 muertes por 100.000 hombres, lo cual representa un aumento de 5% en la mortalidad por esta causa.

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 el año 2014 la tasa de mortalidad aumentó a 34.6 muertes por 100.000 hombres y continuó su aumento en el año 2015 quedando en 41.7 por 100.000 representando un aumento de 20%.

En tercer lugar, se ubica la enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, la tasa de mortalidad por esta causa en el año 2014 fue de 16.1 por 100.000 hombres, disminuyendo en el año 2015 a 15.9 por 100.000.

En cuarto lugar, están 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, 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 al llegar a 14.2 muertes por 100.000 hombres el cual continuó en el año 2014 al situarse la tasa de mortalidad por esta causa en 18.6 muertes por 100.000 hombres, la más alta del período analizado, sin embargo, para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa quedó en 13 por 100.000 hombres, lo cual representa una disminución del 30% en la tasa de mortalidad entre 2014 y 2015.

Figura 20. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en hombres Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE.SISPRO

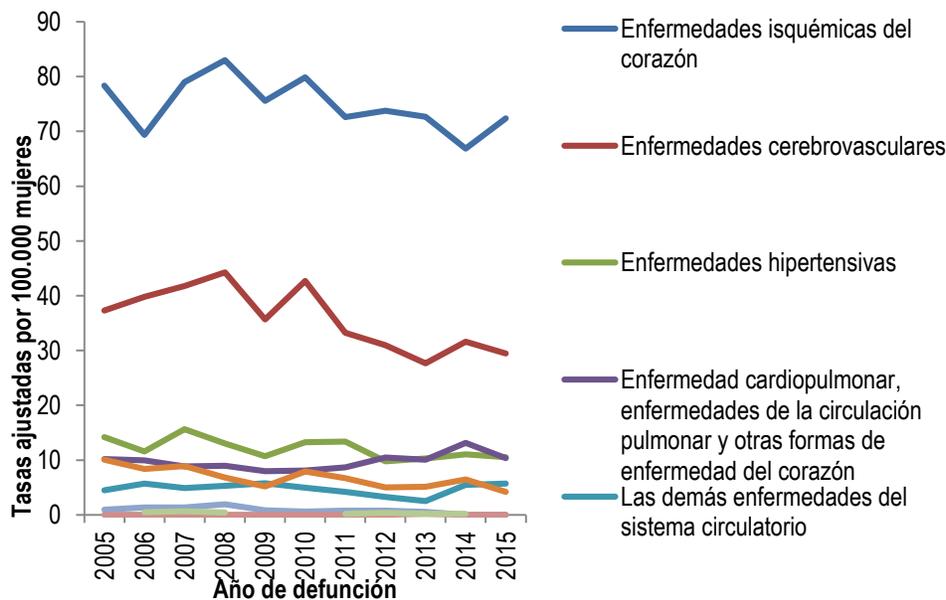
En las mujeres, al igual que en los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón son la principal causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, la tendencia ha sido hacia el descenso al pasar de 78.3 muertes por 100.000 en el año 2005 a 66.9 por 100.000 en el año 2014, sin embargo, para el año 2015 la tasa de mortalidad fue de 72.4 por 100.000, lo cual representa un aumento de 8.2% en la tasa de mortalidad por esta causa.

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, pero para el año 2014 la tasa aumentó a 31.6 muertes por 100.000 mujeres, disminuyendo a 29.5 por 100.000 en el año 2015, representando una reducción de 6.6% en la tasa.

En las mujeres la tercera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en los años analizados la constituyen las enfermedades hipertensivas, el comportamiento de la mortalidad es similar al de los hombres, presentando una disminución en la tasa de mortalidad entre 2014 y 2015, se pasó de 11 muertes por 100.000 mujeres a 10.5 por 100.000 respectivamente.

La enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón son la tercera causa de mortalidad en mujeres en este subgrupo, en el año 2013 la tasa de mortalidad fue de 10 muertes por 100.000 mujeres y para el año 2014 aumentó a 13.1 muertes por 100.000 y en el año 2015 disminuyó a 10.4 muertes por 100.000 mujeres.

Figura 21. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades del sistema circulatorio en mujeres Risaralda, 2005 – 2015



Fuente: DANE. SISPRO

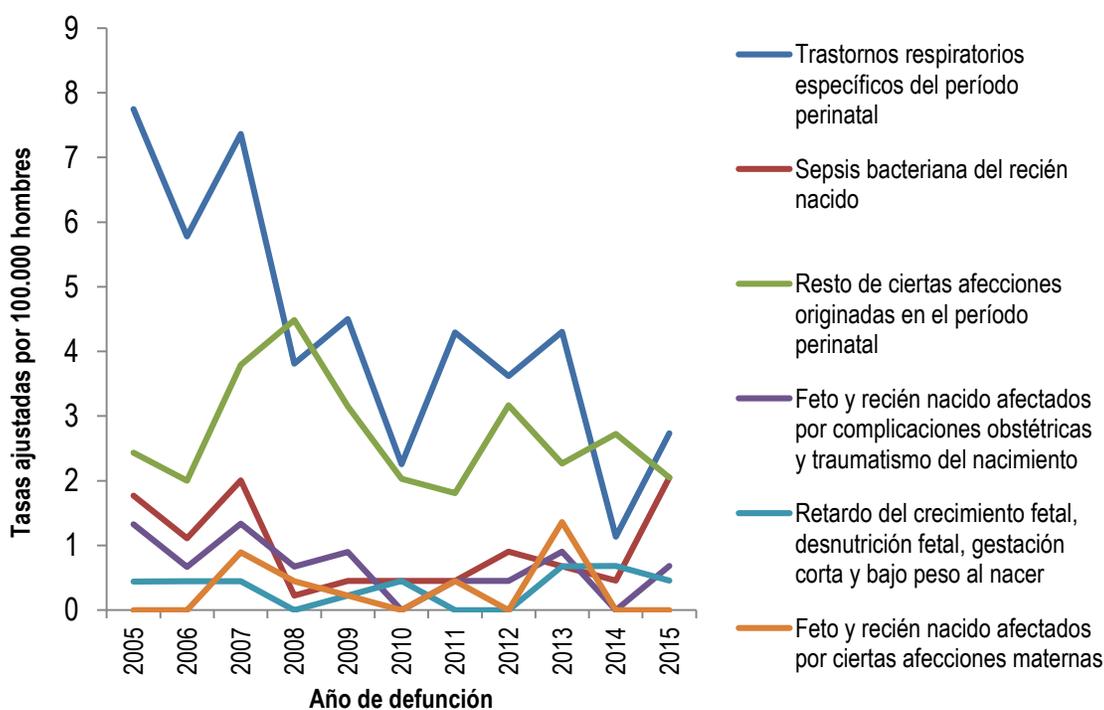
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

En este subgrupo de causas, predominan los trastornos respiratorios específicos del período perinatal. La tasa de mortalidad más alta por esta causa en hombres se presentó en el año 2005 con 7.74 muertes por 100.000 y la más baja en el año 2014 con 1.14 muertes por 100.000. Para el año 2015 hubo un aumento en la mortalidad por esta causa en hombres presentando una tasa de mortalidad de 2.73 por 100.000.

La segunda causa de mortalidad en hombres es la sepsis bacteriana del recién nacido. Entre los años 2008 y 2014 la tasa de mortalidad por esta causa estuvo por debajo de 1, pero para el año 2015 la tasa fue de 2 por 100.000.

El resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal es la tercera causa de mortalidad en hombres. La tasa más alta se presentó en el año 2008 con 4.5 muertes por 100.000 y la más baja en el año 2011 con 1.8 por 100.000. Para el año 2015 se presentó una disminución del 22% en la tasa de mortalidad por esta causa al pasar de 2.7 por 100.000 en el año 2014 a 2.1 en el 2015.

Figura 22. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en hombres Risaralda, 2005 – 2015

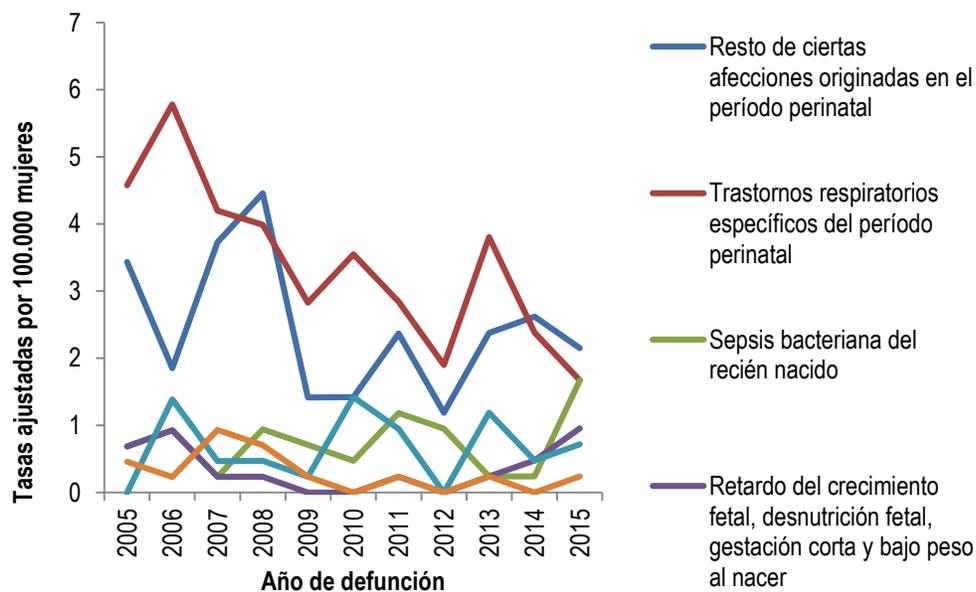


Fuente: DANE. SISPRO

En mujeres el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal son la principal causa de mortalidad en el último año analizado, se nota disminución en la tasa entre los años 2014 y 2015 al pasar de 2.6 a 2.1 por 100.000 respectivamente lo cual representa una disminución de 19% en la tasa.

Los trastornos respiratorios específicos del período perinatal son la segunda causa de mortalidad y la tendencia fue a la disminución desde el año 2013 pasando de 3.8 por 100.000 a 1.67 por 100.000.

Figura 23. Tasa de mortalidad ajustada por edad para ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal en mujeres Risaralda, 2005 – 2015



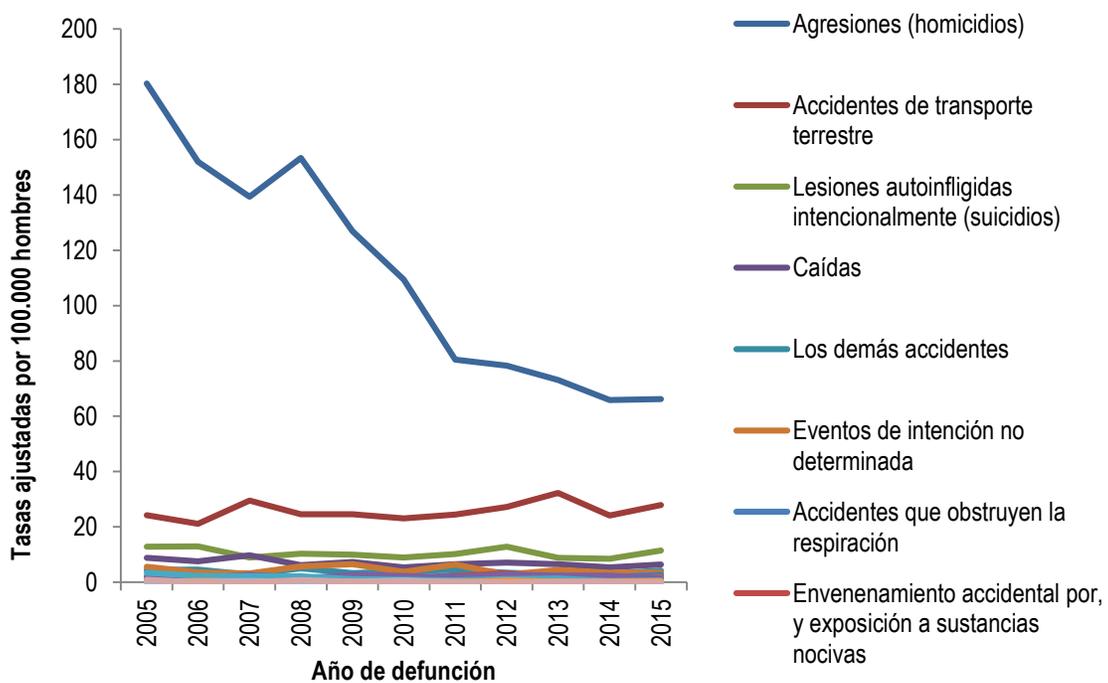
Fuente: DANE. SISPRO

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 65.9 por 100.000 en el año 2014, representando una disminución en la tasa de 63.4% en los años analizados. Para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa aumentó levemente quedando en 66.2 muertes por 100.000 hombres. 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, para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres bajó a 24 muertes por 100.000 aumentando a 28 muertes por 100.000 hombres en el año 2015, lo cual representa un aumento de 16.6% en la tasa entre 2014 y 2015.

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 por 100.000 hombres 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 de 10.2 a 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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por suicidios en hombres fue de 8.5 muertes por 100.000, aumentando a 11.5 por 100.000 en el año 2015, lo cual representa un aumento de 35% en la tasa.

Figura 24. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en hombres Risaralda, 2005 – 2015



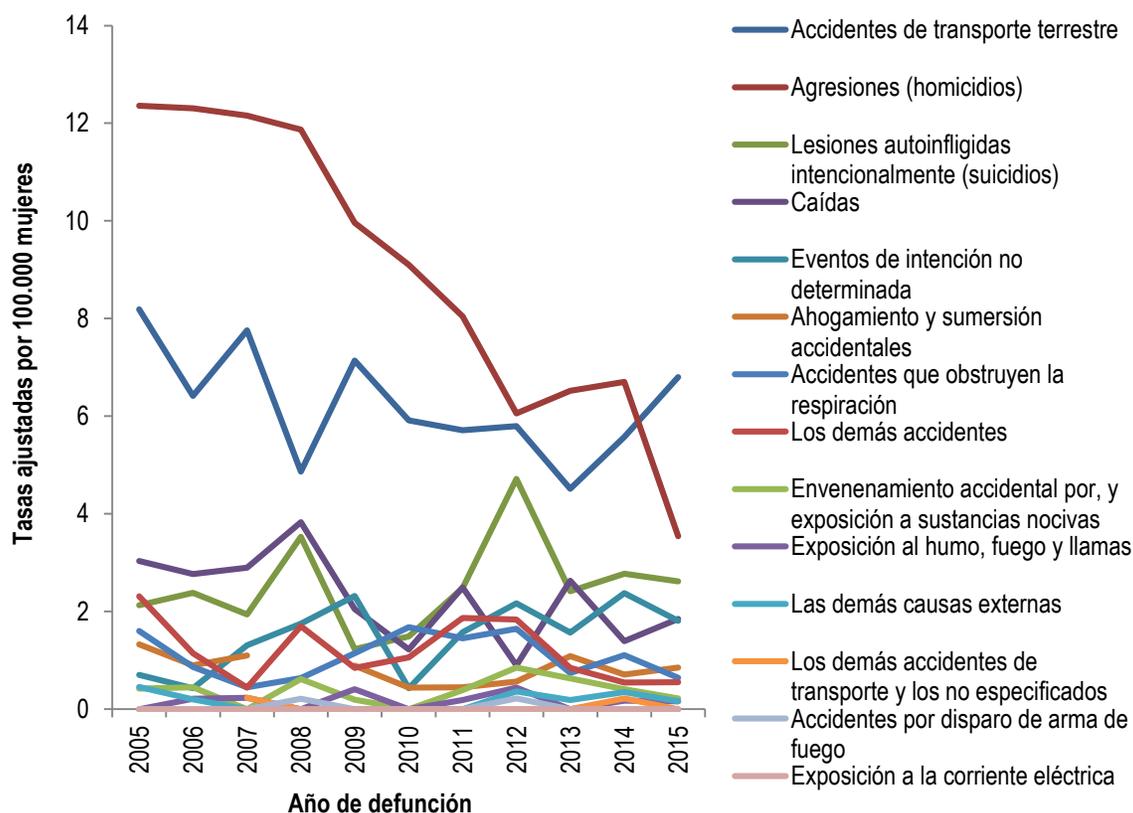
Fuente: DANE. SISPRO

En mujeres, la principal causa de muerte por causas externas son los accidentes de transporte terrestre, con una reducción del 44.9% en la tasa entre 2005 y 2011. Para el año 2012 se presentó una tasa de mortalidad de 5.79 muertes por 100.000 mujeres, disminuyendo a 4.5 por 100.000 en el año 2013 y aumentando nuevamente en el año 2014 y 2015 a 5.6 y 6.8 muertes por 100.000 mujeres respectivamente, representando un aumento de 21% en estos dos últimos años. Los homicidios, son la segunda causa de mortalidad por causas externas en mujeres, las tasas de mortalidad fueron muchísimo menores que para los hombres y la disminución entre los años 2005 y 2015 fue del 71.5%.

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 y para el año 2014 la tasa de mortalidad por suicidios en mujeres fue de 2.7 por 100.000., disminuyendo a 2.6 por 100.000 en el año 2015

Figura 25. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en mujeres Risarlada, 2005 – 2015



Fuente: DANE. SISPRO

Las demás enfermedades

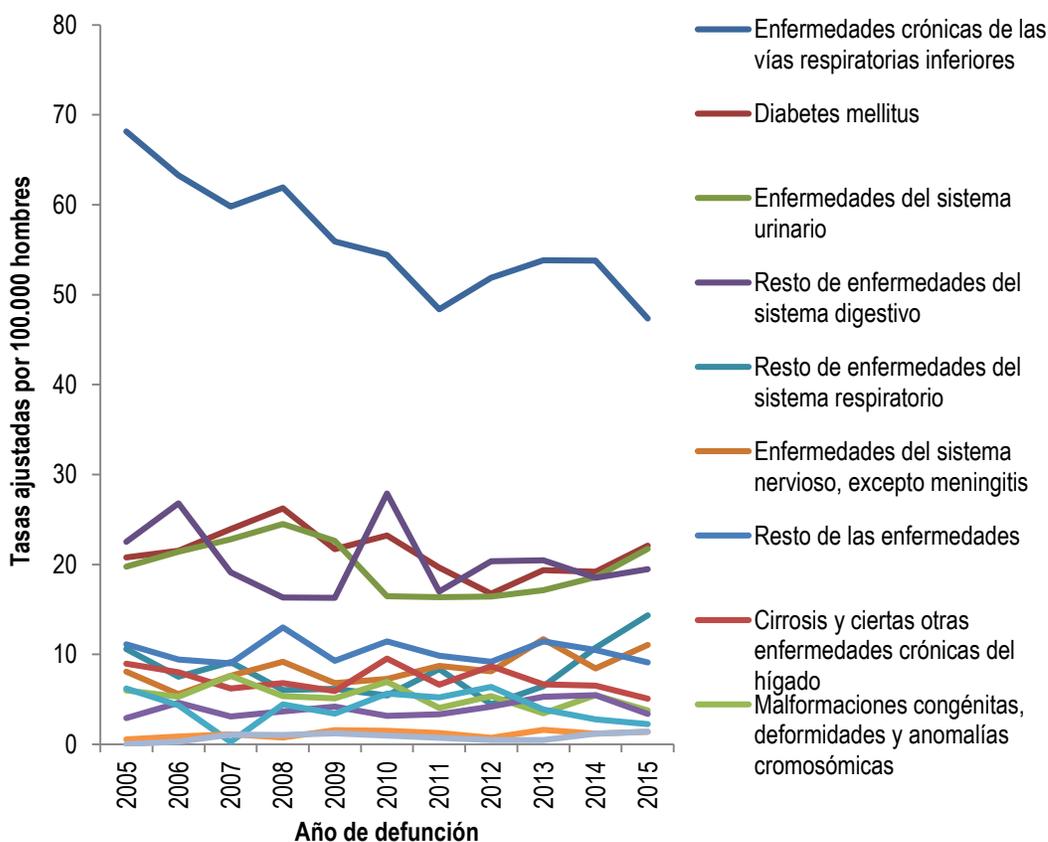
En los hombres la principal causa de mortalidad dentro del grupo de las demás causas son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. La tasa de mortalidad por esta causa en hombres mostró una disminución de 29% entre los años 2005 al 2011, pasando de 68.1 por 100.000 en el año 2005 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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en hombres permaneció estable y disminuyó a 47.3 por 10.000 en el año 2015.

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 con una leve disminución en el año 2014, sin embargo, para el año 2015 la tasa fue de 22 por 100.000, representando un aumento de 6% en la tasa de mortalidad con respecto al año 2014.

Como tercera causa de mortalidad aparecen las enfermedades del sistema urinario. Entre los años 2010 y 2012 las tasas de mortalidad permanecieron en 16 muertes por 100.000 hombres, sin embargo, para el año 2013 la tasa de mortalidad por esta causa se ubicó en 17.1 por 100.000 hombres y para el año 2014 aumentó a 18.6 muertes por 100.000 aumentando a 21.7 por 100.000 en el año 2015.

Figura 26. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en hombres Risaralda, 2005 – 2015

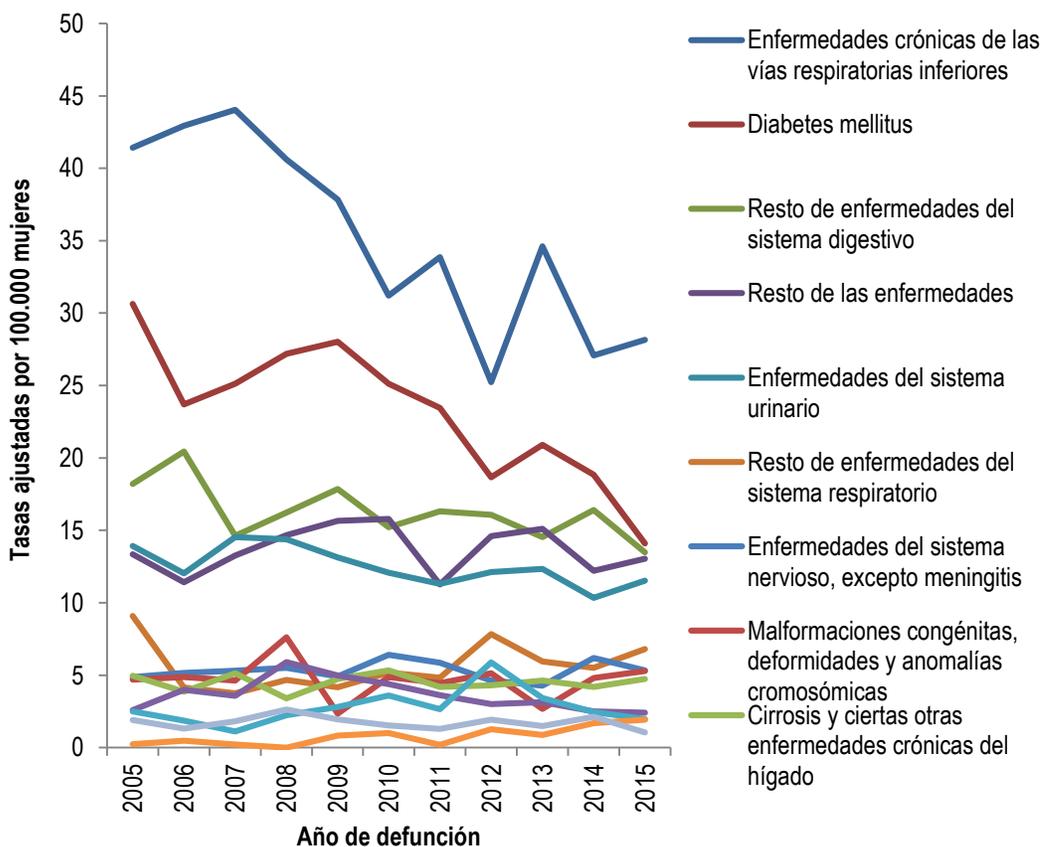


Fuente: DANE. SISPRO

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 lo que concierne a las demás causas. En la primera, las tasas son menores que en los hombres, mientras que en diabetes mellitus se observan tasas de mortalidad más altas, sin embargo, se aprecia disminución en la tasa de mortalidad por diabetes, al pasar de 30.6 por 100.000 mujeres en el 2005 a 18.8 por 100.000 mujeres en el 2014 y en el año 2015 la tasa de mortalidad por diabetes continuó disminuyendo, quedando en 14 por 100.000 mujeres.

El resto de enfermedades del sistema digestivo, es la tercera causa de mortalidad en mujeres dentro de las demás causas, la tendencia entre 2013 y 2014 fue al aumentó al presentar tasas de mortalidad ajustadas de 14.5 por 100.000 mujeres y 16.4 por 100.000 respectivamente y en el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa bajó a 13.5 por 100.000.

Figura 27. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las demás enfermedades en mujeres Risarlada, 2005 – 2015



Fuente: DANE. SISPRO

Al analizar la tabla 8, 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 2014 y 2015:

Mortalidad por accidentes de transporte terrestre, mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, mortalidad por lesiones autoinflingidas, mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento y mortalidad por enfermedades infecciosas.

Tuvieron disminución en las tasas de mortalidad los siguientes:

Tumor maligno de mama, próstata y estómago, diabetes mellitus, homicidios y exposición a fuerzas de la naturaleza.

Al analizar la tendencia en las tasas de mortalidad, las mayores tasas de mortalidad en los años analizados las ocupan los homicidios, sin embargo, la tendencia ha sido a la disminución

En segundo lugar, se encuentran las enfermedades transmisibles con una tasa de mortalidad de 46.3 por 100.000 habitantes en el año 2005, para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 38.5 por 100.000 habitantes, la tendencia desde el año 2011 ha sido hacia el aumento, sin superar la tasa del año 2005.

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 17.4 por 100.000 en el año 2015, la tendencia para los dos últimos años fue a la disminución.

La mortalidad por tumor maligno de la mama pasó de 10.8 por 100.000 mujeres en el año 2013 a 16.1 en el 2014 y en el año 2015 la tasa se mantuvo. Las tasas de mortalidad por esta causa en los dos últimos años han sido las más altas en el período analizado

La mortalidad por tumor maligno de cuello uterino tuvo tendencia 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, disminuyendo en el año 2014 y aumentando nuevamente en el año 2015.

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. Para el año 2015 fue de 13.5 por 100.000 habitantes

En cuanto a la tasa de mortalidad por suicidios, para el último año analizado fue de 6.8 por 100.000 habitantes, más alta que la tasa nacional, igualando la tasa del año 2008.

Tabla 8. SemafORIZACIÓN y Tendencias de las tasas de mortalidad por causas específicas Risaralda, 2005-2015

Causa de muerte	Colombia	Risaralda	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	15,14	16,72	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	11,54	16,07	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	6,59	7,38	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	14,82	14,90	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	11,22	13,50	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	16,62	17,54	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente	4,84	6,80	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,32	1,69	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	25,25	34,20	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades infecciosas (A00-A99)	33,16	38,50	↘	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,38	0,42	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘		

Fuente: DANE. SISPRO

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 y en el año 2014 se presentó disminución al situarse en 4.31 muertes por 1.000 nacidos vivos. Para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa en menores de 1 año fue de 5.94 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%. Para el año 2014 se nota un aumento en la mortalidad por esta causa en menores de 1 año al pasar de 1.5 por 1.000 nacidos vivos en el 2013 a 2.97 en el año 2014 disminuyendo a 2.47 por 1.000 NV en el año 2015

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, para aumentar nuevamente en los año 2014 y 2015 a 0.63 y 0.73 por 1.000 nacidos vivos respectivamente.

Tabla 9. Tasas específicas de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos. Risaralda 2005-2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,24	0,61	0,97	1,00	1,30	0,76	0,50	0,50	0,97	0,54	0,27
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25		0,08	0,09	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,08	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,09	0,09
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,46	0,15	0,00	0,23	0,33	0,34	0,17	0,84	0,62	0,36	0,27
Enfermedades del sistema nervioso	0,39	0,54	0,22	0,08	0,24	0,17	0,08	0,17	0,18	0,36	0,27
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas		0,15	0,22	0,00	0,24	0,08	0,17	0,17	0,44	0,00	0,27
Enfermedades del sistema circulatorio											
Enfermedades del sistema respiratorio	1,70	1,68	1,35	0,92	1,55	1,35	0,75	0,92	0,35	0,63	0,73
Enfermedades del sistema digestivo	0,08	0,23	0,22	0,15	0,33	0,17	0,08	0,25	0,18	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,23	0,07	0,15	0,16	0,08	0,17	0,00	0,09	0,09	0,09
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	8,11	7,11	8,45	6,86	5,29	4,40	5,42	4,45	6,90	4,31	5,94
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,78	2,91	3,44	3,31	1,79	3,21	2,42	2,52	1,50	2,97	2,47
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		0,18	0,18
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	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	0,45	0,18

Fuente: DANE. SISPRO

En niños menores de 1 año la principal causa de muerte 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 fueron de 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 a 7.57 respectivamente. Para el año 2014 la tasa de mortalidad en menores de 1

año por esta causa disminuyó a 3.93 por 1.000 nacidos vivos aumentando en el año 2015 a 6 por 1.000 nacidos vivos.

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, para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 1.78 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 cuatro 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 por 1.000 nacidos vivos, en los niños Risaralda, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	0,89	0,89	1,02	0,59	1,59	0,50	0,66	0,82	1,20	0,54	0,36
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	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	0,18	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,45	0,15		0,15	0,16	0,17	0,16	0,66	0,69	0,36	0,18
Enfermedades del sistema nervioso	0,30	0,89	0,29		0,48	0,00	0,00	0,16	0,17	0,54	0,18
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas											
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,30	0,29	0,00	0,32	0,17	0,00	0,16	0,34	0,00	0,36
Enfermedades del sistema respiratorio	1,94	2,23	1,46	0,88	1,43	2,33	0,49	0,66	0,34	0,89	0,71
Enfermedades del sistema digestivo	0,15	0,30	0,15	0,29	0,32	0,33	0,00	0,33	0,34	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,30	0,15	0,15	0,32	0,17	0,16	0,00	0,17	0,18	0,18
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	3,93	6,06
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3,43	2,82	3,94	2,80	2,54	4,16	2,46	2,31	1,72	3,22	1,78
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1,19	0,30	0,29		1,11	0,33	0,16	0,33		0,18	0,18
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	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		0,48	0,50		0,16		0,71	0,18

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, y para el año 2014 la razón disminuyó a 4.7 por 1.000 nacidos vivos, sin embargo, en el año 2015 se presentó aumento en la mortalidad por esta causa llegando a 5.82 por 1.000 nacidos vivos.

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, para aumentar nuevamente en los 2014 y 2015 con razones de 2.71 y 3.19 muertes por 1.000 nacidos vivos respectivamente. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio, cuya tasa de mortalidad pasó de 0.36 a 0.75 por 1.000 nacidos vivos entre 2014 y 2015.

Tabla 11. Tasas específicas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, en las niñas Risaralda, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	1,60	0,32	0,92	1,45	1,00	1,03	0,34	0,17	0,73	0,54	0,19
Tumores (neoplasias)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	0,00	0,17	0,18	0,00	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0,48	0,16	0,00	0,32	0,50	0,52	0,17	1,03	0,55	0,36	0,38
Enfermedades del sistema nervioso	0,48	0,16	0,15	0,16		0,34	0,17	0,17	0,18	0,18	0,38
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas											
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	0,00	0,15	0,00	0,17	0,00	0,34	0,17	0,55	0,00	0,19
Enfermedades del sistema respiratorio	1,44	1,10	1,23	0,97	1,67	0,34	1,02	1,20	0,36	0,36	0,75
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	0,16	0,31		0,33	0,00	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,16	0,00	0,16	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6,90	7,57	6,43	7,43	3,84	4,99	5,59	2,91	6,20	4,70	5,82
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2,08	3,00	2,91	3,88	1,00	2,24	2,37	2,74	1,28	2,71	3,19
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		0,18	0,19
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	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	0,18	0,19

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, la cual se mantuvo en el año 2014. Para el año 2015 la tasa de mortalidad por causas externas disminuyó a 6.59 por 100.000, lo cual representa una disminución de 66%.

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 21.1 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 6.56 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años. La tasa de mortalidad por esta causa aumentó en el año 2014 a 9.86 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años y disminuyó nuevamente en el año 2015 a 4.94 por 100.000 menores de 1 a 4 años.

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 a 4.85 por 100.000 respectivamente. 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, sin embargo, para los años 2013 y 2014 se presentó un aumento sostenido en la mortalidad por esta causa con tasas de 8.2 y 9.9 por 100.000 menores de 1 a 4 años respectivamente. En el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa fue de 3.29 por 100.000, lo cual representa una disminución de 66% entre 2014 y 2015.

Los tumores son la cuarta causa de mortalidad en este grupo de edad, la tasa más alta de mortalidad por esta causa fue en el año 2010 con 11.4 muertes por 100.000, presentando disminución hasta el año 2013, con tasas de 3.28 por 100.000 en 2012 y 2013. Para el año 2014 se presentó un aumento en la tasa de mortalidad con 8.22 muertes por 100.000 menores de 1 a 4 años y en el año 2015 nuevamente la tasa bajó 3.29 por 100.000.

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, en el año 2014 la tasa de mortalidad fue de 3.29 por 100.000 menores de 1 a 4 años y ésta no presentó variación en el año 2015.

Tabla 12. Tasas específicas de mortalidad en la niñez, por 100.000 menores de 1 a 4 años. Risaralda, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	11,03	11,14	12,84	14,55	21,13	4,89	3,27	14,74	6,56	9,86	4,94
Tumores (neoplasias)	9,45	3,18	9,63	9,70	6,50	11,42	4,91	3,28	3,28	8,22	3,29
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	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,30	6,37	0,00	6,47	3,25	6,52	6,54	9,83	0,00	6,57	3,29
Enfermedades del sistema nervioso	4,73	3,18	4,81	1,62	8,13	1,63	3,27	3,28	0,00	3,29	4,94
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas											
Enfermedades del sistema circulatorio	3,15	1,59	3,21	1,62	4,88	0,00	0,00	1,64	0,00	1,64	3,29
Enfermedades del sistema respiratorio	12,60	15,92	6,42	4,85	8,13	17,94	11,45	3,28	8,20	9,86	3,29
Enfermedades del sistema digestivo	3,15	7,96	1,60	0,00	3,25	4,89	3,27	0,00	4,92	1,64	3,29
Enfermedades del sistema genitourinario	1,58	0,00	0,00	4,85	0,00	1,63	1,64	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	1,64	0,00	0,00	0,00	1,65
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	7,88	4,77	1,60	9,70	6,50	4,89	8,18	9,83	4,92	3,29	3,29
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	3,15	1,59	3,21	1,62	0,00	4,89		1,64	1,64	1,64	3,29
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	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	19,72	6,59

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 muertes por 100.000 niños de 1 a 4 años, 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 y para el año 2014 se presentó una disminución con una tasa de mortalidad de 12.84 por 100.000 niños de 1 a 4 a años. En el año 2015 la tasa de mortalidad por causas externas en niños fue de 3.22 por 100.000, lo cual representa una disminución del 74.9% entre 2014 y 2015.

La segunda causa de mortalidad en este grupo de edad en niños son las enfermedades infecciosas y parasitarias, las cuales han mostrado un aumento en los últimos años pasando de una tasa de mortalidad de 3.2 por 100.000 menores de 1 a 4 años en el año 2011 a 16 por 100.000 en el 2014. Para el año 2015 la tasa disminuyó a 6.43 por 100.000 representando una disminución de 59.8%.

En cuanto 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 y en los años 2014 y 2015 la tasa disminuyó a 9.6 y 6.43 por 100.000 respectivamente.

Tabla 13. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 1 a 4 años, en los niños Risaralda, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	6,20	15,64	6,30	12,67	22,27	6,38	3,20	12,80	9,62	16,06	6,43
Tumores (neoplasias)	6,20		6,30	15,83	6,36	15,95	3,20	6,40	3,21	3,21	6,43
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	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,20	9,38	0,00	6,33	3,18	9,57	3,20	6,40	0,00	6,42	3,22
Enfermedades del sistema nervioso	3,10	3,13	0,00	3,17	0,00	3,19	3,20	0,00	0,00	0,00	3,22
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides											
Enfermedades del sistema circulatorio	6,20	0,00	3,15	0,00	9,54	0,00	0,00	3,20	0,00	0,00	3,22
Enfermedades del sistema respiratorio	12,40	15,64	9,44		6,36	19,14	6,39	6,40	12,82	9,63	6,43
Enfermedades del sistema digestivo	6,20	9,38	0,00	0,00	3,18	6,38	0,00	0,00	9,62	0,00	3,22
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	0,00	0,00	6,33	0,00	3,19	3,20	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	3,20	0,00	0,00	0,00	3,22
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	6,20	6,26	3,15	6,33	6,36	0,00	6,39	12,80	6,41	3,21	3,22
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	0,00	0,00
Todas las demás enfermedades											
Causas externas de morbilidad y mortalidad	27,91	12,51	22,03	9,50	12,72	9,57	15,98	9,60	19,23	12,84	3,22

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 y en el año 2014 a 26.9 por 100.000 niñas de 1 a 4 años. En el año 2015 nuevamente se presentó disminución en la tasa de mortalidad por esta causa quedando en 10.1, lo cual representa una disminución de 62.5% entre 2014 y 2015. 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 3.3 por 100.000, la cual se mantuvo en los años 2014 y 2015. 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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa en niñas aumentó a 10 por 100.000 fue de 0 en el año 2015

Tabla 14. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 1 a 4 años, en las niñas Risaralda, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16,00	6,48	19,64	16,51	19,94	3,34	3,35	16,77	3,36	3,37	3,37
Tumores (neoplasias)	12,80	6,48	13,09	3,30	6,65	6,67	6,70	0,00	3,36	13,47	0,00
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	0,00	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6,40	3,24	0,00	6,60	3,32	3,34	10,04	13,42	0,00	6,73	3,37
Enfermedades del sistema nervioso	6,40	3,24	9,82	0,00	16,61	0,00	3,35	6,71	0,00	6,73	6,75
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides											
Enfermedades del sistema circulatorio	0,00	3,24	3,27	3,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,37	3,37
Enfermedades del sistema respiratorio	12,80	16,20	3,27	9,91	9,97	16,69	16,74	0,00	3,36	10,10	0,00
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	6,48	3,27	0,00	3,32	3,34	6,70	0,00	0,00	3,37	3,37
Enfermedades del sistema genitourinario	3,20	0,00	0,00	3,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	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	3,37	3,37
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	3,37	6,75
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,37	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	26,93	10,12

Fuente: DANE.SISPRO

Menores de 5 años

Como se muestra en la tabla 15, las afecciones originadas en el período perinatal son la principal causa de mortalidad en los menores de 5 años, la mayor tasa de mortalidad por esta causa se presentó en el año 2005 con 133 muertes por 100.000 menores de 5 años y la más baja fue en el año 2010 con 68 muertes por 100.000, la tasa para el año 2013 presentó aumento al alcanzar 102 muertes por 100.000 menores de 5 años, sin embargo para el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa bajó a 63 por 100.000, aumentado a 83 por 100.000 en el año 2015. La segunda causa de mortalidad en este grupo de edad son las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, entre el año 2013 y 2014 se pasó de una tasa de 26.1 a 45.9 por 100.000 menores de 5 años y en el año 2015 la tasa disminuyó a 38.2 por 100.000 menores de 5 años. Le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con tendencia a la disminución a partir del año 2010 hasta el 2013 pero con aumento en la tasa en el año 2014, disminuyendo nuevamente en el año 2015. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias es la cuarta causa de mortalidad en este grupo de edad y como se muestra en la tabla la tasa más alta se presentó en el año 2009 con 37 muertes por 100.000 menores de 5 años y la más baja en el año 2011 con 10.4. Sin embargo, en los años 2012 y 2013 éstas aumentaron a 19.6 muertes por 100.000. En el año 2014 la tasa de mortalidad por esta causa disminuyó al igual que en el año 2015, con una disminución de 49.9% entre 2014 y 2015.

Tabla 15. Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	29,21	19,19	27,02	28,48	37,69	15,64	10,44	19,61	19,65	15,75	7,89
Tumores (neoplasias)	7,62	2,56	7,72	7,77	5,20	13,03	3,92	3,92	3,93	6,56	2,63
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,27	1,28	1,29	1,29	1,30	1,30	1,31	0,00	1,31	1,31	1,32
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,70	7,68	0,00	9,06	7,80	10,42	7,83	20,92	9,17	10,50	6,58
Enfermedades del sistema nervioso	10,16	11,52	7,72	2,59	10,40	3,91	3,92	5,23	2,62	7,87	7,89
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	2,54	3,84	6,43	1,29	7,80	1,30	2,61	3,92	6,55	1,31	6,58
Enfermedades del sistema respiratorio	38,10	40,94	28,30	19,42	31,19	35,18	20,88	17,00	11,79	17,06	13,16
Enfermedades del sistema digestivo	3,81	10,24	5,15	2,59	7,80	6,52	3,92	3,92	6,55	1,31	2,63
Enfermedades del sistema genitourinario	1,27	3,84	1,29	6,47	2,60	2,61	3,92	0,00	1,31	1,31	1,32
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	133,34	118,99	145,38	115,20	84,47	67,76	86,14	69,29	102,16	63,00	86,83
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	52,06	52,46	60,47	63,42	33,79	53,43	44,38	47,06	26,19	45,94	38,15
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	16,51	5,12	7,72	2,59	10,40	11,73	2,61	5,23	1,31	3,94	5,26
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,31	0,00	1,31	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	30,48	16,63	23,16	9,06	19,49	14,33	11,75	9,15	17,03	22,31	7,89

Fuente: DANE.SISPRO

En los niños, la principal causa de mortalidad en este grupo de edad son las afecciones originadas en el período perinatal, con un aumento en la tasa durante los años 2012 y 2013 y disminución en el año 2014, para aumentar nuevamente en el año 2015, el aumento en la tasa entre 2014 y 2015 fue de 59.5%. La segunda causa de mortalidad son las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, donde se observa disminución en la tasa de mortalidad entre 2014 y 2015 al pasar de 48.7 a 31.2 por 100.000, lo cual representa una disminución de 42%. La tercera causa de mortalidad en los menores de 5 años son el grupo de enfermedades del sistema respiratorio, se evidencian tasas altas de mortalidad en los años 2005, 2006 y 2007, con una disminución significativa en el año 2008 al situarse la tasa en 15.2 por 100.000 menores de 5 años, sin embargo, en el año 2009 ésta aumento a 27.9 y en el año 2010 a 50.9 por 100.000 año en el cual se presentó la tasa de mortalidad más alta por esta causa en los niños. La tasa de mortalidad en niños por esta causa para el año 2015 fue de 15.42 por 100.000 y comparada con la del año 2014 tuvo una disminución del 24.8%. En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, la tendencia ha sido al aumento en los años 2012 y 2013 y contrario a lo anterior hubo disminución entre los años 2014 y 2015 al pasar de 20.5 a 10.3 respectivamente, lo cual representa una disminución de 49.8% en la tasa de mortalidad.

Tabla16 . Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, en los niños 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Hombres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	19,98	27,60	22,66	20,25	43,18	12,74	12,75	22,99	25,58	20,51	10,28
Tumores (neoplasias)	5,00		5,04	12,65	5,08	15,28	2,55	5,11	2,56	2,56	5,14
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,00	0,00	0,00	0,00	2,54	2,55	0,00	0,00	0,00	2,56	0,00
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,49	10,04		7,59	5,08	10,19	5,10	15,32	10,23	10,26	5,14
Enfermedades del sistema nervioso	7,49	17,57	5,04	2,53	7,62	2,55	2,55	2,55	2,56	7,69	5,14
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio	5,00	5,02	7,55		12,70	2,55		5,11	5,12		7,71
Enfermedades del sistema respiratorio	42,47	50,19	32,73	15,19	27,94	60,94	12,75	15,32	15,35	20,51	15,42
Enfermedades del sistema digestivo	7,49	12,55	2,52	5,06	7,62	10,19	0,00	5,11	12,79	0,00	2,57
Enfermedades del sistema genitourinario	0,00	5,02	2,52	7,59	5,08	5,09	5,10	0,00	2,56	2,56	2,57
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	154,88	112,92	178,76	108,83	106,69	58,58	84,16	91,95	112,57	56,41	89,96
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	62,45	52,70	70,50	53,15	45,72	63,67	43,36	45,97	30,70	48,72	28,27
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	22,48	5,02	5,04		17,78	12,74	2,55	7,66	0,00	2,56	2,57
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	29,98	12,55	22,66	7,59	17,78	15,28	12,75	10,22	15,35	20,51	5,14

Fuente: DANE.SISPRO

En las niñas al igual que en los niños la principal causa de mortalidad son las afecciones originadas en el período perinatal, sin embargo, las tasas son menores. Entre los años 2012 y 2013 la tasa de mortalidad pasó de 45.5 por 100.000 niñas menores de 5 años a 91.2 por 100.000 para disminuir en el año 2014 a 69.9 muertes por 100.000 niñas menores de 5 años, aumentando la tasa a 83.6 por 100.000 en el año 2015, lo cual representa un aumento de 19.5%. La segunda causa de muerte son las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas, con una disminución significativa en la tasa entre 2012 y 2013 al pasar de 48.2 por 100.000 a 21.5 sin embargo para los años 2014 y 2015 la tasa de mortalidad por esta causa en niñas continuó en aumento al pasar de 43 a 48.5 muertes por 100.000 niñas menores de 5 años respectivamente. La tercera causa de mortalidad en niñas menores de 5 años son las enfermedades del sistema respiratorio, la tasa de mortalidad por esta causa en el año 2014 fue de 13.4 por 100.000, disminuyendo a 10.78 en el año 2015 lo cual significa una disminución de 19.5% en la tasa. En cuanto a las enfermedades infecciosas y parasitarias, la tasa de mortalidad en niñas por esta causa para el año 2011 fue de 8 por 100.000 niñas, para aumentar en el año 2012 a 16.1 por 100.00 y disminuir en el año 2013 a 13.4, la disminución continuó en los años 2014 y 2015 con 10.8 y 5.4 muertes por 100.000 niñas menores de 5 años respectivamente. La mortalidad por causas externas ha tenido tendencia a la disminución en las niñas entre los años 2014 y 2015 como se muestra en la tabla.

Tabla17 . Tasas específicas de mortalidad en la niñez por 100.000 menores de 5 años, en las niñas 2005 – 2015

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Mujeres										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	38,74	10,44	31,57	37,09	31,93	18,68	8,02	16,07	13,42	10,76	5,39
Tumores (neoplasias)	10,33	5,22	10,52	2,65	5,32	10,67	5,35	2,68	5,37	10,76	0,00
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	2,58	2,61	2,63	2,65	0,00	0,00	2,67	0,00	2,68	0,00	2,70
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	12,91	5,22		10,60	10,64	10,67	10,69	26,78	8,05	10,76	8,09
Enfermedades del sistema nervioso	12,91	5,22	10,52	2,65	13,30	5,34	5,35	8,03	2,68	8,07	10,78
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Enfermedades del sistema circulatorio		2,61	5,26	2,65	2,66		5,35	2,68	8,05	2,69	5,39
Enfermedades del sistema respiratorio	33,58	31,33	23,68	23,84	34,59	18,68	29,41	18,75	8,05	13,44	10,78
Enfermedades del sistema digestivo	0,00	7,83	7,89	0,00	7,98	2,67	8,02	2,68	0,00	2,69	2,70
Enfermedades del sistema genitourinario	2,58	2,61	0,00	5,30	0,00	0,00	2,67	0,00	0,00	0,00	0,00
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	111,06	125,30	110,51	121,87	61,20	77,38	88,22	45,53	91,24	69,91	83,55
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	41,33	52,21	49,99	74,18	21,29	42,69	45,44	48,21	21,47	43,02	48,51
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	10,33	5,22	10,52	5,30	2,66	10,67	2,67	2,68	2,68	5,38	8,09
Todas las demás enfermedades	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,68	0,00	2,69	0,00
Causas externas de morbilidad y mortalidad	30,99	20,88	23,68	10,60	21,29	13,34	10,69	8,03	18,78	24,20	10,78

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 2015 se han presentado 93 muertes por diarrea en menores de 5 años, predominando en los menores de 1 año. Sin embargo, la tendencia ha sido a la disminución. La segunda causa de mortalidad dentro de este subgrupo de causas la constituye la septicemia con 21 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 y para el año 2014 no se presentaron muertes por esta causa en menores de 5 años, pero en el año 2015 hubo dos muertes por septicemia.

En tercer lugar, se ubican el resto de enfermedades infecciosas con 17 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 y para el año 2014 se presentaron dos muertes en el grupo de edad de 1 a 4 años y para el año 2015 no hubo muertes por esta causa.

La cuarta causa de mortalidad en este grupo la constituyen otras enfermedades virales con 16 muertes, las cuales predominaron en menores de 1 año. Para los años 2014 y 2015 no hubo 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 11 muertes por esta causa entre los años 2005 y 2015.

Tabla 18. Número de muertes por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Menores de 5 años	10	10	14	16	14	5	3	5	7	6	3
	Entre 1 y 4 años	4	4	5	6	6	1	2	2	3	2	2
	Menores de 1 año	6	6	9	10	8	4	1	3	4	4	1
Otras enfermedades infecciosas intestinales	Menores de 5 años	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0
	Entre 1 y 4 años	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Tuberculosis	Menores de 5 años	1	1	1	1	3	1	0	1	1	1	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	3	1	0	1	1	1	0
	Menores de 1 año	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	Menores de 5 años	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Infección Meningocócica	Menores de 5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Septicemia	Menores de 5 años	3	0	1	1	5	1	3	4	1	0	2
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	1	0	0	3	0	0	2
	Menores de 1 año	3	0	1	0	4	1	3	1	1	0	0
Enfermedad por el Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Menores de 5 años	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Otras enfermedades virales	Menores de 5 años	0	0	3	1	5	2	1	2	2	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	0	0	1	1	4	2	1	1	2	0	0
Paludismo	Menores de 5 años	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Menores de 5 años	4	1	1	2	1	2	0	2	2	2	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	1	1	0	1	0	2	0
	Menores de 1 año	3	1	1	1	0	1	0	1	2	0	0

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de Tumores (neoplasias)

Se presentaron 16 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 presentó una muerte por leucemia, en el año 2014 dos y en el 2015 una.

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. No hubo muertes en los años 2014 y 2015

Tabla 19. Número de muertes por tumores, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Leucemia	Menores de 5 años	3	1	3	2	1	2	0	0	1	2	1
	Entre 1 y 4 años	3	1	3	2	1	2	0	0	1	2	1
	Menores de 1 año	0	0	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	0	0
	Entre 1 y 4 años	3	1	1	4	2	4	1	1	1	0	0
	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	2	0	0	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 5 muertes por anemia y 4 por el resto de enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos en el período analizado.

Tabla 20. 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 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Anemias	Menores de 5 años	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1

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 70 muertes entre los años 2005 y 2015, el mayor número de muertes se presentó en el año 2012 con 16, 10 de las cuales corresponden a menores de 1 año. Para el año 2013 hubo una disminución en el número de muertes al presentarse 6 muertes todas ellas en menores de 1 año. Para el año 2014 fueron 8 muertes de las cuales 4 corresponden a menores de 1 año y 4 a niños entre 1 y 4 años y para el año 2015 se presentaron 4 muertes por desnutrición, de las cuales dos corresponden a menores de 1 año y dos a niños entre 1 y 4 años.

Tabla 21. Número de muertes por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	Menores de 5 años	8	4	0	7	5	7	5	16	6	8	4
	Entre 1 y 4 años	3	2	0	4	2	4	4	6	0	4	2
	Menores de 1 año	5	2	0	3	3	3	1	10	6	4	2
Resto de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Menores de 5 años	2	2	0	0	1	1	1	0	1	0	1
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1

Fuente: DANE. SISPRO

Subgrupo de las enfermedades del sistema nervioso

La principal causa de mortalidad en este grupo son el resto de enfermedades del sistema nervioso, con 38 muertes en todos los años analizados. Se ha presentado tendencia al aumento, presentándose en el año 2014 cuatro muertes y aumentando a 5 en el año 2015.

La meningitis es la segunda causa de mortalidad en este grupo, entre los años 2005 y 2015 se han presentado 19 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. Para el año 2014 se presentaron dos muertes en menores de 1 año por esta causa y en el año 2015 una muerte.

Tabla 22 Número de muertes por enfermedades del sistema nervioso Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Meningitis	Menores de 5 años	4	4	2	1	2	1	0	2	0	2	1
	Entre 1 y 4 años	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
	Menores de 1 año	3	3	1	1	1	1	0	1	0	2	1
Resto de enfermedades del sistema nervioso	Menores de 5 años	4	5	4	1	6	2	3	2	2	4	5
	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	4	1	2	1	1	2	3
	Menores de 1 año	2	4	2	0	2	1	1	1	1	2	2

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 163, de las cuales el 70.5 % corresponden a menores de 1 año con 115 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 sin embargo para el año 2014 el número de muertes por neumonía en menores de 5 años aumentó a 9 disminuyendo a 6 en el año 2015

En cuanto a otras infecciones respiratorias agudas como causa de mortalidad, se presentaron en los años analizados 21 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 27.

Tabla 23. Número de muertes por enfermedades del sistema respiratorio, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Neumonía	Menores de 5 años	25	24	19	11	16	24	12	11	6	9	6
	Entre 1 y 4 años	7	9	2	2	3	10	5	2	3	4	1
	Menores de 1 año	18	15	17	9	13	14	7	9	3	5	5
Otras infecciones respiratorias agudas	Menores de 5 años	3	4	0	3	4	1	3	0	1	0	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1
	Menores de 1 año	2	4	0	3	3	1	1	0	1	0	1
Resto de enfermedades del sistema respiratorio (J30-J98)	Menores de 5 años	2	4	3	1	4	2	1	2	2	4	2
	Entre 1 y 4 años	0	1	2	1	1	1	0	1	2	2	1
	Menores de 1 año	2	3	1	0	3	1	1	1	0	2	1

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 200 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. Para el año 2014 el número de muertes por esta causa aumentó a 21 y disminuyó a 18 en el año 2015

La segunda causa de muerte en este subgrupo está representada por otras afecciones respiratorias del recién nacido con un total de 161 muertes entre 2005 y 2015, 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 y para el año 2014 el número de muertes por esta causa bajó a 6, aumentando a 7 en el año 2015

En tercer lugar, en mortalidad en este subgrupo se encuentra la dificultad respiratoria del recién nacido con 139 casos. El año con mayor número de muertes por esta causa fue el 2005, para el año 2014 se nota disminución con sólo una muerte reportada, aumentando a 3 en el año 2015.

La cuarta causa de mortalidad perinatal la constituye feto y recién nacidos afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, trabajo de parto y parto, con 92 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, para el año 2014 el número de muertes perinatales por esta causa disminuyó a 2, para aumentar a 7 en el año 2015. En el quinto lugar la sepsis bacteriana del recién nacido con 63 casos, igualmente con tendencia al aumento al pasar de 3 muertes en el año 2014 a 16 en el año 2015, este último año es en el que más muertes por esta causa se han presentado.

Tabla 24. Número de muertes por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
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	2	7
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	0	4	5	6
Traumatismo del nacimiento (P10-P15)	Menores de 1 año	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Hipoxia intrauterina y asfixia del	Menores de 1 año	6	1	6	4	2	3	4	0	4	6	6

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
nacimiento (P20-P21)												
Dificultad respiratoria del recién nacido (P22)	Menores de 1 año	18	21	25	15	14	8	9	12	13	1	3
Neumonía congénita (P23)	Menores de 1 año	4	5	2	1	2	3	2	2	3	2	3
Otras afecciones respiratorias del recién nacido (P24-P28)	Menores de 1 año	27	24	18	14	14	11	16	10	14	6	7
Sepsis bacteriana del recién nacido (P36)	Menores de 1 año	11	9	10	5	5	4	7	8	4	3	16
Onfalitis del recién nacido con o sin hemorragia leve (P38)	Menores de 1 año	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
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	2	0
Resto de afecciones perinatales (P29, P35, P37, P39, P70-P96)	Menores de 1 año	21	13	25	30	14	12	14	15	17	21	18

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 161 muertes casos en los años analizados, de los cuales 142 corresponden a menores de 1 año, lo cual corresponde al 88%. La tendencia en la mortalidad por esta causa fue hacia la disminución llegando a 3 muertes en el año 2013, pero en el 2014 el número de muertes por esta causa aumentó a 15, para disminuir a 11 en el año 2015.

La segunda causa de muerte dentro de las malformaciones congénitas en menores de un año es otras malformaciones congénitas con 126 muertes en los años analizados, la tendencia ha sido al aumento en los últimos años, al pasar de 7 en el año 2013 a 10 en el año 2014 y a 12 en el año 2015.

La tercera causa de mortalidad en este subgrupo la constituyen las otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio, con 43 muertes, las cuales afectaron primordialmente a los menores de 1 año. La tendencia para el año 2015 ha sido a la disminución.

Tabla 25. Número de muertes por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Hidrocéfalo congénito y espina bífida (Q03,Q05)	Menores de 5 años	2	6	1	6	0	4	1	2	2	0	2
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Menores de 1 año	1	6	1	5	0	4	1	2	2	0	1
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso (Q00-Q02, Q04, Q06-Q07)	Menores de 5 años	3	2	3	2	4	2	2	4	2	2	0
	Entre 1 y 4 años	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	Menores de 1 año	2	2	3	2	4	2	2	2	2	2	0
Malformaciones congénitas del corazón (Q20-Q24)	Menores de 5 años	20	19	19	20	13	19	10	10	5	15	11
	Entre 1 y 4 años	3	1	0	3	2	3	1	1	2	2	1
	Menores de 1 año	17	18	19	17	11	16	9	9	3	13	10
Otras malformaciones congénitas del sistema circulatorio (Q25-Q28)	Menores de 5 años	5	3	5	4	2	4	6	6	3	5	1
	Entre 1 y 4 años	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
	Menores de 1 año	5	3	5	3	2	4	5	6	3	5	1
	Menores de 5 años	1	1	0	3	0	2	1	1	1	3	3

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas (Q90-Q99)	Entre 1 y 4 años	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Menores de 1 año	1	0	0	3	0	2	1	1	1	3	3
Otras malformaciones congénitas (Q30-Q89)	Menores de 5 años	10	10	19	14	7	10	14	13	7	10	12
	Entre 1 y 4 años	0	1	1	1	2	0	3	3	1	0	0
	Menores de 1 año	10	9	18	13	5	10	11	10	6	10	12

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 muertes por esta causa. En el año 2014 se presentó una muerte y para el año 2015 no se presentaron muertes por esta causa.

Tabla 26. Número de muertes por signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Síndrome de muerte súbita infantil (R95)	Menores de 1 años	9	2	2	0	2	1	1	3	0	1	0
Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R94, R96-R99)	Menores de 5 años	4	2	4	2	6	8	1	1	1	2	4
	Entre 1 y 4 años	2	1	2	1	0	3	0	1	1	1	2
	Menores de 1 año	2	1	2	1	6	5	1	0	0	1	2

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 40 muertes y con tendencia al aumento en el año 2014 con tres muertes, las cuales se mantuvieron en el año 2015. El ahogamiento y sumersión accidentales con 33 muertes en los años analizados ocupa el segundo lugar y su tendencia ha sido hacia la disminución. En tercer lugar, se ubica todas las demás causas externas con 28 muertes y con tendencia a la disminución.

Tabla 27. Número de muertes causas externas de morbilidad y mortalidad, Risaralda, 2005 – 2015

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
Accidentes de transporte (V01-V99)	Menores de 5 años	4	1	4	1	1	0	2	1	1	3	3
	Entre 1 y 4 años	3	1	4	1	1	0	2	1	1	3	2
	Menores de 1 año	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ahogamiento y sumersión accidentales (W65-W74)	Menores de 5 años	7	4	6	1	3	1	2	0	5	3	1
	Entre 1 y 4 años	7	3	6	1	2	1	2	0	5	3	1
	Menores de 1 año	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Otros accidentes que obstruyen	Menores de 5 años	4	3	4	1	5	5	4	4	1	7	2
	Entre 1 y 4 años	2	1	1	0	3	4	2	2	1	3	1

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	Número de muertes 2014	Número de muertes 2015
la respiración (W75-W84)	Menores de 1 año	2	2	3	1	2	1	2	2	0	4	1
Exposición al humo, fuego y llamas (X00-X09)	Menores de 5 años	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
	Entre 1 y 4 años	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
	Menores de 1 año	0	0	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	4	0
	Entre 1 y 4 años	1	2	0	0	0	1	0	0	0	3	0
	Menores de 1 año	2	1	0	0	0	2	0	1	1	1	0
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	0	0
	Entre 1 y 4 años	2	2	3	2	3	1	1	1	4	0	0
	Menores de 1 año	4	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0

Fuente: DANE. SISPRO

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

En la tabla 28 se muestra la semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y de la niñez. Se compara el indicador del país con el departamento, encontrando que todos los indicadores quedan en amarillo al no existir diferencias estadísticamente significativas entre el indicador nacional y el departamental, excepto en el indicador de mortalidad materna el cual queda en verde para Risaralda ya que es estadísticamente más bajo que el de la nación.

En cuanto a la tendencia, se nota que todos los indicadores han presentado tendencia a la disminución entre 2014 y 2015 excepto mortalidad infantil y mortalidad neonatal.

Tabla 28. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, Risaralda, 2005- 2015

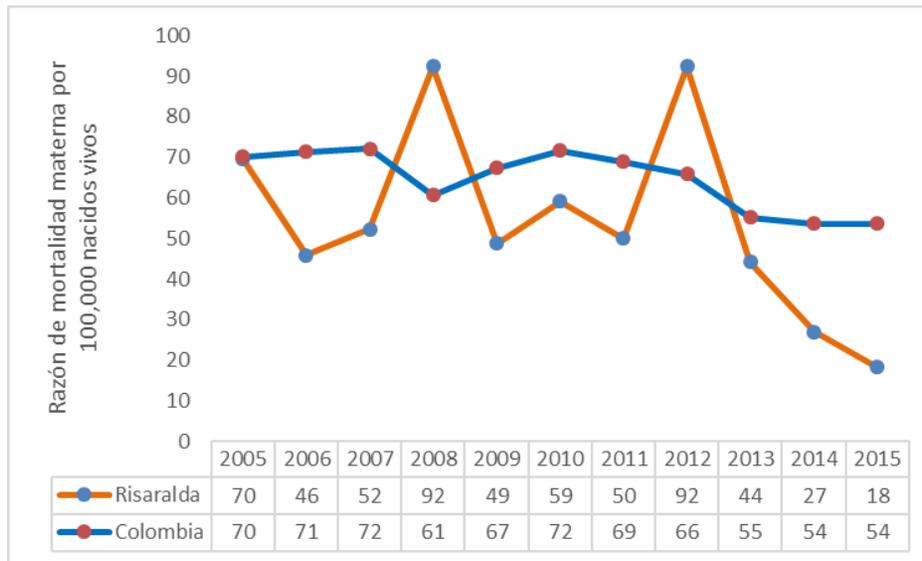
Causa de muerte	Colombia	Risaralda	Comportamiento												
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
Razón de mortalidad materna	53,71	18,28	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad neonatal	7,01	6,90	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad infantil	10,96	10,80	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad en la niñez	13,23	13,10	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	13,17	10,50	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	3,29	3,95	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	6,83	5,26	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	

Fuente: DANE.SISPRO

Mortalidad materna

La Razón de mortalidad materna ha tenido tendencia al descenso, en el año 2005 ésta se situó en 70. por cien mil nacidos vivos, para bajar en el año 2006 a 45.9, 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 92.4 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. En el año 2014 la razón de mortalidad materna quedó en 27 por 100.000 nacidos y en el año 2015 disminuyó a 18.3. Las razones siempre han sido más bajas que las de la nación, excepto en los años 2008 y 2011.

Figura 27.Razón de mortalidad materna, Risaralda, 2005 -2015

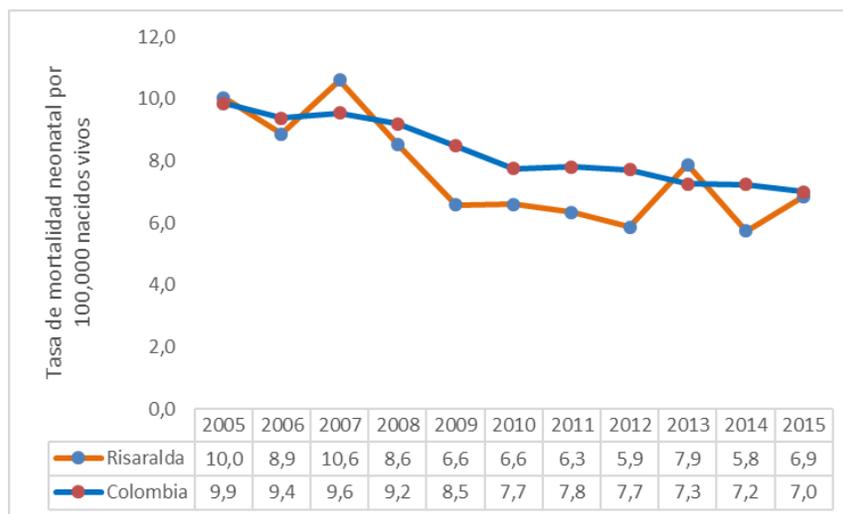


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad Neonatal

Las tasas de mortalidad neonatal en el departamento siempre han sido más bajas que las de la nación excepto en los años 2007 y 2013. Para el año 2014 se nota una disminución en la tasa de mortalidad por esta causa pasando de 7.9 por 100.000 NV en el 2013 a 5.8 por 100.000 NV en el 2014 y para el 2015 se nota aumento en la tasa al quedar en 6.9 por 100.000 nacidos vivos, similar a la de la nación.

Figura 28. Tasa de mortalidad neonatal, Risaralda, 2005- 2015

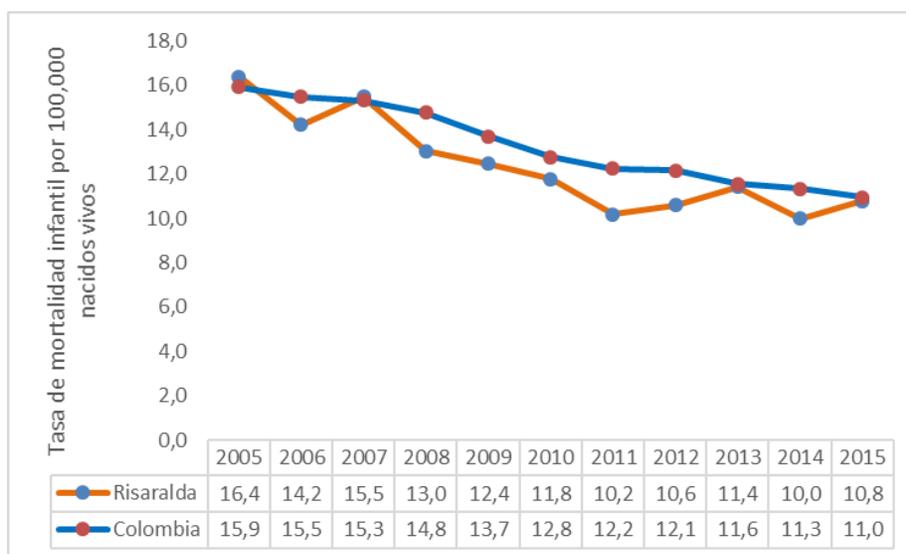


Fuente: SIVIGILA

Mortalidad infantil

En todos los años analizados, (2005-2015), la tasa de mortalidad infantil del departamento de Risaralda se ha situado por debajo de la nacional, con excepción del año 2005 donde la tasa de mortalidad infantil fue de 16.4 por 100.000 NV para el departamento y de 15.9 por 100.000 NV 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 para el año 2014 se presentó una disminución en la tasa de mortalidad infantil con 10 muertes por 100.000 NV la cual aumentó a 10.8 en el año 2015.

Figura 29. Tasa de mortalidad infantil, Risaralda, 2005- 2015

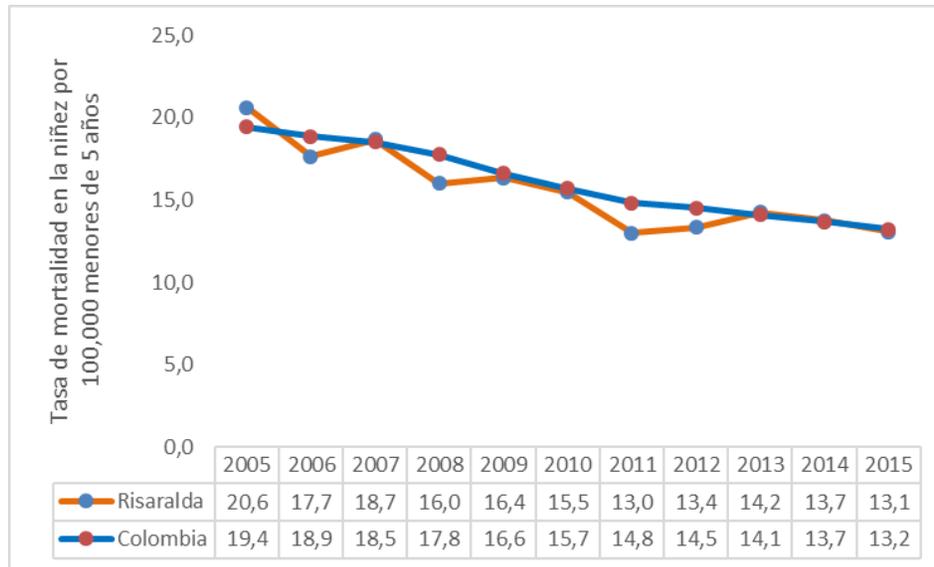


Fuente: DANE

Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez más alta 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. Para el año 2014 la tasa de mortalidad en la niñez en el departamento fue igual a la de la nación con 13.7 muertes por 100.000 menores de 5 años, disminuyendo a 13.1 por 100.000 en el año 2015 muy similar a la de la nación.

Figura 30. Tasa de mortalidad en la niñez, Risaralda, 2005- 2015

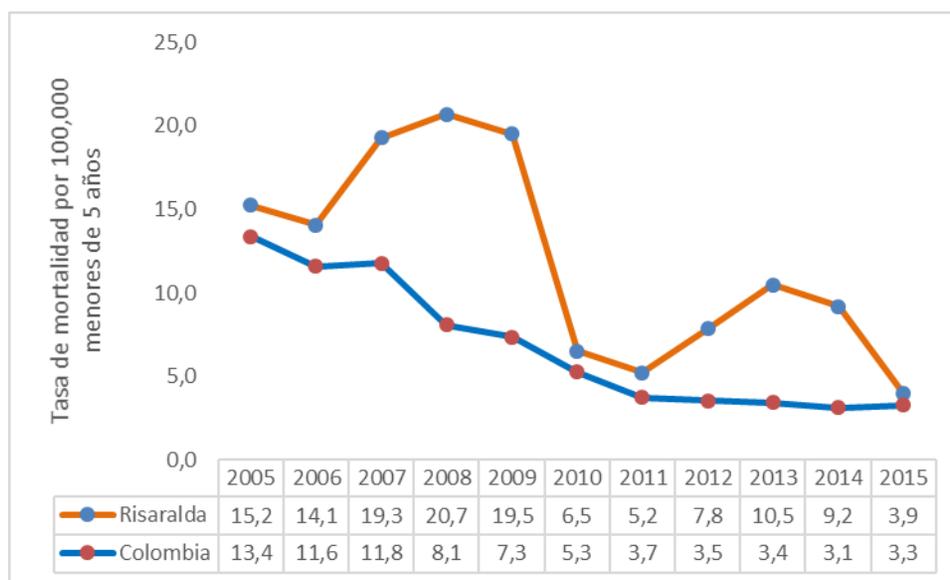


Fuente: DANE

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

Como se observa en la figura 31, 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 14.1 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 por 100.000 menores de 5 años 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 para disminuir en los años 2014 y 2015 a 9.2 y 3.9 muertes por 100.000 menores de 5 años, más alta que la de Colombia la cual quedó en 3.3 por 100.000.

Figura 31. Tasa de mortalidad por EDA, Risaralda, 2005- 2015

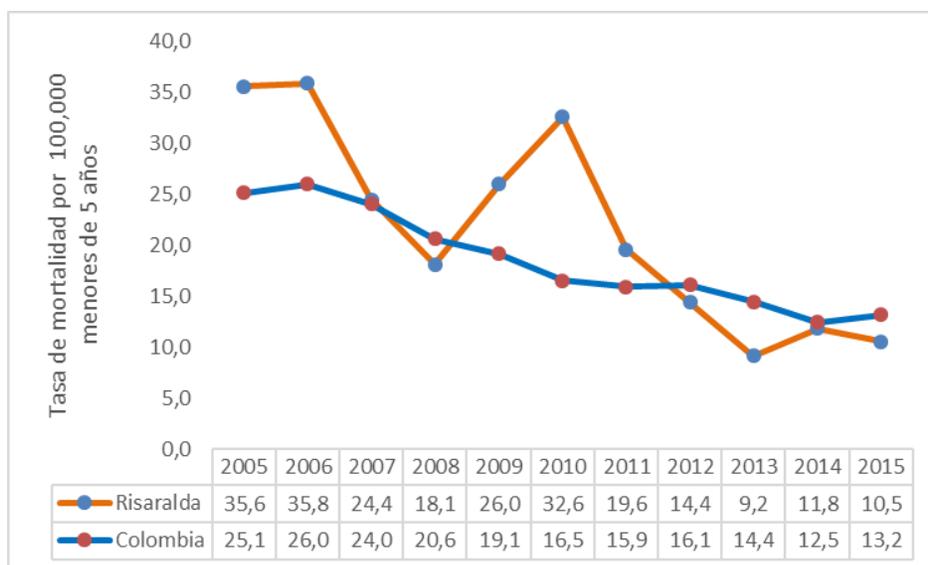


Fuente: SIVIGILA

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 menores de 5 años, 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 por 100.000 respectivamente, siendo en estos dos últimos años más baja que la tasa de mortalidad nacional. En el año 2014 la tasa de mortalidad por IRA aumentó a 11.8 por 100.000 menores de 5 años, disminuyendo a 10.8 por 100.000 en el año 2015 siendo más baja que la tasa nacional como se muestra en la figura.

Figura 32. Tasa de mortalidad por IRA, Risaralda, 2005- 2015



Fuente: SIVIGILA

Mortalidad por desnutrición crónica

Como se muestra en la figura, 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 9.1 por 100.000 menores de 5 años, mientras que para Colombia fue de 8.2. En el año 2012 se observa el pico más alto en el departamento con una tasa de mortalidad de 20.9 por 100.000, mientras que para Colombia ésta fue de 7.6 por 100.000 menores de 5 años. En el año 2013 la tasa de mortalidad por desnutrición en el departamento bajó a 7.9 muertes por 100.000 menores de 5 años para aumentar nuevamente en el año 2014 a 10.5 muertes por 100.000 disminuyendo la tasa de mortalidad por esta causa en el año 2015 a 5.3 por 100.000 menores de 5 años.

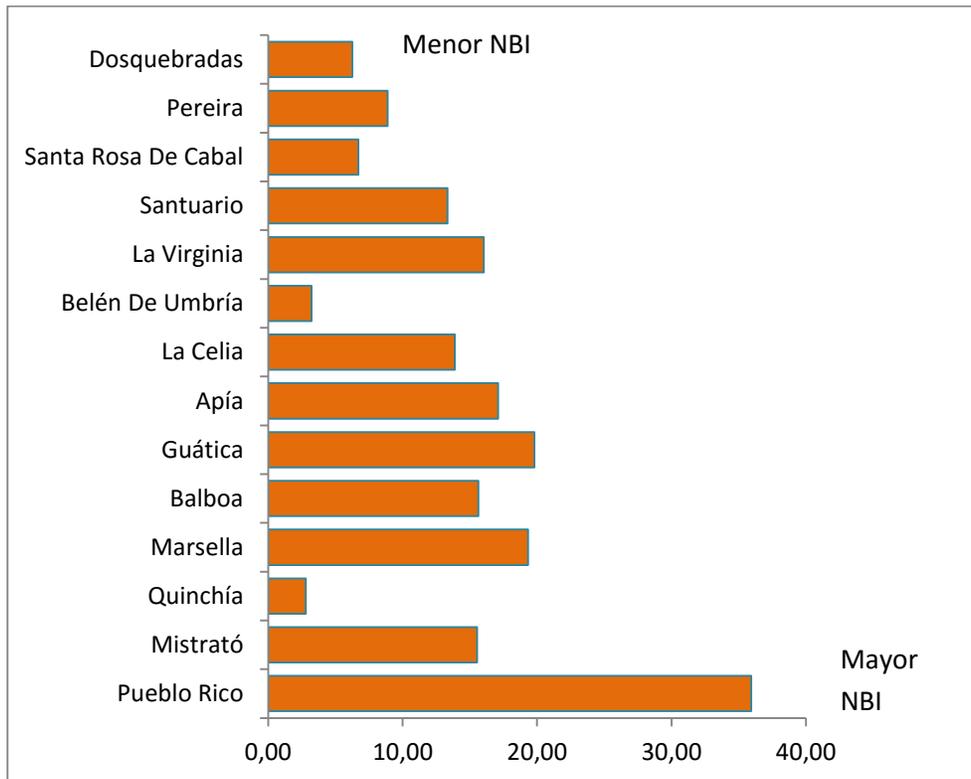
Figura 33. Tasa de mortalidad por desnutrición, Risaralda, 2005- 2015



Fuente: SIVIGILA

Determinantes intermediarios

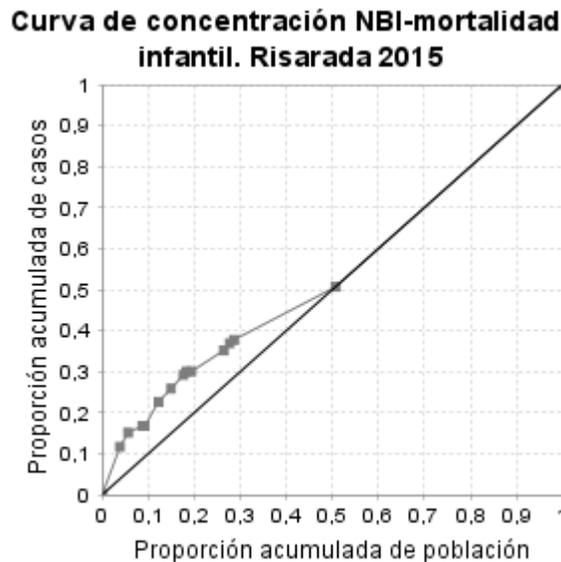
Figura 34. Tasa de mortalidad infantil según nivel de necesidades básicas insatisfechas en el departamento, 2014



FUENTE: DANE-SISPRO

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 30% de la población más pobre, experimenta el 40% de la mortalidad infantil.

Figura 35. Índice de concentración de los indicadores del abordaje materno – infantil y la niñez según el NBI
Risaralda, 2015



Determinantes estructurales

Etnia

Se analiza la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad perinatal entre los años 2009 y 2015, 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 la razón de los indígenas y para los años 2014 y 2015 no hubo muertes maternas en la población afro en el departamento.

En lo que se refiere a otras etnias, es decir mestizos, se presentaron muertes maternas en todos los años analizados y la razón más alta fue en el año 2012 con 92 muertes por 100.000 NV, disminuyendo a 19.4 por 100.000 NV en el 2013 y 19.8 en el año 2014 para aumentar la razón en el año 2015 a 19.9 por 100.000 nacidos vivos.

En lo concerniente a mortalidad neonatal la tasa para los indígenas, en el año 2009 la tasa fue de 15 por 100.000 nacidos vivos y en el año 2014 de 6.5 por 100.000 NV lo cual representa un descenso de 57%, sin embargo, para el año 2015 ésta aumentó a 14.43 por 100.000 NV representando un aumento del 54%. 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 fue al aumento entre 2012 y 2013, para disminuir en el año 2014 y aumentar en el año 2015 como se muestra en la tabla.

Tabla 29. Indicadores de Razón de mortalidad materna y la Tasa de mortalidad neonatal por etnia del Risaralda, 2009 – 2015

Etnia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos							
Indígena	0	374,53	134,77	129,70	275,86	129,20	0
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	323,62	347,22	0	0	416,67	0	0
Otras Etnias	43,16	44,46	45,55	91,95	19,36	19,76	19,91
Total general	48,82	59,21	50,05	92,40	44,24	26,95	18,28
Mortalidad neonatal por 100.000 nacidos vivos							
Indígena	15,04	18,73	17,52	7,78	8,28	6,46	14,43
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	3,24	27,78	14,08	21,46	12,50	17,02	15,08
Otras Etnias	6,04	5,42	5,28	5,06	7,55	5,04	6,07
Total general	6,59	6,60	6,34	5,88	7,87	5,75	6,86

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 el año 2013 la razón de mortalidad materna para la cabecera municipal y área rural dispersa fue muy parecida, con 46.9 y 46.4 por 100.000 NV respectivamente. Para el año 2014 la mortalidad materna se concentró en el centro poblado y la razón fue de 180.6 por 100.000 NV mientras que para la cabecera municipal para ese mismo año fue de 23.6 por 100.000 NV. En el año 2015 la mortalidad materna se concentró en la cabecera municipal con una razón de 23.78 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, disminuyendo para el año 2014 a 7.6 y aumentando a 9.5 por 100.000 NV en el año 2015.

En la cabecera municipal se pasó de una tasa de mortalidad neonatal de 7.2 por 100.000 NV en el año 2013 a 5 por 100.000 NV en el año 2014 para aumentar a 6.3 por 100.000 NV en el año 2015.

Tabla 30. Indicadores de Razón de mortalidad materna y Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia Risaralda, 2009 – 2015

Área	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos							
Cabecera	52,20	32,39	22,23	79,24	46,86	23,63	23.78
Centro Poblado	0	311,04	0	283,29	0	180,51	0
Área rural dispersa	55,90	104,33	232,96	98,04	46,38	0	0
Mortalidad neonatal por 100.000 nacidos vivos							

Cabecera	6,05	5,94	6,11	6,45	7,15	5,08	6.30
Centro Poblado	6,59	4,67	4,80	4,25	4,93	9,03	6.39
Área rural dispersa	8,94	9,91	9,32	4,90	11,13	7,58	9.45
Total general	6,59	6,60	6,34	5,88	7,87	5,75	6.86

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 31. Identificación de prioridades en salud Risaralda, 2015

Mortalidad	Prioridad	Risaralda	Colombia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2015	Grupo de Riesgo MIAS
Mortalidad general por grandes causas	enfermedades del sistema circulatorio	164.6	153.9	Aumentó	001

Mortalidad	Prioridad	Risaralda	Colombia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2015	Grupo de Riesgo MIAS
	Neoplasias	119.7	93.2	Disminuyó	007
	Causas Externas	71.8	58.3	Aumentó	000
	las enfermedades transmisibles	38.5	33.2	Aumentó	009
	Tasa ajustada de AVPP por las demás causas	1856	2140	Aumentó	000
Mortalidad específica por subgrupo	Tumor maligno de la mama	16	11.5	Se mantuvo	007
	Tumor maligno del útero	7.38	6.6	Disminuyó	007
	Tumor maligno de la próstata	14.5	14.8	Disminuyó	007
	enfermedades isquémicas del corazón (hombres)	120.9	98.6	Aumentó	001
	los accidentes de transporte terrestre	16.7	15.1	Aumentó	012

Mortalidad	Prioridad	Risaralda	Colombia	Tendencia a través del tiempo 2005 al 2015	Grupo de Riesgo MIAS
	Diabetes Mellitus	17.5	16.6	Disminuyó	001
	Suicidios	6.8	4.8	Aumentó	012
Mortalidad materno-infantil	Tasa de mortalidad por IRA	10.5	13.1	Disminuyó	009
	Tasa de mortalidad por EDA	4	3,3	Disminuyó	009
	Razón de mortalidad materna	18.3	53.7	Disminuyó	008
	Tasa de mortalidad infantil	10.8	11	Aumentó	008
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (menores de 5 años)	38.2	48.2	Disminuyó	008

Fuente: DANE.SISPRO

Conclusiones

Teniendo en cuenta las tasas ajustadas de mortalidad durante el período 2005-2015, las enfermedades del sistema circulatorio son la principal causa de mortalidad en el departamento, para hombres las tasas de mortalidad por esta causa presentaron aumento el último año analizado mientras que para mujeres disminuyó

el indicador en el año 2015. La segunda causa de mortalidad son las demás causas, con tendencia a la disminución tanto para hombres como para mujeres entre 2014 y 2015. En tercer lugar, aparecen las neoplasias cuyas tasas de mortalidad disminuyeron en el año 2015 tanto para hombres como para mujeres.

Como se ha venido mostrando, la mortalidad por causas externas ha presentado tendencia a la disminución en todo el período analizado, sin embargo para el año 2015 hubo aumento en la tasa de mortalidad por esta causa en hombres mientras que en mujeres disminuyó. La mortalidad por enfermedades transmisibles aumentó

En lo que concierne a mortalidad prematura, la causa de muerte que más AVPP causó está representada por las causas externas, no obstante, la tasa en el año 2015 aumentó con respecto al año 2014, le siguen las neoplasias con disminución en la tasa en el año 2015 y las demás causas con disminución en la tasa de AVPP en el último año. Las enfermedades transmisibles presentaron aumento en la tasa de AVPP en el último año.

Dentro de las enfermedades transmisibles, Las infecciones respiratorias agudas, el VIH y la tuberculosis son las tres primeras causas de mortalidad en hombres, las tres con tendencia al aumento en el año 2015. En mujeres, las infecciones respiratorias agudas, el VIH y la septicemia excepto neonatal son las tres primeras causas de mortalidad, para VIH la tendencia fue a la disminución. La mortalidad por TB en mujeres es mucho más baja que en hombres y para el año 2015 ocupó el séptimo lugar.

En cuanto a las neoplasias, para hombres la principal causa de mortalidad es el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón con disminución en la tasa en el año 2015, para las mujeres la principal causa de mortalidad por neoplasias es el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, sin embargo, para el año 2015 la tasa de mortalidad disminuyó. En hombres el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo excepto estómago y colon, ocupa el segundo lugar en mortalidad por neoplasias sin embargo la tasa disminuyó en el año 2015. En mujeres es el tumor maligno de mama la segunda causa de mortalidad con marcado aumento en la tasa de mortalidad entre 2013 y 2014 y para el año 2015 la tasa de mortalidad por esta causa se mantuvo estable. Se destaca también la disminución en la tasa de mortalidad por tumor maligno de la próstata y el aumento por tumor maligno de cuello uterino.

En mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el primer lugar tanto para hombres como para mujeres y en ambos hubo aumento de la tasa en el año 2015. Le siguen las enfermedades cerebrovasculares, para hombres hubo aumento en la tasa de mortalidad en el año 2015 y para mujeres la tasa disminuyó. Se destaca también la disminución en las tasas de mortalidad por enfermedades hipertensivas en el año 2015 en ambos sexos.

En lo que se refiere a mortalidad perinatal, predomina como causa en hombres los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, con aumento en la tasa de mortalidad en el año 2015. En mujeres predomina el resto de afecciones originadas en el período perinatal y en ellas hubo disminución en la tasa de mortalidad.

En cuanto a mortalidad por causas externas, los homicidios ocupan el primer en hombres, con aumento en la tasa de mortalidad en el año 2015. Para mujeres, la principal causa de mortalidad son los accidentes de transporte terrestre igualmente con aumento en la tasa en el año 2015. La segunda causa de mortalidad por causas externas en hombres son los accidentes de transporte terrestre y en el último año se evidencia aumento en la tasa. En mujeres son los homicidios y se nota disminución en la tasa en el último año analizado. En cuanto

a suicidios la tasa de mortalidad en el año 2015 aumentó para hombres mientras que para mujeres ésta disminuyó.

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores tanto en hombres como en mujeres son la principal causa de mortalidad dentro de las demás causas, en hombres la tasa de mortalidad disminuyó en el año 2015, mientras que en mujeres aumentó. Tanto para hombres como para mujeres la segunda causa de mortalidad dentro de las demás causas es la diabetes y la tasa de mortalidad aumentó en el último año para los hombres mientras que disminuyó para mujeres.

Al analizar la semaforización de mortalidad por grandes causas, todos los indicadores quedaron en amarillo, al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre el valor del departamento y el de la nación, sin embargo, todos los indicadores tienen mayor valor en el departamento.

Con relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2015, la principal causa de defunciones fue las afecciones originadas en el período perinatal, con aumento entre los años 2014 y 2015. La segunda causa de mortalidad infantil son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas cuyas razones disminuyeron considerablemente entre los años 2012 y 2013 sin embargo para el año 2014 la razón de mortalidad por esta causa aumentó en ambos sexos y para el año 2015 en mujeres aumentó mientras que en hombres disminuyó. Le siguen las enfermedades del sistema respiratorio, cuya razón de mortalidad presentó aumento en el año 2015 para mujeres y disminución para hombres, sin embargo, la razón de mortalidad por esta causa es mucho más baja que por las dos anteriores.

En lo que concierne a mortalidad entre 1 y 4 años, se encuentra que las causas externas son la principal causa de mortalidad, con disminución considerable en la tasa de mortalidad en el año 2015 en ambos sexos. Le siguen ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, cuyas tasas de mortalidad también disminuyeron en el año 2015 en hombres, mientras que en mujeres la tasa se mantuvo. En tercer lugar, en este grupo de edad se encuentran las enfermedades del sistema respiratorio cuyas tasas también disminuyeron entre los años 2011 y 2015 en ambos sexos.

Con respecto a la semaforización y tendencia de la mortalidad materno infantil y de la niñez, la razón de mortalidad materna en el departamento presentó disminución en el año 2015 quedando este indicador mejor que el de la nación, encontrándose diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, en la semaforización este indicador queda en verde 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 las tasas de mortalidad infantil, en la niñez. IRA, EDA y desnutrición en el año 2015.

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, las proporciones estuvieron por encima del 50% en los años 2009 y 2010, y aunque la tendencia ha sido a la disminución hasta el año 2015, para el año 2016 la proporción aumentó a 41.37%. El aumento entre 2015 y 2016 fue de 4 puntos porcentuales. Le siguen las enfermedades no transmisibles sin embargo al contrario de la primera la tendencia ha sido al aumento, la proporción para el año 2013 fue de 36%, aumentando a 40.9% en el año 2014 y a 42.95% en la 2015, para el año 2016 la proporción fue de 41.5% lo cual representa una disminución de 1.4 puntos porcentuales.

Muy por debajo de las dos anteriores están las condiciones mal clasificadas, esta gran causa de morbilidad ha presentado una tendencia estable en los años analizados con un leve aumento en las proporciones entre los años 2015 y 2016.

Las lesiones ocupan el cuarto lugar en morbilidad en la primera infancia, con aumento entre el 2015 y 2016. (0.46 puntos)

Las condiciones perinatales son la quinta causa de morbilidad en este ciclo vital, con una disminución en la proporción de 2.35 puntos porcentuales entre 2015 y 2016 al pasar de 3.19% a 0.84% respectivamente

Infancia: En este ciclo vital son las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad y presentaron disminución en la proporción de 5.5 puntos porcentuales entre 2015 y 2016 al pasar de 62.9% a 57.4% respectivamente. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, entre 2015 y 2016 hubo un aumento de la proporción de 4 puntos porcentuales.

Las condiciones mal clasificadas son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital, la proporción pasó de 10.07% a 12.40% del 2009 al 2010, en el 2011 ésta bajó a 11.01%, disminuyendo nuevamente a 10.83% en el 2012. Entre el 2015 y el 2016 hubo un aumento de 0.68 puntos porcentuales por esta causa de morbilidad.

Adolescencia: Las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar en morbilidad en la adolescencia. Entre los años 2015 y 2016 se presentó disminución en la proporción por esta causa en este ciclo vital correspondiente a 3 puntos porcentuales.

La segunda gran causa de morbilidad en la adolescencia son las condiciones transmisibles y nutricionales, las proporciones son mucho menores que para las enfermedades no transmisibles y se presentó una disminución de 1.73 puntos porcentuales en los dos últimos años.

En lo que tiene que ver con condiciones mal clasificadas, las proporciones son mucho más bajas en este ciclo vital y se presentó un aumento de 1.21 puntos entre los años 2015 y el 2016.

En cuanto a las condiciones maternas, las proporciones de morbilidad en este ciclo vital han sido bajas y la disminución entre 2015 y 2016 fue de 0.46 puntos porcentuales

Juventud: En primer lugar, en este ciclo vital se ubican las enfermedades no transmisibles, las proporciones se mueven entre 55% y 65 %. Para los dos últimos años se presentó una disminución en la proporción de 2.77 puntos porcentuales, al pasar de 64.6% en el año 2015 a 61.82% en el año 2016. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, con un aumento en la proporción entre 2015 y 2016 al pasar de 13.46% a 15.59% respectivamente lo cual supone un aumento de 2.13 puntos porcentuales.

Las condiciones mal clasificadas son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital. Para el año 2016 hubo un aumento de 0.56 puntos porcentuales en este ciclo vital por esta causa. Las lesiones son la cuarta gran causa de morbilidad, con tendencia al aumento, al pasar de 7.28% en el año 2015 a 8.41% en el año 2016, lo cual representa un aumento de 1.12 puntos porcentuales.

Adultez: Las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad en este ciclo vital, con proporciones por encima del 70% en todos los años analizados. Entre 2015 y 2016 se presentó disminución en la proporción correspondiente a 2.12 puntos porcentuales al pasar de 76.9% a 74.8% respectivamente.

En segundo lugar, se ubican las condiciones transmisibles y entre 2015 y 2016 se presentó un aumento de 1.49 puntos porcentuales en esta causa de morbilidad.

Persona Mayor: En este ciclo vital las enfermedades no transmisibles se ubican en el primer lugar en morbilidad con proporciones por encima del 80%. Entre 2015 y 2016 la proporción por esta causa no tuvo variación significativa.

En segundo lugar, se ubican las condiciones mal clasificadas, causa que presentó aumento en la proporción en al pasar de 5.42% en el año 2014 a 6.15% en el 2015 y esta proporción disminuyó levemente en el año 2016. Las condiciones transmisibles y nutricionales fueron la tercera causa de morbilidad en la persona mayor en los años analizados y no hubo cambios en la proporción en los dos últimos años.

Tabla 32. Principales causas de morbilidad, Risaralda 2009 – 2016

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51,27	51,14	49,11	48,28	46,40	42,01	38,32	41,37	3,05
	Condiciones perinatales	2,16	2,13	3,93	1,83	1,17	2,52	3,19	0,84	-2,35
	Enfermedades no transmisibles	33,25	30,62	30,57	34,65	36,05	40,86	42,98	41,54	1,54
	Lesiones	4,27	4,63	5,27	4,95	5,73	5,03	5,22	5,68	0,46
	Condiciones mal clasificadas	9,04	11,49	11,12	10,30	10,64	9,58	10,30	10,58	0,29
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,30	31,81	24,09	21,49	22,85	20,18	20,42	24,40	3,98
	Condiciones maternas	0,04	0,02	0,03	0,05	0,04	0,11	0,23	0,30	0,07
	Enfermedades no transmisibles	54,04	49,31	58,13	62,27	58,57	63,28	62,93	57,43	-5,51
	Lesiones	5,56	6,42	6,69	5,36	6,94	5,82	5,89	6,67	0,78
	Condiciones mal clasificadas	10,07	12,43	11,05	10,83	11,60	10,61	10,52	11,20	0,68
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	21,28	24,94	16,24	15,48	14,81	13,46	13,13	14,86	1,73
	Condiciones maternas	2,42	2,33	2,07	1,91	2,52	2,23	2,50	2,04	-0,46
	Enfermedades no transmisibles	59,84	54,58	63,23	66,21	62,38	66,40	66,20	63,15	-3,05
	Lesiones	6,09	6,84	7,43	6,18	8,47	7,04	7,54	8,11	0,57
	Condiciones mal clasificadas	10,36	11,32	11,03	10,21	11,82	10,87	10,64	11,84	1,17
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,72	24,28	17,49	16,75	16,32	14,60	13,46	15,59	2,13
	Condiciones maternas	4,47	4,19	4,10	3,52	4,76	4,10	4,60	3,56	-1,04
	Enfermedades no transmisibles	58,98	55,06	61,21	64,10	60,08	64,08	64,60	61,82	-2,77
	Lesiones	5,52	6,02	6,86	6,06	7,50	6,97	7,28	8,41	1,42
	Condiciones mal clasificadas	10,31	10,45	10,34	9,57	11,34	10,26	10,06	10,62	0,56
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	13,22	15,90	11,50	10,39	10,42	9,52	9,18	10,67	1,49
	Condiciones maternas	1,12	0,94	0,98	0,72	1,22	0,96	1,20	0,84	-0,35
	Enfermedades no transmisibles	73,33	70,35	74,93	77,29	74,60	77,21	76,92	74,80	-2,12
	Lesiones	4,25	4,54	4,81	4,25	5,27	4,71	5,04	5,67	0,63
	Condiciones mal clasificadas	8,08	8,27	7,77	7,35	8,49	7,60	7,67	8,02	0,35
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,06	7,84	5,36	4,71	5,06	4,71	5,04	5,05	0,01
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	85,39	81,26	84,77	86,66	85,34	86,62	85,31	85,39	0,08
	Lesiones	3,08	3,61	3,43	2,84	3,42	3,24	3,49	3,55	0,06
	Condiciones mal clasificadas	5,46	7,29	6,43	5,79	6,18	5,42	6,15	6,01	-0,14

Fuente: SISPRO

Principales causas de morbilidad en hombres

Primera Infancia: En este ciclo vital en hombres, predominan las condiciones transmisibles y nutricionales y la tendencia ha sido a la disminución hasta el año 2015. Para el año 2016 la proporción fue de 41.08%, lo cual supone un aumento de 2.8 puntos porcentuales entre 2015 y 2016. Le siguen las enfermedades no transmisibles, que, al contrario de las anteriores, presentaron un aumento de 1.35 puntos porcentuales entre 2015 y 2016.

En cuanto a las condiciones mal clasificadas y las lesiones, ambas presentaron aumento en las proporciones en los dos últimos años, sin embargo, las proporciones de las primeras son mayores a las de las segundas y el aumento fue menor a un punto porcentual en ambas.

Infancia: En la infancia en hombres predomina la morbilidad por enfermedades no transmisibles, la cual muestra disminución de 5.79 puntos porcentuales, al pasar de 62.86% en el año 2015 a 57.07% en el 2016. En segundo lugar, en los años analizados se ubica la morbilidad por condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales presentaron aumento de 4.17 puntos porcentuales en el mismo período, le siguen las condiciones mal clasificadas, y las lesiones las cuales muestran aumento en la proporción entre los años 2015 y 2016.

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 en el año 2011. Entre los años 2015 y 2016 hubo disminución en la proporción al pasar de 64.79% a 60.80% respectivamente, lo cual representa una disminución de 4 puntos porcentuales. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, cuyas proporciones entre el 2009 y el 2010 aumentaron de 23.12% a 27.08% para disminuir en el 2011 a 17.07% y en el 2012 la proporción pasó a 16.44% y siguió disminuyendo hasta el año 2015 con una proporción de 14.11%. Para el año 2016 la proporción fue de 16.38%, representando un aumento de 2.28 puntos porcentuales. Las condiciones mal clasificadas tuvieron proporciones parecidas en todos los años analizados, con un aumento en la proporción entre 2015 y 2016 de 1.16 puntos porcentuales y las lesiones presentaron en este ciclo vital un aumento de 0.56 puntos porcentuales entre 2015 y 2016.

Juventud: Al igual que en la adolescencia, en la juventud en hombres, son las enfermedades no transmisibles las que tienen mayor peso en morbilidad. Entre los años 2015 y 2016 se pasó de una proporción de 63.54% a 58.61% respectivamente lo cual representa una disminución de 4.92 puntos porcentuales. Le siguen al igual que en adolescencia las condiciones transmisibles y nutricionales, sin embargo, para esta causa de morbilidad hubo aumento en la proporción al pasar de 14.94% en 2015 a 17.88% en 2016, lo cual representa un aumento de 2.93 puntos porcentuales. Le siguen las lesiones, la proporción aumentó en el año 2016 con respecto al 2015 y el aumento fue de 1.69 puntos porcentuales.

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, con disminución en la proporción por esta causa entre 2015 y 2016 de 3.54 puntos porcentuales. Las condiciones transmisibles y nutricionales tuvieron un aumento en la proporción de 2.21 al pasar de 10.61% en 2015 a 12.82% en el año 2016. Se observa igualmente menores proporciones en lesiones y en condiciones mal clasificadas con tendencia al aumento en los últimos dos años para ambas.

Persona Mayor: En este ciclo vital en hombres con proporciones por encima del 80% en todos los años analizados, las enfermedades no transmisibles ocupan el primer lugar. Esta causa de morbilidad tuvo una disminución en la proporción entre los años 2015 y 2016 de 0.28 puntos porcentuales. Le siguen las condiciones mal clasificadas, con disminución de 0.07 puntos porcentuales entre 2015 y 2016 y las condiciones transmisibles y nutricionales con aumento de 0.05 puntos en los mismos años. Las lesiones presentan las menores proporciones, con disminución de 0.07 puntos porcentuales en los últimos dos años.

Tabla 33. Principales causas de morbilidad en hombres, Risaralda 2009 – 2016

		Hombres								
Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	51,56	51,35	48,74	48,24	46,27	42,21	38,28	41,08	2,80
	Condiciones perinatales	2,05	2,07	4,33	1,94	1,16	2,49	3,13	0,85	-2,28
	Enfermedades no transmisibles	32,99	30,36	30,42	34,73	36,11	40,62	42,91	41,56	-1,35
	Lesiones	4,57	5,11	5,71	5,30	6,16	5,35	5,72	6,19	0,47
	Condiciones mal clasificadas	8,82	11,12	10,81	9,79	10,31	9,33	9,96	10,31	0,35
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	29,60	31,41	23,52	20,68	22,54	19,82	20,08	24,25	4,17
	Condiciones maternas	0,04	0,02	0,02	0,06	0,02	0,11	0,20	0,38	0,17
	Enfermedades no transmisibles	53,67	48,29	57,78	62,38	58,43	63,04	62,86	57,07	-5,79
	Lesiones	6,94	8,03	8,28	6,45	7,91	6,80	6,82	7,46	0,63
	Condiciones mal clasificadas	9,75	12,24	10,39	10,42	11,09	10,23	10,03	10,84	0,81
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	23,12	27,08	17,07	16,44	15,89	14,39	14,11	16,38	2,28
	Condiciones maternas	0,07	0,08	0,01	0,03	0,04	0,04	0,18	0,18	0,00
	Enfermedades no transmisibles	57,58	51,38	61,46	64,65	60,54	64,97	64,79	60,80	-4,00
	Lesiones	9,46	10,45	11,38	9,28	13,33	10,90	11,40	11,96	0,56
	Condiciones mal clasificadas	9,77	11,01	10,08	9,61	10,21	9,70	9,52	10,68	1,16
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	24,35	28,33	19,64	18,98	18,84	16,74	14,94	17,88	2,93
	Condiciones maternas	0,05	0,06	0,02	0,02	0,02	0,03	0,11	0,10	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	55,72	50,98	59,03	61,75	58,40	62,21	63,54	58,61	-4,92
	Lesiones	10,16	10,68	12,29	10,63	13,41	12,26	12,94	14,62	1,68
	Condiciones mal clasificadas	9,73	9,95	9,02	8,62	9,31	8,77	8,48	8,79	0,32
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	14,73	18,25	13,23	12,00	12,23	11,10	10,61	12,82	2,21
	Condiciones maternas	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01
	Enfermedades no transmisibles	69,87	65,91	71,05	74,04	71,38	74,43	74,02	70,48	-3,54
	Lesiones	7,32	7,67	8,19	7,15	8,44	7,58	8,26	9,45	1,18
	Condiciones mal clasificadas	8,07	8,16	7,53	6,82	7,95	6,89	7,10	7,24	0,14
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,08	7,48	5,10	4,50	4,99	4,64	5,09	5,14	0,05
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	84,92	80,85	84,43	86,55	85,17	86,42	84,74	84,46	-0,28
	Lesiones	3,28	3,86	3,55	2,94	3,40	3,31	3,64	3,95	0,30
	Condiciones mal clasificadas	5,71	7,81	6,92	6,01	6,45	5,62	6,52	6,45	-0,07

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 un aumento en la proporción de 5.42 puntos entre 2015 y 2016.

Le siguen las enfermedades no transmisibles con proporciones por encima del 30%, las cuales para ese mismo período presentaron disminución al pasar de 36.57% en el año 2015 a 33.25% en el año 2016 lo cual representa una disminución en 3.31 puntos porcentuales. Las condiciones mal clasificadas son la tercera causa de morbilidad en este ciclo vital en mujeres con disminución de 1.67 puntos porcentuales entre 2015 y 2016. En cuanto a las lesiones, se presentó disminución de 0.37 puntos porcentuales y con relación a las condiciones maternas y perinatales, entre los años 2015 y 2016 hubo disminución en 0.06 puntos porcentuales.

Infancia: En este ciclo vital en mujeres predominan las condiciones no transmisibles, cuya proporción para el año 2015 fue de 63.01% y para el 2016 fue de 57.81% lo cual representa una disminución de 5.20 puntos. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales que contrario a las primeras han tenido tendencia al aumento, pasando de una proporción de 20.80% en el año 2015 a 24.56% en el año 2016, lo cual representa un aumento de 3.77 puntos porcentuales entre 2015 y 2016. Las condiciones mal clasificadas representan la tercera causa de morbilidad en mujeres en este ciclo vital y sus proporciones entre 2015 y 2016 presentaron tendencia al aumento. Las lesiones presentaron proporciones mayores que en la primera infancia y su proporción pasó de 4.85% en el año 2015 a 5.80% en el 2016.

Adolescencia: En este ciclo vital también predominan las condiciones no transmisibles pero las proporciones son mayores que en la infancia. Entre 2015 y 2016 se presentó una disminución de 2.33 puntos porcentuales. 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 un aumento de 1.32 puntos porcentuales entre los años 2015 y 2016. Las proporciones de las lesiones y condiciones mal clasificadas son comparables a aquellas de la infancia, la tendencia para ambas fue al aumento entre 2015 y 2016.

Juventud: En la juventud, predominan las no transmisibles con proporciones menores a las de la adolescencia y con disminución entre los años 2015 y 2016 de 1.47 puntos porcentuales, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con proporciones comparables a las de la adolescencia en todos los años analizados, con un aumento de 1.62 puntos porcentuales entre 2015 y 2016. Las proporciones de lesiones y condiciones mal clasificadas son comparables con las de la adolescencia. En lo que tiene que ver con condiciones maternas, se observa una disminución en la proporción al pasar de 7.22% en el año 2015 a 5.63% en el 2016, lo cual representa una disminución de 1.59 puntos porcentuales.

Adultez: En este ciclo vital la primera causa de morbilidad son las enfermedades no transmisibles cuyas proporciones estuvieron por encima del 70% en todos los años analizados, entre 2015 y 2016 se pasó de una proporción de 78.47% a 77.15%, lo cual representa una disminución de 1.32 puntos porcentuales. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales, cuya proporción aumentó en 1.09 puntos entre los años 2015 y 2016. En este ciclo vital las proporciones en lesiones aumentaron entre los años 2015 y 2016. La morbilidad por condiciones maternas presentó proporciones mucho más bajas comparadas con la juventud con disminución entre 2015 y 2016 de 0.54 puntos porcentuales.

Persona Mayor: En este ciclo vital aumentaron más aún las proporciones por enfermedades no transmisibles, las cuales estuvieron por encima del 80%. con un aumento 0.28 puntos entre 2015 y 2016. En cuanto a las condiciones transmisibles las proporciones fueron menores que en la adultez y la juventud y la disminución

entre el 2015 y el 2016 fue de 0.02 puntos porcentuales. La morbilidad por lesiones aumentó con respecto a la adultez y hubo disminución en la proporción entre los años 2015 y 2016 de 0.08 puntos y en cuanto a las condiciones mal clasificadas, se presentó disminución en la proporción correspondiente a 0.17 puntos porcentuales entre los años 2015 y 2016.

Tabla 34. Principales causas de morbilidad en mujeres, Risaralda 2009 – 2016

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres								Δ pp 2016-5
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	50,94	50,90	49,54	48,32	46,56	45,85	45,85	51,27	5,42
	Condiciones perinatales	2,29	2,19	3,48	1,70	1,18	2,22	2,22	2,16	-0,06
	Enfermedades no transmisibles	33,55	30,92	30,74	34,56	35,99	36,57	36,57	33,25	-3,31
	Lesiones	3,92	4,08	4,75	4,55	5,23	4,64	4,64	4,27	-0,37
	Condiciones mal clasificadas	9,30	11,90	11,49	10,87	11,04	10,71	10,71	9,04	-1,67
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,99	32,22	24,69	22,33	23,18	20,57	20,80	24,56	3,77
	Condiciones maternas	0,03	0,02	0,04	0,03	0,06	0,11	0,26	0,22	-0,04
	Enfermedades no transmisibles	54,41	50,37	58,50	62,16	58,71	63,54	63,01	57,81	-5,20
	Lesiones	4,19	4,75	5,04	4,22	5,89	4,77	4,85	5,80	0,95
	Condiciones mal clasificadas	10,38	12,63	11,73	11,26	12,16	11,01	11,07	11,60	0,53
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,99	23,35	15,63	14,76	14,04	12,77	12,39	13,71	1,32
	Condiciones maternas	4,08	4,00	3,58	3,32	4,33	3,83	4,24	3,43	-0,81
	Enfermedades no transmisibles	61,43	56,95	64,52	67,38	63,71	67,45	67,25	64,92	-2,33
	Lesiones	3,72	4,16	4,55	3,87	4,95	4,21	4,64	5,21	0,58
	Condiciones mal clasificadas	10,78	11,54	11,73	10,67	12,98	11,73	11,48	12,72	1,24
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	18,87	22,05	16,28	15,43	14,90	13,32	12,60	14,22	1,63
	Condiciones maternas	6,72	6,46	6,40	5,58	7,43	6,53	7,22	5,63	-1,59
	Enfermedades no transmisibles	60,65	57,31	62,43	65,48	61,02	65,21	65,21	63,75	-1,47
	Lesiones	3,16	3,45	3,81	3,37	4,17	3,80	3,98	4,69	0,71
	Condiciones mal clasificadas	10,61	10,73	11,08	10,13	12,48	11,15	10,99	11,72	0,72
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	12,46	14,71	10,66	9,53	9,42	8,66	8,41	9,50	1,09
	Condiciones maternas	1,67	1,41	1,47	1,10	1,89	1,49	1,83	1,29	-0,54
	Enfermedades no transmisibles	75,06	72,59	76,84	79,02	76,38	78,74	78,47	77,15	-1,32
	Lesiones	2,72	2,96	3,15	2,71	3,52	3,13	3,32	3,61	0,29
	Condiciones mal clasificadas	8,09	8,33	7,89	7,63	8,78	7,99	7,97	8,45	0,48
Persona mayor (Mayores de 60 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	6,05	8,07	5,54	4,85	5,11	4,75	5,01	4,99	-0,02
	Condiciones maternas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02	0,00	-0,01
	Enfermedades no transmisibles	85,69	81,52	84,99	86,73	85,45	86,76	85,70	85,98	0,28
	Lesiones	2,95	3,45	3,35	2,77	3,44	3,20	3,38	3,30	-0,08
	Condiciones mal clasificadas	5,30	6,95	6,12	5,65	6,00	5,28	5,90	5,73	-0,17

Fuente: SISPRO

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

Condiciones transmisibles y nutricionales

Para el subgrupo de enfermedades infecciosas y parasitarias se nota un aumento en la proporción entre los años 2015 y 2016, al pasar de 53.08% a 56.10%, lo cual representa un aumento de 3.02 puntos porcentuales. En cuanto a infecciones respiratorias se presentó disminución en la proporción de 2.57 puntos porcentuales en los dos últimos años analizados. Las deficiencias nutricionales presentaron disminución en las proporciones al pasar de 3.25% en el año 2015 a 2.80 en el 2016.

Al analizar el comportamiento por sexo, en hombres se observa mayor aumento en la proporción en enfermedades infecciosas y parasitarias, así como también mayor disminución en la proporción de infecciones respiratorias agudas entre los años 2015 y 2016.

Tabla 35 Morbilidad específica en las condiciones transmisibles y nutricionales, Risaralda, 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44,09	56,53	45,25	46,18	47,64	48,38	53,08	56,10	3,02
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,65	41,65	52,80	51,29	49,43	48,53	43,67	41,10	-2,57
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,26	1,81	1,96	2,53	2,93	3,09	3,25	2,80	-0,45

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	44,50	57,48	46,60	47,31	49,72	50,37	54,21	58,32	4,11
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	54,09	41,31	52,09	50,92	48,23	47,46	43,24	39,55	-3,69
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	1,40	1,22	1,32	1,77	2,06	2,17	2,55	2,14	-0,42

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	43,76	55,78	44,19	45,27	45,89	46,71	52,15	54,26	2,11
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	53,30	41,93	53,35	51,59	50,45	49,42	44,02	42,39	-1,64
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	2,94	2,29	2,46	3,13	3,66	3,86	3,83	3,36	-0,47

Fuente: SISPRO

Condiciones materno perinatales

Las condiciones maternas presentaron las mayores proporciones en morbilidad. En el año 2013 es donde se observa la proporción más alta con 92.11%, disminuyendo a 83.87% en el año 2014 y a 82.65% en el 2015, sin embargo, para el año 2016 la proporción aumentó a 91.78%, lo cual representa un aumento en 9.13 puntos porcentuales en los dos últimos años. En cuanto a condiciones derivadas durante el período perinatal, se nota una disminución de 9.13 puntos porcentuales al pasar de 17.35% en el año 2015 a 8.22% en el año 2016.

Al analizar esta gran causa de morbilidad por sexo, como es de esperarse se observan diferencias entre hombres y mujeres, siendo las condiciones derivadas durante el período perinatal las que tuvieron mayor peso porcentual en hombres con disminución de 4.30 puntos entre los años 2015 y 2016. En mujeres fueron las condiciones maternas las que tuvieron mayor peso porcentual, la proporción entre los años 2015 y 2016 disminuyó en 5.48 puntos porcentuales al pasar de 90.67% en el año 2015 a 96.16% en el año 2016.

Tabla 36. Morbilidad específica en las condiciones materno - perinatales, Risaralda 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	84,66	83,44	76,46	87,06	92,11	83,87	82,65	91,78	9,13
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	15,34	16,56	23,54	12,94	7,89	16,13	17,35	8,22	-9,13
		Hombres								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	2,44	3,61	0,52	2,26	4,79	1,34	1,66	5,96	4,30
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	97,56	96,39	99,48	97,74	95,21	98,66	98,34	94,04	-4,30
		Mujeres								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	91,29	90,56	88,58	93,50	95,56	90,94	90,67	96,16	5,48
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	8,71	9,44	11,42	6,50	4,44	9,06	9,33	3,84	-5,48

Fuente: SISPRO

Enfermedades no transmisibles

La principal causa de morbilidad dentro de las enfermedades no transmisibles en el departamento de Risaralda está representada por las enfermedades cardiovasculares, las proporciones varían entre 15.5% y 18.5%, se observa aumento en la proporción entre los años 2015 y 2016, al pasar de 15.83% en el año 2015 a 18.58% en el año 2016, lo cual representa un aumento de 2.75 puntos porcentuales. Las proporciones para hombres y para mujeres son muy parecidas y en ambos sexos hubo aumento en la morbilidad por esta causa entre los años 2015 y 2016.

En segundo lugar, se encuentran las condiciones orales, cuyas proporciones oscilan entre 12% y 20%. Entre los años 2015 y 2016 hubo disminución en la morbilidad por esta causa representado en 4.86 puntos porcentuales. Se observa en hombres mayores proporciones que en mujeres, sin embargo, en ambos sexos hubo disminución en éstas y la disminución fue mayor en el sexo masculino.

Las enfermedades musculoesqueléticas son la tercera causa de morbilidad dentro de las enfermedades no transmisibles, con un aumento de 1.09 puntos porcentuales entre los años 2015 y 2016, al pasar de 12.24% a 13.33% respectivamente. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en este subgrupo. Le siguen las enfermedades genitourinarias cuya proporción para el año 2015 disminuyó con respecto al año 2016, representada en 0.15 puntos porcentuales. Sin embargo, se encuentran diferencias notables entre sexos, siendo las proporciones más altas en mujeres que en hombres en todo el período analizado, sin embargo, hubo disminución en la proporción tanto para hombres como para mujeres.

La quinta causa de morbilidad dentro de las enfermedades no transmisibles son las condiciones neuropsiquiátricas, se evidencia aumento en la proporción por esta causa de 0.67 puntos porcentuales y en cuanto a sexo, las proporciones son más altas en las mujeres que en los hombres y en ambos sexos hubo aumento en la proporción.

Tabla 37. Morbilidad específica en las enfermedades no transmisibles, Risaralda 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	1,26	1,37	1,23	1,35	1,74	1,61	1,84	1,66	-0,17
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,01	0,93	1,08	1,18	1,29	1,32	1,38	1,20	-0,19
	Diabetes mellitus (E10-E14)	2,78	2,78	3,45	3,42	2,98	3,19	3,02	3,82	0,80
	Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	5,57	5,23	5,58	6,63	6,53	6,39	6,02	6,31	0,29
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	7,42	7,34	6,56	7,08	8,47	7,39	7,96	8,63	0,67
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	7,47	7,15	6,46	6,52	6,11	6,39	6,15	6,30	0,15
	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	17,34	17,41	18,61	16,06	15,57	16,75	15,83	18,58	2,75
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	7,22	6,86	5,93	5,47	5,52	4,97	5,03	4,62	-0,40
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,86	7,82	6,92	6,74	7,38	6,85	6,38	6,48	0,11
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	11,51	10,79	9,57	10,12	10,70	9,66	9,15	8,99	-0,15
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	5,82	5,57	4,77	4,52	4,54	4,14	3,85	3,94	0,09
	Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,35	12,55	12,17	12,45	12,94	12,63	12,24	13,33	1,09
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,48	0,50	0,48	0,54	0,65	0,59	0,75	0,58	-0,17
	Condiciones orales (K00-K14)	11,92	13,67	17,20	17,90	15,56	18,12	20,41	15,55	-4,86

Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres									Mujeres								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Neoplasias malignas (C00-C97)	1,39	1,52	1,36	1,59	1,89	1,73	1,90	1,77	-0,13	1,19	1,29	1,16	1,21	1,65	1,53	1,80	1,60	-0,20
Otras neoplasias (D00-D48)	0,77	0,67	0,76	0,83	0,87	0,90	0,99	0,89	-0,11	1,14	1,08	1,26	1,39	1,55	1,58	1,63	1,38	-0,25
Diabetes mellitus (E10-E14)	2,95	2,83	3,56	3,65	3,14	3,34	3,12	4,12	1,00	2,89	2,76	3,39	3,29	2,88	3,10	2,96	3,65	0,69
Desórdenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	4,24	3,94	3,98	4,79	4,75	4,67	4,13	4,57	0,44	6,30	5,95	6,48	7,71	7,61	7,45	7,18	7,33	0,15
Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	6,36	6,72	5,83	6,70	8,21	7,27	8,13	8,54	0,40	8,01	7,69	6,97	7,30	8,62	7,45	7,85	8,69	0,84
Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	8,79	8,20	7,30	7,29	6,73	7,04	6,65	6,94	0,29	6,73	6,57	5,98	6,07	5,75	6,00	5,85	5,93	0,08
Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	16,99	16,78	18,13	16,17	15,71	16,87	15,95	19,11	3,17	17,53	17,76	18,88	16,00	15,49	16,68	15,75	18,27	2,51
Enfermedades respiratorias (J30-J98)	9,81	9,23	7,90	7,05	7,08	6,36	6,39	5,84	-0,55	5,78	5,54	4,82	4,54	4,58	4,11	4,20	3,91	-0,29
Enfermedades digestivas (K20-K92)	7,25	7,18	6,46	6,39	7,14	6,55	6,12	6,25	0,13	8,19	8,19	7,18	6,94	7,53	7,03	6,53	6,62	0,09
Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	7,11	6,84	6,47	7,00	8,27	7,03	6,95	6,92	-0,03	13,95	13,00	11,31	11,96	12,17	11,28	10,49	10,21	-0,28
Enfermedades de la piel (L00-L98)	7,00	6,80	5,80	5,43	5,37	4,85	4,39	4,55	0,16	5,17	4,88	4,19	3,99	4,04	3,70	3,51	3,57	0,06
Enfermedades musculoesqueléticas (M00-M99)	12,43	12,61	11,76	11,89	12,55	12,16	11,55	12,62	1,07	12,31	12,52	12,41	12,79	13,18	12,93	12,66	13,74	1,08
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	0,61	0,63	0,61	0,65	0,76	0,68	0,84	0,68	-0,16	0,40	0,44	0,40	0,47	0,58	0,53	0,69	0,52	-0,18
Condiciones orales (K00-K14)	14,28	16,06	20,10	20,57	17,54	20,54	22,89	17,20	-5,69	10,61	12,33	15,57	16,33	14,36	16,63	18,89	14,57	-4,32

Fuente: SISPRO

Lesiones

Con proporciones por encima del 90%, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas son la principal causa de morbilidad dentro de las lesiones, la tendencia entre los años 2015 y 2016 fue a la disminución, al pasar de 93.30% en el año 2015 a 90.44% en el 2016, lo cual representa una disminución en la proporción de 2.85 puntos porcentuales. Las proporciones son muy parecidas en ambos sexos, sin embargo, para los hombres hubo disminución en 2.45 puntos porcentuales mientras que en mujeres la disminución fue de 3.41 puntos porcentuales. En segundo lugar, se encuentran las lesiones no intencionales, con tendencia al aumento entre 2015 y 2016, como se observa en la tabla, las proporciones son mayores en mujeres, y en ambos sexos la tendencia fue igualmente al aumento

Tabla 38. Morbilidad específica por las lesiones Risaralda 2009 – 2016

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	8,21	7,68	6,63	7,33	6,48	6,25	5,71	8,72	3,01
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,51	0,54	0,49	0,58	0,73	0,77	0,93	0,77	-0,16
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,06	0,04	0,04	0,06	0,05	0,06	0,06	0,00
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91,22	91,72	92,84	92,05	92,73	92,92	93,30	90,44	-2,85

Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres									Mujeres								
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ pp 2016-5
Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	6,20	6,11	5,40	5,77	5,46	5,27	5,05	7,56	2,51	10,88	9,77	8,23	9,44	7,83	7,56	6,60	10,29	3,69
Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,29	0,37	0,36	0,41	0,53	0,51	0,63	0,54	-0,09	0,81	0,77	0,65	0,80	0,98	1,12	1,33	1,08	-0,25
Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,06	0,06	0,05	0,05	0,08	0,04	0,06	0,08	0,02	0,05	0,05	0,03	0,02	0,03	0,07	0,07	0,04	-0,03
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	93,44	93,45	94,19	93,77	93,92	94,18	94,27	91,81	-2,45	88,26	89,41	91,08	89,73	91,16	91,25	92,00	88,59	-3,41

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 2016 el número de personas con enfermedad renal estadio 0 fue de 19.685. En estadio 1 había 7.581 personas, en estadio 2, 8.162, en estadio 3, 16542, en estadio 4 1.921 y en estadio 5 había 790 personas.

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 linfoide aguda en menores de 15 años notificada: Para Risaralda en el año 2015 este indicador estuvo en 2.46 por 100.000 menores de 15 años, mientras que para el país fue de 3.56 por 100.000 menores de 15 años, la diferencia no es estadísticamente significativa, por lo tanto, en la semaforización el indicador queda en amarillo.

En relación a la **incidencia de leucemia mieloide aguda** en ese mismo grupo de edad, para el año 2015 fue de 0.82 por 100.000 menores de 5 años mientras que para Colombia fue de 0.66, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas por lo tanto este indicador también queda en amarillo.

Tabla 39. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo Risaralda, 2010-2015

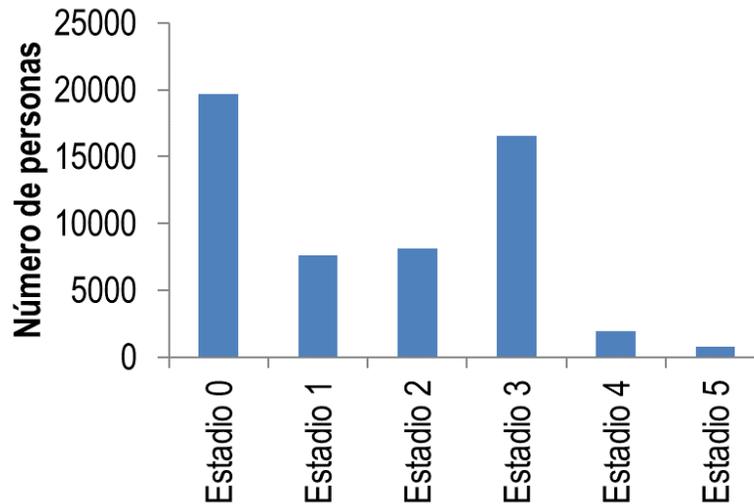
Evento	Colombia	Risaralda	Comportamiento									
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Tasa de incidencia de VIH notificada	11,57	16,00						-	↗	↘	↘	-
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,66	0,82	-	↗	-	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años)	3,56	2,46	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘

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

VIH Datos del 2014

De acuerdo a los datos de la CAC, en el año 2016 en Risaralda, los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 0 sumaban 19.685, lo cual corresponde al 35.9%, los pacientes en estadio 1, representaban el 13.9% (7.581 pacientes), los pacientes en estadio 2 con 8.162 pacientes representaban el 14.9%, aquellos en estadio 3 con 16.542 casos representaban el 30.2% del total y los de estadio 4 el 1.4% con 790 casos.

Figura 36. Progresión de la Enfermedad Renal Crónica Risaralda, 2016



Fuente: Cuenta de Alto Costo 2016

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 con el fin de evitar las complicaciones renales propias de ellas. 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 2016 fue de 3.6 por 100.000 habitantes, superior a la prevalencia nacional que se situó en 2.17 por 100.000 habitantes, la diferencia fue de 1.6, 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 2013 en la prevalencia de diabetes ha sido hacia el aumento al pasar de 2.1 por 100.000 habitantes en el año 2013 a 3.6 en el año 2016.

En relación a hipertensión arterial, al igual que con diabetes, Risaralda presentó una prevalencia mayor en el año 2016 (11.7 por 100.000 habitantes), comparada con la del nivel nacional (7.2 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 7.8 por 100.000 habitantes en el año 2013 a 11.7 por 100.000 habitantes en el 2016

En ambas patologías la prevalencia departamental es mayor a la prevalencia nacional.

Tabla 40. Eventos precursores Risaralda, 2016

Evento	Colombia	Risaralda					
			2012	2013	2014	2015	2016
Prevalencia de diabetes mellitus	2,17	3,60	↘	↘	↘	↗	↗
Prevalencia de hipertensión arterial	7,23	11,70	↘	↘	↘	↗	↗

Fuente: SISPRO. CAC 2016

2.2.5. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

Enfermedades Transmisibles por Vectores- ETV

Letalidad por Dengue Grave: Para el año 2014 la letalidad por dengue grave en Risaralda fue de 10% mientras que para Colombia fue de 4.89%, este indicador en la semaforización queda en rojo para el departamento.

Letalidad por malaria: Para el año 2014 la letalidad por malaria en Risaralda fue de 0.17% y para Colombia de 0.04%, el indicador queda en amarillo en la semaforización al no encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre el indicador nacional y el del departamento.

Letalidad por malaria falciparum: Para el año 2014 la letalidad por malaria falciparum en Colombia fue de 0.03%a mientras que para el departamento fue de 2.13%. Este indicador queda en rojo para el departamento en la semaforización ya que es significativamente más alto que el de la nación.

Letalidad por IRA: Para el año 2014 la letalidad por Infección respiratoria aguda en el departamento fue de 0.26, mientras que para Colombia de 0.32, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los dos indicadores, en la semaforización queda en amarillo.

Letalidad por hepatitis A: En el año 2014 la letalidad por hepatitis A en el departamento fue de 0 mientras que para el país fue de 0.14, quedando este indicador en verde para el departamento.

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 1.05% mientras que para Colombia fue de 1.08%, con una diferencia relativa de 0.97, 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 2014 en Risaralda fue de 7.20%, mientras que a nivel nacional este indicador se situó en 7.96%, con una diferencia

relativa de 0.9 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. La tendencia ha sido al aumento.

Letalidad por tuberculosis extrapulmonar: En cuanto a TB extrapulmonar, la tasa de letalidad para el departamento fue de 4.35% para la nación de 6.73% sin que haya diferencia estadísticamente significativa entre ambos, por lo tanto, el indicador queda en amarillo y la tendencia fue a la disminución.

Letalidad por meningitis tuberculosa: Este indicador queda en verde en la semaforización, ya que para el departamento la tasa de letalidad para el año 2014 fue de 0 mientras que para la nación fue de 10.5%.

Eventos de zoonosis

Letalidad por accidente ofídico: No se presentaron casos de mortalidad por este evento en el año 2014. La población afectada por este evento son los indígenas ya que son los pobladores de municipios como Pueblo Rico y Misstrató donde existen las condiciones ecoepidemiológicas para el hábitat de las serpientes tanto venenosas como no venenosas.

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

Letalidad por leptospirosis: Para el año 2014 la tasa de letalidad por leptospirosis en Risaralda fue de 5.66%, mientras que a nivel nacional ésta fue de 4.27. La diferencia relativa con respecto al nivel nacional no es estadísticamente significativa, por lo cual el indicador queda en amarillo en la semaforización.

Eventos de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Letalidad por sífilis congénita: No hubo mortalidad por este evento en el año 2014 en Risaralda. La tasa de letalidad por sífilis congénita fue de 1.17% 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 y en los años posteriores fue de 0.

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 y explosivos: Para el año 2014 la letalidad por este evento en el departamento fue de 0 y para la nación de 0.59%. La tendencia ha sido a la disminución.

Tabla 41. Tabla de semaforización de los eventos de notificación obligatoria Risaralda, 2007-2014

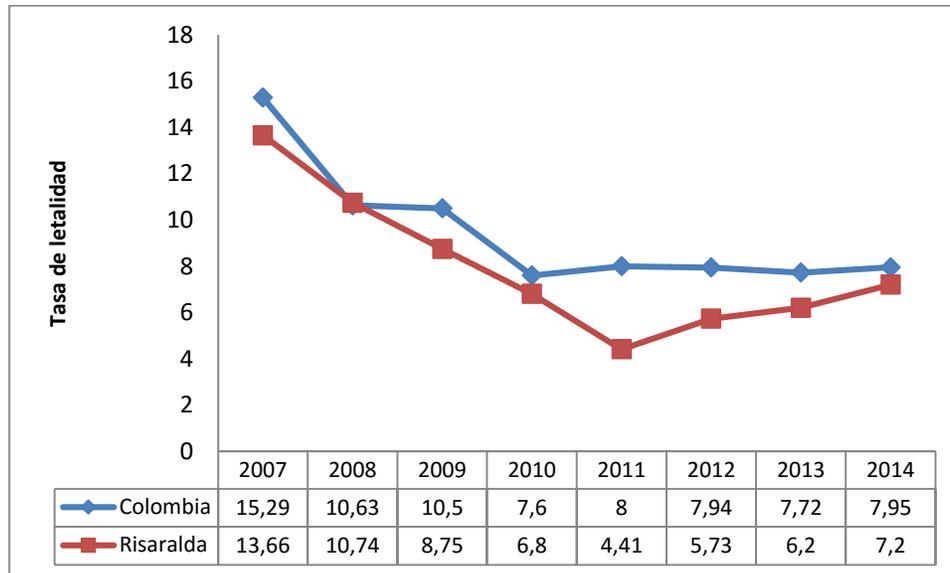
Eventos de Notificación Obligatoria	Colombia	Risaralda	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Letalidad por accidente ofídico	0.97	0	-	-	↗	↘	↗	↘	-	-
Letalidad por infección respiratoria aguda	0.32	0.26	-	-	↗	↗	↘	↘	↘	↗
Letalidad por intoxicaciones	1.08	1.05	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Letalidad por sífilis congénita	1.17	0	-	-	-	↗	↘	↗	↘	-
Letalidad por tuberculosis pulmonar	7.96	7.2	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↗	↗
Letalidad por tuberculosis extra-pulmonar	6.73	4.35	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘

Letalidad por dengue grave	4.89	10		↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	-
Malaria falciparum	0.03	2.13		↗	↘	-	-	-	↗	↘	↗
Tasa de Incidencia de dengue	282.1	46		↗	↗	-	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de Incidencia de dengue grave	6.89	1		↗	↗	-	↗	↘	↘	↗	↘

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%, sin embargo, este indicador estuvo por debajo de la tasa del país. La tendencia fue a la disminución hasta el año 2011 cuando la tasa bajó a 4.4% y a partir de allí ésta ha sido al aumento, ubicándose en 7.2% para el año 2014, pero por debajo la tasa nacional.

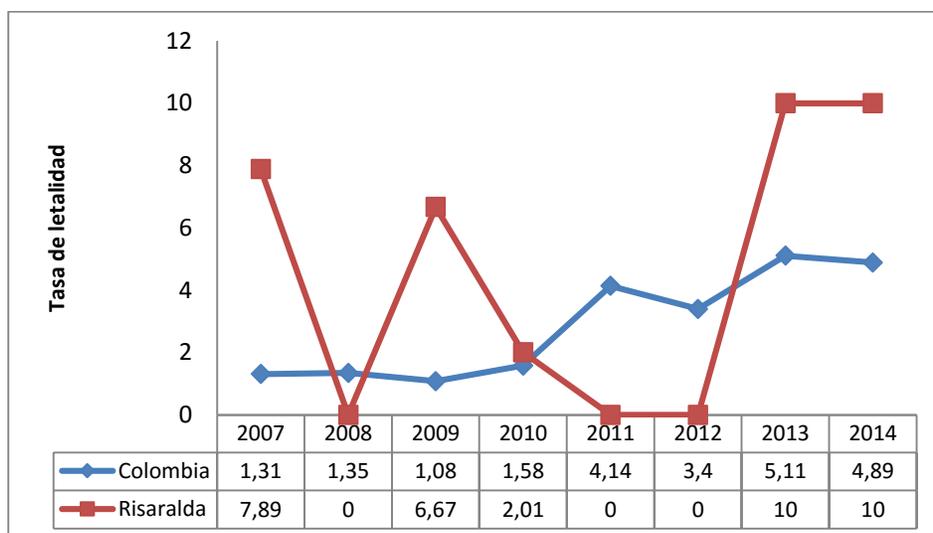
Figura 37. Letalidad por Tuberculosis pulmonar, Risaralda, 2007 -2014



Fuente: SIVIGILA

Letalidad por dengue grave: En el año 2007, la letalidad por dengue grave alcanzó en el departamento una tasa de 7.89% muy por encima de la reportada a nivel nacional, la cual fue de 1.31%. 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, tasa que se mantuvo en el año 2014.

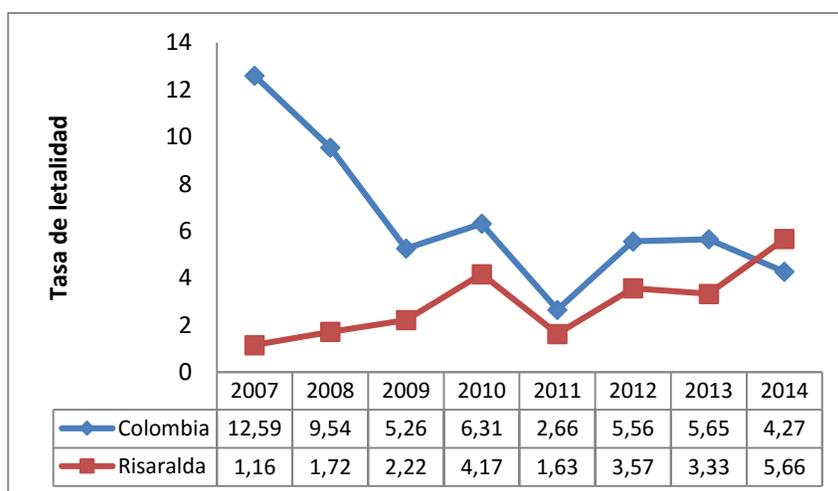
Figura 38. Letalidad por dengue grave, Risaralda, 2007 -2014



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, (excepto en el último año). 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. Para el año 2014 se presentó en el departamento la tasa más alta de letalidad por este evento, la cual fue de 5.66%, mientras que para Colombia fue de 4.27%,

Figura 39. Letalidad leptospirosis, Risaralda, 2007 -2014



Fuente: SIVIGILA

2.2.6 Análisis de la población en condición de discapacidad 2015

Durante el año 2015, la discapacidad que tiene que ver con el movimiento representa el mayor peso con 20.43%, seguida por la discapacidad de los ojos con 19.1% y 10.605 personas El tercer lugar lo ocupa la discapacidad del sistema nerviosos con 18.1% del total. Le sigue la discapacidad del sistema cardiorrespiratorio y las defensas con una proporción del 13.26%, como se muestra en la tabla.

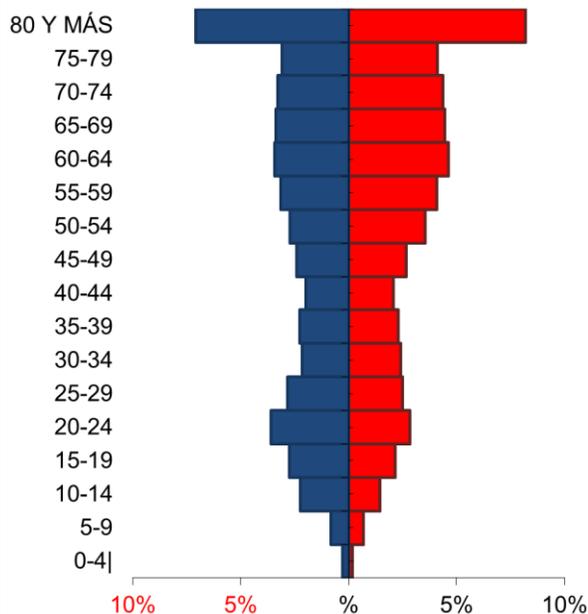
Tabla 42. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad. Risaralda 2015

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	11347	20.43
El sistema nervioso	10085	18.16
Los ojos	10605	19.10
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	7363	13.26
Los oídos	4344	7.82
La voz y el habla	3956	7.12
La digestión, el metabolismo, las hormonas	4233	7.62
El sistema genital y reproductivo	1880	3.39
La piel	1016	1.83
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	700	1.26
Ninguna	0	0.00
Total	55529	

** 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 2016. Se encuentra un total de 26.089 personas, de las cuales 12.328 es decir el 47.2% corresponden a hombres y 13.761 es decir el 52.8% corresponden a mujeres. Como se muestra en la figura, el 59.5% corresponden a personas por encima de los 50 años, con una concentración mayor en las personas mayores de 80 años, tanto para hombres como para mujeres, más evidente en mujeres. Se observa en la pirámide una distribución igual en ambos sexos de personas con discapacidad entre los 30 y los 44 años, a partir de los 49 años se encuentra mayor proporción en mujeres que es más evidente en el grupo de edad de 60 a 64 años y de 70 a 74 años, pero mucho más evidente en el grupo de edad de 80 años y más.



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

2.2.7 Identificación de prioridades principales en la morbilidad

En el año 2016, 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 56.1%, seguidas por las infecciones respiratorias con el 41% y en tercer lugar las deficiencias nutricionales con el 2.80%. La tendencia en el subgrupo de enfermedades infecciosas y parasitarias fue al aumento.

Pasando al grupo de condiciones maternas y perinatales, las condiciones maternas se ubican en el primer lugar con el 91.8% seguido por las condiciones perinatales con el 8.2%.

Dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares con el 18.58% son la primera causa de consulta, seguidas por las condiciones orales con 15.55% y musculoesqueléticas con 13.3%, las genitourinarias con el 9% y las enfermedades de los órganos de los sentidos con el 6.3%, las cuales son las 5 primeras causas de morbilidad por esta gran causa en el año 2016.

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

	Prioridad	Colombia	Risaralda	Tendencia	Grupos de Riesgos (MIAS)
General por grandes Causas	Enfermedades no transmisibles (adultez)	69.25	70.48	Disminuyó	001
	Condiciones transmisibles y nutricionales (primera infancia)	37.71	41.08	Aumentó	009
	Condiciones maternas (Juventud)	5.45	0.10	Disminuyó	008
	Lesiones (Adolescencia)	7.37	11.96	Aumentó	012
Específica por subgrupos	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	17.07	8.22	Disminuyó	008
	Condiciones maternas	82.93	91.78	Aumentó	008
ENOS	Letalidad por dengue	4.89	10	Sin cambio	009
	Letalidad por leptospirosis	4.27	5.66	Aumentó	009
	Letalidad por TB pulmonar	7.95	7.20	Aumentó	009
	Letalidad por malaria falciparum	0.03	2.13	Aumentó	009
	Letalidad por Intoxicaciones	1.08	1.05	Aumentó	012
Precursores	Prevalencia de HTA arterial	7.23	11.7	Aumentó	001
Alto Costo	Incidencia de VIH	11.57	15.98	Disminuyó	009

Fuente: SIVIGILA. SISPRO

Conclusiones

Teniendo en cuenta que el análisis de la morbilidad se realizó de acuerdo a ciclos vitales, en la primera infancia predominan las condiciones trasmisibles y nutricionales, entre 2015 y 2016 hubo aumento en la proporción por esta causa de morbilidad. En la infancia las mayores proporciones están representadas por las enfermedades no transmisibles cuya proporción disminuyó en el año 2016. En la adolescencia y la juventud predominaron las

enfermedades no transmisibles con disminución en las proporciones entre 2015 y 2016 para ambos ciclos vitales.

En la adultez y la persona mayor también fueron las enfermedades no transmisibles las que predominaron en todos los años analizados con proporciones mayores que en adolescencia y juventud, Hubo disminución en la proporción en la adultez y aumento en el ciclo vital persona mayor.

Dentro de las condiciones transmisibles las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar, seguidas por las enfermedades infecciosas y parasitarias, éstas última presentaron aumento en las proporciones entre 2015 y 2016, mientras que las infecciones respiratorias disminuyeron.

Dentro de las no transmisibles las mayores proporciones están representadas por las condiciones orales, enfermedades cardiovasculares, enfermedades musculoesqueléticas y genitourinarias, siendo las condiciones orales las que presentaron una disminución significativa en el último año y las enfermedades cardiovasculares tuvieron aumento en la proporción.

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: 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.

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. Ambos indicadores han tenido tendencia al aumento.

En lo concerniente a letalidad por eventos de notificación obligatoria, la letalidad por dengue grave y por malaria tuvieron valores significativamente más altos que los de la nación por lo tanto en la semaforización quedaron en rojo. Los indicadores de letalidad por intoxicaciones, tuberculosis pulmonar, tuberculosis extrapulmonar, infección respiratoria aguda, leptospirosis no presentaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al indicador nacional, por lo tanto, quedaron en amarillo en la semaforización. La incidencia de dengue tuvo un indicador significativamente más bajo que el indicador nacional y en la semaforización quedó en verde.

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 los oídos.

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 100% mientras que para Colombia fue de 97%, 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 2064 fue de 63% mientras que para la nación fue de 83.4%, 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 73.06% mientras que para Risaralda fue de 46.73%, 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 16.4, mientras que para la nación fue de 26, con una diferencia relativa de 0.6 y un intervalo de confianza que atraviesa el 1, por lo tanto, la diferencia no es estadísticamente significativa y el indicador en la semaforización queda en amarillo para el departamento.

Los indicadores porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada y porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas también son significativamente mejores que los de la nación por lo tanto ambos quedan en verde en la semaforización.

Tabla 44. Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida Risaralda

Determinantes intermediarios de la salud	Colombia	Risaralda
Cobertura de servicios de electricidad	96,7	100,00
Cobertura de acueducto	83,4	63,30
Cobertura de alcantarillado	73,06	46,70
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	26,02	16,30
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE 2005)	17,2	8,20
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE 2005)	17	4,90

Fuente: DANE. IRCA 2016

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 2015 en el departamento fue de 7.5%, para Colombia fue de 8.8% no hay diferencia estadísticamente significativa.

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, 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 45. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional Risaralda, 2005-2015

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Risaralda	Comportamiento											
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015		
Duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses (ENSIN 2010)	1,8	2,10					-							
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE 2015)	8,84	7,53	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘		
Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años (ENSIN 2010)	13,2	10,40					-							
Prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años (ENSIN 2010)	3,4	2,00					-							
Prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años (ENSIN 2010)	16,5	15,10					-							
Prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años (ENSIN 2010)	13,2	15,20					-							
Prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años (ENSIN 2010)	27,5	22,90					-							

Fuente: ENSIN 2010. EEVV DANE 2005- 2014

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 50.84 por 100.000 habitantes en el año 2015, más bajo que el de la nación que estuvo en 55.98 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 año 2015 la tasa de incidencia de violencia contra la mujer en Risaralda fue de 194.5, para Colombia fue de 206.6. No hay diferencias estadísticamente significativas del departamento con respecto a la nación, por lo tanto, en la semaforización este indicador queda en amarillo

Tabla 46. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales Risaralda 2015

Determinantes intermedios de la salud

Colombia

Risaralda

Porcentaje de personas de 5 a 64 años que consumo de frutas y verduras diariamente (ENSIN 2010)	66,8	65,80
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	47,40
Porcentaje de mujeres unidas con uso actual de algún método anticonceptivo (15 y 49 años) (ENDS 2010)	79,1	84,30
Prevalencia de último año de consumo de marihuana en escolares de 11 a 18 años (ENSPA 2011)	5,2	9,60
Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años (Cuenta de alto costo MSPS 2015)	1,7	5,20
Cobertura de tratamiento antirretroviral (Cuenta de alto costo MSPS 2015)	99,6	97,90
Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año (ENSPA 2011)	8,65	13,90
Prevalencia de fumadores actuales (ENS 2007)	12,8	17,30
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2015)	55,98	50,84
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Forensis 2015)	206,6	194,50

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 5.4% en la cobertura.

Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: En Risaralda la cobertura de vacunación con BCG para el año 2016 fue de 101% mayor que las de Colombia que estuvo en 88.3%, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, en la semaforización, el indicador queda en amarillo.

Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: En Risaralda este indicador estuvo en el año 2016 en 95.9%, para Colombia en 91.3% 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 2016 en el departamento quedó en 95.8%, para Colombia fue de 91.2%, 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 95.9% mientras que para Colombia de 92.6%, 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 2015 fue de 89.3. Este indicador ha tenido tendencia al aumento

Cobertura de parto institucional: La cobertura de parto institucional en el departamento en el año 2015 fue de 95.6%, más bajo que el de la nación que fue de 98.9%, no hay diferencias estadísticamente significativas y el indicador queda en amarillo en la semaforización.

Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: Para el departamento este indicador en el año 2015 estuvo en 95.6% y para Colombia en 98.9%, 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 47. Determinantes intermedios de la salud -Sistema sanitario Risaralda 2010-2016

Determinantes intermedios de la salud	Colombia	Risaralda	Comportamiento													
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE 2005)	15,8	12,80														
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE 2005)	6,3	5,70														
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS 2016)	96,49	95,90														
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	88,33	101,25	-	-	-	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,25	95,86	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	91,19	95,84	-	-	-	-	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS 2016)	92,61	95,90	-	-	-	-	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE 2015)	SD	89,30	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE 2015)	98,9	95,57	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE 2015)	99	95,60	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↘

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

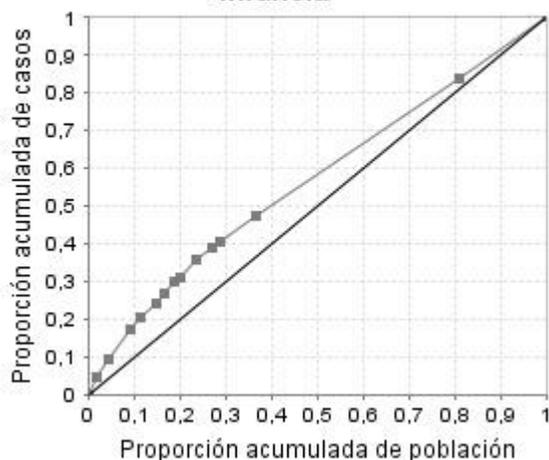


Tabla 48. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud Risaralda, 2016

Grupo Servicio	Indicador	2016
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de diagnóstico cardiovascular	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de diálisis peritoneal	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ecocardiografía	13
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrodiagnóstico	38
	Número de IPS habilitadas con el servicio de electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de endoscopia digestiva	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de esterilización	20
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fisioterapia	46
	Número de IPS habilitadas con el servicio de fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	31
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodiálisis	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de hemodinamia	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	49

Grupo Servicio	Indicador	2016
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de histotecnología	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio de patología	10
	Número de IPS habilitadas con el servicio de lactario – alimentación	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina nuclear	6
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología – fibrobroncoscopia	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de neumología laboratorio función pulmonar	12
	Número de IPS habilitadas con el servicio de quimioterapia	7
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	52
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radioterapia	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	95
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	92
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia alternativa bioenergética	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia ocupacional	29
	Número de IPS habilitadas con el servicio de terapia respiratoria	27
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	74
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	111
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	68
	Número de IPS habilitadas con el servicio de transfusión sanguínea	11
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	36
	Número de IPS habilitadas con el servicio de urología - litotripsia urológica	5

Fuente: Indicadores_REPS_ServyCapacidadInstalada_2016

Otros indicadores del sistema sanitario

Número de IPS públicas: Para el año 2016 Risaralda cuenta 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 con 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 49. Otros indicadores de sistema sanitario Risaralda, 2018

Otros indicadores	Número absoluto
Número de IPS públicas	20
Número de IPS privadas	209
Número de camas	1766
Número de camas de adulto	1082
Número de camas de cuidado intensivo	133
Número de camas de cuidado intermedio	121
Número de camas de cuidado intensivo adulto	99
Número de camas de cuidado intensivo neonatal	23
Número de camas de cuidado intensivo pediátrico	11
Número de camas de cuidado intermedio Adulto	110
Número de camas Psiquiatría	131
Número de camas de cuidado intermedio Neonatal	24
Número de camas de cuidado intermedio pediátrico	12
Número de ambulancias	115
Número de ambulancias básicas	98
Número de ambulancias medicalizadas	17

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

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

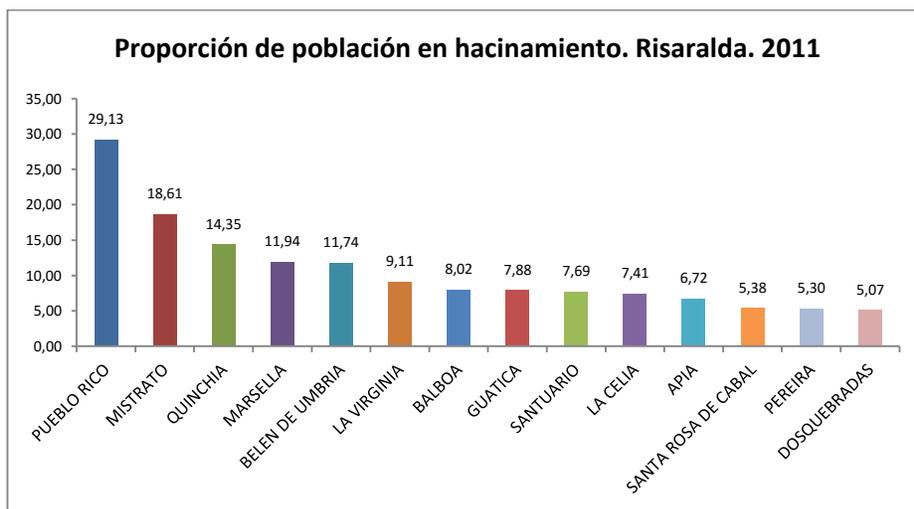
El análisis identificara como determinante estructural: el estrato socioeconómico, los ingresos, la etnia, el nivel educativo y la ocupación se presenta en la población, la relación entre ellos y los efectos sobre la salud de la población del departamento, distrito y municipio.

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 Pobreza: Para el año 2016 la línea de pobreza para Risaralda estaba en 242.251 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 2015 fue de 0.46, para el año 2016 fue de 0.43.

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 50. Otros indicadores de ingreso, Risaralda

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 pobreza*				242.651	
Coefficiente de Gini para ingresos*				0.43	

Fuente: NBI_desagregadas_cab_resto_mpio_nal_30jun11. Índice de pobreza Multidimensional 2005 DANE, Línea de pobreza y Gini datos de 2016

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 92.6% mientras que para la nación fue de 79.5, sin embargo, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Se nota además analizando la tendencia, que la cobertura aumentó el año 2016 para los tres indicadores.

Tabla 51. Tasa de cobertura bruta de educación Risaralda, 2005 – 2016

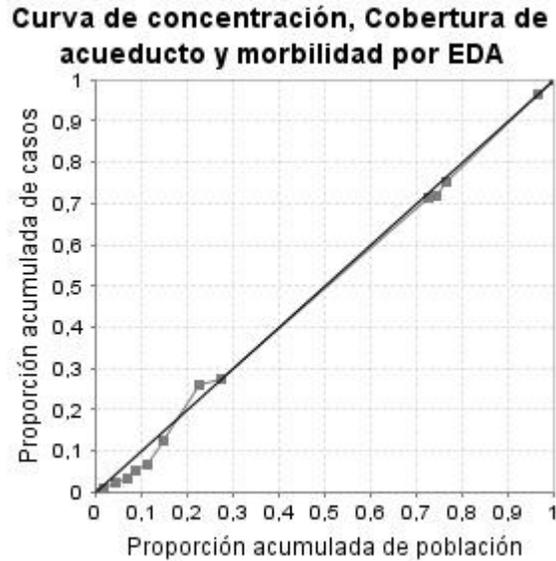
Educación	Colombia	Risaralda	Comportamiento													
			2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN 2016)	104,5	104,30	-	-	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN 2016)	100,4	110,10	-	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN 2016)	79,5	92,60	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↗

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 entre los años 2009 y 2014, 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 y tasa de morbilidad por EDA en menores de 5 años. Risaralda



Fuente: SIVIGILA. DANE

Ocupación

Tasa de desempleo

Para el año 2016 según el DANE, la tasa de desempleo fue de 9.3%

Se muestra el comportamiento de desempleo en el departamento de Risaralda entre los años 2001 y 2016. Los años con la tasa más alta de desempleo fueron 2009 y 2010 con 17.8% y 18.3% respectivamente. A partir del año 2011 la tasa de desempleo ha disminuido considerablemente hasta llegar a 9.3% en el año 2016, la más baja del período analizado.

Figura 42. Tasa de desempleo Risaralda



Fuente: DANE-

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 52. Priorización de los problemas de salud de Risaralda

Dimensiones	Problemas	Grupo de Riesgo MIAS
Salud ambiental	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.	009
	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.	009
	Proliferación de sitios de comercialización de alimentos tanto fábricas como expendios, sin registro INVIMA, lo cual aumenta el riesgo de ETAS en la comunidad.	009
	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.	009
	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).	002
Vida saludable y condiciones no transmisibles	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.	001
	Aumento de la mortalidad por Cáncer de mama la cual ha venido en aumento en los últimos años.	007
	Aumento de la mortalidad por Cáncer de próstata cuya tasa ha venido en aumento en los últimos años	007
	Elevada prevalencia de Diabetes mellitus en el departamento que a su vez aumenta el riesgo cardiovascular	001

Dimensiones	Problemas	Grupo de Riesgo MIAS
Convivencia social y salud mental	Aumento de los intentos suicidas por sustancias químicas, especialmente por plaguicidas	012
	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.	012
	Aumento en el número de suicidios	012
	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.	004
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.	009
	Desnutrición (Crónica T/E, aguda P/T, global P/E) – Asociada al aumento de la mortalidad infantil.	003
	Malnutrición (Sobre peso – Obesidad) – Asociada a hábitos alimenticios, disminución de actividad física y el incremento del sedentarismo.	003
	Bajo Peso al Nacer - Estado nutricional de mujeres Gestantes -	003
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Elevada incidencia de sífilis gestacional y congénita muy lejos de las metas de la OPS	008
	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.	009
	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	
		009

Dimensiones	Problemas	Grupo de Riesgo MIAS
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.	009
	Presencia de morbilidad por enfermedades transmitidas por vectores que afectan a todos los grupos etarios, 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	009
	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.	009
Salud pública en emergencias y desastres	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. Poca capacidad de respuesta en las direcciones locales de salud para atender estos eventos.	009
	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	
	Desconocimiento de las autoridades en los protocolos de derrames de sustancias	
	El recurso humano es insuficiente.	
Salud y ámbito laboral	El trabajo infantil va en aumento poniendo en riesgo la vida de niños y adolescentes y privándolos de la oportunidad de estudiar.	
	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	

Dimensiones	Problemas	Grupo de Riesgo MIAS
	Falta de vinculación de la población trabajadora al sistema de seguridad social, lo cual va en contra de los derechos de los trabajadores.	
	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 .	
Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	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.	
	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.	
	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	
	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 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	No existe adecuada articulación en IVC (INVIMA-ministerio)	
	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.	
	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	

Dimensiones	Problemas	Grupo de Riesgo MIAS
	<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, , tasa bruta de natalidad, cobertura de acueducto, población del municipio, tasa de mortalidad por IRA, tasa de mortalidad por EDA, tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, cobertura de parto institucional, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, encontrando que es el municipio de Pueblo Rico el que mayores necesidades en salud tiene seguido por Mistrató, Apía y Belén de Umbría todos estos ubicados en el primer cuartil. En el segundo cuartil aparecen los municipios de Marsella, La Celia y Guática, Los municipios Quinchía, La Virginia, Santuario y Santa Rosa en su orden se encuentran en el tercer cuartil y en el último grupo y con menores necesidades en salud están los municipios de Balboa, Dosquebradas y Pereira.

Tabla 53. Índice de Necesidades en Salud Risaralda, 2014

Pueblo Rico	-7,48
Mistrató	-7,01
Apía	-5,52
Belén de Um	-2,13
Marsella	-1,5
La Celia	-0,27
Guática	0,6
Quinchía	1,44
La Virginia	2,02
Santuario	2,58
Santa Rosa	3,03
Balboa	3,23
Dosquebradas	4,57
Pereira	6,44

Fuente: DANE, SISPRO. SIVIGILA