



ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD

DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2012

GOBERNACION DEL QUINDIO
SECRETARIA DE SALUD
DEPARTAMENTAL



ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD DEPARTAMENTO DEL QUINDIO - 2012

GOBERNACION DEL QUINDIO
SANDRA PAOLA HURTADO PALACIO
GOBERNADORA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
JOSE ANTONIO CORREA LOPEZ
SECRETARIO DE SALUD

**DIRECCION DE PREVENCION VIGILANCIA Y CONTROL DE
FACTORES DE RIESGO**
NEBIO JAIRO LONDOÑO BUITRAGO
DIRECTOR

DOCUMENTO ELABORADO POR:
ANA CECILIA LOPEZ VIDAL
PROFESIONAL ESPECIALIZADA
VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA

TABLA DE CONTENIDO

No.	Tema	Pag
1	Caracterización Territorial	6
1.1	Localización geográfica	6
1.2	División político-administrativa	7
1.3	Geografía Física	8
1.4	Clima	8
1.5	Accesibilidad	8
2	Caracterización Demográfica	10
2.1	Indicadores demográficos	17
2.2	Proyecciones dinámica poblacional	18
3	Caracterización Socioeconómica	21
3.1	Indicadores Socio Económicos	21
3.1.1	Índice de NBI	22
3.1.2	Índice de NBI MUNICIPIOS	24
3.1.3	Índice De calidad de vida	25
3.1.4	Cobertura por aseguramiento	27
3.1.5	Índice de escolaridad	28
3.1.6	Esperanza de vida al nacer	29
3.2	Información económica Dpto del Quindío	30
4	Salud Infantil	32
4.1	Indicadores de mortalidad infantil	32
4.2	Cobertura de vacunación	39
4.3	Eventos de Interes en SP reportados al SIVIGILA	40
5	Salud Sexual y Reproductiva	49
5.1	Eventos de Interes en SP reportados al SIVIGILA	52
6	Salud Oral	63
7	Salud Mental	65
7.1	Violencia contra la mujer, intrafamiliar y sexual	69
8	Enfermedades transmisibles y zoonosis	76
9	Enfermedades no transmisibles y discapacidades	105
10	Salud Nutricional	10
11	Salud Sanitaria y del ambiente	115
12	Mortalidad	138
13	Morbilidad	144



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



INTRODUCCION

El Departamento del Quindío, para el año 2012, sufrió cambios contundentes en el sector salud, originados por la liquidación del Instituto Seccional de Salud del Quindío y el inicio de actividades de la Secretaria de Salud Departamental del Quindío, a partir del mes de Septiembre de 2012, generándose múltiples situaciones administrativas, que desencadenaron retrasos en el cumplimiento de las competencias inherentes a la entidad.

Sin embargo todo comienzo es una oportunidad de mejora, razón por la cual se vienen adelantando acciones de fortalecimiento relacionadas con la organización estructural de la entidad, acorde a la reglamentación vigente, el nombramiento del talento humano necesario para el desarrollo de la función Departamental, y el desarrollo de estrategias para la concepción de herramientas útiles para la toma de decisiones, desde todos los sectores.

Es por esto, que el Departamento del Quindío inicia el proceso de Análisis de la Situación de Salud, con el fin de lograr la caracterización Departamental, a partir de los indicadores propuestos en los contextos territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, servicios y cobertura en salud, prioridades nacionales en Salud, la morbilidad y mortalidad del territorio. Con el fin de establecer un punto de partida, para ajustar los planes, metas y estrategias territoriales, a la situación de Salud del Departamento del Quindío.

El presente Documento se encuentra en proceso de actualización y complementación.

JUSTIFICACION

El principal objetivo de la Salud Pública, es mejorar la calidad de vida de la población del territorio, logrando reducir las necesidades insatisfechas en salud, cuyo cumplimiento sistemático permitirá monitorear la situación en salud y orientar la formulación de políticas y programas tendientes a eliminar o disminuir tales desigualdades, como lo proyecta la metodología ASIS.

En este sentido, se establece la necesidad de generar el análisis de la situación de salud del Departamento del Quindío, con el fin de brindar una línea de base que permita medir y evaluar el impacto obtenido por las diferentes estrategias y programas establecidos en el territorio y para el establecimiento de intervenciones integrales, pertinentes y focalizadas a las personas y a las comunidades.

Por lo anterior, el presente documento pretende exponer el análisis descriptivo de los indicadores contenidos en cada una de las prioridades de Salud, intervenidas por medio del Plan territorial de Salud.

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la situación de salud de la población del Departamento del Quindío a través de indicadores básicos disponibles, con el fin de identificar los problemas de salud, evaluarlos resultados y medir el impacto logrado en la reducción de la morbilidad y mortalidad de la población, utilizando la metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

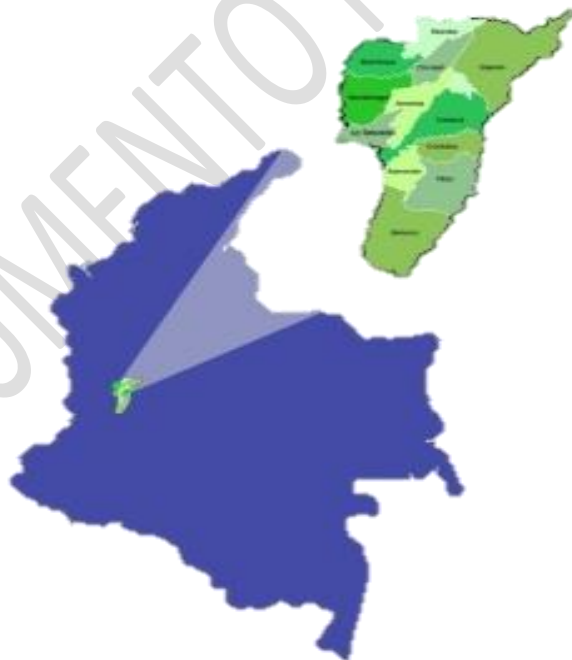
- Caracterizar la situación de salud de la población del Departamento del Quindío por medio del contexto territorial, demográfico, socioeconómico, de recursos, de servicios y cobertura en Salud.
- Identificar los problemas que están afectando a la población Quindiana en los diferentes contextos.
- Establecer la línea de base de las diez prioridades Nacionales en Salud, la morbilidad y mortalidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones realizadas a través de los indicadores propuestos en cada uno de los contextos.

1. CARACTERIZACION TERRITORIAL

1.1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:

El Departamento del Quindío se encuentra localizado en la zona centro occidente del país (flanco occidental de la Cordillera Central), , coordenadas 4° 44' y 4° 04' latitud norte; y 75° 52' y 75° 24' longitud oeste.

La extensión del Departamento es de 1.961,8 Km² que representa el 0.2% del Territorio Nacional. Es el segundo departamento más pequeño del país, después de San Andrés Islas; Limita al oeste y sur con el Departamento del Valle del Cauca, al este con el Departamento del Tolima y al norte con el Departamento de Risaralda. Del total de la extensión del Departamento, el 98.05% corresponde al área rural.



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

1.2. DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA:

El departamento del Quindío está dividido en 12 municipios, 6 corregimientos, 259 veredas y 34 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 10 cabeceras de círculo notarial con un total de 14 notarías, un círculo principal de registro con sede en Armenia y 2 oficinas seccionales de registro con sede en Calarcá y Filandia; un distrito judicial, Armenia, con 2 cabeceras de circuito judicial en Armenia y Calarcá. El departamento conforma la circunscripción electoral de Quindío.

QUINDIO. DIVISIÓN POLÍTICO - ADMINISTRATIVA.			
MUNICIPIOS	CORREGIMIENTOS	VEREDAS	INSPECCION DE POLICÍA
ARMENIA	EL CAIMO	23	12
BUENAVISTA	-	12	1
CALARCÁ	BARCELONA QUEBRADANEGRA LA VIRGINIA	38	1
CIRCASIA	-	21	3
CÓRDOBA	-	16	1
FILANDIA	LA INDIA	24	2
GÉNOVA	-	18	1
LA TEBAIDA	-	10	1
MONTENEGR	PUEBLO TAPAO	29	2
PIJAO	-	24	2
QUIMBAYA	-	26	2
SALENTO	-	18	1



1.3. GEOGRAFÍA FÍSICA:

En el territorio Quindiano se distingue dos tipos de relieves. El primero, montañoso, está ubicado en el oriente; y el segundo, ondulado, en el occidente. El montañoso corresponde al flanco occidental de la cordillera Central, el cual se extiende en dirección sur - norte, con pendientes abruptas, muy relacionadas con la litología, en su mayoría rocas metamórficas. El segundo, corresponde al área cubierta de flujos de lodos volcánicos transportados por los ríos; el modelado es suave, de colinas bajas. En la faja más occidental de esta morfología; se encuentran los valles de los ríos Barragán, al sur, de aluviones recientes; y el de La Vieja, en el sector norte, de rocas sedimentarias. Los ríos mencionados reciben todas las corrientes que descienden de la cordillera. Sobresalen los ríos: San Juan, Rojo, Verde, Espejo y Quindío, el de mayor longitud y con numerosos tributarios.

1.4. CLIMA:

El Departamento, posee una gran riqueza climática, con alturas entre 900 y 4.750 metros sobre el nivel del mar, El clima del Departamento es muy variado, debido principalmente a factores como la latitud, altitud, orientación de los relieves montañosos, los vientos, etc. Los meses de máxima cantidad de lluvia se presenta en dos temporadas comprendidas entre marzo a mayo y septiembre a noviembre, los períodos de menor pluviosidad son enero a febrero y junio a agosto. La temperatura promedio oscila entre los 18° y 21°C. Comparte con los departamentos de Caldas, Risaralda y Tolima, el parque nacional natural de Los Nevados.

1.5. ACCESIBILIDAD:

El Departamento tiene una red vial que le permite a todos los municipios comunicarse entre sí y con la ciudad capital, al igual que con los departamentos vecinos. se ubica como un punto medio del eje Cali – Medellín y centro estratégico de articulación con el centro del País, con excelentes vías que lo comunican con todos los departamentos vecinos y las mayores capitales del país

(Bogotá, Cali, Medellín). Cuenta con el aeropuerto internacional "El Edén", ubicado en Armenia; cuenta con una malla vial con una longitud total de 2.121 Km, 345 Km forman parte de la red departamental y 1.654 km por la red municipal. De los 2.121 Km de vías del Departamento, el 23.64% está pavimentado y el resto en material de afirmado y huellas. El 7.68% de la Red municipal y veredal se encuentra pavimentado

La Red Vial Departamental que comunica a la capital con las cabeceras municipales y las intermunicipales comprende 493 Km. pavimentados y se encuentran en buen estado. El 90% de la red vial municipal es de característica afirmado y consta de 1.512 Km. El Quindío es parte del corredor vial Nacional Calarcá – Ibagué.

La accesibilidad a los municipios es buena con tiempos de desplazamiento que en promedio son de 40 minutos en zona sur cordillerana, 20 minutos en las zonas: occidental y norte y la distancia entre Calarcá y Armenia de 10 minutos. Con excepción de los municipios cordilleranos existen varias vías de comunicación intermunicipales en muy buen estado y totalmente transitables.

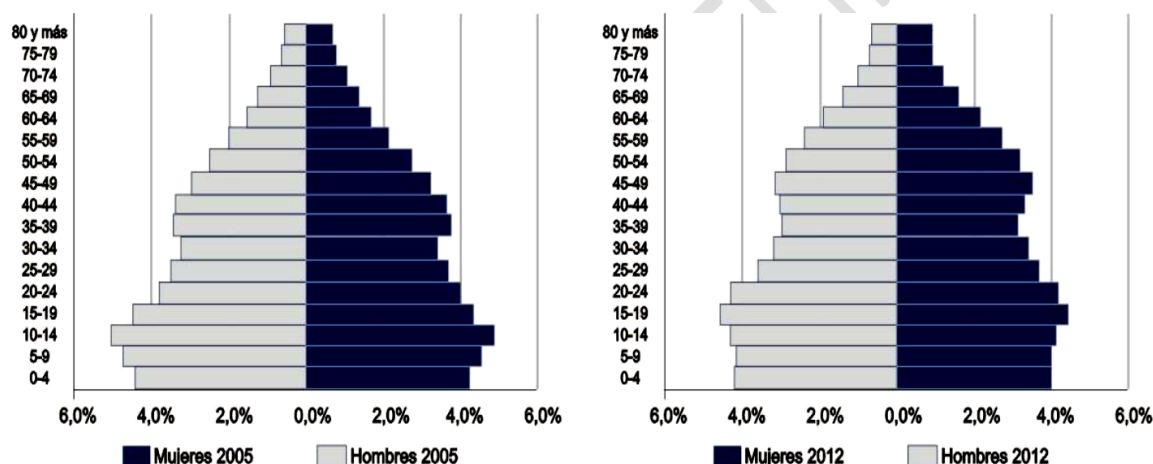
Los 12 municipios, del Departamento se encuentran cercanos a la ciudad capital Armenia; donde se ubican los terceros niveles de atención, el municipio de Génova es el más lejano, encontrándose a 52Kmts de Armenia ciudad capital, los demás municipios se encuentran entre los 33 a los 6Kmts de distancia.

Siendo el Departamento del Quindío uno de los principales destinos turísticos del País, debido a su geografía y condiciones climáticas, es importante tener en cuenta, que estas circunstancias favorecen la proliferación de vectores tales como el Aedes aegypti, vector transmisor del dengue además de presentarse la posibilidad de la proliferación de enfermedades transmisibles debido a la alta densidad de población flotante, además de la alta circulación de población extranjera y/o proveniente de otros departamentos del País.

2. CARACTERIZACION DEMOGRAFICA

La población del Quindío en 2012 es de 555.836 personas, de acuerdo con las proyecciones (1985-2012) que realiza el DANE con base en el Censo de 2005; lo que significa un incremento poblacional de 35,51% en los últimos 26 años. El incremento para Colombia fue del 51,22% para el mismo lapso.

Quindío – Pirámides Poblacionales por Grupos de Edad y Sexo 2005 – Proyección 2012



Fuente: DANE, estimaciones de población. Fuente: DANE, estimaciones de población.

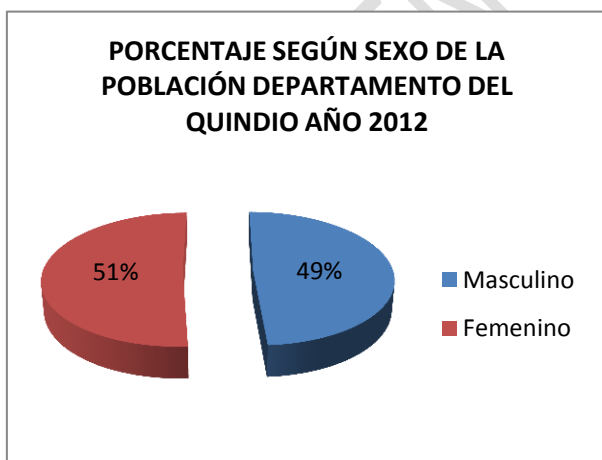
La composición demográfica del departamento evidencia dos fenómenos importantes: por una parte, la contracción de la base de la pirámide, producto de una menor tasa de fecundidad y por otra parte, el envejecimiento progresivo de la población.

Además se observa para el año 2012, una estrechez en la población económicamente activa, afectada en primera instancia por el traslado a otros Departamentos y Países, en busca de oportunidades laborales especialmente, y en segundo lugar por la mortalidad violenta y/o por causas externas.

Distribución poblacional según municipios del Departamento del Quindío año 2012

MUNICIPIO	POBLACION	PORCENTAJE
ARMENIA	292.045	52%
BUENAVISTA	2.911	0,5%
CALARCA	76.415	13,7%
CIRCASIA	29.150	5,2%
CORDOBA	5.345	0,9%
FILANDIA	13.255	2,3%
GENOVA	8.380	1,5%
LA TEBaida	39.338	6,9%
MONTENEGRO	40.871	7,3%
QUIMBAYA	34.687	1,2%
PIJAO	6.300	6,2%
SALENTO	7.159	1,3%

Fuente: DANE censo 2005 – proyecciones poblacionales

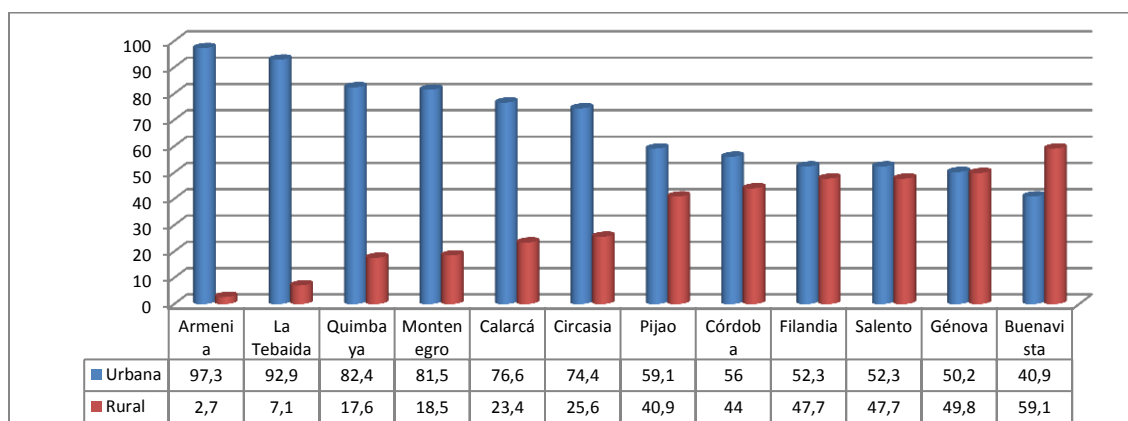


La relación entre hombres y mujeres observa una leve variación, mientras en 1985 era de 49,43% para los hombres y de 50,56% para las mujeres, en la actualidad es de 49% y 51%, respectivamente.

Para el año 2012, por cada hombre, reside una mujer, para una razón de 1:1

FUENTE: DANE Proyecciones Poblacionales

Distribución Población Según Zona de Residencia por Municipios



FUENTE: DANE Proyecciones poblacionales

El gráfico anterior muestra, que de acuerdo a la distribución de la población según zona de residencia, la mayor concentración se presenta en la zona urbana, situación que es mucho más evidente en el municipio de Armenia, el cual muestra un 2,7% de población residente en la zona rural, seguido en su orden de los municipios de La Tebaida, Quimbaya, Montenegro, Calarcá y Circasia, como los de mayor concentración poblacional en la zona urbana.

Los municipios de Pijao, Córdoba y Filandia, presentan un mayor porcentaje de población ubicada en la zona urbana, sin embargo la población de la zona rural se encuentra en promedio sobre el 40%. Los municipios de Salento y Génova, muestran una distribución equitativa entre la zona urbana y rural y el municipio de Buenavista, es el único del Departamento del Quindío que cuenta con una concentración poblacional superior en la zona rural.

Distribución de la población en Colombia y el Departamento del Quindío – 2012

POBLACIÓN	QUINDÍO	COLOMBIA
Población total	555.836 (1,19%)	46.581.823
Población total hombres	272.822 (49,0%)	22.997.087 (49,36%)
Población total mujeres	283.014 (51,0%)	23.584.736 (50,64%)

Fuente: DANE Censo 2005 Proyecciones poblacionales

La composición por ciclo vital, constata dos fenómenos: primero, el envejecimiento de la población, los adultos para 1985 representaban un 43% de la población total y para el 2012 se estima que representarán un 55% y segundo, la disminución del peso porcentual de la población en primera infancia, pasando en el mismo periodo del 16% al 12% de la población total.

Distribución de la población por ciclo vital

CICLO VITAL	RANGO EDAD	1985		1993		2005		2012	
Población	%	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
PRIMERA INFANCIA	0 - 6 años	64.269	16%	75.868	16%	66.136	12%	64.179	12%
EDAD ESCOLAR	7 - 12 años	49.973	12%	57.101	12%	63.049	12%	55.352	10%
ADOLESCENTES	13-17 años	42.481	10%	43.989	9%	50.646	9%	49.582	9%
JÓVENES	18-26 años	75.847	18%	77.129	16%	76.232	14%	84.801	15%
ADULTO EN EDAD PRODUCTIVA	27-59 años	147.567	36%	188.742	39%	220.473	41%	230.735	42%
ADULTO MAYOR	60 ó más años	30.017	7%	42.124	9%	57.970	11%	71.187	13%
TOTAL		410.154	100%	484.953	100%	534.506	100%	555.836	100%

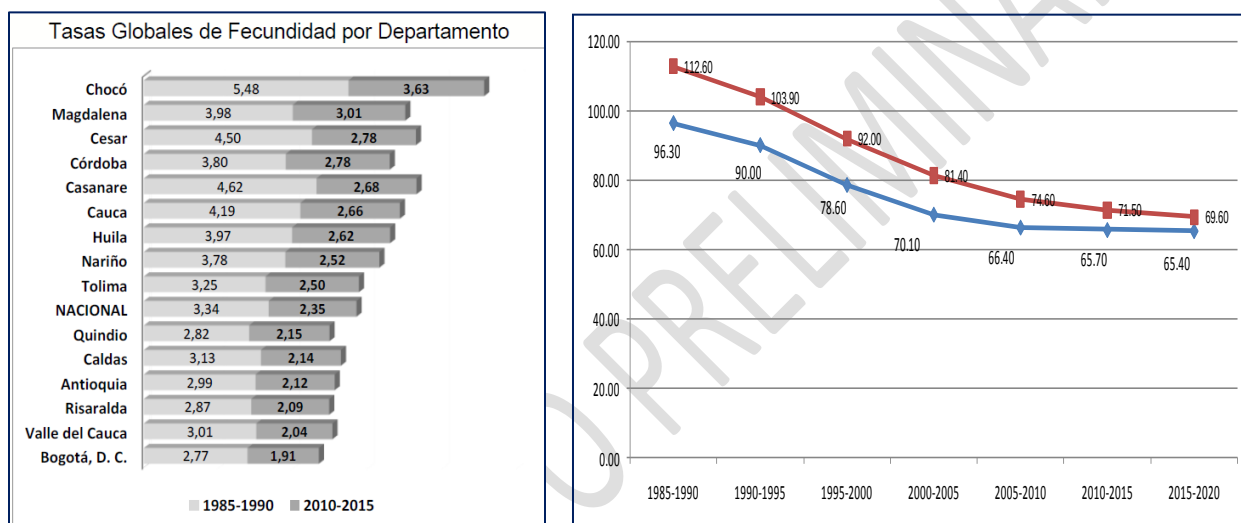
Fuente: DAN, datos censales y proyección poblacional a 2012. Cálculos propios

Su composición étnica está conformada fundamentalmente por mestizos (98%); el Censo 2005 reveló una baja existencia de población Afro (2%) e Indígenas (0,4%).

La distribución poblacional territorial registra que 485.952 personas (87%), vive en la zona urbana, y 69.884 (13%), residen en el área rural. La urbanización registra una tendencia creciente. La falta de oportunidades de trabajo en el campo y la dinámica económica en la capital y en ciudades como Calarcá, La Tebaida, Montenegro, Quimbaya y Pijao en las cuales se concentran en gran medida las actividades económicas y sociales, ofrecen mejores oportunidades para la obtención de ingresos familiares.

La Tasa global de fecundidad del Quindío (medida en mujeres de 15 a 49 años) es una de las más bajas en el país y evidencia un decrecimiento, pasando de un promedio de hijos por mujer de 2,82 en 1985 a 2,15 en 2010, según Indicadores demográficos del DANE a junio 30 de 2011.

Tasa general de fecundidad Quindío 1985 – 2020 estimaciones DANE.



Fuente: DANE, Proyecciones poblacionales nacional y departamental, con base en Censo 1993 y 2005.

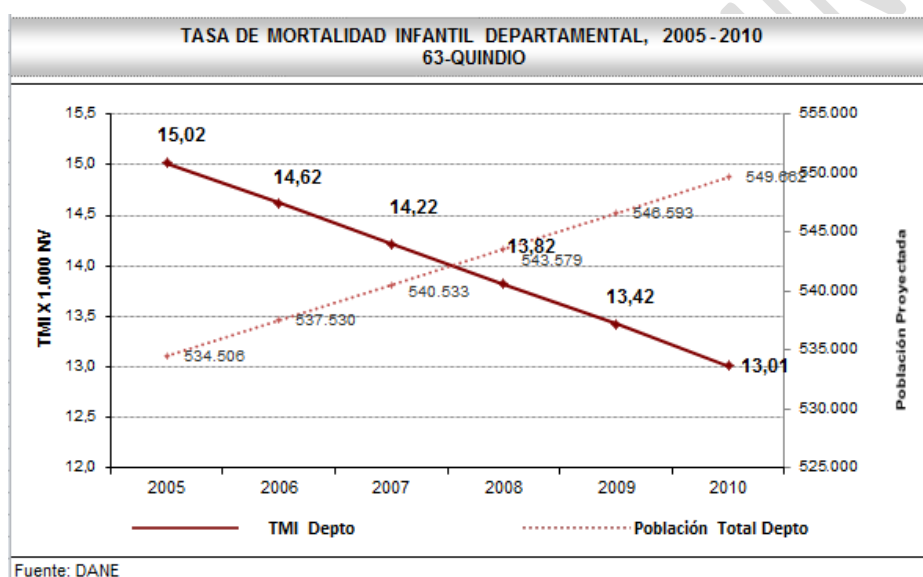
A pesar de presentarse disminución en el número de nacidos vivos y número de hijos, se evidencia aumento de gestaciones en mujeres adolescentes situación que requiere intervenciones integrales específicas para este grupo poblacional.

A nivel nacional la tasa de mortalidad infantil de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos (mmv) entre 1990 y 2009 la tasa fue de 36,67 por mnv, mientras que en el 2009 descendió a 20,13, como consecuencia del mejoramiento de las condiciones de salud.

En el Departamento del Quindío la mortalidad en menores de 1 año para el mismo periodo de tiempo, presento una tendencia decreciente acelerada con una dinámica que pasa de una tasa de

39,3 niños por mnv en 1990 a 16 por mnv en 2009, constituyéndose en el tercer Departamento con menor mortalidad infantil

De acuerdo a la revisión realizada por el DANE de las estimaciones nacionales y departamentales de la tasa de Mortalidad infantil para el año base 2005 y los años sucesivos (2006 – 2010), fueron necesarios ajustes según métodos demográficos y estadísticos, calculando el indicador por lugar de residencia habitual.



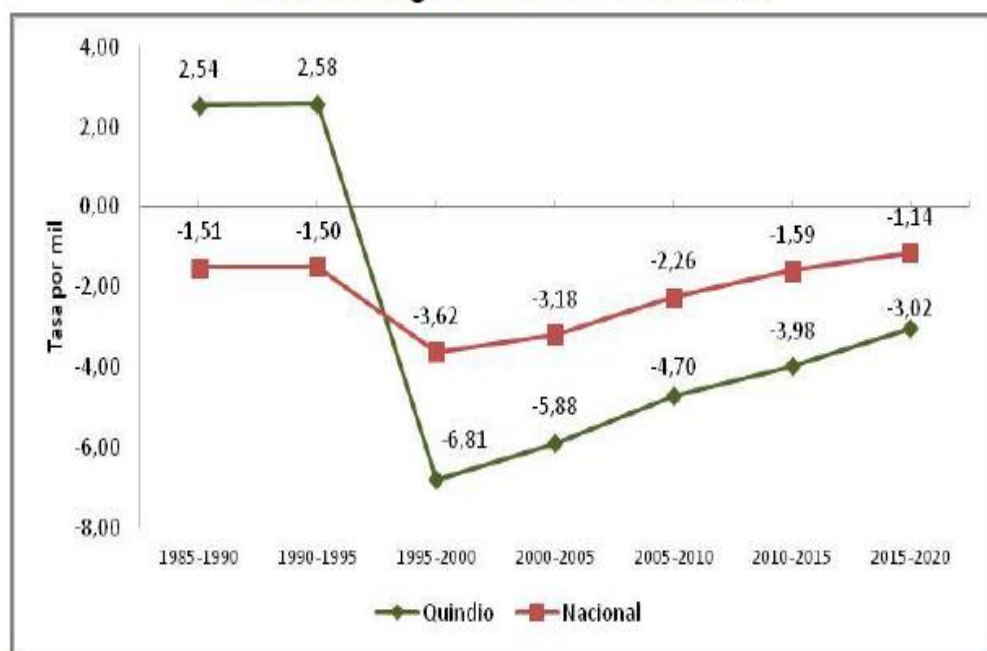
El comportamiento para el Departamento del Quindío de acuerdo a los ajustes realizados por el DANE, nuevamente evidencia la tendencia descendiente presentada por la tasa de mortalidad infantil, siendo el año 2010 el de menor comportamiento en el periodo analizado.

De otra parte, la esperanza de vida al nacer, variable que también ha mostrado un comportamiento positivo, incrementando gradualmente en los últimos decenios, evidenció un aumento para el Quindío de 4,5 años entre los quinquenios 1985-1990 y 2010-2015; aumentando de 67 a 74,5 años en la población total. El aumento fue mayor en hombres (63,6 a 71,5 años; 7,8 años adicionales) y en mujeres (70,6 a 77,6 años; 7,0 años adicionales); aunque las mujeres tengan una esperanza de vida mayor.

La tasa de migración neta, expresada como el cociente entre la diferencia de los volúmenes de llegada (migrantes) y salidas (emigrantes) por 1000 habitantes muestra para el Quindío un predominio de las “salidas” de población, es decir, el volumen de emigrantes es superior al volumen de inmigrantes, siendo la tendencia de salida más pronunciada que la nacional.

El Departamento pasó de 2,54 en el quinquenio 1985 – 1990 a 3,88 en el quinquenio 2010 – 2015, mientras que para el mismo periodo la tasa neta nacional pasó de 1,51 a 1,59 respectivamente, situación significativa, que se evidencia en los cambios presentados en la pirámide poblacional en la franja de edad de los 15 a los 45 años para hombres y mujeres

Tasa de Migración Neta 1985-2020



Fuente: DANE, Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población 2005 – 2021

2.1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2012

ESTIMACION POBLACIONAL	TOTAL	POCENTAJE
población total	555.836	100%
Población cabecera	485.800	87.4%
Población resto	70.036	12.6%
Población femenina	283.014	51,2%
Población masculina	272.822	48,8%
Proporción de población menor de 0 a 4 años	45.979	8,27%
Proporción de población menor de 15 años	138.819	24,9%
Proporción de población adolescente 15 -19 años	50.535	9,09%
Proporción de mujeres en edad fértil 10 – 49 años	166.644	29,9%
Proporción de mujeres en edad fértil 15 – 44 años	143.563	25,8%
Proporción de población de 60 y más años	71.187	12,8%
Proporción de población de 65 años y más años	60.359	10,8%
Proporción de población de 15 a 64 años	368.783	66,3%
Índice de envejecimiento	43,5	
Índice global de dependencia	1,85	
Índice de dependencia por vejez	6,1	
Índice de dependencia juvenil	2,6	

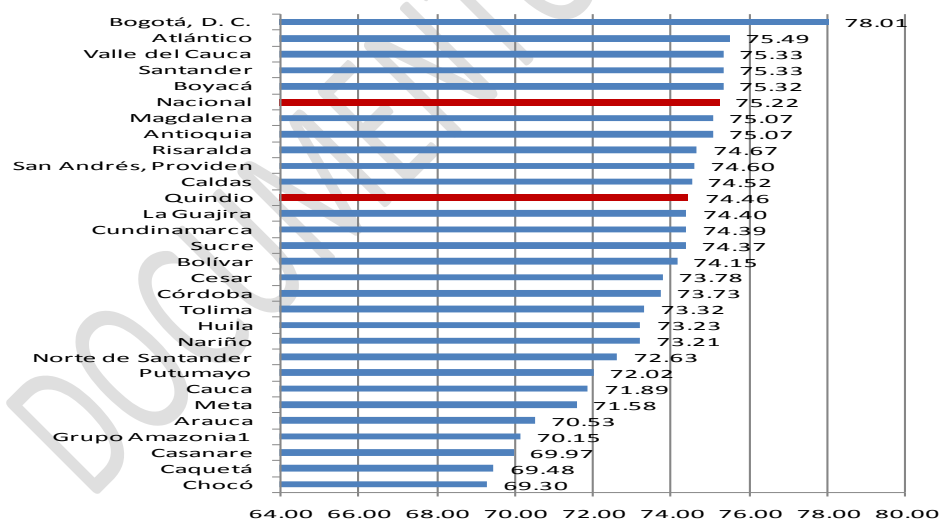
Fuente: DANE – Proyecciones de población con base en el censo 2005

2.2. PROYECCIONES DINAMICA POBLACIONAL

INDICADOR	2005 - 2010	2010 - 2015
Tasa general de fecundidad x 1000 mujeres	66,40	65,7
Tasa general de fecundidad por mujer	2,22	2,15
Tasa bruta de natalidad x1000 hab	17,26	16,21
Esperanza de vida al nacer en hombres	69,99	71,52
Esperanza de vida al nacer en mujeres	76,38	77,57
Esperanza de vida al nacer en población total	73,10	74,46
Tasa bruta de mortalidad x1000 habitantes	----	7,06
Nacimientos esperados	9.488	9438
Defunciones esperadas	-----	3905

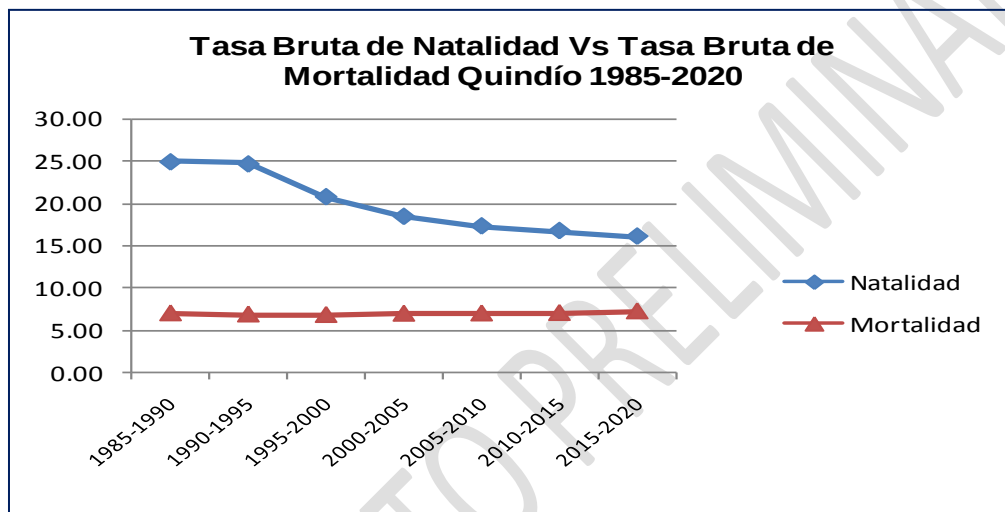
Fuente DANE proyecciones poblacionales.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER (TOTAL)



Las proyecciones poblacionales realizadas por el DANE, han sido una orientación eficaz para la medición del estado de salud de la población del Departamento, sin embargo es necesario tener

en cuenta que la población de nacimientos esperados, sobrepasa en un promedio de 3000 nacimientos a los que se cuentan certificados, razón por la cual es necesario realizar el ajuste de la información dado que esta situación afecta los indicadores de cumplimiento Departamentales, especialmente los relacionados con la prioridad de salud infantil.

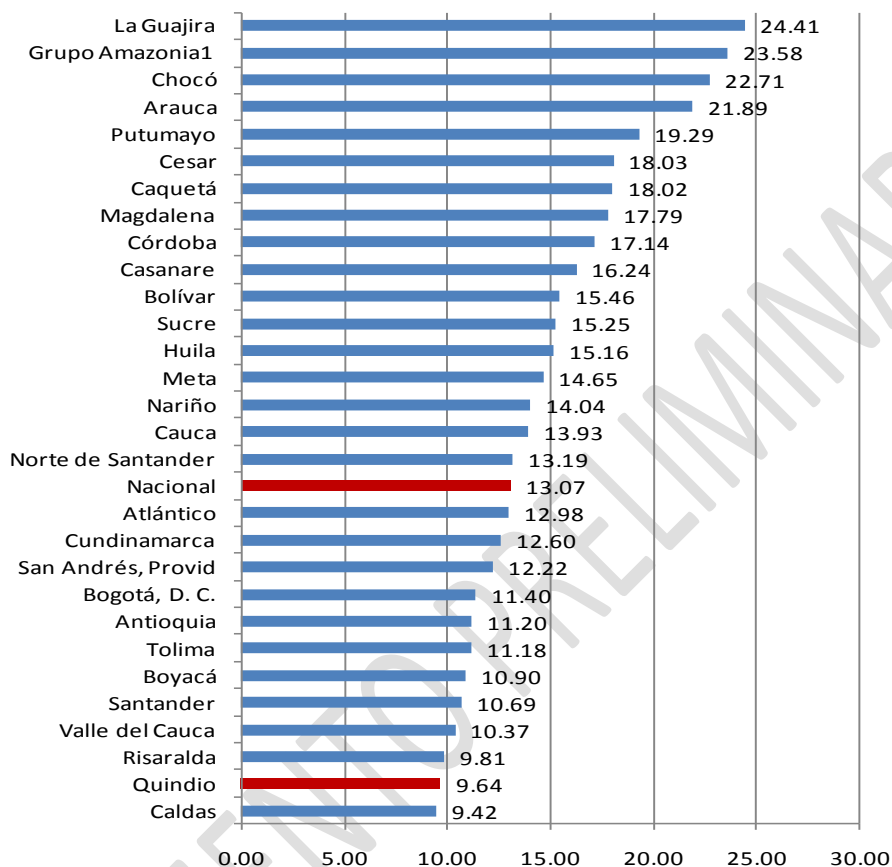


FUENTE: DANE estimaciones poblacionales

la tasa de natalidad de acuerdo a las estimaciones poblacionales realizadas por el DANE, muestran una tendencia clara al descenso, sustentado en la disminución en el número de nacidos vivos año a año, sin embargo la tasa de mortalidad muestra un comportamiento estable con tendencia al aumento.

Tasa de Crecimiento Natural de la Población (por mil)

incremento o disminución del tamaño de una población, experimentado por el efecto del balance entre los nacimientos y las defunciones (aumento natural en cifras relativas).



Fuente: DANE, proyección de población con base en Censo 2005



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELÉFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

3. CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA

Según la OMS y la comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta al modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Las diferencias no deberían existir, ni dentro de cada país ni entre los países. Esas desigualdades y esa inequidad sanitaria, que podría evitarse, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Las políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre. El desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección de que gozan las personas afectadas por la enfermedad.

Con el fin de lograr una aproximación para identificar la exposición diferencial de las personas a factores que perjudican la salud o los convierte en vulnerables y las consecuencias del deficiente sistema de salud, se consideran los siguientes indicadores trazadores:

3.1. INDICADORES SOCIOECONOMICOS DEPARTAMENTO DEL QUINDIO

3.1.1. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas:

La metodología de NBI busca determinar, con ayuda de algunos indicadores simples, si las necesidades básicas de la población se encuentran cubiertas. Los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres.

Los indicadores simples seleccionados son: viviendas inadecuadas, hogares con hacinamiento crítico, vivienda con servicios inadecuados, hogares con alta dependencia económica y hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela.

Necesidades Básicas insatisfechas

Indicador	Quindío	Colombia	Fuente
Proporción de población en necesidades básicas insatisfechas NBI (%)	Cabecera: 15,28 Resto: 22,23 Total 16,20	Cabecera: 19,66 Resto: 53,51 Total: 27,78	DANE: NBI 2012
Proporción de población en Miseria	Cabecera: 2,95 Resto: 3,20 Total 2,99	Cabecera: 5,88 Resto: 25,71 Total: 10,64	DANE: NBI 2012
NBI por componente de vivienda	Cabecera: 1,47 Resto: 1,63 Total 1,49	Cabecera: 4,79 Resto: 28,24 Total: 10,41	DANE: NBI 2012
NBI por componente de Servicios	Cabecera: 1,77 Resto: 0,33 Total 1,06	Cabecera: 5,01 Resto: 14,82 Total: 7,36	DANE: NBI 2012
NBI por componente de hacinamiento	Cabecera: 4,58 Resto: 6,62 Total	Cabecera: 8,46 Resto: 19,48 Total:	DANE: NBI 2012

	4,85	11,11	
NBI por componente de inasistencia	Cabecera: 3,29 Resto: 4,56 Total 3,46	Cabecera: 2,37 Resto: 7,33 Total: 3,56	DANE: NBI 2012
NBI por componente de dependencia	Cabecera: 8,71 Resto: 12,72 Total 9,24	Cabecera: 7,34 Resto: 23,96 Total: 11,33	DANE: NBI 2012

DANE: NBI 2012

El índice de NBI medido para el Departamento del Quindío, respecto al presentado por el País en la vigencia 2012, muestra un comportamiento significativa mente inferior, al evidenciado por el nivel Nacional.

El NBI medido para la población residente en la zona rural y centros poblados, es significativamente más alto que el medido en la zona urbana, en todos los componentes, situación a tener en cuenta dado que a pesar de presentar una concentración poblacional inferior, las condiciones de vida de la población rural, los puede tornar como población vulnerable, favoreciendo la presencia de situaciones que pongan en riesgo su salud y su vida.

El componente de Dependencia, es el que más afecta la población dado que los índices para el Departamento del Quindío, fueron más altos para esta medición, seguida del ítem de hacinamiento.

3.1.2. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, según Municipios del Departamento del Quindío a 30 Junio de 2012

MUNICIPIO	Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
ARMENIA	13,21	2,50	1,44	0,92	4,34	2,98	6,67
BUENAVISTA	22,45	4,12	1,50	0,46	6,18	6,06	12,74
CALARCA	14,46	2,21	1,38	1,12	2,95	2,80	9,24
CIRCASIA	17,23	2,36	1,27	0,30	4,30	2,80	11,51
CORDOBA	24,82	3,40	0,89	0,59	5,77	5,93	15,13
FILANDIA	18,81	1,78	0,70	0,31	2,98	4,32	12,37
GENOVA	25,42	4,90	0,85	0,90	9,31	6,43	13,53
LA TEBAIDA	22,38	3,25	1,88	0,51	6,72	4,23	13,45
MONTENEGRO	22,86	6,43	2,55	2,78	7,92	4,81	14,22
PIJAO	23,86	4,87	0,40	1,76	7,42	5,38	14,16
QUIMBAYA	22,10	4,48	1,54	1,51	6,99	4,74	13,42
SALENTO	20,86	2,12	1,29	1,24	4,42	3,87	12,52

FUENTE: DANE censo general 2005

De acuerdo a la medición del índice según los municipios del Departamento para el año 2012, se encuentra que el municipio de Génova presenta el mayor porcentaje de hogares con NBI, seguido de los municipios de Córdoba y Pijao; el Municipio de Armenia, presenta la menor proporción para el Departamento de personas con NBI.

3.1.3. Indicadores de Calidad de Vida 2012.

Indicador Departamento del Quindío	2011	2012
Promedio de hogares por vivienda	1,0	1,0
Promedio de personas por hogar	Total 3,5 Cabecera: 3,4 Resto: 3,6	Total 3,4 Cabecera: 3,3 Resto: 3,7
Cobertura de hogares con Energía eléctrica (%)	97,2	Total 96,4 Cabecera: 99,8 Resto: 88
Cobertura de hogares con Acueducto (%)	87,7	Total 86,4 Cabecera: 99,4 Resto: 53,6
Cobertura de hogares con alcantarillado (%)	78,2	Total 76,2 Cabecera: 98,2 Resto: 20,6
Cobertura de hogares con recolección de basuras (%)	76,7	Total 79,3 Cabecera: 99,5 Resto: 28,3
Cobertura de hogares con Gas Natural (%)	51,2	Total 52,4 Cabecera: 70,2 Resto: 7,5
Cobertura de hogares con teléfono fijo (%)	29,9	Total 24,5 Cabecera: 33,4 Resto: 1,9
Cobertura de hogares con teléfono celular (%)	92,2	Total 93,7 Cabecera: 95,6 Resto: 89
Hogares sin ningún servicio (%)	1,9	Total 2,9 Cabecera: 0,1 Resto: 10,2
Proporción de Hogares con vivienda propia totalmente pagada (%)	40,1	43,2
Proporción de hogares con vivienda propia que la están pagando (%)	4,7	5,0
Proporción de hogares que viven en arriendo o	33,9	34,5

subarriendo (%)		
Proporción de Hogares que viven con permiso del propietario sin pago alguno (%)	18,6	15,8
Proporción de Hogares con posesión sin título de propiedad (Ocupación de hecho) (%)	14,3	10,7
Proporción de Hogares que poseen vehículo (%)	14,3	10,7
Proporción de Hogares que poseen motocicleta (%)	27,3	28
Proporción de hogares con jefatura femenina (%)	30,7	Total 31,9 Cabecera 36,9 Resto 19,2
Proporción de Hogares con jefatura femenina sin cónyuge (%)	88,5	Total 84,3 Cabecera 84,9 Resto 81,8
Proporción de hogares con hijos menores de 18 años (%)	41,9	Total 40,6 Cabecera 40,3 Resto 41,9
Opinión del jefe o cónyuge sobre los ingresos de su hogar (%)	No alcanzan: 32,8 Solo alcanza para gastos mínimos: 53,7 Cubren más que los gastos mínimos: 13,5	No alcanzan: 28 Solo alcanza para gastos mínimos: 59,3 Cubren más que los gastos mínimos: 12,6

Fuente: Encuesta de Calidad de vida 2012 Región Central DANE.

De acuerdo a lo informado por la encuesta de calidad de vida realizada por el DANE con vigencia 2012, se encuentra, que entre el año 2011 y 2012 respecto a los servicios públicos básicos, se encuentra una reducción mínima para el año 2012, en lo relacionado a cobertura, sin embargo el aumento de hogares sin ningún servicio público presentó un aumento significativo, en especial ara la población residente en la zona rural y centros poblados, situación a tener en cuenta, dado que convierte a esta población en vulnerable, debido al aumento de factores de riesgo que puede llegar a afectarles su salud.

Respecto a la tenencia de viviendas, hay un aumento para el año 2012 de hogares con vivienda propia, situación que conlleva a la disminución en el porcentaje de hogares que viven en arriendo. Se presentó una disminución significativa respecto a la ocupación de hecho.

El concepto respecto a los ingresos de los hogares en la encuesta 2012, muestra un 28% que informan que no les alcanza para suplir las necesidades mínimas, el 59,3% informa que sus ingresos alcanzan para suplir las necesidades básicas y el 12,6% de los hogares informan que los ingresos les alcanzan para algo más que las necesidades mínimas.

3.1.4. Cobertura de aseguramiento por municipio – Departamento del Quindío 2012

MUNICIPIO	Contributivo	Subsidiado	Total general	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
Buenavista	300	1.956	2.256	2.911	77,50%
Calarcá	22.143	34.616	56.759	76.415	74,28%
Circasia	4.784	14.814	19.598	29.150	67,23%
Córdoba	643	4.012	4.655	5.345	87,09%
Filandia	2.069	7.564	9.633	13.255	72,67%
Génova	880	6.845	7.725	8.380	92,18%
La Tebaida	7.947	21.911	29.858	39.338	75,90%
Montenegro	8.623	28.341	36.964	40.871	90,44%
Pijao	965	4.636	5.601	6.300	88,90%
Quimbaya	7.580	22.560	30.140	34.687	86,89%
Salento	1.161	3.691	4.852	7.139	67,96%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Afiliados cargados a BDUA a diciembre 31 de 2012

La cobertura de aseguramiento alcanzada por cada uno de los municipios de acuerdo a la información del Ministerio de Salud y Protección Social BDUA, evidencia, que el Municipio de Génova es el más cercano a la universalización de la población en el Sistema de Salud con un 92,18% de cobertura, seguido del municipio de Montenegro con el 90,44% y el municipio de Pijao con el 88,90%

Los municipios que muestran el menor porcentaje de cobertura de afiliación de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud son Circasia 67,23% y Salento con el 67,96%.

3.1.5. Indicadores de Escolaridad

Para el Departamento del Quindío, según la encuesta de calidad de vida del año 2012, la tasa de analfabetismo en población de 15 años y más es del 5,3% para el año 2011 y del 6,4% para el año 2012, evidenciándose un aumento de importancia; las cabeceras municipales muestran el 4,5% y en la zona rural y centros poblados se concentra el 11,4% de la situación. El total general de alumnos matriculados según el DANE información final 2.011 fue de 107.688 alumnos.

De acuerdo a la información final reportada por el DANE se encuentra: que en Preescolar se matricularon en el sector oficial 6.251 alumnos y en el No oficial 2.475 para un total de 8.726 alumnos en este nivel; en primaria se matricularon 42.268 en el sector oficial y en el No oficial 4.267 alumnos, para un total de 46.535 alumnos; en secundaria y media en el sector oficial se matricularon 47.988 alumnos y en el sector No oficial 4.439 para un total de 52.427 alumnos.

De los alumnos matriculados en el año 2011, el 51% correspondía al sexo masculino y el 49% al sexo femenino.

De acuerdo al número de docentes se encuentra la siguiente relación por nivel escolar y sector:

Número de docentes en el nivel preescolar sector oficial: 220

Número de docentes en el nivel preescolar sector No oficial: 223

De acuerdo a lo anterior, en Preescolar del sector oficial se cuenta con un docente por cada 28 alumnos y en el sector No oficial se cuenta con un docente por cada 11 alumnos.

Número de docentes en el nivel Primaria Sector oficial: 1.442

Número de docentes en el nivel Primaria Sector No oficial: 299

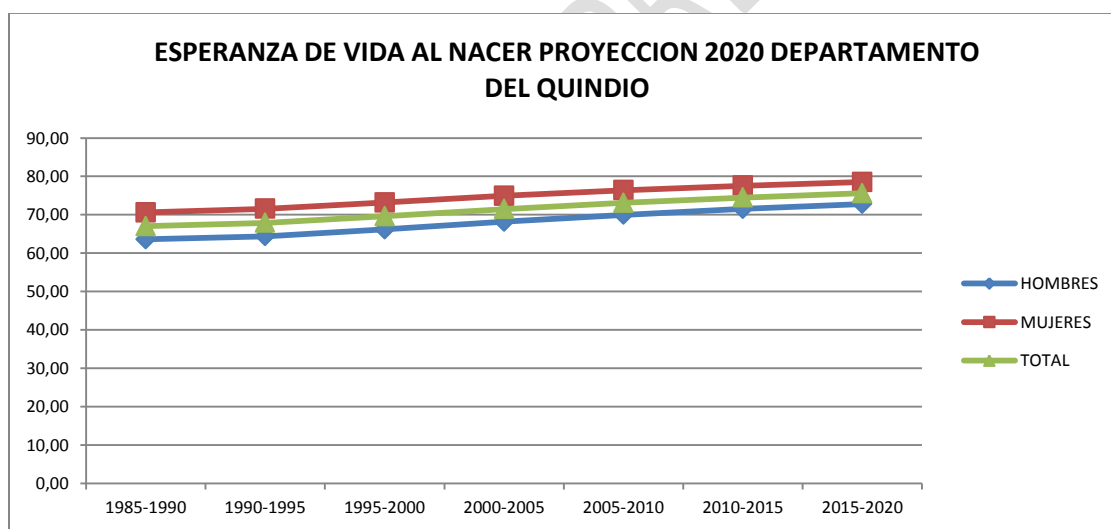
De acuerdo a lo anterior, en Primaria del sector oficial se cuenta con un docente por cada 29 alumnos y en el sector No oficial se cuenta con un docente por cada 14 alumnos.

Número de docentes en Secundaria y Media del sector oficial: 2.127

Número de docentes en Secundaria y media del sector No Oficial: 407

De acuerdo a lo anterior, en Secundaria y Media del sector oficial se cuenta con un docente por cada 23 alumnos y en el sector No oficial se cuenta con un docente por cada 11 alumnos.

3.1.6. Esperanza de vida al nacer



FUENTE: DANE PROYECCIONES POBLACIONALES

La esperanza de vida al nacer de la población viene presentando un aumento significativo año a año, situación que responde a múltiples factores, relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida, el autocuidado, los servicios de salud, sin embargo el comportamiento del Departamento se encuentra por debajo del comportamiento Nacional, dado que para el

quinquenio 2010 – 2015, la esperanza de vida en los hombres del Quindío está en 71,52 años y la Nacional está en 72,07. La esperanza de vida al nacer en la población femenina es mucho mas alta que en la población masculina dado que para el departamento del Quindío es de 75,58 y a nivel Nacional está en 76,15.

3.2. Información económica Departamento del Quindío

El Departamento del Quindío hace parte de la región colombiana conocida como “El Eje Cafetero”, región conformada por tres (3) departamentos: Caldas, Risaralda y Quindío; así mismo, algunos estudios regionales incluyen dentro del mismo, la zona norte del Valle del Cauca. Dicha región está ubicada en la mitad del eje industrial colombiano, denominado el “Triángulo de Oro”, ubicado entre Cali, Medellín y Bogotá, el cual cobija el 56% de la población del país, el 76% del producto interno bruto, el 76% de la producción manufacturera, el 76% de la industria de la producción, el 75% del comercio y el 73% del sector servicios del país.

Actualmente, el turismo se ha convertido en una alternativa potencial para el desarrollo del Departamento, razón por la cual hoy en día es uno de los destinos turísticos por excelencia de nacionales y extranjeros.

La economía del Departamento de Quindío gira en torno al cultivo y comercialización del café, histórico baluarte de la economía Departamental y Nacional. A esta actividad le siguen la prestación de servicios, las actividades agropecuarias y la industria

La actividad agrícola es muy importante en la economía de este Departamento; su principal cultivo es el café. Otros cultivos que en los últimos años han incrementado su producción, son: plátano, yuca, sorgo, soya, frijol, maíz y cacao. La ganadería ocupa un lugar destacado en su economía, se centra en la cría, levante y engorde de ganados vacuno, porcino, caprino y ovino. Se explota oro, mineral que se encuentra en pequeñas minas ubicadas en la vertiente occidental de la cordillera Central; también se explotan en menor cantidad plata, plomo y zinc; en cuanto a minerales no metálicos, se explotan arcilla, caliza y dolomita. La actividad industrial de mayor importancia es la agroindustria de alimentos, como también las confecciones, productos de aseo, mientras que su adecuada estructura vial y de servicios a facultado el desarrollo del comercio.

ARTESANÍA, PARA CONSTRUIR Y TEJER FILIGRANAS: Existen inmensas riquezas en lo cultural, desde la herencia orfebre de nuestros indígenas, pasando por la arquitectura de la colonización que se refleja en los balcones y puertas de sus pueblos, hasta la artesanía que se ha desarrollado según el origen de los colonizadores. Es así como se encuentran en Armenia, Salento y La Tebaida, delicados calados sobre maderas finas y en Filandia hermosos canastos elaborados con bejucos silvestres, muy utilizados en la recolección y el transporte del café en cereza. Ha venido en aumento la utilización de la guadua no sólo en la construcción de vivienda y la fabricación de muebles, sino también en diferentes objetos con diseños y creatividad novedosas que cada día se comercializan más, especialmente en Córdoba. También se elaboran réplicas precolombinas en plata, objetos en semillas, canutillos, chaquiras, barro, cerámica, y un desarrollo especial tiene la elaboración de objetos en guasca de plátano, para conformar una variada oferta de artesanías. Para promover este patrimonio cultural, en el Departamento se realizan dos exposiciones internacionales de artesanías, en los meses de abril y octubre en la ciudad de Armenia.

HOTELERÍA TRADICIONAL: De manera simultánea el crecimiento cuantitativo y cualitativo del servicio de los alojamientos rurales, la hotelería tradicional del Quindío, en los últimos años, ha crecido notablemente. Su capacidad, estimada en 3.148 camas, es un potencial que permite, aparte de atender un flujo alto de turistas en todas las épocas, celebrar en el departamento grandes eventos de carácter económico, cultural y deportivo, ya sean de orden nacional e internacional. De igual forma su calidad en la atención al cliente se ha convertido, por su eficiencia y amabilidad, en un factor que consolida el desarrollo turístico de la región.

EL TURISMO RURAL: Como consecuencia de la crisis cafetera, muchos cultivadores del grano comenzaron a buscar alternativas a la difícil situación económica y a la disminución de la calidad de vida; fue así, como algunas fincas de la región se adecuaron para prestar servicios turísticos con gran éxito. La actividad ha venido creciendo en la prestación de servicios de calidad; para mejorar esta actividad económica, empresarios del sector solicitaron asistencia técnica a los gobiernos nacional y departamental, actitud que generó el proyecto Plan Estratégico de Desarrollo Turístico del Eje Cafetero. Estos programas han determinado la necesidad de clasificar los diferentes tipos de alojamientos rurales, de acuerdo con su oferta; finca hotel, finca tradicional y casa campestre.

4. SALUD INFANTIL

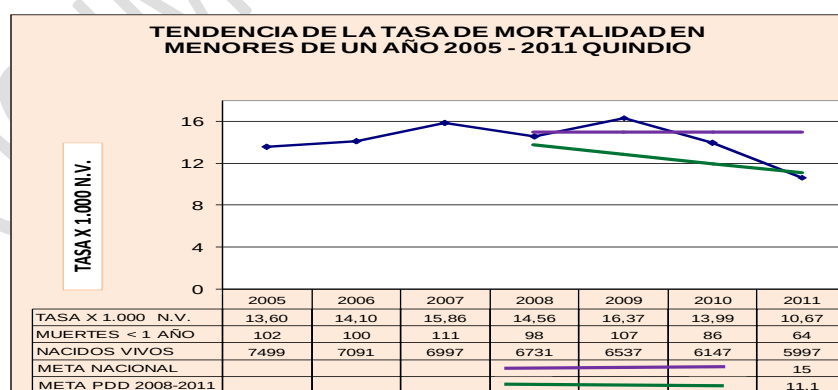
Los niños representan el futuro, y su crecimiento y desarrollo saludable deben ser una de las máximas prioridades para todas las sociedades. Los niños y los recién nacidos en particular son especialmente vulnerables frente a la malnutrición y enfermedades infecciosas, que son prevenibles o tratables en su mayoría.

4.1. Indicadores de mortalidad infantil, Departamento del Quindío año 2011

Indicador	Dpto. del Quindío
Mortalidad infantil	13,8
Tasa de mortalidad neonatal	8P
Tasa de mortalidad perinatal	7P
Tasa de mortalidad post neonatal	1P
Tasa de mortalidad en menores de 1 año	11P
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	1P
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA	4P

Fuente: Indicadores Demográficos del DANE - 2011

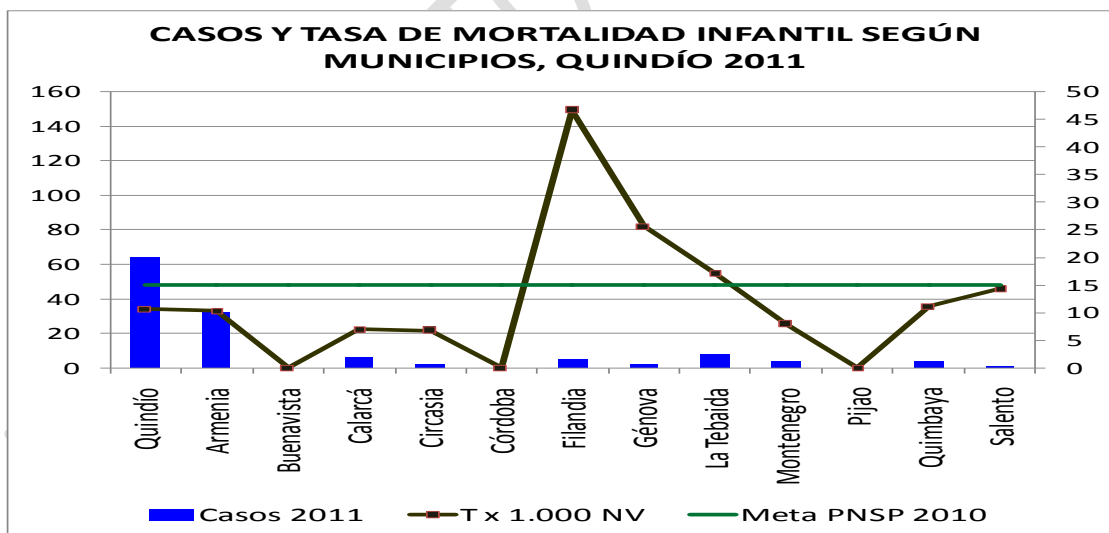
Tasa de Mortalidad en menores de 1 año - Mortalidad Infantil



FUENTE: CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DEFUNCION ESTADÍSTICAS VITALES SSDQ

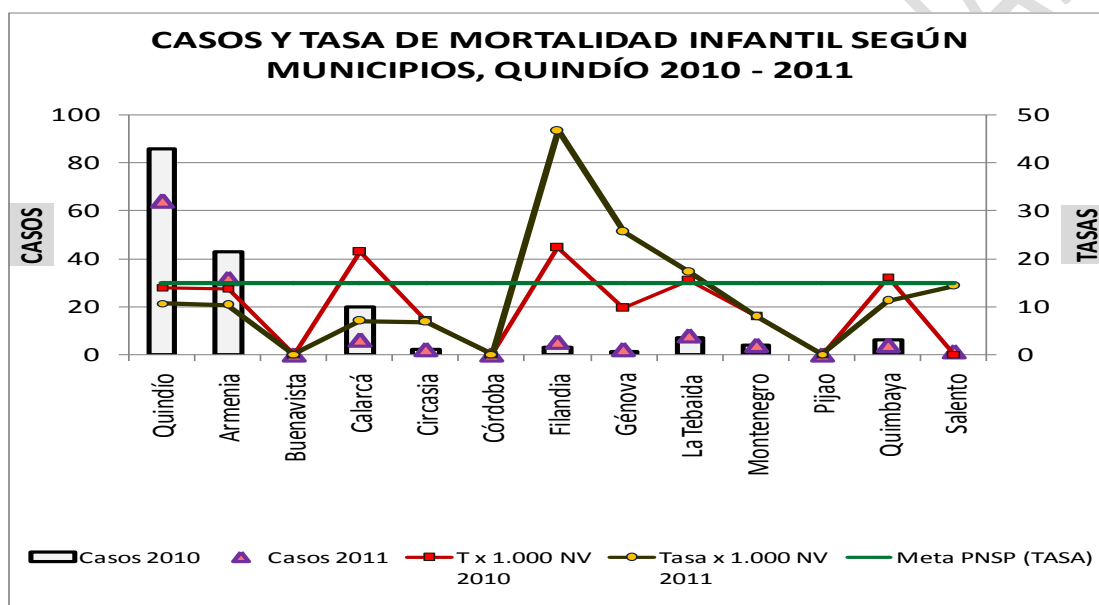
La mortalidad en menores de 1 año es otro de los indicadores más sensibles frente al desarrollo social de una comunidad. La mortalidad en menores de un año se ve afectada por factores multicausales, que inciden desde todos los sectores en su presencia. La disminución de la tasa presentada durante el año 2011 fue más significativa de lo esperado. A pesar de la disminución marcada de casos de muertes en menores de un año, el descenso de esta variable (per se) no se ve reflejada en el indicador (que es compuesto y utiliza como denominador los nacidos vivos), pues el número de nacidos vivos también presenta tendencia marcada a la disminución en el Quindío. El departamento del Quindío ha superado la meta propuesta por el Plan Nacional de Salud Pública para el periodo de cuatro años del actual Gobierno.

Un alto porcentaje de las muertes infantiles ocurre en el periodo neonatal evidenciando la necesidad de implementar a futuro una estrategia que permita abordar el problema desde el periodo de gestación, situación relacionada con las estrategias de maternidad segura.



FUENTE: CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DEFUNCION ESTADÍSTICAS VITALES SSDQ

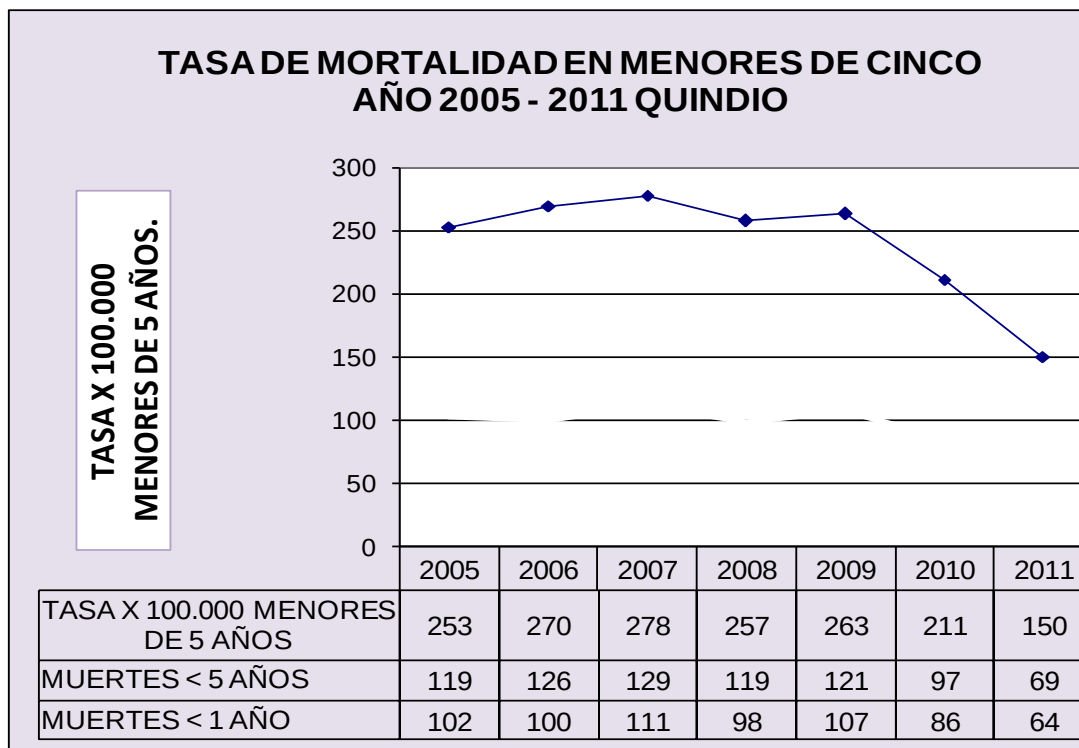
La implementación de la estrategia AIEPI en sus tres (3) componentes (clínico, comunitario y desarrollo de servicios de salud), y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones e Instituciones amigas de la mujer y de la infancia son las estrategias desarrolladas en el Departamento, con el fin de mejorar la salud de la población infantil del Departamento



FUENTE: CERTIFICADOS DE NACIDO VIVO Y DEFUNCION ESTADÍSTICAS VITALES SSDQ

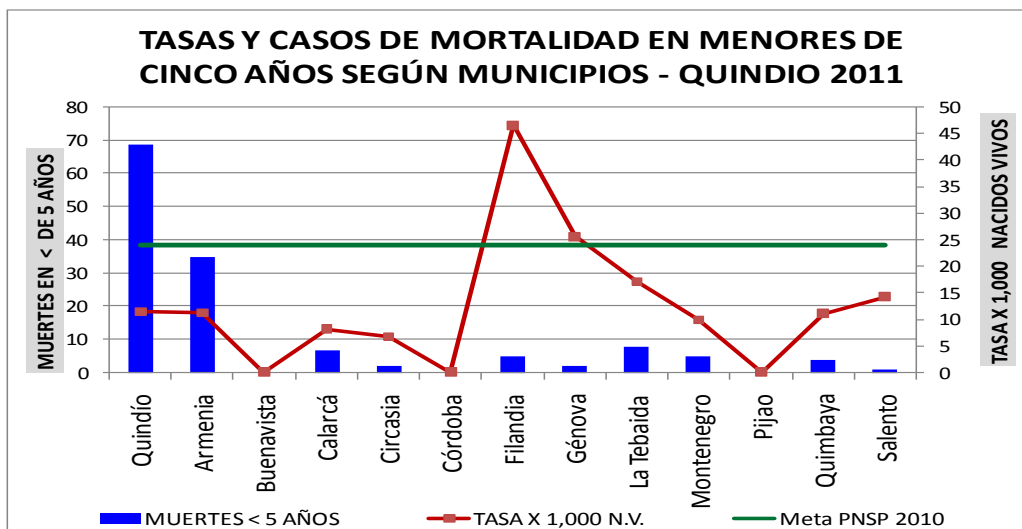
Filandia, Génova y La Tebaida para el año 2011 registraron tasas superiores a la meta nacional. Los demás municipios del Departamento presentan tasas inferiores a la meta nacional contemplado en el plan nacional de salud pública Decreto 3039 de 2008, al igual que en todo el país las primeras causas de muerte son trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y malformaciones congénitas

Tasa de Mortalidad en menores de cinco (5) años



FUENTE: CERTIFICADOS DE DEFUNCION ESTADÍSTICAS VITALES SSDQ

Este indicador expresa el riesgo de morir para los niños, niñas en el grupo de edad entre 0 y cinco (5) años. Su tendencia en el Quindío registra una disminución. La disminución de las defunciones causadas por EDA (enfermedad diarreica aguda) y ERA (enfermedad respiratorias agudas) han sido significativas durante los últimos años. La meta del Plan Nacional de Salud Pública estimada para el año 2010 de 240 x 100.000 menores de cinco (5) años se ha mantenido ampliamente superada.

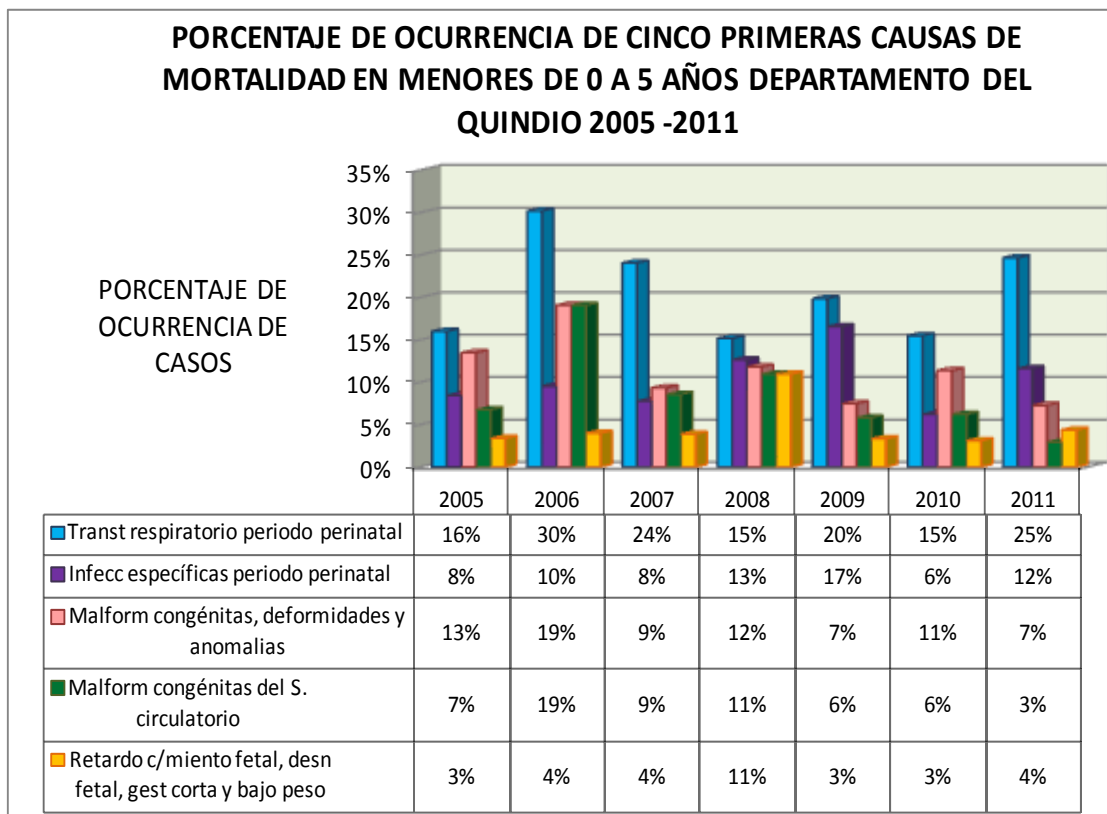


AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	%
MUERTES < 1 AÑO	102	100	111	98	107	86	64	92,8%
MUERTES DE 1 < cinco (5) AÑOS	17	26	18	21	14	11	cinco (5)	7,2%
MUERTES < cinco (5) AÑOS	119	126	129	119	121	97	69	100,0%

Fuente: Certificados de defunción y nacido vivo SSDQ

Es muy significativa la disminución de las muertes en el grupo de 1 a 4 años de edad, esto obedece en un alto porcentaje a la disminución de muertes por EDA (enfermedad diarreica aguda) y ERA (enfermedad respiratorias agudas), que dejaron de ser las primeras causas de mortalidad en la población menor de cinco (5) años, como resultado del trabajo educativo que se realiza desde años atrás, para que los padres y cuidadores de los niños identifiquen oportunamente los signos de peligro y realicen un manejo adecuado de las diarreas y las Infecciones respiratorias.

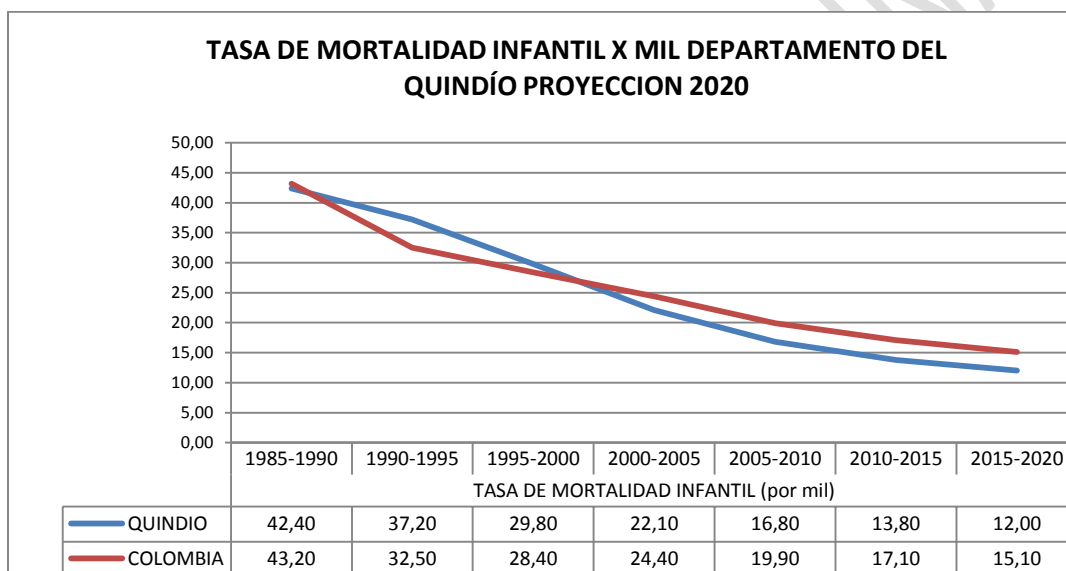
Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas entre los 0 y cinco años



FUENTE: CERTIFICADOS DE DEFUNCION ESTADÍSTICAS VITALES SSDQ

En el Departamento al igual que todo el país, las dos (2) primeras causas de mortalidad infantil son los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal y las malformaciones congénitas, originadas la mayoría de estas por la incidencia alta de casos de sífilis congénita. Específicamente en este departamento las neumonías y las infecciones intestinales no tienen peso significativo en la mortalidad de 0 a 4 años, lo que contribuye a la notoria disminución de la tasa de mortalidad presentada en el año 2010, donde estas dos (2) patologías no se encuentran incluidas dentro de las cinco (5) primeras causas.

Las muertes por malformaciones y anomalías congénitas pueden estar influenciadas por el embarazo en edades extremas, exposición a elementos organofosforados e incluso uniones familiares, sin embargo en nuestro departamento no se cuenta con estudios de correlación con la suficiente evidencia que ratifiquen asociación con estos eventos.



FUENTE: DANE Proyecciones Poblacionales

La tasa de mortalidad infantil para el Departamento del Quindío según medición demográfica y proyección poblacional del DANE, evidencia una tendencia clara al descenso, situación que refleja, aún inferior al comportamiento Nacional proyectado.

4.2. COBERTURAS DE VACUNACION DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2012

BIOLOGICO	Proyeccion Nacional	ANTI POLI	ROTA VIRU	NEUMOCO	PENTA VALEN T	RN	BCG.	HEPATI. B. RN	Proyeccion Nacional	TV 1 año	Proyeccion Nacional	TV 5 años
MUNICIPIO		% Cob.	% Cob.	% Cob.	% Cob.	ientos por ocurrenc	% Cob.	% Cob.		% Cob.		% Cob.
ARMENIA	4614	68,29	69,96	70,05	68,34	4371	103,68	103,50	4604	69,57	4594	80,17
BUENAVISTA	50	52,00	50,00	50,00	52,00	3	166,67	133,33	49	65,31	50	70,00
CALARCA	1299	91,22	59,82	60,28	91,30	843	108,19	110,44	1298	91,60	1294	60,36
CIRCASIA	479	55,53	56,78	56,37	55,53	60	83,33	86,67	475	63,79	463	64,15
CORDOBA	91	95,60	76,92	81,32	95,60	3	600,00	533,33	91	95,60	88	97,73
FILANDIA	252	46,03	45,63	44,84	46,03	42	88,10	92,86	242	46,69	219	65,30
GENOVA	143	67,83	60,14	60,14	67,83	30	60,00	63,33	144	77,78	142	84,51
LA TEBAIDA	794	51,76	52,90	54,16	51,76	186	81,18	82,26	774	59,69	729	69,00
MONTENEGR	736	72,28	62,91	63,18	72,28	99	184,85	180,81	725	78,48	701	78,89
PIJAO	107	55,14	50,47	51,40	56,07	15	120,00	126,67	107	70,09	109	100,92
QUIMBAYA	598	62,37	60,03	60,87	62,37	108	82,41	79,63	595	63,53	581	73,84
SALENTO	130	44,62	45,38	45,38	44,62	20	140,00	100,00	129	44,19	130	57,69
TOTAL	9.29	68,45	63,79	64,09	68,49	5780	104,52	104,53	9233	71,27	9100	74,89

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones SSDQ

De acuerdo a lo evidenciado en la tabla anterior, las coberturas para los biológicos analizados no alcanzan a considerarse como útiles dado que no alcanzan la meta establecida, excepto por los biológicos para población de recién nacidos, que supera el porcentaje esperado, considerándose un error estadístico.

Este tipo de situaciones, evidencian claramente que la población proyectada no está acorde a la población con que realmente cuenta el Departamento, Hipótesis sustentada mediante los resultados de los Monitoreos Rápidos de coberturas de Vacunación, los cuales han dado resultados óptimos que garantizan la protección de la población.

Sin embargo hasta no obtener una coherencia con las fuentes de información oficial, el Departamento del Quindío continuara incumpliendo con el indicador de coberturas útiles para la población.

4.3. EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA REPORTADOS AL SIVIGILA QUE AFECTARON LA POBLACIÓN INFANTIL

4.3.1. TOSFERINA

Para el año 2.011, el Departamento no reportó casos de la enfermedad, sin embargo para el año 2012, se reportan 8 casos de tosferina confirmados por laboratorio del INS los cuales se encontraban con una edad de dos meses o menos motivo por el cual aún no contaban con la primera dosis de vacuna factor de riesgo que facilita la transmisión de la enfermedad, El 75% correspondió al sexo femenino, siendo el más afectado y el 25% al sexo masculino.

El lugar de residencia de los casos evidencia que el municipio de Armenia reporta 4 casos (50% del total), seguido del Municipio de Montenegro, con 2 casos (25% del total), los municipios de Calarcá y Circasia reportaron 1 caso cada uno correspondiendo al 12,5%.

Seis de los casos reportados, fueron identificados y reportados por la ESE Hospital Departamental San Juan de Dios, (62.5%) uno de estos casos fue remitido para el Departamento de Caldas, al Hospital Pediátrico logrando la recuperación del paciente; dos de los casos ingresan al SIVIGILA por retroalimentación realizada por el nivel Nacional, reportados por Bogotá D:C y Por el Departamento del Valle donde se les inició tratamiento y posteriormente fueron captados en el Departamento del Quindío.

Es importante evidenciar que el primer caso captado en la vigencia 2.012, correspondió a paciente proveniente de Bogotá D.C., en el mes de febrero de 2.012 lugar donde ya se había informado por medios masivos de comunicación, la situación de brote de tosferina, el segundo caso reportado en el mes de abril de 2.012, proveniente del Departamento de Caldas y los casos captados en el Departamento del Quindío inician su aparición a partir del mes de agosto del mismo año.

Indicadores de Tosferina Departamento del Quindío – 2012.

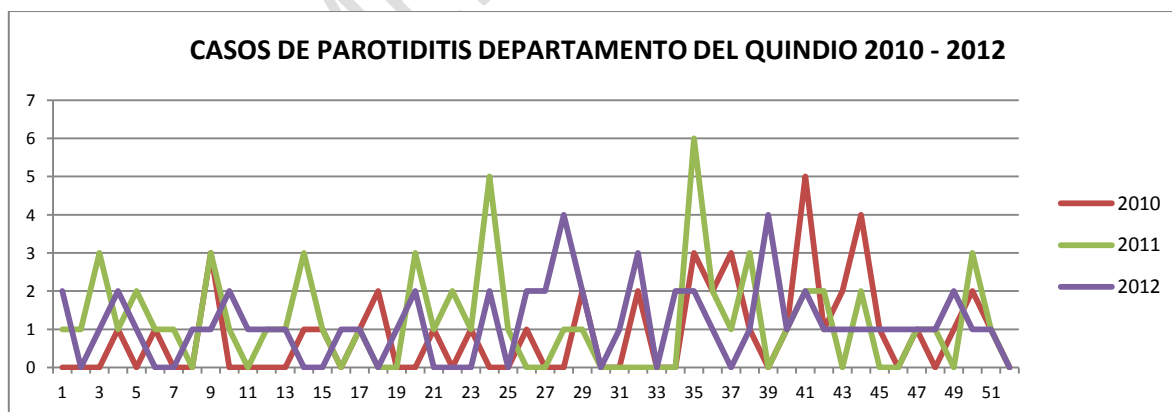
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	INTERPRETACION DEL RESULTADO	META
Impacto	Proporción de incidencia de tosferina en población general	Por cada 100.000 habitantes, se reportaron 1.4 casos de tosferina confirmados por laboratorio	Menos de 1 caso por cada 100.000 habitantes
Impacto	Tasa de letalidad para tosferina	Del total de casos reportados de tosferina confirmados por laboratorio, se presentó el 0% de muertes debidas a este evento	0%

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

4.3.2. PAROTIDITIS

Para el Departamento del Quindío se reportaron en total 46 casos de parotiditis los cuales muestran el siguiente comportamiento respecto a las dos vigencias anteriores:

Casos de parotiditis Departamento del Quindío año 2.010 al 2012



FUENTE: SIVIGILA SSDQ

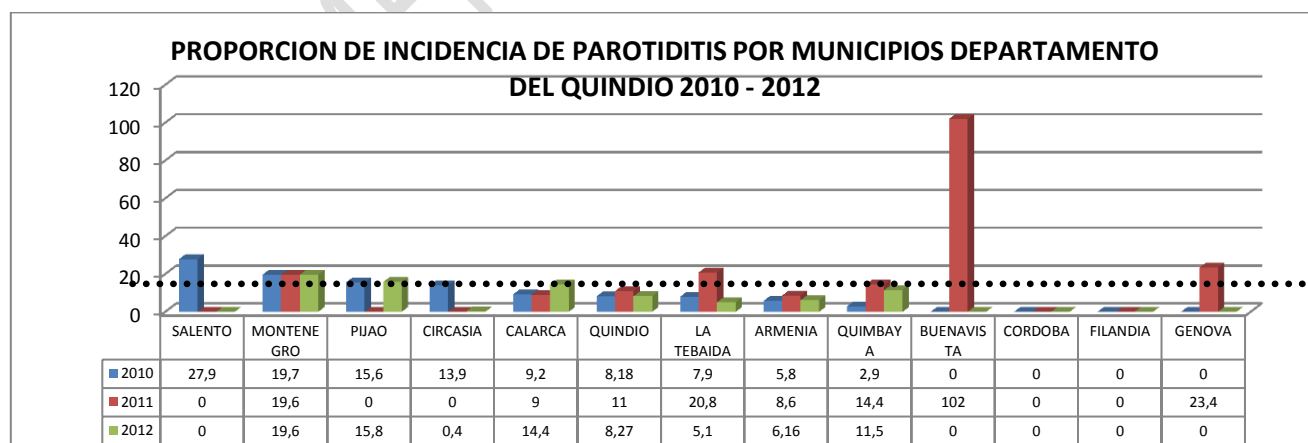
El gráfico anterior, muestra el comportamiento de los casos reportados al SIVIGILA de Parotiditis, evidenciando que para el año 2.010, el número de casos fue inferior (45 casos) a los reportados en los años siguientes, sin embargo para el cuarto trimestre de este año, se presenta un aumento importante en el número de casos ,aumentando la tendencia del evento.

Para el año 2.011 el aumento en el número de casos con relación al año anterior es del 26% (61 casos) situación que se refleja desde principio del año analizado, hacia la semana 35 se presenta un aumento significativo en el número de casos evidenciado por el pico epidémico más significativo para el trienio analizado

Para el año 2.012, se presenta una leve disminución respecto al comportamiento del año 2.011 del 24.6%, no presentando picos que sobrepasen a las dos vigencias anteriores; hacia la semana epidemiológica No, 28 se presenta un aumento en el número de casos semanal, situación que se repite en la semana epidemiológica No. 39.

No se reportaron situaciones de brote, ni se identificaron factores de riesgo que faciliten la transmisión de la enfermedad.

Proporción de incidencia de parotiditis por municipio Departamento del Quindío 2.010 – 2.012



FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

De acuerdo a la medición de la proporción de incidencia por municipio, se identifica que los casos de parotiditis, impactan más en los municipios con menor densidad poblacional, sin embargo esta medición apoya el análisis a realizar respecto a los municipios que continúan con reportes activos de parotiditis.

El municipio de Montenegro se clasifica como el de mayor riesgo, dado ha mantenido un reporte permanente de casos y presenta una tendencia estable respecto al comportamiento de los casos, sobrepasando el comportamiento del Departamento en el trienio analizado.

Para el año 2.012, los municipios en su orden de Montenegro, Pijao, Calarcá y Quimbaya, presentaron proporciones de incidencia superiores a la Departamental, situación a intervenir en cada localidad, dado que las acciones de investigación de campo y cruce con la información del PAI son deficientes.

El 63% de los casos reportados en la vigencia 2012, corresponden al sexo masculino y el 36,9% al sexo femenino, el 87% reside en la zona urbana y de acuerdo a los rangos de edad, más afectados corresponden a los menores de 10 años y a los mayores de 60 años. Se reportó un caso en población desplazada.

Indicadores de Parotiditis Departamento del Quindío – 2012.

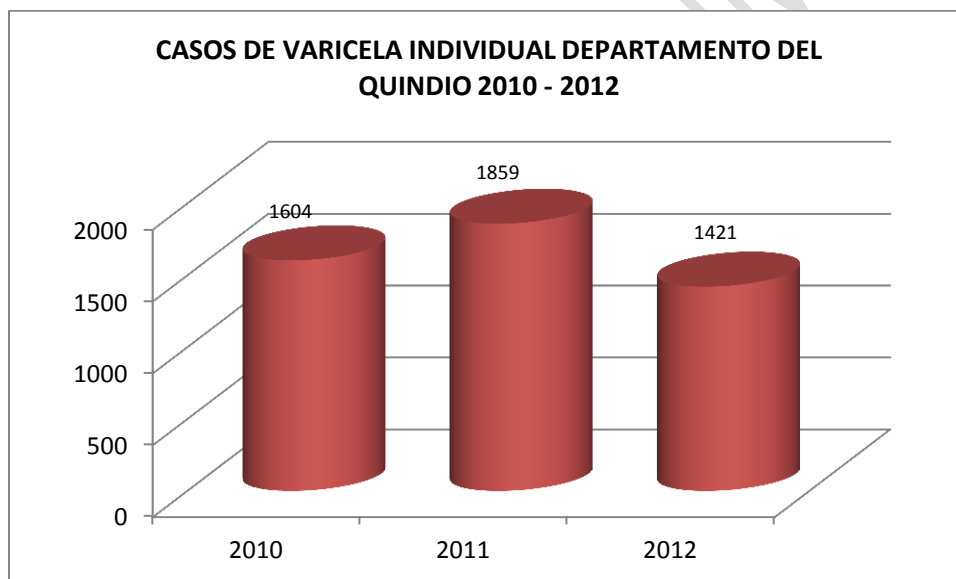
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	INTERPRETACION DEL RESULTADO	META
Impacto	Proporción de incidencia de parotiditis población general	de 8,27 casos nuevos de parotiditis por cada 100.000 habitantes	Incidencia no mayor a 5 casos X 100.000 habitantes
Impacto	Proporción de incidencia en menores de 5 años	de 21,7 casos nuevos de parotiditis por cada 100.000 menores de 5 años	Incidencia no mayor a 12 casos X 100.000 menores de 5 años
Impacto	Tasa de letalidad	0 X 100.000 habitantes	0 casos x 100.000 Habitantes

FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

4.3.3. VARICELA

Para el año 2.012 se reportaron un total de 1421 casos de varicela individual de los cuales el 52.3% corresponden al sexo femenino y el 47,7% al sexo masculino.

Grafico No. 5 Casos de varicela individual Departamento del Quindío 2010 - 2012



FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Comparando el comportamiento de los casos reportados de varicela con las dos vigencias anteriores, se observa que el año 2011, presento un comportamiento evidentemente superior, siendo el año 2012, el que mostro un descenso en el numero de casos importante, de aproximadamente el 23.5%.

Se inicia el año 2012, con un comportamiento elevado, situación que se conecta directamente con el aumento en el número de casos reportado el último trimestre del año 2011, se inicia un leve descenso para el segundo y tercer trimestre, aumentando el comportamiento significativamente hacia el cuarto trimestre, situación similar a los años anteriores dado que en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre la tendencia de la enfermedad aumenta.

Como situaciones especiales se identifican:

- Población gestante: 3 casos en los municipios de Armenia (1 caso) y Montenegro (2 casos), las cuales se encuentran bajo seguimiento. 0.2% del total
- Población Afro Colombiana: 4 casos. 0.3% del total
- Población indígena : 3 casos. 0.2% del total
- Población gitana: 2 casos. 0.14% del total
- Población Palenquera: 1 caso. 0.07% del total
- Población desplazada: 4 casos (0.28%)
- Población carcelaria : 3 casos (0.2%)

De acuerdo a los rangos etareos de la población afectada, se observa, que el evento se concentra en los rangos menores de edad, siendo el rango de menores de 1 a 4 el de mayor frecuencia, seguido del rango de 5 a 9 años y el de 10 a 14 años respectivamente; el grupo etáreo de 0 a 14 años concentra el 72% del total de casos reportados, siendo la población priorizada para el desarrollo de actividades de vigilancia y control. La relación es inversamente proporcional, dado que a mayor rango de edad, menor el número de casos de varicela.

Los casos analizados corresponden a la notificación individual de los casos de varicela reportados con el código 831; la relación con las situaciones de brote reportadas se muestran de la siguiente manera:

Casos de varicela individual y Porcentaje de casos relacionados con situaciones de brote Departamento Quindío - 2012

MUNICIPIO	No. Casos en brote	Total de casos reportados	% de casos incluidos en situación de brote
ARMENIA	243	516	47,09%

CALARCA	34	156	21,80%
MONTENEGRO	7	150	4,66%
QUIMBAYA	45	150	30%
LA TEBAIDA	29	142	20,40%
CIRCASIA	0	110	0%
BUENAVISTA	29	68	42,60%
GENOVA	15	41	36,60%
CORDOBA	95	27	_____
FILANDIA	102	23	_____
PIJAO	0	17	0%
SALENTO	0	6	0%
QUINDIO	599	516	43,20%

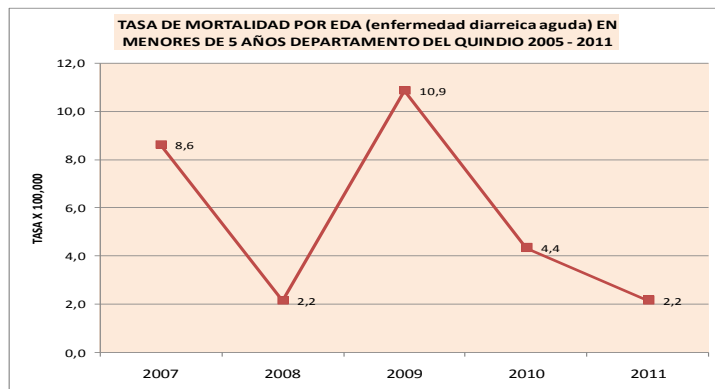
FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

De acuerdo al análisis realizado entre casos individuales y casos colectivos de varicela, se evidencian en primer lugar que los municipios de Córdoba y Filandia, sobrepasan el número de casos reportados en el colectivo en un 200% a lo reportado en las fichas individuales, situación que debe ser intervenida por medio de procesos de mejoramiento de la calidad de la información y adherencia al protocolo de vigilancia para el evento.

El 43.2% de los casos fueron clasificados como brote del evento, siendo el municipio de Armenia el que presentó la mayor identificación de situaciones de brote.

4.3.4. MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de cinco (5) años.



FUENTE: CERTIFICADOS DE DEFUNCION ESTADISTICAS VITALES SSDQ

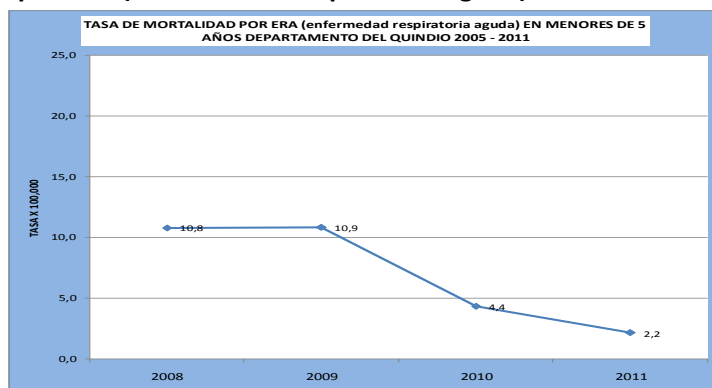
La mortalidad por enfermedad diarreica aguda es la consecuencia de una infección del tracto gastrointestinal, que se caracteriza por disminución en la consistencia, aumento en el volumen y/o aumento en el número de deposiciones (más de tres en 24 horas), que llevan a deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico, lo cual puede producir la muerte al menor de cinco (5) años.

La disminución significativa de las EDA (enfermedad diarreica aguda) que se presenta en el departamento se debe en parte a la incorporación de las prácticas saludables que se ha posicionado en los padres, cuidadores y comunidad desde hace varios años con la implementación de UROC (unidad de rehidratación oral comunitaria) y a la buena calidad de agua que se presenta en este Departamento.

Se deben fortalecer todas estas actividades al involucrar a la comunidad en las acciones de prevención y promoción de prácticas saludables para el cuidado del niño protegiendo su crecimiento sano, previniendo que no se enfermen, brindando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos y detectando oportunamente los signos de peligro para que busquen ayuda de inmediato, además de vigilar que las prestadoras de salud cumplan con las guías de atención.

4.3.5. MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE CINCO AÑOS

Tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de cinco (5) años.



FUENTE: CERTIFICADOS DE DEFUNCION ESTADISTICAS VITALES SSDQ

La mortalidad por enfermedad respiratoria aguda es la consecuencia de un infecciones del tracto respiratorio lo puede producir la muerte al menor de cinco (cinco (5)) años. Son producidas generalmente por virus y afectan desde la nariz hasta el pulmón. Los diferentes cuadros clínicos, muchas veces, no son fáciles de diferenciar y los padres, por lo general, terminan creyendo que siempre es una gripa. Usualmente, entran por la mucosa nasal e inflaman las estructuras altas, produciendo secreciones abundantes en la nariz y dolor de garganta. Cuando los niños son menores de 2 años, los pulmones y la tráquea se pueden afectar más fácilmente. La tendencia de esta enfermedad en el Quindío es a la disminución.

La disminución significativa de las ERA (enfermedad respiratoria aguda) que se presenta en el departamento se debe en parte a la incorporación de las prácticas saludables que se ha posicionado en los padres, cuidadores y comunidad desde hace varios años con la implementación de UAIRAC's (unidad de atención de la infección respiratoria aguda comunitaria) y la inclusión en el esquema de vacunación nacional de la vacuna contra la influenza.

5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Indicadores según proyección DANE 2010 – 2015

Indicador	Quindío	Colombia
Relación niños por mujer	0.32	0.34
Edad media de fecundidad	25.60	27.71
Tasa Bruta de Natalidad	16.71	18.88
Tasa global de fecundidad por mujer	2.15	2.35
Tasa general de fecundidad	65.70	71.50
Tasa de reproducción neta	1.02	1.11

Fuente: DANE proyecciones poblacionales

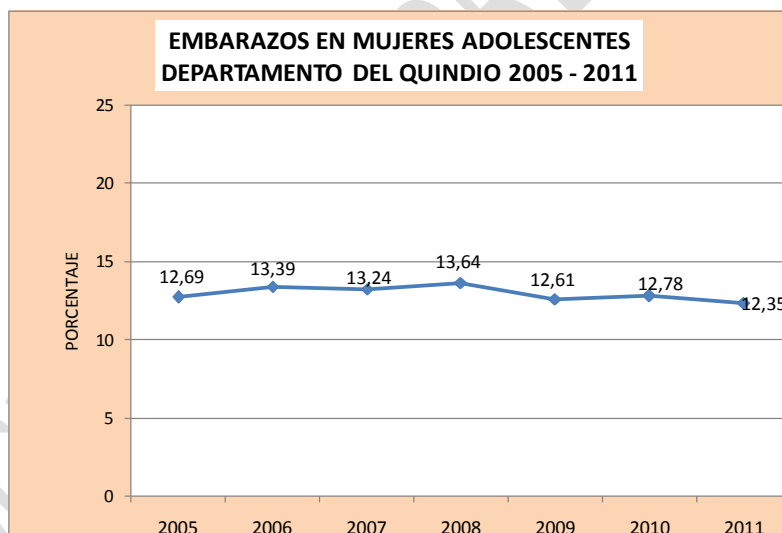
De acuerdo a las proyecciones realizadas por el DANE para la vigencia 2010 – 2015, el Departamento del Quindío se muestra por debajo de los indicadores nacionales, mostrando una clara tendencia al descenso, situación evidenciada por la disminución en el número de nacidos vivos.

Indicador	2010	2011	2012
Razón de mortalidad materna	79	32	16P
Proporción de nacidos vivos hijos de madres entre 14 a 17 años	14	15	15P
Proporción de nacidos vivos hijos de mujeres entre 18 a 26 años	50	53	52
Tasa de fecundidad especifica en mujeres de 10 a 14 años	4	3	4P
Tasa de fecundidad especifica en mujeres de 15 a 19 años	64	65	64P

Fuente: Cubo SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social

El embarazo en adolescentes es uno de los eventos que genera mayor impacto social y que a pesar de todas las estrategias encaminadas a retrasar el inicio de la actividad sexual en menores de edad, la tendencia se muestra hacia el aumento, debido en mayor proporción a la influencia ejercida por los medios masivos de televisión, las redes sociales en internet y demás factores de la modernidad que generan cambios comportamentales en la población adolescente.

La fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.



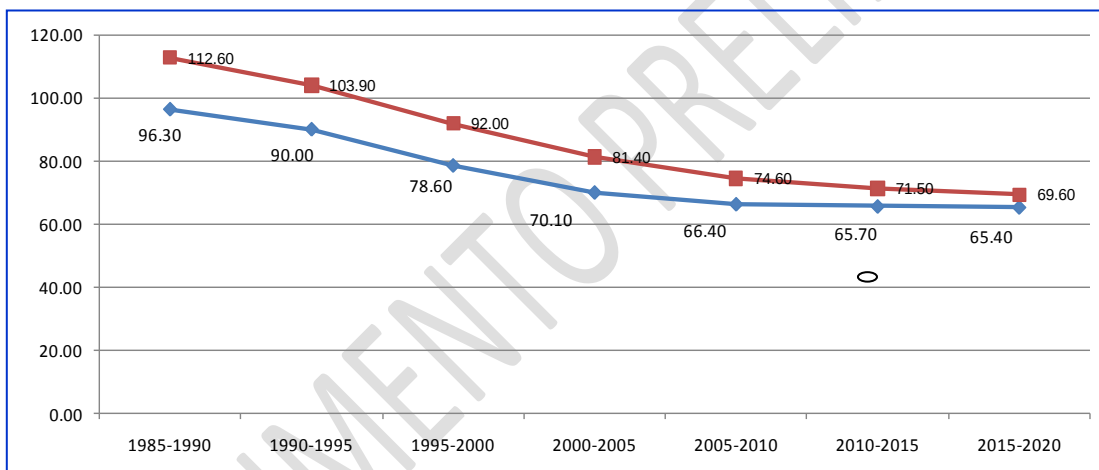
FUENTE: ESTADÍSTICAS VITALES CERTIFICADO DE NACIDO VIVO SSDQ

Para el año 2011 se evidencia una tendencia estable, lo que evidencia el poco impacto obtenido por las estrategias empleadas, en las cuales se promueve una salud sexual y reproductiva responsable.

Como casos nuevos de embarazo a través del programa maternidad segura se registraron 1663 adolescentes y a través de los certificados de nacido vivo se registran 833.

Se generan al respecto entonces, los siguientes interrogantes: calidad del dato, duplicidad de registros, abortos espontáneos, abortos inducidos, traslado de la gestante a otros departamentos, interrupciones del embarazo no reportadas. Estas inquietudes ameritan una revisión y estudio que identifique la realidad de problemática de las adolescentes embarazadas.

Tasa General de Fecundidad Quindío 1985 – 2020 Estimaciones DANE



Fuente: DANE, proyección de población con base en Censo 2005

AÑO	2008	2009	2010	2011
Nacidos Vivos	6,731	6,537	6,147	5,997
MEF (15 - 49)	142,796	143,262	143,544	143,653
Tasa General de Fecundidad	47.1	45.6	42.8	41.7

Fuente: SSDQ Sistema de Información Estadísticas Vitales

Nacidos vivos por municipio Departamento del Quindío 2008 - 2011

Departamento y municipio de	2008	2009	2010	2011	% nac según residencia	% nac según ocurrencia	Distribución población
Total	6,731	6,537	6,147	5,997	100	100	100
63001 Armenia	3,481	3,362	3133	3101	51.0	73.8	52.6
63111 Buenavista	31	24	29	21	0.5	0.0	0.5
63130 Calarcá	978	964	936	854	15.2	16.0	13.8
63190 Circasia	305	326	286	298	4.7	0.6	5.2
63212 Córdoba	62	75	57	70	0.9	0.1	1.0
63272 Filandia	130	123	135	107	2.2	0.8	2.4
63302 Génova	119	106	103	78	1.7	0.5	1.6
63401 La Tebaida	487	492	456	466	7.4	2.9	6.8
63470 Montenegro	555	510	506	505	8.2	3.2	7.4
63548 Pijao	71	80	74	68	1.2	0.4	1.2
63594 Quimbaya	423	388	371	359	6.0	1.4	6.3
63690 Salento	88	85	61	70	1.0	0.3	1.3

Fuente: DANE, Nacimientos Quindío años 2008 - 2011

El Departamento del Quindío viene presentando un fenómeno relacionado con la atención de los partos, dado que la mayoría de municipios aumento el número de remisiones a las IPS del municipio de Armenia, siendo los de mayor remisión en su orden: Buenavista, Córdoba, Quimbaya, La Tebaida, Montenegro, Circasia.

5.1. EVENTOS DE INTERES EN SALUD PÚBLICA REPORTADOS AL SIVIGILA RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

5.1.1. Sífilis gestacional y Congénita 2012

Desde el 2009, el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, ha venido promoviendo la necesidad de generar mayor énfasis en el abordaje de la sífilis gestacional y congénita, patologías que afectan a un buen número de gestantes en todo el territorio

colombiano y a sus recién nacidos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han fortalecido el Plan nacional de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita, siguiendo los lineamientos internacionales para la eliminación de estos dos graves problemas de salud pública; sin embargo, aún existen grandes retos que requieren intensificar el trabajo tanto en la organización y calidad de los servicios como en la divulgación de información acerca de los riesgos de transmisión y el derecho a las intervenciones de tamizaje, diagnóstico, prevención y notificación oportuna.

Durante el año 2012, se reportaron al SIVIGILA 114 casos de sífilis gestacional y 25 casos de sífilis congénita, de los cuales se descartaron 15 y 2 casos respectivamente, quedando confirmados 99 casos de sífilis gestacional y 23 de sífilis congénita. En el caso de las gestantes el 13,1% eran menores de 18 años y el 86,9% mayores de 19 años de edad, situación de gran importancia, dado que una de ellas contaba con menos de 14 años, lo que indica que dio inicio a sus relaciones sexuales a la edad de 13 años aproximadamente.

Casos de Sífilis gestacional y congénita según ajuste en el SIVIGILA Departamento del Quindío 2012.

Clasificación final del caso	Frecuencia	Porcentaje
Confirmado	99	86,8
Descartado	3	2,6
Otra actualización	7	6,1
Error digitación	5	4,4
Total	114	100,0

Fuente. SIVIGILA SSDQ

Casos de Sífilis gestacional y congénita según rangos de edad Departamento del Quindío 2012.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
< 14 años	1	1,0
14 - 17 años	12	12,1
18 - 24 años	33	33,3
25 - 44 años	53	53,5
Total	99	100,0

Fuente: SIVIGILA SSDQ

Con relación al municipio de mayor notificación se encuentra Armenia con el 47,5% (47), siguiendo Montenegro (16 – 16,2%), Calarcá (13 – 13,1%) y la Tebaida (8 – 8,1%). No se puede desconocer, que los municipios mencionados concentran el mayor porcentaje de la población residente en el Departamento del Quindío, el cual además de ser un Departamento agrícola, tiene como polo de desarrollo el Agroturismo. Es por esta situación, que las entidades que más notifican casos son Red Salud – Armenia (30 – 28,9%), y el Hospital Universitario San Juan de Dios (13 – 14%), sin desconocer que llama la atención el marcado reporte que realiza San Camilo en Buenavista (15 – 13,2%).

Del total de las gestantes reportadas como positivas para sífilis, el 92,9% (92) eran procedentes del área urbana, 67,7% (67) son amas de casa, el 66,7% (70) se encuentran afiliadas al régimen subsidiado y 20,2% (20) no afiliadas. El 100% de los casos fueron confirmados por laboratorio (99).

Grupo Poblacional	Frecuencia	Porcentaje
Gestantes	7	7,1
Otros grupos	92	92,9
Total	99	100,0

Fuente: SIVIGILA 2012

Con relación a la administración del tratamiento, el 17,2% (17) de los casos fue realizado durante la hospitalización y el 82,8% (82) de los casos de forma ambulatoria.

Como antecedentes de importancia relacionados con la madre se encuentran los siguientes:

Historia previa de sífilis	Frecuencia	Porcentaje
SI	34	34,3
NO	65	65,7
Total	114	100,0

Mortinatos	Frecuencia	Porcentaje
0	88	88,8
1	9	9,1
2	2	2,1
Total	99	100,0

Otras ITS	Frecuencia	Porcentaje
VIH	2	2,0
Hepatitis	7	7,1
Otra	3	3,0
Ninguna	87	87,9
Total	99	100,0

Numero de gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
Actual	32	32,3
'02- 03	43	43,4
'04 - 06	19	19,2
> =7	5	5,1
Total	99	100,0

Abortos	Frecuencia	Porcentaje
0	76	76,8
1	20	20,2
2	2	2,0
4	1	1,0
Total	99	100,0

Fuente: SIVIGILA 2012 SSDQ

Del 100% de gestantes que cursaban con historia previa de sífilis, el 14% (5) es el primer embarazo, el 49,2% (32) de las gestantes que no presentaron antecedentes de sífilis tenían como antecedente mortinato y el 11,8% (4) de las que registraron antecedentes de sífilis presentaron ITS como es el caso de hepatitis. La presencia de antecedentes relacionados con mortinatos, abortos y otras ITS, puede hacer pensar que las gestantes son trabajadoras sexuales o como es el caso de las residentes en el municipio de Armenia, ser habitantes de calle o indigentes.

En lo relacionado con el tratamiento, nos encontramos que el 97% (96) no presentaban alergia a la penicilina, al momento del diagnóstico el 93,9% (93) se encontraban en embarazo y sólo a 6 (6%) de ellas fueron diagnosticadas en el parto o puerperio. Adicionalmente el 84,8% (84) de las gestantes acudieron al control prenatal y el 74,7% (74) tuvieron 4 controles prenatales como mínimo.

Sin embargo, a pesar de haber iniciado los controles prenatales tempranamente el 54,6% (54) y haberse tomado la serología inicial en las primeras 12 semanas de gestación el 52,5% (52), sólo 13 (13,1%) de ellas iniciaron tratamiento de forma temprana, lo que se constituye costo de mala calidad por el no cumplimiento de normas y no adherencia al plan estratégico para la reducción de la transmisión vertical de la sífilis.

EG de inicio del CPN	Frecuencia	Porcentaje	EG primera serología	Frecuencia	Porcentaje
<8 semanas	38	38,4	< 8 semanas	31	31,3
8 a 12 semanas	16	16,2	8 a 12 semanas	21	21,2
13 a 24 semanas	32	32,3	13 a 24 semanas	25	25,3
25 a 31 semanas	8	8,1	25 a 31 semanas	12	12,1
32 a 40 semanas	5	5,1	32 a 40 semanas	10	10,1
Total	99	100,0	Total	99	100,0

Semana de gestación de inicio de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
SD	6	6,1
Antes de 12 semanas	13	13,1
Entre semana 12 y 24	31	31,3
Entre semana 25 y 31	15	15,2
>= semana 32	34	34,3
Total	99	100,0

Fuente: SIVIGILA SSDQ

Es de reconocer, que al 100% de las gestantes con resultados serológicos por debajo de 2 Dils, le practicaron la prueba treponémica confirmatoria la cual dio como resultado positiva en todos los casos. Además, se identifica que el 81,1% (81) de las gestantes recibieron tratamiento con penicilina benzatínica a pesar de llevar en el 30% (30) de los casos embarazos avanzados por encima de las 30 semanas de gestación.

Con relación a la sífilis congénita, se confirmaron 23 casos, 9 (39,1%) del sexo femenino, el 78,2% (18) reportados por los municipios de Armenia y Calarcá, siendo diagnosticados los casos en recién nacidos desde el primer día de nacido hasta 30 días de nacido. 3 (13%) de los recién nacidos fueron prematuros, 2 de ellos presentaron rinitis serosanguinolenta y hepatoesplenomegalia, en estos casos el 100% de las madres fueron tratadas tardíamente. El 97,5% de los casos fueron tratados intrahospitalariamente con penicilina cristalina (95,7%) 22 casos.

Respecto al peso al nacer, 4 (17,4%) peso menos de 2000 gramos, el 8,7% (2) entre 2000 y 2500 gramos, y el resto con pesos por encima de 2500 gr.

Resultado del suero NIÑO	Frecuencia	Porcentaje
SD	1	4,3
2048 dils	1	4,3
2 dils	5	21,7
4 dils	3	13,0
8 dils	7	30,4
16 dils	1	4,3
32 dils	3	13,0
64 dils	2	8,7
Total	23	100,0

Fuente: SIVIGILA 2012 SSDQ

Es importante retomar la captación de la madre de forma temprana y la administración del tratamiento adecuado, dado que los recién nacidos que presentaron serologías con resultados entre 8 y 32 dils, corresponden a gestantes tratadas con penicilina benzatínica tardíamente.

Son conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar; sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis terminan en aborto, muerte fetal o neonatal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso o recién nacido con infección congénita con diversos grados de afectación. Los anteriores eventos generan un enorme costo humano, social y económico para el país por consiguiente limitan su desarrollo. Durante el año 2012 se reportaron según el SIVIGILA 111 casos de Sífilis Gestacional, un 2% de las gestantes presentaron este evento. 24 casos presentaron sífilis congénita (4.1 por 1.000 nacidos vivos), lo que significa que un 22% de los casos de sífilis gestacional terminaron en sífilis congénita. Sin embargo al comparar estos casos con los reportados para el año 2011 (99 casos de sífilis gestacional y 46 casos de sífilis congénita, 8.34 por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada 2 casos de sífilis gestacional se presentan 1 caso de sífilis congénita, según datos entregados por SIVIGILA), se encuentra una reducción en la tasa para el año 2012, principalmente en casos de sífilis congénita.

5.1.2. VIH / SIDA

Para el año 2012, se reportaron un total de 175 casos de los cuales el 74,3% corresponden al sexo masculino y el 25,7% al sexo femenino. El rango etareo inferior se presentó en paciente de 15 años de edad, el rango superior fue de 71 años de edad

En relación a la pertenencia étnica, se encuentra que el 3,4% de los casos reportados son ROM o gitanos y el 0,6% Afrocolombianos, los demás se clasifican como otros grupos étnicos. Entre los pertenecientes a grupos poblacionales de interés se encuentran 4 carcelarios, una gestante de 18 años de edad residente en el municipio de Montenegro con 16 semanas de gestación y un desplazado.

Como mecanismo de transmisión más frecuente se encuentra el heterosexual con un 84,5%, Homosexual el 12%, bisexual el 1,7%, Usuarios de drogas intravenosas 1,14%.

La clasificación clínica de los casos reportados a la base de datos del SIVIGILA en la vigencia 2012, evidencia que el 76% se encuentra en estado VIH, (133 casos), el 20% en estado SIDA (35 casos) y el 5,7% fallecieron (10 casos).

Casos de VIH SIVIGILA 2012

MUNICIPIO	No. DE CASOS	% ACUMULADO	TASA DE INCIDENCIA x 100.000
ARMENIA	112	64%	38,35
CALARCA	32	82,3%	41,87
LA TEBAIDA	9	87,4%	22,8
MONTENEGRO	8	92%	19,57
QUIMBAYA	5	94,85%	14,41
CIRCASIA	3	96,56%	10,29
GENOVA	2	97,70%	23,86
BUENAVISTA	1	98,29%	34,35
PIJAO	1	98,86%	15,87

FUENTE: SIVIGILA SSDQ

La Salud Sexual y Reproductiva, se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR). La salud sexual y reproductiva es la base fundamental para tener hijos saludables, relaciones íntimas seguras y familias felices. Se refiere a la protección y promoción de los derechos reproductivos de todos los individuos y parejas, a través del acceso cabal a los servicios de salud y a información completa para satisfacer las necesidades sexuales y reproductivas a lo largo de su ciclo de vida.

En el Departamento del Quindío, hay un total de 2.575 casos de personas infectadas con el virus del VIH registradas desde 1997 al 2011, aproximadamente la mitad de estas personas tienen SIDA y el 75% de estos casos son hombres.

Del comportamiento del VIH/SIDA en el Departamento del Quindío, se evidencia que hasta el año 1.990 los casos reportados correspondían aproximadamente en un 90% al sexo masculino y a partir del año 1.991 se muestra un aumento importante en el número de casos nuevos de VIH, dentro de los cuales se registra un aumento evidente en la población femenina. El rango de edad en que hay mayor presencia del virus VIH es entre 25 y 34 años, seguido de 36 a 44 años, y a partir de este último rango el comportamiento desciende siendo directamente proporcional con el aumento de la edad. El grupo de 15 a 19 años de edad, es población adolescente que en nuestro medio empieza a aumentar el número de casos y además se está también en aumento las gestantes adolescentes con VIH, cuyo diagnóstico se realiza durante el embarazo.

En el año 2012, se han registrado un total de 166 casos nuevos¹ con VIH, de los cuales 26% de estos corresponde a mujeres y el 75% a hombres, el 30% están en el rango de edad de 15 a 29 años, el 48% están entre 30 y 49 años y el 21% corresponde a los rangos de edad de 50 a 71.

El 81,5% de los casos se registraron por conducta heterosexual, el 11,4% homosexual y el 6% bisexual; el 1% reporta como medio de transmisión intravenoso por compartir jeringas al consumir droga vía venosa. Se reporta un caso por transfusión sanguínea en mujer de 42 años, en el seguimiento de caso; se evidencia comportamiento sexual de alto riesgo, finalmente se confirma caso por mecanismo probable de transmisión heterosexual y se establece plan de mejoramiento. De los casos nuevos del año 2012, se concentra el 65,3% de los casos en el municipio de Armenia, el 16.6% en el municipio de Calarcá, como los de mayor ocurrencia, seguidos de los municipios La Tebaida 5,1%, de Montenegro 4,4%, Quimbaya 2,5%, Circasia 1,9%, los demás municipios reportan porcentajes inferiores de ocurrencia. En el Departamento del Quindío, se viene adelantando

acciones tendientes a mejorar la respuesta ante el VIH/SIDA, con el fin de lograr y orientar en forma efectiva las acciones de promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, vigilancia y control del VIH/SIDA y según las competencias de cada entidad e institución involucradas en el Sistema de Salud, tales como la Dirección Territorial de Salud, las Secretarías/Subsecretarías de Salud, los Planes Locales de Salud, las EAPB y las IPS; estas acciones están relacionadas con el seguimiento y vigilancia a las EAPB, para que garanticen un servicio integral de calidad y oportunidad; a las IPS del programa regular de atención a pacientes con VIH/SIDA, para que cumplan con los requerimientos básicos de los servicios integrales para pacientes con VIH; las IPS de I nivel para que garanticen la promoción y la toma de la prueba voluntaria del VIH con asesoría pre test y post test.

5.1.3. MORTALIDAD MATERNA

El evento de muerte materna es uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud en una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, marcados por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, social o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial se detectan dificultades en el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud, prestado en las IPS.

Durante el año 2012 fueron reportados en el SIVIGILA, 5 casos de mortalidad materna, de los cuales se descarta 1 caso por error en digitación y otro por pertenecer al Departamento de Caldas, de acuerdo al análisis realizado con el nivel nacional. De los 3 casos restantes que corresponden al Departamento del Quindío, 1 pertenece al municipio de Calarcá y 2 al municipio de la Tebaida, considerado municipio crítico a nivel Departamental. Lo anterior nos muestra una razón de 51 muertes maternas por cada 100.000 gestantes. Al comparar estos datos frente a los obtenidos para el 2011 (33 muertes maternas por cada 100.000 gestantes) encontramos un aumento en los casos en el 2012.

Indicadores:

-  Porcentaje cumplimiento de notificación casos muerte materna dentro de la primera semana desde la ocurrencia de la muerte: **75%**
-  Porcentaje concordancia casos SIVIGILA - RUAF DANE. Muerte materna y muerte perinatal-neonatal tardía.
- a. Muerte materna: **80%**
 - b. Muerte perinatal: **52%**
 - c. Muerte neonatal tardía: **50%**
-  Porcentaje causas mal definidas de muerte materna y perinatal.
- d. Muerte materna: **75%**
 - e. Muerte perinatal: **28,2%**
 - f. Muerte neonatal tardía: **27%**
-  Porcentaje del cumplimiento en el envío de los estudios de caso con el análisis realizado por entidad territorial

5.1.4. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

Estudios de casos de MME. En el Departamento del Quindío según datos del SIVIGILA se reportaron 11 casos de Morbilidad materna extrema. 1 caso no contaba con controles prenatales y el resto se encuentran con inicio de controles prenatales entre la 4a y 16a semanas de gestación. De estos, se notificaron 3 casos con enfermedad específica de eclampsia y 5 casos choque hipovolémico. Del 100% de morbilidad materna extrema del Departamento, el 18% (2 casos) terminaron en aborto, 27% (3 casos) en parto vaginal y el 55% (6 casos) en cesárea. De estos últimos el 67% correspondieron a recién nacidos pretérmino.

6. SALUD ORAL

La salud bucal, es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud de la población, debido a que la mayoría de las enfermedades orales se asocian con determinados factores de riesgo, como la falta de higiene buco-dental, la alimentación inadecuada y la educación.

A pesar de que los problemas de la cavidad oral no representan causas de muerte inmediata para las personas, sí menoscaban su calidad de vida porque prolongan estados de dolor y sufrimiento, generan limitaciones, desventajas sociales y funcionales que afectan no solo el componente estético del individuo sino también la autoestima, influyendo directamente sobre el bienestar psicosocial.

Las enfermedades orales han permanecido históricamente entre las primeras causas de morbilidad en todos los grupos poblacionales, siendo la caries la primera entre los 5 y 44 años, sin incluir otras enfermedades orales de reciente emergencia y crecimiento como la enfermedad periodontal, el cáncer bucal, las manifestaciones orales del SIDA, las alteraciones craneofaciales y de la oclusión, los dolores orofaciales, entre otras, que igualmente se presentan de forma importante en Colombia.

Las patologías orales son entonces una epidemia silenciosa que constituye un reto en salud pública la cual requiere esfuerzos directos de la comunidad y del gobierno para su control o en su defecto abordaje y manejo.

CAUSAS DE CONSULTA QUINDIO 2011 SEGÚN CIE-10

Orden	CAUSA DE CONSULTA EN SALUD ORAL	TOTAL	%
1	K021 - CARIES DE LA DENTINA	242.538	44,55
2	K050 - GINGIVITIS AGUDA	87.654	16,10
3	K051 - GINGIVITIS CRONICA	52.219	9,59
4	K040 - PULPITIS	18.839	3,46
5	K028 - OTRAS CARIES DENTALES	17.786	3,27
6	K083 - RAIZ DENTAL RETENIDA	16.967	3,12
7	K081 - PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE, EXTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	11.040	2,03
8	K041 - NECROSIS DE LA PULPA	10.160	1,87
9	K031 - ABRASION DE LOS DIENTES	8.785	1,61
10	K010 - DIENTES INCLUIDOS	8.084	1,48
11	K020 - CARIES LIMITADA AL ESMALTE	7.431	1,37
12	K052 - PERIODONTITIS AGUDA	6.604	1,21
13	K047 - ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA	4.810	0,88
14	K053 - PERIODONTITIS CRONICA	3.952	0,73
15	K000 - ANODONCIA	3.921	0,72
16	K060 - RETRACCION GINGIVAL	3.914	0,72
17	K036 - DEPOSITOS [ACRECIONES] EN LOS DIENTES	3.473	0,64
18	K074 - MALOCCLUSION DE TIPO NO ESPECIFICADO	3.219	0,59
19	K073 - ANOMALIAS DE LA POSICION DEL DIENTE	2.924	0,54
20	K006 - ALTERACIONES EN LA ERUPCION DENTARIA	2.687	0,49
	SUBTOTAL	517.007	94,97
	OTRAS CAUSAS	27.380	5,03
	TOTAL	544.387	100,00

Cubos RIPS - SISPRO Minsalud

7. SALUD MENTAL

Según el Ministerio de la protección social y la organización internacional para las migraciones definen la **SALUD MENTAL**, como: la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre si y con el medio ambiente. Es el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades mentales, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Igualmente el logro de las metas individuales o colectivas en concordancia con la justicia y el bien común.

La **SALUD MENTAL**, depende de la satisfacción de las necesidades básicas, también abarca necesidades superiores como las relaciones afectuosas, la aceptación y el significado dados por otros, la pertenencia aun grupo, el respeto, la aprobación, la libertad y la autodeterminación.

Análisis de la situación del Consumo de Sustancias Psicoactivas del Departamento del Quindío: Según la publicación del primer documento de análisis, sobre la situación del consumo de sustancias psicoactivas del Departamento del Quindío, en la página del Observatorio Nacional de drogas de Colombia, documento avalado por el Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes, muestra el comportamiento del consumo del Departamento y la edad de inicio.

Prevalencia de consumo de vida, año y casos nuevos en Quindío

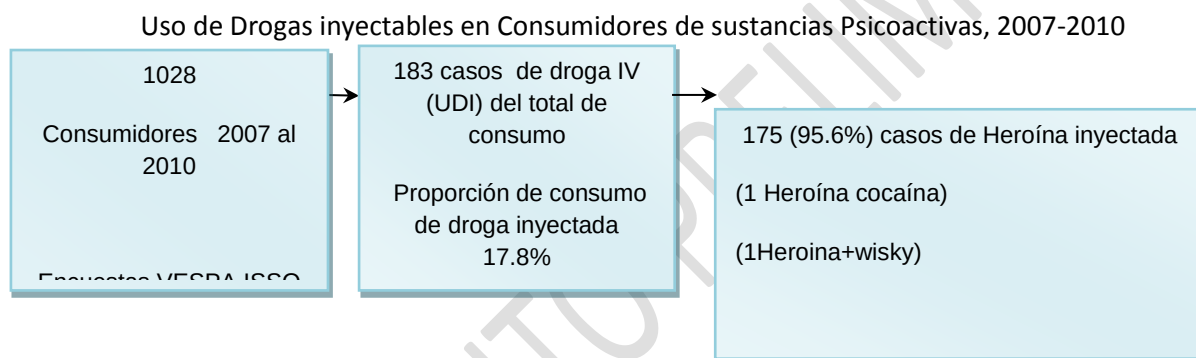
Sustancia	Prevalencia de vida		Prevalencia de último año		Casos nuevos en el último año	
	Quindío	Nacional	Quindío	Nacional	Quindío	Nacional
Alcohol	91,0	86,1	67,0	61,2	20,1	31,6
Tabaco - Cigarrillo	52,0	44,5	27,5	21,5	2,5	4,8
Marihuana	12,4	8,0	3,2	2,3	0,5	0,5
Cocaína	6,1	2,5	1,3	0,7	0,1	0,2
Basuco	1,3	1,1	0,3	0,2	0,1	0,1
Inhalables	0,9	0,8	0,7	0,2	0,1	0,1
Medicamentos tranquilizantes	1,0	1,7	0,8	0,5	0,2	0,2
Medicamentos estimulantes	0,1	0,2	****	0,1	****	****

Heroína	0,1	0,2	****	****	****	****
Éxtasis	0,9	0,9	0,7	0,3	****	0,1
Cualquier ilegal	14,0	9,1	4,0	2,7	0,8	0,6

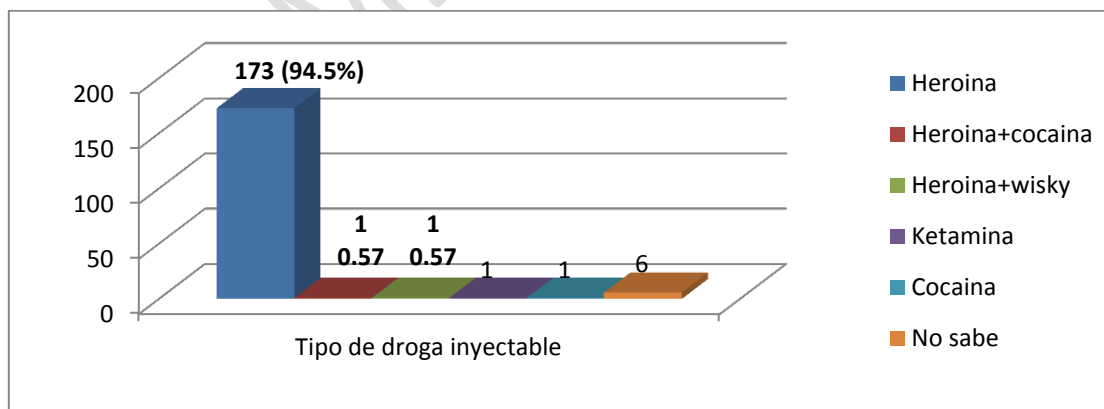
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008

De acuerdo a la información suministrada a la Secretaría de Salud Departamental del Quindío, en el estudio contratado con la fundación familiar faro, sobre la proporción de casos de personas con uso de sustancias inyectadas, se encontró:

Resultados y análisis:



Tipo de droga inyectables usado en consumidores de sustancias psicoactivas 2007-2010



Del 1.028 casos de drogas psicoactivas estudiados desde el año 2007 al 2010 se encontraron 183 (17.8%) usuarios con consumo de drogas inyectables, de los cuales 173 (94.5%) usaban heroína, 1(0.57%) heroína + cocaína, 1 (0.57%) heroína + Whisky, en un caso se encontró el uso de ketamina y en 1 caso cocaína vía IV.

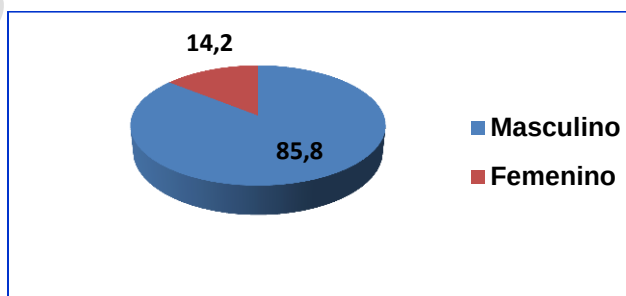
Consumo de drogas inyectables por grupos de edad. 2007-2010

edad2	Numero	Porcentaje
<15	8	4,4%
15 – 24	124	67,8%
25 - 34	48	26,2%
45 – 54	1	0,5%
>55	2	1,1%
Total	183	100,0%

67.8% de los usuarios de sustancias psicoactivas inyectables estaban en el grupo de edad de 15 a 24, seguido del grupo de 25 a 34 años con 48 casos (26.2%). Es importante destacar que 8 (4.4%) usuarios eran menores de 15 años.

La edad mínima de los usuarios de droga IV fue de 12 años, la máxima de 58, la edad más frecuente 20 años y el promedio de edad 23.6. Es de anotar que 20 (10.9%) consumidores de sustancias psicoactivas inyectables eran menores de 18 años.

Distribución de frecuencias de Usuarios de Droga IV según sexo. 2007-2010



26 (14.2%) usuarios de droga IV eran del sexo femenino y 157 (85.8%) del sexo masculino. Por cada 6 hombres UDI (usuarios de droga IV) se encontró 1 mujer. Así mismo el estudio muestra los rangos de edad en el inicio del consumo de manera inyectada

Distribución de consumo de droga IV (UDI) según grupos de edad Quindío 2010.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
<15	3	2,3%
15 - 19	37	28,0%
20 - 24	54	40,9%
25 - 29	29	22,0%
30 - 34	6	4,5%
>50	3	2,3%
Total	132	100,0%

El grupo de edad en el cual se encontró la mayor proporción de UDI el fue el grupo de edad de 20 a 24 años (40.9%), seguido de los grupos de 15 a 19 con 28.0% de los casos y el de 25 a 29 con 22.0%, También en los usuarios de droga inyectable en el estudio realizado en Medellín y Pereira se encontró la mayor proporción de UDI en estos grupos de edad.

Edad mínima fue de 12 años, edad máxima 58 años, edad en la que se encontró el mayor número de casos, 20 años.

Teniendo en cuenta lo anterior, se muestra que no solo el Departamento del Quindío se encuentra con un alto consumo de cualquier sustancias psicoactivas que lo ubica en tercer lugar a nivel nacional, sino que es preocupante le incremento del uso de sustancias psicoactivas inyectadas, así mismo la capacidad de respuesta frente a la demanda es poca, como se muestra los datos sobre la red de servicios en salud mental y psicoactivos en el departamento:

Red de Prestadores de servicios de Salud

Numero de Instituciones que prestan servicios de salud mental en el Departamento del Quindío	5
Numero de Instituciones que prestan servicios de Psicología el Departamento del Quindío	46
Numero de Hospitales Psiquiátricos en el Departamento del Quindío.	1
Numero total de Hospitales psiquiátricos con servicios ambulatorios en el Departamento	1
Numero de Hospitales psiquiátricos con farmacia disponible en el Departamento	1
Numero total de IPS de Departamento	161

7.1. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, INTRAFAMILIAR Y SEXUAL DEPARTAMENTO DELQUINDIO 2012

El departamento del Quindío históricamente ha utilizado la herramienta sistemática SIVIF, con el fin de recolectar la información correspondiente a los hechos de violencia de Interés en Salud Pública.

En el año 2011, el Instituto Nacional de Salud inicia la prueba piloto en algunos Departamentos del País, con el fin de evaluar la posibilidad de ingresar estos eventos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, que a la fecha viene captando los eventos de interés en Salud pública.

Para el año 2012, el Instituto Nacional de Salud da como lineamiento Nacional la implementación e inclusión del evento violencia en el SIVIGILA, con el fin de estandarizar y unificar la información; debido a los inconvenientes administrativos generados por la liquidación del Instituto Seccional de Salud y la creación de la Secretaria de Salud Departamental, para el Departamento del Quindío, se inicia en forma oficial el reporte de los casos de VIOLENCIA por SIVIGILA, a partir del 01 de noviembre de 2012.



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Debido a lo anterior y teniendo en cuenta que el mayor porcentaje de información se encontraba en el SIVIF, se realizó la homologación de la información y se utilizaron otras fuentes de información como Medicina legal, DANE RUAF, entre otras.

Es importante evidenciar que se detectaron múltiples falencias relacionadas con la calidad de la información, que dificultaron el análisis y la generación de informes situacionales.

De acuerdo al total de casos reportados en la vigencia 2012, se encuentra que el 75% (1176 casos) corresponden a víctimas del sexo femenino, siendo la violencia física la de mayor frecuencia, afectando al 67,26% de las mujeres víctimas de violencia, el 12,4% grave negligencia, el 11,9% Violencia psicológica y el 8,3% abuso sexual. Lo anterior como dato general.

Teniendo en cuenta la clasificación dada por el protocolo de vigilancia de la violencia contra la mujer: Mujer viva o muerta de cualquier edad y sexo que ingrese a un servicio de atención de urgencias, consulta externa, psicología, trabajo social, programas especiales, o servicio forense, con una lesión física y/o afectación psicológica ocasionada por un agresor(a) conocido(a) o desconocido(a) **y que no es miembro de su familia.**

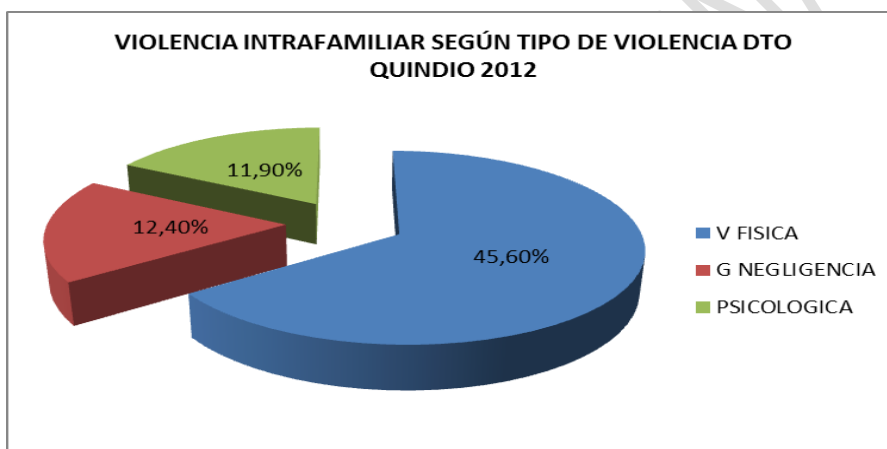
Los casos de violencia contra la mujer reportados en el 2012, en los que el agresor no es miembro de su familia, corresponden al 3,3% (39 casos), siéndolos agresores desconocidos los que muestran el mayor número de casos y entre los amigos y vecinos, es importante tener en cuenta, que el arrendador asume un papel importante como agresor

La violencia física representa el 75% y la violencia psicológica el 25% de los casos, siendo el municipio de Armenia el de mayor reporte.

De acuerdo al reporte dado por medicina legal, se encuentra un total de 114 fallecimientos por causas violentas en mujeres por las siguientes causas:

La violencia intrafamiliar, es la forma de violencia de mayor presencia en el Departamento del Quindío, convirtiéndose en uno de los principales problemas de Salud pública

Para el año 2012, del total de casos reportados, el 87,6% correspondieron a violencia intrafamiliar, siendo la población femenina la más afectada.



La violencia física abarca el 45,6% del total de casos reportados, siendo el cónyuge el mayor agresor con el 61,2%, seguido del padre o de la madre con el 15,45, evidenciando como circunstancia la frustración siendo importante evidenciar que la madre es la mayor agresora.

Se identificaron varias situaciones importantes a tener en cuenta, como que en 100 casos las circunstancias fueron el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y los problemas emocionales.

El 40% de los casos denuncia después de tres veces o más de haber sido víctimas de violencia física.

MUNICIPIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE ACUMULADO
ARMENIA	515	63%
LA TEBAIDA	81	73%
CALARCA	65	81%
QUIMBAYA	59	88%
MONTENEGRO	29	92%
CIRCASIA	26	95%
FILANDIA	15	97%
SALENTO	14	98%
CORDOBA	7	99%
BUENAVISTA	4	100%

Fuente: SIVIGILA - SIVIF

Se presentaron en total 271 casos de grave negligencia, la cual es cometida en su orden por el padre y la madre y el cónyuge, el cual toma importancia en las víctimas de 18 años y más; dentro de las circunstancias identificadas están: Problemas socioeconómicos, emocionales, IRA, entre otros.

El rango etareo más afectado es el de menores de 5 años, en el que se presentó una muerte por intoxicación grave, lo que ubica a la grave negligencia como una de las formas de violencia más crítica para el Departamento del Quindío.

Como situaciones a tener en especial cuidado, se encuentra que del total de nacimientos ocurridos en el 2012, el 13,3% son hijos de madres menores de edad (824 casos) siendo el rango de edad inferior de 12 a 13 años (11 casos) en los que 7 de los casos el padre es mayor de edad, al igual que en el rango de 14 a 15 (205) siendo 106 de los padres mayores de edad, en este rango es importante tener en cuenta que se encontraron 9 padres de 14 a 15 años de edad. En madres de 16 a 17 años se presentaron 608 nacimientos, encontrando 555 padres mayores de edad.

Estos casos en su mayoría no son denunciados, sin embargo es necesario iniciar acciones de intervención efectivas, dado que lo encontrado en las observaciones de violencia física, se encuentra un porcentaje importante de menores de 14 años gestantes, quienes informan relaciones consentidas.

En la base de datos de muerte fetal se encontraron 84 fallecimientos de fetos en gestantes menores de edad, encontrando dos de estos fallecimientos en gestantes de 12 a 13 años. En mortalidad perinatal se encontró el caso más grave en gestante de 11 años de edad con pérdida fetal después de la semana de gestación No. 22. Con un total 18 casos de mortalidad perinatal en gestantes menores de edad.

Casos de mortalidad por causa violenta en mujeres en los que el agresor no es de la familia

CAUSA	FORMA	No. DE CASOS
SUICIDIO	INTOXICACION	2
	AHORCAMIENTO	4
HOMICIDIO	CON ARMA DE FUEGO	20
	CORTOPUNZANTE	19
	SOFOCACIÓN POR COMPRESION TORACO ABDOMINAL	1
VIOLENTA SIN DETERMINAR		8

FUENTE: MEDICINA LEGAL - QUINDIO

La información sobre fallecimientos en mujeres por causa violenta en los que el agresor no es de la familia, evidencia que el uso de armas de fuego y armas corto punzantes son las de mayor frecuencia.

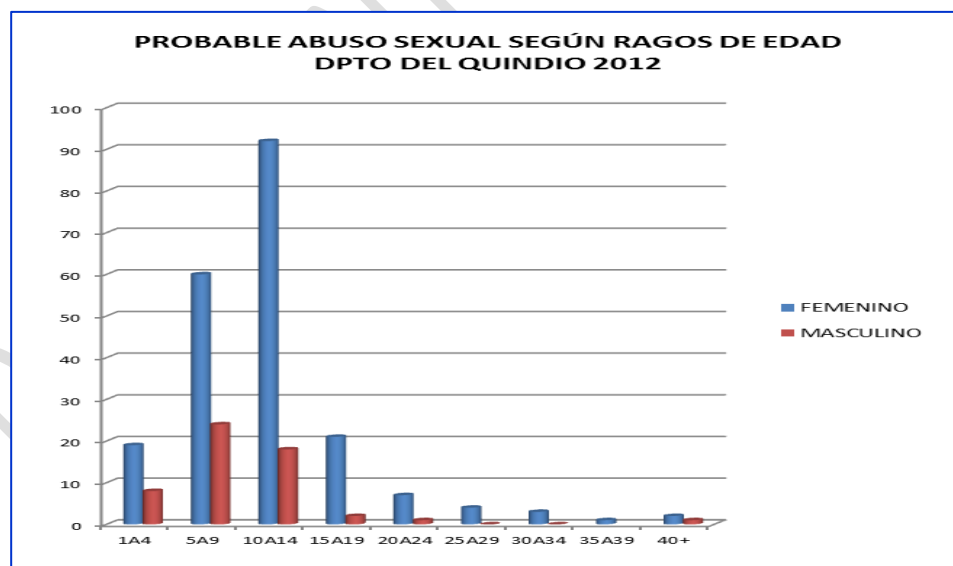
Cruce de información entre SIVIGILA y Medicina Legal datos 2012

VARIABLES	SECRETARIA DE SALUD DPTAL	INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL	OBSERVACIONES
TOTAL	170	404	TOTAL REPORTES
CASOS SIN DELITO COMPROBABLE POR ML		95	NO SE IDENTIFICÓ EL ABUSO

OTROS VIRGINIDAD Y MANIOBRAS		34	SITUACIONES CREADAS PARA CUBRIR OTRAS ACCIONES
CARICIAS SEXUALES	10 ASISTENCIA MÉDICA	85	EVENTO QUE NO INGRESA AL SIVIGILA POR LA RED EXISTENTE
ACTOS PORNOGRAFICOS		7	EVENTO QUE NO INGRESA AL SIVIGILA POR LA RED EXISTENTE
TOTAL ANALIZADO	170	183	ES NECESARIO AMPLIAR LA RED DE NOTIFICACION , COORDINANDO EL PROCESO DE ANALISIS CON EL INSTITUTO DE MEDICIA LEAL

FUENTE: MEDICINA LEGAL - SIVIGILA

Con el fin de lograr obtener la información necesaria para el análisis, se realizó el cruce de información con Medicina legal, encontrando datos que difieren con las variables del SIVIGILA y casos como las caricias sexuales que no ingresan por la base de datos del SIVIGILA, razón por la cual cada vez se logra obtener una información mas completa al respecto.



Fuente: SIVIGILA – SIVIF 2012

Los casos de abuso sexual reportados según los rangos etarios y sexo de las víctimas muestran que el sexo femenino es el más afectado, siendo las niñas de 10 a 14 años las más afectadas, seguidas de las menores de cinco años.

La información de los agresores evidencia que el cónyuge es el mayor abusador, seguido de los agresores desconocidos, el 33% denuncia después de tres o más veces de ocurrido el hecho y más del 40% de las víctimas convive con el agresor.

Casos de abuso sexual según municipio de ocurrencia y residencia Departamento del Quindío 2012

MUNICIPIO	PROBABLE ABUSO		PROBABLE ASALTO	
	OCU	RESI	OCU	RESI
ARMENIA	131	152	14	17
CALARCA	31	40	4	3
OTÍDPTOS	25	4	0	0
QUIMBAYA	18	13	1	3
MONTENEGRO	15	13	0	0
LA TEBAIDA	14	14	2	1
CIRCASIA	9	9	1	1
GENOVA	7	4	1	1
PIJAO	5	4	0	0
CORDOBA	3	2	1	1
FILANDIA	3	4	2	1
SALENTO	2	3	1	0
BUENAVISTA	0	1	0	0

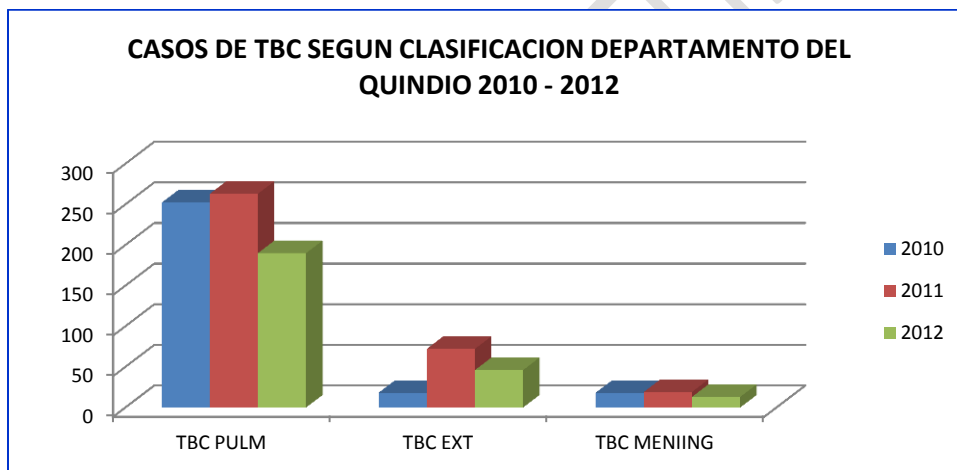
Fuente: SIVIGILA - SIVIF

8. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y LAS ZONOSIS

8.1. TUBERCULOSIS

La tuberculosis es un evento que para el Departamento del Quindío es considerado uno de los principales problemas de Salud Pública, dado su comportamiento con tendencia al aumento y la alta mortalidad relacionada con el evento.

Casos de TBC según clasificación Departamento del Quindío años 2010 al 2012



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

El comportamiento histórico mostrado por la tuberculosis en el trienio analizado muestra, que la Tuberculosis Pulmonar es la de mayor presencia para el Departamento, siendo el año 2011 el de mayor incidencia; superando el comportamiento del año 2010, para el año 2012 se evidencia una disminución significativa del 28%

Los casos de Tuberculosis Extra pulmonar, presentaron un comportamiento con tendencia al aumento importante dado que del 2010 al 2011 el incremento fue del 75%, para el 2012, se observa un descenso en el comportamiento del 36%.

Los casos de meningitis Tuberculosa muestran un comportamiento estable con una pequeña disminución para el año 2012, no siendo significativa.

Es importante tener en cuenta que en el año 2012, no se logró dar continuidad al equipo de auxiliares de enfermería, encargadas de la acción de terreno en los municipios actividad que fortalece las acciones de búsqueda activa de los casos además de mejorar la coherencia entre los datos del SIVIGILA y el programa de Tuberculosis. Para el año 2012 la concordancia entre el programa y la base de datos del SIVIGILA fue del 80%, encontrando el mayor número de casos en el sistema de Vigilancia en Salud Pública.

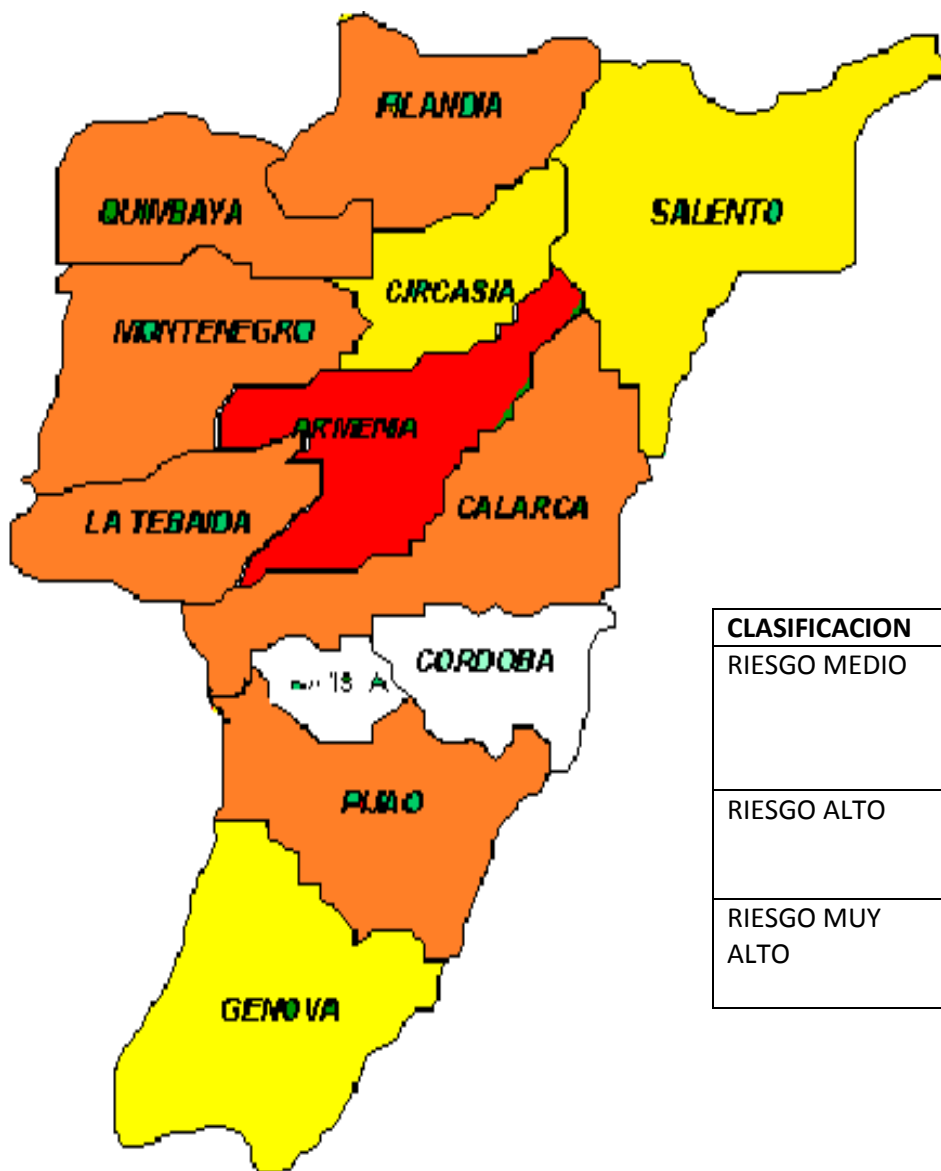
Casos de Tuberculosis todas las clases según Municipio Departamento del Quindío 2.012

MUNICIPIO	TBC PULM	TBC EXTRA	TBC MENINGEA	TBC FR	TOTAL	TASA INSIDENCIA
ARMENIA	114	30	9	3	156	53,41
CALARCA	26	9	0	3	38	49,7
QUIMBAYA	17	0	0	0	17	49
MONTENEGRO	11	4	0	0	15	36,7
LA TEBAIDA	10	2	2	0	14	35,5
FILANDIA	4	1	0	0	5	30,2
CIRCASIA	2	2	1	0	5	17,15
GENOVA	2	0	0	0	2	23,8
PIJAO	1	1	0	0	2	31,7
SALENTO	1	0	0	0	1	13,9
QUINDIO	188	49	12	6	255	45,8

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

De acuerdo al número de casos reportados por cada uno de los municipios del Departamento del Quindío, es evidente que los de mayor riesgo son en su orden Armenia, Calarcá y Quimbaya, sin embargo es necesario identificar el riesgo en cada uno de ellos, según los parámetros nacionales de la siguiente forma:

Mapa de Riesgo para Tuberculosis según No. De casos x 100.000 hab. Departamento del Quindío 2012.



CLASIFICACION	VALOR	COLOR
RIESGO MEDIO	Menor o igual a 24.9 casos X 100.000 hab.	Yellow
RIESGO ALTO	25 a 50 casos X 100.000 hab.	Orange
RIESGO MUY ALTO	Mayor a 50 casos X 100.000 hab	Red

Los municipios de Buenavista y Córdoba no realizaron reportes de Tuberculosis en ninguna de las clases en la vigencia 2.012.

El Departamento del Quindío muestra una tasa de incidencia de 45,8 X 100.000 habitantes, ubicando al Departamento en Riesgo Alto Para la presencia y transmisión de la Tuberculosis (Naranja).

TUBERCULOSIS PULMONAR

Para el año 2012, se reportaron en total 222 casos de los cuales 17 se encontraron duplicados y 15 casos fueron descartados posterior a las acciones de seguimiento de los mismos, quedando finalmente para la vigencia analizada un total de 190 casos de Tuberculosis Pulmonar.

El 70% de los casos corresponde al sexo masculino y el 30% al sexo femenino, del total de casos el 3,15% corresponde a población menor de 15 años (6 casos), la edad inferior fue de 1 año; además se evidencia que el mayor número de casos se encuentra en el grupo de 20 a 40 años el cual alcanza el 42% del comportamiento, la edad superior fue de 93 años.

De acuerdo a la pertenencia étnica, el 1,05% de los casos pertenece a comunidades indígenas (2 casos) y entre los grupos poblacionales se encontró el 1,6% en población carcelaria (3 casos: 2 en Armenia, 1 caso en Calarcá) y 1 caso clasificado como Migrante proveniente de Neiva.

2 de los casos reportados corresponden por residencia a otros Departamentos del País.

La asociación con VIH, se observó en el 18,42% de los casos (35 casos), significando un riesgo alto para el Departamento del Quindío.

Tasa de letalidad por municipio Departamento del Quindío 2012.

MUNICIPIO	No. CASOS	No. DE MUERTES	TASA DE LETALIDAD
Armenia	114	16	14%
Calarcá	26	4	15,4%
Circasia	2	0	0%
Filandia	4	1	25%
Génova	2	0	0%
La Tebaida	10	1	10%
Montenegro	11	1	9%
Pijao	1	0	0%
Quimbaya	17	0	0%
Salento	1	1	100%
QUINDIO	188	24	12,7%

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Respecto a la tasa de letalidad, el Municipio de Salento se muestra como el más crítico, con una tasa de letalidad del 100%, dado que el único caso reportado en la vigencia falleció.

Para el Departamento del Quindío, en la vigencia 2012, por cada 100 pacientes con Tuberculosis pulmonar, el 12,7% fallece.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

En la vigencia 2012, se reportaron en total 55 casos de Tuberculosis Extra pulmonar, los cuales después del proceso de seguimiento se descartan 6 casos quedando finalmente un total de 49 casos de Tuberculosis Extra pulmonar para el Departamento del Quindío.

Del total de casos reportados, el 63.3% corresponde al sexo masculino y el 36,7% al sexo femenino, siendo el 94% residente en la zona urbana de los municipios.

La concordancia con el programa de Tuberculosis fue del 84%, siendo el SIVIGILA el que cuenta con el mayor número de casos.

Casos de Tuberculosis Extra pulmonar según ubicación Departamento del Quindío año 2012

UBICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
Pleural	14	28,6%	28,6%
Ganglionar	12	24,5%	53,1%
Meningea	8	16,3%	69,4%
Peritoneal	7	14,28%	83,7%
Miliar	4	8,2%	91,8%
Genitourinaria	2	4,08%	95,9%
Renal	1	2%	97,9%
Osteoarticular	1	2%	100%

Fuente: SIVIGILA - SSDQ

De acuerdo al lugar, la Tuberculosis extra pulmonar, muestra con mayor frecuencia la ubicación pleural, seguido de la ganglionar y meníngea concentrando un 69,4% del total de los casos reportados.

El 94% de los casos se clasificaron como nuevos y el 6% restante como fracasos, la asociación con VIH se encontró en el 36.7% de los casos.

Los municipios que reportaron casos de Tuberculosis Extra pulmonar en su orden fueron: Armenia con el 61,2%, Calarcá 20%, Concentrándose en estos dos municipios el 81% de ocurrencia de los casos de TBC Extra pulmonar; luego Montenegro con el 8%, La Tebaida y Circasia con el 4,8% cada uno y Filandia y Pijao con el 2%.

Se presentaron en total 11 muertes las cuales corresponden al municipio de Armenia el 72%, Calarcá, La Tebaida Y Filandia 1 caso de mortalidad cada uno correspondiendo al 9% cada uno. Los municipios de La Tebaida y Circasia mostraron las tasas de letalidad más altas correspondiendo al 50%.

MENINGITIS TUBERCULOSA

Se reportan en total 13 casos de los cuales el 69,2% corresponde al sexo masculino, el 30,7% al sexo femenino, el 10% de los casos reside en la zona urbana de los municipios del Departamento.

El 92,3% de los casos fueron clasificados como nuevos y el 7,8% como recaídas, el 61,5% informan asociación con VIH.

Los municipios que reportaron casos de Tuberculosis Meníngea son: Armenia (9 casos), La Tebaida 2 casos y Circasia 1 caso y Calarcá 1 caso.

De los casos reportados fallecieron en total 5 casos , 3 correspondiente al municipio de Armenia, Calarcá 1 caso y La Tebaida 1 caso, para una tasa de letalidad de: Armenia 33,3%, La Tebaida 50% y Calarcá 100%, para el Departamento del Quindío la tasa de letalidad por Meningitis Tuberculosa es del 38,5%, lo que indica que por cada 100 casos de Meningitis Tuberculosa mueren 38,5 en el Departamento del Quindío, vigencia 2012.

TUBERCULOSIS FARMACORESISTENTE

Se reportaron en total 6 casos de los cuales el 66,6% corresponden al sexo masculino y el 33,4% al sexo femenino, se confirmaron por laboratorio en un 100%, correspondiendo el 83% a TBC pulmonar y el 16,6% a TBC extra pulmonar (meníngea).

5 de los casos fueron previamente tratados y 1 de ellos se clasificó como nuevo, recibiendo en un 66,6% medicamentos de primera línea y el 16,6% medicamentos de segunda línea y el 16,6% medicamentos de primera y segunda línea

El 66,6% de los casos presento mono resistencia y el 33,3% mostro multidrogoresistencia, entre los factores de riesgo identificados se encontró: farmacodependencia en el 50% de los casos,

habitante de la calle en el 10% de los casos, otros factores inmunosupresores en el 16,6% VIH en el 60% y tratamiento irregular en el 50%.

La comorbilidades identificadas fueron en un 33,3% diabetes y en un 33.3% VIH.

En el municipio de Armenia reside el 50% y en el municipio de Calarcá el 50%. Se presentó un fallecimiento en paciente residente en el municipio de Armenia, significando una tasa de letalidad del 33,3%

Indicadores para Tuberculosis Departamento del Quindío año 2012

Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Proceso	Porcentaje de casos nuevos según tipo de Tuberculosis	El 74,5% de los casos de Tuberculosis notificados corresponden a TBC Pulmonar y el 94% de los casos reportados corresponden a TBC Extra pulmonar	No definida
Impacto	Incidencia de Tuberculosis	En el año 2012 se notificaron 45,8 casos nuevos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes	RIESGO ALTO
Impacto	Porcentaje de casos de coinfección TBC pulmonar /VIH – SIDA	El 18,4% de los casos de Tuberculosis Pulmonar, presentaron asociación con VIH	RIESGO ALTO
Impacto	Tasa de letalidad por Tuberculosis pulmonar	De los casos reportados como TBC pulmonar en el año 2012 falleció el 012,7%	RIESGO ALTO

FUENTE: SIVIIGILA – SSDQ

8.2. LEPROA:

Se reportan en total 6 casos, correspondiendo el 66,6% al sexo masculino y el 33,3% al sexo femenino, residentes en un 83,3% en la zona urbana de los Municipios. Las edades oscilaron entre los 34 a los 87 años de edad.

Según la clasificación de los casos el 50% son casos nuevos y el 50% restantes son recidivas, el 66,6% son multibacilares y el 33,3% paucibacilares, con grado de discapacidad cero en 5 casos y grado dos en uno de los casos reportados, se encontró reacción leprótica tipo 2 en el 33,3% de los casos, tipo 1 en el 16,6% y ninguna reacción en el 50% de los casos. El 100% de los casos fueron captados por servicios de salud y se desconoce la fuente de contagio, siendo evidente la necesidad de fortalecer las acciones de Búsqueda activa de sintomáticos y seguimiento de los casos.

El Municipio de Calarcá reportó el 50% de los casos, con un fallecimiento para una tasa de letalidad del 33,3%, los municipios de Armenia y La Tebaida reportaron un caso cada uno.

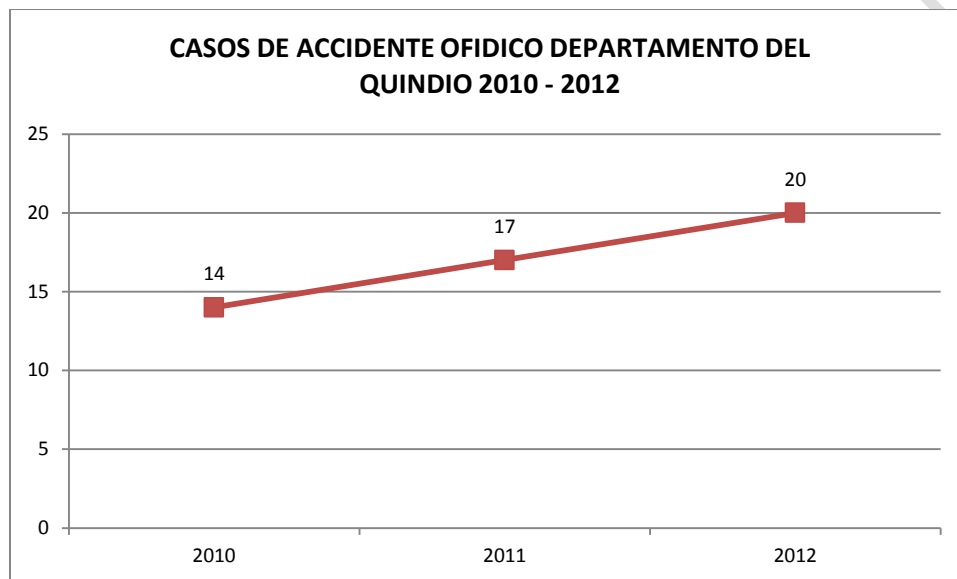
Indicadores para Lepra Departamento del Quindío año 2012

Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Impacto	Tasa de incidencia de lepra	En el año 2012 se notificaron 1,07 casos de lepra por cada 100.000 habitantes	RIESGO MEDIO
Impacto	Porcentaje de casos nuevos según clasificación bacteriológica (PB, MB)	Del total de casos de lepra el 33,3% corresponden a lepra de tipo paucibacilar Del total de casos de lepra el 66,6% corresponden a lepra de tipo Multibacilar	Aumentar el Porcentaje de captación de casos paucibacilares
Impacto	Porcentaje de casos nuevos con discapacidad	Del total de casos nuevos detectados y evaluados en el año 2012 el 16,6% presentaron discapacidad grado 2 De los casos reportados en el año 2012, el 83,3% presentaron discapacidad grado 0.	Aumentar a 80% los casos nuevos detectados sin discapacidad (grado 0)

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

8.3. ACCIDENTE OFÍDICO

Casos de accidente ofídico Departamento del Quindío año 2010 - 2012



FUENTE: SIVIGILA – SSDQ

El comportamiento mostrado por los casos de accidente ofídico, muestra una clara tendencia al aumento, siendo el año 2012, el de mayor frecuencia, esto debido a factores como el aumento de la temporada de lluvias, debido a los fenómenos climáticos que afectaron el país, haciendo que la fauna silvestre tuviese que buscar otros sitios de hábitat debido a que sus territorios se afectaron por la situación climática, teniendo esta situación como hipótesis dado que se aumentaron los casos de accidentes en la zona urbana de los municipios.

Para el año 2012, se reportaron en total 20 casos de accidentes ofídicos, de los cuales el 50% residen en zona urbana, el 45% en el Rural Disperso y el 5% en Centro Poblado; el sexo masculino resulto ser el más afectado con el 75%, para el sexo femenino el 25%

En el 80% de los casos se identificaron las huellas de colmillos, siendo este mismo porcentaje de pacientes quienes afirman haber visto la serpiente agresora, el 70% de las lesiones se ubicaron en los miembros superiores y el 30% en los miembros inferiores.

Entre las serpientes identificadas según el nombre común se encuentran:

Rabo de ají: 3 casos
Veinticuatro: 3 casos
Coral: 2 casos
Cabeza de candado: 2 casos
Equis: 2 casos
Granadilla: 1 caso
Desconocida: 7 casos

Es importante evidenciar que el personal asistencial no cuenta con la preparación mínima para la identificación de especies de serpientes, sin embargo la información se ingresa de acuerdo a lo captado y al conocimiento de los pacientes al respecto.

Entre las manifestaciones locales más comunes se encuentra el dolor y edema e el 70% de los casos, las manifestaciones sistémicas más frecuentes fueron: Nauseas y vómito en el 20% de los casos, se presentó una complicación local (Absceso) y no se presentaron complicaciones sistémicas.

La clasificación de los casos según la severidad del accidente muestra que el 95% fue leve y el 5% moderado, se hospitalizó el 10% de los casos y se realizó aplicación de suero en uno de los casos correspondiendo al 5% del total; sin embargo es importante aclarar que a pesar de haber asado el paciente por el primer nivel del Municipio de Pijao, el tercer nivel Departamental Hospital Universitario San Juan de Dios, fue en el municipio de Pereira – Risaralda, donde se realizó la aplicación del suero.

Los Municipios que reportaron casos en su orden son Armenia (15%), Montenegro (15%), Calarcá, Génova, La Tebaida, Pijao, Quimbaya y Salento con el (10% cada uno), se reportó un caso con residencia en otro Departamento del país.

Indicadores para Accidente Ofídico Departamento del Quindío año 2012

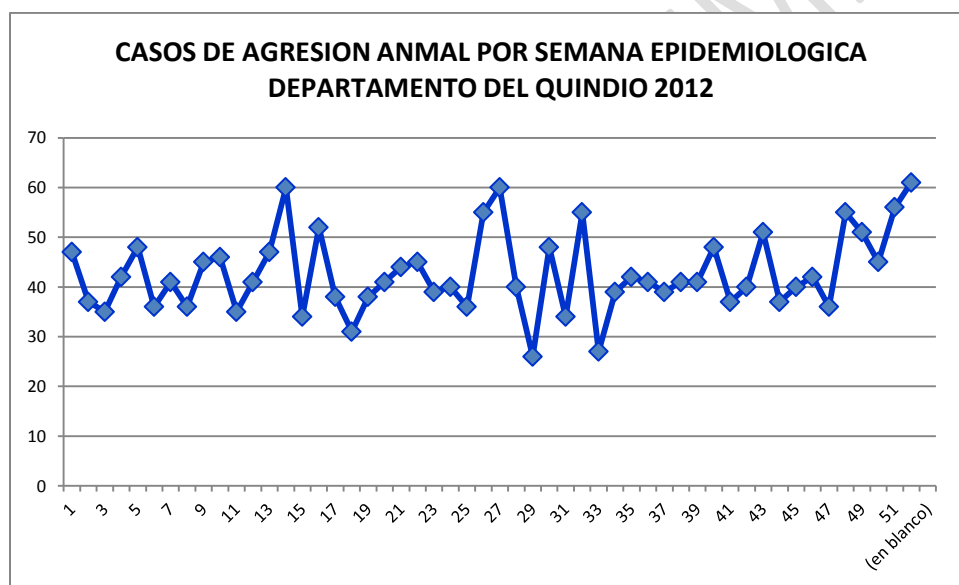
Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Resultado	Proporción de incidencia de accidente ofídico	Por cada 100.000 habitantes 3,6 fueron mordidas por serpientes	Disminuir la incidencia de accidentes ofídicos a partir de la línea de base del periodo anterior. Proporción de incidencia de accidentes ofídicos Dpto del Quindío año 2011: 3,07 X 100.000 habitantes.
Proceso	Porcentaje de pacientes mordidos por serpientes venenosas con tratamiento específico	Del total de pacientes mordidos por serpientes venenosas el 0% recibieron tratamiento específico	RIESGO ALTO
Resultado	Tasa de letalidad	Del total de pacientes mordidos por serpiente venenosa el 0% fallecieron	RIESGO BAJO

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

8.4. EXPOSICIÓN RÁBICA

El Departamento del Quindío, de acuerdo al reporte realizado al SIVIGILA en lo corrido del año 2012, muestra que los casos de agresión animal vienen en aumento, siendo necesarias acciones de fortalecimiento respecto a la vigilancia y control en la tenencia de mascotas.

Casos de agresión animal por semanas epidemiológicas, Departamento del Quindío año 2012.



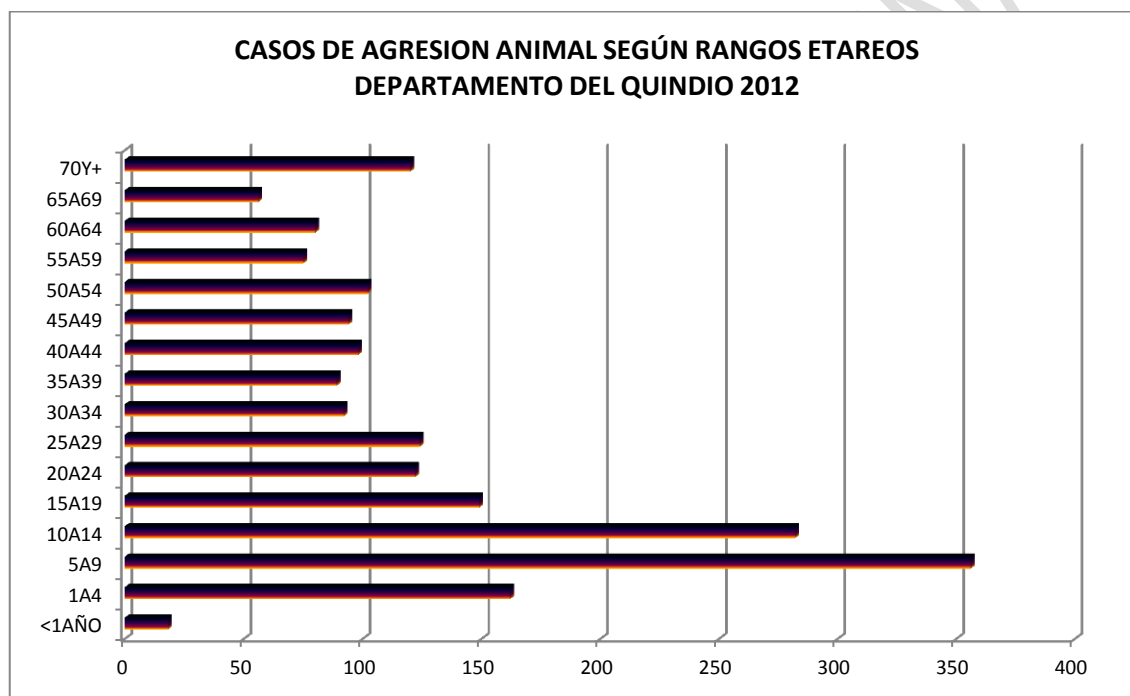
FUENTE SIVIGILA - SSDQ

El comportamiento de acuerdo al reporte semanal, muestra una tendencia relativamente estable, con un leve aumento hacia finales del año 2012. Siendo el evento de reporte individual al SIVIGILA de mayor frecuencia, para el Departamento del Quindío.

Se encontraron 18 duplicidades relacionadas con el reporte de los eventos en diferentes niveles de atención.

Para el Departamento del Quindío se reportaron en total 2.019 casos de agresión animal, de los cuales el 57,5% corresponde al sexo masculino y el 42,5% al sexo femenino, se reportan 30 casos de población residente en otros Departamentos del país, sin embargo se incluyen en el análisis dado que las agresiones ocurrieron en el Quindío y la atención se dio en las IPS del Departamento.

Casos de agresión animal según rangos de edad Departamento del Quindío 2012



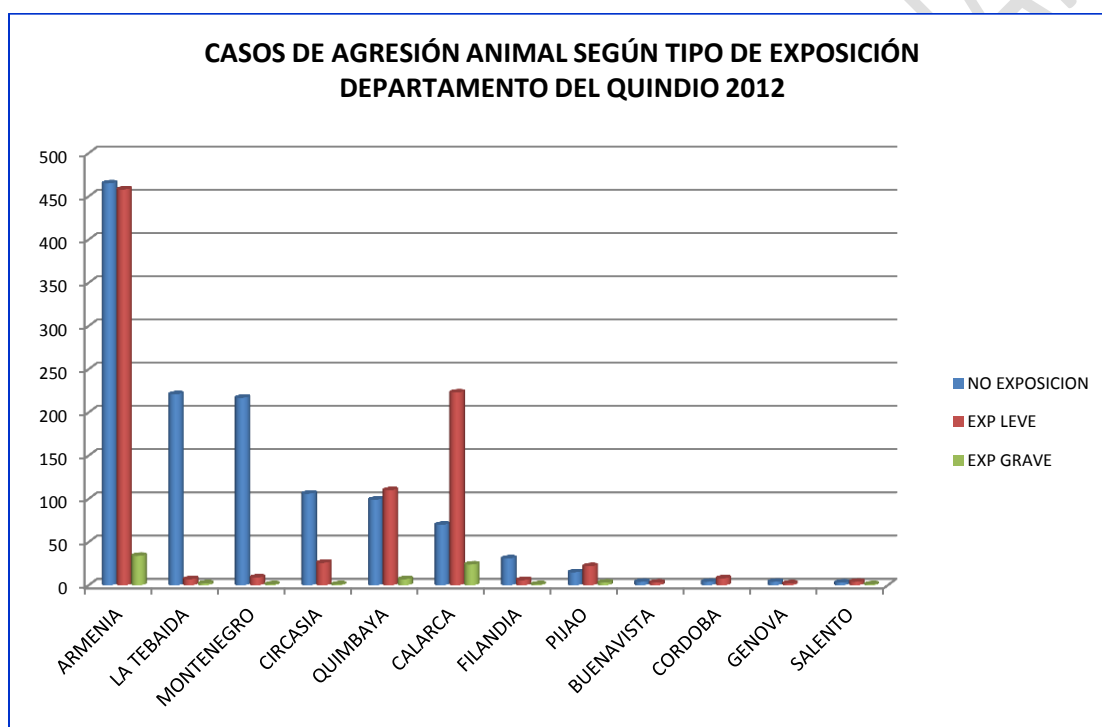
FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

De acuerdo a lo evidenciado por el gráfico anterior el rango etareo más afectado por las agresiones animales es el de 5 a 9 años de edad, seguido del rango de 10 a 14 años, en tercer lugar de ocurrencia se encuentran los menores de 1 a 4 años, en cuarto lugar los mayores de 70 años, como situación especial se identifican casos en menores de un año.

Es importante tener en cuenta que por los rangos de edad de mayor ocurrencia de 5 a 14 años, es importante tener claridad respecto a la clasificación de los casos, dados que es un grupo

poblacional que por su comportamiento puede llevar al animal a reaccionar con la agresión, sin embargo es necesario lograr una buena entrevista con los pacientes y lograr una clasificación del caso.

Casos de agresión animal según tipo de exposición por municipios Departamento del Quindío año 2012



FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Los municipios de Armenia, La Tebaida, Montenegro, Circasia y Calarcá presentan el mayor reporte de casos de agresión animal clasificados como NO exposiciones. Los municipios de Armenia, Calarcá y Quimbaya presentan el mayor reporte de casos de exposición rábica leve y los municipios de Armenia y Calarcá evidencian casos de exposición rábica grave.

Comportamiento de los casos de Agresión animal según tipos de exposición por municipios del Departamento del Quindío 2012.

MUNICIPIO	TOTAL	NO EXP.	EXP. LEVE	EXP. GRAVE	% SUERO	ESQUEMAS APLICADOS.
Armenia	957	465	458	34	13 sueros aplicados (38,2%) sin aplicación de esquema de vacunación	18 esquemas completos (3,65%) 10 esquemas pre exposición
Buenavista	7	4	3	0	0%	0%
Calarcá	317	70	223	24	0%	0%
Circasia	133	106	26	1	Un suero aplicado (100%) No aplicación de esquema de vacunación	Un esquema aplicado (3,7%)
Córdoba	12	4	8	0	0%	0%
Filandia	38	31	6	1	Un suero aplicado (100%) No aplicación de esquema de vacunación	Un esquema aplicado (14,30%)
Génova	6	4	2	0	0%	0%
La Tebaida	230	221	7	2	0%	0%
Montenegro	227	217	9	1	0%	0%
Pijao	40	15	22	3	Un suero aplicado (100%) No aplicación de esquema de vacunación	0%
Quimbaya	216	99	110	7	0%	0%
Salento	8	3	4	1	0%	0%

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

La tabla anterior, muestra el comportamiento por municipio de las agresiones animales, clasificadas como NO exposiciones, exposiciones leves y exposiciones graves, teniendo en cuenta el tratamiento y seguimiento dado a los pacientes.

De acuerdo a lo analizado, se identifican graves falencias relacionadas con la adherencia al protocolo de vigilancia de la rabia, por parte del personal asistencial de las UPGD, además se vienen presentando inconvenientes relacionados con el suministro del biológico a las IPS por parte de las Aseguradoras, situación que obstaculiza el cumplimiento en la aplicación de esquemas.

Indicadores para Exposición rábica en humanos Departamento del Quindío año 2012

Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Proceso	Porcentaje de tratamientos completados aplicados a casos de exposición leve	Del total de casos de exposición leve, al 2,16% se aplicaron tratamientos completos	100% de los pacientes con tratamiento antirrábico completo.
Proceso	Porcentaje de tratamientos completos aplicados a casos de exposición grave	Del total de casos de exposición grave, al 0% se le aplico tratamiento completo	100% de los pacientes expuestos con tratamiento antirrábico completo
Impacto	Porcentaje de pacientes expuestos al virus y agredidos por un animal potencialmente transmisor de la rabia	Del total de pacientes mordidos por serpiente venenosa el 0% fallecieron	RIESGO BAJO

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

Indicador	Definición operacional	Valor I Semestre del 2012	Evaluación
Proporción de incidencia de rabia en humanos	Casos nuevos de rabia / población total x 100.000	0	Se cumple con la meta nacional
Proporción de incidencia de rabia en perros y gatos	Total casos nuevos de perros / población de perros estimada x 1.000	0	Se cumple con la meta nacional

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

8.5. LEPTOSPIROSIS

En total se reportaron 68 casos, de los cuales posterior a las acciones de intervención, se descartaron 31 casos, quedando finalmente un total de 37 casos de leptospirosis para el Departamento del Quindío en la vigencia 2012.

El 89% de los casos corresponde al sexo masculino y el 10,8% al sexo femenino las edades oscilaron entre los 2 a los 84 años de edad. El 87% de los casos fue

hospitalizado, presentando cuadros clínicos en su mayoría de fiebre, mialgias, cefalea, náuseas e ictericia.

Entre los factores de riesgo identificados se encontró, que el 40,5% de los pacientes convive con mascotas en la vivienda (perros), el 32,4% de los casos informa presencia de ratas intra domiciliarias, el 19% informa presencia alrededor de la vivienda.

Los municipios de mayor reporte en su orden fueron Armenia (14 casos), Calarcá (6 casos), La Tebaida (4 casos), Montenegro (3 casos), Quimbaya (3 casos), Circasia, Filandia y Salento (1 caso cada uno).

La problemática más importante respecto a la situación de la leptospirosis en el Departamento del Quindío, está relacionada con la confirmación de los casos, dado que no se cuenta con el compromiso esperado por parte de las aseguradoras y no se cuenta con la red de laboratorios que garantice la confirmación y clasificación de los casos desde Salud Pública.

Indicadores para Leptospirosis Departamento del Quindío año 2012

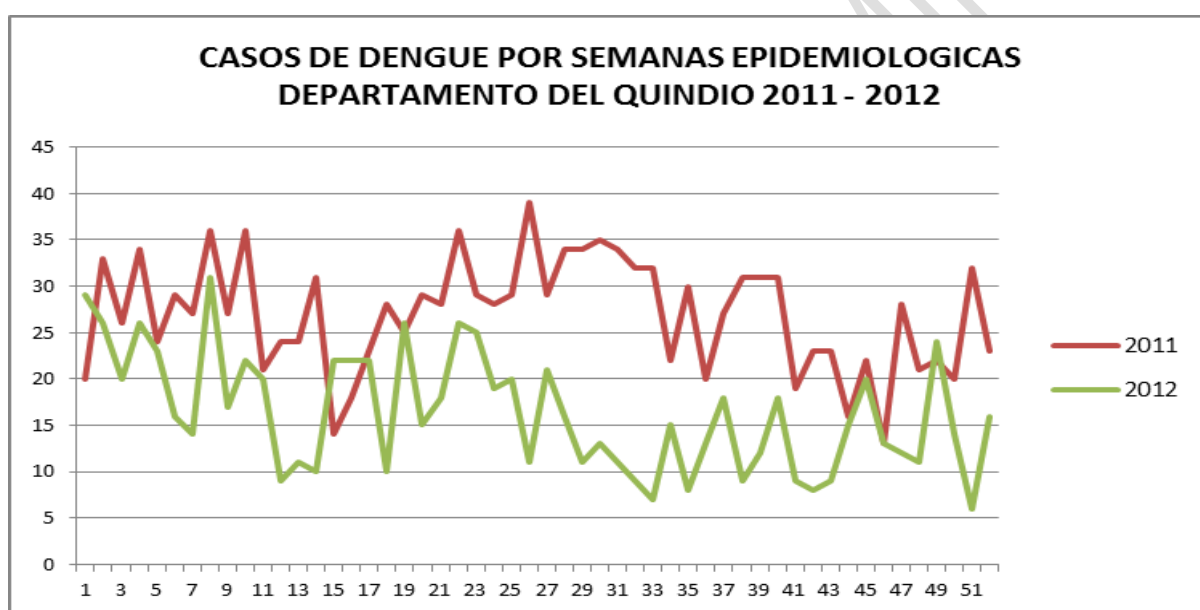
Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Resultado	Proporción de incidencia de leptospirosis	Por cada 100.000 habitantes 6,6 fueron diagnosticados por leptospirosis	La proporción de incidencia del año 2011 fue de 16,1 X100.000 habitantes. Se muestra una disminución de 9,5 puntos
Resultado	Tasa de letalidad	Del total de pacientes diagnosticados con leptospirosis fallecieron el 0%	0%

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

8.6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

8.6.1. DENGUE

Casos de dengue por semanas epidemiológicas Departamento del Quindío 2011 – 2012

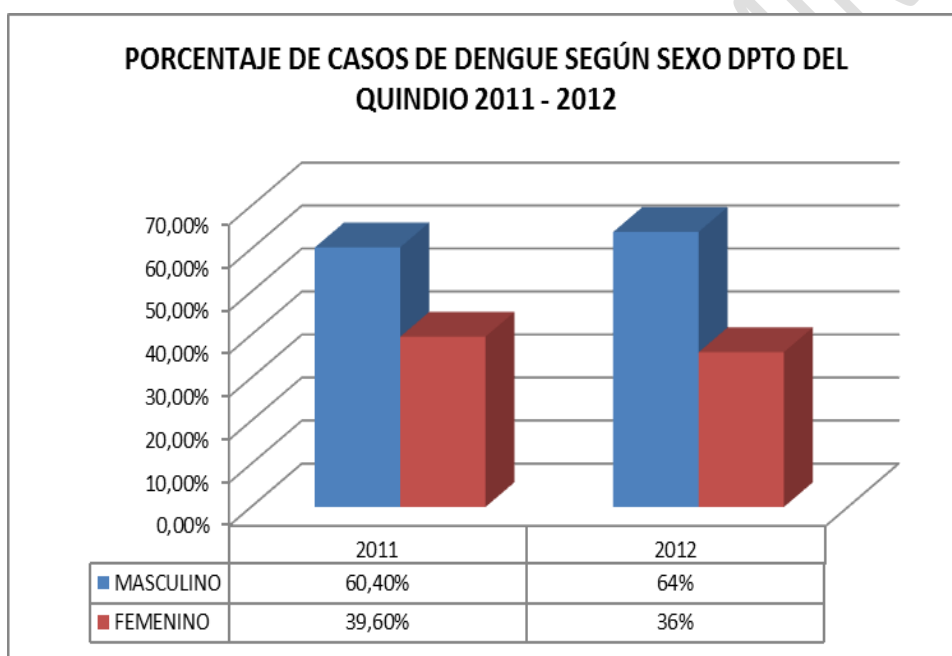


FUENTE SIVIGILA – SSDQ

El comportamiento mostrado por los casos reportados de dengue muestra, que el comportamiento evidenciado en el año 2011, sobrepasa significativamente al comportamiento medido en el año 2012, situación que se demuestra especialmente entre las semanas epidemiológicas 27 a la 33.

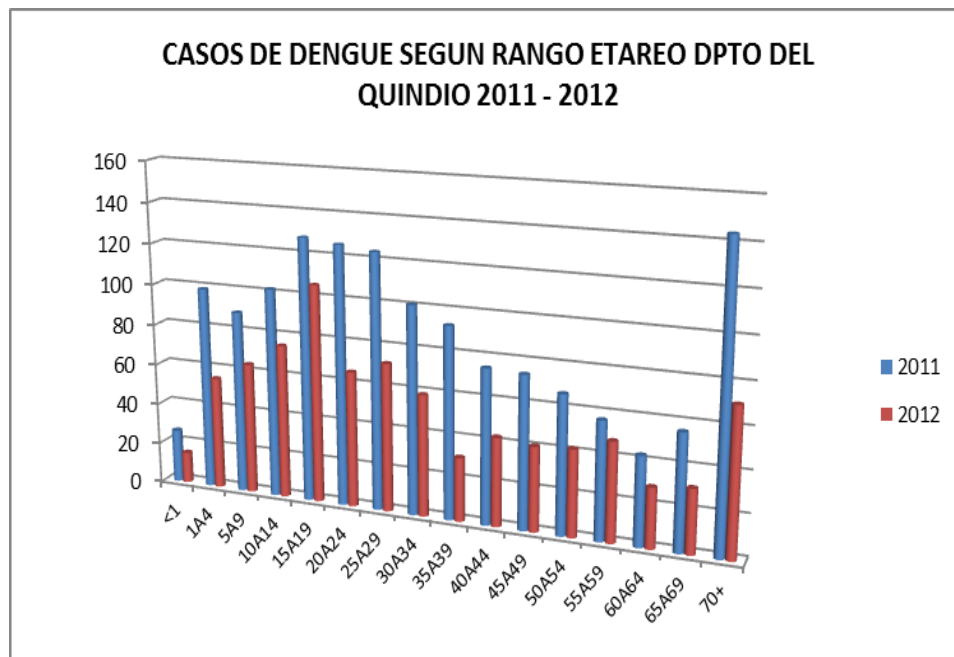
Para el año 2011, se reportaron en total 1.404 casos de dengue de los cuales se descartaron por procesos de vigilancia 141 casos y se encontraron 72 casos duplicados, quedando como cifra final para el Departamento 1.253 casos de dengue, comparando este comportamiento con el mostrado para el año 2012, en el que se reporta un total de 848 casos, se evidencia una disminución aproximada del 32% de los casos para la vigencia 2012.

Porcentaje de casos según sexo Departamento del Quindío 2012



FUENTE SIVIGILA – SSDQ

Para los años 2011 y 2012, el comportamiento de los casos de dengue, respecto al sexo de los pacientes, se muestra relativamente similar, encontrando que el sexo masculino supera la afectación del sexo femenino en un 24.4% aproximadamente.

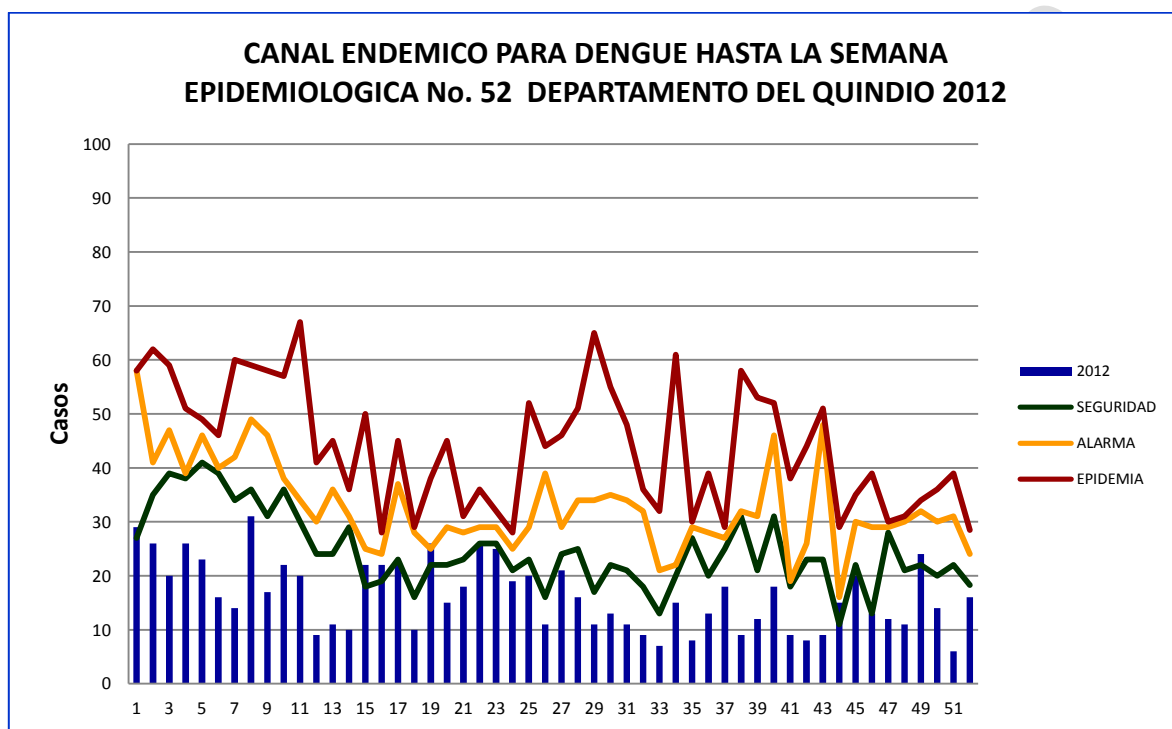


FUENTE SIVIGILA - SSDQ

El comportamiento de los casos de dengue, según rangos etareos, muestra que el grupo poblacional de 15 a 19 años revela el mayor comportamiento en los dos años analizados, de los 20 a los 29 años se evidencia un comportamiento similar, sin embargo se observa una diferencia importante entre el reporte de los mayores de 70 años reportados en el año 2011, los cuales superan significativamente el reporte realizado en el año 2012.

La presencia de casos en poblaciones susceptibles aumentan el riesgo de ocurrencia de casos graves.

Canal Endémico para Dengue hasta la semana Epidemiológica 52 Dpto. del Quindío 2012



FUENTE SIVIGILA – SSDQ

El año 2012 muestra una disminución significativa en el número de casos respecto al año anterior, ubicando al Departamento del Quindío en zona de seguridad durante toda la vigencia.

Casos de Dengue por municipio Departamento del Quindío 2011 - 2012



ENTE – SIVGILA –SSDQ

De acuerdo al comportamiento histórico de los casos de dengue, los municipios identificados como de mayor riesgo para la transmisión de la enfermedad son; Armenia, Quimbaya, La Tebaida, Montenegro y Calarcá;

La tasa de incidencia para dengue en el Departamento del Quindío para el año 2011 fue de 226.68 x 100.000 hab, para el año 2012 fue de 152.56

Para el año 2011, se presenta una situación crítica para el Departamento, dado que se reportan en total 9 casos de dengue grave, los cuales medidos frente a las muertes ocurridas por dengue en esta vigencia que sumaron en total 4 mide para el Departamento del Quindío una tasa de letalidad del 44.4% ubicando al Departamento entre los primeros lugares de letalidad en el país.

Para el año 2012 se cuenta con un total de 7 casos no reportándose mortalidad causada por dengue.

Finalizando el mes de diciembre de 2012, se reporta situación de brote en el corregimiento del Caimo, donde se desplaza el equipo de intervención de la Secretaria de Salud de Armenia, encontrando caso de fallecimiento en paciente de sexo femenino, el cual no fue reportado al sistema, razón por la cual se lleva el caso a reunión de análisis, para lograr su clasificación, quedando como mortalidad asociada a dengue.

Se generó el plan de mejoramiento el cual es monitoreado por el Municipio de Armenia.

DENGUE GRAVE:

De acuerdo a lo reportado por el SIVIGILA, hasta la semana epidemiológica No. 52, se reportan en total 6 casos de dengue grave, correspondientes a los municipios de Armenia, Calarcá, Filandia, La Tebaida y Quimbaya.

Se reportaron dos muertes, las cuales fueron descartadas por resultados de patología, uno de ellos resultado positivo para H1N1, se realizaron los ajustes respectivos en las bases de datos, correspondientes.

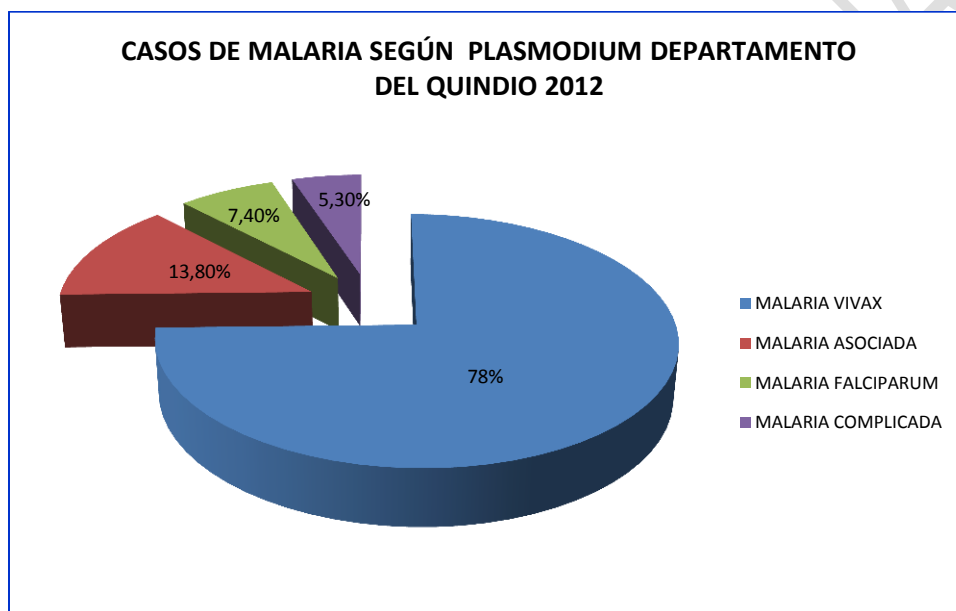
Indicadores para Dengue Departamento del Quindío año 2012

Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Proceso	Porcentaje de casos de dengue grave por periodo epidemiológico	El 66,6% de los casos de dengue grave notificados al SIVIGILA se encuentran clasificados como probables del evento	< 10% casos probables de dengue hemorrágico
Proceso	Incidencia de dengue / dengue grave	Por cada 100.000 personas en riesgo en el Departamento del Quindío, se notifican 152.5 casos de dengue. Por cada 100.000 personas en riesgo en el Departamento del Quindío se notifican 1,07 casos de dengue grave	Disminuir el Dengue grave en un 10%
Proceso	Proporción de hospitalizaciones por dengue	El 38,6% de los casos notificados de dengue requirieron hospitalización	10% - 50%

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ

8.6.2. MALARIA

Para el departamento del Quindío, se notificaron en total 53 casos de malaria, presentando la siguiente clasificación:



FUENTE: SIVIGILA - SDSQ

El 78% de los casos, corresponden a los reportes por malaria Vivax, el 13,8% a casos de malaria asociada, el 7,4% a casos de malaria falciparum y el 5,3% a casos de malaria complicada.

La relación respecto al sexo en todas las clases de malaria muestra que el sexo masculino es el más afectado con un promedio consolidado del 85% , respecto al 15% de afectación del sexo femenino.

Los casos reportados se clasifican como importados por la procedencia de los pacientes especialmente de los Departamento del Meta, Antioquia, Choco, Risaralda y Nariño. Es importante evidenciar la necesidad de ajustar la información de los casos que muestran como procedencia del Departamento del Quindío, dado que no se han reportados casos autóctonos para el Departamento del Quindío.

Sin embargo en el municipio de Armenia, se presento aumento en el reporte de casos ubicados en un sector periurbano, que dan la probabilidad de posible situación autóctona en este municipio.

Los municipios de mayor reporte son Armenia, Montenegro y La Tebaida.

8.6.3. LEISHMANIASIS

Se reportaron en total 44 casos de leishmaniasis cutánea, de los cuales el 90,9% corresponden al sexo masculino y el 9% al sexo femenino; las edades oscilaron entre los 2 a los 56 años.

Las lesiones se presentaron en un 45,5% en miembros superiores, el 29% en cara, el 18,2% en miembros inferiores y el 15,9% en tronco.

Como situación especial se encuentra, que el 61,3% de los casos corresponden a personal de guarniciones militares provenientes del Deartamento de Choco, Risaralda y Nariño.

El 100% de los casos captados fueron sometidos al tratamiento indicado según el protocolo y guía de atención del evento.

Indicadores para Leishmaniasis Departamento del Quindío año 2012

Tipo de Indicador	Nombre del Indicador	Interpretación de Resultados	Meta
Proceso	Incidencia anual por forma clínica	Por cada 100.000 personas en riesgo en la entidad territorial, se notificaron 7,9 casos de leishmaniasis cutánea	Disminuir la tasa de incidencia (Tasa de incidencia año 2011 – 6,15)

FUENTE: SIVIIGILA - SSDQ



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

9. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y DISCAPACIDADES

Mortalidad por enfermedades crónicas Departamento del Quindío 2011

MORTALIDAD	TASA x 100.000
Enfermedades Cerebrovasculares	34,92
Diabetes Mellitus	20,26
Enfermedades Hipertensivas	11,94
Cáncer de Mama	6,87
Cáncer de Estomago	22,07
Ca de Pulmón	16,28
Ca de Cuello Uterino	7,06
Ca de Próstata	5,43
Ca de Colon	6,69
Insuficiencia Cardíaca	6,15
Enf crónicas vías respiratorias	43,24

Fuente: DANE 2011

De acuerdo a la tasa de mortalidad específica para enfermedades crónicas, el departamento del Quindío para el año 2011, (Información preliminar) evidencia que el porcentaje más alto (34,92 x 100.000) lo presentaron las Enfermedades cerebrovasculares, seguido de la diabetes mellitus y enfermedades hipertensivas; eventos relacionados en forma directa con los estilos de vida saludable.

Posteriormente siguen los cánceres de mama, Estómago, pulmón, cuello uterino, próstata, eventos evitables por medio de acciones de promoción y demanda inducida.

Morbilidad por Enfermedades del Sistema Circulatorio



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELÉFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

Grupo	Subgrupo	2009	2010	2011	2012	Total general
100-199 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	I00-I02 FIEBRE REUMATICA AGUDA	52	109	148	169	169
	I05-I09 ENFERMEDADES CARDIACAS REUMATICAS CRONICAS	412	1.369	2.127	2.402	2.402
	I10-I15 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	101.932	252.037	414.050	521.150	521.150
	I20-I25 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	8.115	20.643	32.004	37.357	37.357
	I26-I28 ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR Y ENFERMEDADES DE LA CIRCULACION PULMONAR	189	535	1.043	1.216	1.216
	I30-I52 OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	6.975	15.596	24.649	30.096	30.096
	I60-I69 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1.899	5.747	8.889	11.171	11.171
	I70-I79 ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS, DE LAS ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES	1.265	3.718	5.481	6.878	6.878
	I80-I89 ENFERMEDADES DE LAS VENAS Y DE LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	6.810	16.149	25.468	31.462	31.462
	I95-I99 OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	477	1.147	1.570	1.835	1.835
Total 100-199 ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		128.126	317.050	515.429	643.736	643.736

Fuente: Cubo SISPRO Minsalud

Indicadores de Morbilidad por Enfermedades del sistema circulatorio.



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

SUBGRUPO	CASOS				TASA X 100.000 HBTES			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FIEBRE REUMATICA AGUDA	52	109	148	169	9,5	19,8	26,8	30,4
ENFERMEDADES CARDIACAS REUMATICAS CRONICAS	412	1.369	2.127	2.402	75,4	249,1	384,8	432,1
ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	101.932	252.037	414.050	521.150	18648,6	45853,1	74906,6	93759,7
ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	8.115	20.643	32.004	37.357	1484,7	3755,6	5789,9	6720,9
ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR Y ENFERMEDADES DE LA CIRCULACION PULMONAR	189	535	1.043	1.216	34,6	97,3	188,7	218,8
OTRAS FORMAS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON	6.975	15.596	24.649	30.096	1276,1	2837,4	4459,3	5414,5
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	1.899	5.747	8.889	11.171	347,4	1045,6	1608,1	2009,8
ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS, DE LAS ARTERIOLAS Y DE LOS VASOS CAPILARES	1.265	3.718	5.481	6.878	231,4	676,4	991,6	1237,4
ENFERMEDADES DE LAS VENAS Y DE LOS VASOS Y GANGLIOS LINFATICOS, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	6.810	16.149	25.468	31.462	1245,9	2938,0	4607,5	5660,3
OTROS TRASTORNOS Y LOS NO ESPECIFICADOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO	477	1.147	1.570	1.835	87,3	208,7	284,0	330,1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	128.126	317.050	515.429	643.736	23440,8	57680,9	93247,3	115814,0

Fuente: Cubo SISPRO Minsalud

MORBILIDAD POR TUMORES - QUINDIO 2011



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

CAUSA	Total
C00-C14 TUMORES MALIGNOS DEL LABIO DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE FARINGE	1.032
C15-C26 TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS	11.615
C30-C39 TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS	2.791
C40-C41 TUMORES MALIGNOS DE LOS HUESOS Y DE LOS CARTLAGOS ARTICULARES	626
C43-C44 MELANOMA Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL	3.186
C45-C49 TUMORES MALIGNOS DE LOS TEJIDOS MESOTELIALES Y DE LOS TEJIDOS BLANDOS	733
C50 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	11.476
C51-C58 TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS	4.338
C60-C63 TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS GENITALES MASCULINOS	3.720
C64-C68 TUMORES MALIGNOS DE LAS VIAS URINARIAS	1.212
C69-C72 TUMORES MALIGNOS DEL OJO, DEL ENCEFALO Y DE OTRAS PARTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	1.355
C73-C75 TUMORES MALIGNOS DE LA GLANDULA TIROIDES Y DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	1.514
C76-C80 TUMORES MALIGNOS DE SITIOS MAL DEFINIDOS, SECUNDARIOS Y DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	1.914
C81-C96 TUMORES MALIGNOS DEL TEJIDO LINFATICO, DE LOS ORGANOS HEMATOPEYETICOS Y DE TEJIDOS AFINES	7.948
D00-D09 TUMORES IN SITU	4.193
D10-D36 TUMORES BENIGNOS	18.985
D37-D48 TUMORES DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO	7.932
TOTAL	84.570

Fuente: RIPS 2011

10. SALUD NUTRICIONAL

SITUACION NUTRICIONAL DE LA POBLACION MENOR DE 18 AÑOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO AÑO 2011.

La evaluación de los indicadores del estado nutricional es de gran importancia para la identificación de riesgos prevenibles de malnutrición en todas las edades, pero especialmente entre los menores de 5 años y menores de 5 a 18 años. La importancia de identificar malnutrición se debe a que es uno de los principales riesgos de muerte por enfermedades infecciosas, como la diarrea y neumonía (50% a 70% riesgo atribuible). La cronicidad de la malnutrición durante los tres primeros años de vida lleva a déficit del desarrollo a largo plazo a lo largo de la niñez y de la adolescencia. Por ello es clave este tipo de evaluación para formular, ejecutar y evaluar las políticas públicas de seguridad alimentaria, desarrollo sostenible, social y económico en los países.

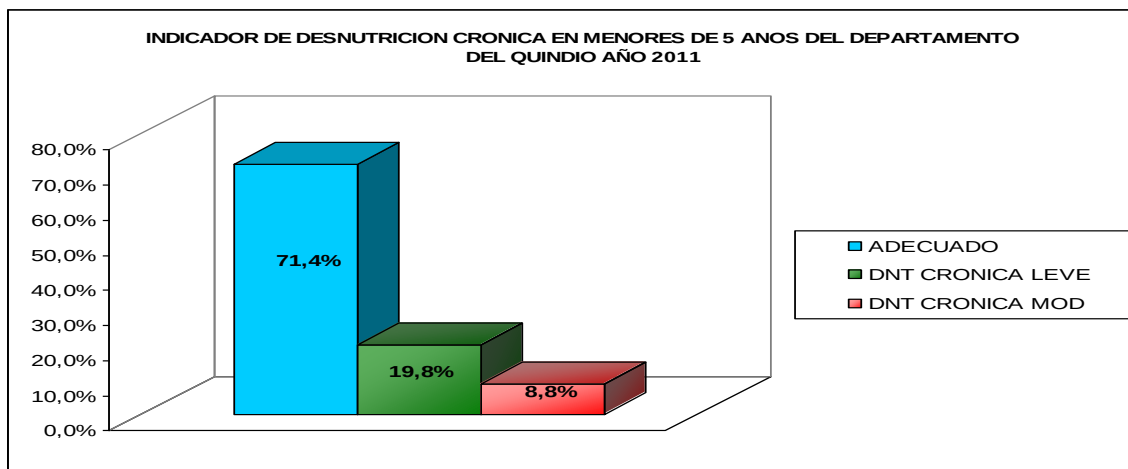
Existe una variedad de métodos utilizados para evaluar el estado nutricional, entre ellos los más usados son los métodos clínicos, bioquímicos, hematológicos y los antropométricos, que miden el estado nutricional individual y poblacional.

La evaluación antropométrica es el método universalmente utilizado, por no ser invasivo, su sensibilidad y su bajo costo. La principal desventaja es su baja especificidad, debido a la variabilidad del organismo ante situaciones exógenas y endógenas. Se utiliza para evaluar el desarrollo de los niños y las niñas.

INDICADOR TALLA /EDAD

Calificado como indicador de desarrollo poblacional debido a que este se afecta por una exposición prolongada y recurrente de deficiencia nutricional. Discrimina el crecimiento longitudinal o lineal, fundamentalmente del tejido óseo; éste es un indicador de retardo del crecimiento ó DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

MENORES DE CINCO AÑOS

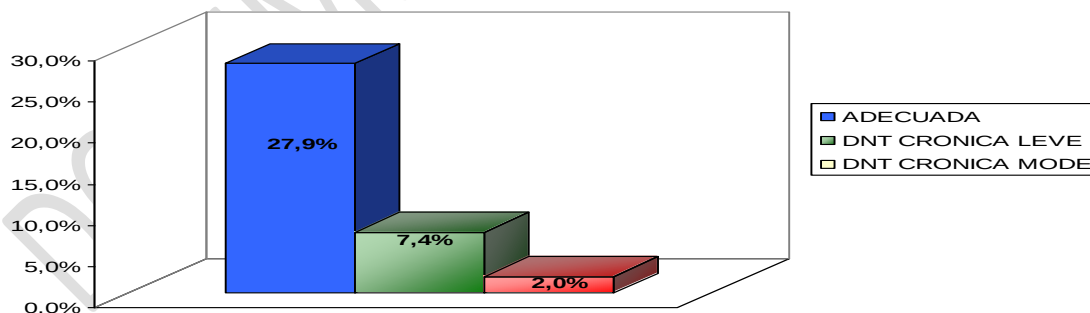


Fuente: "Programa Nutrición"

El 28,6% de la población menor de cinco años del departamento presenta desnutrición crónica, frente a un 71,4% de de la población menor de cinco años la cual tiene adecuada estatura para su edad.

MAYORES DE CINCO AÑOS

INDICADOR DE DESNUTRICION CRONICA EN MAYORES DE 5 ANOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO AÑO 2011



Fuente: "Programa Nutrición"

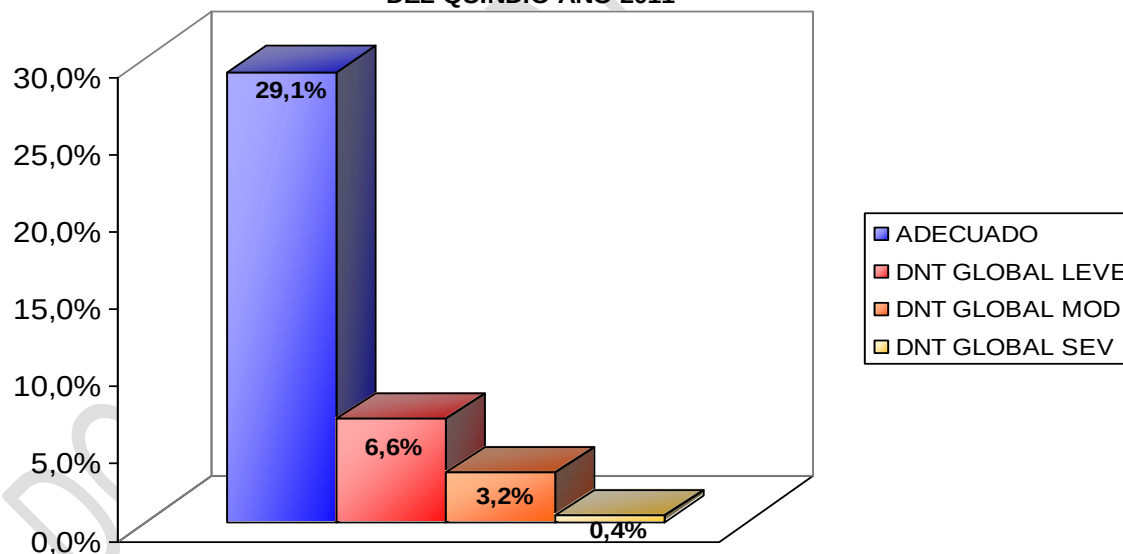
El 9.4% de la población Mayor de cinco años del departamento presenta desnutrición crónica, frente a un 27.9% de de la población menor de cinco años la cual tiene adecuada estatura para su edad.

INDICADOR PESO PARA LA EDAD

Este indicador es más sensible debido a que el peso se afecta con facilidad en eventos cortos de exposición a patologías que implican privación de consumo y por ende deficiencia nutricional GLOBAL O DESNUTRICION GLOBAL.

MENORES DE CINCO AÑOS

INDICADOR DE DESNUTRICION GLOBAL MENORES DE 5 AÑOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO AÑO 2011



Fuente: "Programa Nutrición

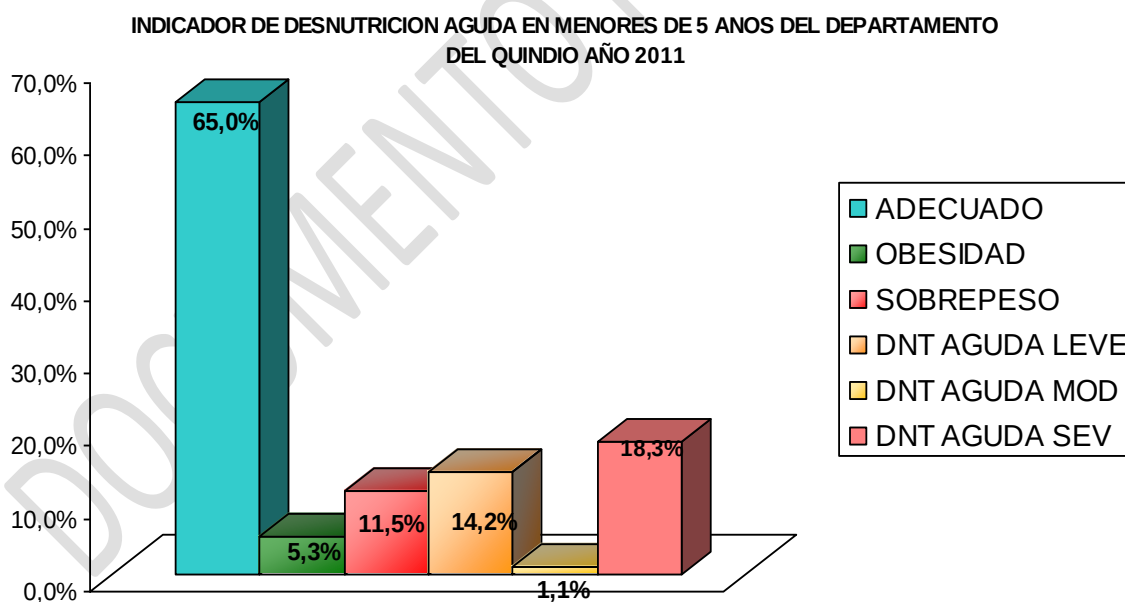
El 10,2% de la población menor de cinco años del departamento presenta desnutrición global, frente a un 29,1% de de la población menor de cinco años la cual tiene un peso adecuado para su edad.

MAYORES DE CINCO AÑOS: En este grupo de edad el indicador peso para la edad no es trazador.

INDICADOR PESO PARA LA TALLA

Este indicador es el más sensible a alteraciones en la ingesta y estima la adecuación del peso respecto al esperado para la Talla (estatura). Indica el déficit de tejido y grasa corporal comparado con la cantidad esperada en un niño de la misma talla “desnutrición aguda”.

MENORES DE CINCO AÑOS

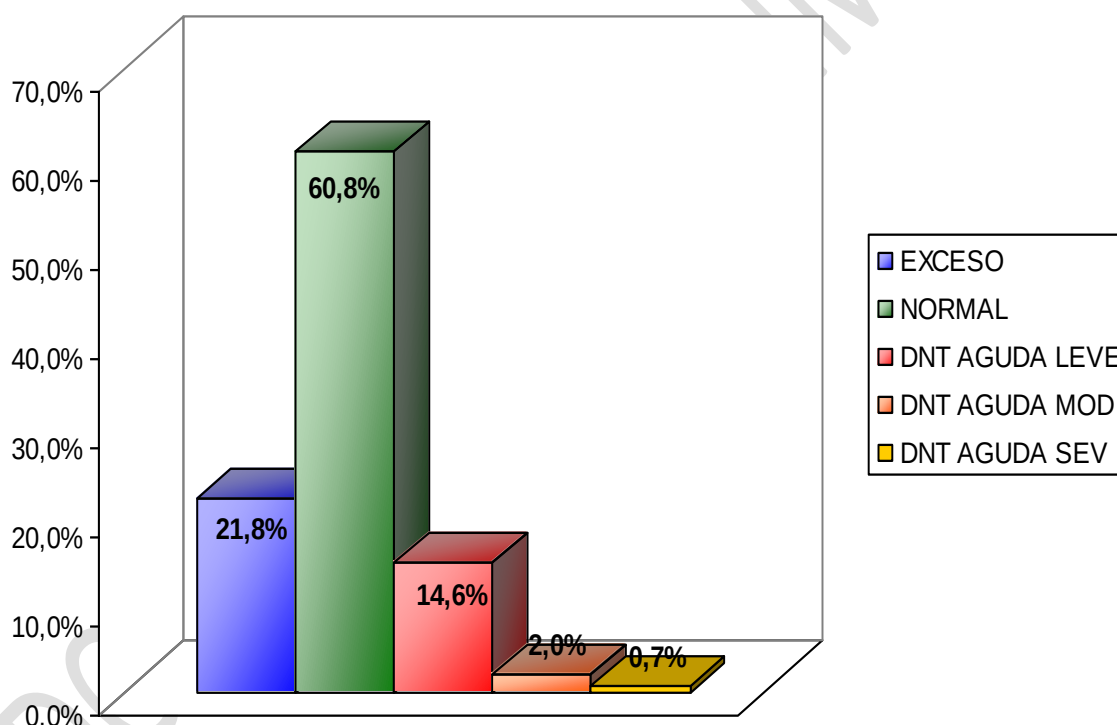


Fuente: "Programa Nutrición"

El 33.6% de la población menor de cinco años del departamento presenta desnutrición AGUDA, frente a un 65% de de la población menor de cinco años la cual tiene un peso adecuado para su ESTATURA. Este indicador también permite analizar la malnutrición por exceso es de resaltar que la obesidad y el sobrepeso suman un 16.8% de la población con malnutrición por este indicador.

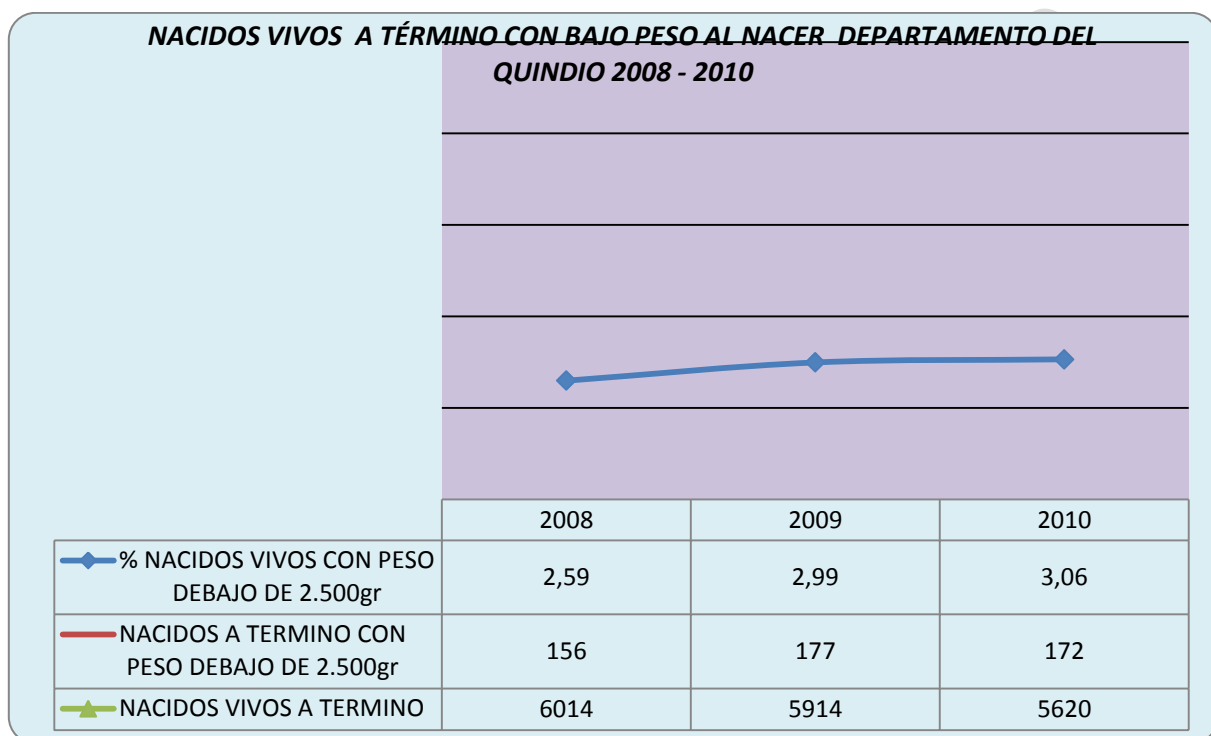
MAYORES DE CINCO AÑOS

INDICADOR DE DESNUTRICION AGUDA EN MAYORES DE 5 ANOS DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDIO AÑO 2011



Fuente: "Programa Nutrición

VIGILANCIA DEL BAJO PESO AL NACER



Fuente: "Programa Nutrición"

Por ser un indicador de la calidad en la atención materna es allí donde se deben agotar los esfuerzos y recursos con el fin de evitar y/o prevenir los futuros casos de BPN por que estaremos evitando graves problemas de salud durante los primeros meses de vida y su riesgo de sufrir incapacidades a largo plazo. Existen dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

Los bebés pequeños para su edad de gestación (o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema se debe generalmente a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

11. SALUD SANITARIA Y DEL AMBIENTE

11.1. ALIMENTOS Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Para el desarrollo de las acciones de IVC, inspección, vigilancia y control de alimentos que adelanta la Secretaria Departamental de Salud, se ejecuta mediante un plan operativo en el que se contempla el desarrollo de actividades sobre todos los sujetos de atención definidos en la Ley 1122 de 2007 como **establecimientos gastronómicos y transporte asociado**, entre los que se tienen:

- ✚ Establecimientos gastronómicos: Distribuidores y comercializadores como Restaurantes tradicionales, escolares, fruterías, cafeterías, supermercados, expendios de carne, pollo, pescado, huevos, graneros, tiendas, misceláneas, depósitos, ventas ambulantes, hogares infantiles y plazas de mercado.
- ✚ Distribuidores y comercializadores de Bebidas Alcohólicas: Fabricas, Depósitos, distribuidores mayoristas, ventanillas, estanquillos, bares.
- ✚ Establecimientos especiales: Alimentación hospitalaria, Centros Penitenciarios y Carcelarios, Centros de Adulto Mayor, Hogares Infantiles.
- ✚ El transporte asociado a las actividades anteriores.
- ✚ Muestreo de alimentos en establecimientos gastronómicos, alimentos de control especial como Leche pasteurizada, leche cruda, panela, sal, agua envasada, derivados lácteos, derivados cárnicos, pescado, entre otros.
- ✚ Operativos de control especial y apoyo a otras autoridades.
- ✚ Control de establecimientos de alimentos y bebidas alcohólicas en festividades de municipios.
- ✚ Control de alimentos y bebidas alcohólicas en temporadas especiales como navidad, Semana Santa y días festivos especiales.
- ✚ Toma de medidas preventivas de seguridad: Congelamiento, Decomisos, Desnaturalización de productos, Suspensión Temporal Parcial o Total de Establecimientos.

- Participación activa en reuniones técnicas institucionales, comités de alimentos, reuniones intersectoriales.

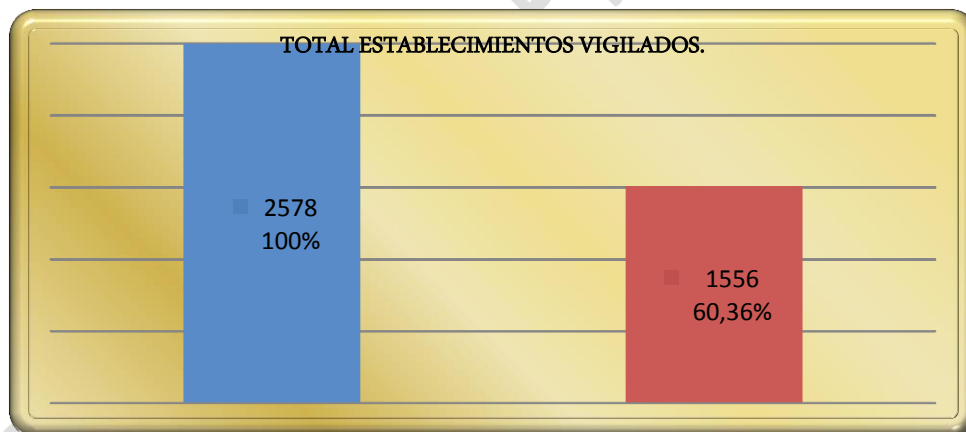
Consolidado de IVC de Alimentos y Bebidas Alcohólicas Año 2012

Tipo de establecimiento	Total de establecimientos existentes	No. De establecimientos vigilados durante el periodo	% De establecimientos vigilados durante el periodo	No. de visitas realizadas en el periodo	% De establecimientos visitados durante el periodo	Conceptos sanitarios emitidos en el periodo		
						F	P	D
Establecimiento de preparación y consumo de alimentos (restaurantes, asaderos, piqueteaderos, cafetería, panadería, heladería, fruterías, entre otros.	1101	556	50,50%	734	66,67%	104	452	0
Establecimiento de comercialización de alimentos (Supermercados, tiendas mayoristas y bodegas, entre otras.	611	357	58,43%	526	86,09%	176	181	0
Establecimiento de expendio de carnes y productos cárnicos comestibles de especies destinados para consumo humano y pescado, entre otros.	215	99	46,05%	215	100,00%	0	99	0

Plazas de mercado	8	6	75,00%	6	75,00%	0	6	0
Establecimientos que expenden y se consume licor.	325	226	69,54%	156	48,00%	43	183	0
Fabricas de bebidas alcohólicas.	6	0	0,00%	0	0,00%	0	0	0
vendedores ambulantes	312	312	100,00%	306	98,08%	80	232	0
TOTAL	2578	1556	60,36%	1943	75,37%	403	1153	0
						1556		

Fuente: Programa Alimentos y bebidas alcohólicas SSDQ

Establecimientos vigilados

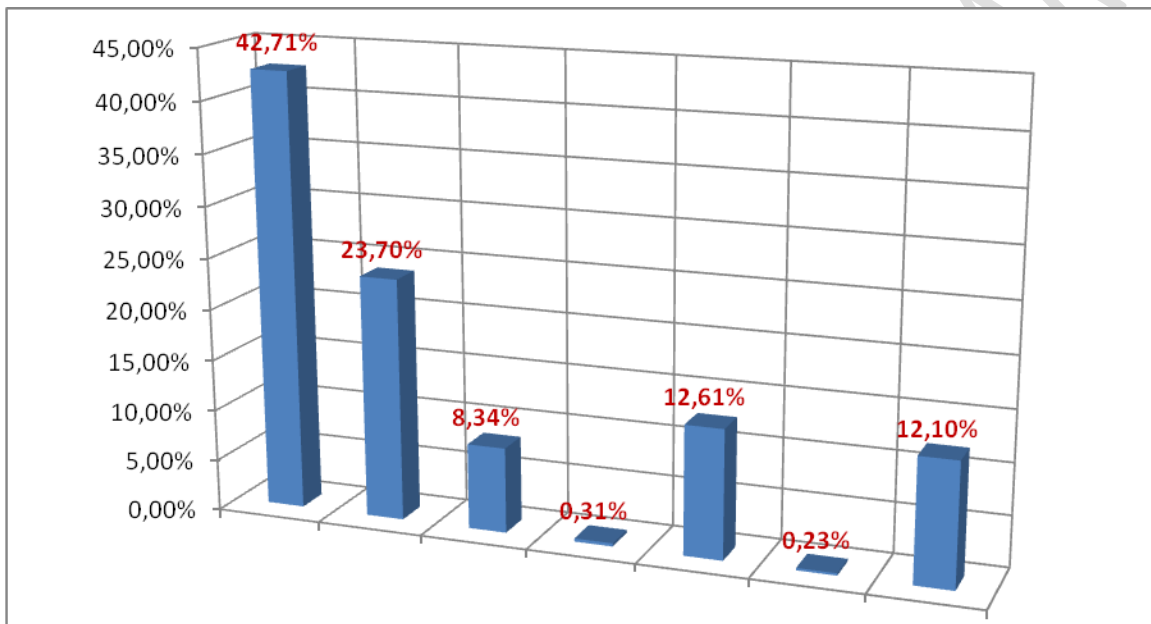


FUENTE: PROGRAMA ALIMENTOS - SSDQ

Conforme a lo observado en la Tabla No. 1 donde se consolidan en forma general la información reportada hasta el mes de octubre del año 2012, se evidencia que el número de establecimientos tipificados de acuerdo a lineamiento del Ministerio de Salud corresponde a 2578 sujetos, de los

cuales se realizo visita de vigilancia al 60.36% de los mismos. Este indicador muestra una baja cobertura de vigilancia

Distribución por grupo de establecimientos

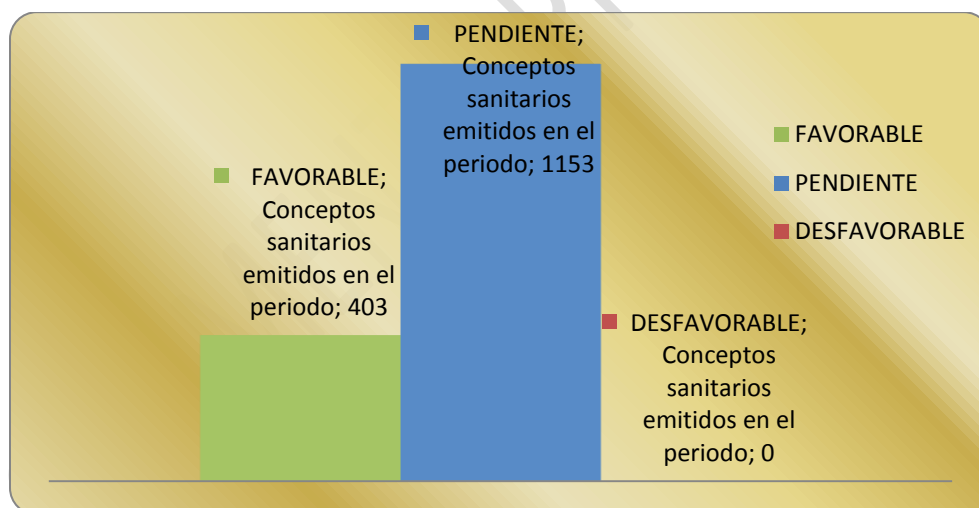


FUENTE: PROGRAMA ALIMENTOS - SSDQ

Los establecimientos gastronómicos de preparación y consumo de alimentos siguen ocupando la mayor importancia como sujeto de control por diversas razones como la gran concentración de establecimientos que corresponde al 42.71%, además por considerarse como de alto riesgo en salud publica el dinamismo y alta rotación informal de este tipo de establecimientos, la falta de sensibilización en el manejo adecuado de alimentos, la preparación y venta de alimentos autóctonos, los bajos perfiles sanitarios, la deficiente conservación y mantenimiento de la cadena de frio, entre otros factores determinantes, lo que justifica la necesidad de orientar el esfuerzo hacia este segmento que representa alto potencial de riesgo de morbilidad por estar relacionados con la ocurrencia de eventos ETAs en el departamento.

De otro lado, con relación a las actividades inherentes a bebidas alcohólicas, se realizaron intervenciones de vigilancia en expendios como ventanillas, estancquillos, supermercados, tiendas, distribuidores y bares donde se verifica la legalidad de las bebidas conforme a los parámetros de rotulado como la veracidad del Registro Sanitario, lote, nombre, textos legales, contenido, calidad organoléptica, sellos, entre otros. Igualmente se ha dado apoyo y acompañamiento a los controles que realiza la policía en vías de acceso como también se ha concertado con la Secretaria de Hacienda en la dependencia de Rentas Departamentales fortalecer y acompañar actividades conjuntas de control en especial, en temporadas donde el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa significativamente, como es el caso de los eventos, fechas y festividades especiales del departamento.

Conceptos sanitarios

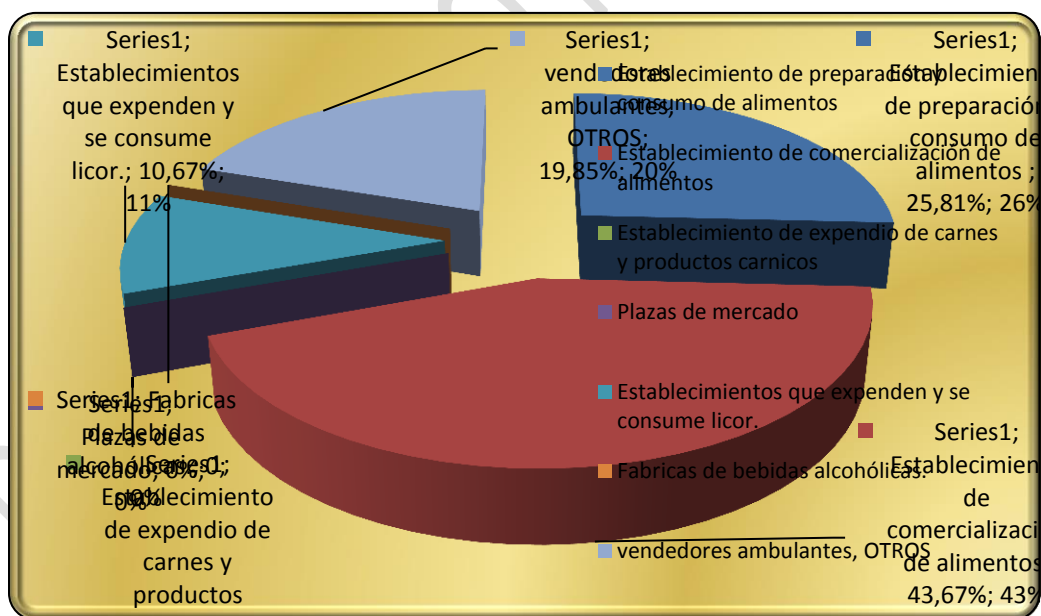


De un total de 1556 visitas realizadas se emitieron 403 conceptos favorables correspondientes al 26.0% de los establecimientos mientras que los demás establecimientos 74.0% solo alcanzan a tener un *concepto favorable condicionado*, situación que se ha mantenido casi constante a través

del tiempo. Esta condicionalidad en el perfil sanitario de los establecimientos gastronómicos se debe, fundamentalmente a determinantes como:

1. La limitada capacidad financiera de los microempresarios Quindianos para invertir en la infraestructura locativa y sanitaria de los establecimientos.
2. Limitada capacidad resolutive y autónoma de las autoridades sanitarias para ejercer control sanitario efectivo mediante la aplicación de medidas preventivas de seguridad.
3. Los inadecuados hábitos de consumo de la población en general que estimulan la informalidad y crecimiento de este sector, que por lo general presentan deficientes condiciones higiénicas, sanitarias y de manipulación.
4. La falta de sensibilidad del empresario frente al riesgo que representa la producción y comercialización de alimentos y su compromiso con la salud de la población.

Conceptos favorables emitidos por grupo de alimentos

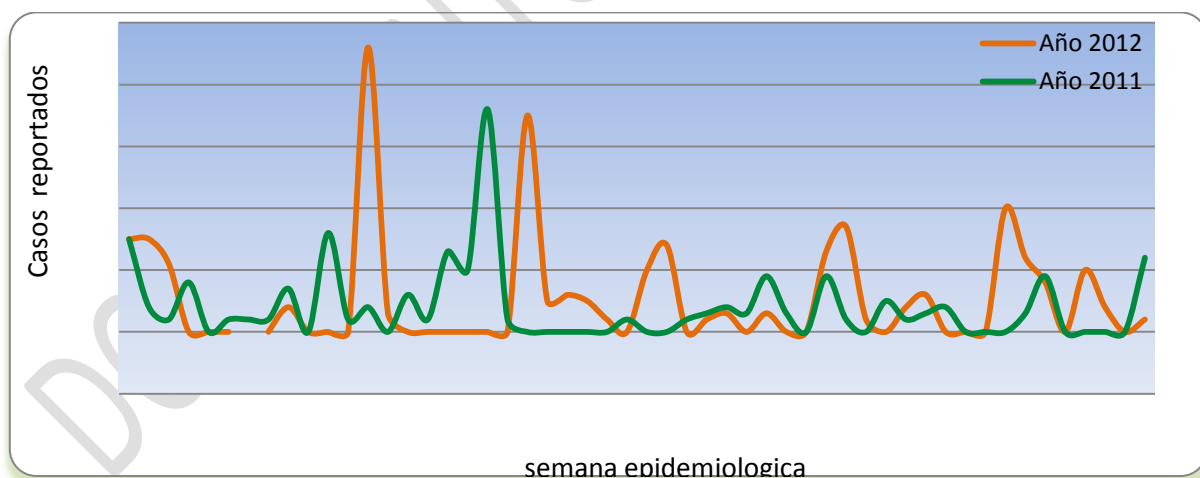


Conceptos favorables emitidos por grupo de alimentos, los cuales corresponden a 403 conceptos equivalente al 26% de los establecimientos, da cuenta del bajo perfil sanitario que se estima presentan los diferentes grupos de alimentos en el departamento. Es así como a ejemplo de lo anterior, los *Establecimientos de Comercialización de Alimentos* correspondiente al 43.67%, indica que de este sector solo obtuvieron el Concepto Favorable 176 establecimientos de un total de 1556, lo que equivale a que solo el 11.31% de los comercializadores de alimentos vigilados presentaron un buen nivel de cumplimiento con las normas sanitarias.

Este perfil sanitario conlleva a proponer que se debe replantear el proceso de intervención que mediante las estrategias de gestión del riesgo se pueda mejorar las condiciones higiénicas, sanitarias, locativas, de manipulación y demás determinantes que pueden afectar la inocuidad de los alimentos en el Departamento del Quindío.

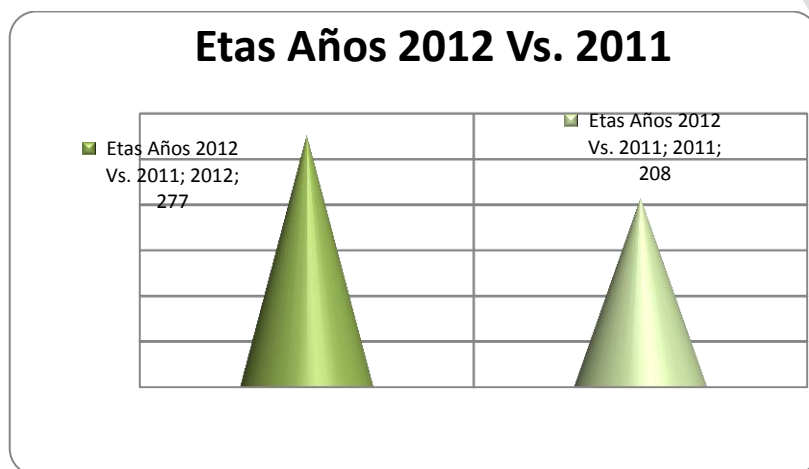
11.2. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS REPORTADAS AL SIVIGILA

Grafica 22. Eventos de ETA notificados de SE 1 a 52, años 2011- 2012



Fuente: SVIGILA - SSDQ

La Grafica muestra las intoxicaciones reportadas al SIVIGILA durante los años 2011 y 2012. Allí se puede apreciar que el comportamiento de tendencia central no presenta diferencias significativas entre los dos periodos, pero si se compara el total de las intoxicaciones en los dos periodos, estas representan un aumento 69 eventos más en el año 2012, equivalente al 25%.



Fuente: SIVIGILA – SSDQ

Este crecimiento se ve influenciado por la ocurrencia de dos eventos en la semana epidemiológica 13 en el municipio de Quimbaya y el otro en la semana 23 en el municipio de Armenia, con 42 y 33 intoxicaciones respectivamente.

Igualmente se observa el comportamiento de las ETAs durante las 52 semanas epidemiológicas en las que se evidencian cuatro eventos en las semanas 1, 27, 37 y 45 que aportaron 51 intoxicaciones al total de casos en el año 2012.

La Tabla se resume el total de eventos que los 12 municipios notificados al SIVIGILA en que el mayor número de intoxicaciones fueron en su orden decreciente Quimbaya, Armenia, ro, La Tebaida y Calarcá. Los demás municipios no manifiestan brotes significativos por lo que no afectan el perfil del departamento.

Se debe considerar especialmente, la incidencia de los eventos ocurridos durante el periodo en el municipio de Quimbaya, pues la alta representatividad sobre el comportamiento de las ETAs en el departamento se debe a que el número de intoxicaciones respecto a la población del municipio, se relaciona de manera inversa a las ocurridas en el municipio de Armenia.

Número de casos y brotes de ETA, notificados por municipios, año 2012

Municipio	Casos
Quimbaya	98
Armenia	71
Montenegro	44
La Tebaida	32
Otro	14
Calarcá	13
Circasia	3
Buenavista	1
Génova	1
Córdoba	0
Filandia	0
Pijao	0
Salento	0
Total Casos	277

Número de casos y brotes de ETA, notificados por municipios, año 2012



No teniendo en cuenta los eventos ocurridos en el municipio de Armenia, se evidencia que la representatividad de las intoxicaciones ocurridas en Quimbaya alcanza el 50% del total de las ocurridas en los demás municipios, por lo que se requiere caracterizar de manera especial, los factores de riesgo relacionados que puedan estar afectando la morbilidad de la población Quimbayuna.

En la Tabla 5 se caracteriza los rangos de edad que tienen mayor prevalencia de estar afectados por el consumo de alimentos potencialmente contaminados. Se observa que se sigue manteniendo la tendencia nacional en las edades comprendidas entre los 5 y 44 años, donde se centra el 65% de los eventos ocurridos en el departamento.

Igualmente se aprecia en el cuadro que precede, que las intoxicaciones alimentarias se presentaron tanto en hombres como mujeres indiscriminadamente sin que se aprecie una diferencia significativa entre ellos.

Los alimentos sospechosos de provocar estos eventos afectaron población en todos los rangos de edad pero con mayor significancia en grupos poblacionales de jóvenes y adultos.

Los alimentos más implicados como sospechosos en las ETAs, se encuentran el arroz con pollo con el 30%, derivados cárnicos con el 18%, alimentos mixtos y lácteos con el 14% y en menor proporción el arroz mixto, productos de la pesca y demás.

Distribución de alimentos probablemente implicados en la ocurrencia de brotes de ETA, año 2012

Alimentos Implicados	Casos
Agua	0
Cereales, granos, derivados	0
Bienestarina	0
Enlatados	0
Queso	1
Comidas rápidas	2
Productos de panadería	2
Frutas, verduras, ensaladas	2
Productos preparados a base de huevo	6
Bebidas, jugos, refrescos, helados	8
Productos de la pesca, derivados	14
Arroz mixto	16
Otros	16
Leche, derivados lácteos	38
Alimentos mixtos	39
Carne, derivados cárnicos	50
Arroz con pollo y preparados con pollo	83
Total Casos	277

Se observa claramente la histórica incidencia de los alimentos preparados con pollo en los eventos ETAs ocurridas en el periodo 2012. Esta participación se debe entre otras, a que este alimento tiene gran aceptación por los consumidores y usualmente se prepara para reuniones de alta densidad de personas, como fiestas familiares, encuentros sociales entre otros.

De otro lado, se encuentra como origen de estos eventos, los *hogares tradicionales* los que aportan una significativa cantidad de ETAs con un 39.7%, seguido del sector turístico con 60 casos equivalente al 21.7% y demás establecimientos en menor proporción

Lugares consumo implicados en brotes de ETA, año 2012

LUGAR IMPLICADO	CASOS
HOGAR	110
SECTOR TURISMO	60
ANCIANATO	31
SITIO DE REUNION SOCIAL	28
RESTAURANTES COMERCIALES	24
CENTRO PENITENCIARIO	10
TIENDA	4
CLUB CAMPESTRE	3
COLEGIOS	3
OTROS	4
TOTAL	277

La mayor proporción de eventos ocurridos en los hogares deja planteada la necesidad de intervenir este sector mediante actividades de comunicación que generen impacto en las amas de casa y personal vinculado a la preparación de alimentos en las familias del departamento.

11.3. INTOXICACIONES REPORTADAS AL SIVIGILA DEPARTAMENTO DEL QUINDIO 2012

Número de intoxicaciones por Plaguicidas en el Departamento del Quindío: 255 casos

Número de intoxicaciones por plaguicidas en los municipios del Departamento del Quindío.

MUNICIPIO	NÚMERO DE INTOXICACIONES
ARMENIA	59
BUENAVISTA	4
CALARCA	39
CIRCASIA	4
CORDOBA	4
FILANDIA	4
GÉNOVA	4
LA TEBaida	41
MONTENEGRO	60
NO REGISTRA	1
PIJAO	4
QUIMBAYA	30
SALENTO	1
TOTAL GENERAL	255

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Los municipios que mayor número de intoxicaciones presentaron fueron Montenegro y Armenia, donde Armenia presentó 59 casos de los cuales el 61.01% (36 casos) el tipo de exposición fue intencional suicida, y Montenegro con 60 casos la mayoría por exposición agrícola de tipo ocupacional.

Tipo de intoxicaciones en el Municipio de Armenia

TIPO DE INTOXICACIÓN (MUNICIPIO DE ARMENIA)	NÚMERO DE CASOS
ACCIDENTAL	13
DESCONOCIDA	1
INTENCIONAL HOMICIDA	1
INTENCIONAL PSICOACTIVA	1
INTENCIONAL SUICIDA	36
OCUPACIONAL	7
TOTAL GENERAL	59

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Intoxicaciones por plaguicidas de acuerdo al tipo de exposición en el Departamento del Quindío.

TIPO DE EXPOSICIÓN	NÚMERO DE CASOS
ACCIDENTAL	53
DESCONOCIDA	3
INTENCIONAL HOMICIDA	1
INTENCIONAL PSICOACTIVA	1
INTENCIONAL SUICIDA	86
OCUPACIONAL	111
TOTAL GENERAL	255

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Las intoxicaciones con el mayor número de casos de acuerdo al tipo de exposición son ocupacionales e intencional suicida, en donde en la mayoría de los casos se desconoce el producto.

Productos involucrados en las intoxicaciones por plaguicidas en el Departamento del Quindío

NOMBRE DEL PRODUCTO	NÚMERO DE CASOS
BAYGON	6
CAMPEON	32
DESCONOCIDO	39
FURADAN	61
GLIFOSATO	4
LORBAN	16
THIODAN	12
OTROS PRODUCTOS	85
TOTAL GENERAL	255

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Cabe resaltar, que el mayor número de intoxicaciones por plaguicidas presentadas en el Departamento son causadas por productos de uso agrícola como: Furadan, Lorban, Glifosato, y Thiodan, éste último prohibido en el país por su alta toxicidad. Otro producto involucrado con 32 casos es MATARATAS CAMPEÓN, producto que se comercializa sin registro sanitario en Colombia debido a su alta toxicidad, pese a esto, aún se sigue distribuyendo principalmente por los vendedores ambulantes.

- Tipo de Aplicación:**

Número de casos por aplicación Agrícola: 139 casos.

Número de casos por aplicación doméstica: 31 casos.

La mayoría de casos se presentaron en hombres de 15 a 20 años de edad, esto debido al mal manejo de plaguicidas en la exposición ocupacional de tipo agrícola.

- Número de muertes por intoxicaciones con plaguicidas (2):

Número de muertes por intoxicaciones con plaguicidas presentadas en el Departamento del Quindío.

EDA D	SEX O	MUNICIPI O	MUERT E	NOMBRE DEL PRODUCTO	TIPO DE INTOXICACIÓN	VÍA DE EXPOSICIÓN	EMBARAZO
15	M	ARMENIA	SI	BAYGON	INTENCIONAL SUICIDA	ORAL	NO
20	F	LA TEBAIDA	SI	FURADAN	INTENCIONAL SUICIDA	ORAL	NO

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

- Número de pacientes embarazadas intoxicadas con plaguicidas (2):

Número de pacientes embarazadas intoxicadas con plaguicidas en el Departamento del Quindío.

EDAD	SEXO	MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRODUCTO	TIPO DE INTOXICACIÓN	VÍA DE EXPOSICIÓN	EMBARAZO
35	F	MONTENEGRO	NUVAN 50	INTENCIONAL SUICIDA	ORAL	SI
26	F	MONTENEGRO	MATARATAS	INTENCIONAL SUICIDA	ORAL	SI



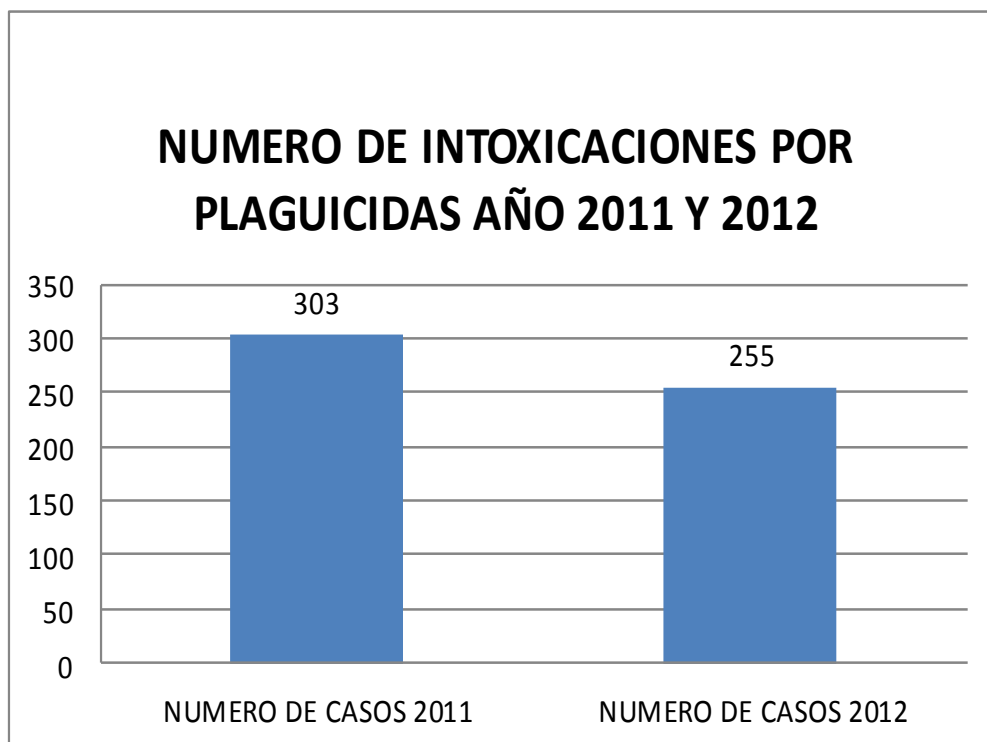
Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

Número de intoxicaciones por plaguicidas en el Departamento del Quindío años 2011 y 2012



En relación al año 2011 el número de intoxicaciones disminuyó un 15%, esta situación se puede atribuir a subregistros en la notificación o la falta de conocimiento en el diligenciamiento de las fichas en la UPGD, razón por la cual se relacionan con eventos diferentes como intoxicaciones con otros productos químicos y no por plaguicidas.

INTOXICACIONES POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS NOTIFICADAS SEGÚN EL SIVGILA A LA SEMANA EPIDEMIOLOGICA 52 EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO PARA EL AÑO 2012

- Número de Eventos presentados por cada Municipio:

Número de intoxicaciones por otras sustancias químicas en los municipios del Departamento del Quindío

MUNICIPIO	NÚMERO DE CASOS
ARMENIA	104
CALARCA	30
CIRCASIA	9
GENOVA	1
LA TEBaida	15
MONTENEGRO	15
PIJAO	4
QUIMBAYA	7
TOTAL GENERAL	185

.FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

El municipio que mayor número de intoxicaciones presentó fue Armenia, con un total de 104 eventos, en donde en su mayoría se desconoce el tipo de exposición.

Número de intoxicaciones en el Departamento del Quindío.

TIPO DE INTOXICACIÓN	NÚMERO DE CASOS
ACCIDENTAL	43
DELECTIVA	25
DESCONOCIDA	48
INTENCIONAL HOMICIDA	6
INTENCIONAL PSICOACTIVA	18
INTENCIONAL PSICOACTIVA	2
INTENCIONAL SUICIDA	35
NO REGISTRA	1
OCUPACIONAL	9

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Número de casos presentados en el Departamento por intoxicaciones con otras sustancias químicas por las diferentes vías de exposición.

VÍA DE EXPOSICIÓN	NÚMERO DE CASOS
DÉRMICA	5
DESCONOCIDA	6
OCULAR	3
ORAL	145
OTRA	2
RESPIRATORIA	26

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

En la mayoría eventos reportados la vía de exposición fue oral debido al gran número de casos por intencional suicida, aunque en gran parte de los eventos se desconoce el tipo de exposición.

Productos involucrados en las intoxicaciones por otras sustancias químicas en el Departamento del Quindío.

NOMBRE DEL PRODUCTO	NÚMERO DE CASOS
ACEITE DE MOTOR	1
ACIDO NITRICO	2
ACIDO BORICO	1
ACIDO MURIATICO	1
COLORO	27
DESCONOCIDO	29
ESCOPOLAMINA	13
FORMOL	2
GAS DOMICILIARIO	1
HIDROXIDO DE SODIO	1

LIMPIDO Y ACIDO MURIATICO	1
MERCURIO	1
MEZCLA DE AGUA ACIDO NITRICO Y ACIDO SULFURICO	1
VAR SOL	3
OTROS PRODUCTOS	101
TOTAL GENERAL	185

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

El producto que reporta el mayor número de intoxicaciones es el Cloro en sus diferentes mezclas y estados (sólido-líquido), esto causado por la mala manipulación de éste producto no solo en los hogares sino también en los establecimientos donde se distribuye; así mismo se presenta un alto número de intoxicaciones con Escopolamina por intencional homicida.

Para el evento de Intoxicaciones por otras sustancias químicas **NO** se presentaron muertes durante el año 2012.

Número de Pacientes intoxicadas embarazadas por otras sustancias químicas.

EDAD	SEXO	MUNICIPIO	NOMBRE DEL PRODUCTO	TIPO DE INTOXICACIÓN	VÍA DE EXPOSICIÓN	EMBARAZO
14	F	CALARCÁ	ETANOL Y FÁRMACOS	DESCONOCIDA	ORAL	SI
14	F	CALARCÁ	ETANOL Y FÁRMACOS	DESCONOCIDA	ORAL	SI

En relación al año 2011 el número de intoxicaciones disminuyó un 23%, esta situación se puede atribuir a algunos casos mal notificados, es decir relacionados con eventos diferentes como intoxicaciones con plaguicidas.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LAS INTOXICACIONES POR SOLVENTES NOTIFICADAS SEGÚN EL SIVIGILA A LA SEMANA 52 EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO PARA EL AÑO 2012

Número de intoxicaciones por solventes en el Departamento del Quindío.

MUNICIPIO	NÚMERO DE CASOS
ARMENIA	7
CALARCA	4
PIJAO	2
TOTAL GENERAL	13

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

Para éste evento se reportaron 13 intoxicaciones en su mayoría en el municipio de Armenia, sin embargo se tiene problemas con la notificación de éste evento ya que existe cruce de información y se reportan intoxicaciones con plaguicidas en este grupo.

Número de intoxicaciones por tipo de exposición.

TIPO DE EXPOSICIÓN	NÚMERO DE CASOS
ACCIDENTAL	8
INTENCIONAL PSICOACTIVA	1
INTENCIONAL SUICIDA	4

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

- Vía de Exposición:

Cuadro No.44 Vía de exposición- intoxicación por solventes.

Productos involucrados en las intoxicaciones por solventes.

NOMBRE DEL PRODUCTO	NÚMERO DE CASOS
HIPOCLORITO	4
HIPOCLORITO AMONIACO	1
PEGANTE	1
PULINA NEUTRO	1
THINER	2
VAR SOL	4
TOTAL GENERAL	13

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ

De la misma manera que en el evento anterior (Intoxicaciones por otras sustancias químicas), el mayor número de intoxicaciones fueron a causa del Hipoclorito o Cloro en sus diferentes mezclas y estados (sólido-líquido).

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE TAMISAJES DE ACETIL COLINESTERASA PARA LOS MUNICIPIOS DE LA TEBADA, BUENAVISTA, MONTENEGRO Y ARMENIA PARA EL AÑO 2012

Durante el año 2012 se realizaron pruebas de análisis de Colinesterasa en los municipios de La Tebaida, Buenavista, Montenegro y Armenia, siendo La Tebaida y Montenegro los municipios que más bajo índice presentan con resultados de 62.5% siendo el límite permisible el 75% de la Enzima Acetil Colinesterasa. De los predios analizados, donde se han encontrado valores menores a 75% de la enzima acetil Colinesterasa en las personas expuestas a plaguicidas organofosforados y carbamatos, se realizaron recomendaciones en aspectos generales de salud ocupacional y prevención de intoxicaciones con el fin de minimizar el riesgo y lograr subir los niveles de la enzima en las personas expuestas.

Resultados de análisis de % de Colinesterasa en las personas expuestas a plaguicidas en los municipios de La Tebaida, Armenia, Buenavista y Montenegro.

Número de Personas	Municipio			
	La Tebaida	Armenia	Buenavista	Montenegro
Colinesterasa 100%	8	4	16	1
Colinesterasa 87.5%	8	8	8	5
Colinesterasa 87%		1		
Colinesterasa 75%	4	3	3	2
Colinesterasa 62.5%	7		3	1
Colinesterasa 50%				1

FUENTE: SIVIGILA - SSDQ



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

12. MORTALIDAD

MORTALIDAD GENERAL POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD														
QUINDIO 2011														
MUNICIPIO	Menor de 1 año		De 01 a 04 años		De 05 a 14 años		De 15 a 44 años		De 45 a 59 años		De 60 y mas		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
ARMENIA	41	53,9	3	23,1	8	36,4	253	51,6	263	55,5	1.206	55,9	1.774	54,9
BUENAVISTA							4	0,8	8	1,7	14	0,6	26	0,8
CALARCA	7	9,2	4	30,8	3	13,6	61	12,4	49	10,3	291	13,5	415	12,8
CIRCASIA	2	2,6			1	4,5	26	5,3	22	4,6	98	4,5	149	4,6
CORDOBA	1	1,3					2	0,4	3	0,6	13	0,6	19	0,6
FILANDIA	5	6,6			1	4,5	3	0,6	14	3,0	45	2,1	68	2,1
GENOVA	2	2,6					13	2,7	6	1,3	28	1,3	49	1,5
LA TEBAIDA	9	11,8			2	9,1	41	8,4	33	7,0	124	5,7	209	6,5
MONTENEGRO	4	5,3	3	23,1	4	18,2	55	11,2	40	8,4	157	7,3	263	8,1
PIJAO			2	15,4	1	4,5	6	1,2	7	1,5	30	1,4	46	1,4
QUIMBAYA	4	5,3	1	7,7	2	9,1	18	3,7	28	5,9	125	5,8	178	5,5
SALENTO	1	1,3					7	1,4	1	0,2	28	1,3	37	1,1
SIN DATO							1	0,2					1	0,0
TOTAL	76	100,0	13	100,0	22	100,0	490	100,0	474	100,0	2.159	100,0	3.234	100,0
Fuente: DANF 2011														

Fuente: DANE 2011

GRUPO DE CAUSAS MORTALIDAD	QUINDIO		COLOMBIA	
	Defunciones	%	Defunciones	%
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	246	7.3	13,005	6.6
NEOPLASIAS (TUMORES)	686	20.5	35,638	18.0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1039	31.0	58,748	29.6
CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	45	1.3	3,880	2.0
CAUSAS EXTERNAS	464	13.8	33,081	16.7
OTRAS ENFERMEDADES (DIABETES-ENF. CRONICAS VIAS RESPIRAT)	857	25.6	49,454	24.9
MAL DEFINIDAS	14	0.4	4,508	2.3
TOTAL	3351	100.0	198.314	100

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD

SEGÚN LISTA 6/67 DE LA OPS 2011

(Tasa x 100.000 hbtes)

MENORES DE 1 AÑO		Total	Porcentaje	Tasa
615	MALFORMACIONES CONGEN., DEFORMID.Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	23	30,3	247,5
404	TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO PERINATAL	21	27,6	226,0
405	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	9	11,8	96,8
407	OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	9	11,8	96,8
402	FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM. NACIMIENTO	5	6,6	53,8
DE 1 A 4 AÑOS		Total	Porcentaje	Tasa
506	AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	2	15,4	5,45
510	OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	2	15,4	5,45
602	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	2	15,4	5,45
616	OTRAS ENFERMEDADES (RESIDUO)	2	15,4	5,45
101	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	1	7,7	2,72
DE 5 A 14 AÑOS		Total	Porcentaje	Tasa
511	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS	4	18,2	4,26
501	ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	2	9,1	2,13
604	ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	2	9,1	2,13
212	T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS APNES	2	9,1	2,13
213	RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	2	9,1	2,13
DE 15 A 44 AÑOS		Total	Porcentaje	Tasa
512	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	227	46,3	92,53
108	ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	51	10,4	20,79
511	LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL. SECUELAS	34	6,9	13,86
501	ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	19	3,9	7,74
303	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	13	2,7	5,30
DE 45 A 64 AÑOS		Total	Porcentaje	Tasa
303	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	94	13,6	77,92
201	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	41	5,9	33,99
512	AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	39	5,7	32,33
307	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	38	5,5	31,50
605	ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	35	5,1	29,01
DE 65 Y MAS AÑOS		Total	Porcentaje	Tasa
303	ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	484	24,9	1033,33
605	ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	200	10,3	426,99
307	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	150	7,7	320,25
601	DIABETES MELLITUS	82	4,2	175,07
109	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	76	3,9	162,26

Fuente: DANE 2011



SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno firme por un Quindío más humano

Mortalidad según grupos de edad QUINDIO 2011

GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
00 A 00	53	23	76
1 A 4	9	4	13
5 A 9	5	4	9
10 A 14	8	5	13
15 A 19	58	14	72
20 A 24	61	10	71
25 A 29	72	13	85
30 A 34	69	20	89
35 A 39	53	32	85
40 A 44	58	30	88
45 A 49	63	48	111
50 A 54	99	74	173
55 A 59	108	82	190
60 A 64	121	95	216
65 A 69	166	97	263
70 Y ++	865	815	1680
SD	0	0	0
Total general	1868	1366	3234
Fuente: DANE 2011			



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

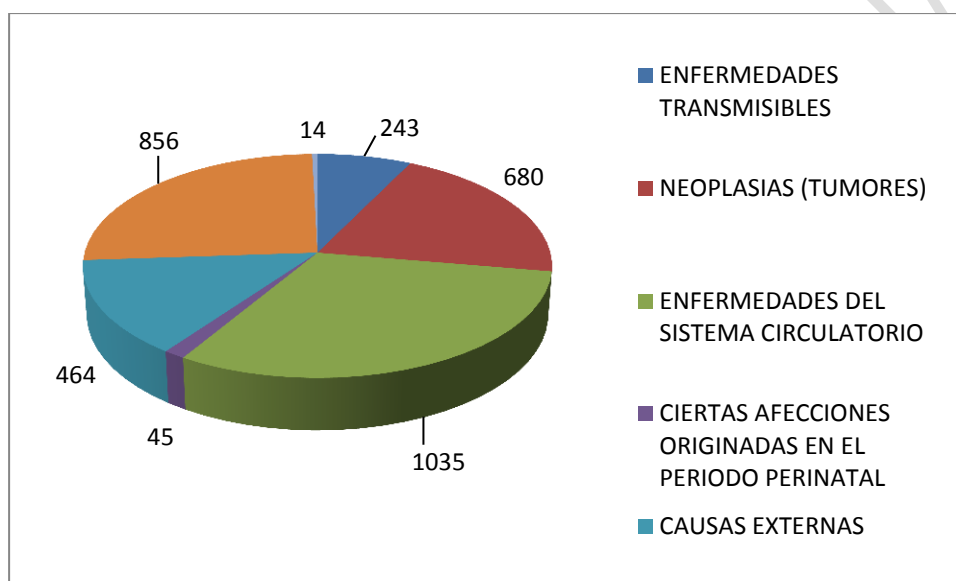
LESIONES FATALES DE CAUSA EXTERNA REGISTRADAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. PERIODO 2008 A 2011								
LESIONES	2008		2009		2010		2011	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
HOMICIDIOS	298	54,8	278	50,86	287	52,22	275	49,75
SUICIDIOS	36	7,0	55	10,1	47	8,55	55	9,95
MUERTES ACCIDENTE DE TRANSITO	85	16,0	93	17,0	71	12,92	56	10,13
LESIONES ACCIDENTALES FATALES	41	8,0	45	14,27	40	7,28	46	8,32
LESIONES ACCIDENTALES NO FATALES	90	17,0	78	8,23	92	16,74	80	14,47
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Documento FORENSIS 2008, 2009, 2010 Y 2011								

Distribución de mortalidad por sexo residencia, de acuerdo con los registros de defunciones del Sistema de Estadísticas Vitales, en el año 2010

Región	Sexo del fallecido					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	% Fila	Frecuencia	% Fila	Frecuencia	% Fila
Colombia	111,647	57.0	84,379	43.0	196,026	100
Region Central	34.251	58.0	24.849	42.0	59,100	100
Quindío	1.961	58.4	1.398	41.6	3,359	100

Fuente: DANE – Estadísticas Vitales

Defunciones Según Causas Agrupación 6/67 de la CIE-10



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELÉFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

MORTALIDAD SEGUN AGRUPACION 6/67 CIEE-10 - QUINDIO 2011

Departamento y municipio de residencia GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)		TOTAL	Total	
			Hombres	Mujeres
TOTAL	TOTAL	2,992	1,727	1,265
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	101 ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	6	4	2
	102 TUBERCULOSIS, INCLUSIVE SECUELAS	22	15	7
	103 CIERTAS ENF. TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIA	1	0	1
	104 CIERTAS ENF. PREVENIBLES POR VACUNA	1	1	0
	105 MENINGITIS	3	3	0
	106 SEPTICEMIA	8	3	5
	107 INFECC. CON MODO DE TRANSM. PREDOM./ SEXUAL	2	2	0
	108 ENFERMEDAD POR EL VIH/SIDA	87	67	20
	109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	99	47	52
	110 OTRAS ENF. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	6	2	4
	SUBTOTAL	235	144	91
NEOPLASIAS (TUMORES)	201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	112	78	34
	202 TUMOR MALIGNO DEL COLON	35	14	21
	203 TUMOR M. ORG.DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCL. ESTOM. Y	33	18	15
	204 TUMOR MALIGNO HIGADO Y VIAS BILIARES	48	21	27
	205 TUMOR MALIGNO DEL PANCREAS	21	13	8
	206 T. M. DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	85	56	29
	207 TUMOR M.ORG. RESPIRAT. E INTRAT., EXCL. TRAQUEA,	9	8	1
	208 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	34	0	34
	209 T. MALIGNO DEL UTERO	37	0	37
	210 T. MALIGNO DE LA PROSTATA	25	25	0
	211 T. MALIGNO OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS	16	11	5
	212 T. MALIGNO TEJIDO LINFATICO, ORG. HEMATOPOY. Y TEJIDOS	39	21	18
	213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOS	86	42	44
	214 CARCINOMA IN-SITU, T. BENIGNOS Y DE	59	31	28
	SUBTOTAL	639	338	301
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	301 FIEBRE REUMATICA AGUDA Y ENF. CARDIACAS REUM.	7	1	6
	302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	61	24	37
	303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	542	311	231
	304 ENF. CARDIOPULMONAR, DE LA CIRC. PULM. Y OTRAS ENF.	69	32	37
	306 INSUFICIENCIA CARDIACA	30	12	18
	307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	189	83	106
	309 RESTO ENF. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	29	20	9
	SUBTOTAL	927	483	444
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	401 FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR CIERTAS AFECC.	1	1	0
	402 FETO Y RECIEN N. AFECTADOS POR COMPL. OBST. Y TRAUM.	5	3	2
	403 RETARDO CRECIM.FETAL, DESNUTR. FETAL., BAJO P./ NACER,	1	1	0
	404 TRAST. RESPIRATORIOS ESPECIFICOS DEL PERIODO	21	13	8
	405 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO	8	6	2
	407 OTRAS AFECC. ORIGINADAS EN PERIODO PERINATAL	8	6	2
		SUBTOTAL	44	30
CAUSAS EXTERNAS	501 ACC. TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	45	37	8
	503 CAIDAS	19	17	2
	506 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTALES	10	6	4
	508 ENVENENAMIENTO. ACC. POR, Y EXPOSICION A	2	1	1
	510 OTROS ACCIDENTES, INCLUSIVE SECUELAS	14	11	3
	511 LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENC.(SUICIDIOS), INCL.	44	35	9
	512 AGRESIONES (HOMICIDIOS), INCLUSIVE SECUELAS	246	217	29
	514 EVENTOS DE INTENCION NO DETERMINADA INCLUSIVE SECUELAS	8	7	1
	SUBTOTAL	388	331	57
OTRAS	601 DIABETES MELLITUS	105	47	58
	602 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES	22	9	13
	603 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	4	3	1
	604 ENF. SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS	42	24	18
	605 ENF. CRONICAS VIAS REPIRATORIAS INFERIORES	223	125	98
	607 ENF. DEL PULMON DEBIDAS A AGENTES EXTERNOS	5	1	4
	608 OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	39	25	14
	609 AGENTES EXTERNOS, CAUSAS DE DEFUNCIÓN NO CLASIFICADAS EN OTRAS			

13. MORBILIDAD

CAUSAS DE CONSULTA QUINDIO 2011 SEGÚN 298 CAUSAS				
Orden	codigo 298	Causa de Morbilidad	Cantidad	%
1	145	Hipertensión esencial (primaria)	103.516	2,9
2	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de	62.338	1,7
3	180	Caries dental	46.292	1,3
4	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sosten	34.688	1,0
5	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones	34.497	1,0
6	217	Otras enfermedades del sistema urinario	30.072	0,8
7	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	29.766	0,8
8	267	Dolor abdominal y pelvico	27.897	0,8
9	206	Otras dorsopatias	27.710	0,8
10	104	Diabetes mellitus	22.827	0,6
11	184	Gastritis y duodenitis	21.716	0,6
12	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares	21.283	0,6
13	005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	20.709	0,6
14	199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	19.642	0,5
15	041	Otras enfermedades virales	18.039	0,5
16	165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	18.002	0,5
17	111	Otras trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	15.995	0,4
18	207	Trastornos de los tejidos blandos	15.688	0,4
19	116	Trastorno del humor (afectivos)	13.674	0,4
20	268	Fiebre de origen desconocido	13.214	0,4
21	140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la	12.615	0,4
22	198	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	12.506	0,3
23	125	Migraña y otros síndromes de cefalea	12.241	0,3
24	169	Neumonía	11.868	0,3
25	192	Otras enfermedades del intestino y del peritoneo	11.687	0,3
26	176	Asma	11.551	0,3
27	170	Bronquitis aguda y bronquitis aguda	11.343	0,3
28	142	Otras enfermedades del oído y de la apofisis mastoides	10.933	0,3
29	226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos	10.877	0,3
30	274	Fracturas de otros huesos de los miembros	9.007	0,3
		SUBTOTAL	712.193	55,4
		Resto de causas	574.000	44,6
		TOTAL	1.286.193	100,0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS - BD Departamento

CAUSAS DE CONSULTA QUINDIO 2011 SEGÚN CIE-10

Orden	CAUSA DE CONSULTA EN URGENCIAS	TOTAL	%
1	OTROS DOLORS ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	16.131	5,64
2	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	14.989	5,25
3	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	13.527	4,73
4	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	13.055	4,57
5	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	11.252	3,94
6	DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN	6.828	2,39
7	BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	6.781	2,37
8	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA	6.565	2,30
9	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	6.417	2,25
10	OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	6.413	2,24
11	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	5.967	2,09
12	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	5.597	1,96
13	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	5.436	1,90
14	MAREO Y DESVANECIMIENTO	5.215	1,82
15	CEFALEA	4.579	1,60
16	FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]	4.339	1,52
17	PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	3.989	1,40
18	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	3.981	1,39
19	R11X - NAUSEA Y VOMITO	3.259	1,14
20	R072 - DOLOR PRECORDIAL	3.092	1,08
	SUBTOTAL	147.412	51,59
	OTRAS CAUSAS	138.351	48,41
	TOTAL	285763	100,00

Cubos RIPS - SISPRO Minsalud

CAUSAS DE CONSULTA QUINDIO 2011 SEGÚN CIE-10

Orden	CAUSA DE CONSULTA EXTERNA	TOTAL	%
1	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	148.184	17,1
2	GINGIVITIS AGUDA	39.909	4,6
3	CARIES DE LA DENTINA	39.375	4,5
4	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, NO ESPECIFICADA	31.621	3,7
5	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPL	24.152	2,8
6	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	20.381	2,4
7	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	15.753	1,8
8	DOLOR EN ARTICULACION	11.954	1,4
9	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	11.490	1,3
10	GINGIVITIS CRONICA	10.866	1,3
11	CEFALEA	10.273	1,2
12	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	6.930	0,8
13	DOLOR PRECORDIAL	6.513	0,8
14	HIPERLIPIDEMIA MIXTA	5.670	0,7
15	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	5.340	0,6
16	INFECCION VIRAL, NO ESPECIFICADA	5.325	0,6
17	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	5.201	0,6
18	SINDROME DEL COLON IRRITABLE SIN DIARREA	5.140	0,6
19	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	5.097	0,6
20	OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	5.088	0,6
	SUBTOTAL	414.262	47,9
	Otras Causas	451.128	52,1
	TOTAL	865.390	100,0

Cubos RIPS - SISPRO Minsalud

MORBILIDAD ATENDIDA

CAUSAS DE MORBILIDAD QUINDIO 2011

Orden	codigo 298	Dx Agrupado	Cantidad	%
1	145	Hipertensión esencial (primaria)	103,516	10.2
3	180	Caries dental	46,292	4.5
4	181	Otros trastornos de los dientes y de sus estructuras de sosten	34,688	3.4
5	281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo	34,497	3.4
6	217	Otras enfermedades del sistema urinario	30,072	2.9
7	167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	29,766	2.9
8	267	Dolor abdominal y pelvico	27,897	2.7
9	206	Otras dorsopatias	27,710	2.7
10	104	Diabetes mellitus	22,827	2.2
11	184	Gastritis y duodenitis	21,716	2.1
12	175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	21,283	2.1
13	005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	20,709	2.0
14	199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	19,642	1.9
15	041	Otras enfermedades virales	18,039	1.8
16	165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	18,002	1.8
17	111	Otras trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos	15,995	1.6
18	207	Trastornos de los tejidos blandos	15,688	1.5
19	116	Trastorno del humor (afectivos)	13,674	1.3
20	268	Fiebre de origen desconocido	13,214	1.3
21	140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	12,615	1.2
22	198	Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	12,506	1.2
23	125	Migraña y otros síndromes de cefalea	12,241	1.2
24	169	Neumonía	11,868	1.2
25	192	Otras enfermedades del intestino y del peritoneo	11,687	1.1
26	176	Asma	11,551	1.1
27	170	Bronquitis aguda y bronquilitis aguda	11,343	1.1
28	142	Otras enfermedades del oído y de la apofisis mastoides	10,933	1.1
29	226	Otras enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	10,877	1.1
30	274	Fracturas de otros huesos de los miembros	9,007	0.9
		SUBTOTAL	649,855	63.7
	270	Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	62,338	6.1
		Resto de causas	307,420	30.2
		TOTAL	1,019,613	100.0

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS

CAUSAS DE MORBILIDAD POR URGENCIAS QUINDIO 2011

codigo 298	CAUSAS	Cantidad	%
270	Otros sintomas, signos y hallazgos anormales clinicos y de laboratorio, no clasificados	28275	11.2
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de	25084	10.0
267	Dolor abdominal y pelvico	15750	6.3
005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	14673	5.8
165	Faringitis aguda y amigdalitis aguda	10641	4.2
167	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	10411	4.1
268	Fiebre de origen desconocido	10039	4.0
041	Otras enfermedades virales	9564	3.8
217	Otras enfermedades del sistema urinario	7991	3.2
206	Otras dorsopatias	6545	2.6
170	Bronquitis aguda y bronquitis aguda	6484	2.6
175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	6150	2.4
184	Gastritis y duodenitis	5828	2.3
125	Migraña y otros sindromes de cefalea	5017	2.0
198	Infecciones de la piel y del tejido subcutaneo	4749	1.9
239	Otras atención materna relacionada con el feto y la vaciedad amniotica, y con posibles	4742	1.9
176	Asma	4587	1.8
140	Otitis media y otros trastornos del oído medio y de la mastoides	4433	1.8
199	Otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3653	1.5
274	Fracturas de otros huesos de los miembros	3003	1.2
145	Hipertensión esencial (primaria)	2746	1.1
242	Otras complicaciones del embarazo y del parto	2699	1.1
192	Otras enfermedades del intestino y del peritoneo	2657	1.1
169	Neumonía	2642	1.1
142	Otras enfermedades del oído y de la apofisis mastoides	2362	0.9
207	Trastornos de los tejidos blandos	2255	0.9
276	Luxaciones, esguinces y desgarros de regiones especificadas y de múltiples regiones del	2028	0.8
179	Otras enfermedades del sistema respiratorio	1959	0.8
117	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y transtornos	1840	0.7
104	Diabetes mellitus	1641	0.7



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

CAUSAS DE MORBILIDAD POR HOSPITALIZACION QUINDIO 2011

codigo 298	CAUSA	Cantidad	%
243	Parto unico espontaneo	2158	5.3
242	Otras complicaciones del embarazo y del parto	2063	5.1
239	Otras atención materna relacionada con el feto y la vacidad	1987	4.9
217	Otras enfermedades del sistema urinario	1924	4.7
169	Neumonía	1797	4.4
175	Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares	1771	4.4
267	Dolor abdominal y pelvico	1158	2.9
198	Infecciones de la piel y del tejido subcutaneo	1025	2.5
274	Fracturas de otros huesos de los miembros	1015	2.5
116	Trastorno del humor (afectivos)	817	2.0
281	Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no	794	2.0
195	Colelitiasis y colecistitis	704	1.7
104	Diabetes mellitus	666	1.6
233	Otros trastornos de las vías genitourinarias	658	1.6
186	Enfermedades del apéndice	656	1.6
148	Otras enfermedades isquemicas del corazón	655	1.6
005	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	643	1.6
170	Bronquitis aguda y bronquilitis aguda	567	1.4
179	Otras enfermedades del sistema respiratorio	479	1.2
151	Insuficiencia cardíaca	462	1.1
145	Hipertensión esencial (primaria)	427	1.1
114	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de	398	1.0
150	Trastornos de la conducción y arritmias cardiacas	368	0.9
152	Otras enfermedades cardíacas	349	0.9
176	Asma	344	0.8
147	Infarto agudo del miocardio	331	0.8
156	Otras enfermedades cerebrovasculares	330	0.8
234	Aborto espontáneo	329	0.8
041	Otras enfermedades virales	327	0.8
096	Otros tumores insitu y benignos, y tumores de comportamiento	326	0.8



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELEFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Es registro de la información presenta debilidades e inconsistencias que obliga a revisar con mayor oportunidad el reporte de casos, no solo con el fin de confirmar o descartar la patología, sino de identificar la adherencia a guías de manejo de dicha patología.
2. Se hace necesario estandarizar con la red de servicios la aplicación del protocolo definido por el Instituto Nacional de Salud en lo referente al manejo intrahospitalario de la gestante, cuando se capta tardíamente, con el fin de disminuir la probabilidad de transmisión vertical.
3. Se debe llegar a un consenso a nivel de las entidades territoriales para el manejo de la usuaria indigente o habitante de calle o en calle, consumidora de psicoestimulantes
4. El ajuste de casos se realiza de manera extemporánea en el SIVIGILA, situación que requiere de un acompañamiento estricto de la entidad territorial a la red de servicios.
5. Se debe retroalimentar de forma oportuna a las UPGD, con el fin de mejorar la calidad del dato y garantizar el seguimiento oportuno de los casos, su verificación y ajuste de casos en el tiempo estipulado, dado que en la actualidad la oportunidad de ajuste supera lo establecido por la normativa vigente.
6. Las EPS deben encargarse de vigilar el funcionamiento de los programas, hacer auditorias periódicas donde se verifique su cumplimiento según el modelo de gestión.

7. Registro y sistema de información:

-  Bases de datos responsabilidad de EPS e IPS quienes se deben retroalimentar.
-  Generación de alertas por incumplimiento e inasistencia (llamada telefónica, reprogramación de consultas, valoración por parte de todo el equipo para detectar problemas.)

8. Equipo interdisciplinario:

-  Contar con el equipo interdisciplinario básico
-  Integración efectiva del trabajo de todos los miembros del equipo.
-  Mejorar las acciones de educación con la PVVS, su familia o cuidadores.

9. Red de laboratorios:

-  IPS especializadas en la atención de personas viviendo con VIH sean las responsables de la detección y diagnóstico de la infección.

10. Sistema de administración de terapia ARV:

-  Asegurar la disponibilidad permanente de medicamentos ARV
-  Estrategias de vigilancia en salud Pública para resistencia a ARV.

11. Comunicaciones entre los agentes e instituciones relacionadas con la atención de las personas con VIH/SIDA en el programa:

-  Desconocimiento de la capacidad instalada en la red prestadora de servicios, falta de articulación y comunicación entre los tres niveles de atención, dificultades para la remisión a otras especialidades y para la atención en los programas del primer nivel de atención en cuanto a promoción y prevención.
-  Falta de capacidad en el diagnóstico y detección dentro de la red prestadora de servicios.

12. Sistema de referencia y contra referencia:

-  Falta control y seguimiento de las intervenciones requeridas en otros niveles de complejidad.
-  Falta articulación entre programas de VIH y TBC.

13. Programa de aseguramiento de la calidad

-  Definir de forma más concreta planes de mejoramiento, exigir a las IPS respuesta y acciones frente a los planes de mejoramiento hechos por los entes territoriales y por las EPS.

14. Apoyo al grupo familiar:

-  Dar más información sobre derechos y deberes de los usuarios con VIH.(están escritos pero no socializados)

15. Entrega únicamente de programa a programa de acuerdo con las garantías legales:

-  No está implementada una ficha de información de los pacientes cuando hay movilización entre programas, esta debería ser única para todo el departamento y contener solo la información necesaria para el otro prestador teniendo muy en cuenta la confidencialidad y privacidad a las que tiene derecho el usuario dentro de su diagnóstico, esta entrega debe hacerse únicamente entre personas encargadas del manejo de la información en las IPS.
-  No existe comunicación entre las EPS y los programas para la movilización oportuna e informada de los pacientes de un programa a otro, algunas EPS cambian a sus usuarios de programa sin brindarles ningún tipo de información, sin avisar con anterioridad a la IPS que está prestando los servicios, sin dar ni siquiera tiempo a que se envíe algún tipo de información al nuevo prestador.

 No existe ningún mecanismo de control que garantice la continuidad de la prestación del servicio a los usuarios durante su traslado, debido a los cambios repentinos que hacen las EPS de sus prestadores sin información previa a los usuarios estos siempre ven perdido su proceso de atención en cuanto a valoración médica y del equipo interdisciplinario, exámenes de laboratorio, esquemas de vacunación y los más grave entrega de medicamentos mientras el nuevo centro de atención asume su manejo además de la pérdida de privacidad y confidencialidad al estar rotando de forma tan continua por las IPS del departamento.

 No se da por parte de la EPS información al usuario a cerca de sus derechos en el cambio de programa simplemente esto se hace de forma arbitraria y unilateral por parte de la EPS.

16. Se recomienda la implementación de un sistema de información robusto mediante una plataforma que permita la consolidación de las actividades de IVC que se desarrollan en el marco de las competencias a fin de agilizar procesos, acceder a información oportuna, reproducible y confiable.

17. Se debe fortalecer las actividades relacionadas con la comunicación del riesgo mediante estrategias de información, educación y comunicación IEC con amplia cobertura en los hogares del departamento debido a que allí se ha focalizado la mayor parte de la morbilidad relacionada con el consumo de alimentos.

18. Se insiste en la necesidad de aplicar medidas preventivas de seguridad como decomiso de productos, suspensión total o parcial de trabajos o servicios, congelación o suspensión temporal de la venta de los establecimientos relacionados con eventos ETAs o que puedan afectar la salud de los consumidores. De estas acciones se debe contar con un verdadero apoyo de una oficina jurídica que de tramite a los procesos sancionatorios pertinentes y se cumpla con el objetivo de la toma de medidas sanitarias.



Secretaría de salud departamental

DOCUMENTO PRELIMINAR



Gobernación del Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
TELÉFONO 7417700 EXT. 340
Calle 20 No13-22 piso 15 Armenia, Quindío
e-mail: secretariasalud@quindio.gov.co



Gobierno *firme* por un Quindío más humano

