

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE SUCRE



GOBERNACION
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
SALUD PÚBLICA

1000.11.03 / SS No.

Sincelejo, 28 de enero de 2019.

Doctora
YULIANA VALBUENA BEDOYA
Grupo de Planeación en la Salud Pública
Dirección de Epidemiología y Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social

Asunto: Certificación de aval de ASIS municipal de 70215-Corozal 2018.

Respetada doctora.

Mediante la presente se certifica que el documento Análisis de Situación de Salud 2018 del municipio de 70215-Corozal cumple con los lineamientos propuestos para la construcción y actualización del ASIS, de acuerdo con la guía conceptual y metodológica para entidades territoriales del Ministerio de Salud y Protección Social.

La anterior certificación se expide a los 28 días de enero de 2019.

Atentamente,


PATRICIA CHICA PACHECO
Secretaria de Salud Departamental


Revisó Elizabeth Escobar (Profesional especializado)


Revisó Zully de la Ossa (Referente)

Elaboró y proyectó: Carlos V. contratista ASIS departamental.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

ALCALDÍA MUNICIPAL
“POR LA RENOVACIÓN DE COROZAL”

SECRETARÍA DE SALUD

COROZAL, SUCRE, 2018

Análisis de Situación de Salud. Corozal, Sucre, Colombia, 2018

© Gobernación de Sucre, Alcaldía del Municipio de Corozal.

© Carlos A. Villarreal, plantilla ASIS para municipios.

Alcalde: Andrés Vivero León.

Secretaria de salud: Astrid Arroyo Anaya.

Dirección alcaldía: Carrera 28 No 31A-08 Barrio San Juan - Palacio Municipal - Corozal - Sucre.

Teléfono: (+57) 5 2858659 Fax: (+57) 5 2858659.

Correo electrónico: contactenos@corozal-sucre.gov.co

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 12:00 m y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

Corozal, Sucre, Colombia, diciembre de 2018

AGRADECIMIENTOS Y ELABORACIÓN

Se expresan los agradecimientos a:

Al equipo de la Secretaría de Salud por su apoyo invaluable.

A las Secretarías de Planeación, Educación por su colaboración.

Al Doctor Carlos A. Villarreal por su asesoría permanente para la elaboración de este documento.

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	14
METODOLOGÍA.....	15
1 CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	21
1.1 CONTEXTO TERRITORIAL	21
1.1.1 LOCALIZACIÓN.....	21
1.1.2 DIVISIÓN POLÍTICA.....	22
1.1.3 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS	23
1.1.4 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	45
1.1.5 AMENAZAS IDENTIFICADAS.....	47
1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	50
1.2.1 POBLACIÓN TOTAL.....	50
1.2.2 DENSIDAD POBLACIONAL	51
1.2.3 POBLACIÓN POR ÁREA DE RESIDENCIA Y URBANIZACIÓN.....	51
1.2.4 VIVIENDAS	51
1.2.5 HOGARES	51
1.2.6 POBLACIÓN POR PERTENENCIA ÉTNICA (PPE)	51
1.2.7 POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD (PPL).....	52
1.2.8 ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA	52
1.2.9 OTROS INDICADORES DEMOGRÁFICOS	55
1.2.10 DINÁMICA DEMOGRÁFICA	57
1.3 CONCLUSIONES	70
2 CAPITULO II. ABORDAJE DE LOS EFECTOS DE SALUD Y SUS DETERMINANTES	73
2.1 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD	73
2.1.1 MORTALIDAD GENERAL.....	73

2.1.2	MORTALIDAD GENERAL POR GRANDES CAUSAS.....	75
2.1.3	AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS	78
2.1.4	MORTALIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPO.....	85
2.1.5	MORTALIDAD TRAZADORA DEL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA	96
2.1.6	MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	98
2.1.7	ANÁLISIS DESIGUALDAD EN LA MORTALIDAD MATERNO – INFANTIL Y EN LA NIÑEZ	115
2.1.8	PRIORIDADES EN MORTALIDAD	116
2.1.9	CONCLUSIONES EN MORTALIDAD.....	117
2.2	ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD	118
2.2.1	MORBILIDAD ATENDIDA	118
2.2.2	MORBILIDAD ESPECIFICA POR SUBGRUPO.....	125
2.2.3	MORBILIDAD DE EVENTOS DE ALTO COSTO Y PRECURSORES	129
2.2.4	MORBILIDAD DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.....	130
2.2.5	DISCAPACIDAD AUTO DECLARADA REGISTRADA	136
2.2.6	PRIORIDADES EN MORBILIDAD	138
2.2.7	CONCLUSIONES EN MORBILIDAD.....	139
2.3	ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	140
2.3.1	DETERMINANTES INTERMEDIOS DE LA SALUD	140
2.3.2	DETERMINANTES ESTRUCTURALES.....	149
3	<u>CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD.....</u>	154
4	<u>BIBLIOGRAFÍA.....</u>	157

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución por extensión territorial y área de residencia. Corozal, 2018.....	21
Tabla 1. División política. Corozal, 2018.....	23
Tabla 2. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros entre los municipios del Departamento de Sucre, 2018.....	46
Tabla 3. Amenazas identificadas en la subregión Sabanas, 2018.....	47
Tabla 5. Distribución de población étnica, 2005.....	51
Tabla 6. Población privada de la libertad intramural en ERE Corozal, 2018.....	52
Tabla 7. Cambio en la proporción de la población por grupo quinquenal. Corozal 2005, 2018 y 2020.....	54
Tabla 8. Resumen de indicadores de estructura demográfica. Corozal, 2005, 2018, 2020.....	56
Tabla 7. Proporción de nacimientos en mujeres entre 10 y 54 años. Corozal, 2005-2016.....	65
Tabla 8. Proporción de muertes en grupos étnicos, 2008 – 2016.....	75
Tabla 9. Proporción de muertes por área de residencia, 2008 – 2016.....	75
Tabla 10. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, 2005-2016.....	98
Tabla 11. Razón de mortalidad materna según área de residencia, 2005 -2016.....	100
Tabla 12. Razón de mortalidad materna según pertenencia étnica, 2005 -2016.....	100
Tabla 13. Razón de mortalidad materna según SGSS, 2005 -2016.....	100
Tabla 14. Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia, 2005 -2016.....	102
Tabla 15. Tasa de mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2005 -2016.....	102
Tabla 16. Tasa de mortalidad neonatal según SGSSS, 2005 -2016.....	102
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad infantil, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.....	106
Tabla 18. Tasas específicas de mortalidad infantil en menores entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.....	108
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil en la niñez, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.....	112
Tabla 20. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, 2005- 2015.....	116
Tabla 21. Prioridades en mortalidad, 2018.....	116

Tabla 22. Proporción de morbilidad atendida según grandes causas por ciclo vital y sexo, 2009 – 2017.....	124
Tabla 23. Proporción de morbilidad atendida según subgrupo de causas por sexo, 2009 – 2017.	128
Tabla 24. Semaforización de los indicadores de eventos precursores y de alto costo, 2017.	130
Tabla 25. Tabla de semaforización de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria del, 2007-2017.000.....	131
Tabla 26. Tabla de semaforización de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria del, 2007-2017.....	133
Tabla 27. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018.	137
Tabla 28. Prioridades en morbilidad atendida, eventos de alto costo, precursores y de notificación obligatoria, 2018.....	138
Tabla 29 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida, 2005- 2016.	142
Tabla 30. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional, 2005- 2016.....	143
Tabla 31. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales, 2010- 2017.....	144
Tabla 32. Determinantes intermedios de la salud - sistema sanitario, 2005-2018.	146
Tabla 34. Grupos de servicios habilitados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.....	146
Tabla 33. Detalle de capacidad instalada en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.....	147
Tabla 35. Servicios habilitados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.	148
Tabla 36. Razón de camas y ambulancias, 2017.	149
Tabla 37. Tasa de cobertura bruta de educación, 2005 – 2017.....	150
Tabla 38. Estadísticas riesgos laborales, 2018.....	151
Tabla 39. Distribución porcentual de asignaciones SGP por sectores, 2017.....	152
Tabla 40. Priorización de los problemas de salud, 2018.....	154

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de las áreas de bosques, agropecuarias, no agropecuarias y otros usos del suelo. Departamento de Sucre y Corozal, 2018.....	25
Figura 2. Variables climáticas de Corozal, 2016.....	34
Figura 3. Temperatura máxima, mínima y promedio, 2016.....	35
Figura 4. Categorías de nubosidad en Corozal, 2016.....	36
Figura 5. Probabilidad diaria de precipitación, 2016.....	37
Figura 6. Precipitación de lluvia mensual promedio, 2016.....	38
Figura 7. Niveles de comodidad de la humedad, 2016.....	42
Figura 8. Velocidad promedio y dirección del viento, 2016.....	43
Figura 9. Temperatura promedio del agua, 2016.....	43
Figura 10. Tiempo que se pasa en diferentes bandas de temperatura y el periodo de cultivo, 2016.....	44
Figura 11. Energía solar de onda corta incidente diaria promedio, 2016.....	45
Figura 12. Registro histórico de emergencias y desastres. Corozal, 2005 – 2017.....	49
Figura 13. Acumulado de eventos según tipo de emergencia y desastre. Corozal, 2005 – 2017.....	49
Figura 14. Acumulado de eventos en emergencias y desastres según variables de persona y año. Corozal, 2005 a 2017.....	50
Figura 15. Consolidado SISBEN, Corozal, 2017.....	51
Figura 19. Pirámide poblacional. Corozal, 2005, 2018, 2020.....	52
Figura 20. Proporción de la población por ciclo vital. Departamento de Sucre y Corozal, 2018.....	54
Figura 21. Distribución porcentual de la población por grupo quinquenal, 2005, 2018 y 2020.....	55
Figura 17. Crecimiento natural calculada. Corozal, 2005-2016.....	57
Figura 18. Tasa bruta de mortalidad anua. Corozal, 2005-2016.....	58
Figura 19. Tasa bruta de mortalidad por sexo. Corozal, 2005-2016.....	58
Figura 20. Tasa global de fecundidad anual. Corozal, 2005-2016.....	60
Figura 21. Tasa general de fecundidad anual. Corozal, 2005-2016.....	60

Figura 22. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10-14 años. Corozal, 2005-2016.	61
Figura 23. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15-19 años. Corozal, 2005-2016.	62
Figura 24. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10-19 años. Corozal, 2005-2016.	62
Figura 25. Tasa bruta de natalidad. Corozal, 2005-2016.	64
Figura 26. Proporción de partos por cesárea. Corozal, 2005-2016.	66
Figura 27. Comparativo de la esperanza de vida al nacer por quinquenios. Departamento de Sucre, proyección 1985-2020.	67
Figura 28. Brecha en la esperanza de vida al nacer entre sexos por quinquenios, proyección 1985-2020.	68
Figura 29. Acumulado de víctimas según tipo y año de ocurrencia. Corozal, 1984-2018.	68
Figura 30. Acumulado de víctimas según tipo de hecho victimizante. Corozal, 1984-2018.	69
Figura 31. Proporción acumulada de víctimas según ciclo vital. Corozal, 1984-2018.	69
Figura 32. Estructura de la población víctima. Corozal, 2018.	70
Figura 33. Número de defunciones según año de ocurrencia, 2005 – 2016.	74
Figura 34. Tasas de mortalidad general ajustada por edad y brecha por sexo según año de ocurrencia, 2005 – 2016.	74
Figura 35. Proporción de muertes edad, 2008 – 2016.	75
Figura 36. Tasa de mortalidad general ajustadas por edad según grandes grupos de causas lista 6/67 de la OMS, 2005 – 2016.	77
Figura 37. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 global, 2005–2016.	79
Figura 38. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en hombres por grandes causas lista 6/67, 2005–2016.	80
Figura 39. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en mujeres por grandes causas lista 6/67, 2005–2016.	81
Figura 40. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general, 2005 – 2016.	82
Figura 41. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general en hombres, 2005 – 2016.	84

Figura 42. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres, 2005 – 2016.	85
Figura 43. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles según sexo, 2005 – 2016.	86
Figura 44. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias según sexo, 2005 – 2016.	88
Figura 45. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, 2005 – 2016.	89
Figura 46. Casos de mortalidad para afecciones del periodo perinatal, 2005 – 2016.	91
Figura 47. Proporción de mortalidad para afecciones del periodo perinatal entre el Departamento y el Municipio, 2005 – 2016.	92
Figura 48. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas, 2005 – 2016.	93
Figura 49. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las demás enfermedades, 2005 – 2016.	95
Figura 50. Razón de mortalidad materna en el departamento de Sucre y municipio de Corozal, 2005- 2016.	100
Figura 51. Tasa de mortalidad neonatal en el departamento de Sucre y municipio de Corozal, 2005- 2016.	101
Figura 52. Tasa de mortalidad neonatal por sexo, 2005- 2016.	102
Figura 53. Tasa de mortalidad infantil. Departamento de Sucre y Corozal, 2005- 2016.	103
Figura 54. Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2005- 2016.	104
Figura 55. Tasa de mortalidad infantil por área de residencia, 2005- 2016.	104
Figura 56. Tasa de mortalidad infantil por etnia, 2008- 2016.	104
Figura 57. Tasa de mortalidad infantil por SGSSS, 2005- 2016.	104
Figura 58. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.	109
Figura 59. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por sexo, 2005- 2016.	110
Figura 60. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por área de residencia, 2005- 2016.	110
Figura 61. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por etnia, 2005- 2016.	110
Figura 62. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por SGSSS, 2005- 2016.	110
Figura 63. Tasa de mortalidad por EDA en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.	113
Figura 64. Tasa de mortalidad por IRA en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.	114

Figura 65. Tasa de mortalidad ajustada por desnutrición en menor de cinco años. Corozal, 2005- 2015.....	114
Figura 66. Morbilidad atendida según causas agrupadas, 2009- 2017.....	119
Figura 67. Proporción de ERC según estadio, 2017.....	129
Figura 68. Comportamiento de la morbilidad por agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, 2007-2017.	133
Figura 69. Comportamiento de la morbilidad por hepatitis A, 2007-2017.	134
Figura 70. Comportamiento de la morbilidad por malaria, 2007-2017.	134
Figura 71. Comportamiento de la morbilidad materna extrema, 2007-2017.	135
Figura 72. Comportamiento de la morbilidad por anomalías congénitas, 2007-2017.	135
Figura 72. Comportamiento de la morbilidad por VCM, VIF, VSX, 2007-2017.	136
Figura 73. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018.....	137
Figura 74. Valor agregado municipal por grandes ramas de actividad económica, 2015.	152
Figura 75. Ranking de gestión y de resultados, 2017.	153
Figura 76. Resultados de los indicadores de bienestar agrupados, 2017.....	153

LISTAS DE MAPAS

Mapa 1. Localización del municipio de Corozal en el Departamento de Sucre, 2018.....	22
Mapa 2. Relieve en el municipio de Corozal, 2012.....	24
Mapa 3. Vocación, uso y conflicto del suelo. Departamento de Sucre, 2014.....	26
Mapa 4. Zonas de desertificación. Departamento de Sucre, 2013.	29
Mapa 5. Provincias hidrogeológicas. Departamento de Sucre, 2010.....	31
Mapa 6. Hidrografía, 2017.	31
Mapa 7. Demanda hídrica por subzonas hidrográficas y desagregada. Departamento de Sucre, 2010.....	32
Mapa 8. Índice de uso de agua, condiciones hídricas año medio y año seco. Departamento de Sucre, 2010.	32
Mapa 9. Índice de vulnerabilidad hídrica. Departamento de Sucre, 2010.....	33
Mapa 10. Clasificación Climática (Caldas – Lang). Departamento de Sucre, 2010.....	34
Mapa 11. Temperatura media anual (°C). Departamento de Sucre, 2010.....	35
Mapa 12. Precipitación total anual (mm). Departamento de Sucre, 2010.....	37
Mapa 13. Número de días con lluvia total anual. Departamento de Sucre, 2010.	38
Mapa 14. Alteraciones de la precipitación, durante el primer trimestre del segundo año en presencia de un fenómeno típico de El Niño y la Niña. Departamento de Sucre, 2014.....	39
Mapa 15. Brillo solar medio diario anual, número de días sin brillo solar e índice UV. Departamento de Sucre, 1981-2010, 2014.....	41
Mapa 16. Mapa de amenaza sísmica del Departamento de Sucre, 2018.....	48

PRESENTACIÓN

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021 fue adoptado a través de la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 1841 de 2013, que constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública, es éstas se definen objetivos, metas, estratégicas, dimensiones, componentes, líneas de acción, recursos y responsables de la salud pública, en el cual uno de los insumos fundamentales para su formulación y evaluación es el análisis de situación de salud - ASIS, bajo el modelo de determinantes sociales de la salud, éste comprende diversos análisis descriptivos y analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan.¹

En la actualidad el proceso de análisis de situación de salud se desarrolla con una metodología analítica-sintética, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan, y se realiza en todos los niveles territoriales y cuenta con una metodología definida y difundida a través de la “guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales”, cuya aplicación ha permitido avanzar en el proceso de planeación integral en salud, entendido éste, como “el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al modelo integrado de planeación y gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del plan territorial de salud”.

El análisis se desarrolló bajo la perspectiva de los enfoques: poblacional, de derechos y diferencial, y con el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud, lo cual permitió la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

Acorde a lo establecido en la Resolución 1536 de 2015, la Secretaría de Salud realizó la actualización del análisis de la situación de salud con el modelo de los determinante sociales de salud a 2018 y se complace en poner a disposición de los gobernantes, equipos de gobierno, sociedad civil, academia y demás autoridades, los resultados del análisis de la situación de salud, con la finalidad de orientar la toma de decisiones sectoriales y transectoriales necesarias para transformar positivamente las condiciones de salud de la población en el municipio.

INTRODUCCIÓN

El análisis de situación de salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida, causas y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales en otras palabras examina las relaciones e interacciones entre las condiciones de vida, las causas y el nivel de los procesos de salud. Se incluye como fundamento, el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico, entre otras, que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento (1).

Tomando en consideración lo hasta aquí dicho, el presente documento expone los resultados del análisis de los indicadores seleccionados como trazadores y otros adicionales para aportar evidencia efectiva y oportuna que permita hacer uso de la inteligencia sanitaria, en pro del fortalecimiento de la rectoría en salud necesaria para la gobernanza, la planificación y la conducción de políticas públicas en salud.

En armonía con lo anterior, el primer capítulo contiene la caracterización de los contextos territorial y demográfico, cada uno constituido por una serie de indicadores que se comportan como determinantes sociales de la salud, que permitieron caracterizar, georreferenciar el territorio e identificar las necesidades sanitarias como insumo para la coordinación intersectorial y transectorial.

El segundo capítulo contiene el análisis de los efectos de salud y sus determinantes. En primera medida se analizó la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupo, y materno-infantil y de la niñez. Asimismo, se examinó la morbilidad atendida, y los determinantes sociales de la salud: intermediarios y estructurales. El análisis indagó variables que causan gradientes de desigualdad entre grupos como el sexo, nivel educativo, municipio o departamento de residencia, área de residencia, régimen de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), pertenencia étnica, situación de desplazamiento, discapacidad, entre otras, se pretende analizar con más profundidad la relación salud-enfermedad desde los determinantes sociales de la salud.

Finalmente, en el tercer capítulo se reconocen los principales efectos en salud identificados a lo largo de los capítulos anteriores y se realiza su priorización de acuerdo con el índice de necesidades en salud.

La actualización del análisis de la situación de salud ASIS muestra los resultados y estudio de los indicadores trazadores con el objetivo de aportar evidencia que permita hacer su uso en fortalecimiento de la rectoría del sector salud y así apoyar el desarrollo de políticas públicas sanitarias en el municipio de Corozal.

METODOLOGÍA

El análisis de situación de salud (ASIS) se realizó con la información disponible en las fuentes oficiales y publicaciones de organismos no gubernamentales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial y demográfico se usó como referencia la información del Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales de Colombia (IDEAM), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), y de la Oficina de Planeación municipal; para el análisis demográfico se realizaron estimaciones a partir de las proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y se usaron los indicadores demográficos calculados y dispuestos por esta institución en su página web. Así mismo, se consultó el registro único de víctimas (RUV) dispuesto en el sistema de gestión de datos del Ministerio de Salud y Protección Social a través del cubo de víctimas y el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad.

Para el análisis de los efectos de salud y sus determinantes se emplearon los datos dispuestos en la bodega de datos del sistema integrado de información para la protección social (SISPRO) provenientes de fuentes como las estadísticas vitales provenientes del DANE y disponibles desde 2005; la morbilidad atendida procedente de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS) a partir de 2009. La información sobre eventos de interés en salud pública procede del sistema de vigilancia de la salud pública (SIVIGILA) a partir de 2007; y la de eventos de alto costo, de la cuenta de alto costo disponible. Adicionalmente se incluyó información resultante de la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS), encuesta nacional de situación nutricional (ENSIN), encuesta SABE, estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, informes del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Forensis), los observatorios nacionales dispuestos en las diferentes instituciones gubernamentales, el sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas.

Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información incluido en el SISPRO y derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Departamento Nacional de Planeación (DNP), y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y se profundiza con otras fuentes gubernamentales y no gubernamentales.

A través de estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo utilizando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que recoge en seis grandes grupos y un residual, 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la clasificación internacional de enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores

(neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Así mismo, se calculó la carga de la mortalidad mediante años de vida potencialmente perdidos (AVPP), para las grandes causas de mortalidad.

Se analizó la tendencia de los indicadores y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad en menores de cinco años, tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes grupos: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudo grave (SRAG); y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año usando como denominador los nacidos vivos, para los niños entre 1 y 4 años utilizando la población entre 1 y 4 años, y para los menores de cinco años empleando la población menor de cinco años.

Para los cálculos se utilizaron las plantillas en Excel elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social y ajustadas por la Secretaría de Salud Departamental con el fin de optimizar la presentación de gráficos con los valores de las variables analizadas y se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios como: diferencias absolutas y relativas, riesgos atribuibles poblacionales, índices de desproporcionalidad, e índices de disimilitud, en el análisis de desigualdades se calcularon razones de tasas e intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J., Greenland, S., mostrando la diferencia entre el departamento de Sucre y el Municipio con su intervalo de confianza.

Para la priorización se utilizó la matriz de Hanlon y al final de cada aparte se incluye un listado con las prioridades identificadas a lo largo del análisis, estas prioridades son contextualizadas y ordenadas en las dimensiones de la salud pública.

Adicionalmente al Secretaría de Salud Departamental diseñó y distribuyó a las Secretarías de Salud Municipales una plantilla en MS-Word “pre-redactada” para la actualización del documento ASIS, la



Análisis de la situación de salud 2018

cual cumple con los criterios de forma, contenido y completitud exigidos por dicha entidad, y es la utilizada en este documento.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APC: Cambio porcentual anual estimado de la razón, en el modelo de regresión por Joinpoint.

ASIS: Análisis de la Situación de Salud.

AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos.

CAC: Cuenta de Alto Costo.

CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DPTO.: Departamento.

DSS: Determinantes Sociales de la Salud.

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

EEVV: Estadísticas vitales.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuidos a Inmunización.

ESI: Enfermedad Similar a la Influenza.

Estimación lineal: En Excel, calcula las estadísticas de una línea con el método de los "mínimos cuadrados" para calcular la línea recta que mejor se ajuste a los datos y después devuelve una matriz que describe la línea.

ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

ETV: Enfermedades de Transmitidas por Vectores.

HTA: Hipertensión Arterial.

IC95%: Intervalo de Confianza al 95%.

INS: Instituto Nacional de Salud.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

IRAG: Infección Respiratoria Aguda Grave.

LI: Límite inferior.

LS: Límite superior.

MEF: Mujeres en edad fértil.

Mpio: Municipio.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

No: Número.

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PIB: Producto Interno Bruto.

PP: Diferencia en puntos porcentuales entre dos valores.

R²: En Excel. El coeficiente de determinación compara los valores y calculados y reales, y los rangos con valor de 0 a 1. Si es 1, hay una correlación perfecta en la muestra, es decir, no hay diferencia entre el valor Y calculado y el valor Y real. En el otro extremo, si el coeficiente de determinación es 0, la ecuación de regresión no es útil para predecir un valor Y.

RAP: Riesgo Atribuible Poblacional.

RIPS: Registro Individual de la Prestación de Servicios.

RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

SISPRO: Sistema Integral de Información de la Protección Social.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

SSPD: Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

TB: Tuberculosis.

TGF: Tasa Global de Fecundidad.

TRR: Terapia de reemplazo renal.

UD: Unidades Dobson.

UV: Radiación ultravioleta.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.

Convenciones para la semaforización:

- **Amarillo:** Cuando la diferencia relativa es uno o el intervalo de confianza 95% atraviesa el uno, indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el valor que toma el indicador en la región o departamento y el indicador nacional.
- **Rojo:** Cuando la diferencia relativa es mayor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más alto en la región o departamento comparado con el indicador nacional.
- **Verde:** Cuando la diferencia relativa es menor de uno y el intervalo de confianza 95% no atraviesa el uno, indica que el indicador es significativamente más bajo en la región o departamento comparado con el indicador nacional.
- También aparecerá graficado con flechas el comportamiento de cada indicador a los años analizados:
 - (↘) indica que el indicador disminuyó con respecto al año anterior.
 - (↗) indica que el indicador aumentó con respecto al año anterior.
 - (-) indica que el indicador se mantuvo igual con respecto al año anterior o no existen datos de referencia.

1 CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Este capítulo describe el contexto territorial y demográfico de la población, en él se resaltan aspectos como la localización, las características físicas del territorio, y la accesibilidad geográfica, así como el tamaño y volumen poblacional, la estructura y dinámica demográfica, y la movilidad.

A continuación, se describen cada una de estas características y su relación con la dinámica poblacional en el marco de la situación de salud de la población que vive en la entidad territorial.

1.1 Contexto territorial

El nombre viene del fruto de la palma de corozo o de lata que era muy abundante en esta zona, y que produce un fruto pequeño, esférico, de color rojo intenso, que brota en gajos y que se utiliza para la preparación de jugos, chicha, vino, dulce y jabones. Corozal se fundó a partir del poblado San José de Pileta (1700) y era parte del interior de las Sabanas de la entonces Provincia de Cartagena de Indias del Nuevo Reino de Granada, perteneciente al imperio español. En el sitio que hoy ocupa la plaza principal de la ciudad, en una improvisada capilla, el padre Esteban Pérez celebró la primera misa, el 15 de mayo de 1775, acto que se considera la fecha de fundación de la ciudad. Sin embargo, fue hasta el 16 de noviembre de ese mismo año que el capitán Antonio de la Torre dio inicio a la organización política del nuevo núcleo, repartiendo solares a 473 familias, trasladando los ornamentos e imágenes de la ermita de Pileta, trazando la cuadrícula de las calles, y ubicando la plaza principal, la iglesia y la casa fuerte. Por este acto algunos historiadores toman la última fecha como fundacional. Se identifica con código DANE 70215 y su entorno de desarrollo es temprano (2).

El Municipio de Corozal tiene una extensión de 275 km², que equivale al 2,49% de la superficie total del departamento de sucre.

Tabla 1. Distribución por extensión territorial y área de residencia. Corozal, 2018.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Corozal	37,54km ²	13,63%	237.86km ²	84,19%	275.40km ²	100%

Fuente: Plan de Desarrollo 2016-2019

1.1.1 Localización

Corozal conforma la subregión Sabanas del departamento de Sucre. Se encuentra localizado en la región noreste, a una altura de 174 msnm. Limita al norte con los municipios de Morroa y Los Palmitos, al sur con El Roble, al oriente con los municipios de San Juan de Betulia y Sincé, y al occidente con los municipios de Sampués y Sincelejo. Sus coordenadas geográficas son a los 9° 19' de latitud Norte y 75° 17' de longitud Oeste del meridiano de Greenwich.

Mapa 1. Localización del municipio de Corozal en el Departamento de Sucre, 2018.



Fuente: Wikipedia, [https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Municipios_de_Sucre_\(Colombia\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Municipios_de_Sucre_(Colombia)).

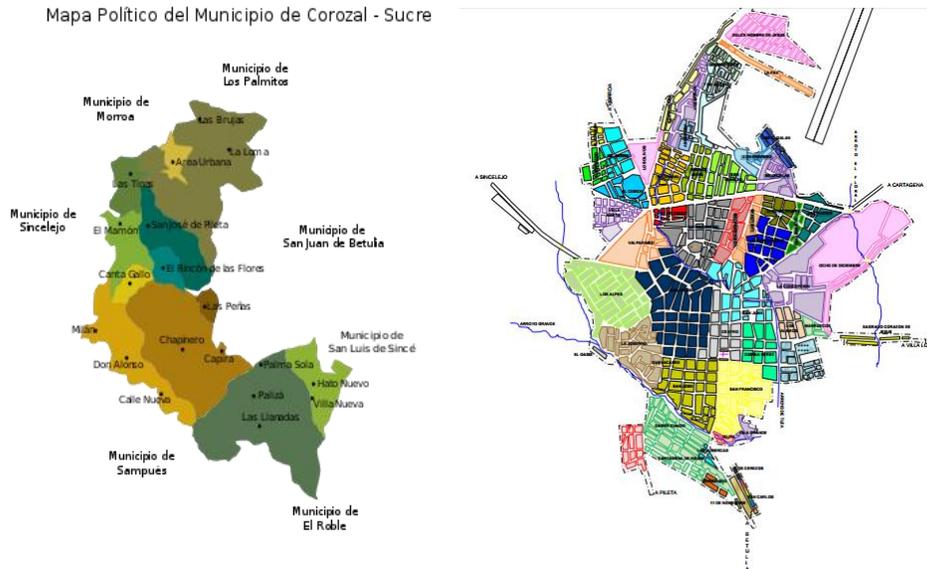
1.1.2 División Política

Corozal presenta una división administrativa tradicional con un área urbana, determinada por el perímetro correspondiente, y un área rural conformada por diez (10) corregimientos y diez (10) veredas:

- **Barrios:** El Renacimiento, Once de Noviembre, San Carlos, Navidad, Los Cerezos, Divino Niño, Cartagena de Indias, Las Delicias, Dager Chadid, Los Albercas, El Oasis, La Islita, La Josefina, Los Guayacanes, San José, San Francisco, La Panela, Los Alpes, San Miguel, San Juan, Ospina Pérez, Villa Rosita, El Mirador de la Sabana, Sagrado Corazón de Jesús, Marruecos, Los Álamos, La Concepción, Ocho de Diciembre, Las Brujas, Las Flores, Calle Nueva, Doce de Octubre, Parquecito, Las Lomas, Los Manguitos, La Macarena, Doce de Enero, Valparaíso, Villa Martha, El Ceibón, Alto Prado, El Carmen, El Jardín, Dulce Nombre de Jesús, La Paz, Monserrate, 7 de agosto, Santa Clara, Las Brisas, Asovipoba, Los Olivos, El Tendal, Buenos Aires, San Ignacio, Brúcelas, Dos de Febrero, Luis Carlos Galán, Isla Grande, Nelson Martelo.
- **Corregimientos:** Nuevo, El Mamón, San José de Pileta, Las Tinas, Canta Gallo, Las Peñas, Chapinero, Don Alonso, Las Llanadas y Rincón de las Flores.
- **Veredas:** Capira, Palizá, Calle Nueva, Milán, Villanueva, Palma Sola, Cerezal, Corozalito, Las Brujas y Santa Elena.

Nota: según la división político administrativa consultada en el DANE, el municipio de Corozal no ha enviado información suficiente para la clasificación de los centros poblados como corregimientos o veredas, estos son: Cantagallo, Chapinero, Don Alonso, El Mamón, Hato Nuevo, Las Llanadas, Las Tinas, San José de Pileta, El Rincón de las Flores, Las Peñas, Calle Nueva, Las Brujas, Villa Nueva, Milán, Palma Sola (3):

Tabla 2. División política. Corozal, 2018.



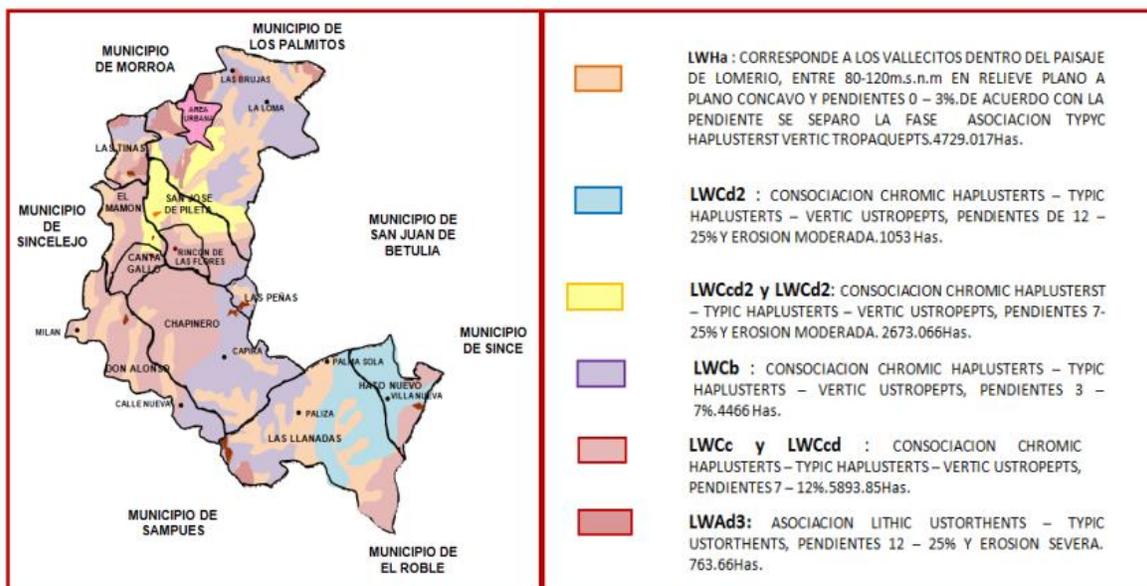
Fuente: ASIS de Corozal, 2016.

1.1.3 Características Físicas

1.1.3.1 Fisiografía

Corozal es un municipio que se ubica en la región fisiográfica Sabanas, donde predomina el paisaje de lomerío que corresponde a una vegetación de lomas alargadas separadas por una red hidrográfica moderadamente densa. El ambiente morfológico es erosional. Las zonas poco erosionadas comprenden relieves ligeramente ondulados sobre materiales arcillosos y a veces, materiales con arena, cascajo y gravilla. En cuanto a la topografía, el municipio presenta 5.100,15 hectáreas con pendiente entre el 0-3%, 5.113,94 hectáreas entre el 3-7%, 2.528,45 hectáreas entre el 12-25% y 7.586,24 hectáreas entre el 7-25%.

Mapa 2. Relieve en el municipio de Corozal, 2012.

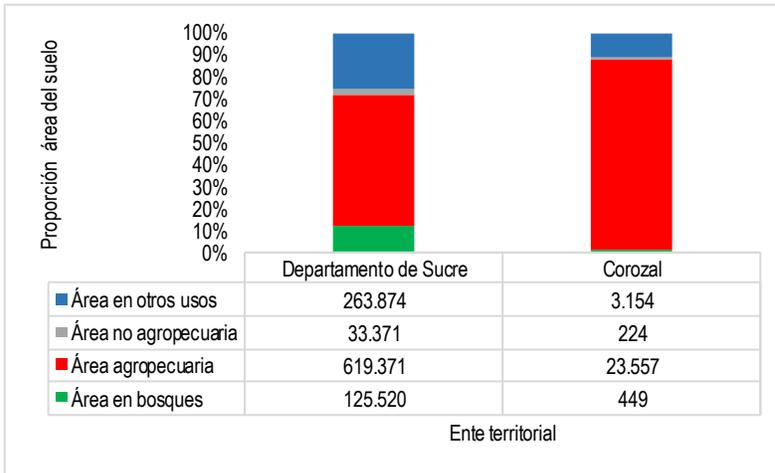


Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial de Corozal, 2012.

La distribución del área del suelo y proporción de hectáreas según datos del DANE es la siguiente: área en bosques 449 (1,64%), área agropecuaria 23.557 (86,02%), área no agropecuaria 224 (0,82%), área en otros usos 3.154 (11,52%).

El municipio presenta una formación ecológica de bosques seco tropical, donde la flora ha sufrido fuertes variaciones en lo referente a la composición, densidad y distribución debido a la destrucción de los bosques por parte del hombre. La problemática de las formaciones vegetales empieza con el establecimiento de grandes fincas con fines de pastoreo y agrícola, y luego la tala selectiva sobre especies vegetales que por sus características son preferidas para la construcción de casa y muebles como el Caracolí, campano, cedros, robles y otros. Conviene resaltar que existen especies en vía de extinción como: Roble, hoja menuda, trébol, polvillo, guayacán, bálsamo rojo, vara de humo, ceiba bongo, ceiba blanca, cedro, campano, caracolí y guamo.

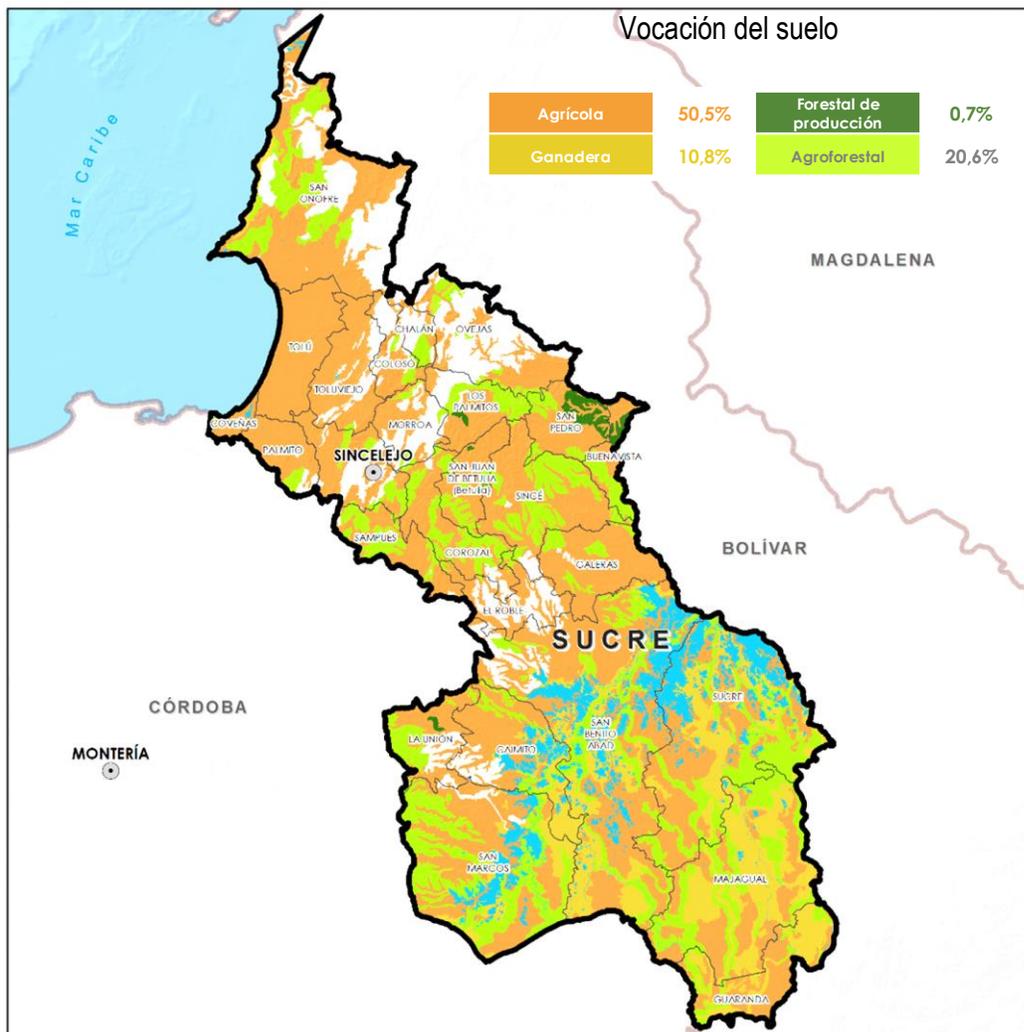
Figura 1. Distribución de las áreas de bosques, agropecuarias, no agropecuarias y otros usos del suelo. Departamento de Sucre y Corozal, 2018.

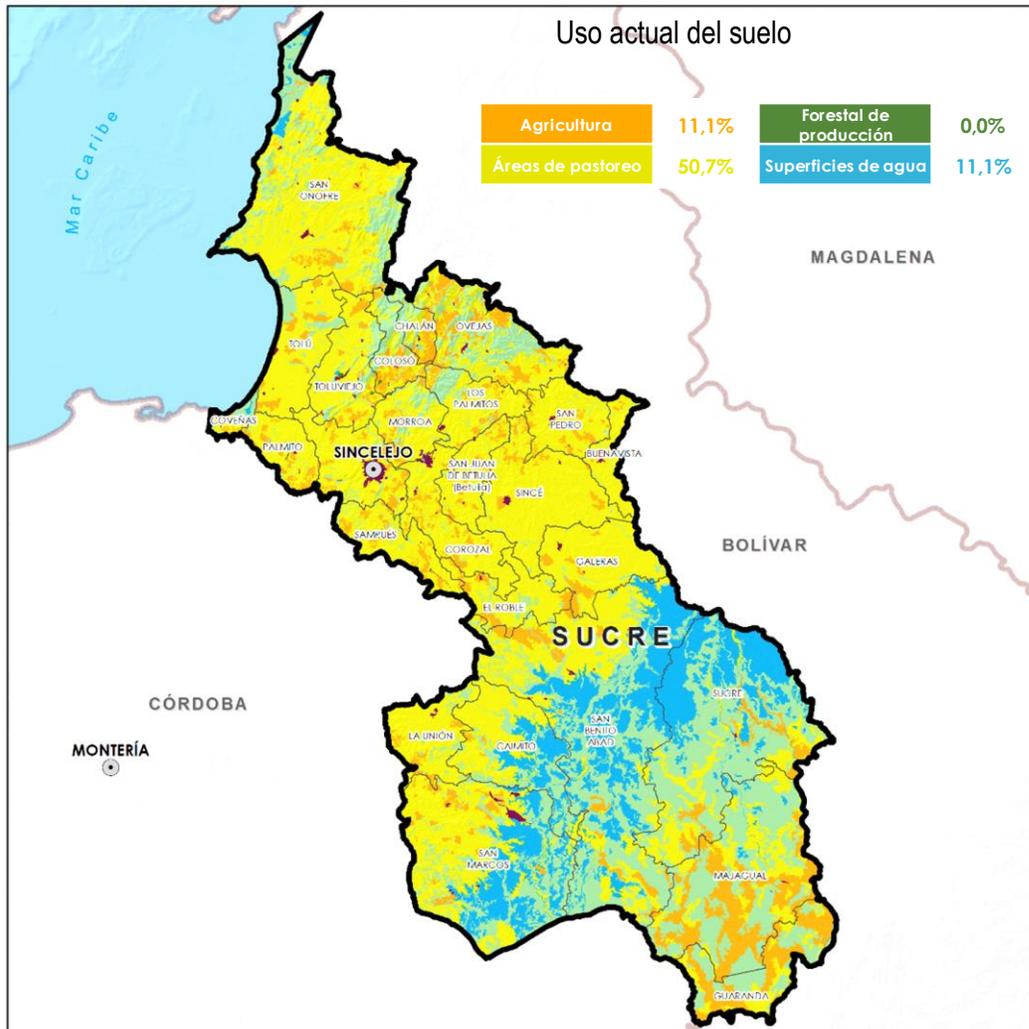


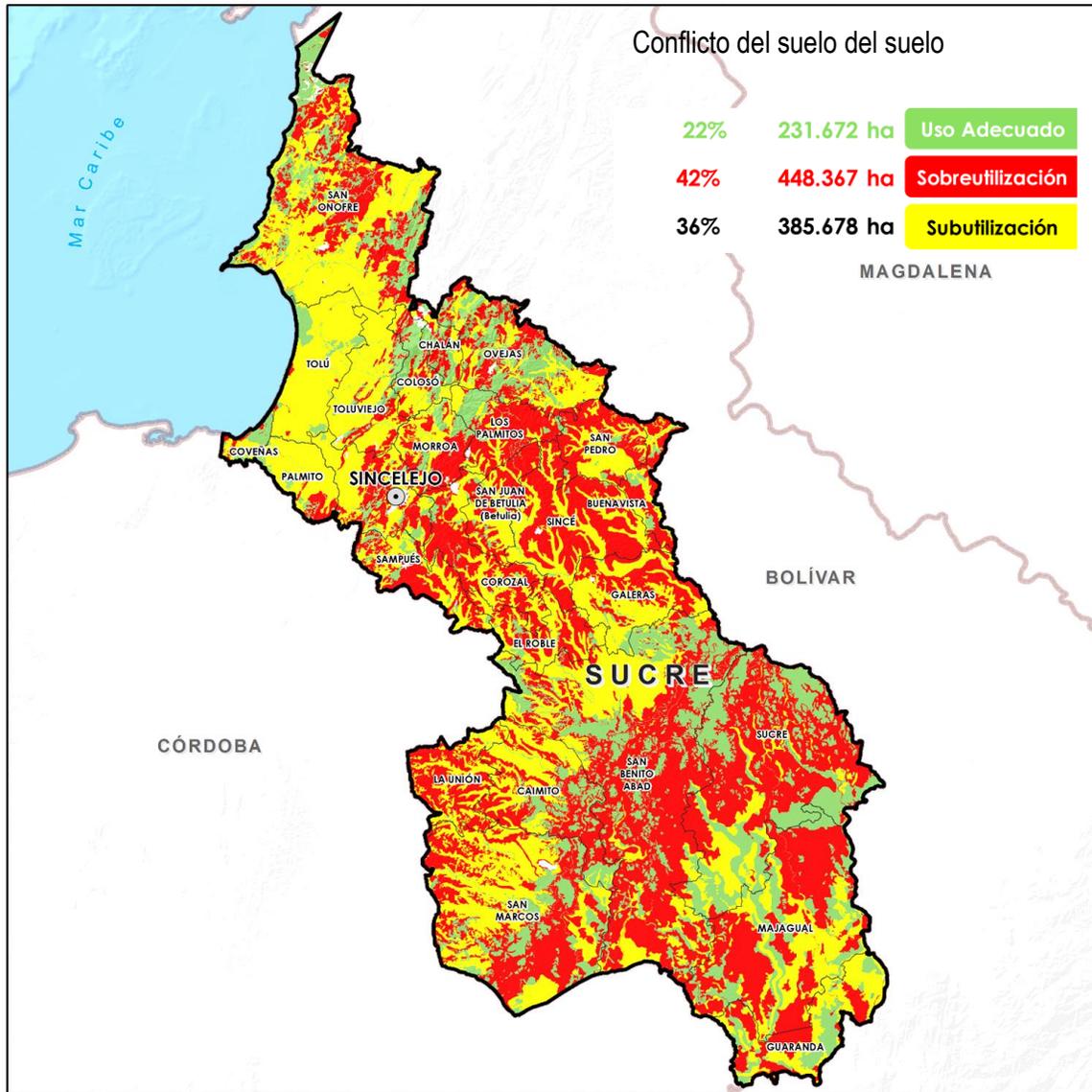
Fuente: Geoportal DANE, tercer censo nacional agropecuario. Fecha de consulta 2018/08/25.

Factores como la deforestación, el uso indiscriminado de las tierras, el exceso de la agricultura y la ganadería “a granel” tienen en aprietos la sostenibilidad de los suelos, lo cual podría representar futuras tragedias favoreciendo sequías e inundaciones y por consiguiente un impacto negativo en los programas de seguridad alimentaria y nutricional del territorio, el cual tiene una vocación 100% agrícola y no de pastoreo, la subutilización del suelo sobrepasa el 80%.

Mapa 3. Vocación, uso y conflicto del suelo. Departamento de Sucre, 2014.



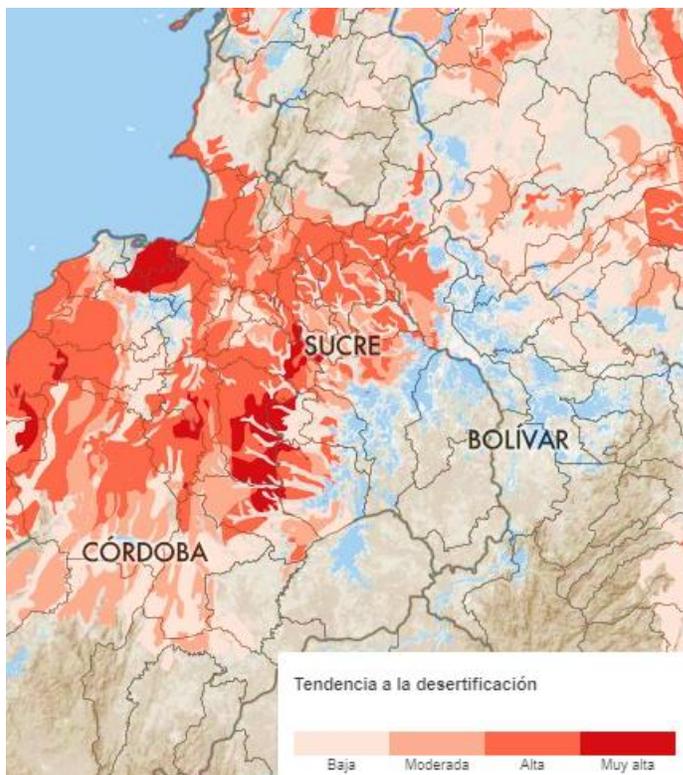




Fuente: IGAC 2014. Informe rendición de cuentas, UPRA 2016. Fecha de consulta 2018/08/25.

La desertificación es un proceso de degradación del suelo en zonas áridas, semiáridas y subhúmedas secas, que genera una reducción o pérdida de la producción biológica de los ecosistemas terrestres, limitando el crecimiento de la vegetación y afectando el ciclo hidrológico, con lo cual se genera escasez de agua, ésta se genera por el sobre laboreo o sobrepastoreo, los sistemas de riego mal manejados, intoxicación de suelos y la erosión, consecuencia de malas prácticas e injerencia climática, todo esto se genera por una presión económica y social sobre los recursos, situación que pone en alto nivel de vulnerabilidad la seguridad alimentaria y el sustento de comunidades campesinas, es urgente la elaboración e implementación de una política de uso sustentable del suelo en el territorio. El mapa siguiente muestra que aproximadamente que gran parte del municipio se encuentra moderadamente afectado por este fenómeno.

Mapa 4. Zonas de desertificación. Departamento de Sucre, 2013.



Fuente: Centro de Estudios Estratégicos Latinoamericanos – CEELAT (<http://ceelat.org/mapas/degradacion-de-suelos-y-desertificacion-en-colombia/>). Fecha de consulta 2018/08/28.

1.1.3.2 Hidrografía

Según información del Plan de Ordenamiento Territorial (POT), el municipio de Corozal en su territorio presenta una serie de arroyos y cañadas que se manifiestan como fuentes de agua superficiales

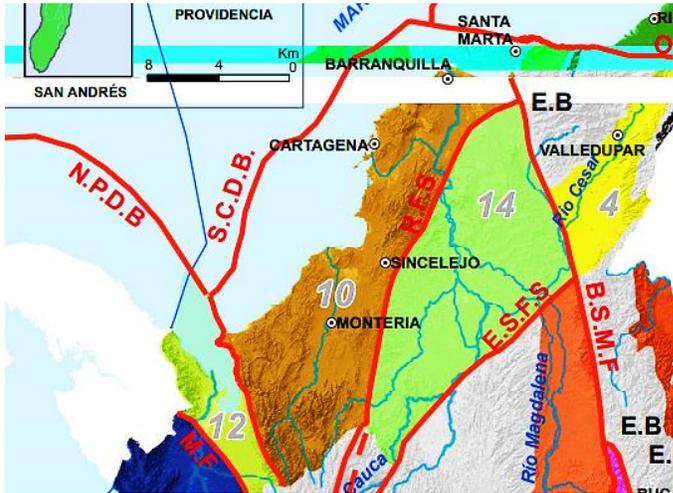
temporales, las cuales corren después de cada precipitación y provocan erosión por la presencia de deforestación en las micro cuencas. Entre las fuentes de agua que se presentan en forma temporal se identifican en Corozal aproximadamente cuatro. De los espejos de agua existentes en el municipio se pueden mencionar La Boca del Caño, La Poza de las Mujeres, Poza San Diego, Poza del Miedo, El Reventón, Laguna Grande, El Raicero, Los Chipés, Poza de los Músicos y Las Cachimbas.

El Municipio de Corozal se encuentra bañado por una serie de arroyos y cañadas que se manifiestan como fuentes de agua superficiales temporales, las cuales corren impetuosamente después de cada episodio de lluvia, causan erosión por el grado de desnudez presentada tras la previa deforestación total de las microcuencas. En época de invierno se encuentran aguas superficiales en forma de represas y jagüeyes. Entre las fuentes de agua que se dan en forma temporal se pueden mencionar **Fuente especificada no válida.:**

- Arroyo Grande de Corozal: nace en el Cerro de San Antonio (municipio de Sincelejo) y desemboca en el Caño de Santiago. Se ubica en la parte norte de Corozal, se desplaza primero hacia el oriente y, luego hacia el suroriente para desembocar en el caño antes mencionado. En su recorrido pasa por la parte sur del casco urbano del municipio, recibiendo afluentes y constituyendo la microcuenca del Arroyo Grande.
- Arroyo La Dorada: nace en la parte central del municipio, en el corregimiento de Chapinero (Hacienda el Socorro); su recorrido es de sur a occidente desembocando en el Caño de Santiago. Es el arroyo más caudaloso, y su recorrido conlleva grandes desbordamientos en el corregimiento de Chapinero, los cuales son utilizados como almacenamiento de agua en estanques y jagüeyes para bebederos de animales y el consumo humano.
- Arroyo La Laguna: ubicado al suroccidente de Corozal, nace en el corregimiento de Chapinero (Villa Ruby), se prolonga hacia el suroriente, siendo afluente del Arroyo Grande que desemboca en el bajo Cauca y San Jorge.

Las reservas de las provincias hidrogeológicas son susceptibles de aprovechamiento, hay zonas del municipio que adolecen del recurso, especialmente en los centros poblados; la decisión de aprovechar tales recursos de agua subterránea es una decisión política, que debe obedecer a las necesidades identificadas y que deben estar reflejados en el Plan Departamental de Aguas. (4).

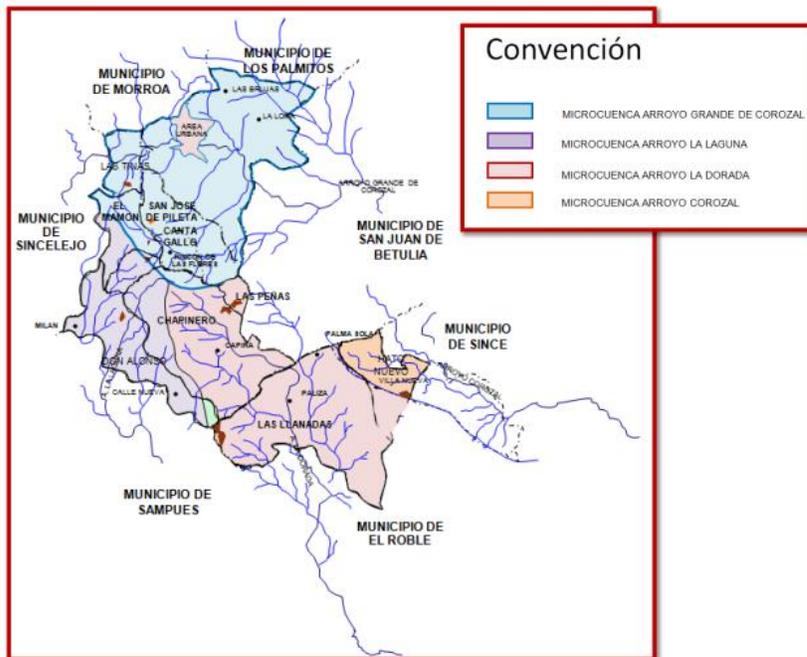
Mapa 5. Provincias hidrogeológicas. Departamento de Sucre, 2010.



- 10 - Sinú - San Jacinto.
- 14 - Valle Bajo del Magdalena.

Fuente: Estudio Nacional de Aguas 2010, IGAC. Fecha de consulta 2018/09/01.

Mapa 6. Hidrografía, 2017.

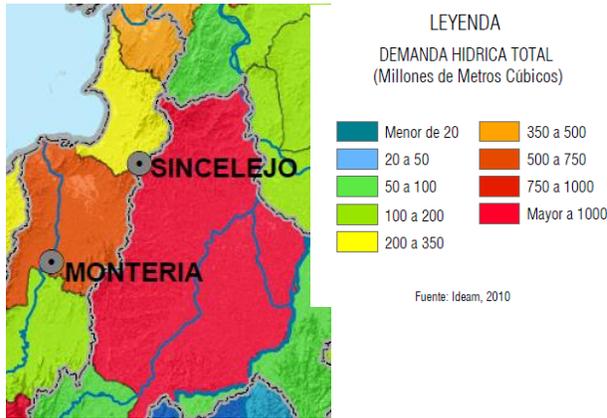


Fuente: Sociedad geográfica de Colombia. Fecha de consulta 2018/09/04.

En el municipio el sector agrícola, los pastos manejados y los cultivos transitorios son los de mayor demanda por uso de agua, la presión que la ganadería extensiva ejerce sobre la demanda hídrica

debe ser revisado con prioridad por cuanto el agua es un recurso limitado y con efectos directos en el medio ambiente y la salud.

Mapa 7. Demanda hídrica por subzonas hidrográficas y desagregada. Departamento de Sucre, 2010.



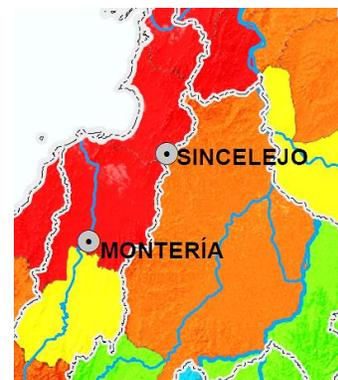
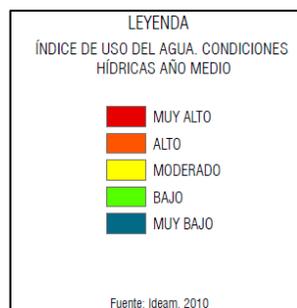
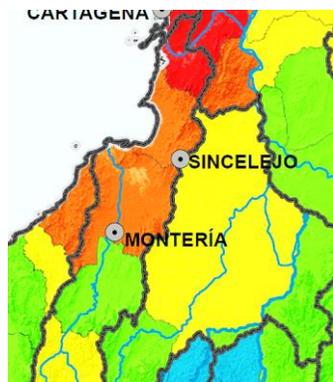
Fuente: Estudio Nacional de Aguas 2010, IGAC. Fecha de consulta 2018/09/01.

Según se observa en los mapas siguientes, en el municipio el índice de uso de agua en condiciones hidrológicas medias es moderado y en condiciones hidrológicas secas es alto, lo cual refleja una vulnerabilidad a la escasez alta (4), ver mapas siguientes.

Mapa 8. Índice de uso de agua, condiciones hídricas año medio y año seco. Departamento de Sucre, 2010.

Año medio

Año seco

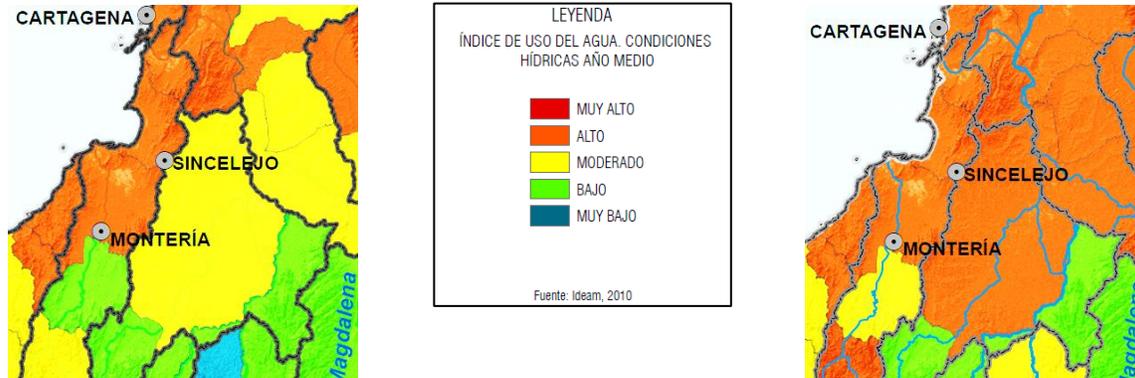


Fuente: Estudio Nacional de Aguas 2010, IGAC. Fecha de consulta 2018/09/01.

Mapa 9. Índice de vulnerabilidad hídrica. Departamento de Sucre, 2010.

Año medio

Año seco



Fuente: Estudio Nacional de Aguas 2010, IGAC. Fecha de consulta 2018/09/01.

1.1.3.3 Clima

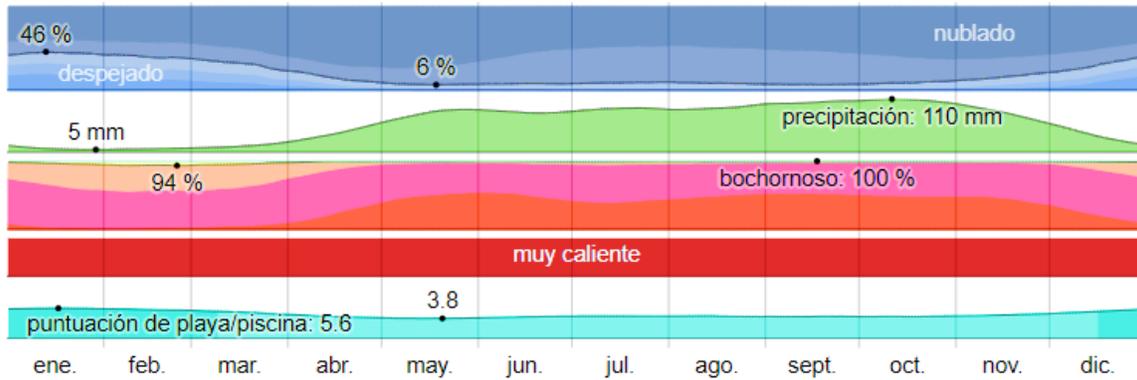
Los fenómenos climáticos extremos son cada vez más intensos y frecuentes, el cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura (5). Conocer la disponibilidad del recurso hídrico en el territorio permitirá proyectar su regulación y el adecuado aprovechamiento en actividades como la agricultura, la ganadería, el consumo humano y las demandas de los ecosistemas existentes.

En Corozal, la temporada de lluvia es nublada, la temporada seca es parcialmente nublada y es muy caliente y opresivo durante todo el año. Durante el transcurso del año, la temperatura generalmente varía de 22 °C a 35 °C y rara vez baja a menos de 20 °C o sube a más de 37 °C. En base a la puntuación de playa/piscina, la mejor época del año para visitar Corozal para las actividades de calor es desde mediados de diciembre hasta principios de marzo

Para fines de este informe, las coordenadas geográficas de Corozal son latitud: 9,315°, longitud: -75,293°, y elevación: 165 m. La topografía en un radio de 3 kilómetros de Corozal contiene solamente variaciones modestas de altitud, con un cambio máximo de altitud de 62 metros y una altitud promedio sobre el nivel del mar de 158 metros. En un radio de 16 kilómetros contiene solamente variaciones modestas de altitud (206 metros). En un radio de 80 kilómetros contiene variaciones grandes de altitud (840 metros). El área en un radio de 3 kilómetros de Corozal está cubierta de pradera (54 %), árboles (22 %) y arbustos (22 %), en un radio de 16 kilómetros de pradera (45 %) y árboles (27 %) y en un radio de 80 kilómetros de pradera (36 %) y árboles (24 %) (6).

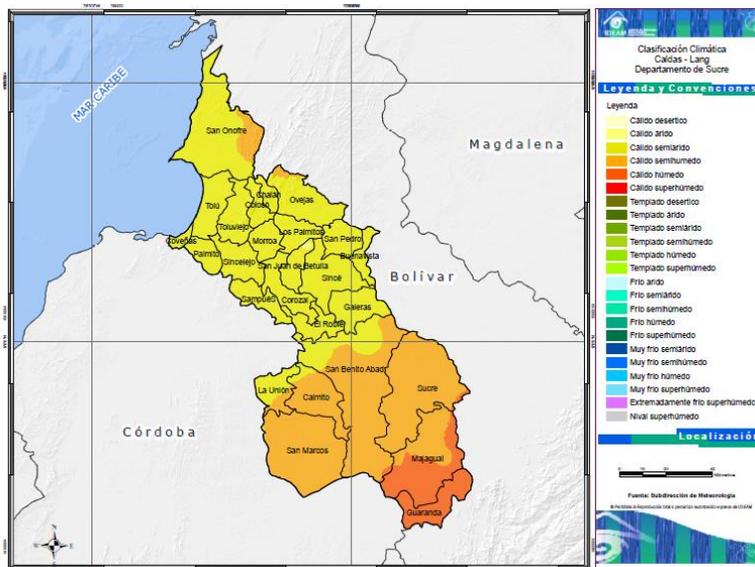
La clasificación climática según la escala Caldas – Lang es cálido árido.

Figura 2. Variables climáticas de Corozal, 2016.



Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

Mapa 10. Clasificación Climática (Caldas – Lang). Departamento de Sucre, 2010.



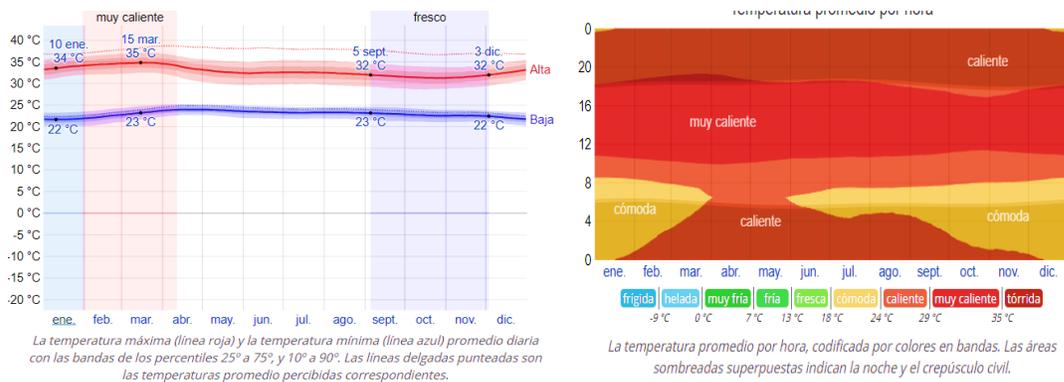
Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM. Fecha de consulta 2018/09/04.

1.1.3.3.1 Temperatura

La temporada calurosa dura 2,4 meses, del 30 de enero al 11 de abril, y la temperatura máxima promedio diaria es más de 34 °C. El día más caluroso del año es el 15 de marzo, con una temperatura máxima promedio de 35 °C y una temperatura mínima promedio de 23 °C. La temporada fresca dura 3,0 meses, del 5 de septiembre al 3 de diciembre, y la temperatura máxima promedio diaria es menos

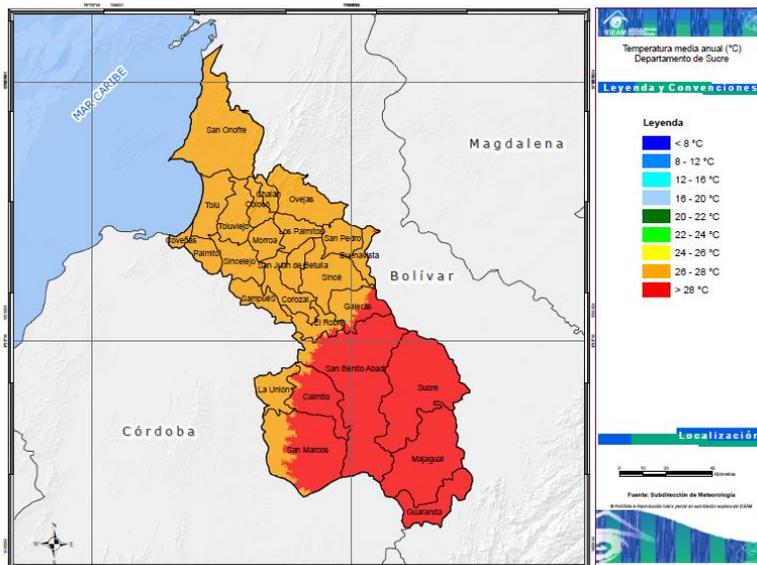
de 32 °C. El día más frío del año es el 10 de enero, con una temperatura mínima promedio de 22 °C y máxima promedio de 34 °C (6).

Figura 3. Temperatura máxima, mínima y promedio, 2016.



Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

Mapa 11. Temperatura media anual (°C). Departamento de Sucre, 2010.



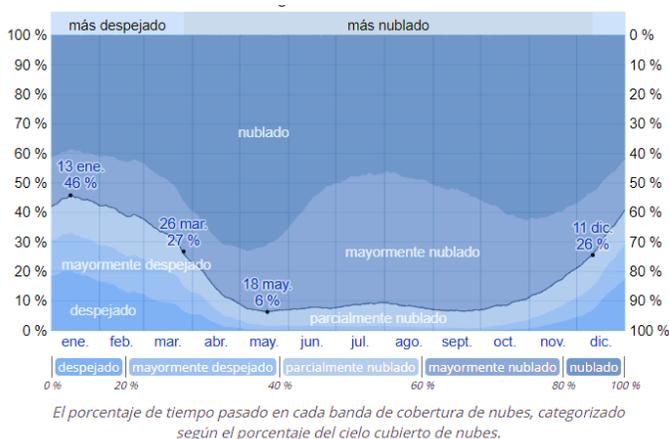
Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM. Fecha de consulta 2018/09/04.

1.1.3.3.2 Nubes

En Corozal, el promedio del porcentaje del cielo cubierto con nubes varía considerablemente en el transcurso del año. La parte más despejada del año en Corozal comienza aproximadamente el 11 de

diciembre; dura 3,5 meses y se termina aproximadamente el 26 de marzo. El 13 de enero, el día más despejado del año el 46% del tiempo y nublado o mayormente nublado el 54 % del tiempo. La parte más nublada del año comienza aproximadamente el 26 de marzo; dura 8,5 meses y se termina aproximadamente el 11 de diciembre. El 18 de mayo, el día más nublado del año el 94 % del tiempo y despejado, mayormente despejado o parcialmente nublado el 6 % del tiempo (6).

Figura 4. Categorías de nubosidad en Corozal, 2016.



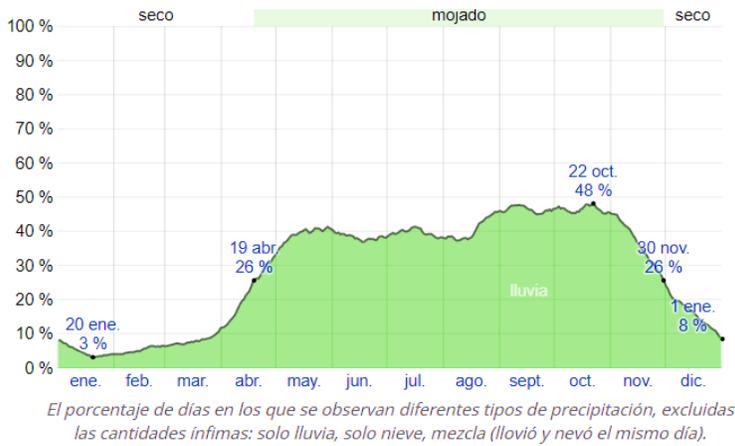
Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

1.1.3.3 Precipitación

Un día mojado es un día con por lo menos 1 milímetro de líquido o precipitación equivalente a líquido. La probabilidad de días mojados en Corozal varía considerablemente durante el año. La temporada más mojada dura 7,4 meses, de 19 de abril a 30 de noviembre, con una probabilidad de más del 26 % de que cierto día será un día mojado. La probabilidad máxima de un día mojado es del 48 % el 22 de octubre. La temporada más seca dura 4,6 meses, del 30 de noviembre al 19 de abril. La probabilidad mínima de un día mojado es del 3 % el 20 de enero. Entre los días mojados, distinguimos entre los que tienen solamente lluvia, solamente nieve o una combinación de las dos. En base a esta categorización, el tipo más común de precipitación durante el año es solo lluvia, con una probabilidad máxima del 48 % el 22 de octubre (6).

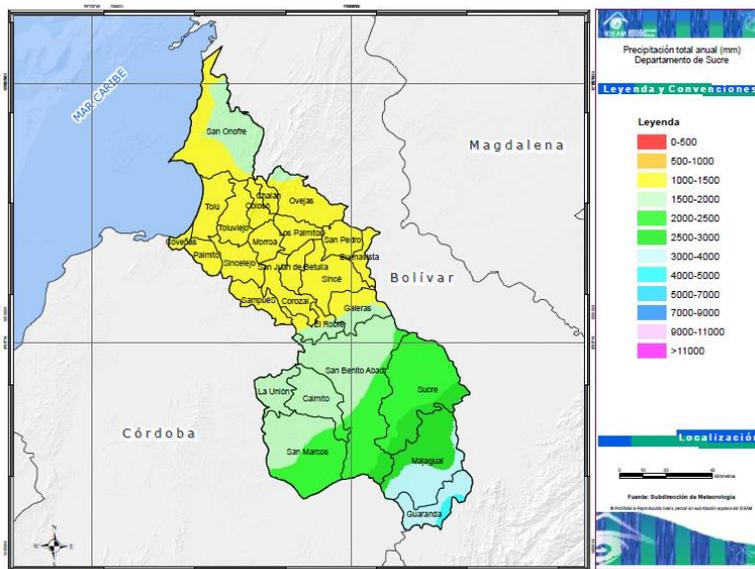
El Corozal las precipitaciones registran un rango entre 1.000 a 1.500 mm anuales.

Figura 5. Probabilidad diaria de precipitación, 2016.



Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

Mapa 12. Precipitación total anual (mm). Departamento de Sucre, 2010.



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM. Fecha de consulta 2018/09/04.

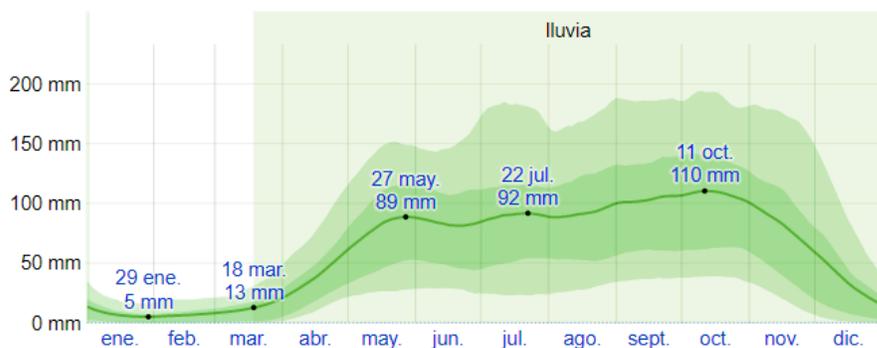
1.1.3.3.4 Lluvia

Para mostrar la variación durante un mes y no solamente los totales mensuales, mostramos la precipitación de lluvia acumulada durante un período móvil de 31 días centrado alrededor de cada día del año. Corozal tiene una variación extremada de lluvia mensual por estación. La temporada de lluvia

dura 9,5 meses, del 18 de marzo al 2 de enero, con un intervalo móvil de 31 días de lluvia de por lo menos 13 milímetros. La mayoría de la lluvia cae durante los 31 días centrados alrededor del 11 de octubre, con una acumulación total promedio de 110 milímetros. El periodo del año sin lluvia dura 2,5 meses, del 2 de enero al 18 de marzo. La fecha aproximada con la menor cantidad de lluvia es el 29 de enero, con una acumulación total promedio de 5 milímetros (6).

El promedio anual de días lluvia es de 50-100 días.

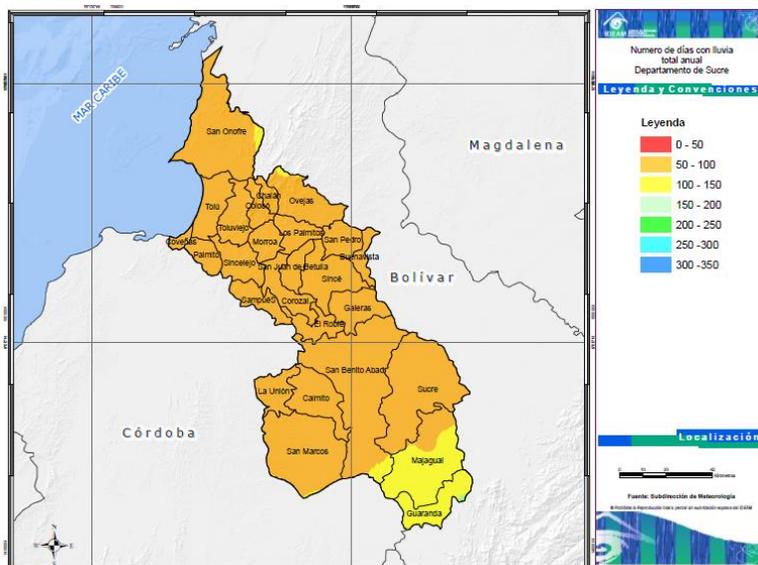
Figura 6. Precipitación de lluvia mensual promedio, 2016.



La lluvia promedio (línea sólida) acumulada en un periodo móvil de 31 días centrado en el día en cuestión, con las bandas de percentiles del 25º al 75º y del 10º al 90º. La línea delgada punteada es el equivalente de nieve en líquido promedio correspondiente.

Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

Mapa 13. Número de días con lluvia total anual. Departamento de Sucre, 2010.



Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM. Fecha de consulta 2018/09/04.

1.1.3.3.5 Fenómeno ENSO

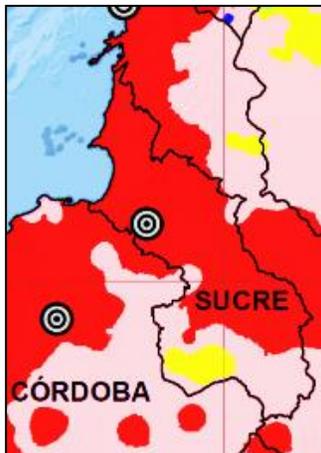
“El Niño” y “La Niña” son parte de la oscilación del sur El Niño, (ENSO por sus siglas). ENSO es una fluctuación natural de las temperaturas superficiales del mar y la presión superficial del aire del Océano Pacífico Tropical entre el este y oeste (7), éste trastorna los patrones de precipitación y circulación atmosférica, presentándose cada 3 a 7 años. Las afectaciones para el recurso hídrico son más críticas para el trimestre diciembre a febrero, cuando se presentan eventos de El Niño, y para el trimestre septiembre-octubre-noviembre, cuando el evento es La Niña.

Estos fenómenos han afectado al territorio en especial durante el primer trimestre del segundo año del fenómeno del Niño en hubo un déficit severo (menor al 40% %) y con excedente severo (mayor a 160%). Esta situación influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud como un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura.

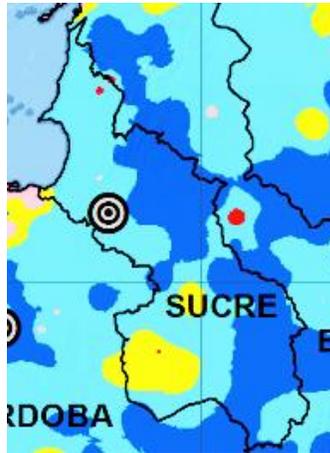
Las temperaturas extremas del aire contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas de edad avanzada, debido a que causan un aumento de los niveles de ozono y de otros contaminantes del aire que agravan estas enfermedades. Los niveles de polen y otros alérgenos también son mayores en caso de calor extremo y pueden provocar asma.

Mapa 14. Alteraciones de la precipitación, durante el primer trimestre del segundo año en presencia de un fenómeno típico de El Niño y la Niña. Departamento de Sucre, 2014.

EL NIÑO



LA NIÑA



Fuente: Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC. Fecha de consulta 2018/09/04.

Las lluvias intensas pueden provocar inundaciones, por lo podría generar al desplazamiento temporal de personas, lo que acentúa a su vez el riesgo de efectos en la salud, desde trastornos mentales hasta enfermedades transmisibles, la escasez de agua potable puede poner en peligro la higiene y aumentar el riesgo de enfermedades diarreicas, enfermedades de la piel, daños en las viviendas y perturbaciones del suministro de servicios, de salud, entre otros. También dicho incremento precipitación puede ocasionar un aumento en los casos de Enfermedad Respiratoria Aguda (ERA), las enfermedades transmitidas por insectos vectores y el accidente ofídico, por ello es importante mantener una vigilancia colectiva del evento a través del Sivigila, fomentar y vigilar las actualizaciones periódicas de los planes de emergencia y/o contingencia para la prevención en la comunidad y preparación de los establecimientos de salud ante posibles cambios en los escenarios epidemiológicos.

1.1.3.3.6 Sol

La duración del día en Corozal no varía considerablemente durante el año, solamente varía 40 minutos de las 12 horas en todo el año. En 2018, el día más corto es el 21 de diciembre, con 11 horas y 35 minutos de luz natural; el día más largo es el 21 de junio, con 12 horas y 40 minutos de luz natural. La salida del sol más temprana es a las 5:39 el 29 de mayo, y la salida del sol más tardía es 43 minutos más tarde a las 6:22 el 28 de enero. La puesta del sol más temprana es a las 17:36 el 16 de noviembre, y la puesta del sol más tardía es 49 minutos más tarde a las 18:25 el 12 de julio (6).

Corozal muestra una irradiación solar entre 4 y 5 horas día, con 1 o 2 días sin brillo, y un índice UV entre 8 y 9 catalogados como una exposición alta y peligrosa, de acuerdo con las especificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Meteorológica Mundial (OMM).

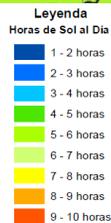
El territorio por su ubicación geográfica es favorecido con una mayor intensidad de radiación solar, la cual oscila entre 4 y 5 KWh/m²/día, lo que indica la conveniencia de tener potreros arborizados con el objeto de compensar la alta evaporación y desecación de los suelos y mantener el equilibrio ecológico que coadyuve a un manejo sostenible de la agricultura y la ganadería en los diferentes agro ecosistemas. (8).

La problemática anterior es relevante por cuanto una de las actividades principales son el trabajo agropecuario y el mototaxismo informal, que expone a los sujetos a cáncer y envejecimiento prematuro de la piel, cataratas y otros daños oculares, daños e incluso supresión del sistema inmunitario, alergias, reacciones y desarrollo de hipersensibilidad.

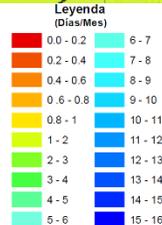
Es poco el desarrollo o el impulso sobre todo en el sector público el uso de la energía solar para satisfacer las necesidades energéticas, sobre todo en la zona rural, siendo un municipio con alta proporción de horas de brillo solar diario.

Mapa 15. Brillo solar medio diario anual, número de días sin brillo solar e índice UV. Departamento de Sucre, 1981-2010, 2014.

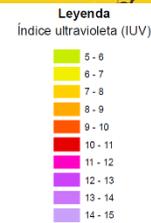
Brillo solar medio diario anual
Promedio multianual 1981-
2010



Número de días sin brillo solar



Índice UV

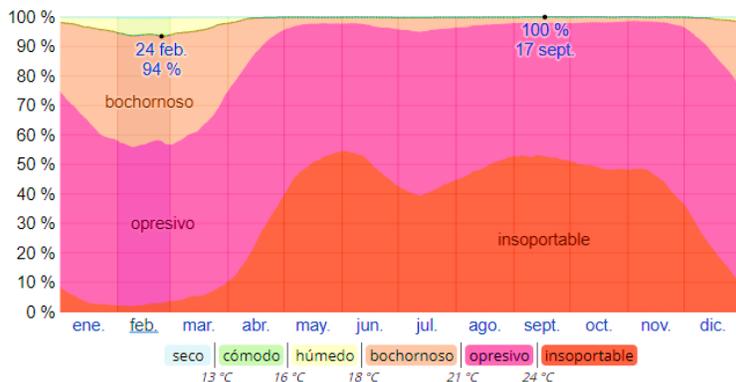


Fuente: Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM. Fecha de consulta 2018/09/05.

1.1.3.3.7 Humedad

Basamos el nivel de comodidad de la humedad en el punto de rocío, ya que éste determina si el sudor se evaporará de la piel enfriando así el cuerpo. Cuando los puntos de rocío son más bajos se siente más seco y cuando son altos se siente más húmedo. A diferencia de la temperatura, que de manera general varía considerablemente entre la noche y el día, el punto de rocío tiende a cambiar más lentamente, así es que, aunque la temperatura baje en la noche, en un día húmedo de manera general la noche es húmeda. El nivel de humedad percibido en Corozal, debido por el porcentaje de tiempo en el cual el nivel de comodidad de humedad es bochornoso, opresivo o insoportable, no varía considerablemente durante el año, y permanece entre el 3 % del 97 % (6).

Figura 7. Niveles de comodidad de la humedad, 2016.



El porcentaje de tiempo pasado en varios niveles de comodidad de humedad, categorizado por el punto de rocío.

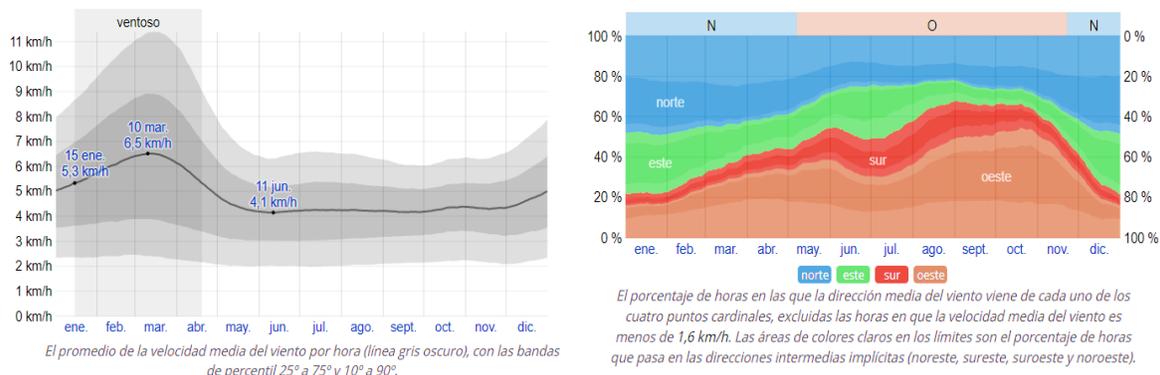
Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

1.1.3.3.8 Viento

Esta sección trata sobre el vector de viento promedio por hora del área ancha (velocidad y dirección) a 10 metros sobre el suelo. El viento de cierta ubicación depende en gran medida de la topografía local y de otros factores; y la velocidad instantánea y dirección del viento varían más ampliamente que los promedios por hora. La velocidad promedio del viento por hora en Corozal tiene variaciones estacionales leves en el transcurso del año. La parte más ventosa del año dura 3,1 meses, del 15 de enero al 19 de abril, con velocidades promedio del viento de más de 5,3 kilómetros por hora. El día más ventoso del año es el 10 de marzo, con una velocidad promedio del viento de 6,5 kilómetros por hora. El tiempo más calmado del año dura 8,9 meses, del 19 de abril al 15 de enero. El día más calmado del año es el 11 de junio, con una velocidad promedio del viento de 4,1 kilómetros por hora (6).

El viento con más frecuencia viene del oeste durante 6,5 meses, del 7 de mayo al 22 de noviembre, con un porcentaje máximo del 55 % en 19 de octubre. El viento con más frecuencia viene del norte durante 5,5 meses, del 22 de noviembre al 7 de mayo, con un porcentaje máximo del 48 % en 1 de enero (6).

Figura 8. Velocidad promedio y dirección del viento, 2016.

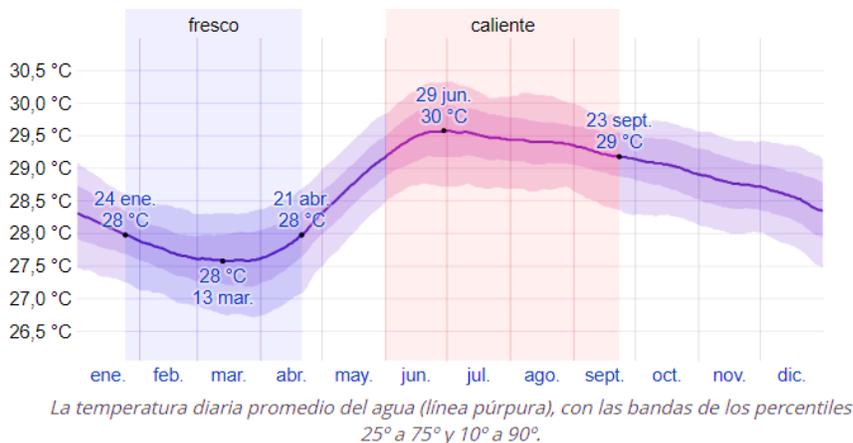


Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

1.1.3.3.9 Temperatura del agua

Corozal se encuentra cerca de una masa grande de agua (p. ej. un océano, mar o lago grande). Esta sección reporta la temperatura promedio de la superficie del agua de una área amplia. La temperatura promedio del agua tiene variaciones estacionales considerables durante el año. La época del año cuando el agua está más caliente dura 3,7 meses, del 1 de junio al 23 de septiembre, con una temperatura promedio superior a 29 °C. El día del año cuando el agua está más caliente es el 29 de junio, con una temperatura promedio de 30 °C. La época del año cuando el agua está más fría dura 2,9 meses, del 24 de enero al 21 de abril, con una temperatura promedio inferior a 28 °C. El día del año cuando el agua está más fría es el 13 de marzo, con una temperatura promedio de 28 °C (6).

Figura 9. Temperatura promedio del agua, 2016.



Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

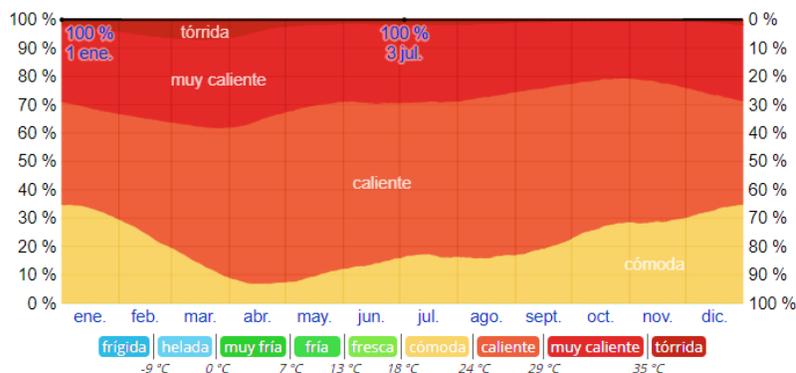
1.1.3.3.10 La mejor época del año para visitar

Para describir qué tan agradable es el clima en Corozal durante el año, calculamos dos puntuaciones para viajar. La puntuación de turismo favorece los días despejados y sin lluvia con temperaturas percibidas entre 18 °C y 27 °C. En base a esta puntuación, la mejor época del año para visitar Corozal para las actividades turísticas generales a la intemperie es desde mediados de diciembre hasta principios de marzo, con una puntuación máxima en la segunda semana de enero. La puntuación de playa/piscina favorece días despejados, sin lluvia, con temperaturas percibidas entre 24 °C y 32 °C. En base a esta puntuación, la mejor época del año para visitar Corozal para actividades de clima caluroso es desde mediados de diciembre hasta principios de marzo, con una puntuación máxima en la segunda semana de enero (6).

1.1.3.3.11 Periodo de cultivo

Las definiciones del periodo de cultivo varían en todo el mundo, pero para fines de este informe, lo definimos con el periodo continuo más largo de temperaturas sin heladas (≥ 0 °C) del año (el año calendario en el hemisferio norte o del 1 de julio al 30 de junio en el hemisferio sur). Las temperaturas en Corozal son lo suficientemente cálidas todo el año por lo que no tiene sentido hablar del periodo de cultivo en estos términos (6).

Figura 10. Tiempo que se pasa en diferentes bandas de temperatura y el periodo de cultivo, 2016.



El porcentaje de tiempo que se pasa en diferentes bandas de temperatura. La línea negra es el porcentaje de probabilidad de que un día dado esté dentro del periodo de cultivo.

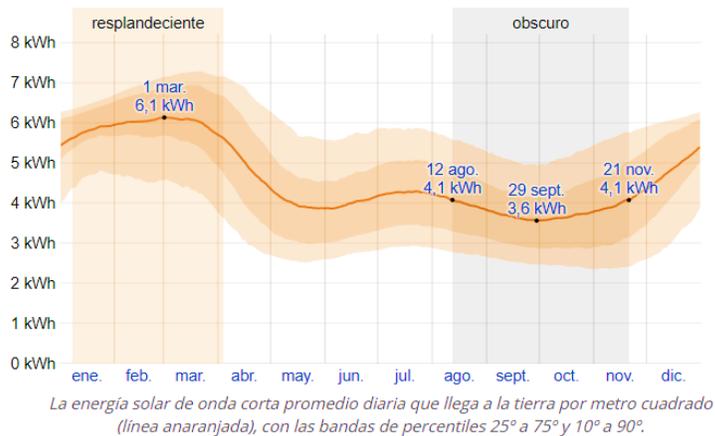
Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

1.1.3.3.12 Energía solar

Esta sección trata sobre la energía solar de onda corta incidente diaria total que llega a la superficie de la tierra en una área amplia, tomando en cuenta las variaciones estacionales de la duración del día, la elevación del sol sobre el horizonte y la absorción de las nubes y otros elementos atmosféricos. La radiación de onda corta incluye luz visible y radiación ultravioleta. La energía solar de onda corta incidente promedio diaria tiene variaciones estacionales leves durante el año. El período más

resplandeciente del año dura 2,9 meses, del 8 de enero al 4 de abril, con una energía de onda corta incidente diaria promedio por metro cuadrado superior a 5,6 kWh. El día más resplandeciente del año es el 1 de marzo, con un promedio de 6,1 kWh. El periodo más obscuro del año dura 3,3 meses, del 12 de agosto al 21 de noviembre, con una energía de onda corta incidente diaria promedio por metro cuadrado de menos de 4,1 kWh. El día más obscuro del año es el 29 de septiembre, con un promedio de 3,6 kWh (6).

Figura 11. Energía solar de onda corta incidente diaria promedio, 2016.



Fuente: Weather Spark. Fecha de consulta: 25/11/2018.

1.1.4 Accesibilidad geográfica

La dispersión geográfica, la disponibilidad de vías de acceso y de medios de transporte, son entre otros, determinantes estructurales de la situación de salud que aportan en la persistencia de brechas de desigualdad. A continuación, se presentan los siguientes aspectos: disponibilidad y estado de vías de comunicación; tipos de acceso: terrestre (kilómetros carretables y no carretables), fluvial y aérea; redes de transporte, tiempo de traslado y distancia en kilómetros entre las entidades territoriales vecinas y desde el lugar más alejado.

1.1.4.1 Transporte terrestre

Terrestre: Se puede afirmar que el 60% de las vías terciarias del municipio se encuentran en mal estado lo que ha ocasionado una dificultad de intercomunicación entre la zona rural y la zona urbana y además con municipios vecinos de la región. En lo que respecta a la malla vial urbana el 30% de las vías se encuentran en mal estado, el 50% se encuentran de regular a mal estado y el 20% restante se encuentran buen estado. El deterioro de la malla vial ha afectado la comercialización de productos agropecuarios reduciendo el ingreso de los productores, la prestación de servicios de salud y educación. Con relación al sistema de transporte el municipio no cuenta con una Terminal lo que ha ocasionado un desorden público y altos índices de accidente debido a la ausencia de un plan de

movilidad y cultura ciudadana. Las señales de tránsito no se encuentran bien definidas y los semáforos se encuentran inservibles. Los vendedores ambulantes se ubican en los andenes y espacios públicos obstaculizando la movilidad principalmente de los peatones. Se hace necesaria la recuperación del espacio público.

- Eje vial principal de comunicación con la capital del Departamento, carretera troncal de occidente.
- Vía a Cartagena: teniendo comunicación con los Municipios de Los Palmitos, Ovejas, San Pedro, Buenavista entre otros.
- Vía a Montería: teniendo comunicación con los Municipios de Sincelejo, Sampués, Tolviejo, Tolú, San Onofre, Chinú, Sahagún, etc.
- Vía a San Juan de Betulia: teniendo comunicación con los Municipios de San Juan de Betulia, Sincé, Galeras.

Tabla 3. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros entre los municipios del Departamento de Sucre, 2018.

Desde Corozal hasta:	Tiempo de llegada		Distancia en Kilómetros	Tipo de transporte comúnmente usado dentro del municipio
	Horas	Minutos		
Sincelejo	0	20	14,6	Moto, Bus, Auto
Morroa	0	11	5,4	Moto, Bus, Auto
San Juan de Betulia	0	34	9,6	Moto, Bus, Auto
Desde zona rural a cabecera				
San José de la Pileta	0	17	6,7	Moto, Bus, Auto
El Mamón	0	19	7,9	Moto, Bus, Auto
Cantagallo	0	22	9,4	Moto, Bus, Auto
Las Peñas	0	35	15,6	Moto, Bus, Auto
Chapinero	0	37	16,2	Moto, Bus, Auto
Don Alonzo	0	32	21,0	Moto, Bus, Auto
Las Llanadas	0	50	43,7	Moto, Bus, Auto
Las Tinajas	0	22	8,5	Moto, Bus, Auto
Las Brujas	0	6	3,6	Moto, Bus, Auto

Fuente: Elaboración propia a partir de consulta en Google Maps.

1.1.4.2 Transporte fluvial y marítimo

No hay.

1.1.4.3 Transporte aéreo

El aeropuerto Las Brujas de Corozal (código IATA: CZU, código OACI: SKCZ) es un aeropuerto nacional. En ocasiones de emergencia le sirve el aeropuerto alterno de la ciudad de Montería capital

del vecino departamento de Córdoba. Tiene operación regional y nacional. Es el reemplazo del Aeropuerto Baracoa de Magangué, sur del departamento de Bolívar.

Cuentan los historiadores que en el lugar donde hoy opera el aeropuerto, durante la época de la Inquisición, las presuntas brujas de la región eran quemadas en inmediaciones de este lugar. Por ese motivo dicen, el sitio tomó el nombre de Las Brujas y con el tiempo, cuando se construyó el aeropuerto, fue bautizado con el mismo nombre. Tiene operación regional y nacional.

El 12 de julio de 1939 aterrizó el primer avión, inaugurando con ello los servicios del aeropuerto Las Brujas, el cual había estado en construcción por iniciativa de SCADTA y personajes ilustres desde el año de 1938. El vuelo de apertura del aeropuerto lo operó la aerolínea SCADTA (actual Avianca), con un avión híbrido Sikorsky S-38.

En 2008 el aeropuerto fue adjudicado al concesionario AirPlan que actualmente lo administra y efectuará remodelaciones en el terminal.

En 2016 Corozal recibió a 71,181 pasajeros, mientras que en 2017 recibió a 81,472 pasajeros según datos publicados por el Grupo Aeroportuario del Sureste **Fuente especificada no válida**. La aerolínea SATENA ha informado que dejará de prestar servicios en enero de 2019, por la poca rentabilidad de las operaciones.

1.1.5 Amenazas identificadas

Se entiende como amenaza la probabilidad de ocurrencia de un evento de origen natural o causado por el hombre que tenga un eventual efecto destructor sobre la población, sus actividades, sus bienes y el medio ambiente.

La amenaza no se presenta de manera constante, se expresa en un momento en un lugar determinado. Aunque no haya ocurrido hasta hoy se requiere presentarse para su posible ocurrencia.

A continuación, se presenta una compilación de las amenazas detectadas en la subregión Montes de María en donde se ubica el municipio de Corozal.

Tabla 4. Amenazas identificadas en la subregión Sabanas, 2018.

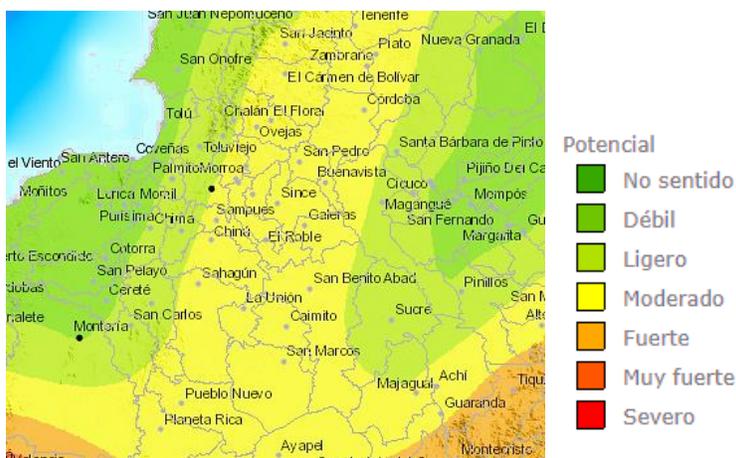
Amenazas	Sabanas
Aglomeraciones de público	Medio
Avenidas torrenciales	Medio
Ceráunicas	Bajo
Contaminación	Bajo
Contaminación tecnológica	Medio
Degradación de recursos naturales	Medio
Derrame	Bajo
Erosión	-

Amenazas	Sabanas
Explosiones	Bajo
Fallas geológicas	Bajo
Fugas	Bajo
Incendios estructurales	Alta
Incendios forestales	Medio
Inundación	Bajo
Remoción en masa	Bajo
Sequías	Medio
Vandalismo	Bajo
Vendavales	Medio
Vientos Fuertes	Medio
Sismos	Medio

Fuente: ASIS 2016 Departamental.

Según informe de Ingeominas elaborado en 2006, el territorio municipal presenta riesgo moderado de amenaza sísmica.

Mapa 16. Mapa de amenaza sísmica del Departamento de Sucre, 2018.

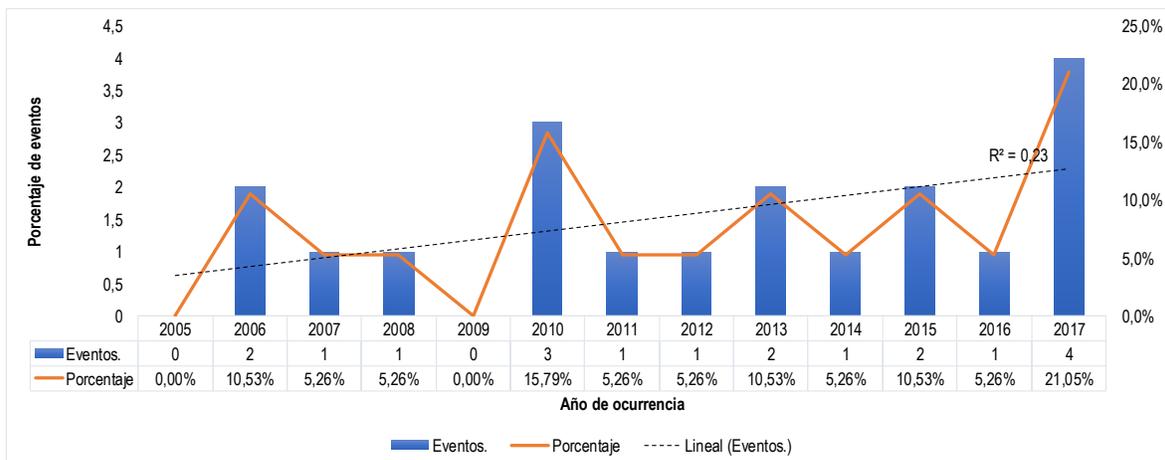


Fuente: Ingeominas. Fecha de consulta 2018/09/07.

1.1.5.1 Antecedentes de Emergencias y Desastres

Según información de la unidad Nacional para la Atención del Riesgo en Desastres, entre el periodo 2.005 y 2.017 se registraron un acumulado de 19, eventos, con un promedio de 3 eventos anuales (desviación estándar 5). El año en donde se presentaron más eventos fue durante el 2017 (4 eventos). En la vigencia 2017 se reportaron un total de 4 eventos. La estimación de la tendencia lineal muestra un comportamiento ascendente.

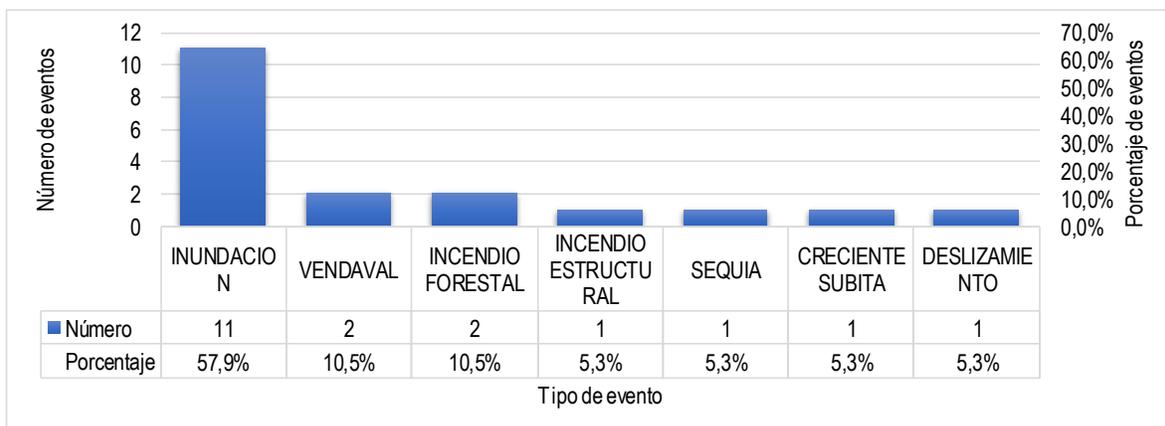
Figura 12. Registro histórico de emergencias y desastres. Corozal, 2005 – 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la UNGRD, corte a diciembre de 2017. Fecha de consulta 2018/10/10.

De los eventos registrados, el 57,9% corresponden a inundación, seguidos por vendaval (10,5%), incendio forestal (10,5%), incendio estructural (5,3%) y finalmente sequía (5,3%).

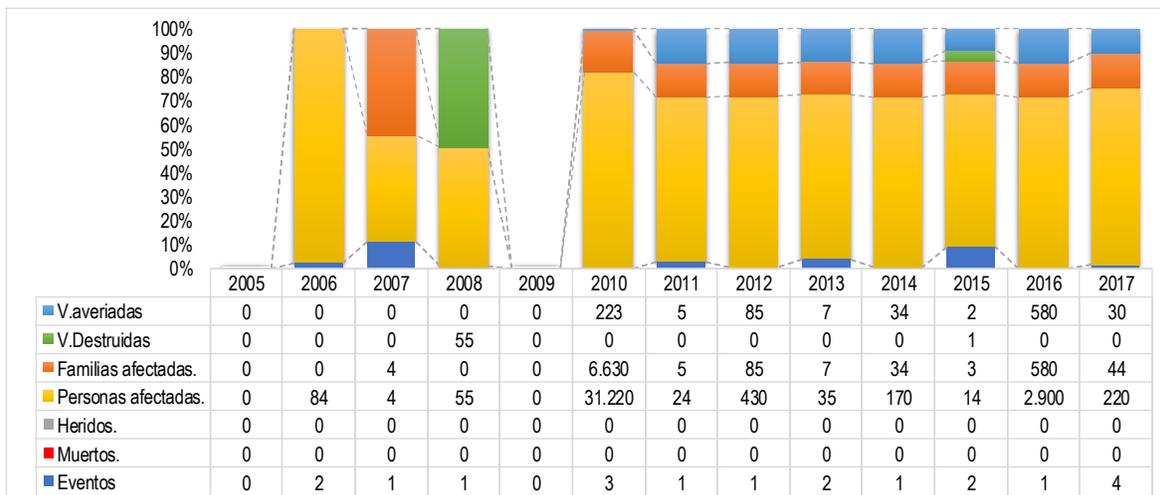
Figura 13. Acumulado de eventos según tipo de emergencia y desastre. Corozal, 2005 – 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la UNGRD, corte a diciembre de 2017. Fecha de consulta 2018/10/10.

En el periodo han resultado afectadas un acumulado de 7.392 familias afectadas, han fallecido 0 personas, los damnificados suman un acumulado de 35.156 personas, las viviendas averiadas fueron 966 y las destruidas 56.

Figura 14. Acumulado de eventos en emergencias y desastres según variables de persona y año. Corozal, 2005 a 2017.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la UNGRD, corte a diciembre de 2017. Fecha de consulta 2018/10/10.

1.2 Contexto demográfico

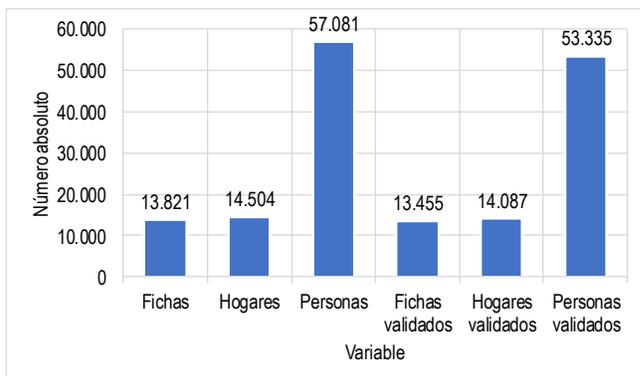
Aspectos como las creencias, el estatus socioeconómico, la educación, la ocupación, el acceso a servicios de salud, las condiciones ambientales y el deseo de encontrar mejores condiciones de vida, entre otros, determinan el tamaño, composición y distribución de la población, y sus niveles de fecundidad, mortalidad y migración como responsables del crecimiento poblacional.

1.2.1 Población total

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, para el año 2018 el Municipio de Corozal tiene una población de 63.657 representando el 7,26% de la población del territorio. Respecto al censo del 2005 presentó una diferencia en 5.890 personas, equivalente al 10,20%. Para esta vigencia la población masculina representa el 50,44% (32.111 hombres) y la femenina el 49,56% (31.546 mujeres). La población potencialmente activa (entre 16 y 59 años) se calcula en 40.499 personas, equivalente al 63,62%.

El Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, mejor conocido por su sigla SISBEN, es el principal instrumento para la focalización individual. A diciembre de 2017 el SISBEN registró 13.821 fichas, de las cuales el 97,35% se encuentran validadas (13.455), las personas sisbenizadas ascienden a 53.335.

Figura 15. Consolidado SISBEN, Corozal, 2017.



Fuente: Ficha territorial 2017. Departamento Nacional de Planeación. Fecha de consulta 2018/10/19.

1.2.2 Densidad poblacional

Para el municipio de Corozal, en el año 2018 la densidad poblacional fue de 234,03 habitantes por Km², para el año 2005 se calculó en 212,38 habitantes por Km², el cambio en puntos porcentuales fue del 10,20%. En comparación con el Departamento de Sucre, el municipio presentó una densidad poblacional 2,89 veces más alta

1.2.3 Población por área de residencia y urbanización

La distribución de la población según área de residencia para el año 2018 y según proyección del censo de poblaciones y viviendas del 2005, es predominantemente urbana, en el municipio el 82,46% de las personas residen en la cabecera (52.490), y el 17,54% en centros poblados y área rural dispersa el (11.167).

1.2.4 Viviendas

En el municipio de Corozal según proyecciones del censo DANE 2005, se han estimado un total de 12.069 viviendas. La distribución según tipo es: 93,8% casas, 0,1% casas indígenas, 4,8% apartamentos, 1,3% tipo cuartos y 0,0% con otro tipo de vivienda.

1.2.5 Hogares

Para el año 2018, en Corozal se estiman 12.344 hogares, de los cuales el 76,73% (9.471) se encuentran en la cabecera municipal y el 30,33% (2.873) en el resto del territorio.

1.2.6 Población por pertenencia étnica (PPE)

El censo de 2005 muestra que la población indígena representa el 0,46%, negro (a), mulato, afrocolombiano aporta el 4,66%, el resto no pertenecen a ningún grupo étnico o no informa (9).

Tabla 5. Distribución de población étnica, 2005.

Georeferencia	Indígena	Negro (a), mulato, afrocolombiano	Ninguno de los anteriores	No Informa	Raizal de San Andrés y Providencia	Rom	Total general
70215-Corozal	255	2.598	52.830	58	0	0	55.741
Proporción	0,46%	4,66%	94,78%	0,10%	0,00%	0,00%	100,00%

Fuente: DANE censo 2005. Fecha de consulta 2018/10/24.

1.2.7 Población privada de la libertad (PPL)

En el municipio existe un establecimiento de reclusión adscritos al Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC y dependientes de la Regional Norte, cuya razón social es Establecimiento de Reclusión Especial - E.R.E. Con corte al 01/11/2018 la PPL representó el 0,11% de la población municipal (población referida es intramural). El 100% son hombres. El 62,34% de esta población son “sindicados” de delitos, mientras que el 36,72% están condenados.

El hacinamiento en estos establecimientos es crítico, están diseñados para recluir 45 personas y a la fecha de corte de 01/11/2018 tienen 68 (51,1%) favoreciendo la propagación de enfermedades transmisibles y se convierte en un factor de riesgo para el proceso de reeducación, consumo de psicoactivos y violencia intramural.

Tabla 6. Población privada de la libertad intramural en ERE Corozal, 2018.

Codigo	Establecimiento		Capacidad	Población	Hacinamiento	Sexo		Sindicados		Total	Condenados		Actualización		Total	
	Denominación	Nombre				Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		Sindicados	Hombre	Mujer	Condenados		Hombre
320	E.R.E.	Corozal	45	68	51,1%	68	0	35	0	35	33	0	33	0	0	0

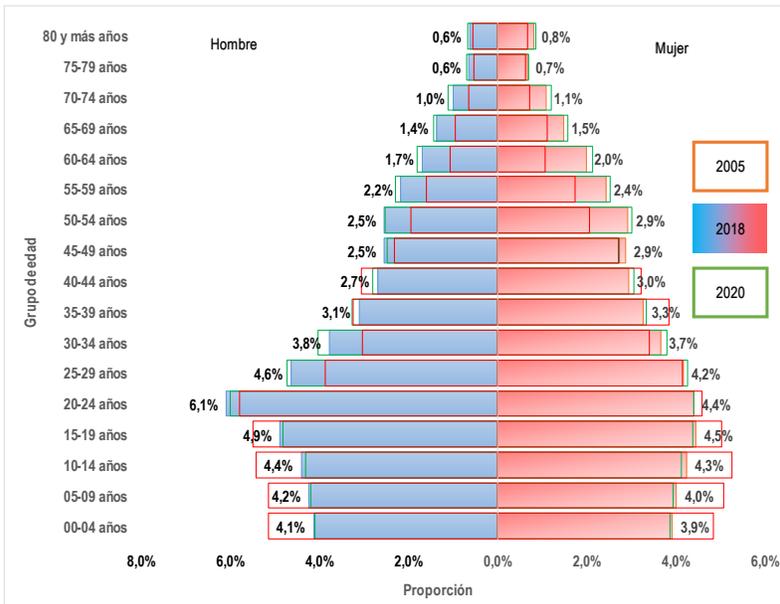
Fuente: Estadísticas noviembre 01 de 2018, INPEC. Fecha de consulta 2018/11/02.

1.2.8 Estructura demográfica

La estructura demográfica permite evidenciar directamente el impacto de la morbilidad, variación económica, migraciones, desplazamiento de personas por el conflicto armado, la mortalidad, la natalidad y la fecundidad.

Corozal presenta una pirámide poblacional progresiva, característicamente tiene una base ancha frente a unos grupos superiores que se van reduciendo, consecuencia de una natalidad alta y de una mortalidad progresiva según la edad.

Figura 16. Pirámide poblacional. Corozal, 2005, 2018, 2020.

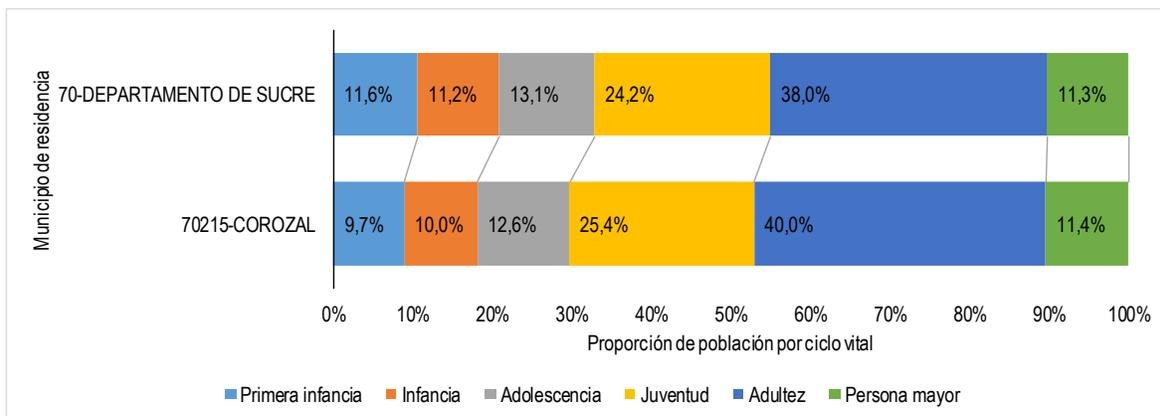


Fuente: Elaboración propia a partir de proyección poblacional 2005-2020, DANE. Fecha de consulta 2018/11/05

1.2.8.1 Población por ciclo vital

A continuación, se observa la distribución de personas por ciclo vital: la primera infancia aporta el 9,70%, la infancia el 10,04%, la adolescencia un 12,61%, la juventud representa el 25,36%, la adultez un 40,03% y finalmente la persona mayor el 11,39%.

Figura 17. Proporción de la población por ciclo vital. Departamento de Sucre y Corozal, 2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la proyección del censo 2005, DANE.

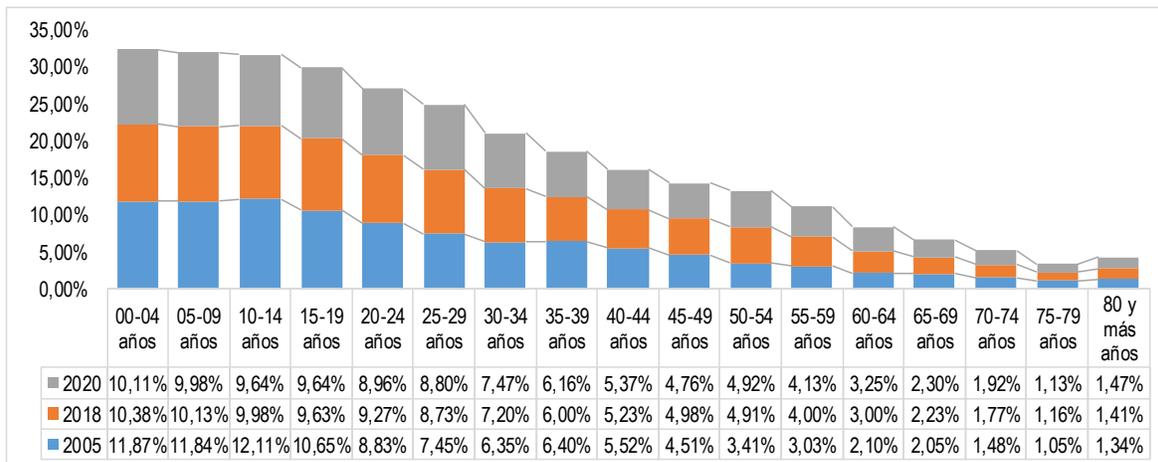
La distribución de la población por grupos quinquenales de edad y su comparación entre 2005, 2018 y la proyección a 2020 muestra una tendencia a la disminución de las edades menores de 15 años, un estancamiento en las edades relacionadas con juventud, y un aumento de la población adulta y persona mayor, producto de la transición demográfica.

Tabla 7. Cambio en la proporción de la población por grupo quinquenal. Corozal 2005, 2018 y 2020.

Grupo de Edad	2005		2018		2020	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
00-04 años	497	11,87%	457	10,38%	448	10,11%
05-09 años	496	11,84%	446	10,13%	442	9,98%
10-14 años	507	12,11%	439	9,98%	427	9,64%
15-19 años	446	10,65%	424	9,63%	427	9,64%
20-24 años	370	8,83%	408	9,27%	397	8,96%
25-29 años	312	7,45%	384	8,73%	390	8,80%
30-34 años	266	6,35%	317	7,20%	331	7,47%
35-39 años	268	6,40%	264	6,00%	273	6,16%
40-44 años	231	5,52%	230	5,23%	238	5,37%
45-49 años	189	4,51%	219	4,98%	211	4,76%
50-54 años	143	3,41%	216	4,91%	218	4,92%
55-59 años	127	3,03%	176	4,00%	183	4,13%
60-64 años	88	2,10%	132	3,00%	144	3,25%
65-69 años	86	2,05%	98	2,23%	102	2,30%
70-74 años	62	1,48%	78	1,77%	85	1,92%
75-79 años	44	1,05%	51	1,16%	50	1,13%
80 y más años	56	1,34%	62	1,41%	65	1,47%
Total general	4.188	100,00%	4.401	100,00%	4.431	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de proyección censo 2005, DANE.

Figura 18. Distribución porcentual de la población por grupo quinquenal, 2005, 2018 y 2020.



Fuente: elaboración propia partir de proyección censo 2005, DANE.

1.2.9 Otros indicadores demográficos

Razón hombre/mujer: Es el indicador más utilizado para expresar la composición por sexo de una población y refleja número de hombres por cada 100 mujeres. En el año 2.005 presentó un valor en 98,74, esa cifra para el 2.018 aumentó (101,79 equivalente a -3,05 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor se mantenga in cambios importantes (101,96).

Razón niños/mujer: Expresa la relación entre los niños y las niñas menores de 5 años por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años), al estar estrechamente relacionada con la fecundidad se constituye como un indicador indirecto de la misma, también refleja la carga de hijos en edad preescolar por mujer. En el año 2.005 presentó un valor en 36,92, esa cifra para el 2.018 disminuyó (31,19 equivalente a 5,73 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (30,55).

Índice de infancia: Refleja el número de personas hasta los 14 años de vida por cada 100 habitantes. En el año 2.005 presentó un valor en 30,92, esa cifra para el 2.018 disminuyó (24,99 equivalente a 5,93 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (24,25).

Índice de juventud: Refleja el número de personas jóvenes (entre 15 y 29) años por cada 100 habitantes. En el año 2.005 presentó un valor en 28,97, esa cifra para el 2.018 disminuyó (28,65 equivalente a 0,32 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (28,26).

Índice de vejez: Refleja la proporción de personas de 65 y más años por cada 100 habitantes. En el año 2.005 presentó un valor en 7,93, esa cifra para el 2.018 aumentó (11,39 equivalente a -3,46 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor se mantenga in cambios importantes (12,04).

Índice de envejecimiento: Este índice es considerado el indicador más sensible al proceso de envejecimiento de una población y representa la razón entre la población mayor y la población joven. En el año 2.005 presentó un valor en 25,63, esa cifra para el 2.018 aumentó (45,56 equivalente a -19,92 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe aumentando (49,66).

Índice demográfico de dependencia: Es un indicador de dependencia económica y muestra el cociente de las personas en edades dependientes respecto a las personas en edades productivas. En el año 2.005 presentó un valor en 58,02, esa cifra para el 2.018 disminuyó (48,56 equivalente a 9,45 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (47,90).

Índice de dependencia infantil: Refleja la proporción de personas menores de 15 años dependientes por cada 100 personas entre 15 y 64 años. En el año 2.005 presentó un valor en 48,86, esa cifra para el 2.018 disminuyó (37,13 equivalente a 11,73 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (35,86).

Índice de dependencia mayores: Muestra la proporción de personas de 65 y más años por cada 100 personas entre 15 y 64 años. En el año 2.005 presentó un valor en 9,16, esa cifra para el 2.018 aumentó (11,43 equivalente a -2,28 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor se mantenga in cambios importantes (12,04).

Índice de Friz: Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Si este índice es mayor de 160, la población se considera joven, si se halla entre 60 y 160, madura, y si es menor de 60, vieja. En el año 2.005 presentó un valor en 166,97, esa cifra para el 2.018 disminuyó (137,89 equivalente a 29,08 puntos), y se proyecta que para el 2020 el valor continúe disminuyendo (132,39).

Tabla 8. Resumen de indicadores de estructura demográfica. Corozal, 2005, 2018, 2020.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2018	2020
Población total	57.767	63.657	63.657
Población Masculina	28.701	32.111	32.562
Población femenina	29.066	31.546	31.935
Razón hombre:mujer	98,74	101,79	101,96
Razón niños:mujer	36,92	31,19	30,55
Índice de infancia	30,92	24,99	24,25
Índice de juventud	28,97	28,65	28,26
Índice de vejez	7,93	11,39	12,04
Índice de envejecimien	25,63	45,56	49,66
Índice demográfico de	58,02	48,56	47,90
Índice de dependencia	48,86	37,13	35,86
Índice de dependencia	9,16	11,43	12,04
Índice de Friz	166,97	137,89	132,39

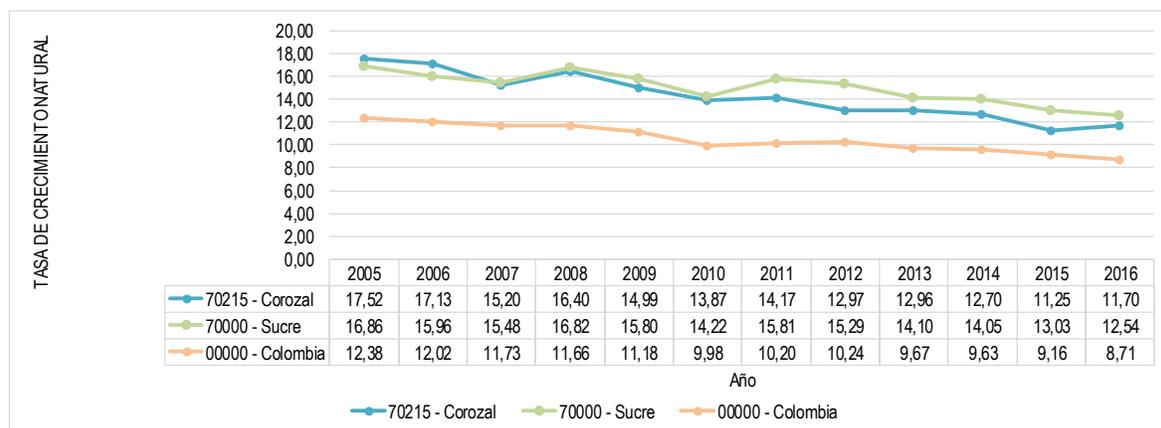
Fuente: Elaboración propia a partir de estimaciones de población 2005-2020 del DANE.

1.2.10 Dinámica demográfica

1.2.10.1 Crecimiento

Tasa de Crecimiento Natural (TCN). El crecimiento natural refleja la diferencia entre las tasas de natalidad y las de mortalidad general; mientras que el crecimiento exponencial añade el aporte de la migración neta. Amplificando el indicador por mil habitantes, se considera *alto* si su valor es mayor a 40, *moderado* entre 10-20 y *bajo* si es inferior a 10 (10). La TCN pasó de 17,52 en el año 2005 a 11,70 en 2016, lo que representa una diferencia de -5,82 puntos; el promedio para el periodo se estimó en 14,24 (desviación estándar 1,97). Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 11,70 por mil habitantes. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,53-1,65). El valor mínimo se registró en el año 2015 (11,25) y el máximo para el año 2005 (17,52).

Figura 19. Crecimiento natural calculada. Corozal, 2005-2016.



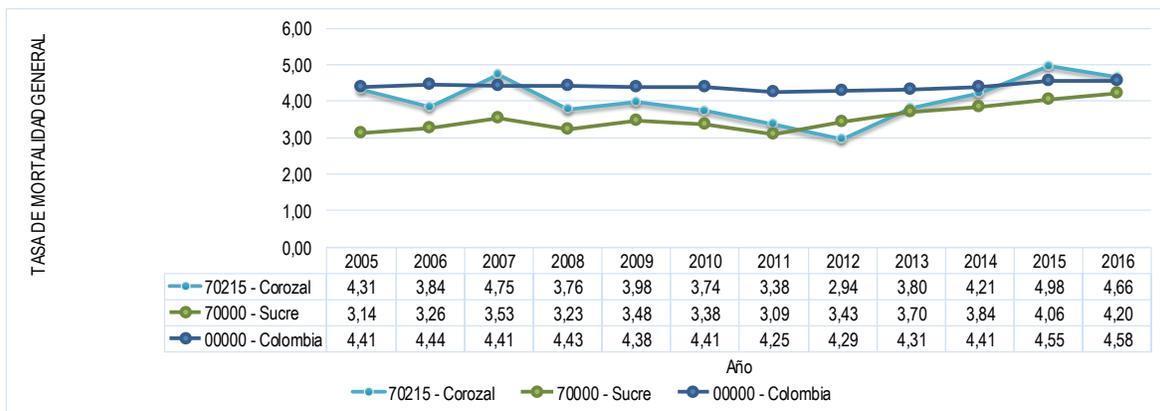
Fuente: elaboración propia a partir de datos del cubo de estadísticas vitales dispuesto en el SISPRO.

1.2.10.2 Tasa Bruta de Mortalidad

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 2.922 muertes, con un promedio anual de 244 (desviación estándar 36), el indicador muestra que su tendencia lineal es ascendente. Para la vigencia 2016, la tasa de mortalidad bruta presentó un valor de 4,66 por mil habitantes. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,45-2,75). El valor mínimo se registró en el año 2012 (2,94) y el máximo para el año 2015 (4,98).

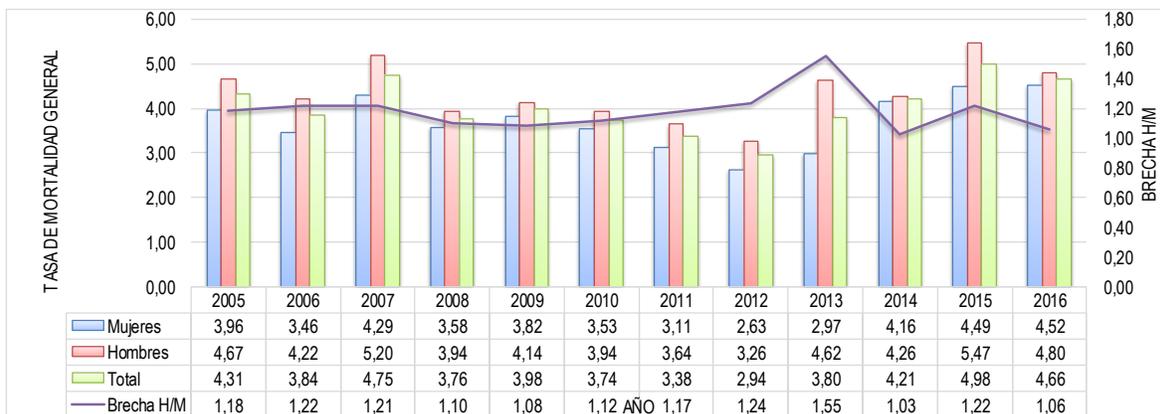
Para el año 2016 la tasa de mortalidad general en mujeres fue de 4,52 respecto al 2005 la diferencia fue de 0,57 puntos, en los hombres fue del 4,80, la diferencia respecto al principio del periodo fue de 0,1 puntos, en general, el sexo masculino aportó 6,15% más muertes que las mujeres.

Figura 20. Tasa bruta de mortalidad anua. Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos en los cubos de estadísticas vitales del SISPRO y proyección de población 2005-2020. Consulta 23/10/2018.

Figura 21. Tasa bruta de mortalidad por sexo. Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos en los cubos de estadísticas vitales del SISPRO y proyección de población 2005-2020. Consulta 23/10/2018.

1.2.10.3 Aproximación a la dinámica migratoria

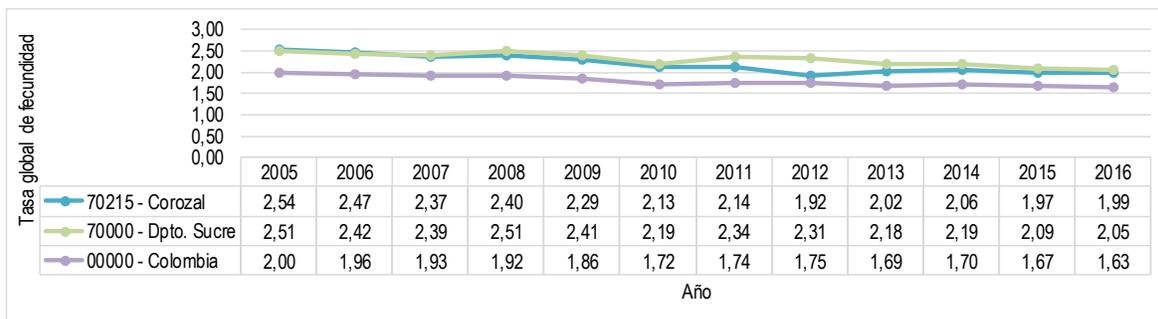
Según directrices de la Circular 029 de 2017 se deben enviar los RIPS de personas extranjeras atendidas en el territorio nacional y cargadas a la plataforma SISPRO, basado en la morbilidad registrada, se pretende realizar un análisis de la aproximación a la dinámica migratoria en el Departamento comparado con la nación. En el municipio no registra atención a esta población en los RIPS del año 2017.

1.2.10.4 Fecundidad

1.2.10.4.1 Tasa Global de Fecundidad

Expresa el número promedio de niños y niñas que nacerían de una mujer en edad fértil. Este indicador muestra un descenso desde 1985 y se proyecta hasta 2020. En el municipio de Corozal la tasa global de fecundidad presenta un promedio de 2,19 con una desviación estándar de 0,21, su tendencia es d; frente al Departamento su diferencia es no significativa (IC 95% 0,24-3,89). A 2016 la tasa se estimó en 1,99 hijos por mujer, y en comparación con el año anterior se registró un aumento del 0,97%.

Figura 22. Tasa global de fecundidad anual. Corozal, 2005-2016.

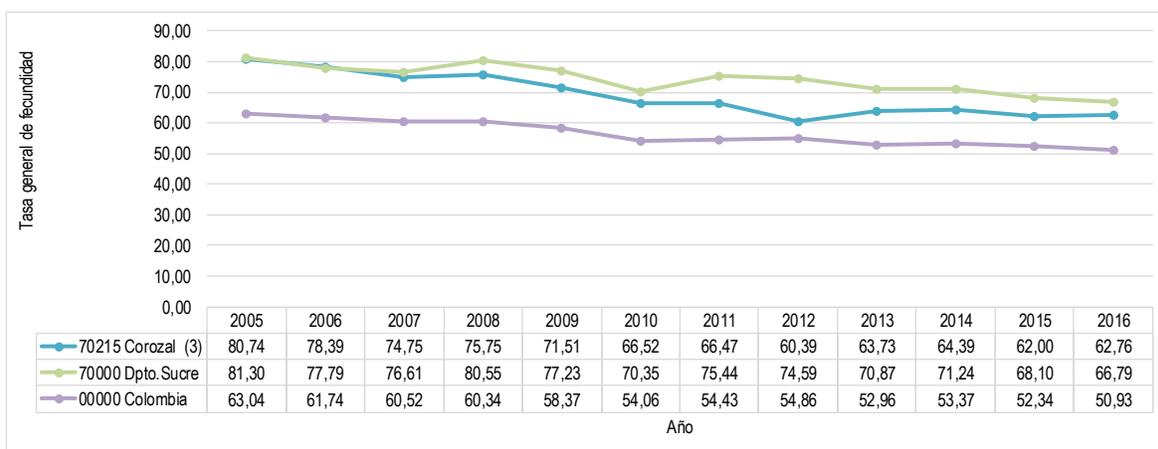


Fuente: elaboración propia a partir de datos del DANE – estadísticas vitales y proyección de población 2005-2020. Fecha de consulta 16/11/2018.

1.2.10.4.2 Tasa General de Fecundidad

Se expresa como el número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil habitantes en un año. En el municipio de Corozal la tasa general de fecundidad presenta un promedio de 68,95 con una desviación estándar de 6,97, su tendencia es d; frente al Departamento su diferencia es no significativa (IC 95% 0,73-1,20). A 2016 la tasa se estimó en 62,76 hijos por mujer, y en comparación con el año anterior se registró un aumento del 1,23%.

Figura 23. Tasa general de fecundidad anual. Corozal, 2005-2016.



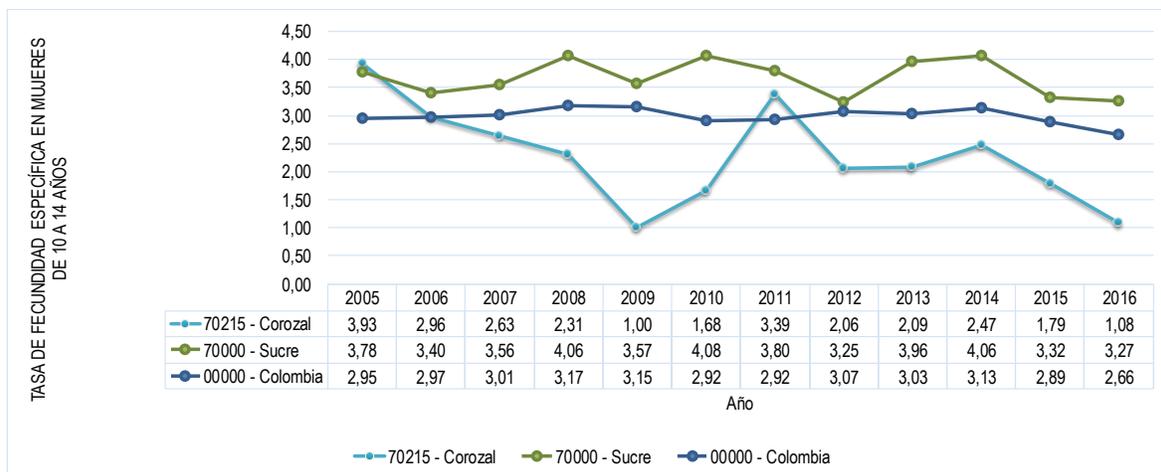
Fuente: elaboración propia a partir de datos del DANE – estadísticas vitales y proyección de población 2005-2020. Fecha de consulta 16/11/2018.

1.2.10.4.3 Tasas Específicas de Fecundidad (TEF)

Se muestran los indicadores en mujeres de 10-14 años, 15-19 años y 10-19 años respectivamente, cuyos embarazos a estas edades suponen un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad.

La tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 14 años registró una media de 2,28 nacimientos por mil mujeres, con una desviación estándar de 0,83. Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 1,08 nacimientos por mil mujeres. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,05-2,18). El valor máximo se registró en el año 2005 (3,93).

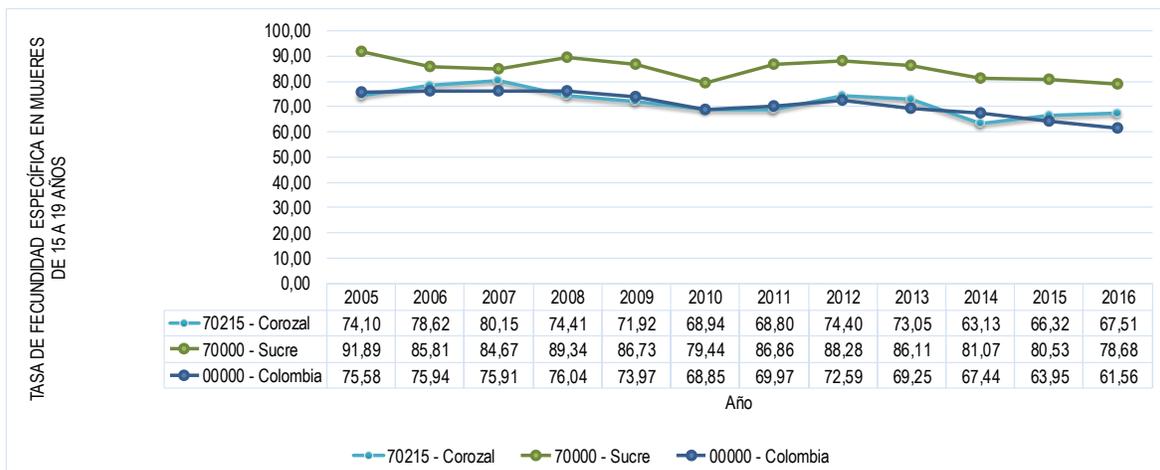
Figura 24. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10-14 años. Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos la bodega de datos SISPRO.

La fecundidad específica en mujeres de 15 a 19 años registró una media de 71,78, con una desviación estándar de 4,81. Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 67,51 nacimientos por mil mujeres. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,68-1,09). El valor máximo se registró en el año 2007 (80,15).

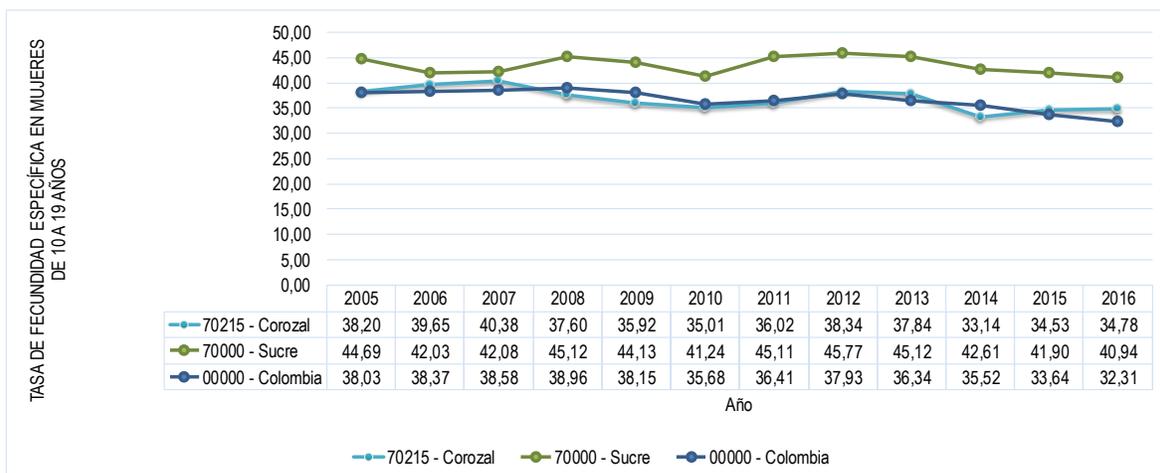
Figura 25. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15-19 años. Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos la bodega de datos SISPRO.

La tasa de fecundidad específica en mujeres de 10 a 19 años tuvo un promedio de 36,78 nacimientos por mil mujeres entre 2005 y 2016, con una desviación estándar de 2,13. Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 34,78 nacimientos por mil mujeres. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,61-1,18). El valor máximo se registró en el año 2007 (40,38).

Figura 26. Tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 10-19 años. Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos la bodega de datos SISPRO.

1.2.10.5 Natalidad

1.2.10.5.1 Nacimientos y Tasa Bruta de Natalidad

La TBN es la expresión del número de nacimientos que se presentan en el interior de una sociedad respecto al total de la población en estudio, está influenciada por la estructura de la población, la proporción y el número de mujeres en edad reproductiva y por el nivel de la fecundidad. Constituye un indicador importante para interpretar fenómenos como la explosión (importante aumento de la natalidad), o el envejecimiento demográfico (reducción sostenida de la natalidad). Este indicador está relacionado con el nivel de desarrollo regional y representa una importante herramienta para la formulación de políticas públicas.

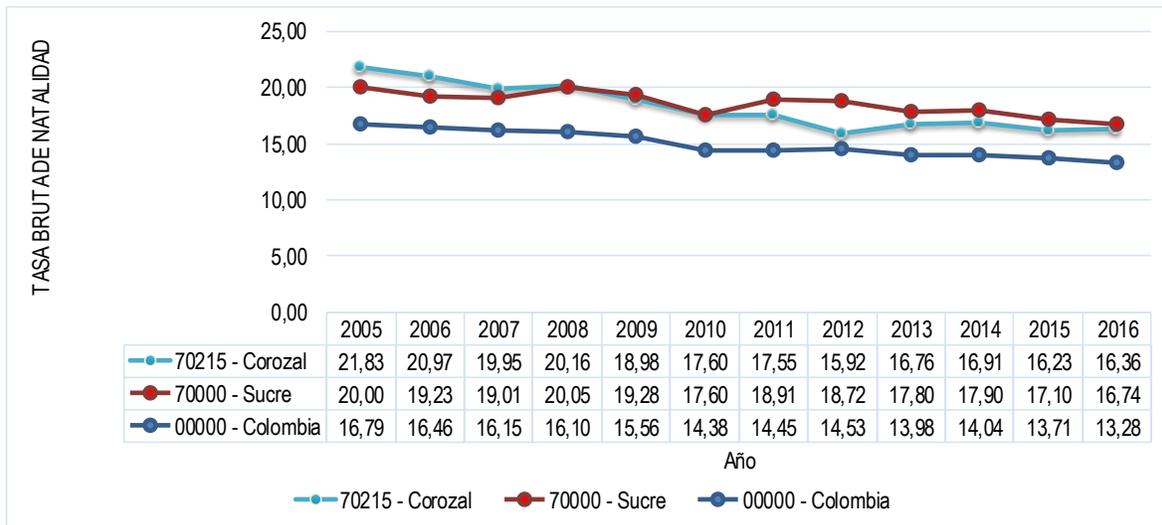
Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 13.205 nacidos vivos (media anual 1.100 nacidos vivos, desviación estándar 89), la tasa bruta de natalidad muestra una tendencia lineal descendente, su valor promedio fue 18,27 nacidos vivos por cada mil habitantes (desviación estándar 1,94). Para la vigencia 2016 presentó un valor de 16,36 por mil habitantes. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,60-1,59). El valor mínimo se registró en el año 2012 (15,92) y el máximo para el año 2005 (21,83).

Para el año 2016 la proporción de nacidos vivos mujeres fue de 51,2% respecto al 2005 la diferencia fue de 3,8%, los nacimientos en hombres representan el 48,8%, la diferencia respecto al principio del periodo fue de -3,8%.

Según el lugar de residencia del recién nacido, el 53,8% pertenecen a la cabecera municipal, el 29,1% y el área rural dispersa aportó el 17,1% de los nacimientos. No se han registrado nacimientos en grupos étnicos para el año 2016.

El 82,0% de los nacimientos están afiliados al régimen subsidiado seguido por el régimen contributivo con el 17,0%, el régimen excepción representando el 1,0%.

Figura 27. Tasa bruta de natalidad. Corozal, 2005-2016.



Fuente: elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuestos en la bodega de datos SISPRO.

1.2.10.5.2 Nacimientos según edad de la madre

Para el año 2016 las mujeres entre 20 y 24 años aportaron el 32,68% de los nacimientos, cuyo comportamiento en el periodo 2005-2016 es estable (promedio 30,73%, desviación estándar 1,5%), aunque registró un valor récord en el año 2008 (33,78%), seguido por las mujeres entre 25 y 29 años (23,15%). El comportamiento de nacimientos en menores de quince años presentó un promedio del 0,61%.

El embarazo en mujeres menores a 14 años se considera un delito en nuestro país y está amparado por la sentencia 355 de 2006, por lo cual es factible la interrupción voluntaria del embarazo a solicitud de la víctima, la situación radica que la gran mayoría de los profesionales en medicina alegan objeción de conciencia, poniendo en aprietos a la institución la cual debe cumplir la norma.

Tabla 9. Proporción de nacimientos en mujeres entre 10 y 54 años. Corozal, 2005-2016.

Edad de la madre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Prom.	D.E.	Gráfico
De 10 a 14 años	0,96%	0,74%	0,68%	0,59%	0,27%	0,47%	0,94%	0,62%	0,58%	0,67%	0,49%	0,29%	0,61%	0,21%	
De 15 a 19 años	17,29%	18,55%	19,78%	18,24%	18,57%	19,13%	18,97%	22,40%	20,64%	17,46%	18,85%	18,77%	19,06%	1,33%	
De 20 a 24 años	30,58%	31,00%	29,20%	33,78%	31,65%	29,73%	28,45%	28,78%	31,10%	30,44%	31,39%	32,68%	30,73%	1,50%	
De 25 a 29 años	25,62%	24,90%	25,26%	23,56%	24,58%	25,28%	23,94%	23,12%	24,13%	25,38%	24,28%	23,15%	24,43%	0,84%	
De 30 a 34 años	16,57%	15,66%	16,52%	13,94%	15,92%	16,57%	16,81%	15,11%	15,60%	16,98%	15,10%	15,18%	15,83%	0,87%	
De 35 a 39 años	7,61%	7,75%	7,45%	7,60%	7,16%	6,63%	8,17%	7,30%	5,81%	7,06%	7,90%	8,27%	7,39%	0,65%	
De 40 a 44 años	1,36%	1,32%	0,94%	2,03%	1,68%	1,99%	2,54%	2,67%	2,13%	1,72%	1,78%	1,46%	1,80%	0,48%	
De 45 a 49 años	0,00%	0,08%	0,09%	0,25%	0,18%	0,19%	0,19%	0,00%	0,00%	0,29%	0,20%	0,19%	0,14%	0,10%	
De 50 a 54 años	0,00%	0,00%	0,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,02%	
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			

Fuente: elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos SISPRO. Lectura de arriba abajo por cada año, los valores más bajos se observan en verde, los más altos en rojo. Promedio (Prom.), desviación estándar (D.E.).

1.2.10.5.3 Partos por Cesárea

El 10 de abril de 2015 la OPS/OMS manifestaron que la cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes y con tasas que siguen subiendo, en particular en los países de ingresos medios y altos, aunque salva vidas, a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo. En las Américas cuatro de cada diez partos son por cesárea, como se observa en Sucre se estiman en siete de cada diez. La nueva declaración de la Organización Mundial de la Salud recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en intentar alcanzar una tasa determinada. Desde 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%; estudios nuevos revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos, pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad (1). La declaración incluye que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos, tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna o neonatal, y pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, incluso la muerte (11).

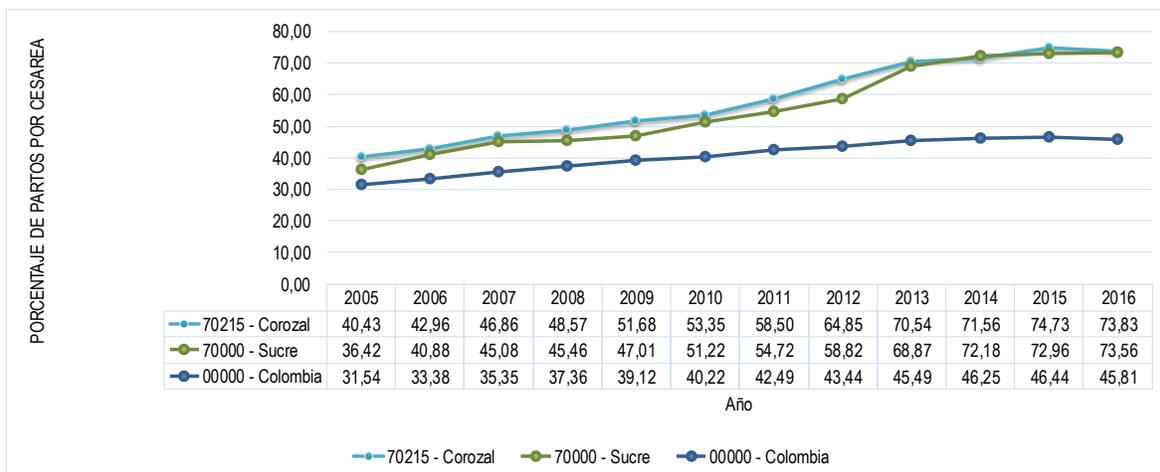
Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 7.549 partos por cesarea con un promedio anual de 629 (desviación estándar 91). El porcentaje de partos por cesarea registró una media de 58,16%, con una desviación estándar de 12%. Su tendencia general es ascendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 73,83%. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,80-1,26). El valor máximo se registró en el año 2015 (74,73%).

El mayor porcentaje de partos por cesarea para la vigencia 2016 se registró en centro poblado con el 74,23%, seguido por cabecera (73,85%), y area rural dispersa (72,50%).

El grupo étnico otras etnias aportó la mayor porcentaje de partos por cesarea en el 2016 con un valor de 74,55%, seguido por negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente (48%).

Según el tipo de vinculación al SGSSS, el régimen contributivo aportó un porcentaje de partos por cesarea de 86,80%, seguido por el régimen excepción con un valor de 81,08% y el régimen subsidiado (70,32%).

Figura 28. Proporción de partos por cesárea. Corozal, 2005-2016.



Fuente: elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos SISPRO.

1.2.10.6 Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. Se utiliza el indicador departamental ya que el municipio no cuenta con esta información en las fuentes consultadas, esta información fue suministrada por la Secretaría de Salud Departamental de Sucre.

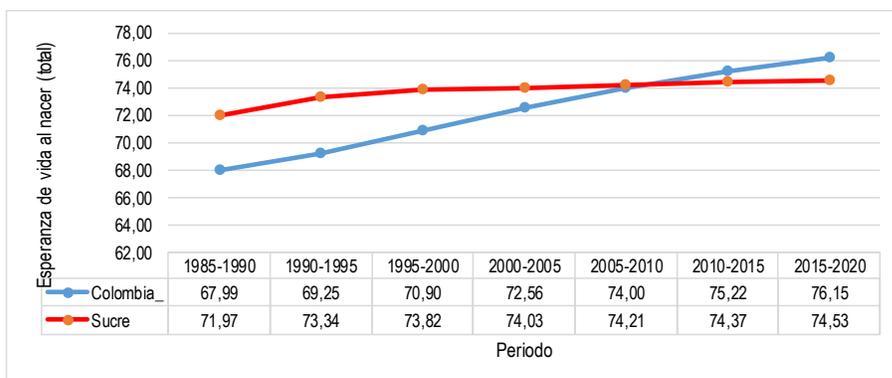
Este indicador positivo se atribuye al mejoramiento de condiciones de la población, como mayor disponibilidad de agua potable y de sistemas adecuados de eliminación de excretas y el mayor control y prevención de enfermedades, aunque podrían mejorarse factores relacionados con la cobertura en salud, la seguridad social y el saneamiento ambiental entre los cuales están la baja calidad del agua potable, contaminación por desechos industriales, uso de fungicidas en áreas agrícolas, escaso control en la calidad de los alimentos y, en general, condiciones sanitarias regulares, especialmente en la zona rural (12).

Se proyecta que para Colombia durante el quinquenio 2015-2020 la esperanza de vida al nacer sea de 76,15 años, el indicador para el departamento de Sucre es 2,13% menor frente al país, equivalente

en términos absolutos a 2 años menos, aunque a partir del año 2010 se presenta un incremento leve respecto a la tendencia nacional. El Departamento se ubica en el puesto número 11 a nivel nacional en cuanto al valor de este indicador.

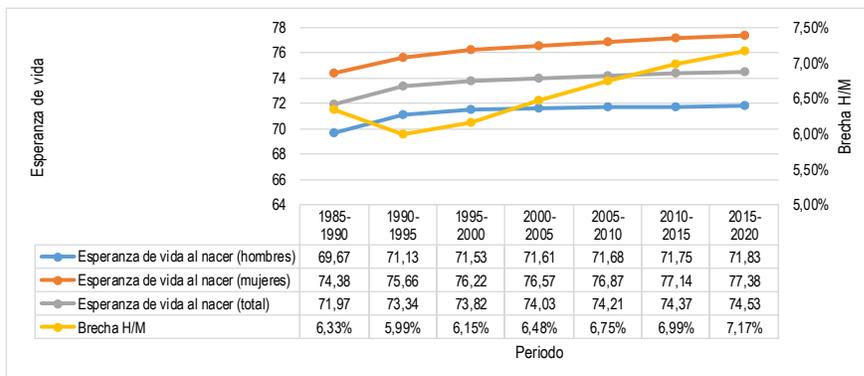
La esperanza de vida Sucreña pasó de 71,97 años en el periodo 1985-1990 a 74,37 años en el quinquenio 2010-2015, incrementándose un 3,56% (3 años más) y se espera que para el periodo 2015-2020 se sitúe en los 74,53 años, la diferencia frente a la nación no es significativa (IC 95% 0,78 a 1,23). Se observa que el comportamiento del indicador es similar por sexo, pero las mujeres presentan una esperanza 2,77 años más que los hombres, para el 2020 dicha brecha se mantiene (ver figuras siguientes), las diferencias frente a los valores nacionales no son significativos (IC 95% hombres 0,78 a 1,24, mujeres 0,78 a 1,22). A partir de 1990 la brecha entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres se incrementa, pasando del 6,33% más esperanza de vida en las mujeres a 7,17% más para el periodo 2015-2020.

Figura 29. Comparativo de la esperanza de vida al nacer por quinquenios. Departamento de Sucre, proyección 1985-2020.



Fuente: DANE – indicadores demográficos por Departamento, quinquenios 2015-2020, consolidación censal 1985-2005 y proyección de población 2005-2020. Fecha de actualización 01/10/2017.

Figura 30. Brecha en la esperanza de vida al nacer entre sexos por quinquenios, proyección 1985-2020.



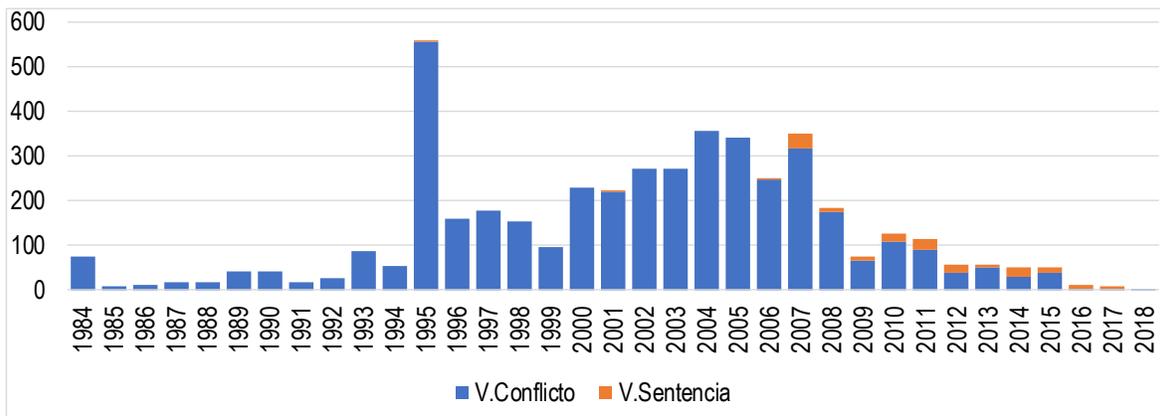
Fuente: DANE – indicadores demográficos por Departamento, quinquenios 2015-2020, consolidación censal 1985-2005 y proyección de población 2005-2020. Fecha de actualización 01/10/2017.

1.2.10.7 Movilidad forzada

Hace referencia a la movilización forzada u obligada a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, de situaciones de violencia generalizada, de violaciones de los derechos humanos.

Según información del RUV con fecha de consulta el 01/11/2018, en el municipio de Corozal se han registrado un acumulado de 4.583, de las cuales 4.413 (96,29%) son víctimas del conflicto armado. El segundo tipo de víctimas registradas son las que han sido reconocidas por sentencias jurídicas con 170 (3,71% personas).

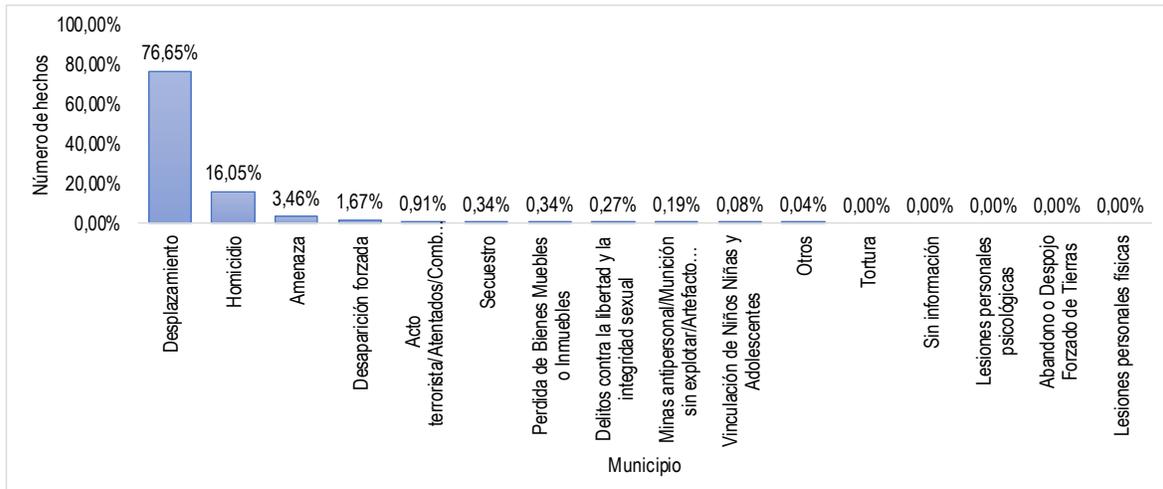
Figura 31. Acumulado de víctimas según tipo y año de ocurrencia. Corozal, 1984-2018.



Fuente: Registro Único de Víctimas con corte a 01/10/2018. Consulta 26/10/2018. El año 1984 refiere a información “antes de 1984”.

La distribución por hecho mostró que el 76,65% de las víctimas fueron por desplazamiento, seguido por homicidio (16,05%), amenaza (3,46%) entre otras.

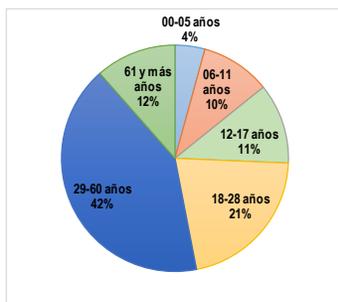
Figura 32. Acumulado de víctimas según tipo de hecho victimizante. Corozal, 1984-2018.



Fuente: Registro Único de Víctimas con corte a 01/10/2018. Consulta 26/10/2018.

El ciclo vital de la primera infancia (entre 0 y 5 años) aportó el 4,26%, la infancia (entre 6 y 11 años) el 9,93%, los adolescentes representaron el 11,48%, la población de juventud (entre 18 y 28 años) el 21,27%, los adultos (entre 29 y 60 años) muestran un porcentaje del 41,54% y finalmente la persona mayor (de 61 y más años) con el 11,51%. La distribución de víctimas según género muestra que los hombres aportan el 49,29%, las mujeres el 50,64% y el grupo LGTBI con 0,07%.

Figura 33. Proporción acumulada de víctimas según ciclo vital. Corozal, 1984-2018.

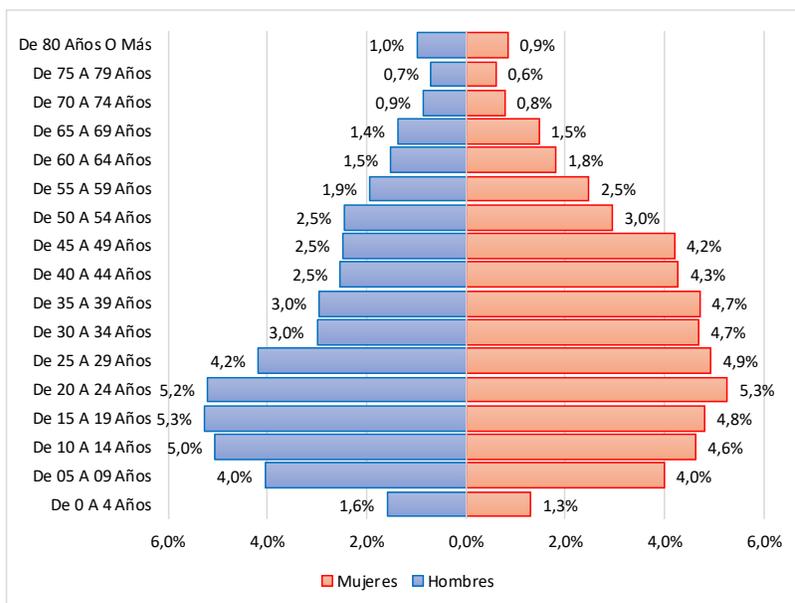


Fuente: Registro Único de Víctimas con corte a 01/10/2018. Consulta 26/10/2018.

Según los datos registrados en el RUV con corte a octubre 1 de 2018, el 1,90% de las víctimas se reconoce como negro(a) o afrocolombiano(a), el 0,69% como indígena, el 0,31% como gitano(a) ROM, los raizales del archipiélago de San Andres y Providencia aportaron el 0,04%.

En la estructura de la población del registro único de víctimas (RUV) obtenido de la bodega de datos SISPRO, para el municipio de Corozal se aprecia poca proporción de la población entre 0-4 años y concentrando la población en las edades entre 5 y 29 años, la figura muestra una pirámide de con baja natalidad y alta mortalidad, con predominio de mujeres.

Figura 34. Estructura de la población víctima. Corozal, 2018.



Fuente¹: elaboración propia a partir de datos del Registro Único de Víctimas. Corte a 01/10/2018. Consulta 26/10/2018. Valor para Colombia (transparente), para Sucre (color).

En cuanto a la condición de discapacidad, el acumulado desde 1984 a octubre de 2018, el 1,78%, registran esta condición.

1.3 Conclusiones

Corozal ubicado en la subregión Sabanas y representa el 2,49% del territorio departamental, está dividida en 10 corregimientos (varios de ellos no registrados en la base de datos de la división política en el DANE). En su fisiografía predomina el paisaje de lomerío moderadamente denso, su clima e hidrología se constituyen como determinante de los patrones de poblamiento y efectos en la salud, en especial en las épocas de calor y lluvias, afectadas también directamente por la deforestación, el mal uso del suelo, siendo un municipio con gran vocación agrícola usa para la ganadería, este

1 Nota: para la consulta y análisis de este indicador debe tenerse en cuenta: 1) Las estadísticas del número de personas víctimas de desplazamiento, corresponden a las personas reportadas en RUV que se encontraron en las tablas de referencia de las fuentes del Sector Salud integradas en la Bodega de Datos de SISPRO (SGD) y cuyo hecho victimizante es desplazamiento forzado. 2) La edad que se está mostrando, corresponde a la edad de la persona para el momento actual. 3) Se observa que en el RUV para una misma persona se pueden encontrar más de un registro con geografía de residencia diferente.

conflicto en el uso de suelo perjudica su sostenibilidad y es un factor de riesgo para inundaciones y sequías en el corto plazo, por consiguiente, acarreará impacto negativo en los programas de seguridad alimentaria y nutricional.

La doble calzada Sincelejo-Corozal ha facilitado el transporte, la economía y la referencia de pacientes, pero ha golpeado la economía familiar debido al peaje intermunicipal, el 50% de sus vías se encuentran en mal estado, en especial el área rural. Cuenta con un aeropuerto que sirve de referencia y transporte para todo el Departamento de Sucre. Los anteriores se constituyeron como determinantes estructurales de la situación de salud que aportan en la persistencia de brechas de desigualdad, afectando al sector salud directamente en cuanto a la accesibilidad a la prestación del servicio de salud en especial en zona rural, por ello la importancia de implementar servicios de telemedicina.

La distribución desigual de los factores sociales, demográficos, económicos y territoriales genera conductas individuales y colectivas visibilizan los determinantes de su estado de salud. La población del Municipio de Corozal representa el 7,26% de la población departamental, con una densidad poblacional 2,89 veces más alta que el Departamento, y es predominantemente urbana y joven con altas tasas de mortalidad en ambos extremos del ciclo vital, por ende, una alta fecundidad para tratar de compensar la alta mortalidad infantil. El 84% de la población ha sido sisbenizada en su mayoría en niveles 1 y 2.

Los grupos étnicos representan el 5,12% de la población general, principalmente por población negro (a), mulato, afrocolombiano seguido por indígenas, por ello es clave tener una atención en salud con enfoque étnico y cultural. La población privada de la libertad representa el 0,11% y a corte de 01/11/2018 presentó un hacinamiento del 51,1% favoreciendo el riesgo para propagación de enfermedades transmisibles.

El municipio al igual que el Departamento de Sucre presenta una pirámide poblacional progresiva, con alta natalidad y mortalidad en los grupos extremos de edad. El crecimiento poblacional es moderado y la mortalidad bruta tiene una tendencia lineal ascendente con de 4,6 muertes al 2016 por cada 1000 habitantes.

La tasa fecundidad global y tasa de fecundidad general muestran tendencia descendente; la fecundidad específica en mujeres entre 10-19 años es relativamente estable con una tendencia ascendente a partir del año 2014, también existe la asociación a delitos sexuales que supone la fecundidad en mujeres de 10-14 años, la cual muestra un comportamiento fluctuante afortunadamente con tendencia descendente desde 2014 y estas aportaron para el año 2016 solo el 0,29% de los nacimientos, por lo tanto se debe mantener la oferta de la interrupción voluntaria del embarazo a solicitud de la víctima, la situación radica que la gran mayoría de los profesionales en medicina especialmente en el sector privado alegan objeción de conciencia, poniendo en aprietos a la institución la cual debe cumplir la norma.

La natalidad influenciada por la estructura de la población, la proporción y el número de mujeres en edad reproductiva y por el nivel de la fecundidad muestra una tendencia descendente con un promedio de 18,27 nacidos vivos por cada mil habitantes. El primer nivel de atención no es resolutivo y derivó el 73,83% de ellos a un nivel de mayor complejidad que terminó en cesárea.

En el municipio se aplica el mismo indicador departamental, la esperanza de vida en el Departamento de Sucre es 2,13% menor frente al país (2 años menos), aunque a partir del año 2010 se presenta un incremento leve respecto a la tendencia nacional. En hombres es casi 3 años menos que en las mujeres.

El Municipio de Corozal ha registrado durante el periodo 1984-2017 un acumulado de 4.583 víctimas del conflicto, podrían generar presión negativa sobre los recursos disponibles para la atención en salud, afectando la prestación de los servicios y accesibilidad a tratamientos en salud mental principalmente, por la poca oferta del mismo y la alta demanda en esta población, sumado al fenómeno de migración de ciudadanos venezolanos al territorio, el cual no se ve reflejado en las estadísticas de atención, por lo que se supone un subregistro de la información siendo Corozal el segundo centro de atención en salud del Departamento de Sucre.

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

2.1 *Análisis de la mortalidad*

La mortalidad como etapa de la vida de todo ser viviente es un fenómeno demográfico el cual, así como se produce el nacimiento es necesario que se produzca el deceso para que la humanidad sobreviva en el planeta, por lo tanto, desde el punto de vista demográfico produce gran impacto en lo social, económico, cultural y en la salud pública de un territorio o comunidad. Los indicadores de mortalidad miden el grado de desarrollo de un pueblo y para la salud pública es un indicador particularmente sensible del estado de salud de la población.

Para el análisis de la mortalidad se emplearon las herramientas en formato Excel dispuestas por la Secretaría de Salud Departamental de Sucre. Como agrupador de la mortalidad se empleó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud. Se tuvieron en cuenta los datos de la base de datos de estadísticas vitales –defunciones- por edad y sexo para el periodo comprendido entre 2005 y 2016. Para el análisis de la mortalidad general por grandes causas se estimaron y ajustaron por edad las tasas según el método directo teniendo como población de referencia la propuesta por la OMS; así mismo, para evidenciar el impacto de la mortalidad prematura, se estimaron los AVPP. Posteriormente, se estimó la mortalidad por subgrupos de causas empleado el mismo método de ajuste de tasas descrito.

2.1.1 *Mortalidad general*

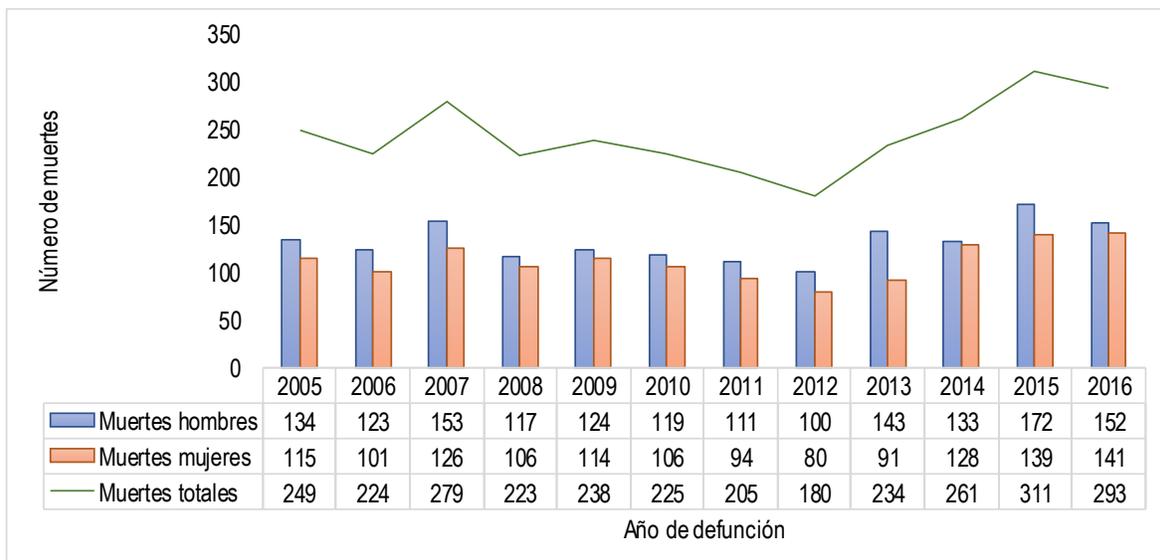
Entre 2005 y 2016 en el territorio ocurrieron un acumulado de 2.922 muertes con un promedio anual de 244 defunciones y una desviación estándar de 36, en la vigencia 2016 disminuyó en -18 muertes respecto al año anterior, correspondiente a un -5,79% y frente al año 2005 aumentó en un 17,67%. Para la vigencia 2016, la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 5,07 muertes por mil habitantes. La tendencia lineal muestra un comportamiento descendente.

Para el año 2016, del total de muertes el 51,88% ocurrieron en hombres y el 48,12% en mujeres. La brecha de mortalidad por sexos se ha mantenido constante, aunque en el año 2015 tuvo el mayor valor aportando el 81,92% más alta en los hombres que en las mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de 11 muertes, para la vigencia 2016 se mantuvo en un valor similar 24,88%.

El 2,33% de las muertes durante el periodo 2005-2016 ocurrieron en grupos étnicos así: 97,67% otras etnias, 2,14% negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente, , 0,06% ROM (gitano), 0,12% indígena.

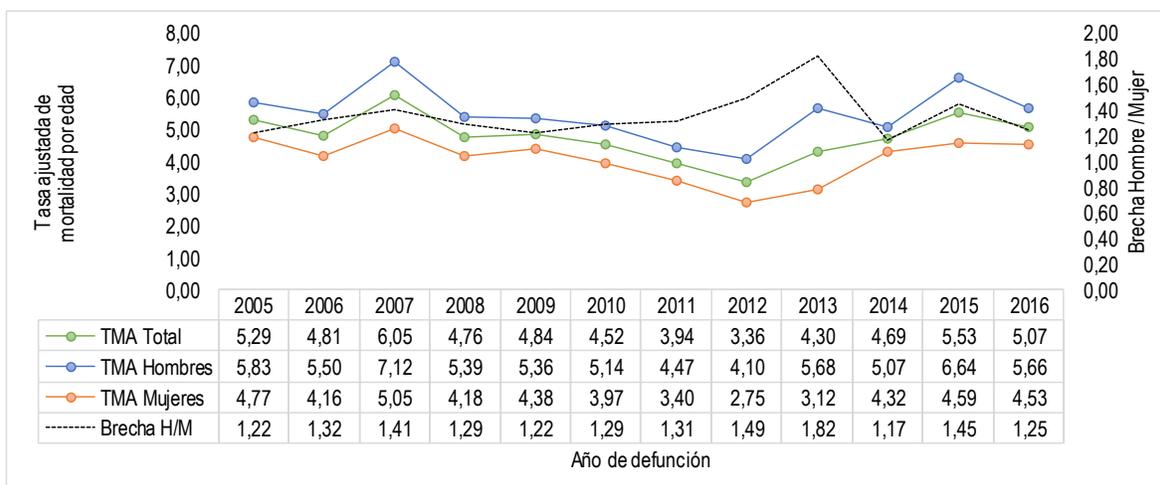
Respecto a la mortalidad por área de residencia, la mayoría fue aportada por cabecera con el 82,94%, centro poblado representa el 14,33%, y área rural dispersa un 2,73%,

Figura 35. Número de defunciones según año de ocurrencia, 2005 – 2016.



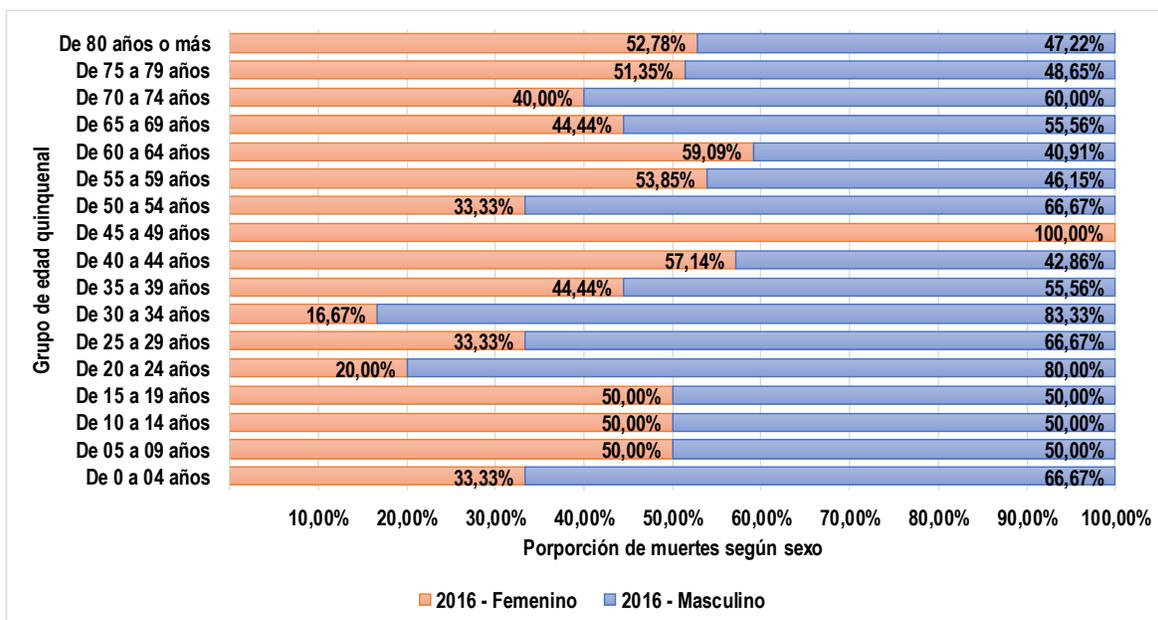
Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de defunciones en la Bodega de Datos de SISPRO.

Figura 36. Tasas de mortalidad general ajustada por edad y brecha por sexo según año de ocurrencia, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de defunciones en la Bodega de Datos de SISPRO.

Figura 37. Proporción de muertes edad, 2008 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de defunciones en la Bodega de Datos de SISPRO.

Tabla 10. Proporción de muertes en grupos étnicos, 2008 – 2016.

Pertenencia Étnica	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Acum.
6 - OTRAS ETNIAS	50,00%	92,86%	92,11%	97,00%	98,88%	98,71%	98,08%	97,74%	99,32%	97,67%
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	50,00%	4,76%	7,89%	3,00%	0,56%	1,29%	1,92%	1,94%	0,68%	2,14%
4 - PALENQUERO DE SAN BASILIO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2 - ROM (GITANO)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,56%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%
1 - INDÍGENA	0,00%	2,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%	0,00%	0,12%
3 - RAIZAL (SAN ANDRES Y PROVIDENCIA)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de defunciones en la Bodega de Datos de SISPRO.

Tabla 11. Proporción de muertes por área de residencia, 2008 – 2016.

Area Residencia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Acumulado
1 - CABECERA	85,54%	80,80%	79,93%	76,68%	78,57%	82,22%	83,90%	77,78%	79,49%	82,38%	80,71%	82,94%	81,01%
2 - CENTRO POBLADO	12,05%	15,63%	13,62%	16,14%	18,07%	10,67%	12,68%	16,67%	13,68%	13,79%	14,15%	14,33%	14,24%
3 - AREA RURAL DISPERSA	2,01%	3,13%	3,58%	5,38%	2,10%	4,44%	3,41%	5,56%	6,41%	3,83%	5,14%	2,73%	3,94%
SIN INFORMACION	0,40%	0,45%	2,87%	1,79%	1,26%	2,67%	0,00%	0,00%	0,43%	0,00%	0,00%	0,00%	0,82%

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de defunciones en la Bodega de Datos de SISPRO.

2.1.2 Mortalidad general por grandes causas

Se realizó el análisis de la mortalidad según grandes causas usando la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud. Esta lista agrupa en seis grandes grupos y uno residual, los diagnósticos mortales de la décima versión de la Clasificación

Internacional de enfermedades (CIE10) así: Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Se estimaron tasas ajustadas de mortalidad mediante el método directo usando como población de referencia la propuesta por la Organización mundial de la Salud, lo cual permitió identificar la tendencia de la mortalidad por causas y hacer comparaciones por sexo. Además, se calcularon Años De vida Potencialmente Perdidos (AVPP) para medir la carga de la mortalidad prematura.

En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por grandes grupos se ubican las enfermedades del sistema circulatorio aportando un 38,64% de las muertes acumuladas, equivalente a 1.065 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 179,59 por cien mil habitantes, frente al año pasado disminuyó en -57,4 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.015 (TMA 236,99). Los hombres (TMA 219,14) para el año 2016 aportaron 50,4% más muertes que las mujeres (TMA 145,74).

Le siguen todas las demás causas generando el 27,86% de las muertes acumuladas, equivalente a 792 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 131,80 por cien mil habitantes, respecto al 2015 disminuyó en -15,8 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 158,93). Los hombres (TMA 146,67) para el año 2016 aportaron 23,4% más muertes que las mujeres (TMA 118,89).

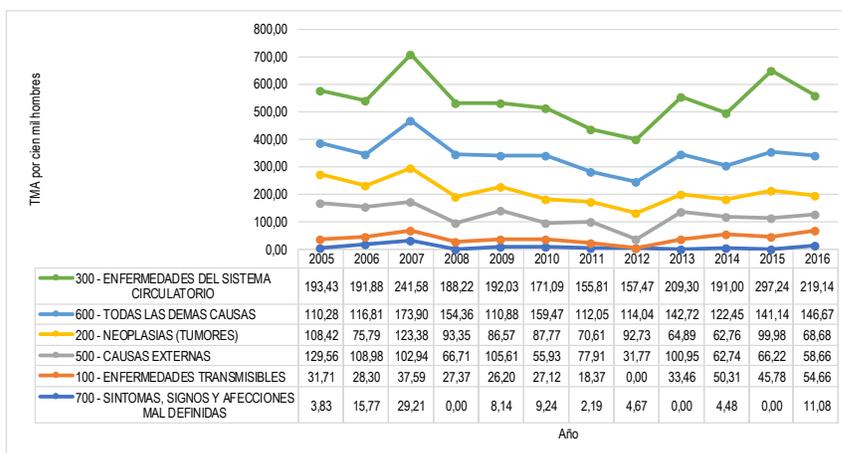
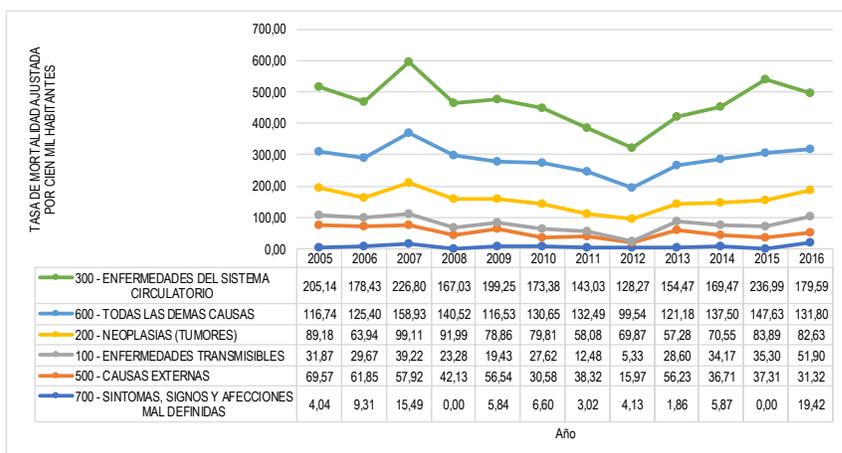
En el tercer puesto están las neoplasias (tumores) acumulando un 16,54% de los decesos en el periodo, equivalente a 461 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 82,63 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior disminuyó en -1,3 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 99,11). Las mujeres (TMA 93,84) para el año 2016 aportaron 26,8% más muertes que los hombres (TMA 68,68).

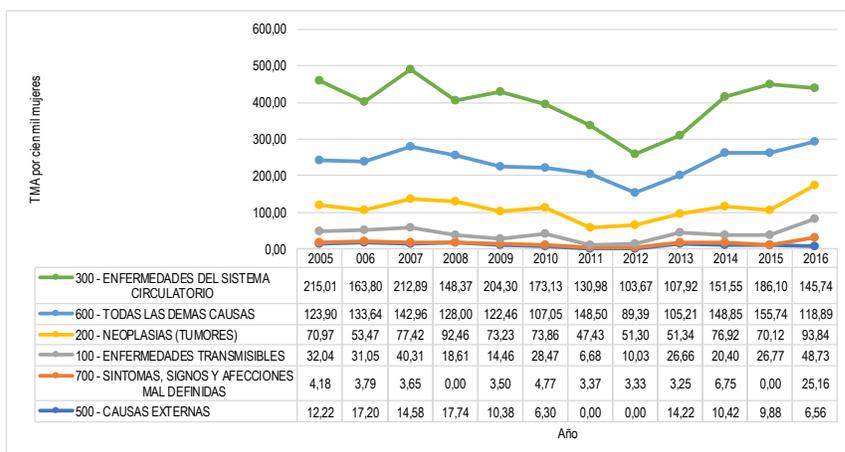
Para el cuarto lugar se ubican las causas externas con el 9,55% del acumulado de muertes, equivalente a 307 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 31,32 por cien mil habitantes, comparado con 2015 disminuyó en -6,0 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.005 (TMA 69,57). Los hombres (TMA 54,66) para el año 2016 aportaron 12,2% más muertes que las mujeres (TMA 48,73).

En quinto lugar, están las enfermedades transmisibles con un acumulado de fallecimientos de 6,06%, equivalente a 184 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 51,90 por cien mil habitantes, frente al año anterior aumentó en 16,6 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.016 (TMA 51,90). Los hombres (TMA 58,66) para el año 2016 aportaron 794,1% más muertes que las mujeres (TMA 6,56).

Y finalmente los síntomas, signos y afecciones mal definidas produciendo un total de 1,35% de las muertes acumuladas, equivalente a 38 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 19,42 por cien mil habitantes. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2016. Las mujeres (TMA 25,16) para el año 2016 aportaron 56,0% más muertes que los hombres (TMA 11,08).

Figura 38. Tasa de mortalidad general ajustadas por edad según grandes grupos de causas lista 6/67 de la OMS, 2005 – 2016.





Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

2.1.3 Años de vida potencialmente perdidos

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones a nivel, debido a que muestran el cambio (idealmente la reducción) de la muerte prematura; éste se explica por las acciones de promoción y prevención que se realizan a edades más tempranas desde salud pública como función especial de la Salud Pública, la cual es “incrementar la esperanza de vida de la población a través de mejorar las condiciones de vida”. Las defunciones se analizaron según la lista 6/67 de la OMS en el periodo 2005 a 2016, las diferencias mencionadas en AVPP (en puntos) hacen referencia entre los dos últimos años.

2.1.3.1 Proporción de AVPP

Durante el año 2016, se generaron 5.543 años de vida potencialmente perdidos, la primera causa de defunciones prematuras es por las enfermedades sistema circulatorio aportando el 22,37% (1.282 AVPP), respecto al año anterior disminuyó -4,71 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa ascendente.

Le siguen las neoplasias generando un 20,4% (1.154 AVPP), respecto a la vigencia anterior aumentó 3,69 puntos porcentuales con una tendencia (lineal) ascendente.

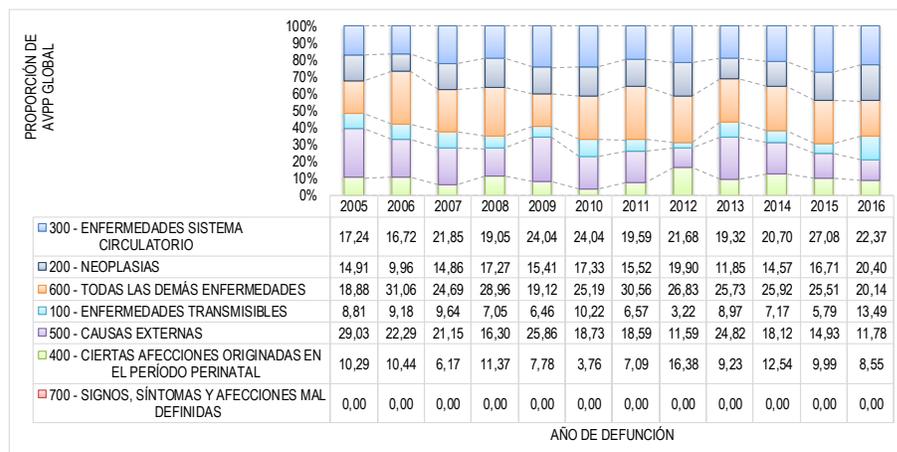
El tercer lugar está ocupado por todas las demás enfermedades con el 20,14% (1.169 AVPP), en comparación con el año pasado disminuyó -5,37 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente.

En el cuarto puesto se ubican las enfermedades transmisibles contribuyendo en un 13,49% (675 AVPP) de las mortalidades, frente a la anualidad pasada aumentó 7,7 puntos porcentuales y tendencia (lineal) descendente.

Para el quinto lugar, las causas externas con un se ubican con un porcentaje del 11,78% (490 AVPP), frente al año anterior disminuyó -3,15 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente.

Finalmente están ciertas afecciones originadas en el período perinatal con un se ubican con un porcentaje del 8,55% (773 AVPP), presentó disminuyó -1,44 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal ascendente.

Figura 39. Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP por grandes causas lista 6/67 global, 2005–2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

Para los hombres en el 2016, se generaron 3.057 años de vida potencialmente perdidos, la primera causa de defunciones prematuras es por las enfermedades sistema circulatorio aportando el 23,95% (756 AVPP), respecto al año anterior disminuyó -3,48 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa ascendente.

Le siguen todas las demás enfermedades generando un 20,35% (574 AVPP), respecto a la vigencia anterior aumentó 2,43 puntos porcentuales con una tendencia (lineal) descendente.

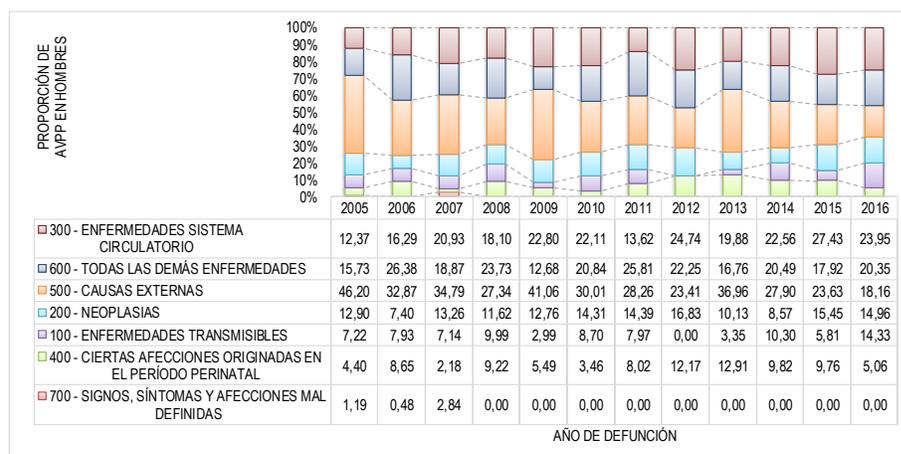
El tercer lugar está ocupado por las causas externas con el 18,16% (643 AVPP), en comparación con el año pasado disminuyó -5,47 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente.

En el cuarto puesto se ubican las neoplasias contribuyendo en un 14,96% (472 AVPP) de las mortalidades, frente a la anualidad pasada disminuyó -0,49 puntos porcentuales y tendencia (lineal) ascendente.

Para el quinto lugar, las enfermedades transmisibles con un se ubican con un porcentaje del 14,33% (160 AVPP), frente al año anterior aumentó 8,52 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal ascendente.

Finalmente están ciertas afecciones originadas en el período perinatal con un se ubican con un porcentaje del 5,06% (452 AVPP), presentó disminuyó -4,7 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal ascendente.

Figura 40. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en hombres por grandes causas lista 6/67, 2005–2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

Para las mujeres durante el año 2016, se generaron 2.574 años de vida potencialmente perdidos, la primera causa de defunciones prematuras es por las neoplasias aportando el 27,09% (697 AVPP), respecto al año anterior aumentó 8,66 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa ascendente.

Le siguen las enfermedades sistema circulatorio generando un 20,43% (526 AVPP), respecto a la vigencia anterior disminuyó -6,17 puntos porcentuales con una tendencia (lineal) descendente.

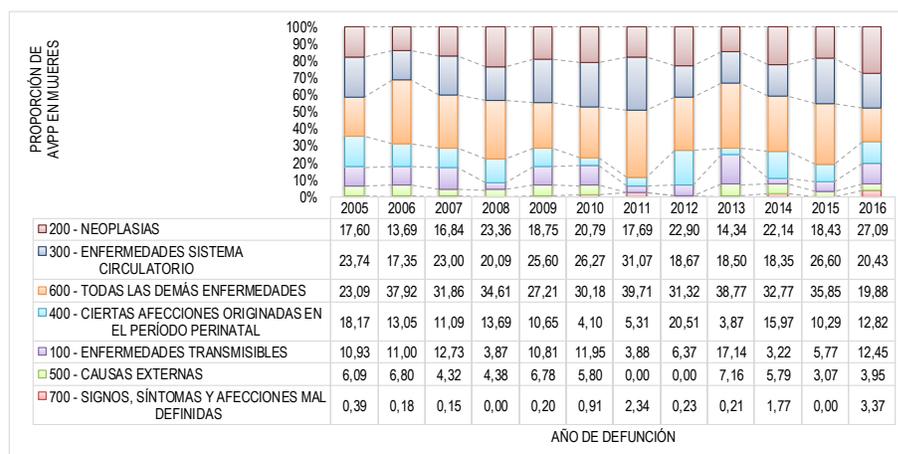
El tercer lugar está ocupado por todas las demás enfermedades con el 19,88% (512 AVPP), en comparación con el año pasado disminuyó -15,97 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente.

En el cuarto puesto se ubican ciertas afecciones originadas en el período perinatal contribuyendo en un 12,82% (330 AVPP) de las mortalidades, frente a la anualidad pasada aumentó 2,53 puntos porcentuales y tendencia (lineal) descendente.

Para el quinto lugar, las enfermedades transmisibles con un se ubican con un porcentaje del 12,45% (320 AVPP), frente al año anterior aumentó 6,68 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente.

Finalmente están las causas externas con un se ubican con un porcentaje del 3,95% (102 AVPP), presentó disminuyó 0,88 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente.

Figura 41. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP en mujeres por grandes causas lista 6/67, 2005–2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

2.1.3.2 Tasas ajustadas de AVPP

Las tasas de años de vida potencialmente perdidos ajustadas por edad, según las grandes causas de mortalidad de la lista 6/67 de la OMS entre los años 2005 y 2016, las diferencias entre tasas que se mencionan corresponden a los dos últimos años con datos en el periodo analizado.

Durante el año 2016, la primera causa de defunciones prematuras es por las enfermedades sistema circulatorio aportando una tasa de mortalidad ajustada de 2.206,96 AVPP por cien mil habitantes respecto al año anterior mostró una disminución de -517,41 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.164,57 AVPP por cien mil habitantes).

Le siguen las neoplasias generando una tasa de mortalidad de 1.943,89 AVPP por cien mil habitantes respecto a la vigencia anterior un aumento en 272,49 puntos porcentuales con una tendencia (lineal)

descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (1.961,69 AVPP por cien mil habitantes).

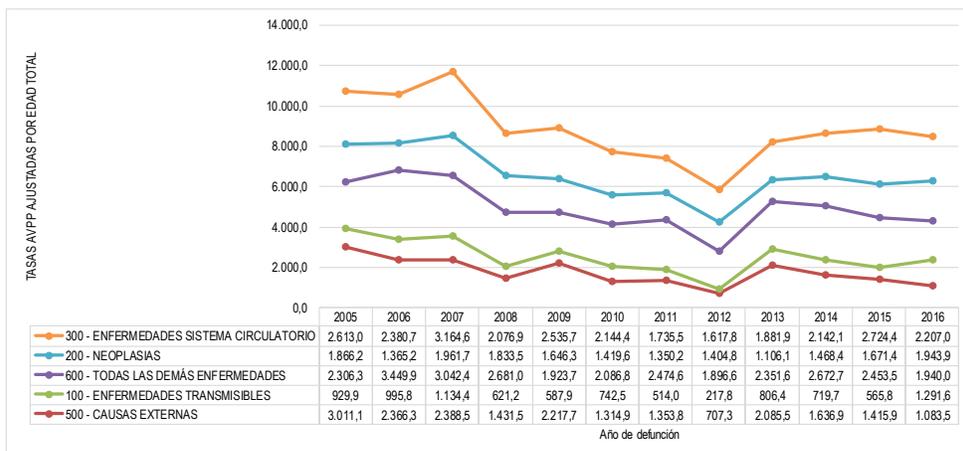
El tercer lugar está ocupado por todas las demás enfermedades con tasa 1.940,02 AVPP por cien mil habitantes en comparación con el año pasado mostró una disminución de -513,51 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.449,89 AVPP por cien mil habitantes).

En el cuarto puesto se ubican las enfermedades transmisibles contribuyendo con una tasa de mortalidad en 1.291,61 AVPP por cien mil habitantes frente a la anualidad pasada un aumento en 725,83 puntos porcentuales y tendencia (lineal) descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (1.291,61 AVPP por cien mil habitantes).

Para el quinto lugar, las causas externas con un se ubican con tasa en 1.083,47 AVPP por cien mil habitantes frente al año anterior una disminución de -332,39 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.011,11 AVPP por cien mil habitantes).

En último lugar están los signos, síntomas y afecciones mal definidas contribuyendo con una tasa de mortalidad en 331,72 AVPP por cien mil habitantes presentó un aumento en 331,72 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal ascendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (331,72 AVPP por cien mil habitantes).

Figura 42. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

En los hombres para la vigencia 2016, como primer lugar en los años de vida potencialmente perdidos se ubican la primera causa de defunciones prematuras es por las enfermedades sistema circulatorio aportando una tasa de mortalidad ajustada de 2.764,3 AVPP por cien mil habitantes respecto al año

anterior mostró una disminución de -676,26 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa ascendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.460,75 AVPP por cien mil habitantes).

Le siguen todas las demás enfermedades generando una tasa de mortalidad de 2.220,98 AVPP por cien mil habitantes respecto a la vigencia anterior un aumento en 95,06 puntos porcentuales con una tendencia (lineal) descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.388,34 AVPP por cien mil habitantes).

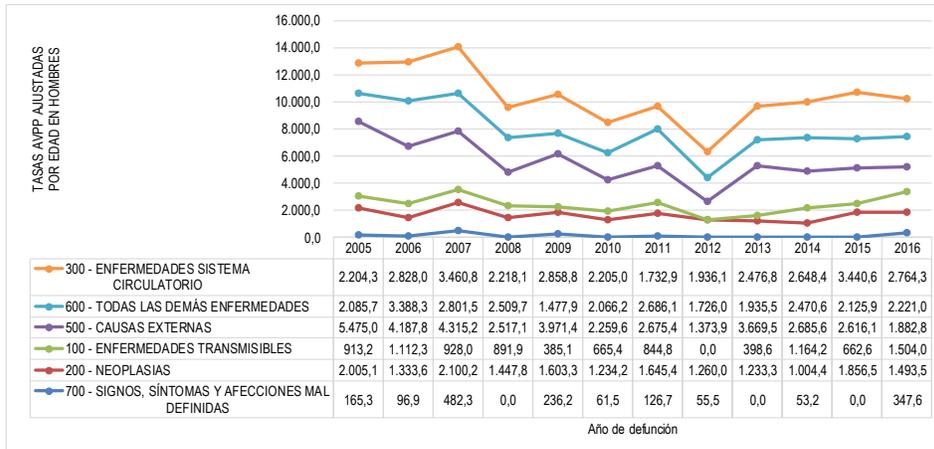
El tercer lugar está ocupado por las causas externas con tasa 1.882,79 AVPP por cien mil habitantes en comparación con el año pasado mostró una disminución de -733,34 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (5.475,01 AVPP por cien mil habitantes).

En el cuarto puesto se ubican las enfermedades transmisibles contribuyendo con una tasa de mortalidad en 1.503,99 AVPP por cien mil habitantes frente a la anualidad pasada un aumento en 841,43 puntos porcentuales y tendencia (lineal) ascendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (1.503,99 AVPP por cien mil habitantes).

Para el quinto lugar, las neoplasias con un se ubican con tasa en 1.493,45 AVPP por cien mil habitantes frente al año anterior una disminución de -363,01 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (2.100,22 AVPP por cien mil habitantes).

En último lugar están los signos, síntomas y afecciones mal definidas contribuyendo con una tasa de mortalidad en 347,57 AVPP por cien mil habitantes presentó un aumento en 347,57 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (482,28 AVPP por cien mil habitantes).

Figura 43. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 general en hombres, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

En las mujeres para la vigencia 2016, como primer lugar en los años de vida potencialmente perdidos se ubican la primera causa de defunciones prematuras es por las neoplasias aportando una tasa de mortalidad ajustada de 2.295,39 AVPP por cien mil habitantes respecto al año anterior mostró un aumento en 786,35 puntos porcentuales y su tendencia lineal en el periodo se observa ascendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (2.295,39 AVPP por cien mil habitantes).

Le siguen las enfermedades sistema circulatorio generando una tasa de mortalidad de 1.682,93 AVPP por cien mil habitantes respecto a la vigencia anterior una disminución de -432,39 puntos porcentuales con una tendencia (lineal) descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (2.973,12 AVPP por cien mil habitantes).

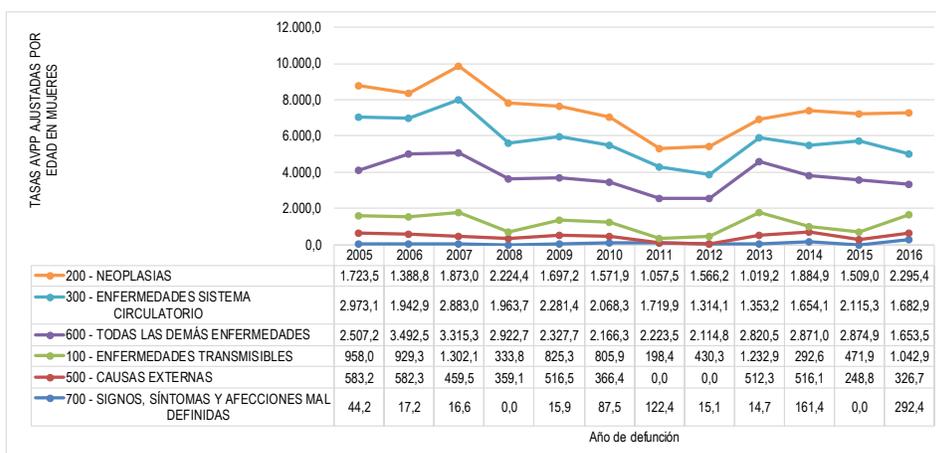
El tercer lugar está ocupado por todas las demás enfermedades con tasa 1.653,53 AVPP por cien mil habitantes en comparación con el año pasado mostró una disminución de -1221,35 puntos porcentuales, su tendencia lineal se proyecta descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (3.492,47 AVPP por cien mil habitantes).

En el cuarto puesto se ubican las enfermedades transmisibles contribuyendo con una tasa de mortalidad en 1.042,86 AVPP por cien mil habitantes frente a la anualidad pasada un aumento en 570,98 puntos porcentuales y tendencia (lineal) descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (1.302,09 AVPP por cien mil habitantes).

Para el quinto lugar, las causas externas con un se ubican con tasa en 326,68 AVPP por cien mil habitantes frente al año anterior un aumento en 77,92 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal descendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (583,21 AVPP por cien mil habitantes).

En último lugar están los signos, síntomas y afecciones mal definidas contribuyendo con una tasa de mortalidad en 292,41 AVPP por cien mil habitantes presentó un aumento en 292,41 puntos porcentuales respecto al año anterior, con tendencia lineal ascendente; el valor más alto de la tasa se registró en el año 2016 (292,41 AVPP por cien mil habitantes).

Figura 44. Tasa de AVPP por grandes causas lista 6/67 ajustada en las mujeres, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

2.1.4 Mortalidad específica por subgrupo

Se realizó el análisis de la mortalidad para los subgrupos de causas de la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud: enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos; y las demás enfermedades. Se estimaron tasas ajustadas de mortalidad mediante el método directo usando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, lo cual permitió identificar la tendencia de las causas de mortalidad y hacer comparaciones.

A continuación, se analizan las tres primeras causas de mortalidad ajustada (TMA) por edad y por subgrupos de las grandes causas 6/67 de la OPS para los años 2005 a 2016, la diferencia mencionada se refiere a los puntos de aumento o disminución respecto al año 2015.

2.1.4.1 Mortalidad por enfermedades transmisibles

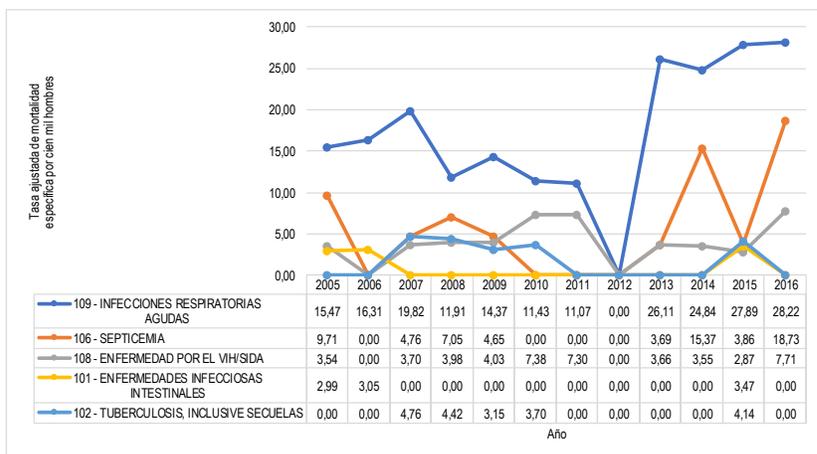
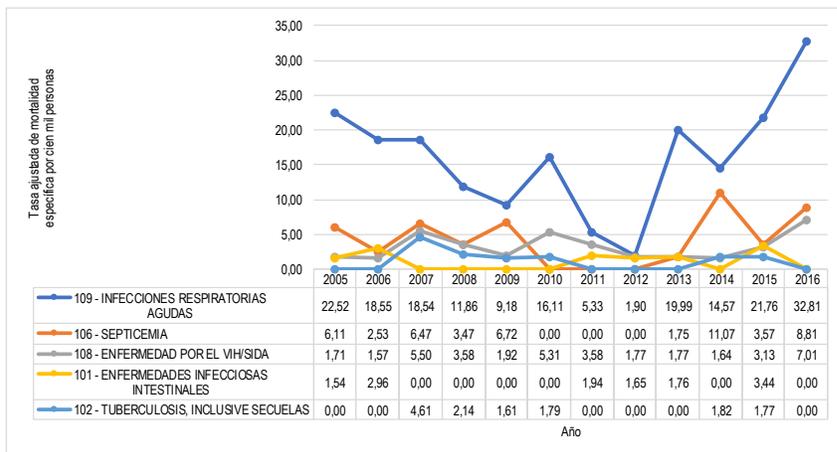
En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por enfermedades transmisibles se ubican infecciones respiratorias agudas aportando un 56,99% de las muertes acumuladas, equivalente a 104 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 32,81 por cien mil habitantes, frente al año pasado aumentó en 11,1 puntos. Su tendencia lineal se

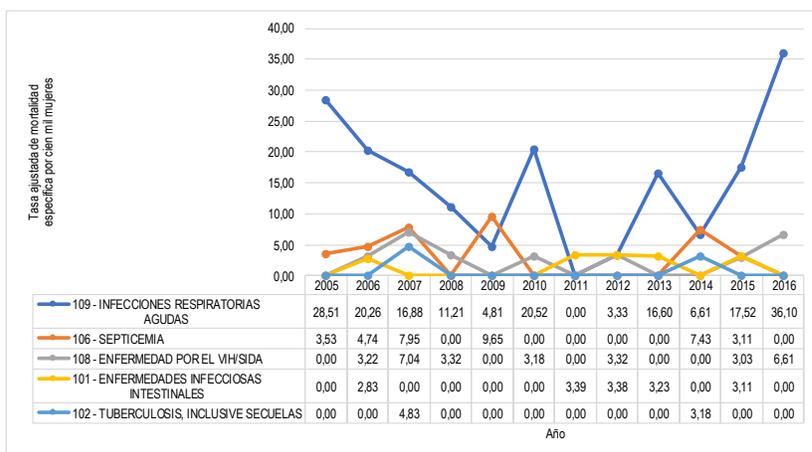
muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.016 (TMA 32,81). Las mujeres (TMA 36,10) para el año 2016 aportaron 78,2% más muertes que los hombres (TMA 28,22).

Le siguen septicemia generando el 14,90% de las muertes acumuladas, equivalente a 27 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 8,81 por cien mil habitantes, respecto al 2015 aumentó en 5,2 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.014 (TMA 11,07). El 100% de las muertes fueron aportadas por los hombres.

En el tercer puesto están enfermedad por el VIH/sida acumulando un 11,35% de los decesos en el periodo, equivalente a 22 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 7,01 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior aumentó en 3,9 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.016 (TMA 7,01). Los hombres (TMA 7,71) para el año 2016 aportaron 16,7% más muertes que las mujeres (TMA 6,61).

Figura 45. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades transmisibles según sexo, 2005 – 2016.





Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

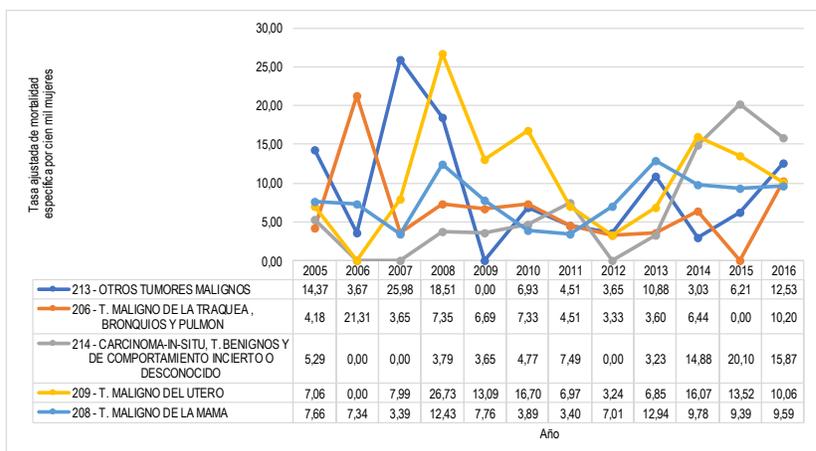
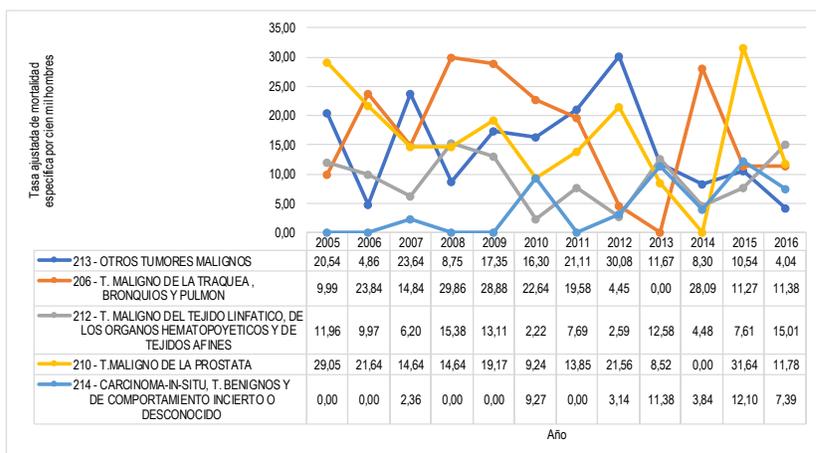
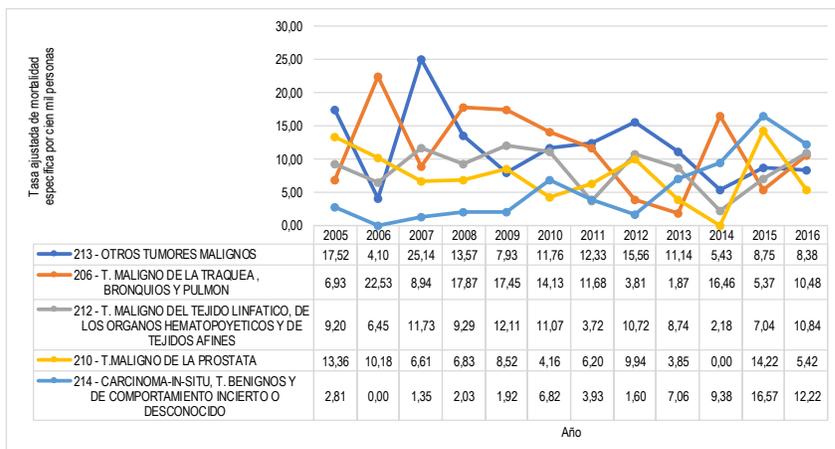
2.1.4.2 Mortalidad por neoplasias

En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por neoplasias (tumores) se ubican otros tumores malignos aportando un 17,71% de las muertes acumuladas, equivalente a 71 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 8,38 por cien mil habitantes, frente al año pasado disminuyó en -0,4 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 25,14). Las mujeres (TMA 12,53) para el año 2016 aportaron 32,2% más muertes que los hombres (TMA 4,04).

Le siguen t. maligno de la tráquea, bronquios y pulmón generando el 17,20% de las muertes acumuladas, equivalente a 67 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 10,48 por cien mil habitantes, respecto al 2015 aumentó en 5,1 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.006 (TMA 22,53). Los hombres (TMA 11,38) para el año 2016 aportaron 11,5% más muertes que las mujeres (TMA 10,20).

En el tercer puesto están t. maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines acumulando un 12,90% de los decesos en el periodo, equivalente a 55 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 10,84 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior aumentó en 3,8 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.009 (TMA 12,11). Los hombres (TMA 15,01) para el año 2016 aportaron 129,2% más muertes que las mujeres (TMA 6,55).

Figura 46. Tasa de mortalidad ajustada por edad para neoplasias según sexo, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

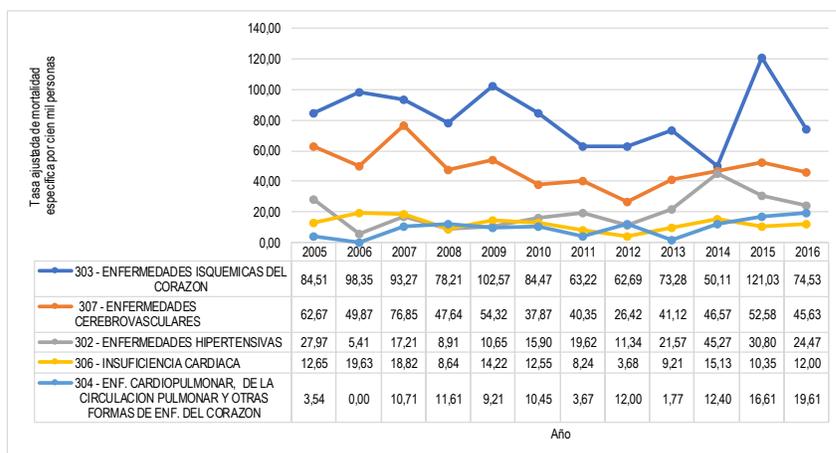
2.1.4.3 Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio

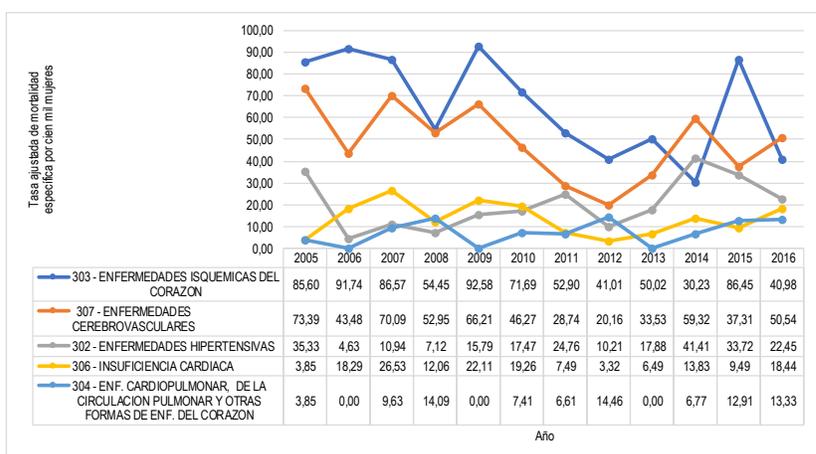
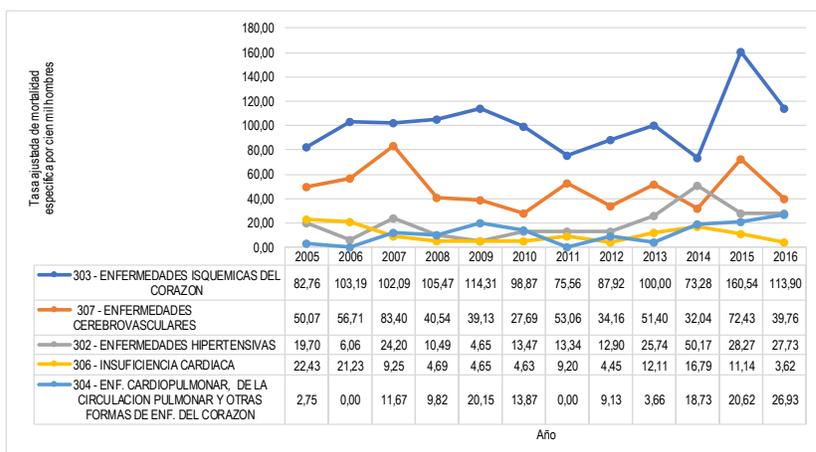
En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio se ubican enfermedades isquémicas del corazón aportando un 45,62% de las muertes acumuladas, equivalente a 484 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 74,53 por cien mil habitantes, frente al año pasado disminuyó en -46,5 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.015 (TMA 121,03). Los hombres (TMA 113,90) para el año 2016 aportaron 177,9% más muertes que las mujeres (TMA 40,98).

Le siguen enfermedades cerebrovasculares generando el 26,92% de las muertes acumuladas, equivalente a 282 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 45,63 por cien mil habitantes, respecto al 2015 disminuyó en -6,9 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 76,85). Las mujeres (TMA 50,54) para el año 2016 aportaron 78,7% más muertes que los hombres (TMA 39,76).

En el tercer puesto están enfermedades hipertensivas acumulando un 11,06% de los decesos en el periodo, equivalente a 122 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 24,47 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior disminuyó en -6,3 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.014 (TMA 45,27). Los hombres (TMA 27,73) para el año 2016 aportaron 23,5% más muertes que las mujeres (TMA 22,45).

Figura 47. Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del sistema circulatorio según sexo, 2005 – 2016.





Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

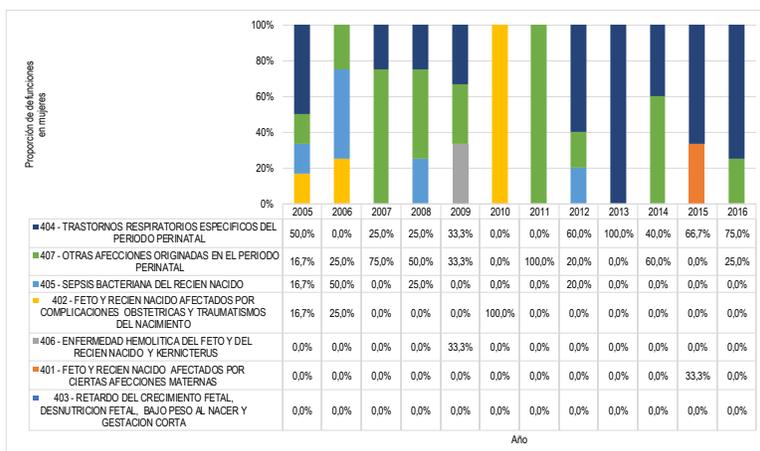
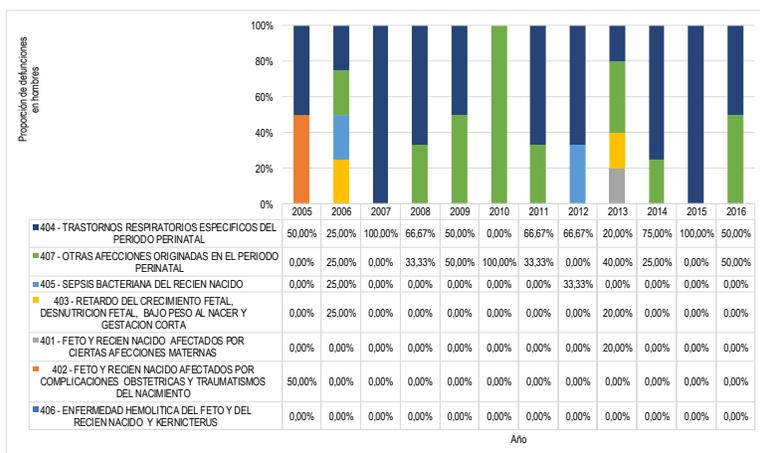
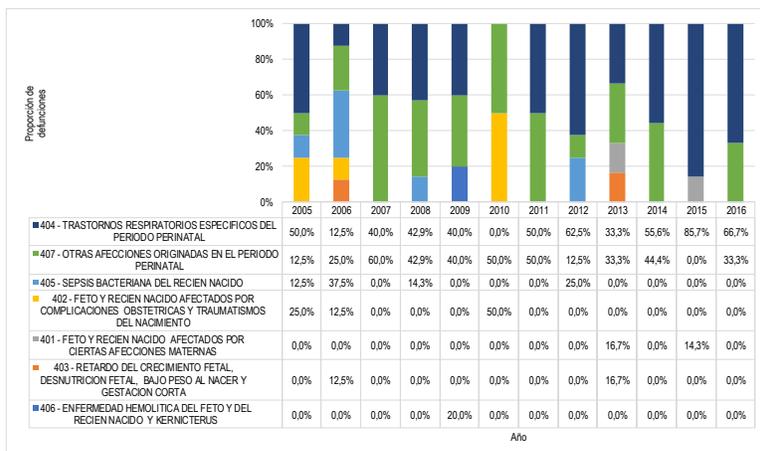
2.1.4.4 Mortalidad por afecciones del periodo perinatal

En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por grandes grupos se ubican trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal aportando un 48,00% de las muertes acumuladas, equivalente a 36 decesos. Para el año 2016 la proporción fue del 66,67%, su tendencia lineal se muestra ascendente.

Le siguen otras afecciones originadas en el periodo perinatal generando el 30,67% de las muertes acumuladas, equivalente a 23 decesos. Para el año 2016 la proporción fue del 100,00%, la estimación de la tendencia lineal muestra una línea descendente.

En el tercer puesto están sepsis bacteriana del recién nacido acumulando un 9,33% de los decesos en el periodo, equivalente a 7 decesos.

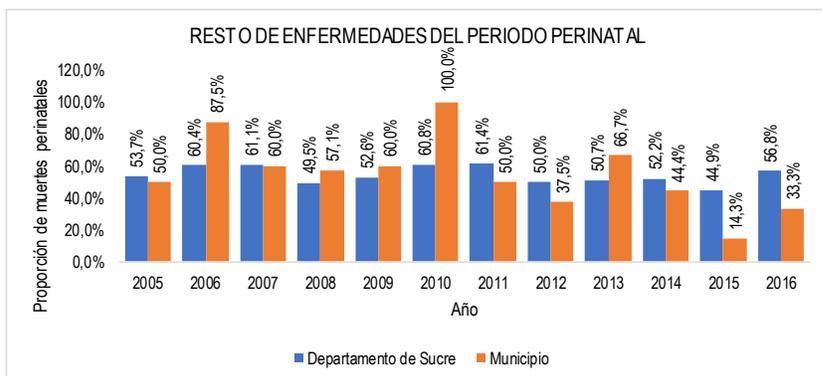
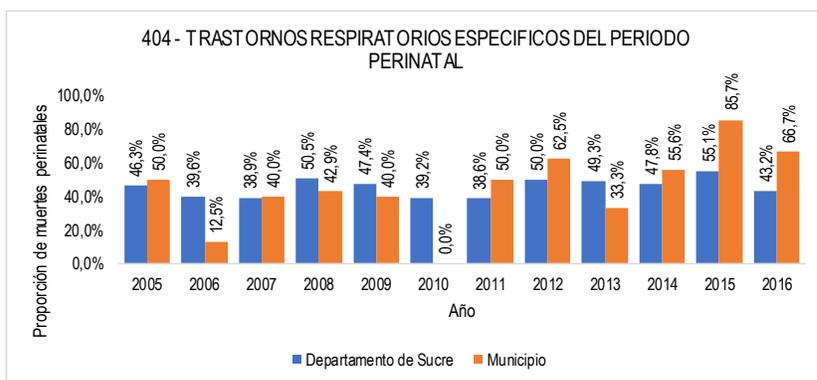
Figura 48. Casos de mortalidad para afecciones del periodo perinatal, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

Comparado la proporción de muertes perinatales por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal entre el Departamento (43,2%) y municipio (66,7%), este último una diferencia de 54,2% más fallecimientos que el Departamento. Para el resto de enfermedades o afecciones originadas en el periodo perinatal entre Sucre (56,8%) y municipio (33,3%), la diferencia fue de -41,3% menos muertes que el Departamento.

Figura 49. Proporción de mortalidad para afecciones del periodo perinatal entre el Departamento y el Municipio, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

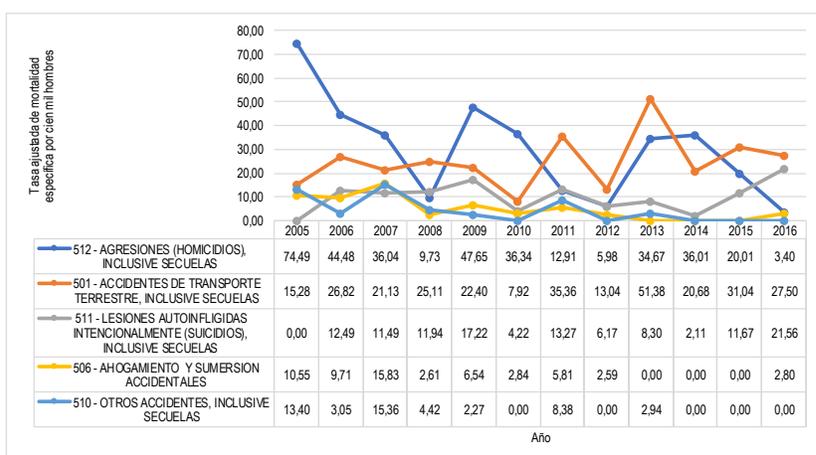
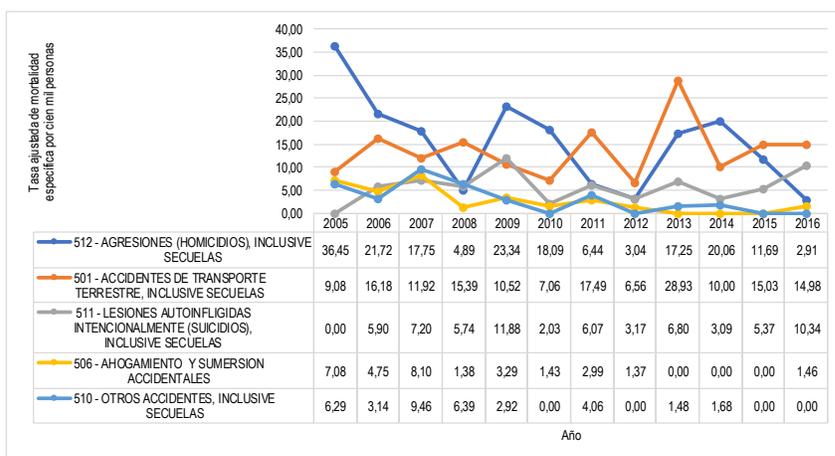
2.1.4.5 Mortalidad por causas externas

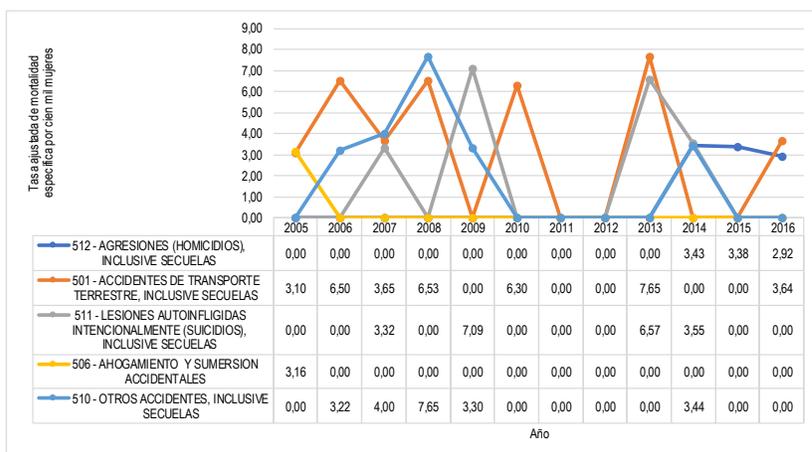
En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por causas externas se ubican agresiones (homicidios), inclusive secuelas aportando un 34,47% de las muertes acumuladas, equivalente a 109 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 2,91 por cien mil habitantes, frente al año pasado disminuyó en -8,8 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.005 (TMA 36,45). Los hombres (TMA 3,40) para el año 2016 aportaron -16,5% más muertes que las mujeres (TMA 2,92).

Le siguen accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas generando el 30,62% de las muertes acumuladas, equivalente a 94 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 14,98 por cien mil habitantes, sin cambios respecto al 2015. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.013 (TMA 28,93). Los hombres (TMA 27,50) para el año 2016 aportaron 654,4% más muertes que las mujeres (TMA 3,64).

En el tercer puesto están lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas acumulando un 12,69% de los decesos en el periodo, equivalente a 37 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 10,34 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior aumentó en 5,0 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.009 (TMA 11,88). El 100% de las muertes fueron aportadas por los hombres.

Figura 50. Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas, 2005 – 2016.





Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

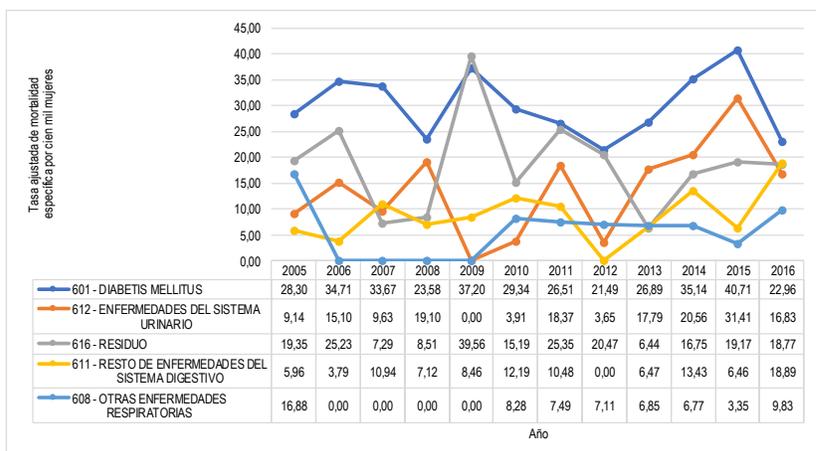
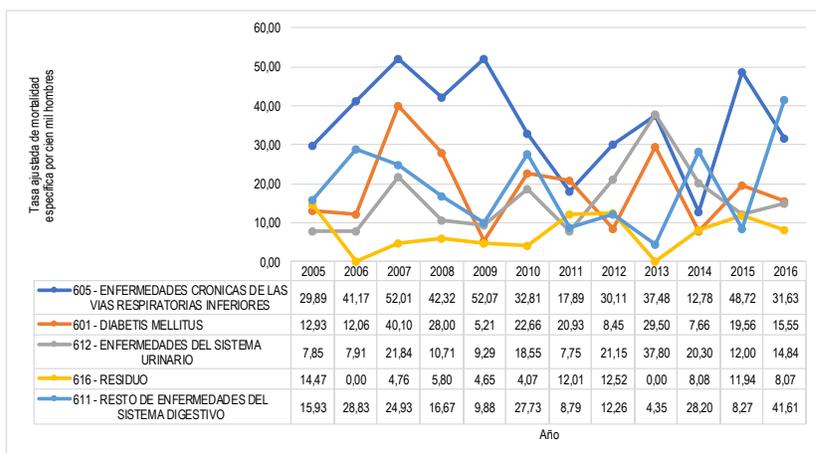
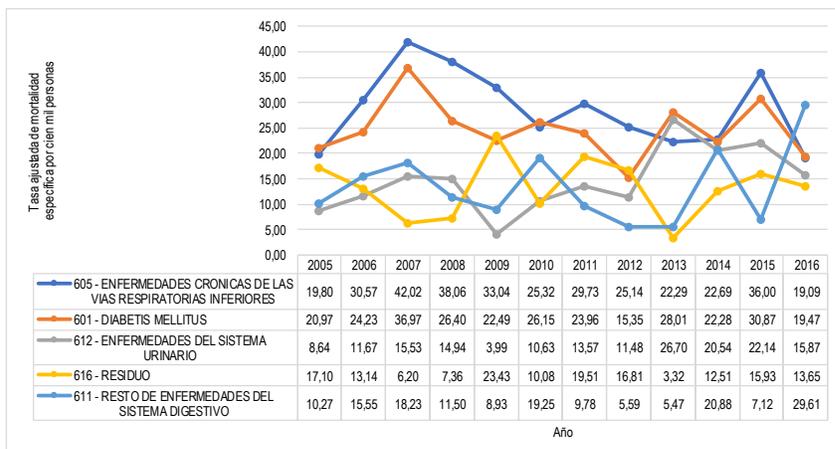
2.1.4.6 Mortalidad por demás enfermedades

En el periodo entre 2005 y 2016 en la primera causa de mortalidad por todas las demás causas se ubican enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores aportando un 22,85% de las muertes acumuladas, equivalente a 169 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 19,09 por cien mil habitantes, frente al año pasado disminuyó en -16,9 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 42,02). Los hombres (TMA 31,63) para el año 2016 aportaron 246,4% más muertes que las mujeres (TMA 9,13).

Le siguen diabetes mellitus generando el 19,75% de las muertes acumuladas, equivalente a 145 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 19,47 por cien mil habitantes, respecto al 2015 disminuyó en -11,4 puntos. Su tendencia lineal se muestra descendente. Su mayor valor se registró en el año 2.007 (TMA 36,97). Las mujeres (TMA 22,96) para el año 2016 aportaron 67,7% más muertes que los hombres (TMA 15,55).

En el tercer puesto están enfermedades del sistema urinario acumulando un 11,68% de los decesos en el periodo, equivalente a 88 decesos. Para el año 2016 la tasa de mortalidad ajustada por edad se estimó en 15,87 por cien mil habitantes, en comparación con la vigencia anterior disminuyó en -6,3 puntos. Su tendencia lineal se muestra ascendente. Su mayor valor se registró en el año 2.013 (TMA 26,70). Las mujeres (TMA 16,83) para el año 2016 aportaron 88,1% más muertes que los hombres (TMA 14,84).

Figura 51. Tasa de mortalidad ajustada por edad por las demás enfermedades, 2005 – 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

2.1.5 Mortalidad trazadora del plan decenal de salud pública

Las semaforizaciones de los indicadores de mortalidad en general no muestran diferencias estadísticamente significativas respecto a la nación, así mismo se calculó la diferencia entre los dos últimos años (2015 y 2016) y su porcentaje de aumento o disminución.

- A 2016 no se registraron muertes por enfermedades infecciosas intestinales, infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual, trastornos mentales y del comportamiento, por exposición a fuerzas de la naturaleza, ni por malaria.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por infecciones respiratorias agudas mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 32,81 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (27,96) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,83-1,65. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de -0,76 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 3,62 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (2,89) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,45-3,51. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 4,20 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la mama mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 5,15 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (4,53) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,48-2,70. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 0,96 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del útero mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 5,30 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (4,70) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,48-2,64. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 3,24 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata mostró una tendencia descendente con un valor a 2016 en 5,42 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (5,16) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,45-2,44. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 0,86 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre, inclusive secuela mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 14,98 por cien mil

habitantes, en comparación con el Departamento (13,31) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,68-1,87. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 5,95 puntos.

- La tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuela mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 10,34 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (5,28) muestra un valor significativamente mayor con un intervalo de confianza del 95% entre 1,06-3,60. Su valor más alto se registró en el año 2009; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 5,37 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios), inclusive secuela mostró una tendencia descendente con un valor a 2016 en 2,91 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (14,01) muestra un valor significativamente menor con un intervalo de confianza del 95% entre 0,07-0,66. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de -24,76 puntos.
- La tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus mostró una tendencia descendente con un valor a 2016 en 19,47 por cien mil habitantes, en comparación con el Departamento (19,28) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,65-1,57. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 9,90 puntos.

Tabla 12. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas, 2005-2016.

Evento	Dpto.	Mpio.	Comportamiento													IC 95%	Tendencia lineal	Gráfico	
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016					
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 101 - enfermedades infecciosas intestinales	1,20	0,00	1,54	2,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,94	1,65	1,76	0,00	3,44	0,00	No calculable	Ascendente	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 107 - infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	No calculable	Sin cambio	
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 109 - infecciones respiratorias agudas	27,96	32,81	22,52	18,55	18,54	11,86	9,18	16,11	5,33	1,90	19,99	14,57	21,76	32,81	0,8-1,7	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 201 - t. maligno del estomago	2,89	3,62	2,81	2,53	11,12	2,57	0,00	8,37	1,97	7,79	3,75	5,76	7,01	3,62	0,4-3,5	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 208 - t. maligno de la mama	4,53	5,15	4,16	3,94	1,81	6,47	4,06	2,04	1,84	3,70	7,13	5,32	5,12	5,15	0,5-2,7	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 209 - t. maligno del utero	4,70	5,30	3,90	0,00	4,23	13,85	6,77	8,74	3,69	1,70	3,73	8,65	7,14	5,30	0,5-2,6	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 210 - t. maligno de la prostata	5,16	5,42	13,36	10,18	6,61	6,83	8,52	4,16	6,20	9,94	3,85	0,00	14,22	5,42	0,5-2,4	Desendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 501 - accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	13,31	14,98	9,08	16,18	11,92	15,39	10,52	7,06	17,49	6,56	28,93	10,00	15,03	14,98	0,7-1,9	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 511 - lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	5,28	10,34	0,00	5,90	7,20	5,74	11,88	2,03	6,07	3,17	6,80	3,09	5,37	10,34	1,1-3,6	Ascendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 512 - agresiones (homicidios), inclusive secuelas	14,01	2,91	36,45	21,72	17,75	4,89	23,34	18,09	6,44	3,04	17,25	20,06	11,69	2,91	0,1-0,7	Desendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 601 - diabetes mellitus	19,28	19,47	20,97	24,23	36,97	26,40	22,49	26,15	23,96	15,35	28,01	22,28	30,87	19,47	0,6-1,6	Desendente			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por 603 - trastornos mentales y del comportamiento	0,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,63	0,00	0,00	No calculable	Ascendente		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tasa de mortalidad ajustada por edad por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,12	0,00	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,00	0,00	0,00	No calculable	Desendente		
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tasa de mortalidad ajustada por edad por malaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	No calculable	Sin cambio		

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 10/11/2018.

2.1.6 Mortalidad materno – infantil y en la niñez

Uno de los indicadores que mide el grado de desarrollo de los pueblos es la mortalidad infantil pues determina la probabilidad que tiene un recién nacido de sobrevivir en su primer año de vida, se considera un indicador dinámico y depende de fenómenos sociales, económicos políticos y culturales. Por lo anterior para su análisis es necesario tener presente la estructura y la dinámica poblacional del departamento, por lo tanto, este indicador es sensible al estado de salud de la población.

Se analizó la mortalidad infantil y en la niñez estimando las tasas específicas de mortalidad de acuerdo con la lista de tabulación de la mortalidad infantil y del niño propuesta por la OMS. A continuación, se realiza una descripción de la tendencia y magnitud por medio de tasas específicas de mortalidad

infantil y en la niñez de las grandes causas por sexo y luego en cada subgrupo con las principales causas específicas de muertes durante el período comprendido entre 2005 a 2016.

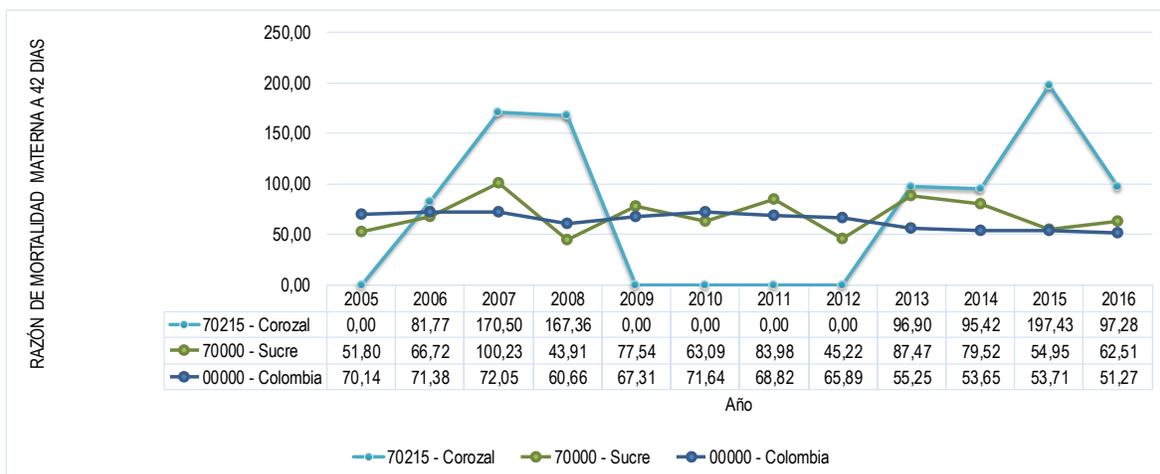
2.1.6.1 Mortalidad materna

La mortalidad materna es uno de los indicadores que denota la calidad de vida de un país, su nivel de desarrollo económico, social y tecnológico, sin dejar de lado que la misma constituye una tragedia familiar y social. La razón de mortalidad materna (RMM) es el indicador de más peso, debido a que no solo se valora la pérdida de la madre si no el impacto social que se genera en el núcleo familiar, reflejándose directamente en los huérfanos durante las etapas de su desarrollo. Esta tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tienen tanto los profesionales de la salud durante la atención del binomio madre - hijo como la gestante y su núcleo familiar. La mortalidad de mujeres gestantes continúa siendo un preocupante problema de salud pública en Colombia y, a la vez, una situación de vulneración de los derechos a la salud y a la vida de las mujeres, ya a la vez la mujer tiene pocas oportunidades de participar en procesos que le generen mejores ingresos y de esta manera mejorar la calidad de vida tanto de ella como de su núcleo familiar, observando desigualdad de oportunidades para vincularse a la vida laboral con el hombre.

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 10 muertes maternas. La razón de mortalidad materna a 42 días registró una media de 75,56 muertes por cien mil nacidos vivos, con una desviación estándar de 72,00. Su tendencia general es ascendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 97,28 muertes maternas por cien mil nacidos vivos. Comparando el valor municipal con el departamental, presentó un valor más alto con significancia estadística del 95% (IC 1,28-1,90). El valor máximo se registró en el año 2015 (197,43).

La mayor razón de mortalidad materna a 42 días para la vigencia 2016 se registró en cabecera con el 112,23 muertes por cien mil nacidos vivos. Sin casos en grupos étnicos. Según el tipo de vinculación al SGSSS, el régimen subsidiado aportó una razón de mortalidad materna a 42 días de 133,69 muertes por cien mil nacidos vivos.

Figura 52. Razón de mortalidad materna en el departamento de Sucre y municipio de Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 13. Razón de mortalidad materna según área de residencia, 2005 -2016.

GEOREFERENCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - CABECERA		97,56	103,73	204,50							226,50	112,23
2 - CENTRO POBLADO			645,16						934,58	806,45		

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 14. Razón de mortalidad materna según pertenencia étnica, 2005 -2016.

ETNIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6 - OTRAS ETNIAS						97,94	97,18	209,86	99,80

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 15. Razón de mortalidad materna según SGSS, 2005 -2016.

SGSS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
S - SUBSIDIADO		215,98	191,94	147,71					136,24		138,31	133,69
3 - VINCULADO			456,62									
E - EXCEPCION										1.098,90	1.315,79	

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

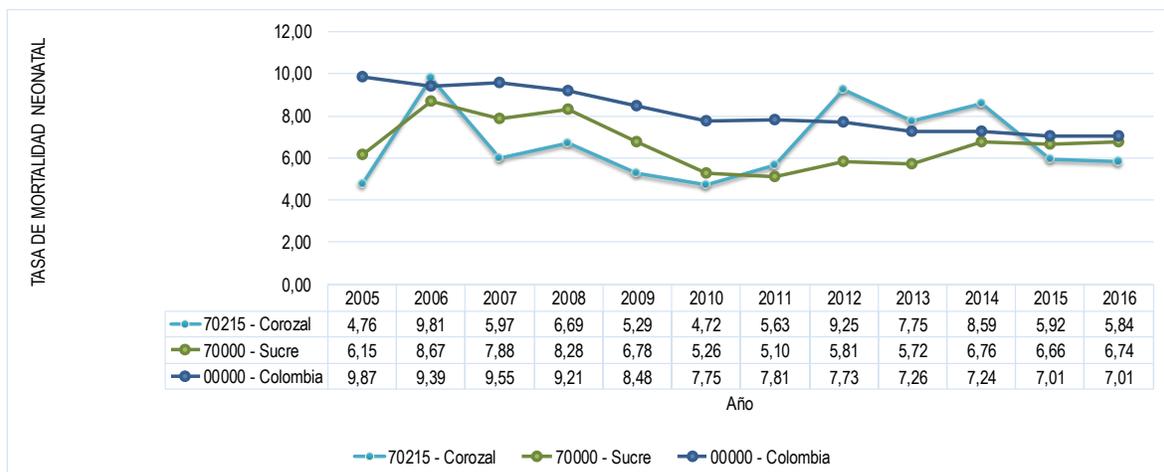
2.1.6.2 Mortalidad neonatal

La salud de las madres es un factor común en las muertes neonatales y se estima que dos tercios de las defunciones son evitables con buenas medidas de atención del parto y durante la primera semana de vida (13).

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 88 muertes neonatales con un promedio anual de 7 (desviación estándar 2). La tasa de mortalidad neonatal registró una media de 6,69 muertes por mil nacidos vivos, con una desviación estándar de 1,67. Su tendencia general es ascendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 5, muertes neonatales por mil nacidos vivos. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,38-1,95). El valor máximo se registró en el año 2006 (9,81).

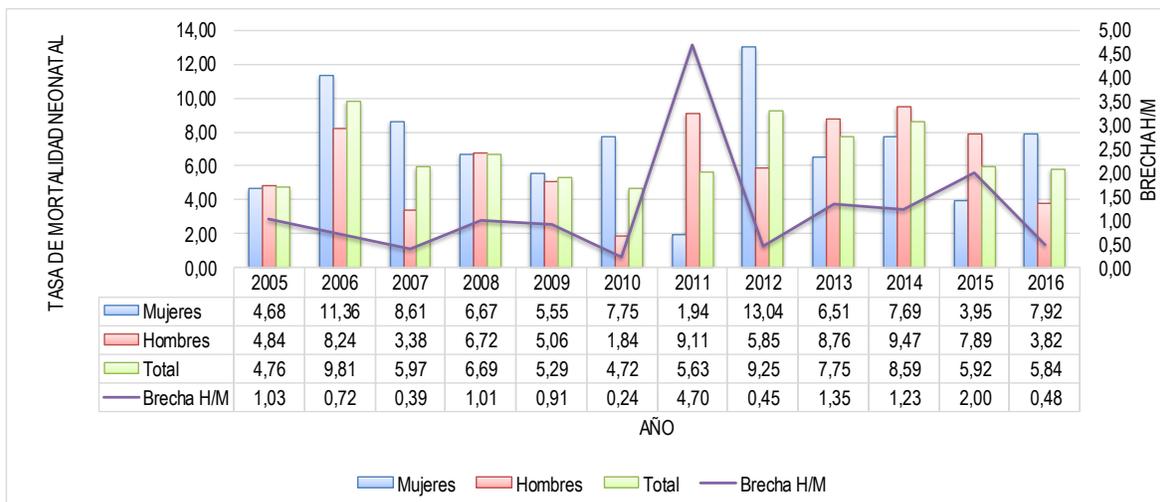
Las mujeres (TMA 7,92) aportan un 48,28% más muertes que los hombres (TMA 3,82). La mayor tasa de mortalidad neonatal para la vigencia 2016 se registró en cabecera con el 6,73. Sin casos reportados en grupos étnicos. El régimen subsidiado aportó una tasa de mortalidad neonatal de 6,68 muertes por mil nacidos vivos, seguido por el régimen contributivo con un valor de 5,08.

Figura 53. Tasa de mortalidad neonatal en el departamento de Sucre y municipio de Corozal, 2005-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Figura 54. Tasa de mortalidad neonatal por sexo, 2005- 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 16. Tasa de mortalidad neonatal según área de residencia, 2005 -2016.

GEOREFERENCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - CABECERA	3,84	10,73	6,22	4,09	5,47	4,57	6,92	4,88	7,85	8,87	6,80	6,73
3 - AREA RURAL DISPERSA	23,81			45,45				100,00				
2 - CENTRO POBLADO	6,76	6,37	6,45	13,33	5,92	7,41		22,56	9,35	8,06		

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 17. Tasa de mortalidad neonatal según pertenencia étnica, 2005 -2016.

ETNIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6 - OTRAS ETNIAS		1,01	1,00	5,67	9,30	6,86	8,75	6,30	5,99
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE			38,46			111,11			

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

Tabla 18. Tasa de mortalidad neonatal según SGSSS, 2005 -2016.

SGSSS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
S - SUBSIDIADO	2,18	10,80	5,76	10,34	5,59	4,48	5,92	7,46	6,81	5,13	8,30	6,68
C - CONTRIBUTIVO	2,87	9,20		3,16	4,22		8,73	16,39	9,71	17,75		5,08
3 - VINCULADO	3,03	8,36	18,26									
E - EXCEPCION								10,87	12,66	21,98		

Fuente: Elaboración propia a partir del cubo de estadísticas vitales dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 2018/11/12.

2.1.6.3 Mortalidad infantil

La mortalidad en menores de un año en muchas ocasiones es resultado de inequidades por causas evitables, es reflejo de las condiciones de salud y desarrollo del territorio.

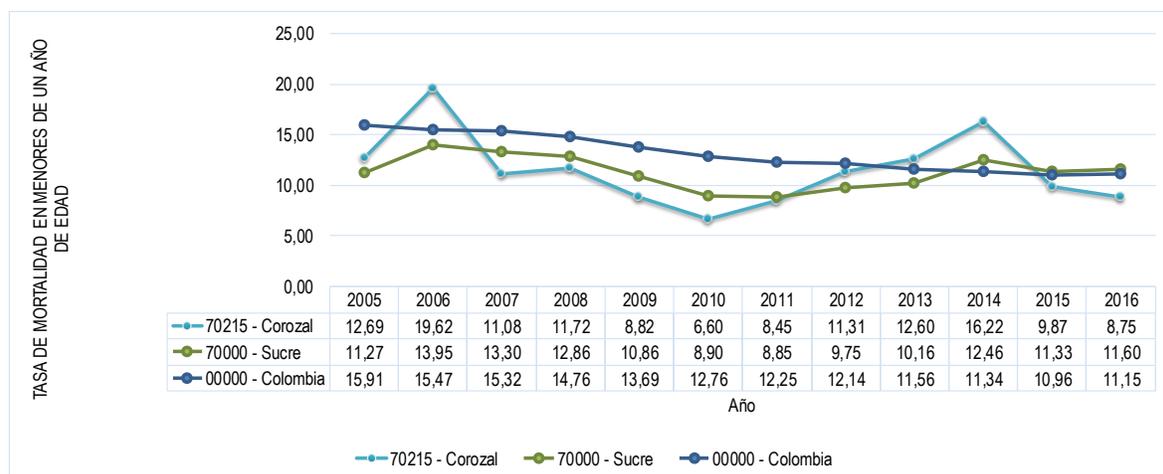
Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 153 muertes con un promedio anual de 13 (desviación estándar 4). La tasa de mortalidad en menores de un año registró una media de 11,48, con una desviación estándar de 3,44. Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 8,75 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,39-1,46). El valor máximo se registró en el año 2006 (19,62).

Para el 2016, los hombres (TMA 9,56) aportan un 20,70% más muertes que las mujeres (TMA 7,92). Sin muertes en grupos étnicos.

La mayor tasa de mortalidad en menores de un año para la vigencia 2016 se registró en centro poblado con el 10,31, seguido por cabecera municipal (8,98).

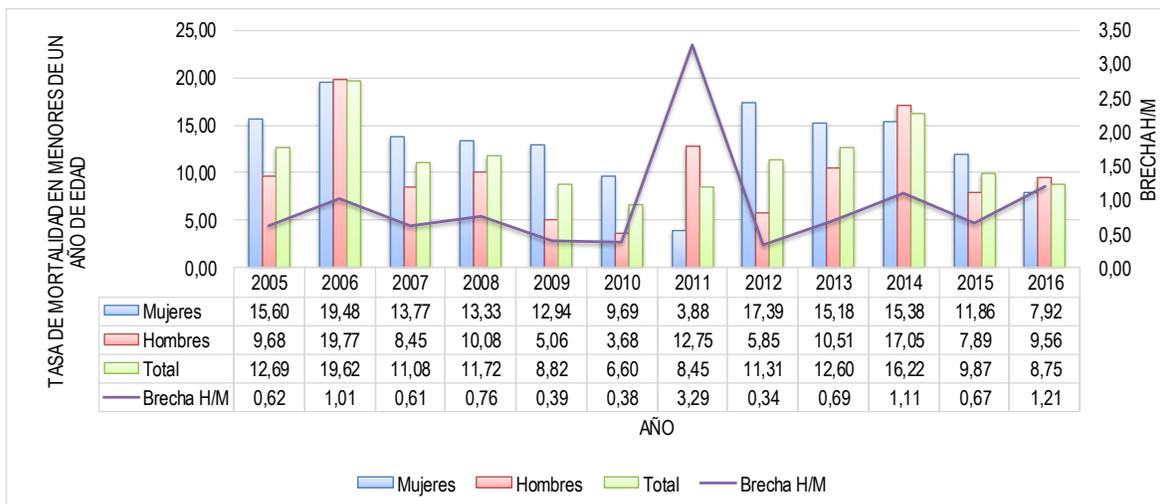
Según el tipo de vinculación al SGSSS, el régimen subsidiado aportó una tasa de mortalidad en menores de un año de 10,70 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos, seguido por el régimen contributivo con un valor de 5,08.

Figura 55. Tasa de mortalidad infantil. Departamento de Sucre y Corozal, 2005- 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 56. Tasa de mortalidad infantil por sexo, 2005- 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 57. Tasa de mortalidad infantil por área de residencia, 2005- 2016.

GEOREFERENCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
2 - CENTRO POBLADO	6,76	6,37	6,45	13,33	5,92	14,81		30,08	9,35	24,19	9,80	10,31
1 - CABECERA	12,49	21,46	11,41	8,18	8,75	5,71	10,38	4,88	13,45	15,52	10,19	8,98
3 - AREA RURAL DISPERSA	47,62	34,48	24,39	90,91	29,41			150,00				

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 58. Tasa de mortalidad infantil por etnia, 2008- 2016.

ETNIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6 - OTRAS ETNIAS		2,02	3,00	7,55	11,36	11,75	14,58	10,49	8,98
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	12,20	33,33	38,46			111,11	117,65		

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 59. Tasa de mortalidad infantil por SGSSS, 2005- 2016.

SGSSS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
S - SUBSIDIADO	13,07	23,76	11,52	17,73	11,17	5,98	10,36	8,96	12,26	12,82	13,83	10,70
C - CONTRIBUTIVO	8,60	18,40	2,96	3,16	4,22	5,05	8,73	16,39	14,56	29,59		5,08
3 - VINCULADO	9,09	11,14	22,83									
E - EXCEPCION								10,87	12,66	21,98		

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

A continuación, se describen las cinco primeras causas de mortalidad infantil según la lista para la tabulación en el menor de 1 año según grandes causas, en el primer lugar se ubicaron ciertas

afecciones originales en el periodo perinatal aportando el 49,02% de los fallecimientos; para el año 2016 la tasa de mortalidad infantil tuvo un valor de 5,84 muertes por mil nacidos vivos, respecto al año anterior su diferencia fue -15,54%. La mortalidad en las mujeres fue 48,28% más muertes que en los hombres.

Le siguen en segundo lugar malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 30,72%; para la vigencia del 2016 no tuvo fallecidos.

En tercer puesto están enfermedades del sistema respiratorio generando el 5,88% de las muertes; en el 2016 la tasa tuvo un valor de 0,97 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos.

En cuarta posición se encuentran ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias representando el 5,23% de las muertes; en el año 2016 el valor del indicador fue 0,97 muertes en menores de un año por mil nacidos vivos.

Finalmente están enfermedades del sistema circulatorio contribuyendo con un 2,61% de los decesos en menores de un año, sin casos registrados para el 2016.

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.

CAUSA DE MUERTE SEGÚN LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORTALIDAD INFANTIL	MUJERES											HOMBRES											TOTAL													
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	9,36	6,49	6,88	6,67	5,55	1,94	1,94	10,87	2,17	9,62	5,93	7,92	3,23	6,59	1,69	5,04	3,37	1,84	5,46	5,85	8,76	7,58	7,89	3,82	6,34	6,54	4,26	5,86	4,41	1,89	3,76	8,22	5,81	8,59	6,91	5,84
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSÓMICAS	3,12	6,49	5,16	6,67	0,00	5,81	1,94	4,35	8,68	3,85	1,98	0,00	4,84	9,88	3,38	3,36	1,69	1,84	5,46	0,00	1,75	3,79	0,00	0,00	3,97	8,18	4,26	5,02	0,88	3,77	3,76	2,06	4,84	3,82	0,99	0,00
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	1,56	1,62	1,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00	1,61	1,65	1,69	0,00	0,00	0,00	1,82	0,00	0,00	0,00	0,00	1,91	1,59	1,64	1,71	0,00	0,00	0,00	0,94	0,00	0,97	0,00	0,00	0,97
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,00	1,62	0,00	0,00	3,70	0,00	0,00	2,17	2,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,89	0,00	1,91	0,00	0,82	0,00	0,84	1,76	0,00	0,00	1,03	0,97	0,95	0,00	0,97
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	1,85	0,00	0,00	0,00	0,00	1,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,79	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86	0,00	0,00
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	1,56	0,00	0,00	0,00	1,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,79	0,00	0,85	0,00	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C02 - TUMORES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,94	0,00	0,00	0,00	0,00	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0,00	3,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	0,00
C18 - SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDEAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C13 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO MUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO, 2005 – 2015. Fecha de consulta 30/11/2018.

2.1.6.4 Mortalidad en la niñez

La tasa de mortalidad en la niñez (menores de cinco años) establece la probabilidad de muerte de un recién nacido antes de alcanzar los cinco años, ésta mide las consecuencias de las interacción y relaciones de los determinantes sociales de la salud, como la seguridad alimentaria, ingresos del hogar, los derechos y deberes en salud, conocimientos sobre cuidados en la salud del menor, acceso al servicio de salud, oportunidad y calidad de la atención en salud, acceso al agua para consumo humano y el saneamiento básico. Dada la baja posibilidad de que una minoría económicamente aventajada afecte la tasa en un país, este indicador ofrece una medida cercana al estado de salud de la mayoría de los niños y de la población general como un todo (13).

2.1.6.4.1 Mortalidad en menores entre 1-4 años

En el análisis de la mortalidad general en los menores entre 1 y 4 años se utiliza el porcentaje que representa el grupo de causas respecto al total para el año 2015, y se describe la diferencia entre las tasas entre los años 2015 y 2016, tasas positivas indican un aumento y tasas negativas una disminución en el valor. al igual que la anterior se utiliza la lista de las 16 causas de mortalidad infantil establecida para Colombia. En el primer lugar se ubicaron causas externas de morbilidad y de mortalidad aportando el 30,00% de los fallecimientos; sin casos para el año 2016.

Le siguen en segundo lugar tumores con un 20,00%; para la vigencia del 2016 tuvo una tasa en 24,03 fallecidos por cien mil menores entre 1 y 4 años, respecto al año anterior su diferencia fue 0,84%

En tercer puesto están ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generando el 15,00% de las muertes; en el 2016 la tasa tuvo un valor de 24,03 muertes por cien mil menores entre 1 y 4 años.

En cuarta posición se encuentran enfermedades del sistema genitourinario representando el 10,00% de las muertes; sin casos a 2016.

Finalmente están malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas contribuyendo con un 10,00% de los decesos; sin muertes registradas en el año 2016.

Tabla 20. Tasas específicas de mortalidad infantil en menores entre 1 y 4 años, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.

CAUSA DE MUERTE SEGÚN LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORTALIDAD EN MENOR ENTRE 1 Y 4	MUJERES												HOMBRES												TOTAL											
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,38	0,00	0,00	0,00	42,88	86,81	43,88	44,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,94	44,40	22,44	22,63	0,00	0,00	0,00	0,00	23,66	0,00	0,00
C02 - TUMORES	0,00	0,00	0,00	45,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,05	0,00	0,00	0,00	46,69	47,04	0,00	0,00	0,00	22,44	0,00	23,04	0,00	0,00	0,00	0,00	23,83	24,03
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	48,01	0,00	0,00	0,00	0,00	42,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	47,04	0,00	0,00	21,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,45	0,00	24,03	
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,67	0,00	0,00	0,00	0,00	23,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS	0,00	0,00	0,00	45,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	44,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,44	22,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	47,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,03	
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0,00	0,00	45,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	45,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,25	0,00	0,00	0,00	0,00	
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS,	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C08 - ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C18 - SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLÍNICOS Y DE LABORATORIO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

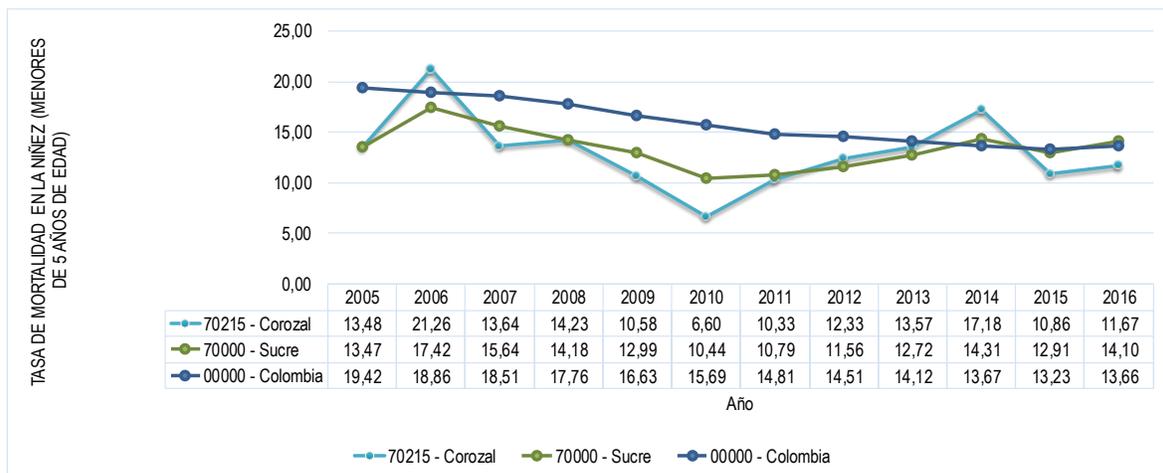
Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 30/11/2018.

2.1.6.4.2 Mortalidad en menores de cinco años

La tasa de mortalidad en los menores de cinco años calcula la probabilidad de que un recién nacido pierda la vida antes de alcanzar los cinco años y permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como disponibilidad de alimentos, ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua para consumo humano y saneamiento básico, entre otros. La mayoría de las enfermedades causantes de estas muertes se pueden intervenir de manera simple y económica.

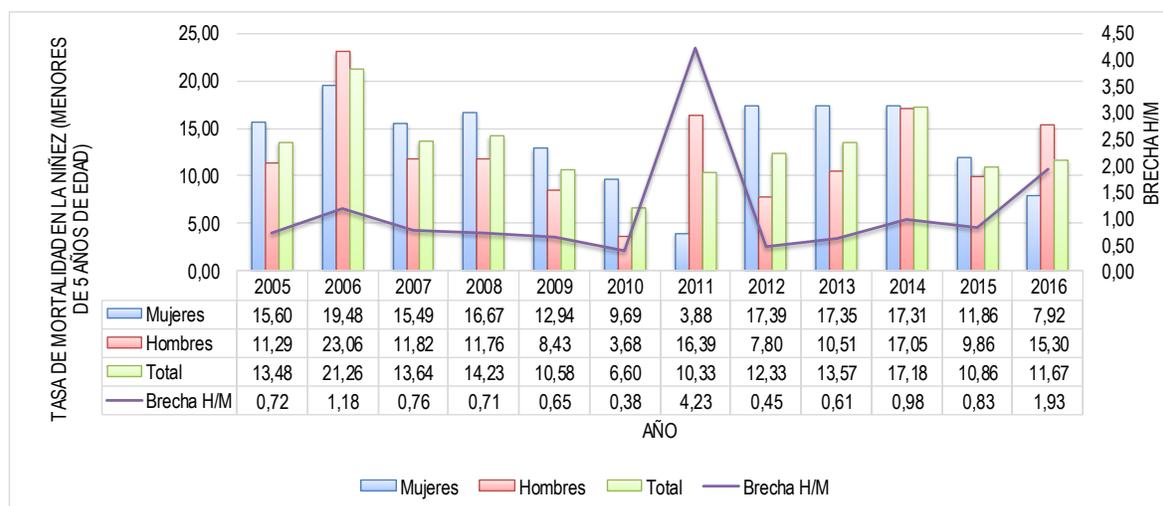
Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 173 muertes en menores de 5 años (promedio 14, desviación estándar 5). La tasa de mortalidad en la niñez registró una media de 12,98, con una desviación estándar de 3,52. Su tendencia general es descendente. Para la vigencia 2016 presentó un valor de 11,67 muertes por mil nacidos vivos. Comparando el valor municipal con el departamental, no presentó una diferencia estadísticamente significativa (IC 95% 0,47-1,47). El valor máximo se registró en el año 2006 (21,26). Los hombres (TMA 15,30) aportan un 93,12% más muertes que las mujeres (TMA 7,92). En la cabecera municipal se concentraron las muertes en la niñez (TMA 12,35), seguido por centro poblado (10,31). Sin muertes en grupos étnicos. Según el tipo de vinculación al SGSSS, el régimen subsidiado aportó una tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) de 14,71 muertes por mil nacidos vivos, seguido por el régimen contributivo con un valor de 5,08.

Figura 60. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 61. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por sexo, 2005- 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 62. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por área de residencia, 2005- 2016.

GEOREFERENCIA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1 - CABECERA	13,45	22,44	14,52	10,22	9,85	5,71	11,53	6,10	14,57	15,52	11,33	12,35
2 - CENTRO POBLADO	6,76	6,37	6,45	13,33	11,83	14,81		30,08	9,35	32,26	9,80	10,31
3 - AREA RURAL DISPERSA	47,62	68,97	24,39	90,91	29,41		45,45	150,00				

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 63. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por etnia, 2005- 2016.

ETNIA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
6 - OTRAS ETNIAS		3,02	3,00	8,50	12,40	12,73	15,55	11,54	11,98
5 - NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO O AFRODESCENDIENTE	12,20	33,33	38,46	333,33		111,11	117,65		

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

Figura 64. Tasa de mortalidad en la niñez (0-5 años) por SGSSS, 2005- 2016.

SGSSS	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
S - SUBSIDIADO	15,25	25,92	13,44	19,20	13,97	5,98	13,31	8,96	13,62	12,82	13,83	14,71
C - CONTRIBUTIVO	8,60	18,40	2,96	9,49	4,22	5,05	8,73	16,39	14,56	29,59	4,78	5,08
3 - VINCULADO	9,09	11,14	31,96									
E - EXCEPCION								10,87	12,66	32,97		

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

A continuación, se describen las cinco primeras causas de mortalidad infantil según la lista para la tabulación en el menor de 1 año según grandes causas, en el primer lugar se ubicaron ciertas

afecciones originales en el periodo perinatal aportando el 43,35% de los fallecimientos; para el año 2016 la tasa de mortalidad en menores de 5 años tuvo un valor de 115,70 muertes por mil nacidos vivos, respecto al año anterior su diferencia fue -13,69%. La mortalidad en las mujeres fue 47,81% mayor que en los hombres.

Le siguen en segundo lugar malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con un 28,32%; sin muertes a 2016.

En tercer puesto están ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias generando el 6,36% de las muertes; en el 2016 la tasa tuvo un valor de 38,57 muertes en menores de 5 años por mil nacidos vivos.

En cuarta posición se encuentran enfermedades del sistema respiratorio representando el 5,78% de las muertes; en el año 2016 el valor del indicador fue 19,28 muertes en menores de 5 años por mil nacidos vivos.

Finalmente están causas externas de morbilidad y de mortalidad contribuyendo con un 5,20% de los decesos.

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil en la niñez, según la lista del grupo niñez, 2005 – 2016.

CAUSA DE MUERTE SEGÚN LISTA DE TABULACIÓN PARA LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ	MUJERES																HOMBRES																TOTAL															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016												
C16 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINALES EN EL PERIODO PERINATAL	214,06	146,56	146,95	148,20	111,69	37,36	37,78	190,69	38,52	194,33	117,46	157,79	67,50	137,88	34,87	105,75	71,07	35,79	108,42	109,53	184,23	148,75	149,93	75,44	138,74	141,62	89,45	126,45	90,91	36,56	73,88	149,23	112,99	171,04	134,05	115,70												
C17 - MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSÓMICAS	71,35	145,56	110,21	185,25	0,00	112,07	37,78	76,28	154,08	77,73	39,15	0,00	101,25	206,83	69,74	70,50	71,07	35,79	108,42	0,00	36,85	74,38	0,00	0,00	86,72	177,02	89,45	126,45	36,36	73,11	73,88	37,31	94,16	76,02	19,15	0,00												
C01 - CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0,00	36,39	0,00	0,00	74,46	0,00	0,00	38,14	77,04	0,00	0,00	0,00	0,00	34,47	0,00	35,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,19	0,00	75,44	0,00	35,40	0,00	18,06	36,36	0,00	0,00	18,65	37,66	19,00	0,00	38,57												
C10 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	35,68	36,39	36,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38,52	0,00	0,00	0,00	33,75	34,47	34,87	0,00	0,00	0,00	0,00	36,14	36,51	0,00	0,00	37,72	34,69	35,40	35,78	0,00	0,00	0,00	18,47	18,65	18,83	0,00	19,28													
C20 - CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD	35,68	0,00	0,00	0,00	37,23	0,00	0,00	0,00	0,00	38,87	0,00	0,00	0,00	34,47	104,60	35,25	35,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,34	17,70	53,67	18,06	36,36	0,00	0,00	0,00	0,00	19,00	0,00	0,00												
C02 - TUMORES	0,00	0,00	0,00	37,05	0,00	37,36	0,00	0,00	0,00	0,00	39,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36,14	0,00	0,00	37,48	37,72	0,00	0,00	0,00	18,06	0,00	18,28	18,47	0,00	0,00	38,30	19,28													
C09 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA	0,00	0,00	0,00	0,00	37,23	0,00	0,00	0,00	0,00	38,87	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	74,38	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,18	0,00	0,00	0,00	0,00	57,01	0,00	0,00												
C14 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,75	34,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36,14	0,00	0,00	0,00	17,34	17,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,47	0,00	0,00	0,00	0,00													
C04 - ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0,00	72,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00													
C18 - SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,28													
C11 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,28													
C03 - ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYÉTICOS, Y CIERTOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	39,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,15	0,00													
C06 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0,00	0,00	36,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00													
C08 - ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00													

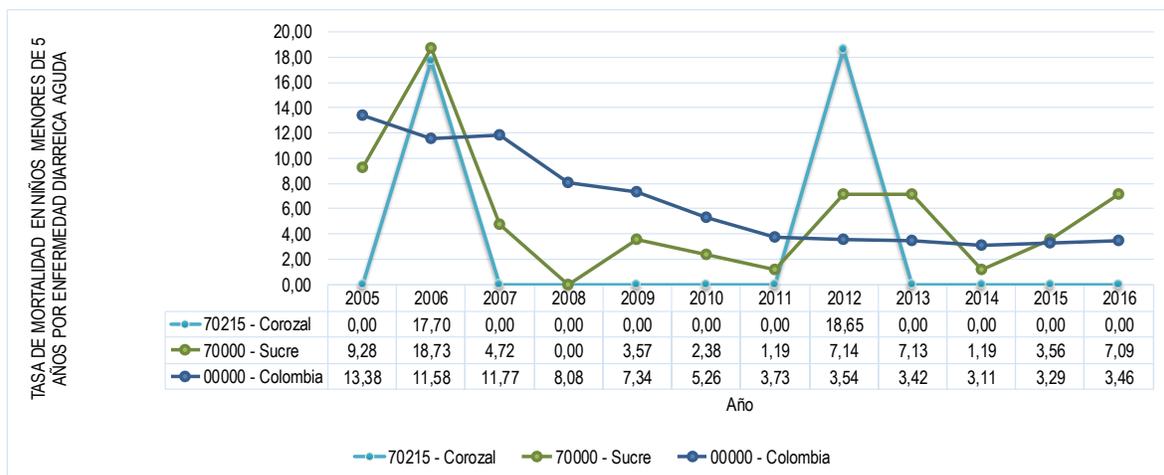
Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 30/11/2018.

2.1.6.4.3 Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menor de cinco años

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una de las patologías más frecuentes en menores de cinco años, en especial durante los dos primeros años de vida.

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 2 muertes por EDA en menor de 5 años, la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda registró una media de 3,03, con una desviación estándar de 6,78. Su tendencia general es descendente. El valor máximo se registró en el año 2012 (18,65).

Figura 65. Tasa de mortalidad por EDA en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.



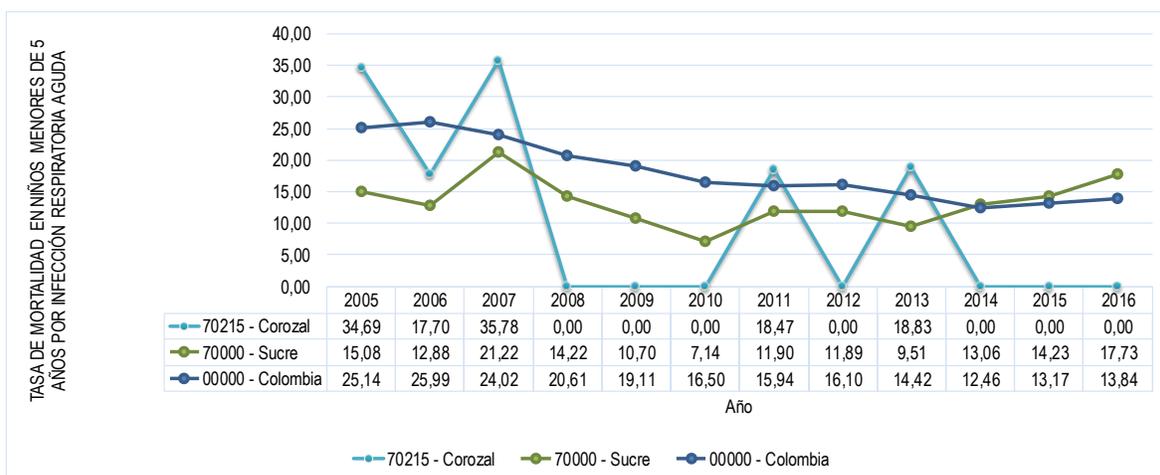
Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

2.1.6.4.4 Mortalidad por enfermedad respiratoria aguda en menor de cinco años

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son las causantes de la mayor morbilidad y mortalidad, se compone de un grupo de enfermedades como la bronconeumonía, neumonía, Tos Ferina, Bronquiolitis responsables de una alta proporción de muertes en la primera infancia y en la infancia.

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 7 muertes por IRA en la niñez. La tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda registró una media de 10,46, con una desviación estándar de 13,48. Su tendencia general es descendente.

Figura 66. Tasa de mortalidad por IRA en la niñez (0-5 años). Corozal, 2005- 2016.

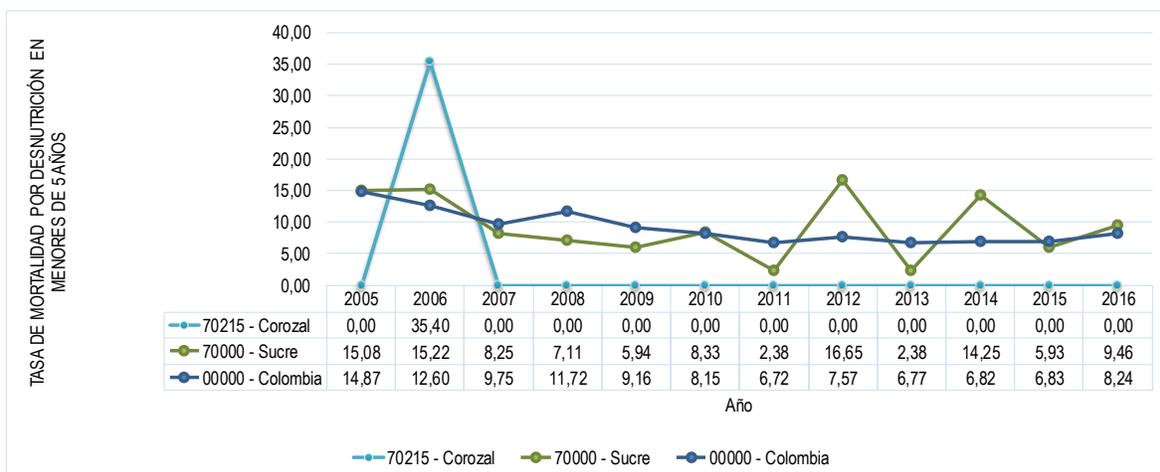


Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 16/11/2018.

2.1.6.4.5 Mortalidad por desnutrición en menor de cinco años

Durante el periodo 2005-2016, se registraron un acumulado de 2 muertes, con una tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años media de 2,95, con una desviación estándar de 9,79. Su tendencia general es descendente. Desde 2006 no se registran muertes por esta causa, lo que supone un subregistro.

Figura 67. Tasa de mortalidad ajustada por desnutrición en menor de cinco años. Corozal, 2005-2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 30/11/2018.

2.1.7 *Análisis desigualdad en la mortalidad materno – infantil y en la niñez*

A continuación, se realizó el análisis de la mortalidad materno infantil, durante los años 2005 -2016 teniendo en cuenta para la semaforización de los datos los valores presentados y el comportamiento de los indicadores en los años evaluados. Se muestra la diferencia en puntos porcentuales entre los años 2016 y 2015.

- La razón de mortalidad materna a 42 días mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 97,28 por cien mil nacidos vivos, en comparación con el departamento de Sucre (62,51) muestra un valor significativamente mayor con un intervalo de confianza del 95% entre 1,28-1,90. Su valor más alto se registró en el año 2015; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 97,28 puntos.
- La tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años) mostró una tendencia descendente con un valor a 2016 en 11,67 por mil nacidos vivos, en comparación con el departamento de Sucre (14,10) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,47-1,47. Su valor más alto se registró en el año 2016; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de -1,81 puntos.
- La tasa de mortalidad en menores de un año mostró una tendencia descendente con un valor a 2016 en 8,75 por mil nacidos vivos, en comparación con el departamento de Sucre (11,60) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,39-1,46. Su valor más alto se registró en el año 2016; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de -3,93 puntos.
- La tasa de mortalidad neonatal mostró una tendencia ascendente con un valor a 2016 en 5,84 por mil nacidos vivos, en comparación con el departamento de Sucre (6,74) no muestra una diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95% entre 0,38-1,95. Su valor más alto se registró en el año 2016; este indicador respecto al año 2005 presentó una diferencia de 1,08 puntos.

Tabla 22. Semaforización y tendencia de la mortalidad materno – infantil y niñez, 2005- 2015.

Evento	DPTO. SUCRE	70215 - Corozal	Año														IC 95%	Tendencia lineal	Gráfico
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016					
Razón De Mortalidad Materna A42 Dias	62,51	97,28	0,00	81,77	170,50	167,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	96,90	95,42	197,43	97,28	1,3-1,9	Ascendente		
Tasa De Mortalidad En La Niñez (Menores De 5 Años De Edad)	14,10	11,67	13,48	21,26	13,64	14,23	10,58	6,60	6,60	10,33	12,33	13,57	17,18	10,86	11,67	0,5-1,5	Desendente		
Tasa De Mortalidad En Menores De Un Año De Edad	11,60	8,75	12,69	19,62	11,08	11,72	8,82	6,60	6,60	8,45	11,31	12,60	16,22	9,87	8,75	0,4-1,5	Desendente		
Tasa De Mortalidad En Niños Menores De 5 Años Por Enfermedad Diarreica Aguda	7,09	0,00	0,00	17,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,65	0,00	0,00	0,00	0,00	No calculable	Desendente		
Tasa De Mortalidad En Niños Menores De 5 Años Por Infección Respiratoria Aguda	17,73	0,00	34,69	17,70	35,78	0,00	0,00	0,00	0,00	18,47	0,00	18,83	0,00	0,00	0,00	No calculable	Desendente		
Tasa De Mortalidad Neonatal	6,74	5,84	4,76	9,81	5,97	6,69	5,29	4,72	5,63	9,25	7,75	8,59	5,92	5,84	0,4-1,9	Ascendente			
Tasa De Mortalidad Por Desnutrición En Menores De 5 Años	9,46	0,00	0,00	35,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	No calculable	Desendente			

Fuente: Elaboración propia a partir de Bodega de Datos de SISPRO. Fecha de consulta 30/11/2018.

2.1.8 Prioridades en mortalidad

En la tabla siguiente se describen las prioridades en la mortalidad general por las grandes causas identificadas y relacionadas por mortalidad específica por subgrupo de la mortalidad materno e infantil y niñez, de acuerdo con las diferencias relativas, la tendencia y los determinantes sociales. Para aquellos eventos trazadores que no tengan muertes para el año 2016, se priorizaran basado en su comportamiento histórico.

Tabla 23. Prioridades en mortalidad, 2018.

Mortalidad	Prioridades	70-Sucre	70215-Corozal	Tendencia 2005-2016	Grupo Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. 100 - Enfermedades Transmisibles	41.07	51,90	Ascendente	9
	2. 200 - Neoplasias (Tumores)	61.99	82,63	Descendente	7
	3. 300 - Enfermedades Del Sistema Circulatorio	167.33	179,59	Descendente	1
	4. 400 - Ciertas Afecciones Originada En El Periodo Perinatal	40.76	10,25	Ascendente	8
	5. 500 - Causas Externas	117.38	31,32	Descendente	12
	6. 600 - Todas Las Demas Causas	6.29	131,80	Ascendente	0
Específica por Subcausas o subgrupos	1. 100 - ENFERMEDADES TRANSMISIBLES				
	1.1. 109 - infecciones respiratorias agudas	27.96	32,81	Ascendente	9
	1.2. 106 - septicemia	3.96	8,81	Ascendente	8
	1.3. 108 - enfermedad por el vih/sida	5.42	7,01	Ascendente	9
	2. 200 - NEOPLASIAS (TUMORES)				
	2.1. 213 - otros tumores malignos	7.86	8,38	Descendente	7
	2.2. 206 - t. maligno de la traquea , bronquios y pulmon	7.46	10,48	Descendente	7
	2.3. 212 - t. maligno del tejido linfatico, de los organos hematopoyeticos y de tejidos afines	6.61	10,84	Descendente	7
	3. 300 - ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO				

Mortalidad	Prioridades	70-Sucre	70215-Corozal	Tendencia 2005-2016	Grupo Riesgo (MIAS)	
	3.1.	303 - enfermedades isquémicas del corazón	88.51	74,53	Descendente	1
	3.2.	307 - enfermedades cerebrovasculares	38.04	45,63	Descendente	1
	3.3.	302 - enfermedades hipertensivas	22.01	24,47	Ascendente	1
	4.	400 - CIERTAS AFECCIONES ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL				
	4.1.	404 - Trastornos Respiratorios Específicos Del Periodo Perinatal	42.24%	66.67	Ascendente	8
	4.2.	407 - Otras Afecciones Originadas En El Periodo Perinatal	21.32%	33.33	Ascendente	8
	5.	500 - CAUSAS EXTERNAS				
	5.1.	512 - agresiones (homicidios), inclusive secuelas	14.01	2,91	Descendente	12
	5.2.	501 - accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	13.31	14,98	Ascendente	12
	5.3.	511 - lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	5.28	10,34	Ascendente	12
	6.	600 - TODAS LAS DEMAS CAUSAS				
	6.1.	605 - enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	21.69	19,09	Descendente	2
	6.2.	601 - diabetes mellitus	19.28	19,47	Descendente	1
6.3.	612 - enfermedades del sistema urinario	18.59	15,87	Ascendente	1	
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas *	1.	C16 - Ciertas Afecciones Originales En El Periodo Perinatal	47.73	115.70	Ascendente	8
	2.	C20 - Causas Externas De Morbilidad Y De Mortalidad	13.04	38.57	Ascendente	8
Mortalidad Materno infantil y en la niñez: trazadoras	1.	Razón De Mortalidad Materna A 42 Dias	62,51	97,28	Ascendente	8
	2.	Tasa De Mortalidad En La Niñez (Menores De 5 Años De Edad)	14,10	11,67	Desendente	8
	3.	Tasa De Mortalidad En Menores De Un Año De Edad	11,60	8,75	Desendente	8
	4.	Tasa De Mortalidad Neonatal	6,74	5,84	Ascendente	9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos dispuestos en cubos de estadísticas vitales del SISPRO.

2.1.9 Conclusiones en mortalidad

La mortalidad en general muestra una tendencia general descendente en el periodo 2005-2016, pero a partir del 2012 va en ascenso. La brecha entre hombres y mujeres han favorecido a estas últimas, ya que para el 2016 los hombres aportaron 25% más muertes, con poca participación de grupos étnicos (2,33%). La mortalidad ocurre primariamente por las enfermedades del sistema circulatorio, y las demás causas que incluye como primera de este grupo las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores; y las neoplasias (otros tumores malignos y t. maligno de la tráquea, bronquios y pulmón), en donde las mujeres aportan un 26,8% más que los hombres, estas tres causas aportan la mayoría de los AVPP. Los anteriores son producto de estilos de vida no saludables, sedentarismo, bajo consumo de frutas y verduras y estrés cotidiano en una sociedad de consumo. La mortalidad por enfermedades transmisibles principalmente está dada por infecciones respiratorias agudas y

septicemia, favorecido por débil gestión en las actividades de inspección, vigilancia y control en salud pública y prestación de servicios. En los neonatos los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal aportan gran peso de las muertes. Las causas externas principalmente ocurren por homicidios y accidentes de tránsito.

El comportamiento de la mortalidad materno infantil es fluctuante, sin embargo, estas muertes son evitables, innecesarias e injustas. Variables como la ruralidad, la etnia, la pobreza y analfabetismo han demostrado ser determinantes, por lo cual, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad, mejorar el acceso a la salud rural (telemedicina) y operativizar una política integral que incluya una mayor educación, canales de generación de empleo y acceso a servicios públicos, entre otros. La mortalidad materna está significativamente más alta en comparación con el Departamento, y el municipio no presenta diferencia frente al Departamento en las mortalidades de la población menor de 5 años.

2.2 *Análisis de la morbilidad*

Para el análisis de la morbilidad se cuenta con varias fuentes: los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) que constituyen una buena aproximación a la morbilidad atendida, las bases de datos de la cuenta de alto costo, el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (Sivigila), y las encuestas y estudios poblacionales disponibles, entre otras fuentes. Se realizó el análisis de la morbilidad atendida según la lista adaptada por el Ministerio a partir de la del estudio mundial de carga de la enfermedad, que permite agrupar las causas de morbilidad atendida en las siguientes categorías: condiciones transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, en la que además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluirá todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas y condiciones mal clasificadas. Adicionalmente, se analizaron algunos eventos de alto costo, precursores y Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) y se realizó una caracterización de la población con discapacidad. Se utilizó Excel para estimar las medidas de frecuencia (prevalencia o proporciones, incidencia, letalidad) y medidas de razón de prevalencia, la razón de incidencias y la razón de letalidad junto con los intervalos de confianza al 95% por el método de Rothman, K.J.; Greenland, S.

2.2.1 *Morbilidad atendida*

Entre 2009 y 2017, según los registros individuales de prestación de servicios (RIPS), se prestaron un acumulado de 948.034 de atenciones con un promedio mensual de 8.778, a razón de 293 diarias (desviación estándar 50.115

El primer lugar en morbilidad atendida, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 58,04% (550.233) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 58,94% aumentando en

13,56% respecto al 2016. En hombres representaron el 56,46% (196.936) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 58,96% (353.297).

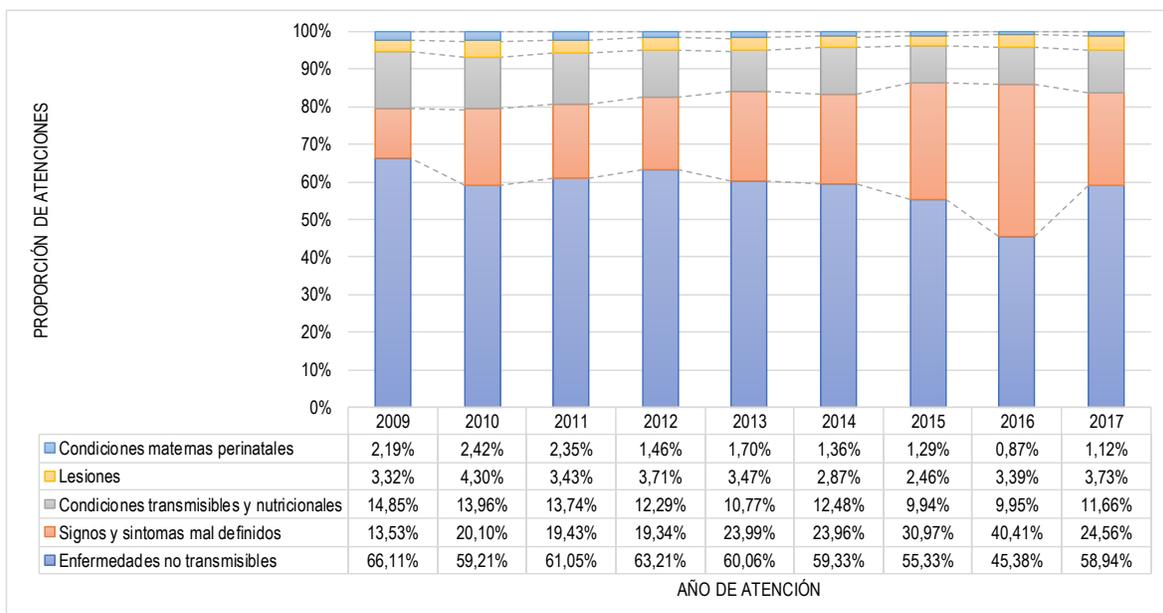
En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 25,56% (242.330) de las atenciones, a 2017 aportaron el 24,56% disminuyendo en -15,85% respecto al 2016. En hombres representaron el 25,25% (88.072) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 25,74% (154.258).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 11,70% (110.951) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 11,66% aumentando en 1,71% respecto al 2016. En hombres representaron el 13,37% (46.622) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 10,74% (64.329).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 3,23% (30.575) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 3,73% aumentando en 0,34% respecto al 2016. En hombres representaron el 4,68% (16.335) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,38% (14.240).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 1,47% (13.945) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 1,12% aumentando en 0,25% respecto al 2016. En hombres representaron el 0,24% (829) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,19% (13.116).

Figura 68. Morbilidad atendida según causas agrupadas, 2009- 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de los RIPS dispuestos en la Bodega de Datos del SISPRO. Fecha de consulta 01/12/2018.

2.2.1.1 Morbilidad atendida en primera infancia

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la primera infancia, se ubican las condiciones transmisibles y nutricionales representaron el 33,02% (33.163) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 35,76% aumentando en 6,83% respecto al 2016. En hombres representaron el 32,91% (17.567) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 33,13% (15.596).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 31,87% con un total de 32.013 de las atenciones, a 2017 aportaron el 26,85% disminuyendo en -15,38% respecto al 2016. En hombres representaron el 31,89% (17.020) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 31,85% (14.993).

En el tercer lugar las enfermedades no transmisibles causaron el 30,19% (30.320) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 32,65% aumentando en 7,87% respecto al 2016. En hombres representaron el 29,90% (15.959) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 30,51% (14.361).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 3,75% (3.770) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 4,45% aumentando en 0,62% respecto al 2016. En hombres representaron el 3,93% (2.096) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 3,56% (1.674).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 1,17% (1.177) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 0,29% aumentando en 0,07% respecto al 2016. En hombres representaron el 1,37% (731) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 0,95% (446).

2.2.1.2 Morbilidad atendida en infancia

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la infancia, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 48,30% (29.399) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 46,95% aumentando en 9,90% respecto al 2016. En hombres representaron el 49,52% (16.132) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 46,90% (13.267).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 27,48% con un total de 16.729 de las atenciones, a 2017 aportaron el 26,67% disminuyendo en -10,15% respecto al 2016. En hombres representaron el 27,31% (8.895) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 27,69% (7.834).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 20,57% (12.521) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 22,25% aumentando en 1,17% respecto al 2016.

En hombres representaron el 18,96% (6.177) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 22,42% (6.344).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 3,56% (2.168) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 4,06% disminuyendo en -0,87% respecto al 2016. En hombres representaron el 4,13% (1.346) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,91% (822).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 0,08% (49) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 0,07% disminuyendo en -0,05% respecto al 2016. En hombres representaron el 0,08% (26) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 0,08% (23).

2.2.1.3 Morbilidad atendida en adolescencia

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la adolescencia, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 49,29% (28.553) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 46,50% aumentando en 5,28% respecto al 2016. En hombres representaron el 51,21% (11.830) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 48,01% (16.723).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 30,54% con un total de 17.691 de las atenciones, a 2017 aportaron el 32,61% disminuyendo en -7,87% respecto al 2016. En hombres representaron el 27,46% (6.343) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 32,58% (11.348).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 14,34% (8.309) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 15,05% aumentando en 2,67% respecto al 2016. En hombres representaron el 15,26% (3.526) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 13,73% (4.783).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 3,95% (2.287) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 4,05% aumentando en 0,17% respecto al 2016. En hombres representaron el 5,96% (1.377) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,61% (910).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 1,89% (1.094) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 1,78% disminuyendo en -0,26% respecto al 2016. En hombres representaron el 0,12% (27) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 3,06% (1.067).

2.2.1.4 Morbilidad atendida en juventud

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la juventud, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 47,51% (62.080) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el

45,00% aumentando en 11,87% respecto al 2016. En hombres representaron el 50,92% (21.348) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 45,90% (40.732).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 32,26% con un total de 42.153 de las atenciones, a 2017 aportaron el 33,48% disminuyendo en -17,80% respecto al 2016. En hombres representaron el 29,65% (12.431) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 33,49% (29.722).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 11,70% (15.284) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 13,15% aumentando en 4,18% respecto al 2016. En hombres representaron el 12,23% (5.128) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 11,44% (10.156).

En el cuarto puesto las condiciones maternas perinatales tuvieron un 4,60% (6.008) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 3,68% aumentando en 0,78% respecto al 2016. En hombres representaron el 0,07% (30) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 6,74% (5.978).

En último lugar se encuentran las lesiones proporcionaron un 3,93% (5.140) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 4,68% aumentando en 0,98% respecto al 2016. En hombres representaron el 7,12% (2.986) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,43% (2.154).

2.2.1.5 Morbilidad atendida en adultez

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la adultez, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 63,41% (244.913) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 62,73% aumentando en 14,15% respecto al 2016. En hombres representaron el 62,68% (74.093) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 63,74% (170.820).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 24,04% con un total de 92.832 de las atenciones, a 2017 aportaron el 24,22% disminuyendo en -16,71% respecto al 2016. En hombres representaron el 23,27% (27.505) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 24,38% (65.327).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 7,94% (30.661) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 7,74% aumentando en 1,29% respecto al 2016. En hombres representaron el 8,55% (10.106) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 7,67% (20.555).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 3,16% (12.214) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 4,11% aumentando en 0,73% respecto al 2016. En hombres representaron el 5,50% (6.504) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,13% (5.710).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 1,45% (5.588) de las atenciones, para la anualidad pasada su participación fue del 1,21% aumentando en 0,54% respecto al 2016. En hombres representaron el 0,01% (8) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,08% (5.580).

2.2.1.6 Morbilidad atendida en persona mayor

El primer lugar en morbilidad atendida en el ciclo vital de la persona mayor, se ubican las enfermedades no transmisibles representaron el 73,13% (154.968) de las atenciones, para la vigencia 2017 aportaron el 75,94% aumentando en 14,93% respecto al 2016. En hombres representaron el 72,33% (57.574) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 73,61% (97.394).

En el segundo lugar siguen los signos y síntomas mal definidos concurren con el 19,31% con un total de 40.912 de las atenciones, a 2017 aportaron el 17,00% disminuyendo en -14,93% respecto al 2016. En hombres representaron el 19,95% (15.878) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 18,92% (25.034).

En el tercer lugar las condiciones transmisibles y nutricionales causaron el 5,20% (11.013) de las atenciones, para el año 2017 contribuyeron con un 4,84% aumentando en 0,24% respecto al 2016. En hombres representaron el 5,17% (4.118) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 5,21% (6.895).

En el cuarto puesto las lesiones tuvieron un 2,36% (4.996) de las atenciones, en el 2017 representaron una proporción del 2,21% disminuyendo en -0,24% respecto al 2016. En hombres representaron el 2,55% (2.026) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 2,24% (2.970).

En último lugar se encuentran las condiciones maternas perinatales proporcionaron un 0,01% (29) de las atenciones. En hombres representaron el 0,01% (7) de las atenciones, en las mujeres la proporción fue de 0,02% (22).

Tabla 24. Proporción de morbilidad atendida según grandes causas por ciclo vital y sexo, 2009 – 2017.

GRAN CAUSA DE MORBILIDAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6
1- Primera infancia	9,10%	8,92%	8,39%	7,24%	7,49%	7,88%	8,70%	7,58%	6,49%	7,85%	-1,09%	17,35%	16,14%	18,29%	15,38%	15,11%	15,13%	16,28%	14,03%	12,70%	15,30%	-1,34%	12,00%	11,58%	11,84%	10,09%	10,25%	10,58%	11,53%	10,06%	8,83%	10,59%	-1,23%
Condiciones transmisibles y nutricionales	43,42%	37,69%	38,60%	34,90%	32,45%	33,30%	26,68%	28,66%	35,99%	33,13%	7,3%	43,11%	41,32%	36,62%	36,97%	33,66%	31,16%	27,57%	29,16%	36,56%	32,91%	6,4%	43,26%	39,55%	36,99%	35,47%	33,10%	32,16%	27,15%	28,93%	35,76%	33,02%	6,8%
Signos y síntomas mal definidos	17,70%	27,50%	26,51%	27,08%	29,95%	30,42%	41,77%	26,64%	31,85%	31,85%	-15,4%	15,75%	26,05%	27,34%	25,21%	30,02%	33,16%	39,94%	42,63%	27,03%	31,89%	-15,6%	16,71%	26,76%	26,96%	26,08%	29,99%	31,88%	40,90%	42,23%	26,85%	31,87%	-15,3%
Enfermedades no transmisibles	33,72%	27,92%	29,34%	31,70%	32,86%	31,79%	28,31%	25,58%	33,29%	30,51%	7,7%	34,01%	25,60%	28,12%	32,15%	30,81%	30,64%	29,10%	24,10%	32,11%	29,90%	8,0%	33,87%	26,73%	29,22%	31,94%	31,76%	31,18%	28,73%	24,78%	32,65%	30,19%	7,8%
Lesiones	3,24%	4,55%	3,76%	5,32%	3,56%	3,34%	2,56%	3,66%	4,01%	3,56%	0,3%	3,64%	4,65%	5,16%	5,04%	3,59%	3,65%	2,76%	3,98%	4,82%	3,93%	0,8%	3,44%	4,61%	4,52%	5,17%	3,55%	3,51%	2,66%	3,83%	4,45%	3,75%	0,6%
Condiciones maternas perinatales	1,91%	2,34%	1,78%	0,99%	1,19%	1,14%	0,48%	0,33%	0,07%	0,95%	-0,26%	3,48%	2,38%	2,76%	1,62%	1,95%	1,39%	0,63%	0,13%	0,4%	1,37%	0,3%	2,71%	2,36%	2,31%	1,33%	1,60%	1,27%	0,56%	0,22%	0,29%	1,17%	0,07%
2- Infancia	3,68%	3,61%	4,74%	4,51%	4,26%	4,69%	4,96%	5,03%	5,33%	4,72%	0,31%	7,02%	7,32%	8,41%	7,77%	7,90%	10,99%	10,85%	8,38%	9,60%	9,34%	1,24%	4,96%	4,96%	6,02%	5,63%	5,58%	7,03%	7,15%	6,31%	6,94%	6,42%	0,63%
Enfermedades no transmisibles	49,00%	46,01%	40,89%	47,90%	46,10%	52,57%	48,67%	37,91%	46,39%	46,90%	8,48%	43,99%	49,31%	40,57%	47,72%	50,79%	56,88%	52,75%	36,22%	47,46%	49,52%	1,2%	46,51%	47,80%	40,73%	47,82%	48,51%	65,08%	50,98%	37,05%	46,95%	49,30%	4,9%
Signos y síntomas mal definidos	15,39%	19,97%	25,99%	23,48%	30,87%	25,77%	30,84%	34,82%	27,43%	27,69%	-7,38%	18,62%	23,28%	25,61%	22,71%	26,32%	25,62%	29,48%	38,74%	25,96%	27,31%	-12,7%	16,99%	21,76%	25,81%	23,11%	28,53%	25,68%	30,27%	36,82%	26,67%	27,48%	-10,1%
Condiciones transmisibles y nutricionales	31,93%	28,11%	30,50%	24,92%	19,62%	19,43%	18,65%	22,92%	22,83%	22,42%	-0,10%	33,20%	22,53%	28,13%	22,63%	18,76%	14,60%	14,40%	19,32%	21,73%	18,96%	2,41%	32,56%	25,08%	19,35%	24,16%	19,18%	16,63%	16,25%	21,09%	22,25%	20,57%	1,7%
Lesiones	3,68%	5,92%	2,40%	3,65%	3,30%	2,22%	1,72%	4,22%	3,26%	2,91%	-0,96%	3,88%	4,88%	5,61%	6,22%	4,07%	2,88%	3,20%	5,62%	4,80%	4,13%	-0,82%	3,78%	5,36%	3,97%	4,89%	3,69%	2,60%	2,56%	4,93%	4,06%	3,56%	-0,87%
Condiciones maternas perinatales	0,00%	0,00%	0,21%	0,04%	0,11%	0,00%	0,13%	0,09%	0,08%	-0,04%	0,31%	0,00%	0,09%	0,00%	0,00%	0,07%	0,01%	0,17%	0,10%	0,04%	0,08%	-0,05%	0,15%	0,00%	0,15%	0,02%	0,09%	0,01%	0,14%	0,11%	0,07%	0,08%	-0,05%
3- Adolescencia	5,74%	6,49%	5,86%	6,37%	5,76%	5,76%	5,88%	5,39%	5,61%	5,81%	0,22%	7,44%	8,87%	7,08%	7,61%	7,20%	6,62%	5,97%	5,76%	6,06%	6,62%	0,30%	6,33%	7,37%	6,28%	6,81%	6,28%	6,08%	5,91%	5,53%	5,78%	6,11%	0,25%
Enfermedades no transmisibles	53,90%	48,89%	45,35%	51,44%	50,4%	50,12%	47,38%	38,16%	47,30%	48,01%	9,14%	53,59%	44,21%	43,26%	53,85%	58,28%	51,04%	57,29%	45,80%	45,28%	51,21%	9,52%	53,82%	46,82%	44,53%	52,31%	53,47%	50,49%	51,11%	41,22%	46,50%	49,29%	5,8%
Signos y síntomas mal definidos	19,43%	29,05%	29,85%	27,47%	31,23%	30,48%	38,18%	43,92%	33,10%	32,58%	-10,82%	16,62%	27,17%	28,06%	23,88%	22,91%	28,12%	27,78%	35,33%	31,86%	27,46%	4,47%	18,27%	28,22%	29,15%	26,06%	27,77%	29,53%	34,26%	40,48%	32,61%	30,54%	-8,7%
Condiciones transmisibles y nutricionales	22,37%	16,05%	17,27%	15,15%	11,11%	13,82%	10,25%	12,34%	14,07%	13,73%	1,73%	22,84%	21,49%	20,67%	16,63%	12,76%	15,02%	10,26%	12,42%	16,54%	15,26%	1,12%	22,56%	18,46%	18,61%	15,73%	11,80%	14,31%	10,25%	12,37%	15,05%	14,34%	2,3%
Lesiones	3,08%	3,79%	2,74%	3,38%	2,99%	2,52%	1,76%	2,23%	2,73%	2,61%	0,50%	6,81%	7,13%	8,01%	5,76%	6,01%	5,58%	4,62%	6,35%	6,06%	5,96%	-0,27%	6,62%	4,62%	5,27%	4,81%	4,31%	4,25%	3,76%	2,83%	3,88%	4,05%	0,17%
Condiciones maternas perinatales	1,13%	2,22%	4,79%	2,56%	4,62%	3,06%	2,44%	3,35%	2,80%	3,06%	-0,55%	0,15%	0,00%	0,00%	0,09%	0,04%	0,24%	0,05%	0,08%	0,23%	0,12%	1,14%	0,72%	1,24%	2,90%	1,59%	2,72%	1,92%	1,54%	2,04%	1,78%	1,89%	-0,26%
4- Juventud	15,19%	15,36%	12,47%	14,62%	14,40%	13,91%	15,88%	16,70%	14,88%	14,81%	-1,82%	11,11%	12,26%	9,21%	11,39%	12,14%	11,77%	12,47%	14,18%	12,26%	12,02%	-1,92%	13,75%	14,23%	11,33%	13,49%	13,58%	13,12%	14,61%	15,73%	13,89%	13,78%	-1,84%
Enfermedades no transmisibles	58,73%	49,90%	45,53%	51,42%	47,81%	48,11%	44,03%	33,29%	44,57%	45,90%	11,28%	57,79%	49,59%	45,61%	53,96%	60,75%	54,82%	55,76%	32,94%	45,87%	50,92%	13,3%	58,46%	49,80%	45,56%	52,17%	52,01%	50,35%	47,76%	33,14%	45,00%	47,51%	11,8%
Signos y síntomas mal definidos	17,63%	25,09%	28,23%	26,86%	31,83%	30,28%	38,56%	50,95%	33,34%	33,49%	-17,61%	15,88%	24,38%	28,58%	23,73%	22,11%	25,58%	27,67%	51,91%	33,75%	29,65%	-18,16%	17,14%	24,86%	28,33%	25,93%	28,67%	28,71%	35,09%	51,28%	33,48%	32,26%	-17,50%
Condiciones transmisibles y nutricionales	12,78%	12,28%	14,16%	11,72%	9,92%	12,80%	9,69%	9,27%	12,79%	11,44%	3,52%	17,70%	17,60%	16,51%	13,73%	9,62%	12,26%	10,73%	8,42%	13,88%	12,23%	9,6%	14,17%	13,97%	14,82%	12,31%	9,82%	12,62%	10,02%	8,98%	13,15%	11,70%	4,3%
Condiciones maternas perinatales	8,70%	9,81%	9,78%	6,57%	7,84%	6,79%	6,19%	4,39%	5,50%	6,74%	1,11%	0,10%	0,07%	0,00%	0,06%	0,02%	0,15%	0,06%	0,09%	0,03%	0,17%	-0,06%	6,26%	6,71%	7,01%	4,64%	5,30%	4,57%	4,24%	2,90%	3,68%	4,60%	0,3%
Lesiones	2,16%	2,92%	2,30%	3,44%	2,61%	2,02%	1,53%	2,10%	3,79%	2,43%	1,69%	8,53%	8,35%	9,29%	8,52%	7,50%	7,20%	5,78%	6,73%	6,47%	7,12%	-0,26%	3,96%	4,65%	4,28%	4,94%	4,19%	3,75%	2,88%	3,70%	4,68%	3,93%	0,98%
5- Adultez	46,31%	46,61%	45,45%	46,05%	45,45%	45,95%	43,81%	42,99%	42,41%	44,72%	-0,58%	36,34%	36,25%	32,92%	33,70%	34,02%	33,57%	32,82%	36,62%	33,62%	33,89%	-2,00%	42,80%	42,79%	41,08%	41,72%	41,30%	41,35%	39,72%	40,16%	39,10%	40,74%	-1,08%
Enfermedades no transmisibles	73,65%	66,39%	68,54%	70,81%	65,24%	63,80%	60,69%	50,40%	62,87%	63,74%	12,47%	72,44%	66,73%	70,10%	69,34%	64,84%	64,98%	59,97%	45,05%	62,4%	62,68%	11,38%	73,29%	66,50%	69,97%	70,39%	65,12%	64,15%	60,47%	48,57%	62,73%	63,41%	14,5%
Signos y síntomas mal definidos	12,90%	16,87%	17,02%	17,28%	23,79%	23,18%	29,57%	40,27%	24,46%	24,38%	-15,81%	13,15%	16,73%	16,75%	16,63%	19,51%	19,63%	27,57%	42,21%	23,72%	23,27%	-18,49%	12,98%	18,20%	16,95%	17,10%	22,51%	22,11%	28,95%	40,93%	24,22%	24,04%	-16,71%
Condiciones transmisibles y nutricionales	8,20%	8,43%	8,56%	7,57%	6,49%	9,50%	6,43%	6,46%	7,54%	7,67%	1,09%	8,63%	9,22%	8,31%	8,64%	9,63%	10,21%	7,64%	6,44%	8,14%	8,55%	1,70%	8,33%	8,68%	8,49%	7,88%	7,43%	9,72%	6,80%	6,45%	7,74%	7,94%	0,29%
Lesiones	2,13%	2,58%	2,20%	2,37%	2,29%	1,79%	1,46%	1,86%	3,34%	2,13%	1,49%	5,74%	7,30%	4,83%	5,40%	6,02%	5,19%	4,82%	6,30%	5,70%	5,50%	-0,60%	3,20%	4,05%	2,93%	3,23%	3,40%	2,81%	2,50%	3,37%	4,11%	3,16%	0,73%
Condiciones maternas perinatales	3,12%	3,73%	3,68%	1,97%	2,20%	1,73%	1,85%	1,02%	1,78%	2,08%	0,76%	0,04%	0,03%	0,01%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	2,20%	2,57%	2,65%	1,41%	1,54%	1,21%	1,28%	0,67%	1,21%	1,45%	0,54%
6- Persona mayor	19,82%	19,00%	23,10%	21,21%	22,63%	21,81%	20,76%	22,31%	25,27%	22,08%	2,96%	20,75%	19,15%	24,08%	24,16%	23,63%	21,91%	21,60%	22,05%	25,76%	22,82%	3,71%	20,15%	19,05%	23,44%	22,24%	22,99%	21,85%	21,08%	22,21%	25,48%	22,35%	3,25%
Enfermedades no transmisibles	83,58%	78,02%	80,82%	79,22%	73,32%	73,17%	68,49%	82,28%	76,05%	73,61%	13,77%	84,65%	78,33%	79,60%	75,63%	72,40%	72,83%	67,49%	58,95%	75,76%	72,33%	16,81%	83,97%	77,40%	80,38%	77,85%	72,98%	73,04%	68,11%	61,01%	75,94%	73,15%	14,3%
Signos y síntomas mal definidos	8,41%	12,58%	10,92%	12,49%	19,06%	18,49%	25,46%	31,12%	16,93%	18,92%	-14,19%	7,35%	14,25%	12,38%	15,06%	19,14%	18,98%	26,50%	33,26%	17,12%	19,95%	-16,14%	8,02%	13,20%	11,45%	13,47%	19,09%	18,67%	25,85%	31,94%	17,00%	19,31%	-19,9%
Condiciones transmisibles y nutricionales	5,42%	5,32%	5,48%	5,78%	4,90%	6,44%	4,31%	4,58%	4,77%	5,21%	0,19%	5,51%	6,12%	5,12%	6,26%	5,30%	5,96%	3,99%	4,84%	4,96%	5,17%	1,32%	5,45%	5,62%	5,35%	5,96%	5,05%	6,26%	4,19%	4,80%	4,84%	5,20%	0,24%
Lesiones	2,54%	4,08%	2,78%	2,51%	2,71%	1,84%	1,75%	2,02%	2,24%	2,24%	0,22%	2,49%	3,25%	2,89%	3,05%	3,12%	2,21%	2,03%	3,15%	2,17%	2,55%	-0,98%	2,53%	3,77%	2,82%	2,72%	2,87%	1,98%	1,85%	2,45%	2,21%	2,36%	-0,24%

2.2.2 Morbilidad específica por subgrupo

El análisis de morbilidad específica por subgrupo, se utilizó la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, se realizó estimación de cambios proporcionales durante el período 2009 a 2012, para los cálculos se utilizó la morbilidad disponible en SISPRO. Las causas están consolidadas en las siguientes agrupaciones:

- Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64).
- Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96).
- Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99).
- Lesiones (V01-Y89, S00-T98).
- Signos y síntomas mal definidos (R00-R99).

2.2.2.1 Condiciones maternas perinatales

Para el periodo 2009-2017 en el grupo de condiciones maternas perinatales se ubican en el primer lugar las condiciones maternas representando el 88,4% de las atenciones (12.321), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 95,8%, frente al año pasado registró un aumento en 0,17% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 3,7% más atenciones que las mujeres.

Le siguen las condiciones derivadas durante el periodo perinatal aportando el 11,6% de las atenciones (1.624), mostró una tendencia descendente, para el año 2017 su proporción fue del 4,2%, frente al año pasado registró una disminución en -0,17% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 1436,1% más atenciones que las mujeres.

2.2.2.2 Condiciones transmisibles y nutricionales

Para el periodo 2009-2017 en el grupo de condiciones transmisibles y nutricionales se ubican en el primer lugar las infecciones respiratorias representando el 55,1% de las atenciones (61.117), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 54,3%, frente al año pasado registró una disminución en -0,69% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 0,3% más atenciones que las mujeres.

En segundo lugar, están las enfermedades infecciosas y parasitarias representando el 40,1% de las atenciones (44.515), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 40,9%,

frente al año pasado registró un aumento en 2,93% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 4,2% más atenciones que las mujeres.

Por último, las deficiencias nutricionales representando el 4,8% de las atenciones (5.319), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 4,8%, frente al año pasado registró una disminución en -2,24% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 66,9% más atenciones que las mujeres.

2.2.2.3 Enfermedades no transmisibles

Durante los años 2009-2017 en el grupo de enfermedades no transmisibles se ubican en el primer lugar las enfermedades cardiovasculares representando el 112,3% de las atenciones (124.634), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 26,4%, frente al año pasado registró un aumento en 5,97% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 97,1% más atenciones que las mujeres.

En segundo lugar, están las condiciones orales representando el 84,8% de las atenciones (94.049), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 15,2%, frente al año pasado registró un aumento en 3,19% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 15,8% más atenciones que las mujeres.

En el tercer puesto se localizan las enfermedades genitourinarias representando el 55,7% de las atenciones (61.831), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 11,3%, frente al año pasado registró una disminución en -1,15% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 55,4% más atenciones que las mujeres.

Para el cuarto lugar las enfermedades musculoesqueléticas representando el 50,4% de las atenciones (55.887), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 9,6%, frente al año pasado registró una disminución en -1,90% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 84,1% más atenciones que las mujeres.

Finalmente, las enfermedades de los órganos de los sentidos representando el 41,0% de las atenciones (45.445), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 9,0%, frente al año pasado registró una disminución en -1,75% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 7,2% más atenciones que las mujeres.

2.2.2.4 Lesiones

Durante los años 2009-2017 en el grupo de lesiones se ubican en el primer lugar los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas representando el 24,9% de las atenciones (27.682), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 79,0%, frente al año pasado registró una disminución en -14,79% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 8,0% más atenciones que las mujeres.

Análisis de la situación de salud 2018

Le siguen las lesiones no intencionales representando el 2,5% de las atenciones (2.744), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 20,2%, frente al año pasado registró un aumento en 14,17% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 45,1% más atenciones que las mujeres.

Por último, las lesiones intencionales representando el 0,1% de las atenciones (137), mostró una tendencia ascendente, para el año 2017 su proporción fue del 0,8%, frente al año pasado registró un aumento en 0,61% puntos porcentuales. Los hombres aportaron 11,9% más atenciones que las mujeres.

Tabla 25. Proporción de morbilidad atendida según subgrupo de causas por sexo, 2009 – 2017.

CAUSAS AGRUPADAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Acum.	Δ pp 2017-6
Condiciones maternas perinatales	3,0%	3,6%	3,3%	2,1%	2,5%	2,0%	2,0%	1,4%	1,7%	2,2%	0,4%	0,7%	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	2,2%	2,4%	2,4%	1,5%	1,7%	1,4%	1,3%	0,9%	1,1%	1,5%	0,2%
Condiciones maternas	93,3%	84,8%	91,6%	95,7%	93,4%	91,3%	95,6%	97,2%	98,6%	93,7%	14%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	11,4%	4,6%	17,6%	0,0%	3,5%	-17,6%	83,5%	79,5%	84,5%	89,6%	87,2%	85,8%	92,1%	95,6%	95,8%	1,3%	0,2%	
Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	6,7%	15,2%	8,5%	4,3%	6,6%	8,7%	4,5%	2,8%	1,4%	6,3%	-14%	98,4%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	88,6%	95,4%	82,4%	100,0%	96,5%	17,6%	16,5%	20,5%	15,5%	10,4%	12,8%	14,2%	7,9%	4,4%	4,2%	0,2%	-0,2%
Condiciones transmisibles y nutricionales	13,3%	12,2%	12,6%	11,0%	9,4%	11,9%	9,1%	9,3%	10,7%	10,7%	13%	17,8%	16,9%	15,8%	14,6%	13,2%	13,5%	11,4%	10,9%	13,3%	13,4%	2,4%	14,8%	14,0%	13,7%	12,3%	10,8%	12,5%	9,9%	10,0%	11,7%	11,7%	1,7%
Infecciones respiratorias	61,8%	55,3%	52,9%	59,4%	59,9%	50,5%	52,4%	55,9%	56,0%	55,0%	0,1%	63,6%	59,9%	58,0%	61,7%	60,6%	50,4%	50,9%	53,7%	52,1%	55,2%	-1,6%	62,5%	57,4%	55,0%	60,4%	60,2%	50,4%	51,8%	55,0%	54,3%	6,4%	-0,7%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	34,7%	39,2%	41,7%	35,4%	34,5%	44,3%	41,3%	36,4%	38,6%	39,4%	2,3%	33,7%	37,6%	37,1%	35,4%	36,8%	45,7%	45,7%	40,3%	44,0%	41,1%	3,8%	34,2%	38,4%	39,9%	35,4%	35,5%	44,8%	43,2%	38,0%	40,9%	4,7%	2,9%
Deficiencias nutricionales	3,6%	5,5%	5,4%	5,2%	5,6%	5,2%	6,2%	7,7%	5,4%	5,6%	-2,3%	2,8%	2,5%	4,9%	2,8%	2,6%	3,9%	3,4%	6,0%	3,9%	3,7%	-1,1%	3,2%	4,2%	5,2%	4,2%	4,3%	4,7%	5,0%	7,0%	4,8%	0,6%	-2,2%
Enfermedades no transmisibles	67,6%	60,8%	62,6%	64,7%	60,4%	59,8%	55,5%	47,0%	59,8%	59,0%	12,8%	63,3%	56,6%	58,3%	60,5%	59,4%	58,5%	55,1%	42,7%	57,5%	56,5%	14,8%	66,1%	59,2%	61,1%	63,2%	60,1%	59,3%	55,3%	45,4%	58,9%	58,0%	13,8%
Enfermedades cardiovasculares	23,2%	18,2%	27,2%	21,5%	23,7%	21,8%	21,7%	20,7%	26,8%	22,9%	5,1%	23,1%	18,9%	27,9%	22,0%	22,4%	20,6%	18,8%	20,0%	27,5%	22,2%	7,4%	23,2%	18,4%	27,4%	21,7%	23,2%	21,3%	20,6%	20,5%	26,4%	13,1%	6,3%
Condiciones orales	12,3%	15,6%	9,5%	13,6%	13,8%	22,1%	21,0%	10,7%	14,8%	16,2%	4,1%	17,2%	21,8%	12,5%	18,4%	16,4%	23,8%	21,4%	14,4%	15,9%	18,7%	1,5%	13,9%	17,8%	10,5%	15,2%	14,7%	22,7%	21,1%	12,0%	15,2%	9,9%	3,2%
Enfermedades genitourinarias	17,8%	16,3%	15,4%	14,8%	12,7%	11,9%	11,9%	14,6%	12,1%	13,4%	-2,5%	6,8%	6,9%	6,6%	6,3%	7,3%	6,4%	7,3%	8,7%	9,9%	7,4%	1,3%	14,1%	13,0%	12,5%	11,9%	10,8%	9,9%	10,2%	12,4%	11,3%	6,5%	-1,2%
Enfermedades musculoesqueléticas	11,7%	12,4%	10,5%	12,1%	10,2%	10,7%	9,4%	12,2%	10,6%	10,8%	-1,6%	11,5%	10,4%	10,1%	10,6%	8,4%	9,1%	7,6%	10,3%	7,9%	9,1%	-2,4%	11,6%	11,7%	10,4%	11,6%	9,5%	10,1%	8,8%	11,5%	9,6%	5,9%	-1,9%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	6,4%	7,6%	10,5%	5,6%	5,9%	7,0%	9,8%	10,5%	8,8%	8,1%	-1,7%	7,9%	9,5%	12,4%	7,2%	6,2%	7,1%	9,5%	11,0%	9,2%	8,6%	-1,9%	6,9%	8,3%	11,1%	6,1%	6,0%	7,0%	9,7%	10,7%	9,0%	4,8%	-1,7%
Condiciones neuropsiquiátricas	4,0%	4,5%	4,3%	5,8%	7,7%	5,2%	5,7%	6,0%	6,5%	5,6%	-0,5%	5,8%	4,7%	3,8%	6,0%	13,4%	12,5%	14,9%	8,5%	7,5%	10,0%	-1,0%	4,6%	4,6%	4,1%	5,9%	9,7%	7,9%	9,1%	6,9%	6,3%	4,2%	-0,7%
Enfermedades digestivas	8,0%	8,5%	7,1%	8,1%	7,2%	5,5%	5,1%	6,2%	4,9%	6,3%	-1,2%	8,1%	8,5%	7,6%	8,5%	6,9%	4,9%	4,8%	6,3%	4,5%	6,0%	-1,9%	8,0%	8,5%	7,3%	8,3%	7,1%	5,3%	4,9%	6,2%	4,8%	3,6%	-1,5%
Enfermedades de la piel	4,3%	5,3%	4,1%	4,7%	5,3%	4,9%	4,7%	5,4%	4,5%	4,8%	-0,9%	6,2%	6,4%	5,8%	6,1%	6,1%	5,7%	6,0%	6,8%	5,0%	5,9%	-1,7%	4,9%	5,7%	4,7%	5,2%	5,6%	5,2%	5,2%	5,9%	4,7%	3,0%	-1,2%
Enfermedades respiratorias	4,1%	3,3%	4,1%	5,7%	4,8%	3,0%	2,8%	3,6%	3,1%	3,7%	-0,5%	5,4%	5,1%	6,2%	7,4%	6,2%	3,9%	4,1%	4,9%	4,1%	5,0%	-0,8%	4,5%	3,9%	4,8%	6,3%	5,3%	3,3%	3,3%	4,1%	3,5%	2,4%	-0,6%
Desórdenes endocrinos	3,5%	3,2%	3,0%	3,6%	3,7%	3,4%	4,0%	5,1%	4,8%	3,9%	-0,3%	2,6%	2,8%	2,2%	2,6%	2,3%	2,1%	2,3%	3,5%	3,8%	2,6%	0,3%	3,2%	3,0%	2,8%	3,3%	3,2%	2,9%	3,4%	4,5%	4,4%	2,0%	-0,1%
Diabetes mellitus	2,8%	2,2%	2,2%	1,8%	1,7%	2,0%	1,3%	2,1%	2,4%	2,0%	0,3%	3,8%	2,3%	2,6%	2,1%	2,1%	2,0%	1,6%	3,2%	2,7%	2,3%	-0,5%	3,2%	2,2%	2,3%	1,9%	1,8%	2,0%	1,4%	2,5%	2,5%	1,2%	0,0%
Otras neoplasias	0,8%	1,1%	0,9%	1,4%	1,8%	1,5%	1,6%	1,6%	1,5%	1,4%	-0,1%	0,6%	0,5%	0,6%	0,9%	0,8%	0,7%	0,7%	1,0%	0,9%	0,8%	0,0%	0,7%	0,9%	0,8%	1,3%	1,5%	1,2%	1,3%	1,4%	1,3%	0,7%	-0,1%
Neoplasias malignas	0,6%	1,4%	0,8%	0,8%	0,9%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%	0,7%	0,0%	0,6%	2,0%	0,9%	0,7%	0,6%	0,5%	0,7%	0,5%	0,7%	0,7%	-0,2%	0,6%	1,6%	0,8%	0,8%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%	-0,1%
Anomalías congénitas	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,7%	0,5%	0,5%	-0,2%	0,5%	0,3%	0,7%	0,9%	0,8%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	-0,1%	0,4%	0,4%	0,5%	0,6%	0,6%	0,5%	0,6%	0,7%	0,5%	0,3%	-0,2%
Lesiones	2,4%	3,3%	2,5%	2,9%	2,6%	2,0%	1,7%	2,2%	3,1%	2,4%	0,9%	5,0%	6,0%	5,1%	5,2%	5,0%	4,3%	3,8%	5,3%	4,7%	4,7%	-0,6%	3,3%	4,3%	3,4%	3,7%	3,5%	2,9%	2,5%	3,4%	3,7%	3,2%	0,3%
Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	91,7%	94,2%	92,6%	90,0%	88,6%	92,3%	91,1%	93,3%	66,1%	86,8%	-27,2%	94,2%	91,7%	95,5%	94,3%	93,1%	93,8%	93,4%	94,2%	93,3%	93,8%	-0,9%	93,0%	92,9%	94,1%	92,1%	90,9%	93,1%	92,4%	93,8%	79,0%	2,9%	-14,8%
Lesiones no intencionales	8,0%	4,7%	7,2%	10,0%	11,2%	7,1%	8,2%	6,3%	33,3%	12,7%	27,0%	5,0%	6,1%	4,2%	5,3%	6,4%	5,8%	6,4%	5,8%	5,6%	5,7%	-0,1%	6,5%	5,4%	5,6%	7,7%	8,7%	6,4%	7,1%	6,0%	20,2%	0,3%	14,2%
Lesiones intencionales	0,2%	1,1%	0,2%	0,0%	0,2%	0,5%	0,7%	0,4%	0,5%	0,4%	0,2%	0,8%	2,0%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,2%	0,1%	1,1%	0,5%	1,0%	0,5%	1,6%	0,3%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,2%	0,8%	0,0%	0,6%
Lesiones de intencionalidad indeterminada	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Signos y síntomas mal definidos	13,6%	20,1%	19,0%	19,3%	25,1%	24,3%	31,8%	40,0%	24,7%	25,7%	-13,4%	13,3%	20,1%	20,3%	19,4%	22,1%	23,5%	29,6%	41,0%	24,4%	25,3%	-16,6%	13,5%	20,1%	19,4%	19,3%	24,0%	24,0%	31,0%	40,4%	24,6%	25,6%	-15,9%
Signos y síntomas mal definidos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	25,6%	0,0%

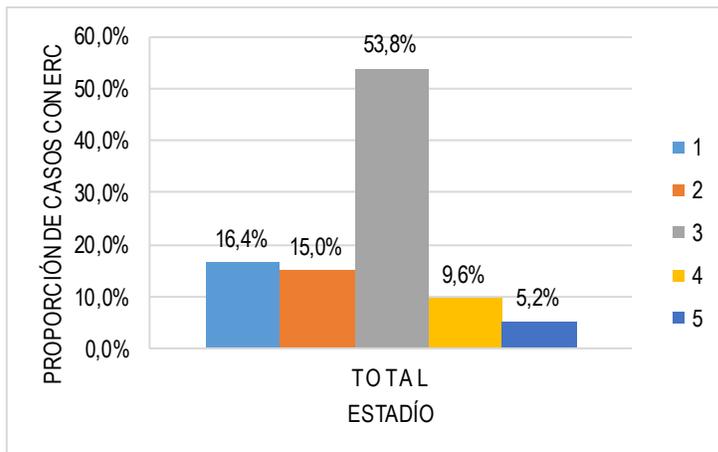
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de RIPS, dispuestos el SGD del SISPRO. Fecha de consulta 26/11/2018.

2.2.3 Morbilidad de eventos de alto costo y precursores

Se describen los hallazgos de los indicadores finales de la CAC para 2017. De todos los indicadores analizados, ninguno tuvo diferencia significativa frente al Departamento.

A nivel municipal existen 1.181 enfermos por ERC, predominando el estadio III, representando el 53,8%. La prevalencia de la ERC y de ERC con necesidad de TTR no son significativamente diferentes del Departamento.

Figura 69. Proporción de ERC según estadio, 2017.



Indicadores expresados en porcentaje. Fuente: Indicadores CAC 2017 enviados por Min. Salud.

La cobertura TAR para el VIH/SIDA tiene una meta establecida en 95%, el municipio cumple plenamente este indicador. No se registran menores de 18 meses VIH+ de madres VIH+.

La hipertensión arterial y su captación presentan valores significativamente más altos que el Departamento, para la Diabetes mellitus la prevalencia no es diferente estadísticamente del Departamento, contrario a su captación que es más alta.

Tabla 26. Semaforización de los indicadores de eventos precursores y de alto costo, 2017.

INDICADOR	Dpto.	Municipio	IC 95%	
			Li	Ls
Proporción de menores 18 meses VIH+ madres VIH+	0,00	0,00	-	-
Porcentaje de pacientes en hemodiálisis con catéter temporal	21,68	20,00	0,60	1,43
Captación Diabetes mellitus 18-69 años	50,72	74,50	1,17	1,84
Captación hipertensión arterial 18-69 años	33,33	44,42	0,99	1,79
Cobertura TAR VIH/SIDA 15-49 años	93,12	95,00	0,83	1,25
Cobertura_TAR_VIH/SIDA global	94,65	94,00	0,81	1,22
Prevalencia Diabetes mellitus 18-69 años	2,10	2,61	0,37	4,18
Prevalencia ERC5 necesidad TRR (por 100 mil hab.)	95,20	0,00	-	-
Prevalencia ERC 5 (por 100 hab.)	0,10	0,10	0,00	503,37
Prevalencia ERC (todos los estadios, por 100 hab.)	2,20	1,87	0,20	3,56
Prevalencia hipertensión arterial 18-69 años	8,40	10,14	0,65	2,23
Prevalencia VIH/SIDA global	0,09	0,09	0,00	712,83
Prevalencia VIH/SIDA 15-49 años	0,14	0,14	0,01	188,55

Indicadores expresados en porcentaje. Fuente: Indicadores CAC 2017 enviados por Min. Salud.

2.2.4 Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

En esta parte se analizan las letalidades y la morbilidad por eventos de notificación obligatoria, para ello se utilizó la disponible en el cubo Sivigila del SISIPRO.

Entre 2007 y 2017 se registraron letalidades por:

- Leucemia Aguda Pediátrica Linfoide: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 presentó un valor de 100%.
- Anomalías Congénitas: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 presentó un valor de 12,50 muertes por cada 100 casos.
- Varicela Individual: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 presentó un valor de 0,33 muertes por cada 100 casos.
- VIH/Sida/Mortalidad Por Sida: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 presentó un valor de 5,88 muertes por cada 100 casos.

Tabla 27. Tabla de semaforización de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria del, 2007-2017.000

EVENTO	Dpto	Mpio.		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Media	DE	IC 95%	Tendencia	Gráfico
112 - MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN	100,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 100,00	↔ 0,00	↔ 0,00	9,09	28,75	--	Ascendente	
217 - CHIKUNGUNYA	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 1,61	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,15	0,46	--	Ascendente	
220 - DENGUE GRAVE	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 33,33	↔ 0,00	3,03	9,58	--	Ascendente	
330 - HEPATITIS A (BROTE)	0,00	0,00		↓ 3,57	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,32	1,03	--	Descendente	
340 - HEPATITIS B	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	0,00	--	Estable	
348 - INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	18,18	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 16,67	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	1,52	4,79	--	Ascendente	
456 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA LINFOIDE	44,44	100,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 25,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 100,00	11,36	28,93	1,85-2,74	Ascendente	
457 - LEUCEMIA AGUDA PEDIATRICA MIELOIDE	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 100,00	↔ 0,00	↔ 0,00	9,09	28,75	--	Ascendente	
520 - MENINGITIS POR NEUMOCOCCO	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 100,00	↔ 0,00	↔ 0,00	9,09	28,75	--	Ascendente	
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	22,96	12,50		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 20,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 12,50	2,95	6,47	0,31-0,95	Ascendente	
760 - TETANOS ACCIDENTAL	0,00	0,00		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 100,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	9,09	28,75	--	Ascendente	
831 - VARICELA INDIVIDUAL	0,07	0,33		↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 0,74	↑ 0,00	↓ 0,33	0,10	0,22	0,15-145,98	Ascendente	
850 - VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	6,22	5,88		↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 25,00	↓ 16,67	↓ 11,11	↓ 9,09	↔ 0,00	↑ 0,00	↔ 18,18	↓ 18,18	↓ 5,88	9,46	8,63	0,42-2,12	Ascendente	

Fuente: cubo Sivigila dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 06/12/2018.

Las tasas de incidencia/prevalencia presentaron una diferencia estadísticamente significativa frente al valor departamental:

- Bajo Peso Al Nacer: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 1,62.
- Cáncer De La Mama Y Cuello Uterino: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 su valor fue 3,85.
- Dengue: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 su valor fue 22,14.
- Agresiones Por Animales Potencialmente Transmisores De Rabia: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 286,18.
- Hepatitis A (Brote): este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 4,74.
- Intento De Suicidio: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 49,01.
- Intoxicación Por Plaguicidas: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 9,49.
- Intoxicación Por Fármacos: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 14,23.

- Intoxicación Por Otras Sustancias Quím.: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 su valor fue 3,16.
- Intoxicación Por Sustancias Psicoactivas: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 6,32.
- Leishmaniasis Cutánea: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 14,23.
- Malaria Falciparum: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 6,32.
- Malaria Vivax: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 4,74.
- Morbilidad Materna Extrema: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 41,46.
- Parotiditis: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 su valor fue 3,70.
- Anomalías Congénitas: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 80,89.
- Sífilis Congénita: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 1,01.
- Sífilis Gestacional: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 8,09.
- Tuberculosis Pulmonar: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 0,11.
- Varicela Individual: este evento mostró una diferencia significativa con un valor inferior al departamental. A 2017 su valor fue 4,85.
- VIH/Sida/Mortalidad Por Sida: este evento no mostró una diferencia significativa frente al valor departamental. A 2017 su valor fue 26,88.
- VCM, VIF, VSX: este evento mostró una diferencia significativa con un valor superior al departamental. A 2017 su valor fue 243,49.

Tabla 28. Tabla de semaforización de la morbilidad por eventos de notificación obligatoria del, 2007-2017.

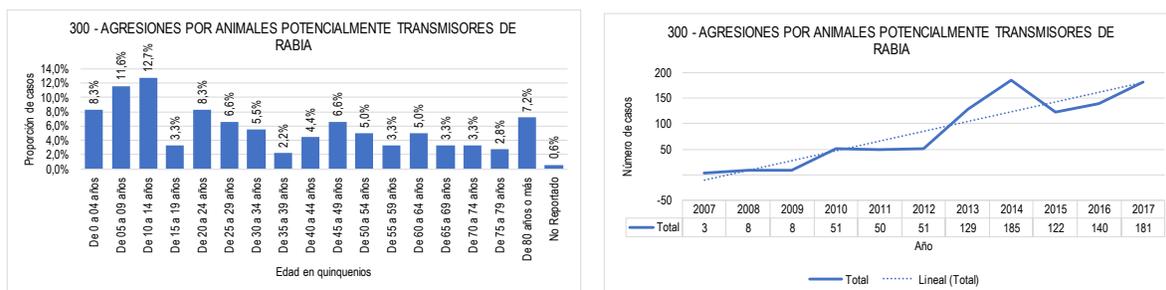
EVENTO	Dpto.	Mpio.	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Media	DE	IC 95%	Tendencia	Gráfico
100 - ACCIDENTE OFIDICO	11,28	0,00	↑ 1,70	↓ 13,50	↓ 5,02	↑ 4,98	↓ 11,54	↓ 6,54	↑ 4,87	↑ 9,68	↓ 12,82	↓ 4,77	↔ 0,00	6,86	4,25	---	Descendente	
110 - BAJO PESO AL NACER	2,28	1,62	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↑ 0,72	↑ 1,16	↓ 2,67	↑ 2,47	↓ 3,31	↓ 1,62	1,09	1,19	0,2-3,3	Ascendente	
155 - CÁNCER DE LA MAMA Y CUELLO UTERINO	11,63	3,85	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↓ 3,88	↓ 3,85	0,70	1,49	0,1-0,9	Ascendente	
210 - DENGUE	48,02	22,14	↑ 54,42	↑ 69,17	↑ 102,09	↑ 141,15	↑ 156,57	↑ 91,61	↑ 320,03	↑ 262,94	↑ 72,10	↓ 31,83	↓ 22,14	120,37	90,39	0,3-0,7	Ascendente	
217 - CHIKUNGUNYA	0,69	0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↓ 100,01	↓ 17,63	↓ 1,59	↔ 0,00	10,84	28,64	---	Ascendente	
220 - DENGUE GRAVE	0,35	0,00	↓ 18,71	↓ 5,06	↓ 1,67	↑ 1,66	↓ 3,30	↑ 0,00	↓ 22,74	↓ 8,07	↓ 8,01	↓ 4,77	↔ 0,00	6,73	7,16	---	Descendente	
300 - AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	245,61	286,18	↑ 5,10	↓ 13,50	↑ 13,39	↓ 84,69	↑ 82,41	↑ 83,43	↑ 209,56	↓ 298,43	↑ 195,48	↑ 222,82	↓ 286,18	135,91	104,82	1,0-1,3	Ascendente	
330 - HEPATITIS A (BROTE)	1,38	4,74	↓ 47,62	↓ 32,05	↓ 25,10	↑ 11,62	↓ 44,50	↓ 49,08	↓ 6,50	↑ 1,61	↓ 3,20	↑ 0,00	↓ 4,74	20,55	18,79	1,4-8,4	Descendente	
356 - INTENTO DE SUICIDIO	37,65	49,01	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↑ 17,51	↓ 49,01	6,05	14,48	1,0-1,7	Ascendente	
360 - INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	16,81	9,49	↓ 10,20	↑ 1,69	↑ 0,00	↑ 4,98	↓ 8,24	↑ 8,18	↑ 9,75	↓ 8,07	↓ 8,01	↑ 4,77	↓ 9,49	6,67	3,22	0,3-1,1	Ascendente	
370 - INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	21,07	14,23	↓ 23,81	↓ 5,06	↑ 5,02	↑ 13,28	↓ 16,48	↓ 16,36	↑ 14,62	↑ 19,36	↓ 22,43	↑ 6,37	↓ 14,23	14,28	6,23	0,4-1,1	Ascendente	
410 - INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍM.	14,28	3,16	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↓ 9,82	↑ 3,25	↓ 16,13	↓ 8,01	↓ 7,96	↓ 3,16	4,39	5,16	0,1-0,7	Ascendente	
414 - INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	10,36	6,32	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↓ 3,30	↑ 0,00	↑ 3,25	↓ 8,07	↓ 8,01	↑ 3,18	↓ 6,32	2,92	3,12	0,3-1,3	Ascendente	
420 - LEISHMANIASIS CUTÁNEA	11,17	14,23	↑ 18,71	↓ 57,36	↑ 30,12	↓ 34,87	↑ 19,78	↓ 40,90	↑ 11,37	↓ 12,91	↓ 9,61	↑ 3,18	↓ 14,23	23,00	15,40	0,8-2,1	Descendente	
470 - MALARIA FALCIPARUM	2,85	6,32	↑ 0,00	↑ 1,69	↑ 1,67	↓ 8,30	↔ 0,00	0,00	↑ 1,62	↓ 3,23	↑ 1,60	↓ 4,77	↓ 6,32	2,66	2,62	1,1-5,2	Ascendente	
490 - MALARIA VIVAX	6,68	4,74	↑ 20,41	↑ 28,68	↑ 30,12	↓ 38,19	↓ 16,48	↑ 13,09	↑ 14,62	↓ 3,23	↓ 9,61	↓ 6,37	↓ 4,74	16,87	10,86	0,3-1,7	Descendente	
549 - MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	25,35	41,46	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↑ 10,28	↑ 10,66	↑ 17,18	↑ 21,72	↓ 40,86	↓ 41,46	12,92	15,19	1,2-2,2	Ascendente	
620 - PAROTIDITIS	113,77	3,70	↓ 0,37	↑ 0,17	↑ 0,18	↓ 0,28	↓ 0,13	0,08	0,02	↓ 0,18	↑ 0,05	↓ 2,50	↓ 3,70	0,70	1,17	0,0-0,1	Ascendente	
735 - ANOMALIAS CONGENITAS	9,38	80,89	↔ 0,00	↔ 0,00	0,00	↑ 28,30	↑ 37,56	↓ 51,39	↓ 48,45	↑ 28,63	↓ 69,10	↓ 68,09	↓ 80,89	37,49	27,82	6,9-10,7	Ascendente	
740 - SIFILIS CONGÉNITA	1,67	1,01	↓ 3,41	↑ 1,67	↑ 2,85	↓ 4,72	↓ 5,63	↔ 0,00	0,00	↓ 2,86	↔ 0,00	0,00	↓ 1,01	2,00	1,93	0,1-4,3	Descendente	
750 - SIFILIS GESTACIONAL	10,49	8,09	↓ 8,53	↑ 2,51	↓ 6,17	↓ 5,66	↓ 4,69	↑ 1,03	↑ 5,81	↓ 6,68	↑ 5,92	↓ 9,73	↓ 8,09	5,89	2,41	0,4-1,5	Ascendente	
820 - TUBERCULOSIS PULMONAR	9,56	0,11	↓ 0,02	↑ 0,02	↓ 0,03	↓ 0,05	0,00	↓ 0,03	↓ 0,03	↑ 0,02	↓ 0,10	↓ 0,10	↓ 0,11	0,05	0,04	0,0-4,2	Ascendente	
831 - VARICELA INDIVIDUAL	332,90	4,85	↑ 0,05	↑ 0,91	↑ 1,49	↑ 1,54	↓ 1,81	↑ 1,16	↑ 2,97	↓ 3,03	↓ 4,34	↓ 2,05	↓ 4,85	2,20	1,39	0,0-0,0	Ascendente	
850 - VIH/SIDA MORTALIDAD POR SIDA	22,22	26,88	↑ 0,00	↑ 1,69	↑ 6,69	↑ 9,96	↑ 14,83	↓ 18,00	↑ 11,37	↓ 16,13	↓ 17,63	↓ 17,51	↓ 26,88	12,79	7,51	0,8-1,8	Ascendente	
875 - VCM, VIF, VSX	171,23	243,49	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 14,72	↑ 66,60	↑ 132,28	↑ 179,46	↑ 233,96	↓ 243,49	79,14	95,10	1,3-1,6	Ascendente	
895 - ZIKA	1,27	0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↔ 0,00	↑ 0,00	↑ 27,24	↓ 70,03	↔ 0,00	8,84	20,86	---	Ascendente	

Fuente: cubo Sivigila dispuesto en la bodega de datos del SISPRO. Fecha de consulta 06/12/2018.

2.2.4.1 Análisis de ENOS en peor situación

Evento agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia: a 2017 se han reportado 181 casos clínicos. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 3,3% fue hospitalizado. Según su distribución por sexo, el 53,6% son masculino y el 46,4% son femeninos. La mayor proporción de casos se registró en la cabecera (79,6%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

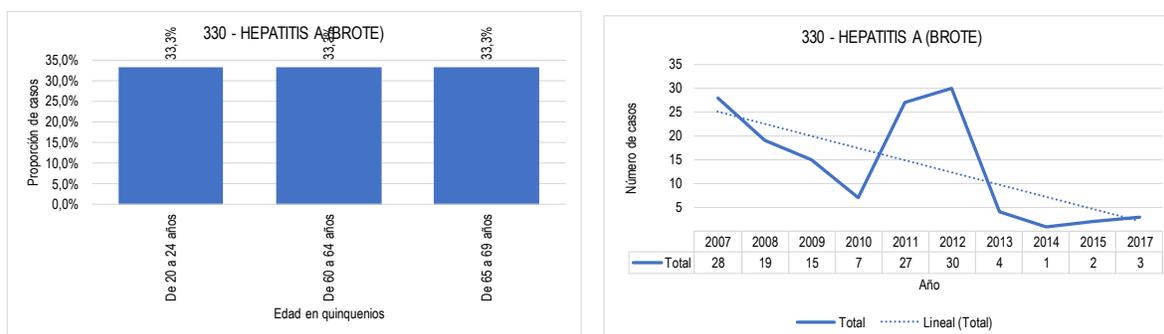
Figura 70. Comportamiento de la morbilidad por agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, 2007-2017.



Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

Evento hepatitis a (brote): a 2017 se han reportado 3 casos confirmados por clínica. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 33,3% fue hospitalizado. Según su distribución por sexo, el 66,7% son femenino y el 33,3% son masculinos. La mayor proporción de casos se registró en el centro poblado (66,7%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

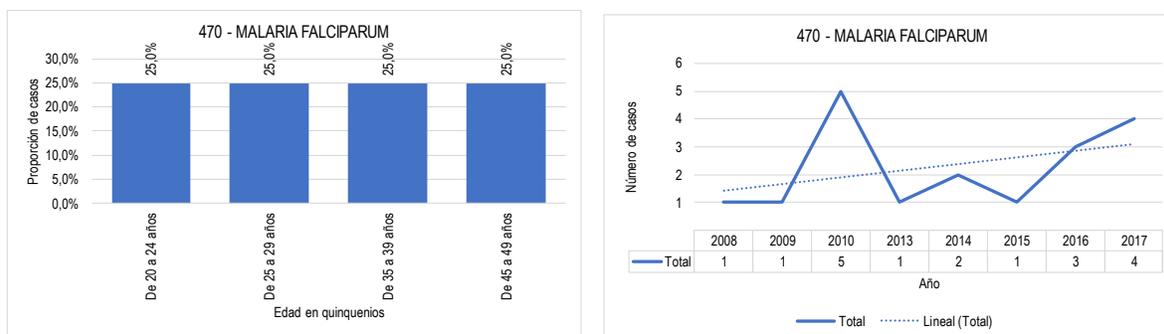
Figura 71. Comportamiento de la morbilidad por hepatitis A, 2007-2017.



Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

Evento malaria falciparum: a 2017 se han reportado 4 casos, de los cuales el 100,0% está confirmado por laboratorio y la totalidad son importados. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 25,0% fue hospitalizado. Según su distribución por sexo, el 100,0% fueron hombres. La mayor proporción de casos se registró en la cabecera (75,0%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

Figura 72. Comportamiento de la morbilidad por malaria, 2007-2017.

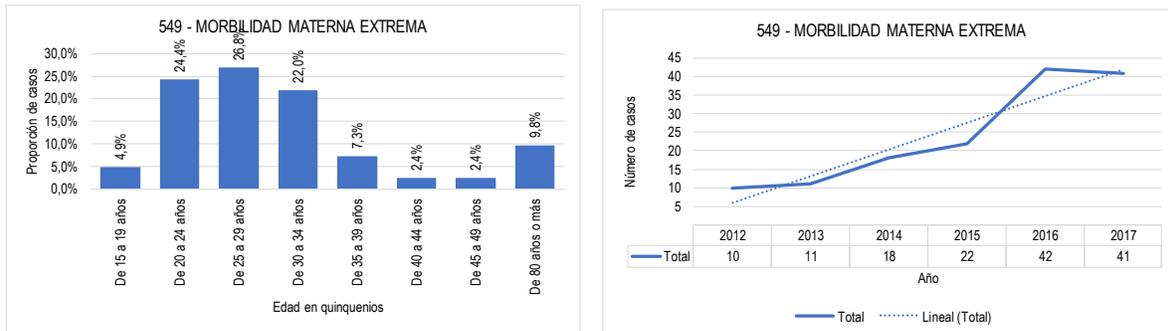


Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

Evento morbilidad materna extrema: a 2017 se han reportado 41 casos clínicos. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 97,6% fue hospitalizado. La mayor proporción de casos se registró en la cabecera (85,4%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes, los

casos registrados en mujeres de 80 y más años se supone que se debe a un error en la digitación de la edad:

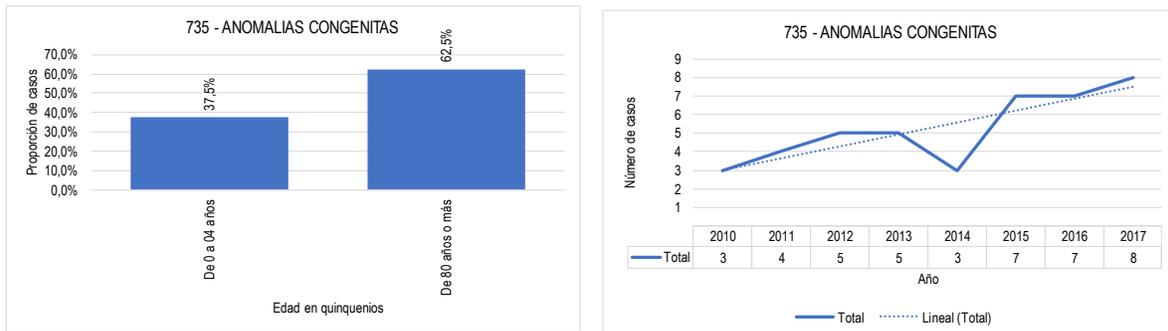
Figura 73. Comportamiento de la morbilidad materna extrema, 2007-2017.



Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

Evento anomalías congénitas: a 2017 se han reportado 7 casos, de los cuales el 87,5% está confirmado por clínica, el 12,5% está confirmado por laboratorio. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 100,0% fue hospitalizado. Según su distribución por sexo, el 62,5% son femenino y el 37,5% son masculinos. La mayor proporción de casos se registró en la cabecera (87,5%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

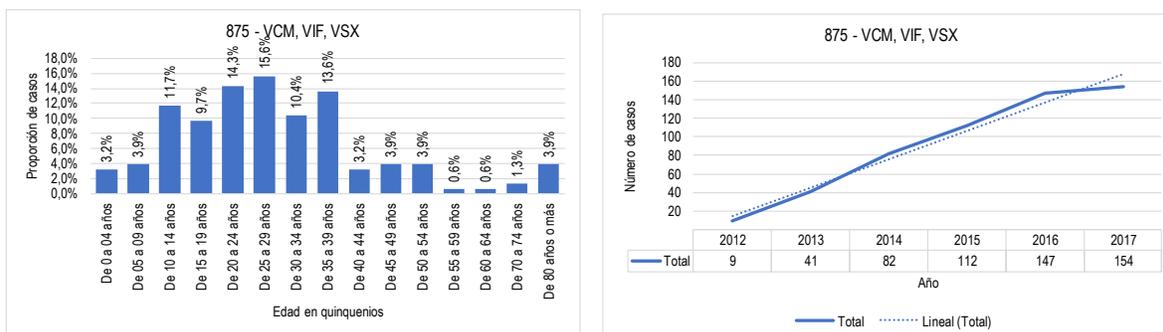
Figura 74. Comportamiento de la morbilidad por anomalías congénitas, 2007-2017.



Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

Evento VCM, VIF, VSX: a 2017 se han reportado 154 casos, sospechosos. En cuanto a la severidad de cuadro clínico, el 9,1% fue hospitalizado. Según su distribución por sexo, el 76,0% son femenino y el 24,0% son masculinos. La mayor proporción de casos se registró en la cabecera (92,2%). El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

Figura 75. Comportamiento de la morbilidad por VCM, VIF, VSX, 2007-2017.



Fuente: Cubo Sivigila dispuesto en el SISPRO. Fecha de consulta 20/12/2018.

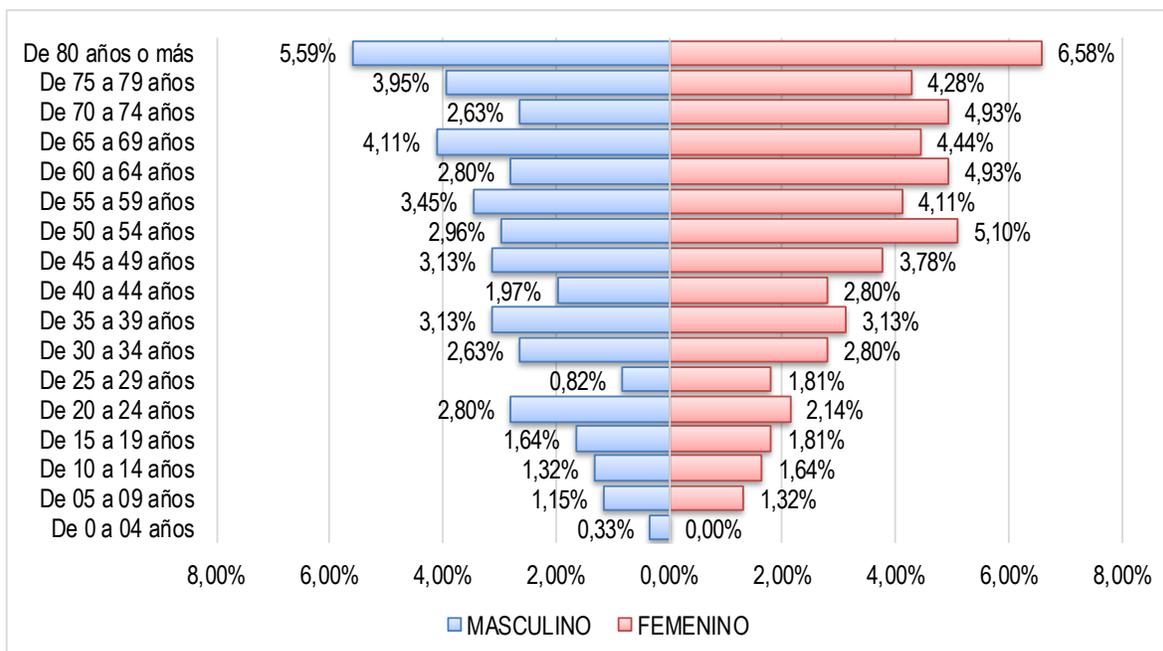
Evento leucemia aguda pediátrica linfoide: a 2017 se reportó un caso el cual falleció, por lo que la letalidad fue del 100% en hombres residiendo en centro poblado. El comportamiento por año y edad se observan en las figuras siguientes:

2.2.5 Discapacidad auto declarada registrada

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad fue aprobada por Colombia mediante la Ley 1346 de 2009, en la cual se reconocen a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

El Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) cuenta con un total de 608 personas registradas con corte a septiembre de 2017. Se aclara que una persona puede tener más de una alteración permanente, por lo tanto, la suma no es igual al total de personas con esta condición. Según la distribución por sexo, los hombres representan el 55,59% y las mujeres el 44,41%. En los grupos de edad se comporta de la siguiente manera menor de 20 años con el 9,21%, de 20 a 39 años con 19,24%, entre 40 y 59 años aportan el 27,30% y el grupo de 60 y más años generaron un 44,24% de las personas en esta condición.

Figura 76. Estructura poblacional de las personas en condición de discapacidad, 2018.



Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD). Datos disponibles en el cubo de discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social. *Corte 30/09/2018. Fecha de consulta 06/12/2018.

Según el tipo de alteración permanente, las más frecuentes fueron: el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, el sistema nervioso, el sistema cardiorrespiratorio y las defensas, los ojos, la voz y el habla.

Tabla 29. Personas en condición de discapacidad según tipo de discapacidad, 2018.

Tipo de alteración permanente	Resgistros	Proporción
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	185	30,43%
El sistema nervioso	155	25,49%
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	107	17,60%
Los ojos	73	12,01%
La voz y el habla	33	5,43%
La digestión, el metabolismo, las hormonas	22	3,62%
Los oídos	19	3,13%
El sistema genital y reproductivo	14	2,30%
La piel	5	0,82%
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	3	0,49%
TOTAL PERSONAS	608	

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

30/09/2018. Fecha de consulta 06/12/2018. ** Una persona puede tener más de una discapacidad por lo tanto la suma de la columna de proporciones no será 100%.

2.2.6 Prioridades en morbilidad

Para la priorización de la morbilidad atendida se tomó como dato principal la proporción de las primeras tres grandes causas por ciclo vital, tomando el valor del peso porcentual acumulado en el periodo 2009-2016.

Tabla 30. Prioridades en morbilidad atendida, eventos de alto costo, precursores y de notificación obligatoria, 2018.

Morbilidad atendida	Prioridad	Dpto. Sucre	70215-Corozal	Tendencia	GR MIAS
General por grandes causas*	1. Primera infancia (0 - 5 años).	12,1%	10,6%		
	1.1 Condiciones transmisibles y nutricionales	39,0%	33,0%	Ascendente	3.9
	1.2 Signos y síntomas mal definidos	33,4%	31,9%	Ascendente	0
	1.3 Enfermedades no transmisibles	22,6%	30,2%	Ascendente	0
	2. Infancia (6 – 11 años).	6,9%	6,4%		
	2.1 Enfermedades no transmisibles	48,7%	48,3%	Ascendente	0
	2.2 Signos y síntomas mal definidos	23,4%	27,5%	Ascendente	3.9
	2.3 Condiciones transmisibles y nutricionales	23,0%	20,6%	Ascendente	0
	3. Adolescencia (12 – 18 años).	69,1%	6,1%		
	3.1 Enfermedades no transmisibles	49,4%	49,3%	Ascendente	0
	3.2 Signos y síntomas mal definidos	15,9%	30,5%	Ascendente	3.9
	3.3 Condiciones transmisibles y nutricionales	26,6%	14,3%	Ascendente	0
	4. Juventud (14 – 26 años).	20,0%	13,8%		
	4.1 Enfermedades no transmisibles	48,9%	47,5%	Ascendente	0
	4.2 Signos y síntomas mal definidos	26,2%	32,3%	Ascendente	0
	4.3 Condiciones transmisibles y nutricionales	37,5%	11,7%	Ascendente	3.9
	5. Adulthood (27 – 59 años).	39,3%	40,7%		
	5.1 Enfermedades no transmisibles	63,3%	63,4%	Ascendente	0
	5.2 Signos y síntomas mal definidos	20,8%	24,0%	Ascendente	0
	5.3 Condiciones transmisibles y nutricionales	10,3%	7,9%	Ascendente	3.9
	6. Persona mayor (60 y más años).	19,9%	22,4%		
	6.1 Enfermedades no transmisibles	78,7%	73,1%	Ascendente	0
	6.2 Signos y síntomas mal definidos	15,3%	19,3%	Ascendente	0
	6.3 Condiciones transmisibles y nutricionales	62,7%	5,2%	Ascendente	3.9
Específica por Subcausas o subgrupos	1. Condiciones maternas perinatales	1,61%	1,12%		
	1.1. Condiciones maternas	95,39%	95,79%	Ascendente	8
	1.2. Condiciones derivadas durante el periodo perinatal	4,61%	4,21%	Descendente	8
	2. Condiciones transmisibles y nutricionales	11,01%	11,66%		
	2.1. Infecciones respiratorias	57,15%	54,30%	Ascendente	0.9
	2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias	38,84%	40,94%	Ascendente	9
	3. Enfermedades no transmisibles	59,22%	58,94%		
	3.1. Enfermedades cardiovasculares	12,87%	26,43%	Ascendente	0
	3.2. Condiciones orales	7,70%	15,23%	Ascendente	0
	4. Lesiones	5,32%	79,04%	Ascendente	
	4.1. Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	69,70%	20,17%	Ascendente	8
	4.2. Lesiones no intencionales	30,35%	36,61%	Ascendente	8

Morbilidad atendida	Prioridad	Dpto. Sucre	70215-Corozal	Tendencia	GR MIAS	
Alto costo y precursoras	1.	Prevalencia Diabetes mellitus 18-69 años	2,10	2,61		1
	2.	Prevalencia hipertensión arterial 18-69 años	8,04	10,14		1
	3.	Prevalencia ERC5	0,10	0,10		9
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO's)	1.	Agresiones Por Animales Potencialmente Transmisores De Rabia	245,61	286,18	Ascendente	10
	2.	Hepatitis A (Brote)	1,38	4,74	Descendente	9
	3.	Malaria Falciparum	2,65	6,32	Ascendente	9
	4.	Morbilidad Materna Extrema	25,35	41,46	Ascendente	8
	5.	Anomalías Congénitas (Letalidad)	4,17	100,00	Ascendente	8
	6.	VCM, VIF, VSX	171,23	243,49	Ascendente	12
Discapacidad	1.	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	31,06%	30,43%		0
	2.	El sistema nervioso	23,99%	25,49%		0
	3.	El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	8,89%	17,60%		0
	4.	Los ojos	20,36%	12,01%		0

Fuente: Elaboración propia a partir análisis de datos anteriores.

2.2.7 Conclusiones en morbilidad

La situación geográfica, social, económica, política y cultural municipal aportan tensión para favorecer que las *enfermedades no transmisibles* se ubiquen en primer lugar en la morbilidad atendida aportando casi el 59% de las atenciones seguido de las condiciones orales. Dentro de las primeras el subgrupo de enfermedades cardiovasculares se ubica en la primera posición probablemente por el sedentarismo, una dieta inadecuada y desbalanceada, la crisis económica y el débil impacto de programas de promoción y prevención. La falta de sistematización de las historias clínicas favorece que los *signos y síntomas mal definidos* con respecto a los cuales no se registró ningún diagnóstico clasificable, estén ubicadas dentro de las tres primeras causas de atenciones general y por ciclo vital.

Así mismo la dieta desde la infancia con exceso de carbohidratos, grasas saturadas y sodio favorecen las enfermedades precursoras, que terminan en ERC fase V, la cual es más alta que el Departamento.

Las *condiciones transmisibles y nutricionales* ocupan el primer lugar en la morbilidad de la primera infancia como es de esperarse y a expensas de las infecciones respiratorias, consecuencia de una política de salud pública en para la infancia débil, baja cobertura de servicios de acueducto, alcantarillado y aseo que son factores de riesgo también para las enfermedades infecciosas y parasitarias, las débiles acciones de inspección, vigilancia y control son propulsores de las enfermedades transmisibles.

En las *condiciones maternas perinatales* se presentan atención principalmente por las *condiciones maternas*, dado el alto número de cesáreas que se remiten al II nivel de atención, esta situación se concierte en factor de riesgo para el desarrollo de *situaciones derivadas durante el periodo perinatal*.

En las *lesiones* según el número de atenciones, los *traumatismos y envenenamientos* se ubican en primer lugar con tendencia ascendente, la situación de salud mental debe ser una prioridad, así como el mejoramiento de la movilidad con trasportes más seguros por predominio del mototaxismo.

Las letalidades por ENOS estuvieron generadas por la leucemia aguda pediátrica linfoide. Los eventos de notificación obligatoria que estuvieron con cifras más altas que el nivel departamental fueron agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, hepatitis A, malaria por *P.falciparum* (probablemente importada), morbilidad materna extrema, animalías congénitas y violencia de género.

En el municipio hay 608 personas en condición de discapacidad permanente, las cuales requieren de todo el apoyo gubernamental, laboral y social para mejorar su calidad de vida.

2.3 Análisis de los determinantes sociales de la salud

La mayor parte de la carga mundial de morbilidad, mortalidad, e igualmente las causas principales de las inequidades en salud que se encuentran en todos los países, surgen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen incluyendo el efecto del sistema de salud. Estas condiciones sociales influyen sobre la probabilidad que las personas tienen de estar sanas: la pobreza, la inseguridad alimentaria, la deserción escolar, las condiciones de las viviendas, el acceso a servicios, la escasa calificación laboral constituye factores de buena parte de las desigualdades en los efectos de salud, y son consecuencia de la forma como se distribuye el poder, el dinero y los recursos en todas las escalas territoriales.

No existe una condición que explique por sí sola por qué una persona se ve abocada a un evento de salud y otra no, ni por qué una comunidad tiene buenas condiciones de salud mientras otra comunidad vecina vive en no tan buenas condiciones. Las alteraciones en la salud son fenómenos sumamente complejos que sustentan sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

En este aparte se describe el comportamiento de los determinantes intermedios de la salud y los estructurales de las inequidades en salud.

2.3.1 Determinantes intermedios de la salud

Los determinantes intermedios de la salud ilustran como los determinantes estructurales no ejercen una acción directa sobre la salud, sino obedecen al resultado de una acción de determinantes intermedios, que bien pueden ser condiciones con algún potencial de modificación que ponen en desventaja a las personas que las poseen frente a los demás, haciéndolos más vulnerables para desarrollar los efectos de salud. Dentro de estas condiciones están las circunstancias materiales, que hacen referencia a las condiciones de vida, de la vivienda, de trabajo, disponibilidad de alimentos y demás. Los factores conductuales, psicológicos y conductuales que enfatizan la influencia de los

hábitos y estilos de vida y el sistema sanitario como circunstancia que puede ejercer impacto positivo o negativo sobre la salud.

Particularmente, el análisis del sistema sanitario como determinante intermediario de la salud, se concentra en aportar insumos que soporten los desarrollos de política pública y sus lineamientos en función de la garantía de la prestación efectiva de los servicios de salud, mediante el adecuado y pertinente acceso de la población al sistema, la optimización del recurso humano, de la infraestructura, la tecnología y la sostenibilidad financiera.

2.3.1.1 Circunstancias materiales

Las circunstancias materiales hacen referencia a las condiciones de vida relacionadas con la vivienda y el acceso a servicios públicos; la disponibilidad de alimentos o aquello relacionado con seguridad alimentaria; y las condiciones de trabajo.

2.3.1.1.1 Condiciones de vida

Este determinante intermediario se aborda de acuerdo con la disponibilidad de información, mediante el análisis de las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos.

- Cobertura de servicios de electricidad (2015): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 100,00% (déficit del 0,00%) sin diferencia significativa frente al valor departamental (95,32, IC 95% 0,86-1,28).
- Cobertura de acueducto (2016): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 94,94% (déficit del 5,06%) el cual es significativamente mayor que valor departamental (68,59, IC 95% 1,13-1,69).
- Cobertura de alcantarillado (2016): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 94,94% (déficit del 5,06%) el cual es significativamente mayor que valor departamental (45,32, IC 95% 1,71-2,56).
- Cobertura de aseo (2016): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 94,94% (déficit del 5,06%) el cual es significativamente mayor que valor departamental (54,96, IC 95% 1,41-2,11).
- Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano - IRCA: el valor del indicador fue 3,26% (meta menor a 5%), clasificando al municipio en riesgo alto, el valor del indicador es significativamente menor que el valor departamental (26,25, IC 95% 0,04-0,37). El promedio en el periodo analizado fue de 36,85%, con una desviación estándar de 22,27, frente al año anterior su cambio fue de 21,40.

- Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (2005): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 10,06% (déficit del 89,94%) el cual es significativamente menor que el valor departamental (21,10, IC 95% 0,26-0,88).
- Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (2005): según el censo DANE del 2005 la cobertura general fue del 24,62% (déficit del 75,38%) sin diferencia significativa frente al valor departamental (33,86, IC 95% 0,49-1,08).

Tabla 31 Determinantes intermedios de la salud - condiciones de vida, 2005- 2016.

Determinantes intermedios de la salud - Condiciones de vida	Sucre	70215-Corozal	IC 95%
Cobertura de servicios de electricidad (2015)	95,32	100,00	0,86-1,28
Cobertura de acueducto (2016)	68,59	94,94	1,13-1,69
Cobertura de alcantarillado (2016)	45,32	94,94	1,71-2,56
Cobertura de aseo (2016)	54,96	94,94	1,41-2,11
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano - IRCA	26,25	3,26	0,04-0,37
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (2005)	21,10	10,06	0,26-0,88
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (2005)	33,86	24,62	0,49-1,08
Determinantes intermedios de la salud - Condiciones de vida	Cabecera	Resto	IC 95%
Cobertura de servicios de electricidad	100,00	100,00	0,82-1,22
Cobertura de acueducto	100,00	0,00	-
Cobertura de alcantarillado	100,00	0,00	-
Cobertura de aseo	100,00	0,00	-

Fuente: servicios de electricidad 2015 datos reportados por los operadores de red (IPSE), DANE censo 2005, Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información (SUI) a 2016; SIVICAP 2016.

2.3.1.1.2 Disponibilidad de alimentos

Este determinante intermedio se aborda mediante el uso de indicadores que reflejan el acceso a la alimentación que tienen las personas desde su nacimiento. En los indicadores de disponibilidad de alimentos registrados por las encuestas nacionales de salud y nutrición 2005 y 2010 (ENSIN), estadísticas vitales del DANE analiza variables como la duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses, prevalencia de desnutrición global en menores de cinco años, prevalencia de desnutrición crónica, prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años, prevalencia de obesidad en mujeres de 15 a 49 años, prevalencia de anemia nutricional en niños y niñas entre 6 meses y 4 años y el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.

- El porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer para la vigencia del 2016 fue del 3,95%, cuyo valor no presentó diferencia significativa frente al valor departamental (3,11, IC 95% 0,47-3,41). Respecto a la vigencia inmediatamente anterior fue de 1,21 puntos porcentuales con una tendencia lineal ascendente y su valor más alto fue en el año 2010 (4,00%).
- El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer para la vigencia del 2016 fue del 11,67%, cuyo valor no presentó diferencia significativa frente al valor departamental (8,87, IC 95% 0,74-2,34). Respecto a la vigencia inmediatamente anterior fue de 1,01 puntos porcentuales con una tendencia lineal descendente y su valor más alto fue en el año 2016 (11,67%).

Tabla 32. Determinantes intermedios de la salud - seguridad alimentaria y nutricional, 2005-2016.

Determinantes Sociales - Seguridad Alimentaria	Sucre	70215- Corozal	Comportamiento													IC 95%	Tendencia lineal	Micrografico
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016				
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	3,11	3,95	↓ 3,15	↓ 2,97	↓ 2,68			↓ 4,00	↓ 2,94	↑ 2,90	↓ 3,60	↑ 2,57	↑ 3,78	↓ 3,95	0-0	Ascendente		
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer	8,87	11,67	↑ 7,98	↓ 7,98	↑ 6,43	↑ 8,12	↓ 9,45	↓ 9,06	↑ 7,70	10,07	↓ 9,59	↑ 9,06	↑ 10,08	↓ 11,67	8,12-9,45	Descendente		

Fuente: ENSIN 2010, DANE. Nota: El comportamiento se grafica de acuerdo con el valor del indicador del año anterior. Para las mediciones únicas aparecerá el único valor registrado.

2.3.1.2 Factores, psicológicos y culturales

Este determinante intermedio se aborda a partir de indicadores que muestran los efectos de las conductas y prácticas saludables.

- Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2017): para la vigencia del 2017 fue del 150,21 por cien mil habitantes la cual fue significativamente mayor que valor departamental (119,52, IC 95% 1,07-1,47). Respecto a la vigencia inmediatamente anterior fue de -15,32 puntos con una tendencia lineal descendente y su valor más alto se registró en el año 2010 (200,93).
- Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (2016): para la vigencia del 2017 fue del 0,00 por cien mil habitantes la cual fue significativamente mayor que valor departamental (281,73, IC 95% 1,19-1,46). Respecto a la vigencia inmediatamente anterior fue de -372,13 puntos con una tendencia lineal ascendente y su valor más alto se registró en el año 2016 (372,13).

Tabla 33. Determinantes intermedios de la salud - factores psicológicos y culturales, 2010-2017.

Determinantes intermedios de la salud	Sucre	70215-Corozal	Comportamiento							IC 95%	Tendencia lineal	Micrografico	
			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016				2017
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Forensis 2017)	119,52	150,21	↓ 200,93	↓ 184,59	↑ 155,42	↑ 167,32	↓ 195,19	↓ 193,88	↓ 165,53	↓ 150,21	1,07-1,47	Descendente	
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (2016)	281,73	372,13			↑ 23,01	↑ 111,11	↑ 201,31	↑ 267,97	↓ 372,13		1,19-1,46	Ascendente	

Fuente: Forensis 2016, 2017.

2.3.1.3 Sistema sanitario

Particularmente, el análisis del sistema sanitario como determinante intermediario de la salud, se concentra en aportar insumos que soportan los desarrollos de política pública y sus lineamientos en función de la garantía de la prestación efectiva de los servicios de salud, mediante el adecuado y pertinente acceso de la población al sistema, la optimización del recurso humano, de la infraestructura, la tecnología y la sostenibilidad financiera. A continuación, se presenta el análisis del sistema sanitario basado en la estimación de la razón de proporciones y los intervalos de confianza al 95%, todos estos comparados con el nivel departamental y expresando si existe o no diferencia estadísticamente significativa.

- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: según información del censo DANE 2005 el valor del indicador para el municipio de - Corozal fue de 17,74%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento.
- Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud: según información del censo DANE 2005 el valor del indicador para el municipio de - Corozal fue de 3,01%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento.
- Cobertura de afiliación al SGSSS : según información del SISPRO el valor del indicador para el 2018 en el municipio de - Corozal fue de 95,19%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal descendente.
- Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2017 en el municipio de - Corozal fue de 100,88%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal descendente.
- Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2017 en el municipio de - Corozal fue de 95,19%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.

- Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2017 en el municipio de - Corozal fue de 95,29%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.
- Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2017 en el municipio de - Corozal fue de 97,28%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal descendente.
- Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2016 en el municipio de - Corozal fue de 93,00%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.
- Cobertura de parto institucional: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2016 en el municipio de - Corozal fue de 100,00%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.
- Porcentaje de partos atendidos por personal calificado : según información del SISPRO el valor del indicador para el 2016 en el municipio de - Corozal fue de 100,00%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.
- Porcentaje de partos por cesárea: según información del SISPRO el valor del indicador para el 2016 en el municipio de - Corozal fue de 73,83%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento se observa una tendencia lineal ascendente.

Tabla 34. Determinantes intermedios de la salud - sistema sanitario, 2005-2018.

Determinantes intermedios de la salud	Sucre	70215 - Corozal	Comportamiento															IC 95%	Tendencia lineal	Micrografico
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018				
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia	22,70	17,74	↓ 17,74															0,49-1,24	-	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud	5,90	3,01	↓ 3,01															0,16-1,58	-	
Cobertura de afiliación al SGSSS	111,03	95,19									104,93	102,69	100,26	↓ 95,13	↑ 94,17	↑ 95,19	0,7-1,05	Descendente		
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos	96,95	100,88	↑ 77,41	118,11	121,23	197,86	121,31	101,57	100,56	↑ 85,13	↓ 94,74	↑ 94,28	100,60	↑ 99,61	100,88	0,86-1,26	Descendente			
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año	96,95	95,19	↑ 89,40	↓ 90,00	↑ 71,73	↑ 93,04	104,11	103,13	↓ 97,76	↓ 95,25	↓ 92,01	↑ 84,46	↓ 90,38	↑ 89,82	↑ 95,19	0,8-1,2	Ascendente			
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año	96,95	95,29	↑ 89,92	↓ 90,00	↑ 71,73	↑ 93,04	104,11	103,13	↓ 97,76	↓ 95,34	↓ 92,11	↑ 83,51	↓ 90,38	↑ 89,62	↑ 95,29	0,8-1,2	Ascendente			
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año	96,95	97,28	↑ 87,39	↓ 97,40	↑ 94,65	106,99	↑ 99,07	103,95	100,93	↓ 97,42	↓ 91,09	↑ 87,25	↓ 92,50	↑ 92,44	↓ 97,28	0,82-1,22	Descendente			
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal	88,23	93,00	↑ 77,54	↑ 79,31	↑ 84,75	↑ 85,38	↑ 86,22	↑ 88,02	↑ 91,21	↑ 92,00	↑ 94,28	↑ 95,99	↓ 96,45	↓ 93,00	0,86-1,29	Ascendente				
Cobertura de parto institucional	99,80	100,00	↑ 99,27	↓ 99,66	↓ 99,31	↑ 98,96	↑ 99,55	↑ 99,90	↑ 99,90	↑ 99,89	↑ 99,90	100,00	100,00	100,00	0,82-1,22	Ascendente				
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99,84	100,00	↑ 99,13	↓ 99,75	↓ 99,23	↑ 99,06	↑ 99,65	↑ 99,91	↑ 99,91	↑ 99,90	↑ 99,81	100,00	100,00	100,00	0,82-1,22	Ascendente				
Porcentaje de partos por cesárea	73,56	73,83	↑ 40,43	↑ 42,96	↑ 46,86	↑ 48,57	↑ 51,68	↑ 53,35	↑ 58,50	↑ 64,85	↑ 70,54	↑ 71,56	↓ 74,73	↓ 73,83	0,8-1,26	Ascendente				

Fuente: DNP-DANE 2005, Bodega de datos SISPRO. Fecha de consulta 21/11/2018.

El municipio de Corozal cuenta con atención de baja complejidad, los servicios de mediana complejidad se prestan en Sincelejo, Corozal y San Marcos principalmente. Con corte al 7 de noviembre de 2018 se encuentran registradas un total de 65 instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales tienen 471 servicios habilitados, los cuales están distribuidos según las tablas siguientes:

Tabla 35. Grupos de servicios habilitados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.

Servicios.	Número	Proporción
Consulta Externa	194	41,19%
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	129	27,39%
Protección Específica y Detección Temprana	95	20,17%
Internación	23	4,88%
Quirúrgicos	10	2,12%
Procesos	10	2,12%
Urgencias	4	0,85%
Otros Servicios	3	0,64%
Transporte Asistencial	3	0,64%
Total general	471	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir del REPS 2017.

Tabla 36. Detalle de capacidad instalada en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.

Detalle	Número	Porcentaje
AMBULANCIAS	7	100,0%
Básica	6	85,7%
Medicalizada	1	14,3%
CAMAS	229	100,0%
Adultos	80	34,9%
Obstetricia	36	15,7%
Pediátrica	32	14,0%
Cuidado Intensivo Adulto	16	7,0%
Farmacodependencia	15	6,6%
Cuidado básico neonatal	14	6,1%
Cuidado Intensivo Neonatal	13	5,7%
Cuidado Intensivo Pediátrico	8	3,5%
Cuidado Intermedio Adulto	8	3,5%
Cuidado Intermedio Neonatal	4	1,7%
Cuidado Intermedio Pediátrico	3	1,3%
Psiquiatría	0	0,0%
SALAS	12	100,0%
Procedimientos	6	50,0%
Quirófano	5	41,7%
Partos	1	8,3%
Total general	248	

Fuente: elaboración propia a partir del REPS 2017.

Tabla 37. Servicios habilitados en las instituciones prestadoras de servicios de salud, 2017.

Servicios habilitados	Número	Proporción
Consultas Externas	194	100,00%
328-MEDICINA GENERAL	21	10,82%
334-ODONTOLÓGIA GENERAL	21	10,82%
344-PSICOLOGÍA	18	9,28%
312-ENFERMERÍA	15	7,73%
342-PEDIATRÍA	14	7,22%
333-NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	13	6,70%
329-MEDICINA INTERNA	11	5,67%
320-GINECOBISTRIARIA	9	4,64%
359-CONSULTA PRIORITARIA	6	3,09%
339-ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	5	2,58%
304-CIRUGÍA GENERAL	5	2,58%
388-NEUROPEDIATRÍA	4	2,06%
308-DERMATOLOGÍA	4	2,06%
332-NEUROLOGÍA	4	2,06%
338-ORTODONCIA	4	2,06%
337-OPTOMETRÍA	4	2,06%
335-OFTALMOLOGÍA	4	2,06%
311-ENDODONCIA	3	1,55%
355-UROLOGÍA	3	1,55%
330-NEFROLOGÍA	3	1,55%
340-OTORRINOLARINGOLOGÍA	2	1,03%
310-ENDOCRINOLOGÍA	2	1,03%
387-NEUROCIURUGIA	2	1,03%
396-ODONTOPEDIATRÍA	2	1,03%
302-CARDIOLOGÍA	2	1,03%
301-ANESTESIA	2	1,03%
345-PSIQUIATRÍA	2	1,03%
410-CIRUGÍA ORAL	1	0,52%
326-MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	1	0,52%
347-REHABILITACIÓN ORAL	1	0,52%
327-MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1	0,52%
400-MEDICINAS ALTERNATIVAS- MEDICINA TRADICIONAL CHINA	1	0,52%
306-CIRUGÍA PEDIATRICA	1	0,52%
356-OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD FONOAUDILOGIA - NO ONCOLÓGICO	1	0,52%
343-PERIODONCIA	1	0,52%
325-MEDICINA FAMILIAR	1	0,52%
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	129	100,00%
712-TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO	20	15,50%
739-FISIOTERAPIA	20	15,50%
714-SERVICIO FARMACÉUTICO	17	13,18%
728-TERAPIA OCUPACIONAL	13	10,08%
740-FONOAUDILOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	13	10,08%
729-TERAPIA RESPIRATORIA	11	8,53%
706-LABORATORIO CLINICO	11	8,53%
741-TAMIZACION DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	8	6,20%
710-RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	5	3,88%
719-ULTRASONIDO	4	3,10%
701-DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	3	2,33%
724-TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS	2	1,55%
713-TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	1	0,78%
717-LABORATORIO CITOLOGÍA CERVICO-UTERINAS	1	0,78%
Protección Específica y Detección Temprana	95	100,00%
817-PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	13	13,68%
818-PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACION FAMILIAR-HOMBRES Y MUJERES	11	11,58%
811-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	10	10,53%
812-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO (MAYOR A 45 AÑOS)	10	10,53%
810-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (DE 10 A 29 AÑOS)	9	9,47%
815-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	9	9,47%
809-DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENOR A 10 AÑOS)	8	8,42%
814-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	8	8,42%
813-DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	7	7,37%
816-PROTECCIÓN ESPECIFICA - VACUNACIÓN	5	5,26%
808-PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN AL RECIEN NACIDO	3	3,16%
807-PROTECCIÓN ESPECIFICA - ATENCIÓN DEL PARTO	2	2,11%
Internación	23	100,00%
101-GENERAL ADULTOS	4	17,39%
112-OBSTETRICIA	3	13,04%
102-GENERAL PEDIÁTRICA	3	13,04%
120-CUIDADO BASICO NEONATAL	2	8,70%
107-CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	2	8,70%
110-CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	2	8,70%
127-INTERNACION HOSPITALARIA CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	2	8,70%
108-CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	2	8,70%
105-CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	1	4,35%
128-INTERNACION PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	4,35%
109-CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1	4,35%
Quirúrgicos	10	100,00%
203-CIRUGÍA GENERAL	3	30,00%
204-CIRUGÍA GINECOLÓGICA	2	20,00%
207-CIRUGÍA ORTOPÉDICA	2	20,00%
208-CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	1	10,00%
215-CIRUGÍA UROLÓGICA	1	10,00%
212-CIRUGÍA PEDIATRICA	1	10,00%
Procesos	10	100,00%
850-PROCESO ESTERILIZACIÓN	10	100,00%
Urgencias	4	100,00%
601-SERVICIO DE URGENCIAS	4	100,00%
Otros Servicios	3	100,00%
816-ATENCIÓN DOMICILIARIA DE PACIENTE CRÓNICO SIN VENTILADOR	1	33,33%
820-ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	33,33%
819-ATENCIÓN A CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	1	33,33%
Transporte Asistencial	3	100,00%
601-TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO	3	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir del REPS 2017.

En el municipio la mayoría de estos indicadores no presentan diferencia estadísticamente significativa frente al Departamento, a excepción del número de camas totales, el cual es superior.

Tabla 38. Razón de camas y ambulancias, 2017.

Indicador por 1000 habitantes	Dpto.	Mpio.	IC 95%	
			Li	Ls
Razón de ambulancias básicas	1,04	0,94	0,12	6,84
Razón de ambulancias medicalizadas	0,44	0,16	0,00	49,63
Razón de ambulancias	1,48	1,10	0,11	4,81
Razón de camas	26,27	361,94	12,43	15,27
Razón de camas adulto	10,56	12,57	0,68	2,07
Razón de camas U.C.Intensivos	2,94	5,81	0,88	4,45
Razón de camas U.C.Intermedios	0,97	0,00	0,00	0,00
Razón de camas pediátricas	11,42	14,64	0,77	2,14

Fuente: elaboración propia a partir del REPS 2017.

2.3.2 Determinantes estructurales

Los determinantes estructurales de las inequidades en salud son aquellos que dan lugar a una estratificación dentro de la sociedad, como la distribución de ingresos o la discriminación por factores como género, etnia o discapacidad y las estructuras políticas y de gobernanza que refuerzan las desigualdades en el poder económico en lugar de reducirlas. Estos determinantes establecen un conjunto de posiciones socioeconómicas dentro de jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, creada por la OMS, afirma además que “los problemas de discriminación están fuertemente, relacionados con la clase social, el género, la etnicidad y la educación”. Para ejercer completamente el derecho a la salud es necesario el empoderamiento de los grupos más desaventajados, implicando a su vez el control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas.

2.3.2.1 Educación

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, afirma además que “los problemas de discriminación están fuertemente, relacionados con la clase social, el género, la etnicidad y la educación”. Para ejercer completamente el derecho a la salud es necesario el empoderamiento de los grupos más desaventajados, implicando a su vez el control sobre los factores que determinan su salud y mayor capacidad para tomar decisiones sobre cómo quieren vivir sus vidas. A continuación, se presenta el análisis del estado educativo en la entidad territorial a través de diversas formas de medición como el analfabetismo y las tasas de coberturas de educación.

- Porcentaje de hogares con analfabetismo: según información del censo DANE 2005 el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 34,63%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento, se observa una tendencia lineal no calculable.
- Tasa de cobertura bruta de educación categoría Transición: según información del censo DANE 2005 el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 140,46%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento, se observa una tendencia lineal descendente.
- Tasa de cobertura bruta de educación categoría Primaria: según información del Ministerio de Educación Nacional (MEN) el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 127,10%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento, se observa una tendencia lineal descendente.
- Tasa de cobertura bruta de educación categoría Secundario: según información del Ministerio de Educación Nacional (MEN) el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 123,45%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento, se observa una tendencia lineal descendente.
- Tasa de cobertura bruta de educación categoría Media: según información del Ministerio de Educación Nacional (MEN) el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 104,72%, el cual es significativamente mayor que el Departamento, se observa una tendencia lineal descendente.
- Tasa de cobertura bruta de educación categoría Básica: según información del Ministerio de Educación Nacional (MEN) el valor del indicador para el municipio de Corozal fue de 126,87%, el cual no presentó diferencia significativa frente al Departamento, se observa una tendencia lineal descendente.

Tabla 39. Tasa de cobertura bruta de educación, 2005 – 2017.

Determinantes Sociales - Educación	Sucre	70215 - Corozal	Comportamiento													IC 95%	Tendencia lineal	Micrográfico		
			2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017					
Porcentaje de hogares con analfabetismo	44,85	34,63	↓ 34,63															0,55-1,08	No calculable	
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Transición	131,46	140,46	↓ 143,16	↑ 109,81	↓ 115,89	↑ 114,10	↑ 126,42	↑ 127,37	↑ 141,93	↓ 152,50	↓ 138,02	↓ 127,87	↑ 125,00	↓ 130,37	↓ 140,46			0,91-1,26	Descendente	
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Primaria	121,05	127,10	↓ 129,16	↑ 126,12	↑ 138,65	↓ 146,00	↓ 139,60	↑ 136,38	↑ 138,69	↑ 139,04	↓ 151,59	↓ 133,01	↑ 125,92	↓ 128,15	↓ 127,10			0,88-1,25	Descendente	
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Secundario	109,20	123,45	↓ 116,00	↑ 115,51	↑ 119,66	↓ 122,79	↑ 116,58	↑ 126,57	↓ 130,88	↑ 116,17	↑ 114,60	↑ 115,25	↓ 123,55	↑ 117,65	↓ 123,45			0,95-1,35	Descendente	
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Media	84,12	104,72	↑ 90,87	↑ 98,37	↓ 105,31	↑ 103,71	↑ 111,08	↑ 131,40	↓ 137,13	↑ 109,80	↑ 115,20	↑ 114,32	↓ 118,67	↓ 108,41	↓ 104,72			1,03-1,51	Descendente	
Tasa de cobertura bruta de educación categoría Básica	117,35	126,87	↓ 125,18	↑ 120,21	↑ 128,65	↓ 133,33	↑ 128,78	↑ 131,42	↓ 135,77	↑ 130,87	↓ 135,06	↓ 125,22	↓ 124,86	↓ 124,04	↓ 126,87			0,91-1,29	Descendente	

Fuente: DNP-DANE 2005, Bodega de datos del SISPR. Fecha de consulta 28/11/2018.

2.3.2.2 Calidad de Vida, economía y ocupación

Los aspectos principales de jerarquía que definen la estructura social y las relaciones de clase dentro de la sociedad son características que se relacionan íntimamente con la distribución del poder, el prestigio y los recursos. La posición socioeconómica se ubica en primer lugar, la cual a su vez está relacionada con los otros factores (ingresos, acceso a los recursos, empleo, etcétera).

Índice de Pobreza Multidimensional (IPM): refleja la privación de los hogares en cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo, y acceso a los servicios públicos domiciliarios y las condiciones de la vivienda, se encuentran las variables “sin acceso a fuente de agua mejorada” e “inadecuada eliminación de excretas” dentro de la dimensión de servicios públicos, en tal sentido, en la medida en que se mejoren las coberturas de los servicios también se ayuda a la disminución de la pobreza multidimensional. Según el censo DANE 2005, 70215-Corozal presentó un IPM del 63,50%, en el área urbana se estimó en 58,08% y en el área rural del 82,33%. La proporción de población en hacinamiento corresponde al 35,90 de los hogares del municipio.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza. Usualmente utiliza indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo), disponibles en los censos de población y vivienda. A 2011 el NBI registrado fue: 85,0%, para la cabecera municipal fue de 45,0% y para el resto del territorio municipal el 42,0%.

Ocupación: El empleo informal alcanzó una proporción estimada del 96,3%. Según las estadísticas de riesgos laborales con corte agosto de 2018, en el municipio existen 222 empresas afiliadas, en las cuales hay 2.2316 trabajadores dependientes y 69 independientes. Los eventos reportados son: 7 presuntos accidentes de trabajo sucedidos (6 calificados), 5 presunta enfermedad profesional reportadas (ninguna confirmada).

Tabla 40. Estadísticas riesgos laborales, 2018.

Municipio	Empresas Afiliadas	Trabajadores afiliados dependientes	Trabajadores afiliados independientes	Presuntos accidentes de trabajo sucedidos	Accidentes de trabajo calificados	Presuntas enfermedades profesionales reportadas	Enfermedades calificadas como profesionales	Muertes reportadas por accidente de trabajo	Muertes reportadas por enfermedad profesional	Muertes reportadas por accidentes de trabajo calificadas como profesionales	Muertes por enfermedad profesional calificadas	Nuevas pensiones de invalidez pagadas por accidente de trabajo	Nuevas pensiones de invalidez pagadas por enfermedad profesional	Incapacidad permanente parcial pagada por accidente de trabajo
Corozal	222	2316	69	7	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Dirección de regulación de la operación del aseguramiento en salud, riesgos laborales y pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social.

Economía: Según el DNP a 2017, los recursos asignados per cápita del SGR fueron: \$134.924.000 por SGR, \$331.196.000 por SGP y por ingresos corrientes fueron por \$163.530.000. la inversión del SGP se observa a continuación:

Tabla 41. Distribución porcentual de asignaciones SGP por sectores, 2017.

Categoría	Pesos corrientes (2018)	% (2018)
Educación	\$ 2.239.935.133	10,81%
Salud	\$ 13.018.414.877	62,80%
Agua potable	\$ 2.233.467.832	10,77%
Propósito general	\$ 2.841.393.351	13,71%
Alimentación escolar	\$ 397.417.293	1,92%
Ribereños	\$ 0	0,00%
Resguardos indígenas	\$ 0	0,00%
Primera infancia	\$ 0	0,00%

Fuente: DNP, ficha territorial. Fecha de consulta 06/12/2018.

El valor agregado municipal per cápita se estimó en \$375,51 miles de millones de pesos equivalente al 0,72% del nivel departamental.

Figura 77. Valor agregado municipal por grandes ramas de actividad económica, 2015.

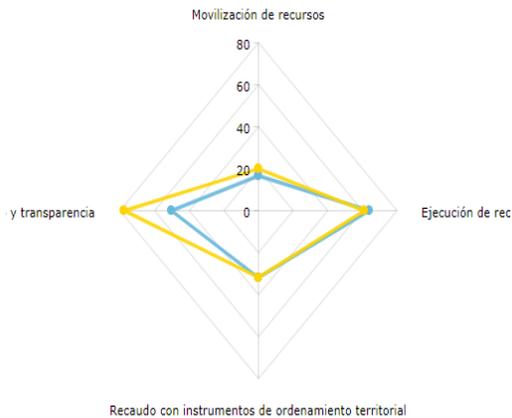


Fuente: Ficha territorial DNP, 2017.

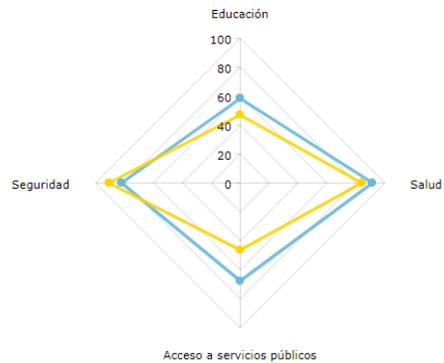
La gestión del desempeño para el año 2017 fue medio (G3), ocupando el 14° puesto a nivel departamental.

Figura 78. Ranking de gestión y de resultados, 2017.

Gestión



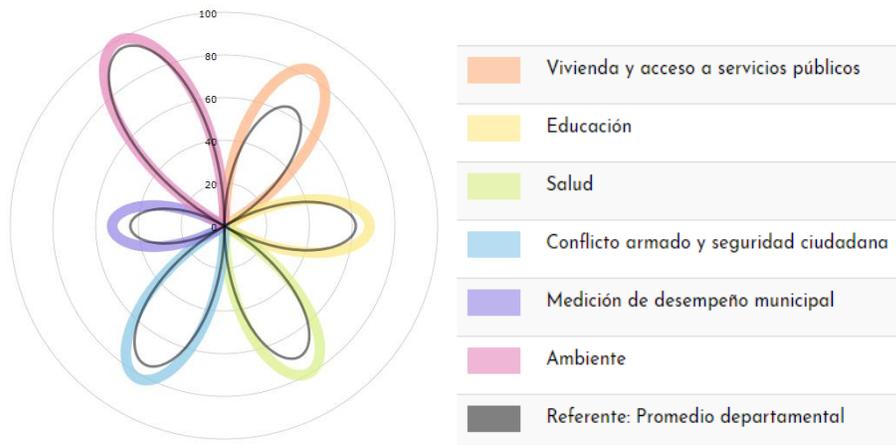
Resultados



Fuente: Ficha territorial DNP, 2017.

El tablero de control corresponde a la visualización del estado de los municipios con base en la última información disponible, teniendo en cuenta indicadores de resultados de bienestar agrupados en seis dimensiones (servicios públicos, educación, salud, seguridad y convivencia, ambiente y gobernanza institucional). El diagnóstico de las dimensiones es representado por pétalos. Entre más lejos del centro esté cada uno de los pétalos, mejor se encuentra la entidad territorial en esa dimensión.

Figura 79. Resultados de los indicadores de bienestar agrupados, 2017.



Fuente: Ficha territorial DNP, 2017. En color el Municipio, en negro el Departamento.

3 CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

A continuación, se presentan la priorización realizada de acuerdo con los efectos de salud identificados en los capítulos uno y dos. Inicialmente se realiza la priorización en salud partiendo del reconocimiento de los problemas de salud y sus determinantes.

Se hizo el reconocimiento de los problemas identificados en el primer y segundo capítulo, para delimitar su definición debe ser formulado como una situación negativa que debe ser modificada, se tuvo en cuenta la población afectada, consecuencias y magnitud expresada de acuerdo con los indicadores estimados e identificando los problemas principales.

Tabla 42. Priorización de los problemas de salud, 2018.

N°	Dimensión	Problemas	Grupo de riesgo (MIAS)
1	Salud ambiental	Acceso y calidad del agua.	0, 9
		Cobertura del alcantarillado y aseo.	0
		Alta prevalencia de agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.	9
		Inadecuado saneamiento básico.	9
		Pobre articulación intra e intersectorial.	0
		Inundaciones, vendavales e incendios forestales.	
		Insuficiente vigilancia y control a factores de riesgo del consumo.	9
2	Vida saludable y condiciones no transmisibles	Alta morbilidad y mortalidad por no transmisibles: cardiovasculares, malformaciones congénitas.	0
		Baja oferta programas de promoción de estilos de vida saludables.	0
		Debilidades en la oferta institucional para pacientes con ECNT, en especial ERC fase V.	0
		Baja oferta de escenarios deportivos, parques y zonas verdes que incentiven actividad física.	0
		Acceso limitado a los servicios de salud en las personas mayores.	0
		Accidentes de tránsito	12
3	Convivencia social y salud mental	Violencia y homicidios.	12
		Respuesta integrada para la atención de víctimas.	0
		Discriminación de género, étnica.	0
		Abandono de los adultos mayores y discapacitados.	0
		Homicidios y suicidios, especialmente hombres.	12
		Consumo de sustancias psicoactivas.	0
4	Seguridad alimentaria y nutricional	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales en menor de cinco años y persona mayor.	3

N°	Dimensión	Problemas	Grupo de riesgo (MIAS)
		Dificultad para el acceso a los alimentos desde la seguridad alimentaria.	3,8
		Baja prevalencia de la lactancia materna.	8
		Alto porcentaje de bajo peso al nacer.	8
5	Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Embarazo en adolescentes.	8
		VIH.	9
		Mortalidad materna.	8
		Equidad de la mujer.	8
6	Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades inmunoprevenibles.	8
		Enfermedades respiratorias agudas.	9
		Enfermedades infecciosas y parasitarias.	9
		Enfermedades transmitidas por vectores.	9
7	Salud pública en emergencias y desastres	Articulación con las secretarías de medio ambiente, trabajo, transporte, educación y vivienda.	0
		Inundaciones, insuficiente respuesta ante emergencias y desastres	13
		Planes de preparación y respuesta hospitalaria para la atención de emergencias y desastres que existen están desactualizados y no son difundidos institucionalmente.	13
8	Salud y ámbito laboral	Desempleo, alta informalidad laboral.	11
		Bajas coberturas de afiliación al sistema de riesgos laborales (ARL)	11
		No existe línea de base municipal de accidentes o morbilidad relacionada con la actividad laboral.	11
		Trabajo informal sin protección.	11
		No está caracterizada la población vulnerable de trabajadores no afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (niños, jóvenes entre 15 y 18 años, discapacitados, adultos mayores entre otros).	11
		Poca vigilancia en salud laboral.	11
9	Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables	Alta mortalidad materno infantil	8
		Problemas de aceptación de los programas preventivos en población étnica y personas en condición de discapacidad.	0
		Debilidades en la prestación de servicios con enfoque diferencial a población vulnerable (desplazados, discapacitados, mujeres embarazadas, LGTBI, adulto mayor, reinsertados entre otros).	0
10		Acciones de inspección, vigilancia y control (IVC) débiles.	0

N°	Dimensión	Problemas	Grupo de riesgo (MIAS)
	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud	Insuficiente personal de planta.	0
		Sistemas de información y acciones no integradas intra e intersectoriales.	0
		Debilidades en el trabajo transectorial para promover políticas de salud que afectan el colectivo.	0
		Insuficiente infraestructura y logística.	0
		Contratación inoportuna y no continua del recurso humano que realiza las acciones operativas y de control en el municipio.	0

Fuente: elaboración propia a partir de indicadores contenidos en capítulos anteriores.

4 BIBLIOGRAFÍA

1. **Organización Mundial de la Salud.** [En línea] 10 de 04 de 2015. [Citado el: 20 de 11 de 2016.] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3A2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es.
2. **Departamento Nacional de Planeación.** *Ficha territorial.* Bogotá D.C. : s.n., 2017.
3. **Departamento Administrativo de Estadísticas.** *División político-administrativa de Colombia, Divipola 2012 resumen.* Bogotá D.C. : s.n., 2012.
4. **Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales.** *Estudio Nacional de Aguas.* Bogotá, D.C. : s.n., 2010.
5. **Organización mundial de la salud.** Cambio climático, nota descriptiva 266. [En línea] 29 de 06 de 2016. [Citado el: 20 de 11 de 2016.]
6. **Weather Spark.** El clima promedio en Sincelejo. [En línea] 01 de 11 de 2018. [Citado el: 01 de 11 de 2018.] <https://es.weatherspark.com/y/22581/Clima-promedio-en-Sincelejo-Colombia-durante-todo-el-a%C3%B1o#Sections-Precipitation>.
7. **Cortes, Stephanie.** Qué es ENSO - La Oscilación del Sur "El Niño". [En línea] Universidad de Arizona, 28 de 02 de 2016. [Citado el: 14 de 10 de 2018.] <https://www.climas.arizona.edu/blog/qué-es-ens-la-oscilación-del-sur-“el-niño”>.
8. **Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales.** Atlas de Radiación Solar, Ultravioleta y Ozono de Colombia. [En línea] 2014. [Citado el: 31 de 07 de 2018.] <http://atlas.ideam.gov.co/visorAtlasRadiacion.html>.
9. **Departamento Nacional de Planeación.** *Ficha territorial.* Bogotá D.C. : s.n., 2018.
10. **Wikipedia.** Crecimiento Natural. [En línea] 09 de 11 de 2015. [Citado el: 20 de 11 de 2016.] Wikipedia. https://es.wikipedia.org/wiki/Crecimiento_natural.
11. **Organización Mundial de la Salud.** *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.* 2015.
12. **Departamento Nacional de Planeación.** *Boletín 37, indicadores sociales departamentales.* Bogotá D.C. : s.n. ISSN 0123-5028.
13. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Análisis de la situación de salud de Colombia.* Bogotá DC : Imprenta nacional, 2015.
14. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** *Atlas estadístico de Colombia.* 2015.

15. **Gobernación del Departamento de Sucre.** *Gaceta* 532. 23 de abril de 2010.
16. —. *Plan de Desarrollo.* Sincelejo, Sucre : s.n., 2008-2011.
17. **Sierra A, Doreste JL.** *Demografía y salud pública, demografía estadística.* Barcelona : Masson-Salvat, 1991.
18. **Unidad para las víctimas.** *Boletín red nacional de información.* Bogotá DC. : s.n., febrero de 2016.
19. **Ministerio de Salud.** Departamento de estadísticas e información en salud. [En línea] Gobierno de Chile. [Citado el: 20 de 11 de 2016.] <http://www.deis.cl/indicadores-basicos-de-salud/anos-de-vida-potencial-perdidos-avpp/>.
20. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Cuenta de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión y diabetes mellitus en Colombia.* 2015.
21. **Espitia, Norma Constanza Cuellar.** *Informe final de evento VIH-SIDA, Colombia.* Bogotá DC. : Instituto Nacional de Salud, 2015.
22. **El Espectador.** El problema de la energía en la Costa. *Sección opinión.* agosto 7 de 2016.
23. *Evolución de las coberturas de los servicios de acueducto y alcantarillado 1985-2013.* **Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Desarrollo Humano. Subdirección de agua y saneamiento.** Bogotá DC. : s.n., 1985-2013.
24. **Ministerio de Trabajo.** *Estudio de accidentalidad a junio de 2013.* Bogotá DC. : s.n., 2013.
25. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** *Boletín técnico de Sucre 2015.* Bogotá DC. : s.n., Mayo 18 de 2016.
26. —. *Boletín Empleo.* Bogotá DC. : s.n., 2015.
27. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Situación de la enfermedad renal crónica, hipertensión arterial y diabetes mellitus en Colombia.* Bogotá D.C. : s.n., 2016.
28. **Ministerio de agricultura y desarrollo rural.** *¿Cuál es el problema del uso del suelo en Colombia?* 2014.
29. **Observatorio del Caribe Colombiano.** <http://www.ocaribe.org/region-caribe>. [En línea] 2015. [Citado el: 28 de 07 de 2018.]
30. **Unidad de Planificación Rural Agropecuaria.** *Rendición de cuentas.* Bogotá, D.C. : s.n., 2016.

31. **Instituto Geográfico Agustín Codazzi.** *Sucre, un territorio ideal para el uso agropecuario con afectación en sus áreas ambientales.* Bogotá D.C. : s.n., 2016.
32. **Instituto Geográfico Agustín Codazzi.** *Sucre y Atlántico lideran el “anti ranking” de los departamentos con más conflictos en el uso de sus suelos en el Caribe.* Abribe 25 de 2014.
33. **Formación de Alto Nivel - FAN.** [En línea] [Citado el: 28 de 07 de 2018.] <http://formaciondealtonivelsucre.com.co/>.
34. **Instituto Nacional de Salud.** *Protocolo de vigilancia en salud pública del Tétanos accidental.* Bogotá DC. : s.n., 2016.
35. —. *Protocolo de vigilancia en salud pública de la Tuberculosis.* Bogotá DC. : s.n., 2016.
36. —. *Protocolo de vigilancia en salud pública de la Varicela.* Bogotá DC. : s.n., 2016.
37. **Instituto Geográfico Agustín Codazzi - IGAC.** *Sucre, un territorio ideal para el uso agropecuario que con afectación en sus áreas ambientales.* [En línea] 05 de 12 de 2016. [Citado el: 28 de 07 de 2018.] <https://noticias.igac.gov.co/es/contenido/sucre-un-territorio-ideal-para-el-uso-agropecuario-que-con-afectacion-en-sus-areas>.
38. **Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales - IDEAM.** *Décimo cuatro boletín de alertas tempranas de deforestación (AT-D) primer trimestre de 2018.* Bogotá, D.C. : s.n., 2018.
39. **Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales.** *Atlas Climatológico de Colombia.* [En línea] 1981-2010. [Citado el: 31 de 07 de 2018.] <http://atlas.ideam.gov.co/visorAtlasClimatologico.html>.
40. **Formación de Alto Nivel de Sucre.** Núcleo 10. [En línea] [Citado el: 31 de 07 de 2018.] <http://formaciondealtonivelsucre.com.co/travel-category/56-nucleo-10>.
41. **Centro de Estudios Estratégicos Latinoamericanos – CEELA.** *Mapa de concentración de la tierra en Colombia.* [En línea] Laboratorio de Mapeo, 1 de 11 de 2013. [Citado el: 31 de 07 de 2018.] <http://ceelat.org/mapas/mapa-de-concentracion-de-la-tierra-en-colombia/>.
42. **Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** *Censo nacional de población y vivienda.* [En línea] DANE, 21 de 09 de 2018. [Citado el: 21 de 10 de 2018.] https://sitios.dane.gov.co/cnpv-exploradores/como_vivimos.html.
43. **Yang K, LeJeune J, Alsdorf D, Lu B, Shum CK, Liang S.** *Global Distribution of Outbreaks of Water-Associated Infectious Diseases 6(2): e1483.* [En línea] Plos Neglected Tropical Diseases., 14 de 02 de 2012. [Citado el: 23 de 10 de 2018.] <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0001483>.

44. **Ramsden, Edmund.** El animal urbano: densidad de población y patología social en roedores y en el ser humano. [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2009. [Citado el: 23 de 10 de 2018.] <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/09-062836/es/>.
45. **Redacción El Tiempo.** Colombia es origen, tránsito y destino de trata de personas, según ONU. [En línea] El Tiempo, 13 de 01 de 2017. [Citado el: 24 de 10 de 2018.] <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/trata-de-personas-en-colombia-41315>.
46. **Registro Único de Víctimas.** Registro Nacional de Información - RNI. [En línea] RUV, 01 de 10 de 2018. [Citado el: 30 de 10 de 2018.] <https://cifras.unidadvictimas.gov.co/Home/Intensidad?vvg=1>.
47. **Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.** *Ficha metodológica, proyecciones de población y estudios demográficos (PPED)*. Bogotá D.C. : s.n., 2013.
48. **Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo PNUD.** *Objetivos de desarrollo del milenio*. 2015.
49. **Weather Spark.** El clima promedio en diferentes ciudades. [En línea] 15 de 11 de 2018. [Citado el: 15 de 11 de 2018.] <https://es.weatherspark.com/map?id=22581&pageType=1>.
50. **Alcaldía de Buenavista - Sucre.** [En línea] [Citado el: 04 de 12 de 2017.] http://www.buenavista-sucre.gov.co/informacion_general.shtml.
51. **Wikipedia.** Municipio de El Roble. [En línea] 02 de 12 de 2017. [Citado el: 11 de 26 de 2018.] [https://es.wikipedia.org/wiki/El_Roble_\(Sucre\)](https://es.wikipedia.org/wiki/El_Roble_(Sucre)).
52. **Palencia, Lermen Cuello.** *Visión Tolú Viejo*. [En línea] [Citado el: 15 de 10 de 2017.] http://visiontoluviejo.ucoz.com/index/nuestro_municipio/0-52#.WiIXDkqWZ1s.
53. *Los jagüeyes de los Montes de María en Sucre, Colombia: transformación alternativa y tradicional para acceso productivo y sobrevivencia.* **De La Ossa V, Jaime Ph.D, Ballut-Dajud, Gastón M.Sc, Monroy-Pineda, María M.Sc.** 1, Sincelejo, Sucre : Revista Colombiana de Ciencia Animal, 2017, Vol. 9. 2462-7623.