

Popayán, diciembre de 2022

AVAL DE COMPLETITUD Y CUMPLIMIENTO – ASIS 2022

La Suscrita secretaria (E) de Salud Departamental del Cauca y el Líder del Proceso de Gestión de Vigilancia de Salud Pública, considerando que:

La Secretaría de Salud Departamental del Cauca, desarrolló Talleres de Actualización ASIS 2022 de manera virtual y presencial durante los meses de octubre y noviembre de 2022 y apoyó con refuerzo personalizado a los municipios que lo solicitaron durante los meses de noviembre y diciembre de 2022.

La Secretaría de Salud Departamental realizó la Asesoría y Asistencia para la elaboración del ASIS, bajo los lineamientos y directrices dados por el Ministerio de Salud y Protección social y utilizando la información de la plataforma SISPRO DANE, SIVIGILA y otras fuentes oficiales para completar a satisfacción la actualización del documento ASIS 2022.

El Municipio presentó el Análisis de Situación de Salud (ASIS) al funcionario de la Secretaría de Salud Departamental, se realizó la respectiva revisión de la información presentada, y se realizaron los ajustes solicitados, razón por la cual esta Entidad Territorial considera que se ha cumplido con la calidad, coherencia, completitud y acatamiento de los lineamientos técnicos y metodológicos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social, para el Documento ASIS. Todos los análisis aquí presentados son responsabilidad de la persona designada por el Municipio de elaborar la actualización ASIS 2022. El Ente Territorial avala que los datos oficiales corresponden a lo reflejado en el documento.

En mérito de lo expuesto, la secretaria Departamental de Salud CERTIFICA que el Municipio de **TORIBIO** cumple con la actualización del Documento ASIS 2022 y autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social para la publicación del documento en el Repositorio Institucional Digital -RID- con el fin de que el ASIS sea consultado por los usuarios internos y externos entre ellos órganos de control y demás interesados.


DIANA MARCELA ENRIQUEZ OCHOA
Secretaria (E) Departamental de Salud del Cauca


DUBAN ELY QUINTERO MUÑOZ
Líder Proceso Vigilancia en Salud Pública

Proyectó: Eugenia Amparo Ríos Prieto. Referente ASIS – LCE - Ca. 
Aprobó: Duban Ely Quintero Muñoz -Líder Proceso de Vigilancia en Salud Pública 

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2022

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL



Alcaldía Municipal
2020-2023



Construyendo unidos
desarrollo social y vida digna.

Contenido

PRESENTACIÓN.....	12
INTRODUCCIÓN.....	14
METODOLOGÍA.....	18
AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES	19
SIGLAS.....	20
1. CAPITULO I. CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO	
21	
1.1. Contexto territorial.....	21
1.1.1. Localización.....	21
1.1.2. Geografía.....	21
1.1.3. Resguardos indígenas y distribución político-administrativa	25
1.1.4. Sistema de salud propio e intercultural – SISPI	26
1.1.5. Características ambientales y económicas.....	28
1.1.6. Riesgos ambientales.....	35
1.1.7. Accesibilidad geográfica.....	37
1.2. Contexto demográfico	40
1.2.1. Población.....	40
1.2.2. Distribución por áreas o clase y densidad poblacional.....	41
1.2.3. Hogares y viviendas	43
1.2.4. Pertenencia étnica.....	44
1.2.5. Estructura demográfica.....	45
1.2.6. Población según curso de vida.....	46
1.2.7. Distribución poblacional por sexo	47
1.2.8. Otras tendencias demográficas	49
1.2.9. Dinámica demográfica.....	50

1.2.10.	Tasas específicas de fecundidad.....	54
1.2.11.	Movilidad forzada.....	55
1.2.12.	Población migrante	60
1.2.13.	Conclusiones	61
2.	CAPITULO II. EFECTOS Y DETERMINANTES DE SALUD	64
2.1.	Análisis de mortalidad.....	64
2.1.1.	Mortalidad general por grandes causas.....	64
2.1.2.	Años de vida potencialmente perdidos – AVPP.....	72
2.1.4.	Mortalidad específica por subgrupo	80
2.1.5.	Semaforización de las causas de muerte.....	101
2.1.6.	Mortalidad infantil y en la niñez.....	104
2.1.7.	Mortalidad por COVID 19	113
2.1.8.	Análisis de desigualdad en la mortalidad materno–infantil y en la niñez	118
2.1.9.	Determinantes estructurales.....	125
2.1.10.	Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil.....	137
2.1.11.	Conclusiones	139
2.2.	Análisis de Morbilidad.....	142
2.2.1.	Principales causas de morbilidad	142
2.2.2.	Morbilidad específica por subgrupo	154
2.2.3.	Morbilidad específica en Salud Mental.....	164
2.2.4.	Morbilidad de eventos de alto costo	173
2.2.5.	Morbilidad de eventos precursores 2006-2020	174
2.2.6.	Morbilidad Población Migrante.....	175
2.2.7.	Morbilidad de eventos de notificación obligatoria	176

2.2.8.	Morbilidad por COVID 19.....	179
2.2.9.	Análisis de la población en condición de discapacidad.....	182
2.2.11.	Conclusiones.....	186
2.3.	Análisis de los determinantes Sociales de la Salud – DSS	189
2.3.1.	Análisis de determinantes intermedios de la salud.....	189
2.3.1.1.	Condiciones de Vida.....	189
2.3.1.2.	Seguridad Alimentaria	192
2.3.1.3.	Condiciones de factores psicológicos y culturales.....	193
2.3.1.4.	Sistema Sanitario	194
2.3.1.5.	Cobertura de la vacunación contra el COVID 19	197
2.3.1.6.	Servicios habilitados IPS	200
2.3.1.7.	Otros indicadores de sistema sanitario.....	203
2.4.	Análisis de los determinantes estructurales de la inequidad en la salud.	204
2.4.1.	Cobertura de educación	204
2.4.2.	Pobreza. Índice de necesidades Básicas - NBI.....	205
3.	CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD	210
	Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente	210
	Identificación de prioridades de acuerdo al reporte de caracterización de las EAPB en el territorio	211
4.	REFERENCIAS.....	215

Índice de mapas

Mapa 1.	Localización regional de Toribío.....	22
Mapa 2.	Distribución de los ríos y afluentes de agua.....	23

Mapa 3. Áreas protegidas y complejo de páramos	24
Mapa 4. Altimetría del territorio	24
Mapa 5. Resguardos indígenas con títulos coloniales	25
Mapa 6. Distribución de resguardos, veredas y bloques veredales.....	26
Mapa 7. Distribución de los equipamientos de salud	28
Mapa 8. Distribución de la vocación del suelo	29
Mapa 9. Distribución del uso efectivo del suelo	30
Mapa 10. Distribución de las UPA por veredas.....	33
Mapa 11. Distribución de las UPA con café.....	34
Mapa 12. Riesgos ambientales	36
Mapa 13. Distribución de la malla vial según tipología.....	38
Mapa 14. Distribución poblacional según veredas.....	42
Mapa 15. Densidad poblacional por veredas	43

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución del territorio según clase	22
Tabla 2. Vocación del suelo	28
Tabla 3. Uso efectivo del suelo	31
Tabla 4. Listado de cultivos más importantes.....	33
Tabla 5. Eventos ola invernal Febrero 2022.....	37
Tabla 6. Tipos y extensión de las vías	37
Tabla 7. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros Municipio de Toribío	39
Tabla 8. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Toribío hacia los municipios vecinos	40
Tabla 9. Distribución por clase y densidad poblacional	42
Tabla 10. Hogares y viviendas.....	44
Tabla 11. Pertenencia étnica en Toribío	44
Tabla 12. Distribución según curso de vida	47
Tabla 13. Otros indicadores demográficos.....	49
Tabla 14. Interpretaciones	50
Tabla 15. País de origen de la población migrante	60

Tabla 16. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas	102
Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 1 año (2005-2020)	106
Tabla 18. Número de decesos según las causas específicas por sexo para niños y niñas menores de 1 año (2005-2020)	107
Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 1 a 4 años (2005-2020)	109
Tabla 20. Número de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas entre 1 y 4 años (2005-2019)	110
Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 5 años (2005-2020)	112
Tabla 22. Número de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 5 años (2005-2020)	113
Tabla 23. Comparativo de defunciones por comorbilidades para COVID 19 (2022)	116
Tabla 24. Comparativo de atenciones por COVID (2022)	117
Tabla 25. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas (2006-2020)	118
Tabla 26. Razón de mortalidad materna y neonatal por grupo étnico-racial	126
Tabla 27. Razón de mortalidad materna y neonatal por área de residencia	128
Tabla 28. Prioridades por mortalidad	138
Tabla 29. Principales causas de morbilidad (2009–2021)	146
Tabla 30. Principales causas de morbilidad para hombres (2009–2021)	149
Tabla 31. Principales causas de morbilidad para mujeres (2009–2021)	152
Tabla 32. Principales causas de morbilidad por subgrupo (2009-2021)	156
Tabla 33. Principales causas de morbilidad por subgrupo para hombres (2009-2021)	
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.	159
Tabla 34. Principales causas de morbilidad por subgrupo para mujeres (2009-2021)	162
Tabla 35. Principales causas de morbilidad por Salud mental (2009-2021)	165
Tabla 36. Principales causas de morbilidad por Salud mental para hombres (2009-2021)	168

Tabla 37. Principales causas de morbilidad por Salud mental para mujeres (2009-2021)	171
Tabla 38. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo	173
Tabla 39. Tabla de Prevalencia de Eventos Precursores.....	175
Tabla 40. Régimen de Afiliación población migrante.....	175
Tabla 41. Distribución de tipo de servicios	176
Tabla 42. Distribución de los eventos de notificación obligatoria.....	177
Tabla 43. Distribución de eventos de notificación obligatoria por grupo étnico-racial.....	178
Tabla 44. Comparativo de comorbilidades por COVID 19.....	180
Tabla 45. Comparativo de atenciones comorbilidades por COVID 19	181
Tabla 46. Distribución de las discapacidades (2022).....	182
Tabla 47. Distribución de las discapacidades.....	184
Tabla 48. Acceso a servicios públicos e índices de riesgos	191
Tabla 49. Cobertura de servicios según área geográfica.....	192
Tabla 50. Seguridad alimentaria y nutricional.....	193
Tabla 51. Factores psicológicos y culturales	193
Tabla 52. Sistema sanitario.....	196
Tabla 53. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud.....	201
Tabla 54. Capacidad Instalada.....	204
Tabla 55. Tasa de cobertura bruta de educación	205
Tabla 56. Distribución de las NBI según área geográfica	206
Tabla 57. Distribución de las privaciones según área geográfica.....	208
Tabla 58. Priorización por dimensiones del Plan Decenal	210
Tabla 59. Prioridades por caracterización de las EAPB.....	212

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de las UPA según tamaño	32
Gráfico 2. Distribución población por resguardos	41
Gráfico 3. Pirámide poblacional 2015, 2022 y 2025.....	46
Gráfico 4. Distribución poblacional por sexo y rangos de edad	48
Gráfico 5. Diferenciación relativa por rangos de edad según sexo.....	48

Gráfico 6. Comparativo de la tasa bruta de natalidad	51
Gráfico 7. Comparativo de la tasa de mortalidad	52
Gráfico 8. Comparativo de la tasa de crecimiento natural.....	53
Gráfico 9. Comparativo de tasas específicas de fecundidad por rangos de edad	55
Gráfico 10. Distribución étnico-racial de la población víctima.....	56
Gráfico 11. Distribución de la población víctima según etnia y sexo.....	57
Gráfico 12. Distribución de la población víctima por rangos de edad y grupos étnico-raciales	58
Gráfico 13. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado por sexo y rangos etarios.....	59
Gráfico 14. Pirámide poblacional de migrantes en el municipio de Toribío	61
Gráfico 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad (2005–2020)	67
Gráfico 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para hombres (2005–2020)	69
Gráfico 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para mujeres (2005–2020)	71
Gráfico 18. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas (2005–2020)	73
Gráfico 19. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para los hombres (2005–2020)	74
Gráfico 20. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para las mujeres (2005–2020)	76
Gráfico 21. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas (2005-2020).....	77
Gráfico 22. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para hombres (2005-2020).....	78
Gráfico 23. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para mujeres (2005-2020).....	79
Gráfico 24. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte (2005-2020)	81
Gráfico 25. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte para hombres (2005-2020)	82

Gráfico 26. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte para mujeres (2005-2020)	83
Gráfico 27. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte (2005-2020)	85
Gráfico 28. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte para hombres (2005-2020)	87
Gráfico 29. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte para mujeres (2005-2020)	88
Gráfico 30. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio (2005-2020)	89
Gráfico 31. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio para hombres (2005-2020)	91
Gráfico 32. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio para mujeres (2005-2020) Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.	92
Gráfico 33. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias	93
Gráfico 34. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias para hombres (2005-2020)	94
Gráfico 35. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias para mujeres (2005-2020)	95
Gráfico 36. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles (2005-2020)	97
Gráfico 37. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles para hombres (2005-2020)	98
Gráfico 38. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles para mujeres (2005-2020)	99
Gráfico 39. Porcentaje de muertes por afecciones originadas en el período perinatal (2005-2020)	101
Gráfico 40. Tasa comparativa de mortalidad ajustada por tumor de cuello uterino (2005-2020)	103
Gráfico 41. Tasa comparativa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles (2005-2020)	104

Gráfico 42. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 1 año (2005-2020)	105
Gráfico 43. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas entre 1 y 4 años (2005-2020).....	108
Gráfico 44. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 5 años (2005-2020).....	111
Gráfico 45. Pirámide de mortalidad por COVID 19(2022)	114
Gráfico 46. Defunciones por rango de edad, enero – julio 2020 y 2021	115
Gráfico 47. Defunciones por comorbilidades, enero – julio 2020 y 2021	117
Gráfico 48. Comparativo de la razón de mortalidad materna (2005-2020)	119
Gráfico 49. Comparativo de la tasa de mortalidad neonatal (2005-2020)	120
Gráfico 50. Comparativo de la tasa de mortalidad infantil (2005-2020)	121
Gráfico 51. Comparativo de la tasa de mortalidad infantil (2005-2020)	122
Gráfico 52. Comparativo de la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas – IRA (2005-2020).....	123
Gráfico 53. Comparativo de la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA (2005-2020).....	124
Gráfico 54. Comparativo de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2005-2020)	125
Gráfico 55. Tasa de mortalidad en neonatal por grupo étnico-racial	127
Gráfico 56. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia.....	129
Gráfico 57. Porcentaje de mortalidad neonatal por área de residencia	131
Gráfico 58. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por área de residencia.....	131
Gráfico 59. Porcentaje de nacidos vivos con al menos cuatro consultas prenatales por grupo étnico-racial.....	132
Gráfico 60. Porcentaje de menores con al menos cuatro consultas prenatales por área de residencia.....	133
Gráfico 61. Porcentaje de partos atendidos por personal por grupo étnico-racial	134
Gráfico 62. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado por área de residencia.....	135

Gráfico 63. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por grupo étnico-racial....	136
Gráfico 64. Tasa de mortalidad de menores de un año por zonas urbano-rural ...	137
Gráfico 65. Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID 19	180
Gráfico 66. Pirámide de la población con discapacidad.....	183
Gráfico 67. Distribución por meses de la vacunación contra el COVID-19, para el municipio de Toribio	197
Gráfico 68. Distribución por meses de la vacunación contra el COVID-19, para el departamento del Cauca.....	198
Gráfico 69. Distribución por tipo de dosis aplicadas contra el COVID-19	199
Gráfico 70. Distribución por edad, población vacunada contra el COVID-19	199
Gráfico 71. Distribución por sexo, población vacunada contra el COVID-19	200
Gráfico 72. Índice multidimensional de pobreza	209

PRESENTACIÓN

El proceso de Análisis de la Situación de Salud – ASIS en nuestro país no es algo nuevo; desde la implementación del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP 2012 – 2021 es deber de las administraciones locales y distritales analizar las principales tendencias en términos de enfermedades reportadas, así como las causas de muerte que afectan a la población, con el fin de identificar los retos y desafíos en salud que se deben afrontar desde el enfoque conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud – DSS. En este sentido, el ASIS como documento de caracterización, sistematización y análisis se constituye como insumo esencial para la toma de decisiones, la eficiencia en la ejecución del gasto público y la respuesta ante los problemas epidemiológicos y sociales para cada uno de los territorios.

Este documento de gran importancia para la construcción del Plan Territorial de Salud Pública – PTSP presenta los resultados de los análisis de indicadores en términos de los enfoques que el PDSP 2012-2021 define y delimita para el análisis en salud:

- Salud como derecho
- Determinantes sociales de la salud
- Enfoque diferencial
- Enfoque poblacional

En cuanto a las dimensiones, se plantean:

- Prioritarias (salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres, y salud en el entorno laboral), las cuales representan aspectos

fundamentales deseables de lograr para la salud y el bienestar de todo individuo, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otro aspecto diferencial

- Dimensiones transversales (gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud), las cuales hacen referencia al desarrollo de las competencias a cargo del Estado, en las que se abordan en primer lugar los desarrollos diferenciales específicos de los sujetos y colectivos, y se reúnen los aspectos requeridos para lograr bienestar y calidad de vida entre la población colombiana, independientemente de la etapa del curso de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica; y en segundo lugar se aborda el fortalecimiento institucional y de los servicios. Establece además en las dimensiones transversales, la Vulnerabilidad asociada a la Pertenencia Étnica.

Lo anterior, permite la identificación de los principales efectos en salud, el reconocimiento de las brechas generadas por las desigualdades sanitarias y sus determinantes.

Para la elaboración del documento ASIS, se tomó en cuenta las recomendaciones y las instrucciones entregadas en la asistencia técnica de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca en el mes de octubre de 2022, así mismo en la Guía Metodológica para el Análisis de Situación de Salud publicada por el Ministerio de Salud y Protección social – MSPS, específicamente en lo concerniente al contenido del presente documento.

INTRODUCCIÓN

Desde el 2012, el país aborda el reto de implementar el Plan Decenal de Salud pública, de manera concertada y participativa, buscando la definición de líneas de base y el reconocimiento de competencias específicas por cada uno de los actores que contrarresten el riesgo de los determinantes de salud de la población. Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del plan decenal de salud pública 2012-2021, las direcciones territoriales de salud deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial - PTS que comprende acciones del plan de salud pública, en coherencia con el perfil de salud territorial.

Adicionalmente, la Resolución 429 del 17 de febrero de 2016 adopta la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, cuyo objetivo está dirigido hacia la generación de mejores condiciones de la salud para la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Dicha política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y los prestadores de servicios de salud a través de la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.

La Política de Atención Integral en Salud – PAIS, define un Marco estratégico de la Política de atención Integral en Salud (Art. 2), el cual se fundamenta en la Atención Primaria en Salud – APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del

aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.

Así mismo, la política plantea el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS (Art. 3), que corresponde un modelo operacional que a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas.

El MIAS cuenta con diez componentes, descritos en el Art. 5, los cuales están relacionados con la caracterización de la Población, Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, Delimitación Territorial del MIAS, Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, Redefinición del rol del asegurador, Redefinición del Esquema de incentivos, Requerimientos y procesos del sistema de información, Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud – RHS, Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.

De la misma manera el decreto 1953 de 2014, en su Título IV “Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural – SISPI” (Art. 74), define el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo. El SISPI se articula, coordina y complementa con el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud

de los pueblos indígenas. El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determinen el dicho decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituya y reglamente.

Estos avances hacia la materialización de los derechos de los pueblos indígenas se ven además reglamentados a través del Decreto 1811 de 2017 que en su artículo 6, parágrafo 3, dicta: *“En todo caso se tendrá en cuenta que las medidas especiales establecidas en este decreto están dirigidas a la materialización de políticas específicas para la atención de la población indígena organizada en el CRIC, erradicar la discriminación y alcanzar equidad social para esta población considerada vulnerable y que ha sido históricamente víctima del conflicto armado”*.

En este documento se pone a disposición el análisis de la situación en salud de la población de Toribío, con el ánimo de contribuir a mejorar la toma de decisiones del sector de salud y de otros que contribuyan a la superación de determinantes sociales en salud que están aumentando la carga de enfermedad en la población del municipio, así como la interrelación entre la medicina que conocemos desde la academia y el saber ancestral que ha pervivido en el pueblo indígena Nasa que habita el en territorio.

El presente documento está estructurado en ocho partes, la primera parte se destina a la presentación del documento, la segunda corresponde a la introducción. En la tercera sección se describe la metodología. Seguidamente, la cuarta se deja para los agradecimientos y la quinta para la descripción de las siglas que serán usadas y que podrán ser consultadas según se requiera. A continuación se encontraran tres capítulos principales, donde el primero trata de la caracterización de los contextos municipal y demográfico, a través de una serie de indicadores bajo el enfoque de DSS que permitieron, además de caracterizar y georreferenciar el territorio, e identificar las necesidades sanitarias presentes. El

segundo capítulo comprende a su vez tres apartados, el primero destinado al análisis de la mortalidad por grandes causas, específica por subgrupo, y materno-infantil y de la niñez; el segundo que abarca el análisis de la morbilidad atendida e indagando las variables que causan gradientes de desigualdad entre los diferentes grupos poblacionales, mientras que el abordaje de los efectos de la salud y sus determinantes se destina para el tercer apartado del mismo capítulo. Finalmente en el tercer capítulo se expone la priorización de dichos efectos de acuerdo a las dimensiones del Plan Decenal.

METODOLOGÍA

Este documento es de carácter descriptivo y plantea las principales tendencias de salud en términos de los patrones de mortalidad y morbilidad, siguiendo el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud – DSS. Los resultados presentados en este documento, corresponden a información recolectada de datos primarios y secundarios del orden nacional (Ministerio de Salud, DANE, otras fuentes), departamentales (Secretaría de Salud Departamental) y locales (Cabildos, SISPI, Secretaría de Salud, entre otras fuentes).

Para el análisis de la mortalidad del municipio de Toribío, se utilizó la información correspondiente a las Estadísticas Vitales – EEVV consolidadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE, para el periodo comprendido entre 2005 al 2021. En términos más específicos o concretos, se presentó de manera descriptiva los indicadores de mortalidad, prevalencia e incidencia, tasa de mortalidad ajustada por edad, años de vida potenciales perdidos – AVPP, tasas específicas de mortalidad, entre otros indicadores. Para el análisis de la morbilidad reportada se utilizó la información del Sistema de Vigilancia de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA y los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS consolidados para 2005 a 2021, enfatizando sobre los eventos de alto costo y precursores de la cuenta de alto costo del MSPS y demás información que contribuya al análisis de la morbilidad en el territorio.

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS INSTITUCIONALES

Para el desarrollo de este documento, fueron importantes los aportes y acceso a la información de las instituciones presentes en el territorio.

A la Administración Municipal por su colaboración y respaldo a través de los procesos de Vigilancia Epidemiológica y Gestión del Riesgo.

A la Secretaria de Salud Departamental por su gran apoyo y dedicación para explicar la estructura y lógica de consolidación de los anexos y lineamientos para el desarrollo de este informe.

A las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio por su gran compromiso en el cuidado de la salud y la atención a la población; así como a Proyecto Nasa, por su ardua labor con el SISPI para la maximización de los logros en salud de los pueblos indígenas del territorio.

SIGLAS

ABREVIATURA	DESCRIPCIÓN
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
CNA	Censo Nacional Agropecuario
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ERC	Enfermedad Renal Crónica
GIRS	Gestión Integral del Riesgo en Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
IRCA	Índice de Riesgo de la Calidad del Agua para consumo humano
MGN	Marco Geoestadístico Nacional
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSDP	Plan Decenal de Salud Pública
PTSP	Plan Territorial de Salud Pública
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios
RUAF	Registro Único de Afiliados
RUV	Registro Único de Víctimas
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
UPA	Unidades de Producción Agropecuarias
VIH	Virus de inmunodeficiencia Humana

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

En este capítulo se enfatiza sobre el contexto territorial del municipio que comprende aspectos geográficos, climáticos y biológicos. Igualmente, se aborda la estructura demográfica de Toribío a partir del análisis de la pirámide poblacional, grupos poblacionales y grupos étnico-raciales; destinando, así mismo un espacio para el análisis de los aspectos migratorios enfatizando sobre la población víctima del conflicto y la población migrante extranjera.

En este sentido, se utilizará la información más reciente disponible para conocer la relación entre la población, el territorio, y la sociedad, para así visibilizar los factores determinantes del estado de salud de la población.

1.1. Contexto territorial

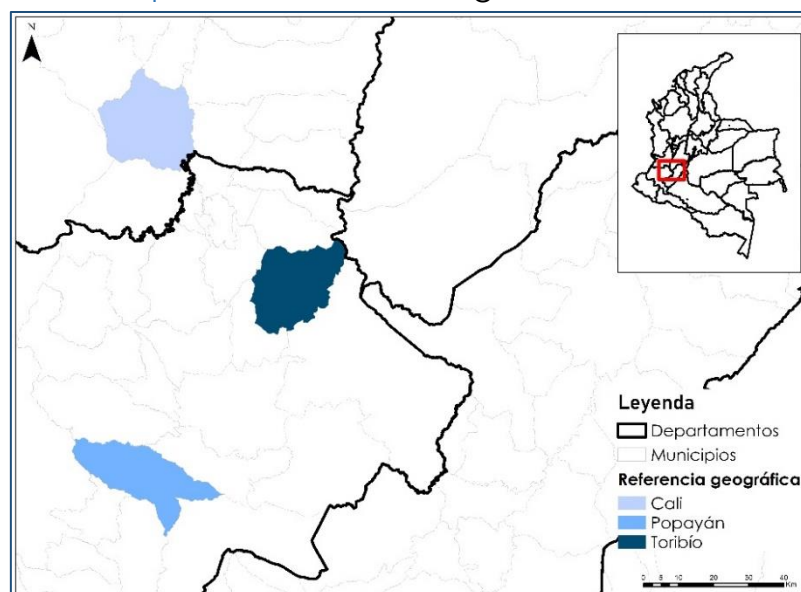
1.1.1. Localización

El Municipio de Toribío se ubica al nororiente del departamento del Cauca, a una distancia de 123 kilómetros de la capital del departamento (Popayán) y a 83 kilómetros de la capital del Valle del Cauca (Cali) (ver Mapa 1). Toribío limita al norte con el municipio de Corinto, al sur con el municipio de Jámalo, al oriente con los departamentos del Huila y Tolima, y al occidente con el municipio de Caloto.

1.1.2. Geografía

El área municipal corresponde a 412 km², donde el 99,9% del territorio corresponde a zona rural (ver Tabla 1). La cabecera municipal de Toribío se encuentra a 1.700msnm, la temperatura media es de 19° centígrados y registran precipitaciones anuales de 1.959mm en promedio.

Mapa 1. Localización regional de Toribío



Fuente: Marco Geoestadístico Nacional (2018), DANE. Elaboración propia

Tabla 1. Distribución del territorio según clase

División	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Urbana	57.4	0.1%
Rural	41,142.6	99.9%
Total	41,200.0	100.0%

Fuente: Datos Propios del Municipio de Toribío. Documento Diagnóstico elaborado por CIDETER para la Propuesta Plan Básico de ordenamiento Territorial 2013.

Los ríos Chiquito, Isabelilla, Jambaló, López, Palo y San Francisco, además de varias corrientes menores, recorren el territorio que se caracteriza por la buena oferta hídrica (ver Mapa 2). Toribío se caracteriza por la presencia de varios pisos térmicos (templado, frío y piso bioclimático páramo), así como por la importancia de zonas de reserva ambiental (ver Mapa 3). La riqueza ecológica del municipio tiene su más fuerte en la cobertura natural de páramo, que es parte del corredor ecológico del Nevado del Huila. Debido a lo anterior, Toribío tiene una gran riqueza ambiental en términos hídricos, dado que la cobertura de páramo es la que mejor transforma el agua de un estado a otro (gaseoso a líquido), las cuales alimentan los diferentes cuerpos de agua, tales como lagunas, nacimientos y ríos como el

Tominío, El Congo, Rio Negro, Isabelilla y San Francisco, que hacen parte de la cuenca del río Palo, que es uno de los afluentes del río Cauca.

Mapa 2. Distribución de los ríos y afluentes de agua

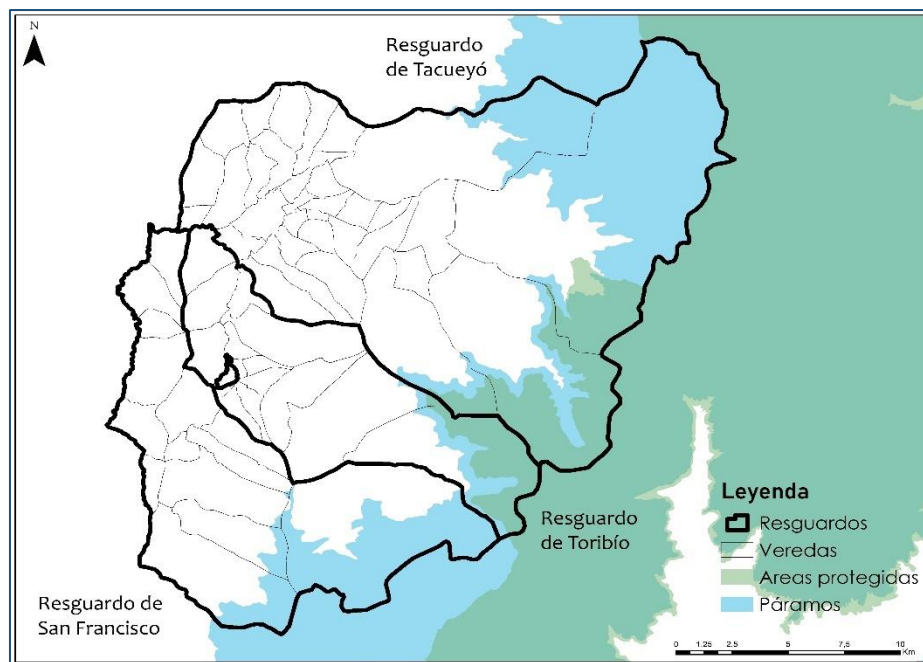


Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC)¹. Elaboración propia.

Sus terrenos montañosos ubicados sobre la Cordillera Central, que alcanza su máxima altura de 4.150 metros sobre el nivel del mar (msnm) en el páramo de Santo Domingo (ver Mapa 4). Entre los accidentes orográficos se destacan el páramo de Santo Domingo, las cuchillas del Congo, Los Alpes y Tierra Blanca, el alto Belén y los cerros Alpes y El Brujo, que representan reservorios de fauna y flora importantes a nivel local y regional.

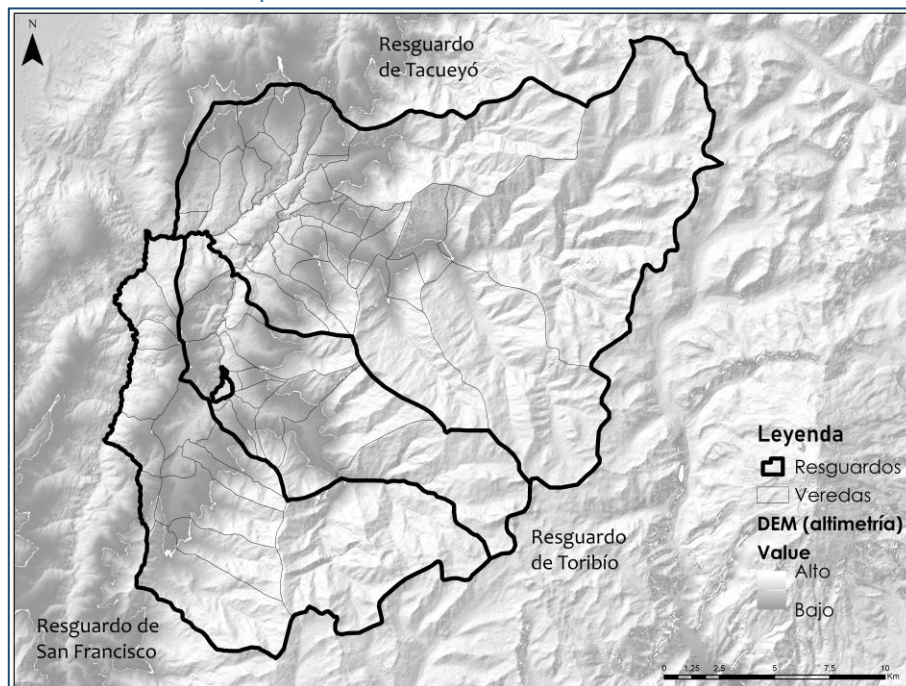
¹ Consultado en <http://www.siac.gov.co/>

Mapa 3. Áreas protegidas y complejo de páramos



Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC). Elaboración propia.

Mapa 4. Altimetría del territorio

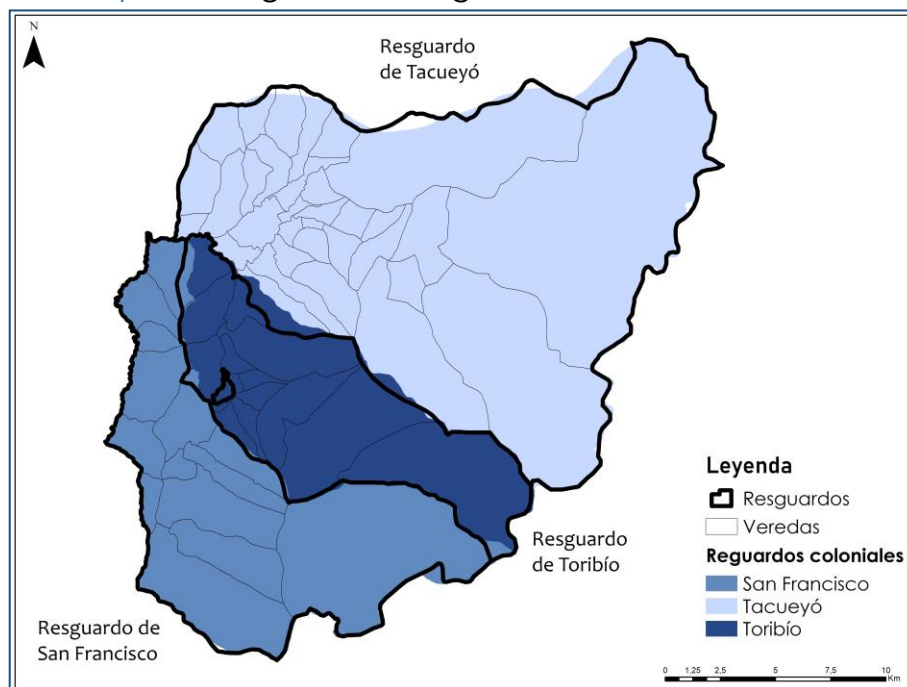


Fuente: Servicio Geológico de los Estados Unidos (USGS). Elaboración propia.

1.1.3. Resguardos indígenas y distribución político-administrativa

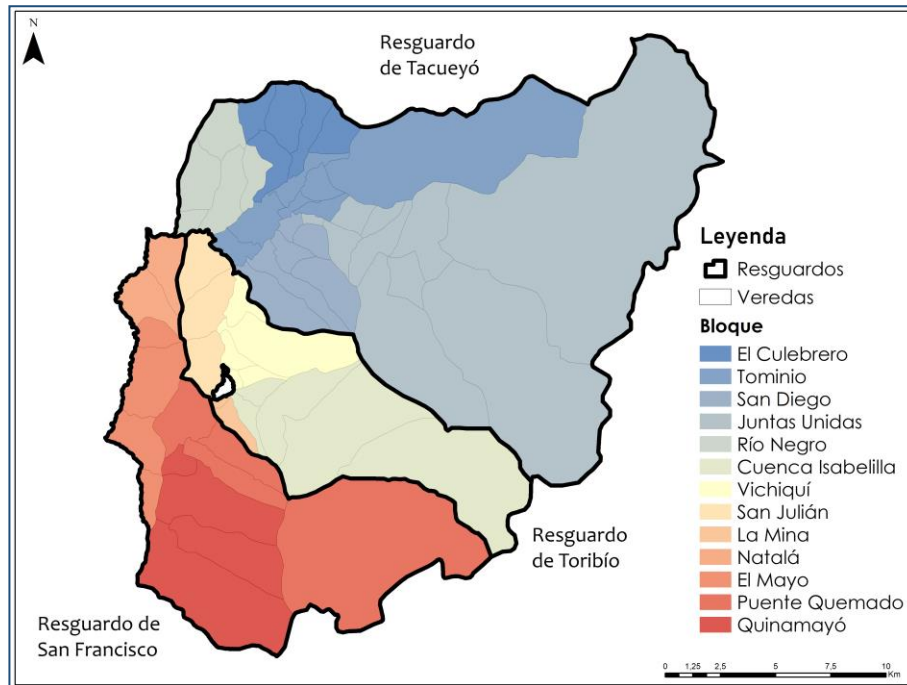
Toribío es un municipio eminentemente indígena, cuya extensión territorial es un gran resguardo que cuenta con títulos coloniales que datan del año 1701 (ver Mapa 5). Internamente, el territorio ancestral de Toribío se compone por tres resguardos que son: Resguardo Indígena de Tacueyó, Toribío y San Francisco, reconocidos como entidades públicas de carácter especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. La connotación de resguardo indígena hace que la propiedad sobre la tierra sea colectiva, por lo que no existe un mercado de tierras en el territorio (compra o venta de predios).

Mapa 5. Resguardos indígenas con títulos coloniales



Fuente: Agencia Nacional de Tierras (ANT). Elaboración propia.

Mapa 6. Distribución de resguardos, veredas y bloques veredales



Fuente: Proyecto Nasa. Elaboración propia.

Administrativamente, el municipio está compuesto por 66 veredas de acuerdo con la cartografía del Censo Nacional Agropecuario (2014) de DANE, las cuales se agrupan en 13 bloques veredales (ver Mapa 6). En el interior de los resguardos operan 72 Juntas de Acción Comunal – JAC de las veredas que fueron incorporadas en el sistema de gobierno indígena, así como los bloques de veredas o capitanías, una figura organizativa diseñada para mejorar los mecanismos participativos. Los tres cabildos están asociados con el Proyecto Nasa, la Asociación de Autoridades Indígenas del municipio constituida de acuerdo con el Decreto 1088 de 1993, que tiene similares condiciones de entidad pública que los cabildos.

1.1.4. Sistema de salud propio e intercultural – SISPI

El Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural – SISPI representa el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos, que guían el sistema de salud propio basado en la cosmovisión indígena. De acuerdo con el Decreto 1953 de 2014, el SISPI se articula con el Sistema General de

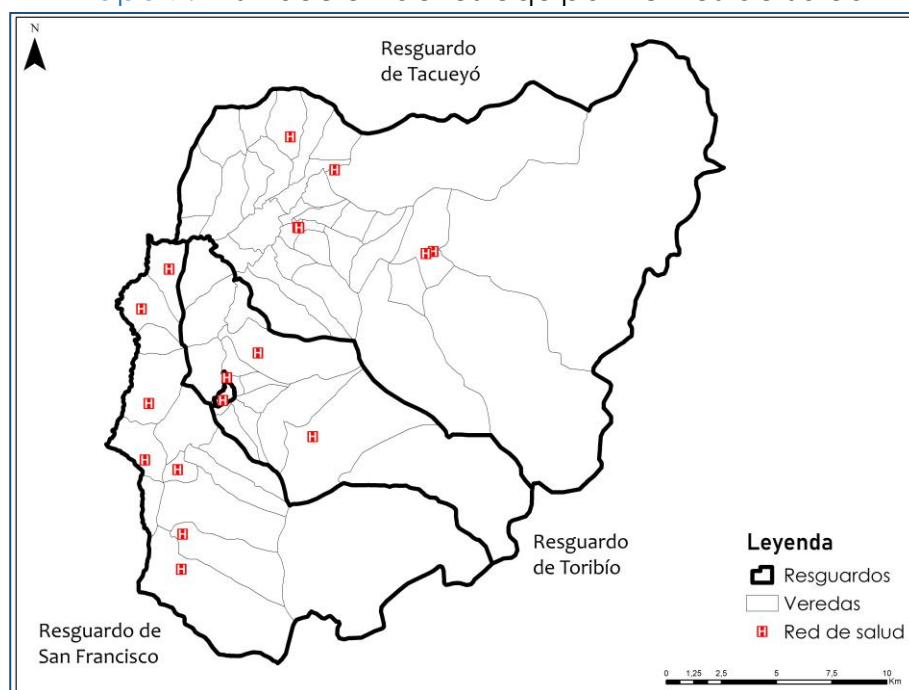
Seguridad Social en Salud – SGSSS, con la intención de maximizar logros en materia de salud y beneficio de la comunidad indígena. Estas directrices sobre el sistema de salud propio se ratificaron en el 2018 a través de la Circular 011 de 2018 impartida por el Ministerio de Salud y Protección Social, lo que permitió avanzar sobre la construcción e implementación territorial del SISPI, estableciendo las corresponsabilidades y actividades de los diferentes componentes.

En términos concretos, la implementación del SISPI, representa una apuesta local que exalta el modelo de atención o camino de cuidado de acuerdo con el Plan de Vida de Proyecto Nasa (específicamente con el Ámbito Familia, que es donde se encuentra el componente de salud), donde se trazan los sueños de vida de la comunidad indígena (Proyecto Nasa, 2016). Para este caso específico, El Plan de Vida establece el sueño de “Familias integradas y cuidadas”, dentro del cual está la protección en salud a partir de las prácticas y saberes ancestrales del Pueblo Nasa.

Otro aspecto importante, tiene que ver con la armonización de la medicina tradicional y la complementariedad con la medicina occidental. En ese sentido, la atención se basa en una red que inicia con el pilar ancestral con el apoyo del The Wala, pulseador, sabedor(a), mayor(a), partera(o), entre otros, cuya valoración permite la identificación de desarmonías y la posterior aplicación de remedio. Sin embargo, la comunidad que desee puede dirigirse a las IPS indígenas para recibir otro tipo de atención (ver Mapa 7)². Conviene señalar que, en el territorio el Plan de Vida de Proyecto Nasa tiene dinamizadores que visitan a las familias para realizar caracterizaciones en salud propia y promover las prácticas ancestrales para el manejo de enfermedades. Esto representa un insumo fundamental para la elaboración de planes de salud territoriales.

² En total, la red de equipamientos de salud del municipio está compuesta por 15 entidades o instituciones prestadoras de servicios de salud.

Mapa 7. Distribución de los equipamientos de salud



Fuente: Proyecto Nasa. Elaboración propia.

1.1.5. Características ambientales y económicas

Con respecto a las características ambientales de Toribío, la vocación del suelo indica que más de la mitad del territorio corresponde a bosque (53,4%), áreas de conservación prioritaria (27,9%) y zonas de protección legal (9,3%), respectivamente (ver Tabla 2). Lo anterior sugiere que el municipio tiene zonas de importancia fundamental para el ciclo de vida, como son los bosques (alto andino), páramos y los ríos y afluentes que recorren el territorio, los cuales son susceptibles de ser protegidos para fines de conservación. Es más, de acuerdo con las condiciones bióticas, menos del 10,0% del territorio corresponden a zonas productivas (agrícola y agroforestal) (ver Mapa 8).

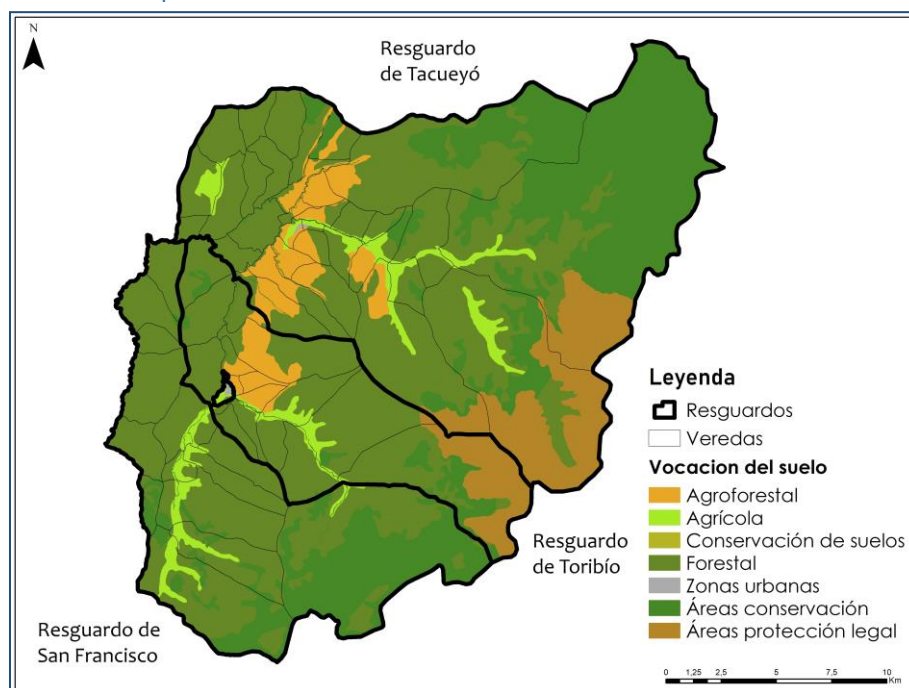
Tabla 2. Vocación del suelo

Vocación del suelo	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Conservación prioritaria	13,675.6	27.9%
Protección legal	4,551.9	9.3%
Agrícola	1,961.9	4.0%
Agroforestal	2,607.1	5.3%

Vocación del suelo	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Forestal	26,196.9	53.4%
Otra vocación	43.3	0.1%
Total	49,036.7	100.0%

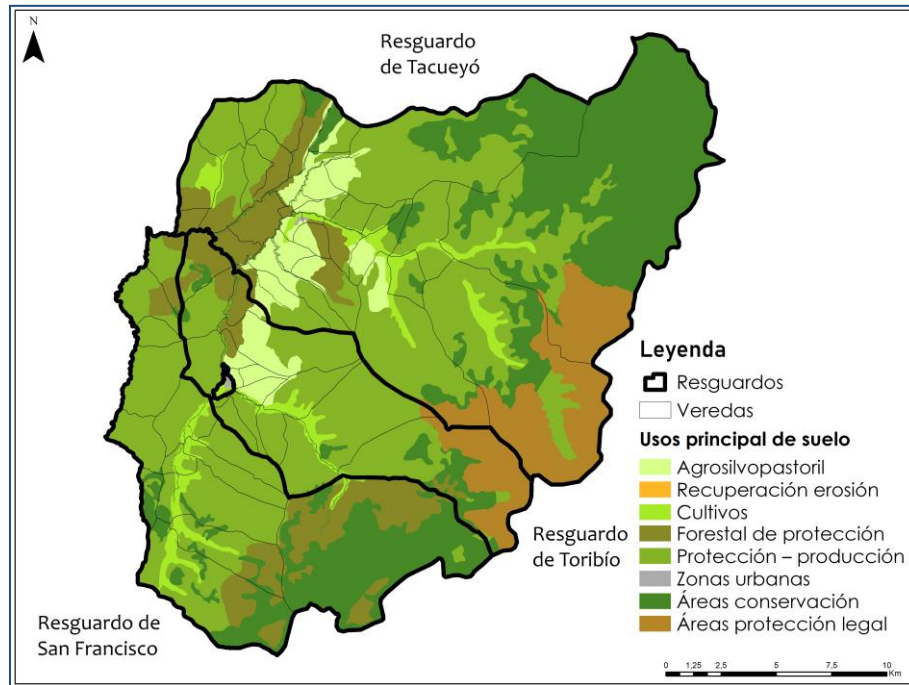
Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC). Elaboración propia.

Mapa 8. Distribución de la vocación del suelo



Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC). Elaboración propia.

Mapa 9. Distribución del uso efectivo del suelo



Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC). Elaboración propia.

A pesar de lo anterior, debido a factores como la presión demográfica sobre el territorio, el uso efectivo del suelo presenta diferencias diametrales con respecto a la vocación, lo que se traduce en conflictos rurales sobre la utilización. Aunque, destaca que según la información del SIAC, las coberturas de conservación prioritaria y áreas protegidas, no presentan diferencias en términos de las hectáreas, esto indica que en el municipio se conservan principalmente por tratarse de sitios sagrados dentro de la cosmovisión Nasa (ver Tabla 3). Por otro lado, sí se evidencia una sobre-explotación de la cobertura de bosque, la que también es susceptible de conservación por su importancia ambiental, esto denota que la presión demográfica y la falta de tierra se traduce en el cambio de cobertura que puede significar potenciales problemas ambientales en el futuro por falta de recursos como el agua.

Tabla 3. Uso efectivo del suelo

Uso efectivo del suelo	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Conservación prioritaria	13,675.6	27.9%
Protección legal	4,551.9	9.3%
Agrícola	1,961.9	4.0%
Agrosilvopastoril	2,607.1	5.3%
Forestal protección	5,086.8	10.4%
Producción / Protección	21,110.0	43.0%
Otra vocación	43.3	0.1%
Total	49,036.7	100.0%

Fuente: Sistema de Información Ambiental de Colombia (SIAC). Elaboración propia.

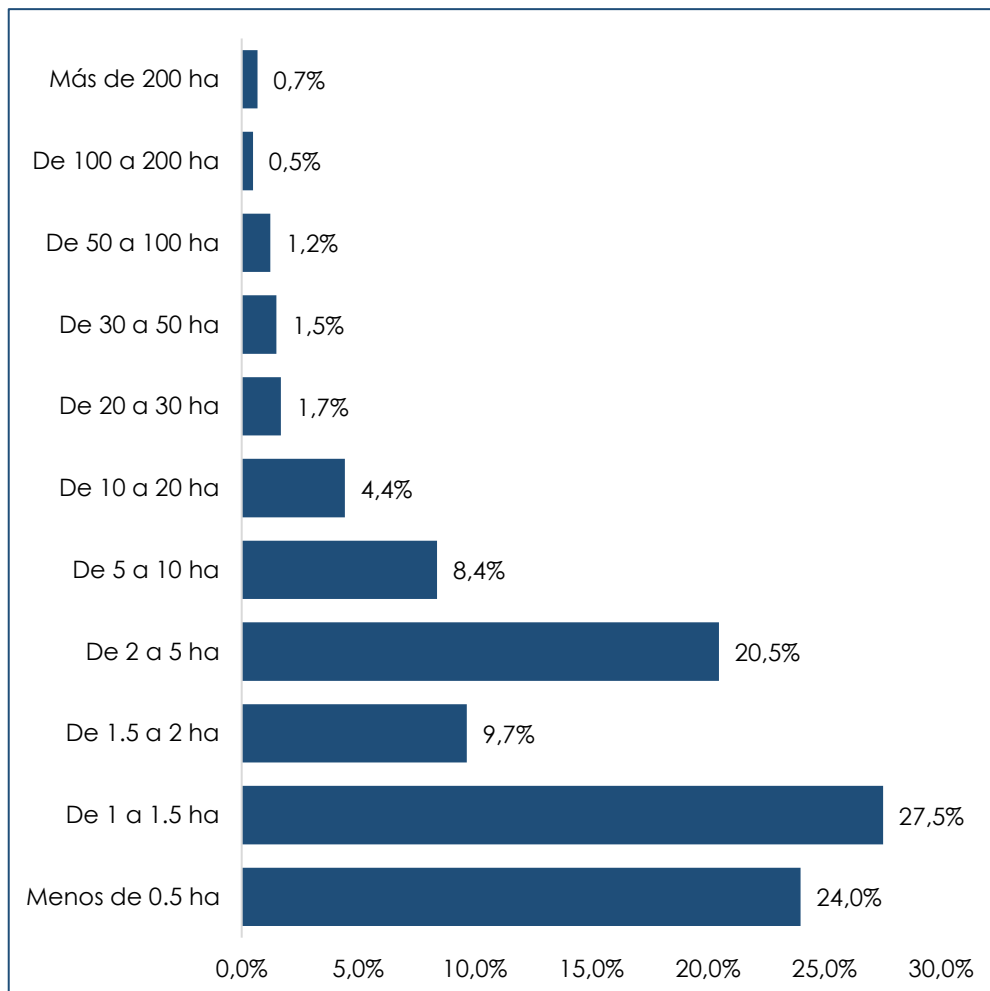
Ahora bien, de acuerdo con el Censo Nacional Agropecuario – CNA (2014) en Toribío existen 4.161 unidades de producción agropecuarias – UPA³, siendo más de la mitad, pequeñas unidades con menos de 1,5 hectáreas para producción, lo que indica nuevamente el problema de la presión sobre la tierra y la extensión del microfundio productivo (ver Gráfico 1). Igualmente, se observan muy pocas unidades de gran extensión que pueden estar asociadas con fincas pertenecientes a los Cabildos o Proyecto Nasa donde se desarrollan proyectos productivos comunitarios. Geográficamente, se observa que las veredas de La Playa (249 UPA), Natalá (161 UPA), Trapiche (156 UPA) y Buenavista (131 UPA), es donde más se concentran unidades productivas agropecuarias respectivamente (ver Mapa 10).

La producción agrícola dependiendo del cultivo se destina para el autoconsumo, trueque o intercambios, o para la venta (mercado). En Toribío, según el CNA 2014, de las 13.961,1 hectáreas sembradas, el plátano, la yuca y el maíz blanco, representan el 38,5% del total, nótese que estos cultivos son principalmente para

³ La unidad de producción agropecuaria corresponde a la organización, estructura o familia que toma decisiones sobre un predio (explotarlo o no explotarlo) y en ese sentido se diferencia de la noción de familia productora que generalmente se concibe en el territorio. Puede que, para el DANE, una familia con un TUL no represente una UPA.

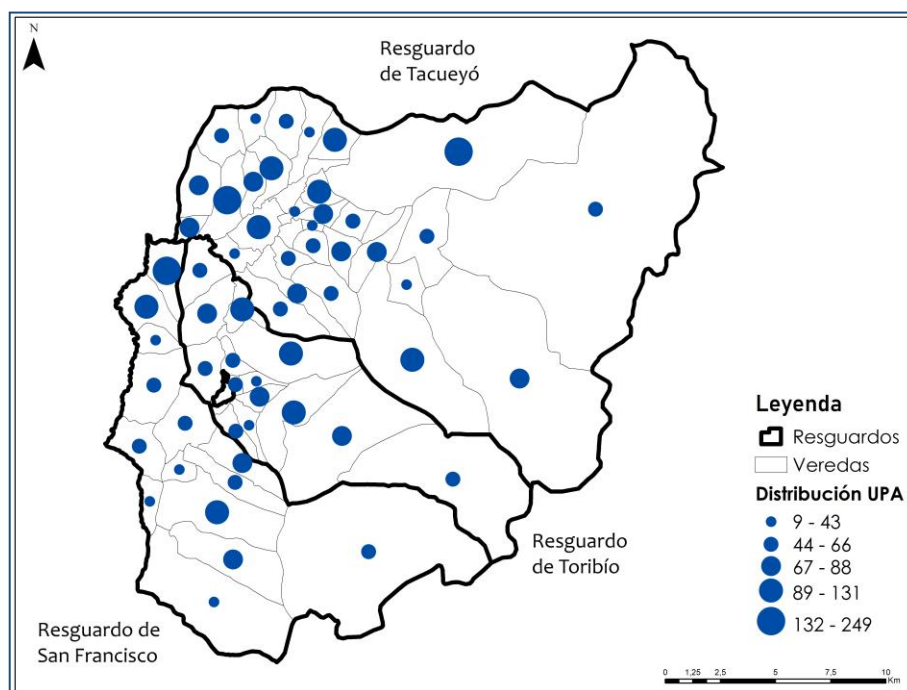
el autoconsumo y tienen una importancia cultural en términos de la gastronomía y dieta (ver Tabla 4).

Gráfico 1. Distribución de las UPA según tamaño



Fuente: Censo Nacional Agropecuario (2014), DANE. Elaboración propia.

Mapa 10. Distribución de las UPA por veredas



Fuente: Censo Nacional Agropecuario (2014), DANE. Elaboración propia.

Por otro lado, el cultivo de café es el que permite la mayor inserción al mercado, representa el 15,7% del total de área sembrada (2.185,6 hectáreas) y se cultivan variedades como la castilla, arábigo, nacional y caturra.

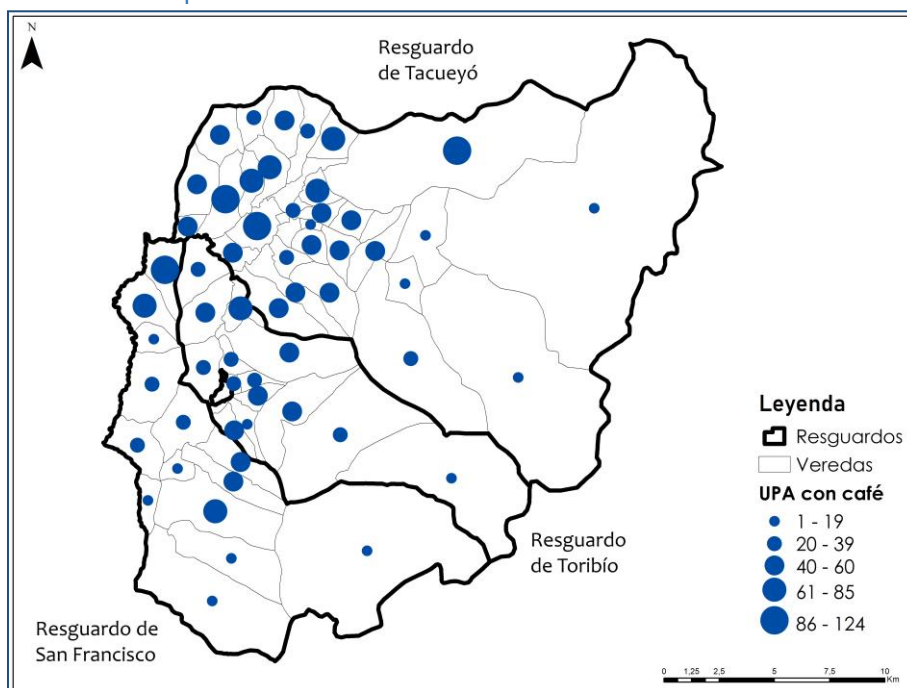
Tabla 4. Listado de cultivos más importantes

Cultivos	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Plátano	2382.7	17.1%
Yuca	1684.0	12.1%
Maíz Blanco	1273.8	9.1%
Café Castilla	1069.7	7.7%
Café Típica - Pajarito- Nacional- Arábigo	909.8	6.5%
Arracacha	558.3	4.0%
Maíz Amarillo	552.2	4.0%
Fríjol	426.2	3.1%
Pino	420.6	3.0%
Caoba	415.7	3.0%
Gulúpa	350.6	2.5%
Eucalipto	256.1	1.8%
Caña panelera	253.3	1.8%

Cultivos	Extensión (hectáreas)	Porcentaje
Café Caturra	206.0	1.5%
Mora Andina	198.1	1.4%
Fresa	188.5	1.4%
Nogal - Mo- Moho	177.5	1.3%
Palma africana	171.3	1.2%
Aliso- Cerezo- Abedul	148.4	1.1%
Granadilla	132.6	1.0%
Otros cultivos	2185.7	15.7%
Área cultivada	13961.1	100.0%

Fuente: Censo Nacional Agropecuario (2014), DANE. Elaboración propia.

Mapa 11. Distribución de las UPA con café



Fuente: Censo Nacional Agropecuario (2014), DANE. Elaboración propia.

Igualmente, otros frutales como la gulupa, mora, fresa y granadilla, también representan una oportunidad en términos productivos y en torno a estos cultivos se adelantan proyectos productivos importantes en el territorio (869,8 hectáreas que representan el 6,2% del área sembrada). Igualmente, el CNA 2014 no capturó el efecto de los cultivos de uso ilícito en el territorio, dado que la marihuana no

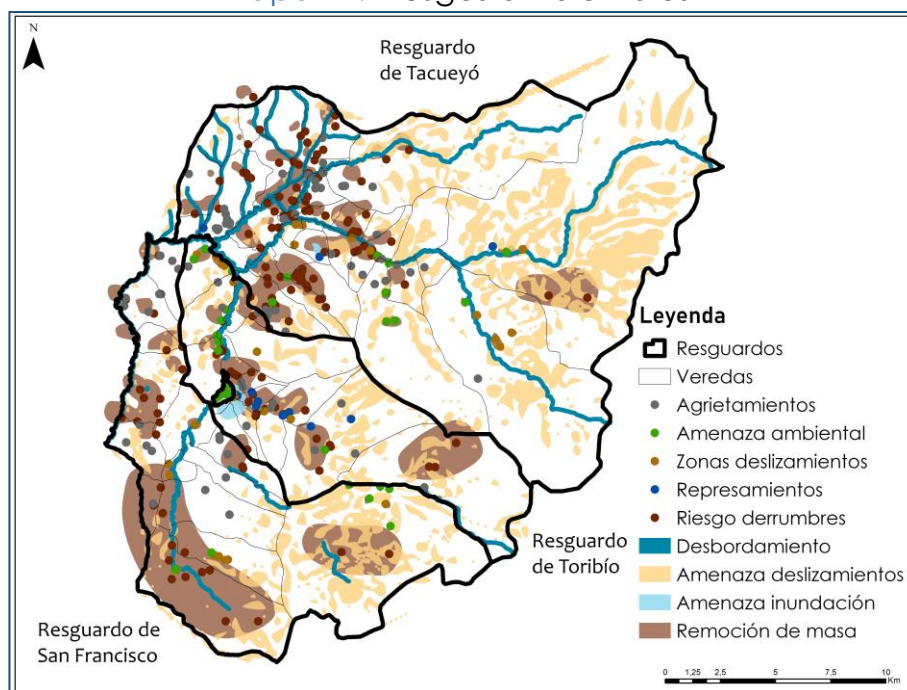
figura dentro del listado de cultivos, por lo que el efecto en términos de extensión de este cultivo no se captura a partir de esta información.

El territorio impone ciertas restricciones para el desarrollo de actividades agrícolas ya que muy pocas hectáreas tienen pendientes inferiores a 12° de inclinación y, por tanto, son mecanizables en términos agropecuarios (12,0%). Por otro lado, el 45,0% del territorio se encuentra en pendientes entre los 13° y 45° de inclinación, lo que implica limitaciones agroecológicas para el desarrollo de actividades productivas. El resto del territorio presenta pendientes superiores a 45° y no es recomendable realizar actividades agrícolas y pecuarias. A pesar de estas condiciones agroecológicas adversas, la población se dedica a cultivar las laderas de las montañas por las limitaciones en ampliación de resguardos indígenas. El resultado es un constante deterioro ambiental y la precarización de la propia producción agrícola y pecuaria que, sumado al crecimiento demográfico continuo, hace insostenibles los procesos internos indígenas de asignación de la tierra entre las familias para actividades productivas.

1.1.6. Riesgos ambientales

La geografía del territorio influye sobre el riesgo permanente de deslizamientos, derrumbes, crecientes, desbordamientos de afluentes, entre otros, los cuales, afectan los asentamientos humanos. En ese sentido, de acuerdo con la información de riesgos ambientales de la Alcaldía Municipal, el 16,0% del territorio presenta riesgo alto de deslizamientos debido a la existencia de pendientes superiores a 60°. En concreto, los datos indican riesgos de agrietamiento en 72 puntos o zonas, 36 amenazas ambientales, 34 sitios con alto riesgo de deslizamientos, 14 puntos de represamiento de aguas y 152 zonas de derrumbes (ver Anexo 1).

Mapa 12. Riesgos ambientales



Fuente: Oficina de gestión del riesgo, Alcaldía Municipal. Elaboración propia.

Por otro lado, los datos también permiten observar el riesgo inminente de inundaciones en las inmediaciones de los ríos principales, así como el área de afectación de amenazas por deslizamiento (12.277,7 hectáreas), por inundación (241 hectáreas) y por remoción de masa (9.598,3 hectáreas), las cuales, si bien se distribuyen a lo largo del territorio, se observa una ligera concentración en el resguardo de Tacueyó (ver Mapa 12).

De acuerdo a la información de Gestión de Riesgo municipal (Anexo 2), durante la ola invernal de febrero 2022, se presentó la afectación de 25 veredas en el municipio por deslizamientos, movimientos en masa y crecientes súbitas que ocasionaron afectaciones en diversos sectores, dejando un saldo de 105 familias, 47 viviendas y 120 cultivos afectados, así como afectaciones en infraestructura (acueducto, escuelas, puentes peatonales y vehiculares) y de vías (entre primarias y terciarias) del municipio (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Eventos ola invernal Febrero 2022

TIPO DE EVENTO	SECTOR VIVIENDA			SECTOR CULTIVOS	SECTOR INFRAESTRUCTURA				SECTOR VIAS	
	# Familias	# Personas	# Viviendas	CULTIVOS #Hectáreas	# Acueductos	# Inst. Educativas	# Ptes. Peatonales	# Ptes Vehiculares	# Vías Primarias	# Vías Terciarias
Deslizamientos	35	109	5	40	1	0	1	0	2	5
Movimiento en masa	7	35	9	5	0	0	0	0	1	12
Creciente súbita	63	268	33	75	2	1	4	2	0	7
Total	105	412	47	120	3	1	5	2	3	24

Fuente: Gestión del Riesgo, Alcaldía Municipal. Elaboración propia.

1.1.7. Accesibilidad geográfica

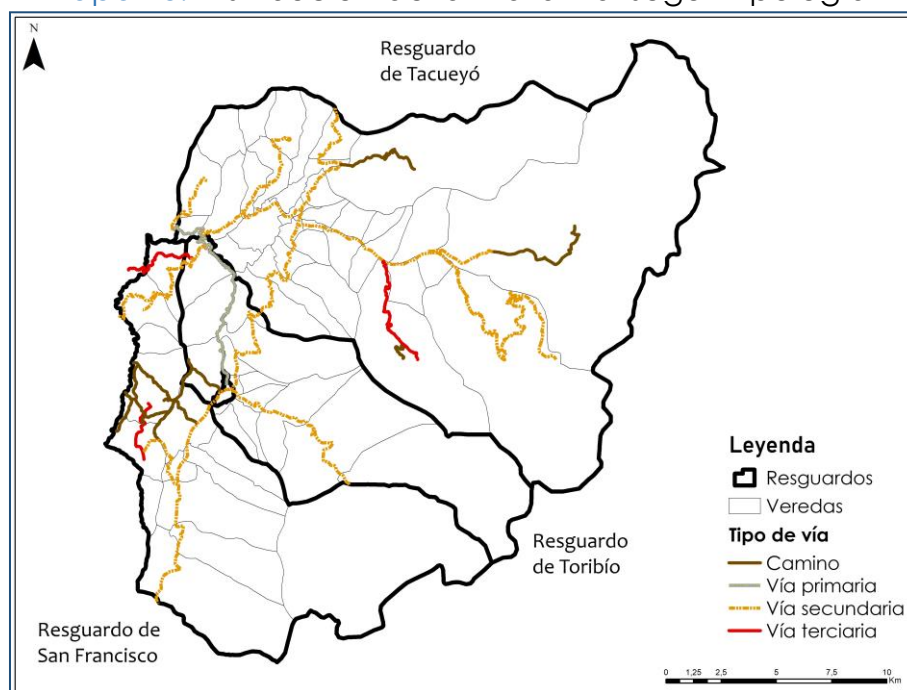
El municipio cuenta con una red o malla vial de 157km, siendo mayoritariamente vías secundarias (64,3%, 101,2km), caminos (19,0%, 30,0km) y terciarias (9,0%, 14,1km) como se muestra en la Tabla 5. De modo similar, tan solo el 7,7% del total de la red corresponde a vías primarias que, como se observa en el Mapa 13, es la vía que conecta al municipio con Caloto y que recorre parte de Tacueyó y Toribío.

Tabla 6. Tipos y extensión de las vías

Tipo de vía	Extensión (Km)	Porcentaje
Camino	30.0	19.0%
Vía primaria	12.2	7.7%
Vía secundaria	101.2	64.3%
Vía terciaria	14.1	9.0%
Total	157.5	100.0%

Fuente: Oficina de planeación, Alcaldía Municipal. Elaboración propia.

Mapa 13. Distribución de la malla vial según tipología



Fuente: INVÍAS. Elaboración propia.

No obstante, la comunidad constantemente critica el manejo de la vía por parte de INVÍAS, dado que no se realizan las intervenciones necesarias para impedir o restar el impacto de los constantes deslizamientos sobre las vías, es más, el tramo Guadalejo – Belalcazar – López – Tacueyó – Toribío – Rionegro – El Palo, tiene las estructuras de soporte colapsadas y 20 pasos críticos.

En relación con la accesibilidad, podría decirse que si bien existe conectividad, la accesibilidad registra más bien niveles bajos, en la medida que existen pocas vías para llegar al municipio (por Jambaló y por Caloto, únicamente, siendo esta última la principal o más transitada), además, la intermitencia de los vehículos de transporte desde Santander está determinada en ocasiones por la demanda, lo que implica contratiempos en viajes y recorridos de acuerdo con las horas programadas convencionalmente. Otro aspecto importante tiene que ver con la disponibilidad de vehículos, los cuales se reducen a camionetas tipo van, buses y/o chivas, siendo los tiempos de transporte determinados por el tipo de vehículo. El grado o nivel de accesibilidad también se ve afectado por factores ambientales

como deslizamientos y derrumbes sobre la vía que regularmente se registran en el municipio y afectan en gran medida la calidad de las vías principales y secundarias.

Tabla 7. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros
Municipio de Toribío

Ítem	Descripción
Tipo de transporte entre los centros poblados de desarrollo y comunidad dispersa más alejada	El único medio de transporte es el terrestre. El transporte con semovientes es el más usado para las veredas con las vías deterioradas o sin acceso.
Tiempo de llegada al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada) y otras ciudades importantes	A la cabecera Municipal el recorrido desde la ciudad de Popayán dura 2 horas y media viajando por el municipio de Santander de Quilichao. Por el municipio de Jámalo, 2 horas y media debido al estado deficiente de la vía. La distancia hacia las veredas más lejanas hasta donde el acceso por vía carretable lo permite sumaría a esta distancia un promedio de 2 horas (Vereda López, Santo Domingo). Cabe aclarar que existen veredas que se acceden únicamente caminando lo cual dificulta su acceso (Vereda el Berlin – Ullucos). Desde Cali, el tiempo estimado para llegar al municipio es alrededor de 3 horas aproximadamente.
Distancia en kilómetros al municipio o a la capital del departamento (desde la comunidad más alejada)	Cabecera Municipal hasta Popayán: 123 km Toribío – Cali: 83 km Vereda López Resguardo de Tacueyó – Popayán: 127.7 km Vereda Santo Domingo Resguardo de Tacueyó – Popayán: 125.7 km Vereda El Berlin Resguardo de San Francisco – Popayán: 142 km Vereda Puente Quemado Resguardo San Francisco – Popayán: 133 km
Tiempo de llegada de la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad	El tiempo estimado de llegada desde el Hospital de Primer Nivel hasta el de Referencia que sería el Hospital Francisco de Paula en Santander de Quilichao es de 1 hora y 15 minutos.
Distancia en kilómetros al centro de referencia de mayor complejidad	Los centros de mayor complejidad más cercanos están ubicados en la ciudad de Cali a hora y cuarenta minutos, desde el hospital de referencia. Los otros sitios se encuentran en la ciudad de Popayán hacia la cual hay 2 horas y media
Vías de comunicación (carreteras pavimentadas, en tierra, ríos)	Cuenta con la vía principal pavimentada, pero en deficientes condiciones (perdida de banca, deslizamientos) desde Santander d Quilichao. Sus vías secundarias y terciarias se encuentran en muy mal estado.
Formas o vías de acceso (aéreo, terrestre, fluvial)	La principal vía de acceso es Terrestre. La forma secundaria y más usada para la remisión de pacientes graves en situaciones de conflicto es aéreo por las fuerzas militares.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Tiempo de traslado, tipo de transporte, distancia en kilómetros desde el municipio de Toribío hacia los municipios vecinos

Municipio	Distancia en kilómetros entre municipio y su municipio vecino	Tipo de transporte entre el municipio y el municipio vecino	Tiempo estimado del traslado entre el municipio al municipio vecino	
			Horas	Minutos
Caloto	35 Km	Moto carro – moto taxi – microbús – bus escalera y buseta		45
Santander de Quilichao	45 Km	Moto carro – moto taxi – microbús – bus escalera y buseta	1	15
Jámbalo	30 Km	Bus y Bus Escalera	2	30
Corinto	53 Km	Microbús – Bus escalera – Buseta – motocarro – moto taxi	1	30
Cali – Valle	90 Km	Bus – Microbús	2	30

Fuente: Elaboración propia.

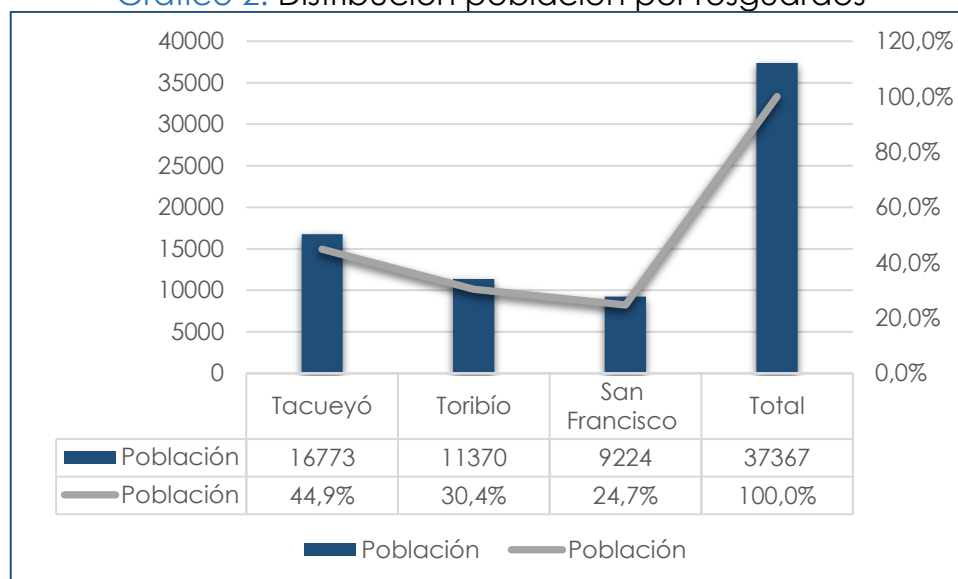
1.2. Contexto demográfico

1.2.1. Población

Según las proyecciones poblacionales del DANE, para 2022 la población de Toribío corresponde a 37.289 personas. Por sexo, no se observan diferencias sustanciales en la distribución, puesto que el 50,34% de la población corresponde a hombres y el 49,65% a mujeres. Ahora bien, el Censo Propio de Resguardos administrado por Proyecto Nasa, a corte octubre 2022 2021 registra un número mayor de personas (37.367), son varios los factores que explican esta diferencia, dentro de esos destaca la diferencia que existe en términos del tipo de operación estadística, es decir, el Censo Propio es un registro continuo en constante alimentación, mientras que las proyecciones poblacionales del DANE se basan en las tendencias de fecundidad y mortalidad del último Censo Nacional de Población y Vivienda – CNPV 2018, además, las proyecciones no consideran el factor migratorio lo que puede generar desfases poblacionales.

La importancia del Censo Propio además de la independencia frente al DANE, corresponde a la posibilidad de realizar desagregaciones geográficas, que con el CNPV 2018 no pueden realizarse⁴. Lo anterior, permite conocer que la mayor parte de la población se encuentra en el resguardo de Tacueyó (44,9%, 16.773 personas), Toribío (30,4%, 11.370 personas) y San Francisco (24,7%, 9.224 personas), respectivamente (ver Gráfico 2). Así mismo, en el mapa 14 se pueden observar las veredas con mayor concentración poblacional.

Gráfico 2. Distribución población por resguardos



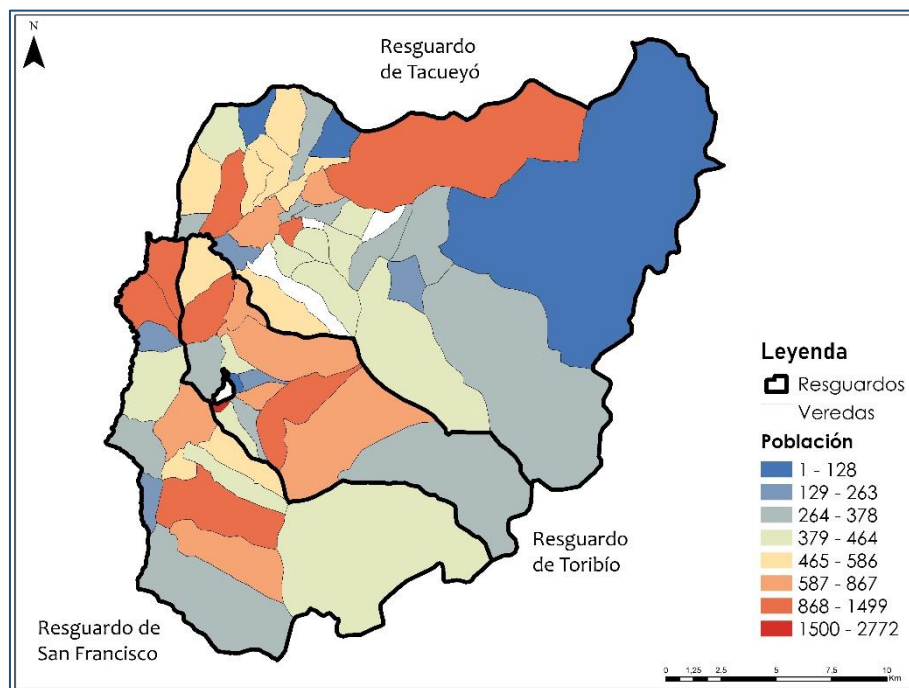
Fuente: Censos Propios de Resguardos, Proyecto Nasa. Elaboración propia.

1.2.2. Distribución por áreas o clase y densidad poblacional

La mayor parte de la población habita en la zona rural (94,3%, lo que equivale a 35.154 personas), mientras que en la cabecera municipal se concentra tan solo el 5,7% (2.135 personas) (ver Tabla 9). Por otro lado, la densidad poblacional corresponde a 90.51 personas por km². Por veredas, Toribío, Tacueyó, El Manzano, La Luz, Soto, Natalá, San Francisco, Loma Linda y Belén, registran las densidades poblacionales más altas.

⁴ Existen problemas con la codificación de las veredas y no es posible saber cómo se distribuye la población por veredas y resguardos.

Mapa 14. Distribución poblacional según veredas



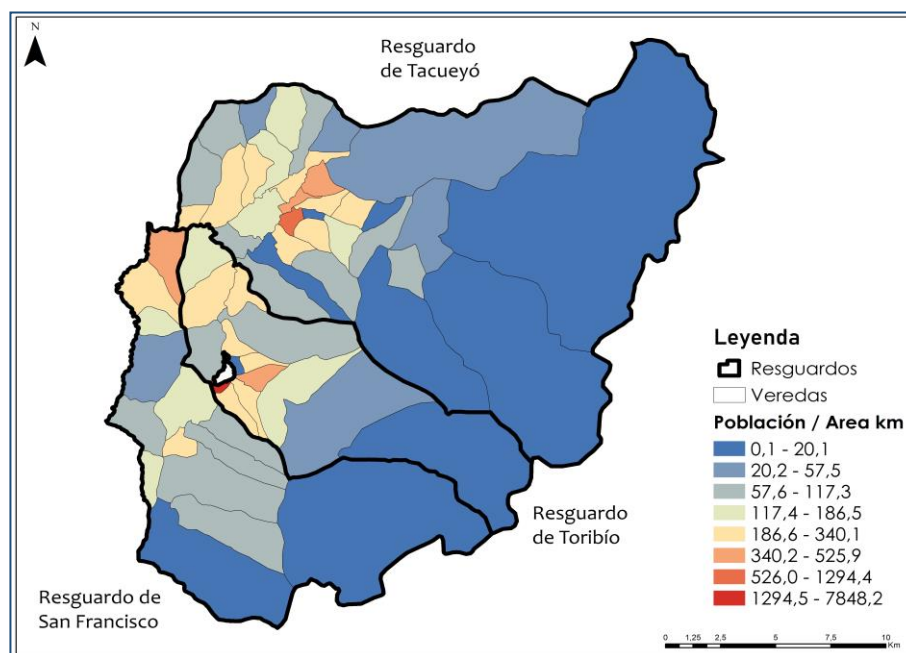
Fuente: Censos Propios de Resguardos, Proyecto Nasa. Elaboración propia.

Tabla 9. Distribución por clase y densidad poblacional

Municipio	Población cabecera municipal		Población Rural (Resto)		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
TORIBIO	2135	5,7	35154	94,3	37289	5,7
Densidad poblacional 90.51 personas por km2						

Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

Mapa 15. Densidad poblacional por veredas



Fuente: Censos Propios de Resguardos, Proyecto Nasa. Elaboración propia.

En términos del grado de urbanización, en la cabecera municipal reside el 5,7% del total poblacional, esto obedece a que el territorio es mayoritariamente rural, siendo las cabeceras o centros poblados de Toribío, San Francisco y Tacueyó, una representación del 0,3% del total de la extensión municipal (146,3 hectáreas o 1,46 km²). Otro elemento que muestra el grado de urbanización, tiene que ver con el reducido número de manzanas existentes en la cabecera y los centros poblados, en total, de acuerdo con el MGN 2018, en el municipio de Toribío solo se contabilizan 112 manzanas.

1.2.3. Hogares y viviendas

De acuerdo con el CNPV 2018 se estima un total de 9.915 viviendas en el municipio de las cuales 741 (7,47%) están ubicadas en la cabecera Municipal y 9174 en la zona rural con el 92,53%. Según la proyección DANE, se estimaron 10.535 hogares de los cuales 818 están en la cabecera Municipal y 9717 en la zona rural, en una población aproximada de 37.289 personas para un promedio de 3,5 personas por hogar y un promedio de 1,1 Hogares por vivienda en el territorio. (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Hogares y viviendas

Ítem	Indicador	Porcentaje (%)
Hogares	10535	
Hogares Rural	9717	92,24
Hogares Cabecera Municipal	818	7,76
Viviendas	9915	
Viviendas Rural	9174	92,53
Viviendas Cabecera Municipal	741	7,47
Hogares por vivienda	1,1	
Personas por hogar (promedio)	3,5	
Personas por vivienda (promedio)	3,8	

Fuente: Censos Nacional de Población y Vivienda 2018, DANE. Elaboración propia.

1.2.4. Pertenencia étnica

Toribío es un municipio cuya población en mayor proporción es indígena. Como se mencionó anteriormente está compuesto por tres resguardos los cuales hacen parte de los pocos a nivel nacional que poseen títulos coloniales. Esto se traduce en que, en términos demográficos, el 97,72% de la población se reconoce como indígena⁵, frente a un 0,10% de la población que se reconoce como afrodescendiente y un 1,83% de la población que no se reconoce dentro de algún grupo étnico.

De acuerdo con el CNPV-2018, para el año 2002 el reconocimiento de la población como indígenas era del 94,8% en contraste con el porcentaje para este año, el cual se mantiene en aumento lo que demostraría el fortalecimiento de esta identificación entre la población del territorio.

Tabla 11. Pertenencia étnica en Toribío

Autoreconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Indígena	36 439	97,72%	97,72%

⁵ Indígenas del pueblo Nasa mayoritariamente, aunque también existen una proporción pequeña de personas que se reconocen como Guambianos.

Autoreconocimiento étnico	Casos	%	Acumulado %
Gitano(a) o Rrom	4	0,01%	97,73%
Negro(a), Mulato(a), Afrodescendiente, Afrocolombiano(a)	37	0,10%	97,83%
Ningún grupo étnico	682	1,83%	99,65%
No informa	127	0,35%	100,00%
Total	37 289	100,00%	100,00%

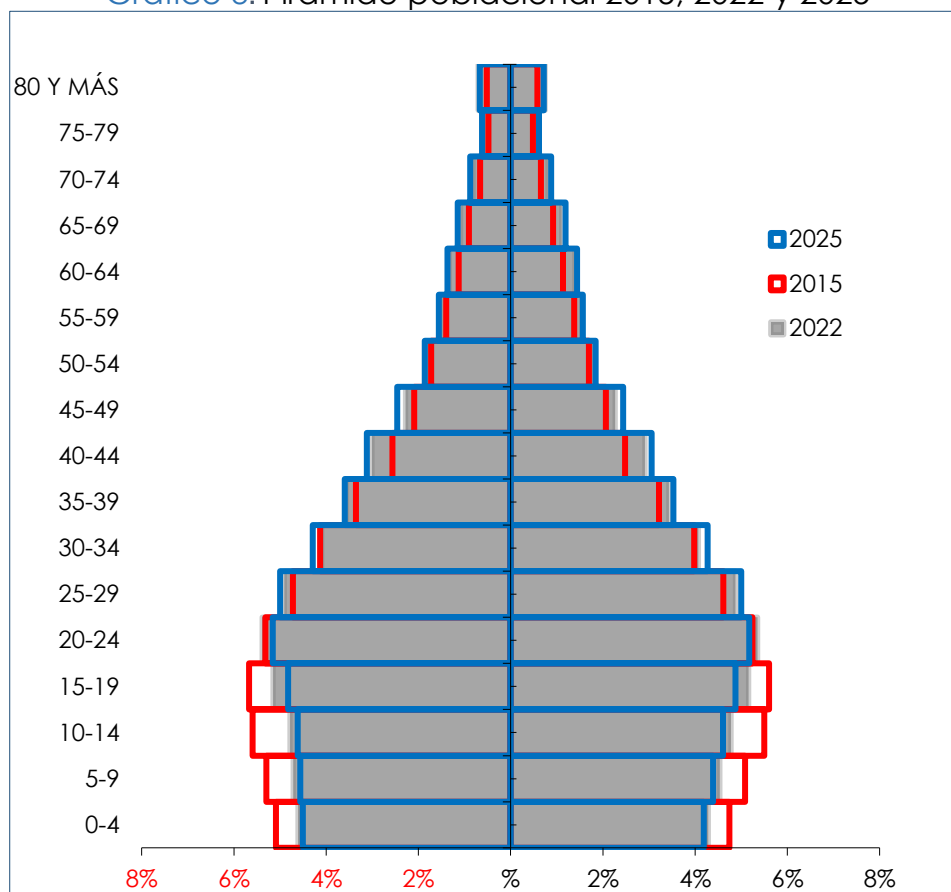
Fuente: Censos Nacional de Población y Vivienda 2018, DANE.

1.2.5. Estructura demográfica

El Gráfico 3 muestra los principales cambios demográficos resumidos en la pirámide poblacional entre 2015, 2022 y 2025. En ésta se observa una base de la pirámide poblacional reducida que denota una disminución de los nacimientos y de las cohortes menores de 15 años a través de los años.

Se observa también un leve engrosamiento en la mitad de la gráfica para la población de 20 a 29 años, y finalmente, para los rangos de edades superiores a 30 años los porcentajes relativos se mantienen con una mínima diferencia para 2022 y 2025, lo que indica el proceso normal de envejecimiento de toda la población.

Gráfico 3. Pirámide poblacional 2015, 2022 y 2025



Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

1.2.6. Población según curso de vida

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), establece el enfoque basado en el curso de vida, que alude al *“conjunto de trayectorias o roles que sigue el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, que son moldeadas por interacciones y la interdependencia de los aspectos biológicos y sociales del individuo; los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida y, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias”*⁶.

⁶ Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS - Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá D.C., abril de 2016.

Para el municipio de Toribío, los datos del DANE muestran una representación mayor para los grupos poblacionales de juventud (22,92%) y adultez (34,17%), los cuales concentran el 57,09% del total de la población. Le siguen los grupos poblacionales de adolescencia, infancia y la primera infancia que representan el 33,77%, mientras que el grupo de adultos mayores solo representa un 9,13% del total de la población, esto debido a que, como se evidenció en la pirámide poblacional, el municipio cuenta con una población mayoritariamente adulta o madura. Por sexo, con excepción de la primera infancia y los adultos mayores, no se observan diferencias porcentuales, siendo para el primer caso, mayor el porcentaje que presentan los hombres, mientras que ocurre lo contrario para el grupo de adultos mayores.

Tabla 12. Distribución según curso de vida

Curso de Vida	Hombres	Porcentaje Hombres	Mujeres	Porcentaje Mujeres	Total	Porcentaje Total
Primera infancia 0 – 5 años	2.069	11,02	1.930	10,42	3.999	10,72
Infancia 6-11 años	2.111	11,25	2.057	11,11	4.168	11,18
Adolescencia 12- 17 años	2.207	11,76	2.219	11,98	4.426	11,87
Juventud 18 – 28 años	4.288	22,84	4.260	23,01	8.548	22,92
Adultez 29 – 59 años	6.419	34,19	6.323	34,15	12.742	34,17
Adulto Mayor 60 y más años	1.678	8,94	1.728	9,33	3.406	9,13
TOTAL	18.772	100	18.517	100	37.289	100

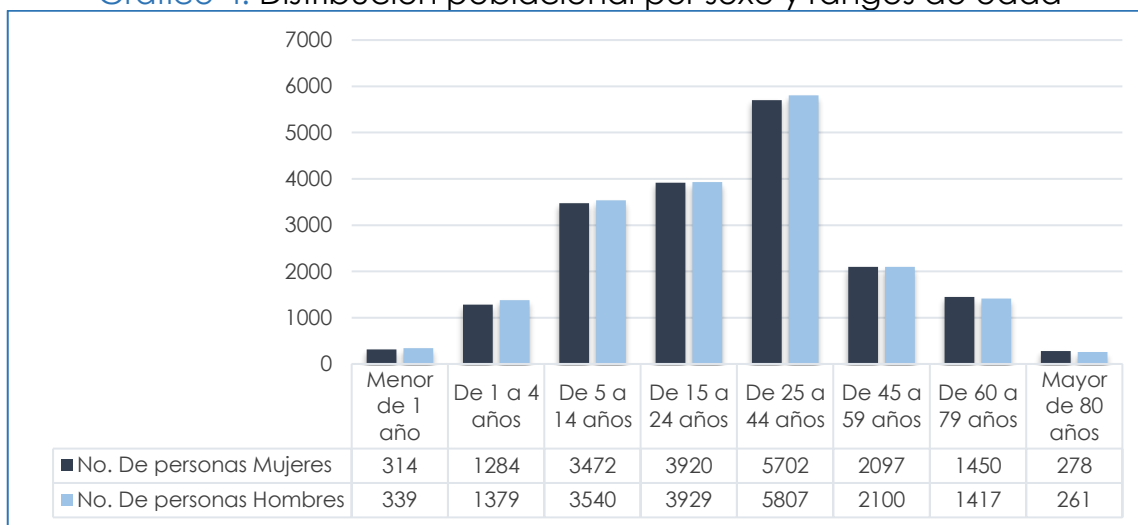
Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

1.2.7. Distribución poblacional por sexo

En cuanto a la distribución poblacional por sexo para el municipio de Toribío no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, representados por el 50,34% y el 49,65% respectivamente, esta tendencia se mantiene por rangos de edades en donde se observan ligeras diferencias, como se muestra en el Gráfico

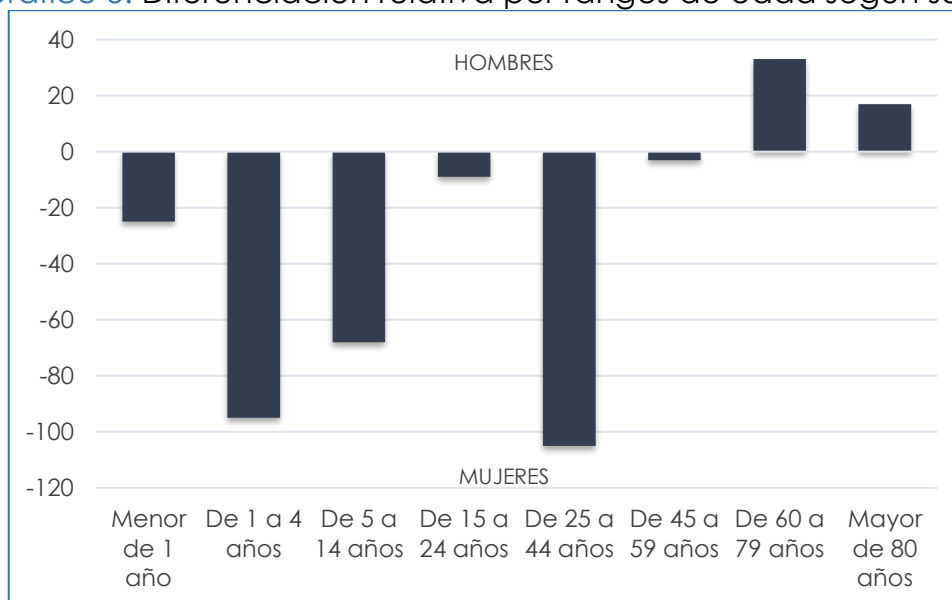
4. Sin embargo, al analizar la diferenciación en cada rango de edad para hombres y mujeres se puede evidenciar que las mujeres muestran una mayor participación; aunque esto no representa un hallazgo, dado que es una tendencia general (ver Gráfico 5).

Gráfico 4. Distribución poblacional por sexo y rangos de edad



Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

Gráfico 5. Diferenciación relativa por rangos de edad según sexo



Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

1.2.8. Otras tendencias demográficas

Los índices de dependencia demográfica confirman lo observado en la pirámide poblacional, es decir, Toribío tiene una mayor representación de población menores de 15 años, con un índice de dependencia demográfica de 51,77% siendo, para este caso, el índice de dependencia infantil de 42,04% en contraste al índice de dependencia para mayores de 9,74% como se muestra en la Tabla 13. Pese a estos hallazgos es importante mencionar que de acuerdo a la proyección, para el 2025 se observa una disminución del índice de infancia lo que demuestra una reducción en el número de nacimientos tal como se mencionó en la pirámide poblacional, la cual mostraba una base tendiente a dicha reducción; contrario ocurre con el índice de vejez y envejecimiento que muestra una tendencia al aumento con los años. Valdría la pena entonces, hacer un seguimiento a estas tendencias las cuales podrían a futuro presentar una pirámide poblacional regresiva para el municipio, aún más teniendo en cuenta que de acuerdo con el índice de friz en el territorio prevalece la población adulta.

Tabla 13. Otros indicadores demográficos

Índice Demográfico	Año		
	2015	2022	2025
Población total	32.178	37.289	38.367
Población Masculina	16.289	18.772	19.268
Población femenina	15.889	18.517	19.099
Relación hombres: mujer	102,52	101,38	101
Razón niños: mujer	36	32	31
Índice de infancia	31	28	27
Índice de juventud	31	31	30
Índice de vejez	5	6	7
Índice de envejecimiento	17	23	25
Índice demográfico de dependencia	57,50	51,77	50,57
Índice de dependencia infantil	49,31	42,04	40,45
Índice de dependencia mayores	8,19	9,74	10,12
Índice de Friz	178,38	148,29	136,70

Fuente: Proyecciones poblacionales, DANE. Elaboración propia.

Tabla 14. Interpretaciones

Índices demográficos	Interpretación
Relación hombres/mujer	En el año 2015 por cada 103 hombres, había 100 mujeres, mientras que para el año 2022 por cada 101 hombres, había 100 mujeres
Razón niños mujer	En el año 2015 por cada 36 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil (15-49años), mientras que para el año 2022 por cada 32 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil
Índice de infancia	En el año 2015 de 100 personas, 31 correspondían a población hasta los 14 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 28 personas
Índice de juventud	En el año 2015 de 100 personas, 31 correspondían a población de 15 a 29 años, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 31 personas
Índice de vejez	En el año 2015 de 100 personas, 5 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 6 personas
Índice de envejecimiento	En el año 2015 de 100 personas, 17 correspondían a población de 65 años y más, mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 23 personas
Índice demográfico de dependencia	En el año 2015 de 100 personas entre los 15 a 64 años, había 58 personas menores de 15 años ó de 65 años y más (dependientes) , mientras que para el año 2022 este grupo poblacional fue de 52 personas
Índice de dependencia infantil	En el año 2015, 49 personas menores de 15 años dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2022 fue de 42 personas
Índice de dependencia mayores	En el año 2015, 8 personas de 65 años y más dependían de 100 personas entre los 15 a 64 años , mientras que para el año 2022 fue de 10 personas
Índice de Friz	Representa el porcentaje de población de menos de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto al grupo de población de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

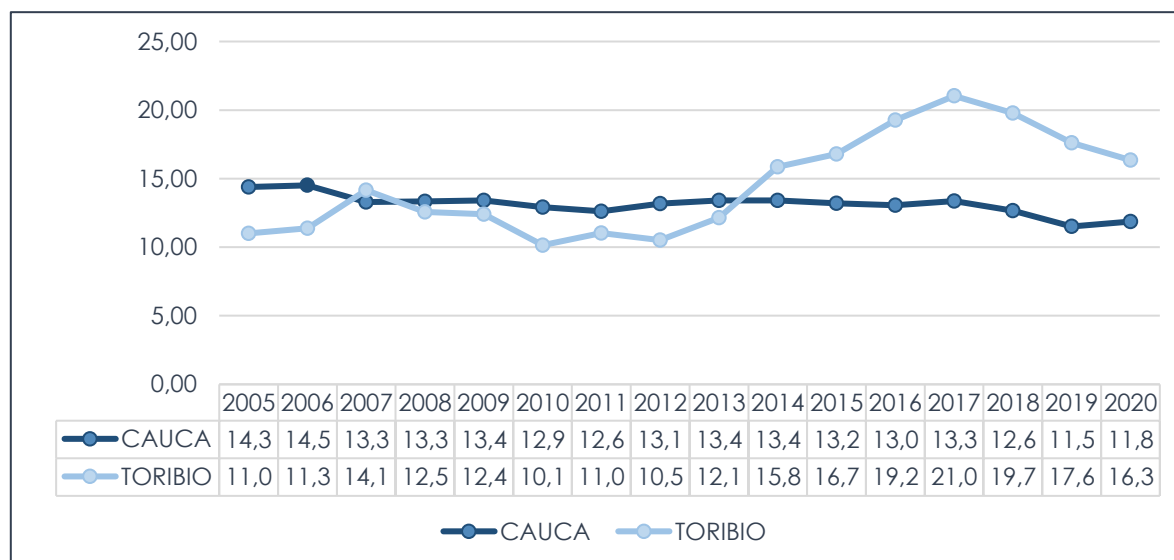
Fuente: Elaboración propia.

1.2.9. Dinámica demográfica

El análisis de las cifras de natalidad para el periodo comprendido entre 2005 y 2020, muestra un comportamiento fluctuante año a año, aunque se mantuvo un crecimiento entre el año 2012 y 2017, siendo este último año el de los mayores

registros de nacimientos para el municipio con un valor de 21,3 (Ver Gráfico 6). Para los años siguientes, se ha ido evidenciando una disminución paulatina en los nacimientos tal y como se observaba en la pirámide poblacional, siendo para el año 2019 de 17,60 y para el 2020 de 16,35. En comparación con el departamento, existe una gran diferencia en términos de la natalidad, dado que para el Cauca el comportamiento es en cierta medida sostenido, con fluctuaciones poco variables, en donde desde el 2017 se aprecia una disminución en la tasas de nacimiento cerrando el año 2019 con 11,51 y un leve aumento a 11,86 para el 2020.

Gráfico 6. Comparativo de la tasa bruta de natalidad

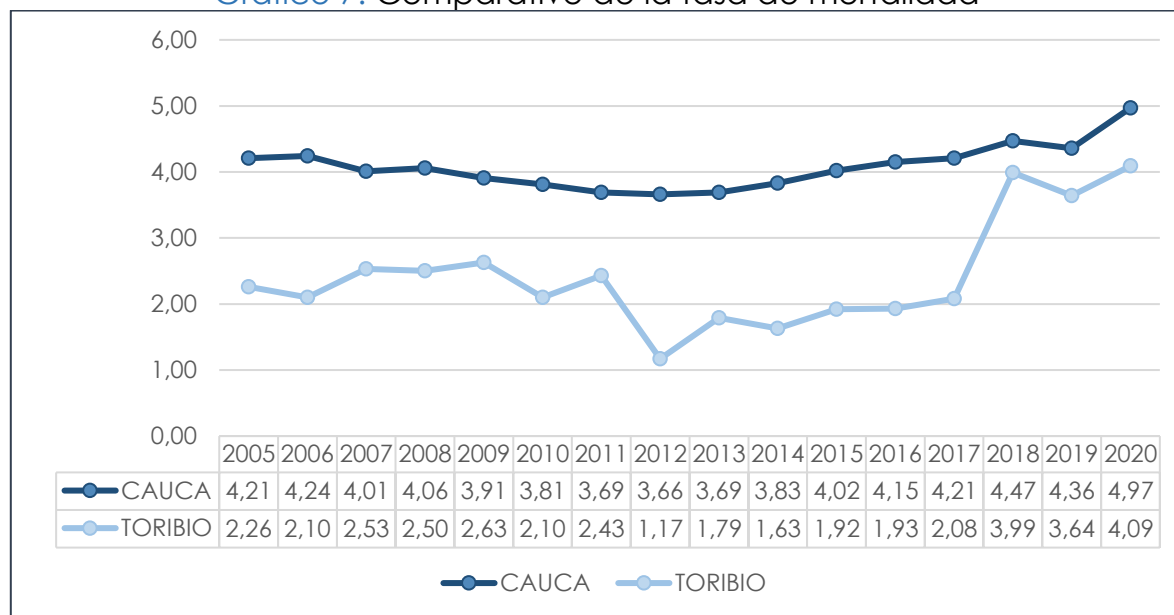


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto al comportamiento de la mortalidad para el periodo comprendido entre el 2005 y 2020, se puede observar que en términos generales y en comparación con las tasas departamentales, a tasa de mortalidad del municipio es baja, sin embargo, en el análisis propio para el territorio se evidencia que, aunque ha sido fluctuante, hubo una disminución significativa entre los años 2011 y 2012 llegando a un valor de 2,43 seguido con un aumento gradual y un repunte importante para el año 2018 en donde la tasa fue de 3,99, estos cambios influenciados quizá por el efecto de la intensificación del conflicto armado en el territorio (ver Gráfico 7). Para

el año 2019 se presenta una disminución de la tasa de mortalidad, sin embargo para que 2020 hay un nuevo aumento, que supera incluso las cifras presentadas para el año 2018 con una tasa de 4,09, lo que podría estar relacionado con la pandemia por COVID 19 declarada en todo el territorio nacional para ese mismo año.

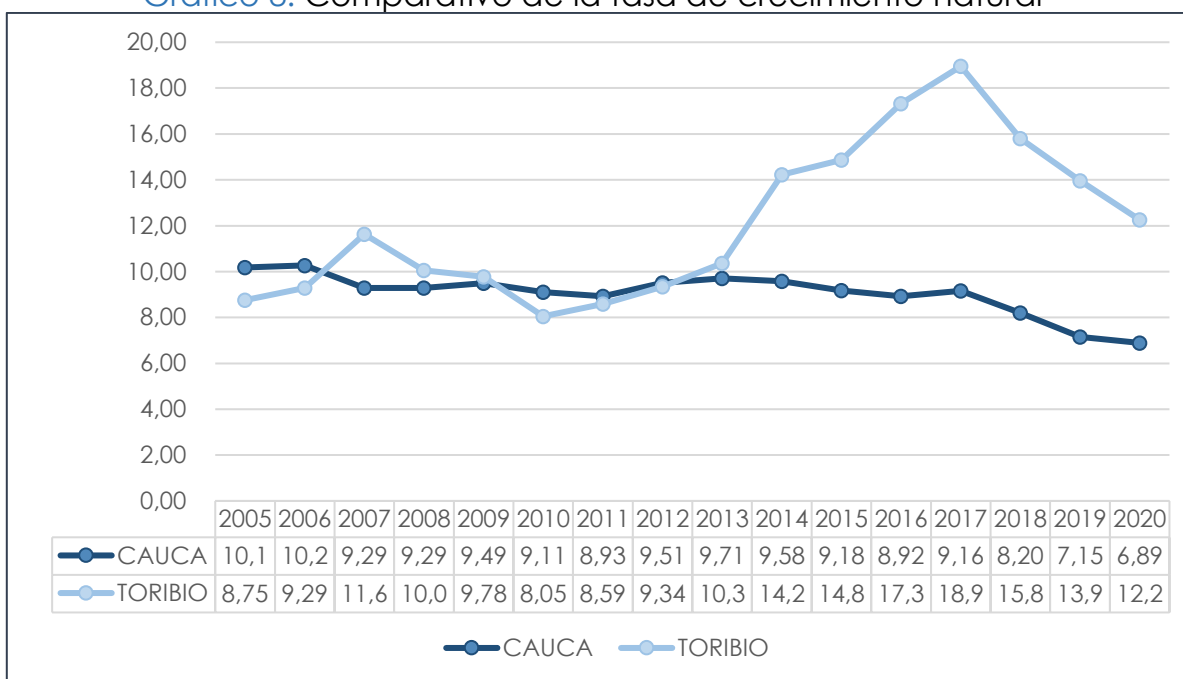
Gráfico 7. Comparativo de la tasa de mortalidad



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En términos del crecimiento natural, que corresponde a la diferencia entre la natalidad y la mortalidad, Toribío muestra un aumento significativo desde el año 2013 con un repunte máximo en el año 2017 donde la tasa fue de 18,95, a partir de allí, la tasa ha ido en disminución siendo para el 2020 de 6,89 (Ver Gráfico 8).

Gráfico 8. Comparativo de la tasa de crecimiento natural



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

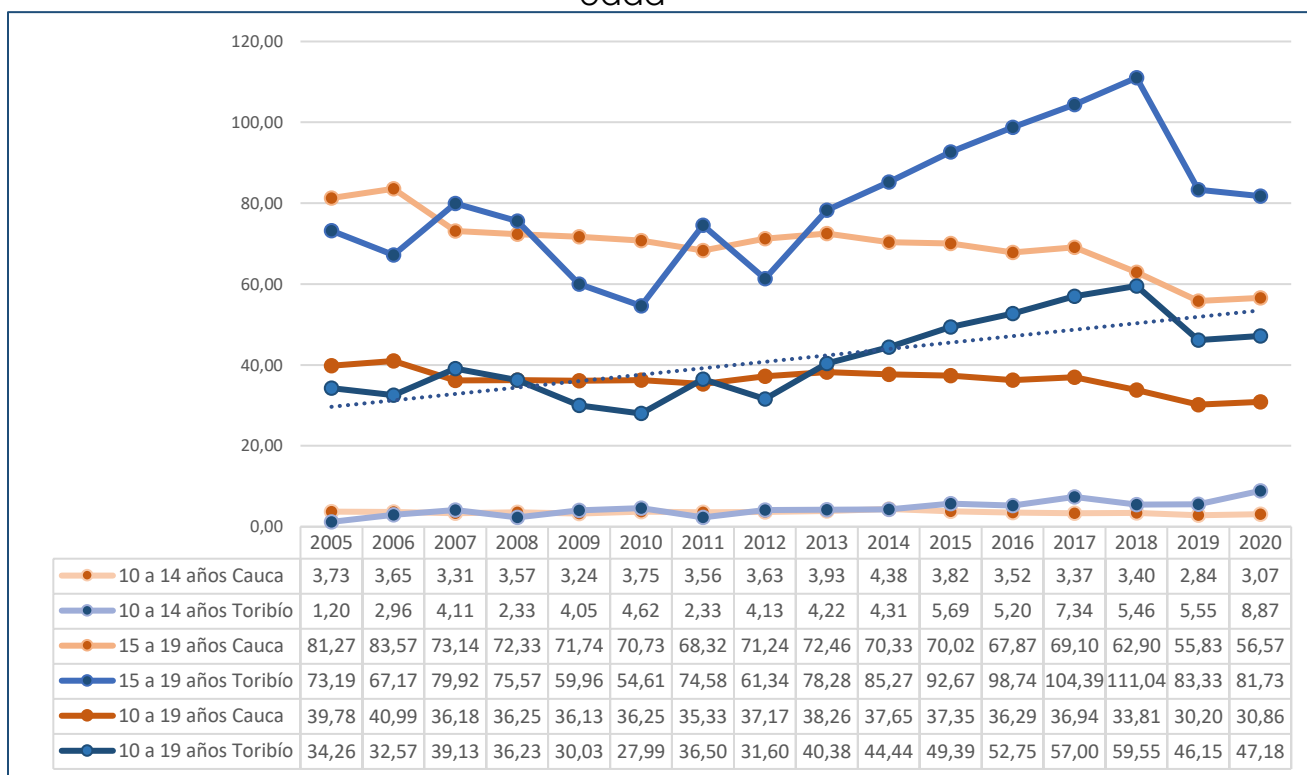
De continuarse con esta tendencia descendente, para el siguiente año podría aproximarse a valores similares de cuando se inició el aumento de esta tasa en el municipio, sin embargo se debe considerar que esta dinámica es cambiante y que solo podrá ser analizado cuando se cuente con los datos necesarios para su estudio. Con respecto al Cauca se observa un patrón contrario, dado que para el departamento la tasa se ha reducido durante todo el periodo de estudio.

Es importante señalar que en el municipio de Toribío se continúa con el mejoramiento del registro y reporte de las estadísticas vitales, realizando un trabajo coordinado entre la secretaria local de salud, las instituciones prestadoras de salud y la notificación de los hechos vitales (nacimientos/defunciones) ocurridos en domicilio por parte de los auxiliares comunitarios de salud.

1.2.10. Tasas específicas de fecundidad

Entre 2005 y 2020, las tasas específicas de fecundidad de las mujeres adolescentes y jóvenes en Toribío muestran un patrón más alto con respecto al departamento, con una línea de tendencia ascendente mientras que en el Cauca se observa una tendencia descendente. Si se analiza la tasa específica de fecundidad para las mujeres de 10 a 14 años, se evidencia un aumento gradual desde el 2012 con un repunte en el año 2017 donde se registró una tasa de 7,34 y un nuevo repunte en el 2020 con una tasa de 8,87 para el municipio de Toribío, en contraste con el Cauca que registró una tasa de 3,37 y 3,07 en los mismos años, respectivamente (Ver gráfico 9). Para el rango de edad entre 15 y 19 se observa un aumento significativo de las tasas específicas de fecundidad desde el año 2013 hasta el 2018 donde se generó el valor observable más alto con una tasa de 111,04 para Toribío, mientras para el Cauca fue de 62,90; sin embargo en los dos últimos años se evidencia una disminución para ese rango de edad, que cierra el 2020 con una tasa de fecundidad de 81,73, muy contrario a lo que ya se mencionó para el rango de edad de 10 a 14 años, el cual va en aumento. Aquí es importante aclarar que el embarazo adolescente se percibe como un problema para la mayoría de población indígena. En años anteriores, la conformación de pareja a temprana edad era concebido en el imaginario de la población como practicas protectoras de las niñas, sin embargo, esta noción ha cambiado y en la actualidad la familia representa ese entorno protector, por lo que el embarazo adolescente es visto como un factor de riesgo para la diada madre e hijo, el plan de vida individual, familiar y colectivo, acciones que deberán seguir siendo fortalecidas en el territorio para generar un impacto en la tendencia que presenta la tasa específica de fecundidad y que fue analizada en este apartado.

Gráfico 9. Comparativo de tasas específicas de fecundidad por rangos de edad



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

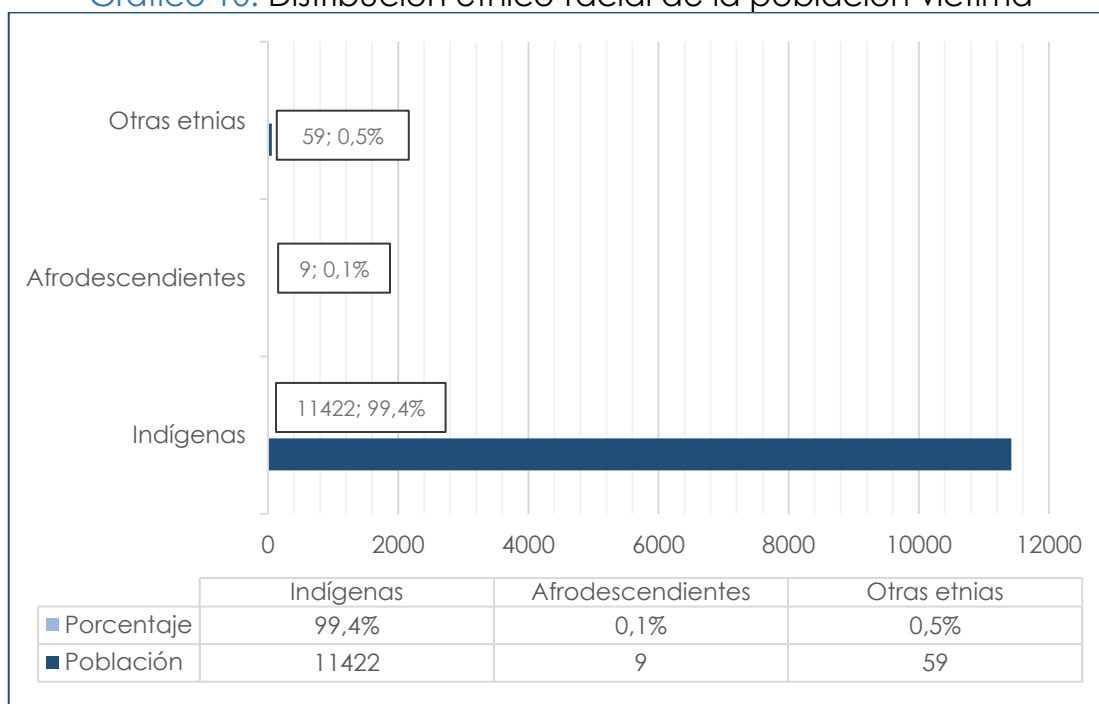
1.2.11. Movilidad forzada

Toribio ha sido uno de los municipios más golpeados por el conflicto armado, la presencia de actores armados en el territorio ha contribuido al incremento de “las muertes, masacres, hostigamientos y confrontación bélica, bombardeos, señalamientos y acusaciones por parte de fuerzas regulares e irregulares, amenazas, militarización del territorio, retenciones arbitrarias, agresión física y verbal por parte de los actores armados, desapariciones, reclutamiento forzado, torturas, violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas, estructuración de “redes de informantes civiles” imposición de horarios a

las y los comuneros, irrespeto y desacato a las normas internas de los cabildos, daños y ocupación de escuelas, viviendas y centros comunitarios”⁷

Para el 2022, Toribío cuenta con un total de 13.720 personas en condición de víctima. Como se ha mencionado en apartados anteriores de este informe, la población mayoritaria en el municipio de Toribío es población indígena, de ahí que los resultados en el análisis de la población víctima sea, también en su mayoría, población indígena que, de acuerdo a los datos hasta la fecha consignados, representa un 99,4% (11.422 personas), muy por encima de la población afrodescendiente o de otras etnias que representan solo el 0,1% y el 0,5% del total de la población víctima en el territorio, como se muestra en el Gráfico 10.

Gráfico 10. Distribución étnico-racial de la población víctima

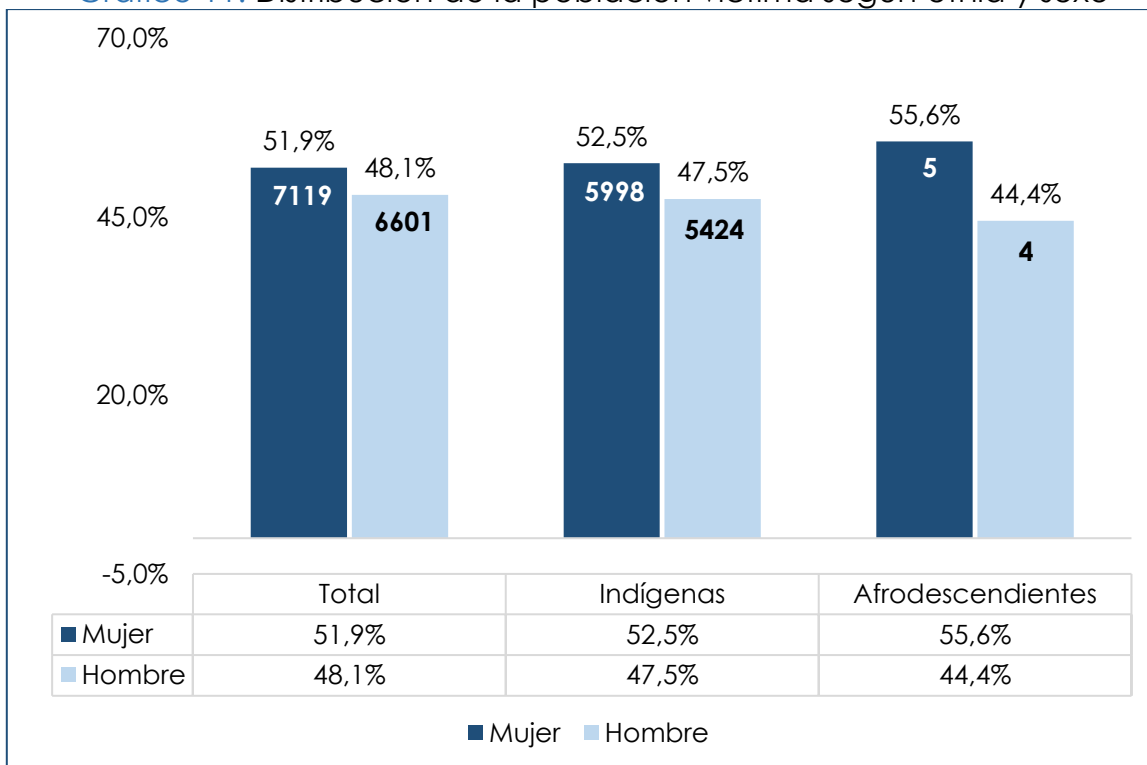


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Registro Único de Víctimas (RUV). Elaboración propia.

⁷ Documento elaborado por el equipo psicosocial CECIDIC: Andrés Popayán y Ana Miled Vitonás. Y con los valiosos aportes de los actores o dinamizadores comunitarios de Toribio y la ACIN. Marzo de 2013.

Al realizar el análisis por sexo, se tiene que en ambos grupos étnicos raciales la mayor proporción son mujeres, con un porcentaje general de 51,9% frente al 48,1% que representan los hombres (Ver Gráfico 11).

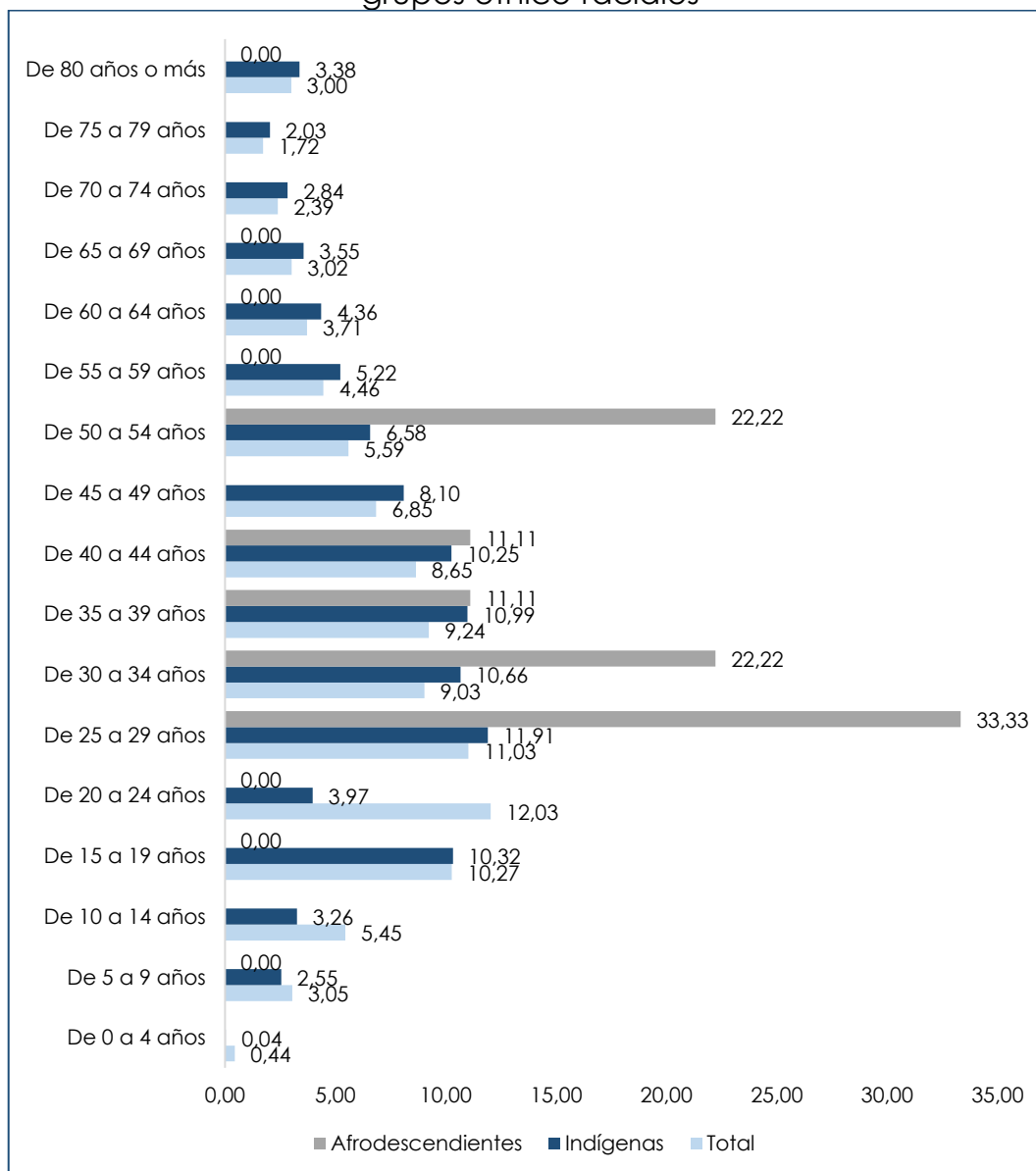
Gráfico 11. Distribución de la población víctima según etnia y sexo



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Registro Único de Víctimas (RUV). Elaboración propia.

En cuanto a los rangos de edad, del total de la población víctima del territorio, se observa que las mayores concentraciones se presentan en los siguientes rangos de edad, organizados de mayor a menor proporción: de 20 a 24 años; de 25 a 29 años y de 15 a 19 años, con valores de 12,03% (1.654 personas), 11,03% (1.516 personas) y 10,27% (1.412 personas) respectivamente. De acuerdo con el grupo étnico, se tiene que para el grupo de indígenas y afrodescendientes la mayor proporción se presenta en el grupo etario de 25 a 29 años con valores de 11,91% y 33,33% respectivamente (Ver Gráfico 12).

Gráfico 12. Distribución de la población víctima por rangos de edad y grupos étnico-raciales

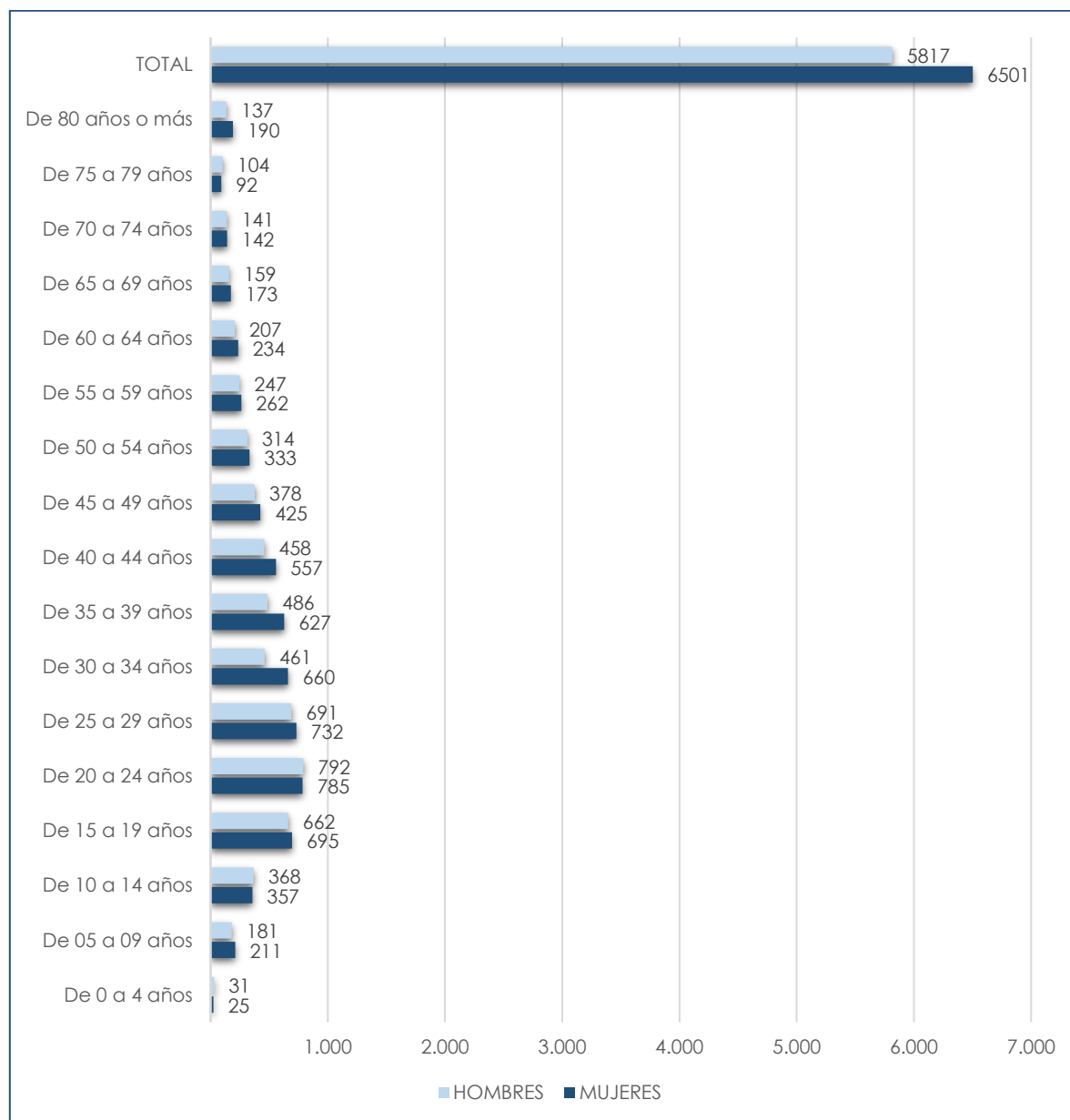


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Registro Único de Víctimas (RUV). Elaboración propia.

Por otro lado, con los datos del RUV, en el municipio se registran 12.339 víctimas de desplazamiento, de las cuales, 6.501 son mujeres y 5.817 son hombres. En términos del rango de edad, al igual que en la población víctima, la mayor afectación se presenta en los rangos de 20 a 24 años; de 25 a 29 años y de 15 a 19

años, con valores de 12,79% (1.578), 11,53% (1.423 y 11,00% (1.357) respectivamente (Ver Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado por sexo y rangos etarios



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Registro Único de Víctimas (RUV). Elaboración propia.

1.2.12. Población migrante

El municipio de Toribío, como muchos otros municipios del país, registra actualmente población migrante, de la que se tiene un sub-registro debido a que al ingresar al país no legalizaron su permanencia y por tanto no cuentan con la documentación requerida para el acceso a los servicios correspondientes en el territorio. Aunque se han establecido estrategias para lograr un registro adecuado de esta población (a través de convocatorias y para vacunación contra el COVID 19), los resultados no han sido efectivos por el temor a ser deportados del país. De acuerdo a la información de las autoridades tradicionales, en coordinación con la personería municipal, se realizan reuniones y recolección de información para gestionar su legalidad en el territorio y su vinculación al sistema de salud y demás programas disponibles para la prevención de problemas de salud pública que pongan en riesgo a toda la población. Sin embargo, los datos oficiales indican tan sólo el reporte de 11 migrantes (9 mujeres y 2 hombres), quienes provienen principalmente de Venezuela como se muestra en la Tabla 15.

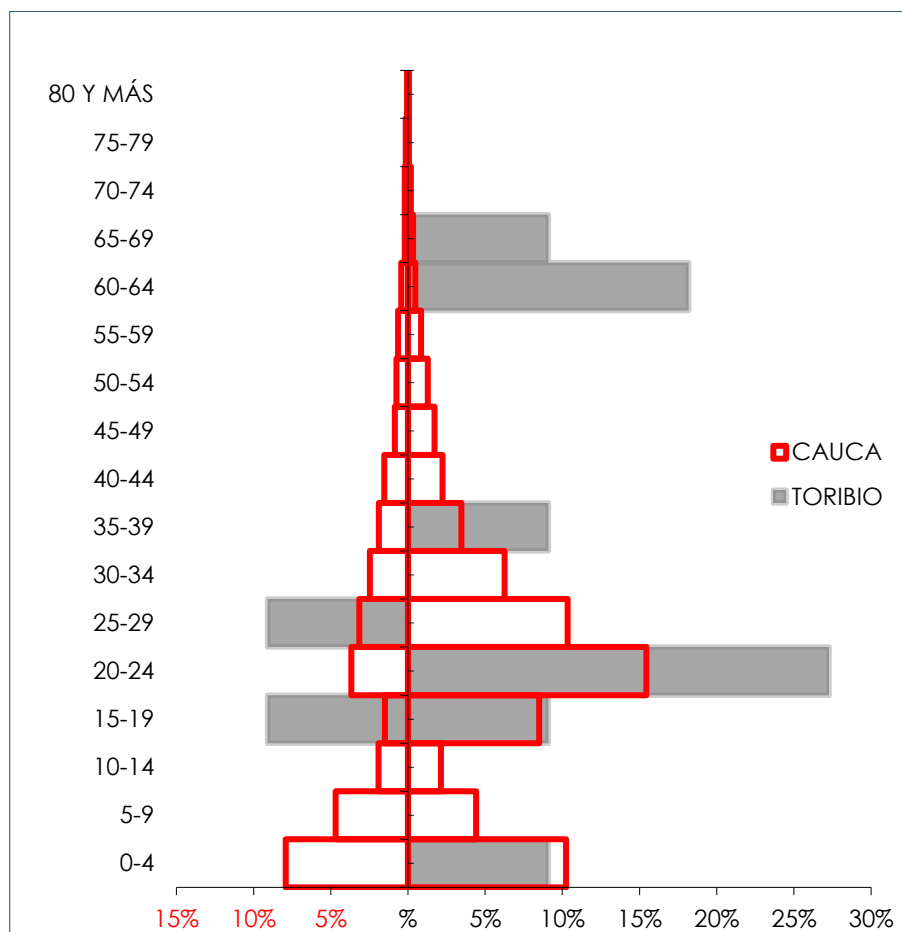
Tabla 15. País de origen de la población migrante

País de origen	Toribío		Cauca	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Brasil	0	0,0%	12	0,0%
Ecuador	0	0,0%	47	0,5%
Nicaragua	0	0,0%	0	0,0%
Otros	4	42,9%	143	1,2%
Panamá	0	0,0%	4	0,0%
Perú	0	0,0%	11	0,1%
Venezuela	7	42,9%	7496	89,9%
Sin identificador de país	0	14,3%	779	8,2%
Total	11	100,0%	8492	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

De acuerdo a los rangos de edades se observa una gran variabilidad, encontrando que para el municipio la mayor cantidad de población está representada en los rangos de 20 a 24 años y de 60 a 64 años, como se observa en el Gráfico 14.

Gráfico 14. Pirámide poblacional de migrantes en el municipio de Toribío



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

1.2.13. Conclusiones

Toribío es un municipio típicamente rural que tiene una extensión de 41,200 hectáreas, de las cuales, la mayor parte corresponde a áreas de conservación prioritaria y áreas protegidas (Parques Naturales Nacionales). Esta connotación obedece a las condiciones geográficas del territorio de Toribío, el cual tiene un ecosistema de bosque alto andino, atravesado por varios ríos y con cobertura de páramo. No obstante, a pesar que la vocación del suelo es mayoritariamente para

protección, la presión demográfica, el crecimiento poblacional y la necesidad de trabajar la tierra, conlleva a la tala de bosque para la expansión de la frontera agrícola. Los cultivos más importantes de acuerdo con el CNA 2014 corresponden a los de pancoger (plátano, yuca, etc.), siendo el café el que permite la mayor inserción al mercado, sin embargo, la marihuana representa un cultivo que se ha expandido en el territorio y que deja excedentes importantes para las familias.

Los riesgos ambientales por cuestiones geográficas, climáticas y por el efecto de la deforestación, son principalmente deslizamientos, los cuales, afectan la calidad de las vías y dificulta la accesibilidad al territorio. Administrativamente, Toribío está compuesto por 67 veredas, las cuales se agrupan en 13 bloques que hacen parte de tres grandes resguardos indígenas que conforman la totalidad del territorio, a saber, los resguardos de Tacueyó, Toribío y San Francisco; por tanto, la población es mayoritariamente indígena que, aunque posee una proporción importante de personas jóvenes (entre los 15 y 29 años de edad), su población es principalmente adulta.

En cuanto a la natalidad, el municipio de Toribío muestra tasas superiores comparadas con las que presenta el departamento, en donde llama la atención un incremento de la fecundidad de las mujeres adolescentes, frente una disminución gradual de la fecundidad de las mujeres jóvenes del territorio. En contraste con esta situación es importante mencionar que de acuerdo a las proyecciones presentadas para el año 2025 existe una tendencia a la disminución de los números nacimientos por lo que valdría la pena hacer un seguimiento a esos comportamientos los cuales podrían a futuro llevar a cambios tales como la presentación de una pirámide poblacional regresiva para el municipio.

Como era de esperarse, debido a la historia de conflicto en el municipio, Toribío presenta un porcentaje importante de población en condición de víctima, siendo las mujeres las principales afectadas por esta problemática.

Otras de las problemáticas que se pueden evidenciar es la resultante del sub-registro de la población migrante que habita en el territorio, lo que se podría traducir en el no acceso a los diferentes servicios de salud y programas preventivos con que cuenta el municipio para esta población, pese a los esfuerzos realizados por parte de las autoridades locales.

En conclusión, la dinámica demográfica de Toribío plantea retos sociales y políticos, dados primero, por la sobre-intensificación de la utilización de la tierra que acarrea expansión de la frontera agrícola y el uso inadecuado de los recursos; y, segundo, por el incremento a futuro de la población de adultos mayores lo que implicaría el repensar los esquemas sociales de protección y de atención para esta población.

Finalmente, se debe continuar con los esfuerzos para el registro de la población migrante que habita en el territorio con el fin de tener un mayor control sobre su estado general y garantizar así su acceso a los servicios ofertados por las instituciones territoriales.

2. CAPITULO II. EFECTOS Y DETERMINANTES DE SALUD

En este capítulo se realizará el análisis de la mortalidad determinando las grandes causas, las causas específicas por cada subgrupo y las causas de mortalidad materno –infantil y de la niñez. También se abordará la morbilidad atendida y reportada, de acuerdo con los determinantes de salud intermediarios y estructurales en el territorio. Este análisis incorporará variables transversales tales como género, nivel educativo, área de residencia, afiliación, etnia, desplazamiento y condición de discapacidad.

2.1. Análisis de mortalidad

2.1.1. Mortalidad general por grandes causas

La tasa ajustada de mortalidad según edades para el periodo de estudio 2005 a 2020 muestra que las principales causas de muerte para el municipio de Toribío son aquellas ocurridas por causas externas (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otras lesiones), seguidas por aquellas ocurridas por las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras) y las relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio.

Al realizar un análisis del comportamiento de cada una de estas grandes causas se evidencia una fluctuación importante año tras año. Para el caso de la mortalidad por causas externas (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otras lesiones) se observa que dichas fluctuaciones se relacionan directamente con el efecto negativo del conflicto armado, la presencia de grupos armados en el territorio y la firma de los Acuerdos de Paz, presentando tasas relativamente altas para los años anteriores al 2012 cuando se realiza la firma de los acuerdos, año durante el cual la tasa de mortalidad fue de 33,68; posteriormente se evidenció un aumento importante durante los años siguientes, siendo muy significativo el recrudecimiento en el 2019 en donde se presentó la tasa de mortalidad más alta

hasta la fecha la cual fue de 126,79 (Ver Gráfico 15)⁸. Para el año 2020 se presenta nuevamente una reducción, cerrando el periodo con una tasa de 84,23, valor que es cercano al del año 2015. Otro factor que toma suma importancia es el aumento en el número de suicidios que se presentan en el territorio.

En cuanto a la mortalidad debida a las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras) se observa que las mayores tasas se presentaron en el año 2008 (118,15) y en el año 2018 (107,81), con una disminución significativa para el año 2019 (39,02). Sin embargo, en el 2020 se presenta un nuevo repunte con una tasa de 104,69 (Ver Gráfico 15) la cual podría estar relacionada con la pandemia por COVID 19 que se presentó durante ese mismo año. Al analizar la información correspondiente a las defunciones ocurridas en el municipio de Toribío durante el 2020 se tiene un aumento de las defunciones reportadas durante el mes de Julio, reporte que coincide con los picos de casos de COVID 19 registrados en el territorio y que además contrasta con los picos registrados en el departamento y las declaratorias de alerta roja hospitalaria durante esas mismas fechas⁹. En este mismo sentido, al analizar el tipo de defunción se tiene que para el año 2020 las defunciones fueron dadas en mayor proporción por muerte natural, siendo de un 67%, presentándose sobre todo a nivel domiciliario en zonas rurales dispersas, y en un muy bajo porcentaje a nivel institucional.

Pese a todo lo anterior, es importante resaltar que con las defunciones naturales se tiene una dificultad y es que los datos de la causa específica de muerte son poco confiables debido a que esta información se basa en el último reporte de historia

⁸ Un hecho preocupante para la comunidad indígena de Toribío, tienen que ver con el efecto del conflicto armado expresado en exposición a ataques, la propagación de los cultivos de uso ilícito y otros hechos victimizantes, sobre las prácticas culturales del Pueblo Nasa. El efecto más notorio tiene que ver con la debilidad de los factores protectores y preventivos ante las dinámicas que implican la presencia de grupos armados en el territorio.

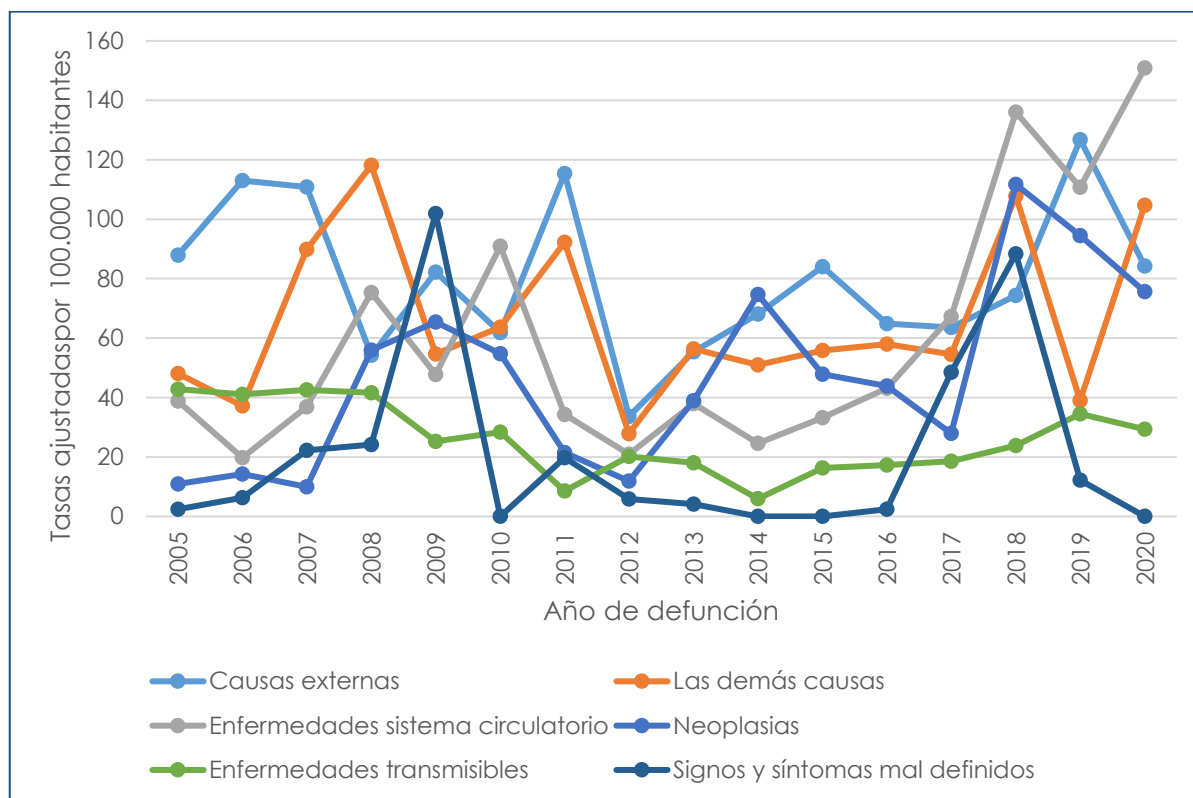
⁹ Durante el mes de Julio de 2020 en el municipio de Toribío se reportaron la mayor cantidad de casos positivos por COVID 19 de acuerdo a los datos proporcionados por el área de Vigilancia Epidemiológica.

clínica con que cuentan los familiares y en la entrevista que se realiza para el diligenciamiento del acta de defunción, la cual no incluye el reporte de sintomatología respiratoria que pueda dar cuenta de sí estas muertes pudieron estar o no relacionadas con COVID 19. Otra problemática es que en el 100% de los casos de muerte natural no se realiza autopsias por negativa de los familiares aduciendo temas culturales y, en el caso de las ocurridas en domicilio no se cuenta con un dictamen médico que permita esclarecer de manera confiable la causa de muerte y de esta manera tener el panorama del comportamiento del COVID 19 en estas defunciones.

La tercera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, la cual durante los últimos tres años ha presentado las mayores tasas de mortalidad siendo de 136,09 para el 2018, de 110,77 para el 2019 y de 150,88 para el 2020, siendo esta última la tasa más alta reportada hasta la fecha (ver Gráfico 15).

Conviene señalar la reducción significativa de las mortalidades por enfermedades transmisibles que cierra el 2020 con una tasa de 29,33 y las correspondientes a signos y síntomas mal definidos que para el mismo año tiene una tasa con valor 0.

Gráfico 15. Tasa de mortalidad ajustada por edad (2005–2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

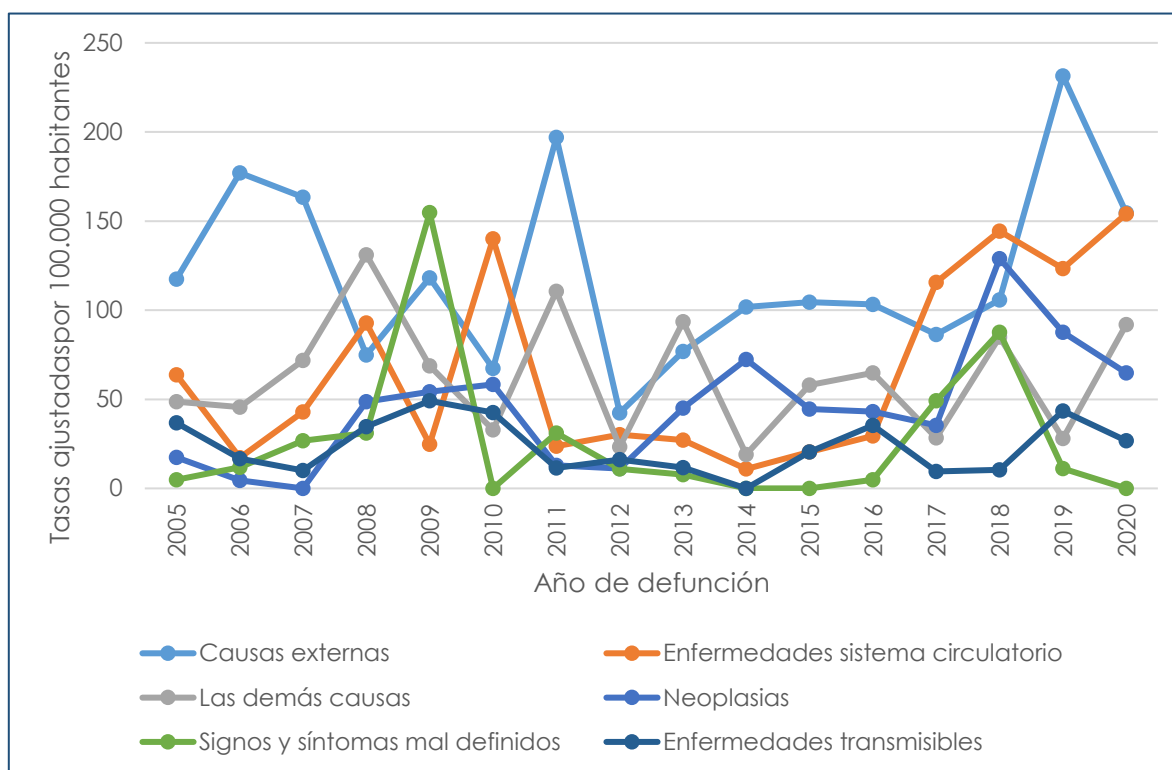
Al realizar la desagregación por sexo de las principales causas de mortalidad se mantienen, tanto para hombres y mujeres, las muertes relacionadas con las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras) y aquellas debidas a enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo se tiene variaciones en el orden de ocurrencia y, para el caso de las mujeres una nueva grande causa. En este sentido, en el caso de los hombres, se mantienen las mismas causas de muerte que para el total general, es decir, las muertes por causas externas, las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo en orden de ocurrencia se observa que la segunda causa de mortalidad es debida a enfermedades del sistema circulatorio mientras que la tercera causa está

relacionada con las demás enfermedades. La mortalidad por causa externa en los hombres sigue siendo la primera causa con una tasa de 154,51 por cada 100.000 habitantes para el último año, con un comportamiento fluctuante desde el año 2005, presentando las tasas más altas durante los años 2011 y 2019 con valores de 196,93 y 231,46 respectivamente (Ver Gráfico 16), datos que coinciden con lo expresado anteriormente en el análisis de la mortalidad en general, donde el recrudecimiento del conflicto armado podría explicar esta tendencia en el territorio.

Para las enfermedades circulatorias, se observa fluctuaciones importantes en términos de las tasas de mortalidad, con un pico importante para el año 2010 en donde se presentó una tasa de 140,09 por cada 100.000 habitantes, seguido de un descenso continuo y sostenido entre los años 2011 y 2016, para posteriormente mostrar un aumento importante y significativo de la tasa de mortalidad con un repunte en el año 2018 con una tasa de 144,32 y cerrando el 2020 con la mayor tasa presentada hasta la fecha la cual es de 154,08 por cada 100.000 habitantes.

En el caso de las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras) presentan un patrón similar a la tendencia general, con picos importantes para los años 2008, 2011, 2013 con tasas de 131,13; 110,63 y 93,48 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, seguido por un descenso marcado hasta el 2018 en donde se registra una tasa de 84,91; y aunque para el 2019 presenta un descenso muy importante (tasa de mortalidad de 28,1 por cada 100.000 habitantes) para el 2020 hay un nuevo repunte con una tasa de 91,95; siendo esta la tasa más alta presentada para esta causa durante el último quinquenio, la cual, como ya se mencionó anteriormente podría estar relacionada con la pandemia COVID 19.

Gráfico 16. Tasa de mortalidad ajustada por edad para hombres (2005–2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

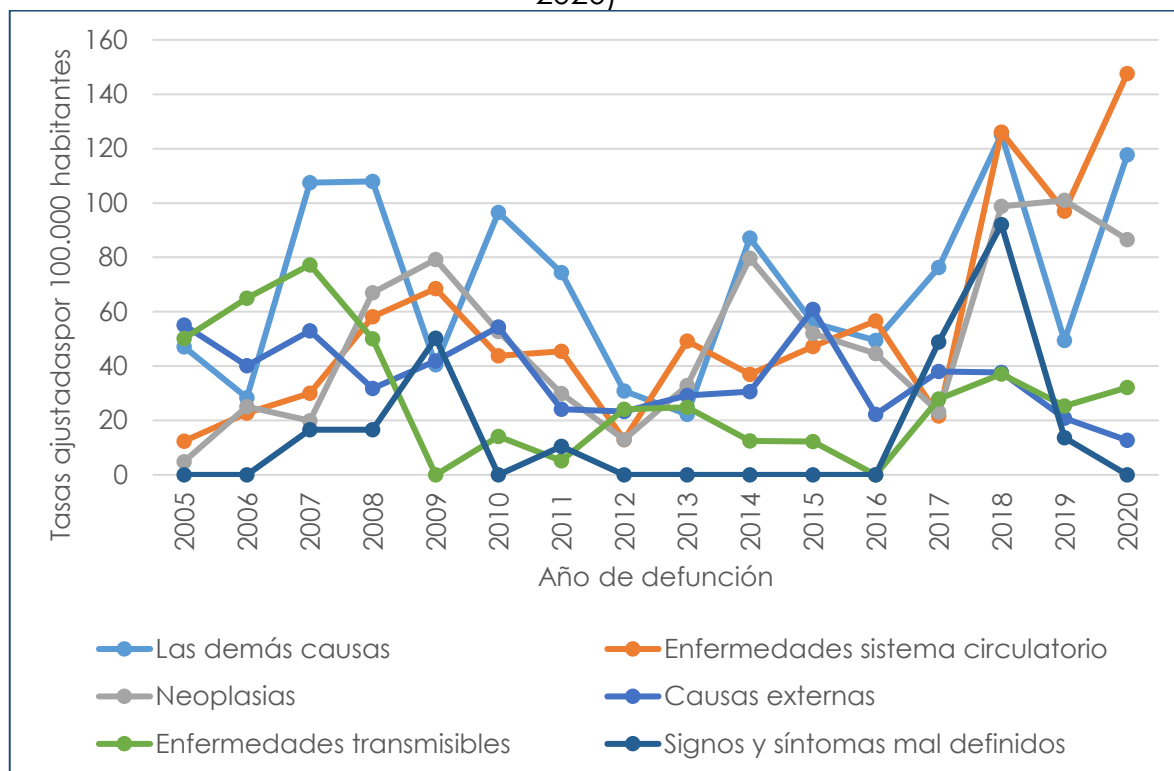
En las mujeres, se observa cambios en la ocurrencia de las grandes causas y además la aparición de una nueva causa dentro de las grandes causas de mortalidad. Se tiene entonces que, la primera gran causa de mortalidad es la relacionada con las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, incluidas las derivadas del parto y puerperio entre otras), en segundo lugar aparecen aquellas relacionadas con las enfermedades del sistema circulatorio y como tercera causa las Neoplasias.

Al analizar el comportamiento de cada una de las grandes causas en el periodo de 2005 a 2020 se tiene que para las demás causas los mayores registros se presentaron en los años de 2007, 2008, 2010, 2014 y especialmente en el año 2018 con tasas de mortalidad de 107,51; 107,95; 96,48; 87,10 y 125,21 por cada 100.000

habitante, respectivamente. Para el año 2019 se registra un descenso significativo de la tasa siendo de 49,49, registro que coincide con el comportamiento de esta causa en el grupo de hombres, y un incremento marcado para el 2020 con una tasa de 117,66 por cada 100.000 habitantes (ver Gráfico 17). Las enfermedades del sistema circulatorio, por su parte, muestran un incremento gradual dado desde el año 2012 donde presentaba una tasa de mortalidad de 13,0 por cada 100.000 habitantes hasta el año 2018 donde se da un incremento significativo con una tasa de 126,06 y un nuevo repunte al cierre de 2020 con una tasa de 147,66 por cada 100.000 habitantes, siendo esta la tasa de mortalidad más alta para el periodo en estudio. Es importante mencionar que pese a que no se cuenta con información específica que permita relacionar el aumento de defunciones con la aparición de la pandemia por COVID-19 en el municipio de Toribio para el año 2020, si se puede establecer que durante este año se evidenciaron la mayor cantidad de casos positivos lo que coincide con el mayor porcentaje de muertes en la población, en donde además se podrían relacionar el padecimiento de enfermedades consideradas como factores de riesgo para contraer el virus de COVID 19 determinadas por el MSPS tales como las del sistema circulatorio y las que se agrupan en las demás causas.

Para finalizar el análisis de las grandes causas de mortalidad en este grupo, se realizará el análisis del comportamiento de las Neoplasias, el cual ha sido fluctuante en el periodo de 2005 al 2020, con un registro importante para los años 2018 con una tasa de 98,72 y el año 2019 con una tasa de 100,97 por cada 100.000 habitantes, siendo esta última la tasa más alta registrada hasta el momento. Para el año 2020 se observa una disminución de la tasa de mortalidad (86,54 por cada 100.000 habitantes), sin embargo continua siendo elevada en comparación con la presentada en otros años.

Gráfico 17. Tasa de mortalidad ajustada por edad para mujeres (2005–2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

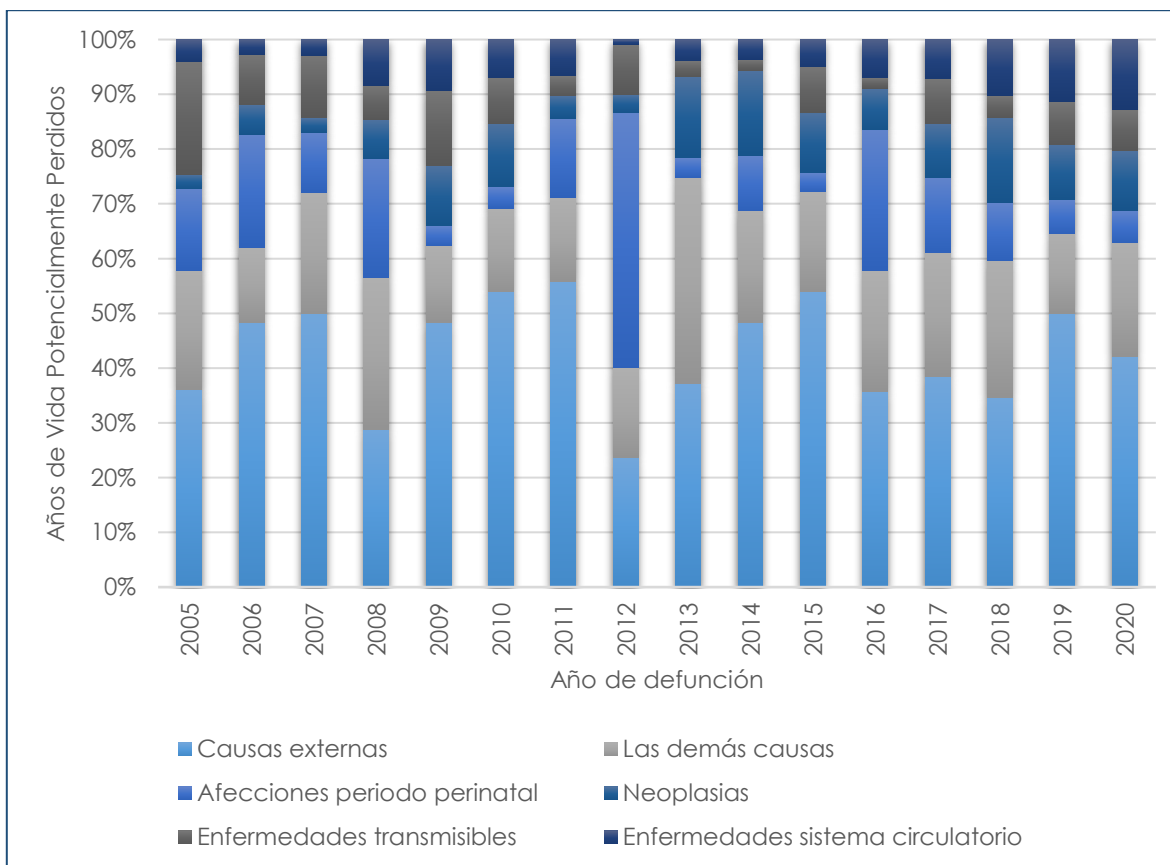
En resumen, la principal causa de muerte según la tasa ajustada por edad difiere entre géneros, para los hombres son las causas externas, (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otras lesiones), mientras que para las mujeres son las relacionadas con las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, incluidas las derivadas del parto y puerperio, entre otras). Es importante mencionar que estas grandes causas fueron las mismas que se hallaron como resultado en el periodo de estudio 2005 a 2019 por lo que sería importante entonces, evaluar las estrategias que desde salud pública se están llevando a cabo para la disminución de estos registros en las tasas de mortalidad de la población.

2.1.2. Años de vida potencialmente perdidos – AVPP

Los años de vida perdidos es un indicador que permite identificar cuáles son las enfermedades que causan o producen muertes de manera prematura y se expresa como el número de años que la persona hubiera vivido en caso de haber cumplido con la esperanza de vida. Entre 2005 y 2020, la mortalidad debida a causas externas (homicidios, accidentes de tránsito, suicidios y otras lesiones) contribuyen en 41,17% de los años potencialmente perdidos, seguido por las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras) con un 19,69%, las afecciones del periodo perinatal con 13,01%, neoplasias con 8,56%, las enfermedades transmisibles con 7,48%, las enfermedades del sistema circulatorio con 6,10% y los síntomas o signos mal definidos con 4%.

Al analizar el comportamiento de las grandes causas a través de los años se puede observar que durante los años 2010, 2011 y 2015, las causas externas explican más de la mitad de los años perdidos en términos proporcionales (53,99%, 52,63% y 53,91% respectivamente) siendo está la única causa que presenta valores mayores al 50% (ver Gráfico 18). Aunque para el 2020 el porcentaje de causas externas se encuentra por debajo del 50% (42,16%) sigue siendo el de mayor proporción, duplicando incluso el valor porcentual de las demás causas, que se encuentra como segunda causa en importancia con 20,69%, lo que daría cuenta de la problemática por conflicto armado presente en el territorio.

Gráfico 18. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas (2005–2020)



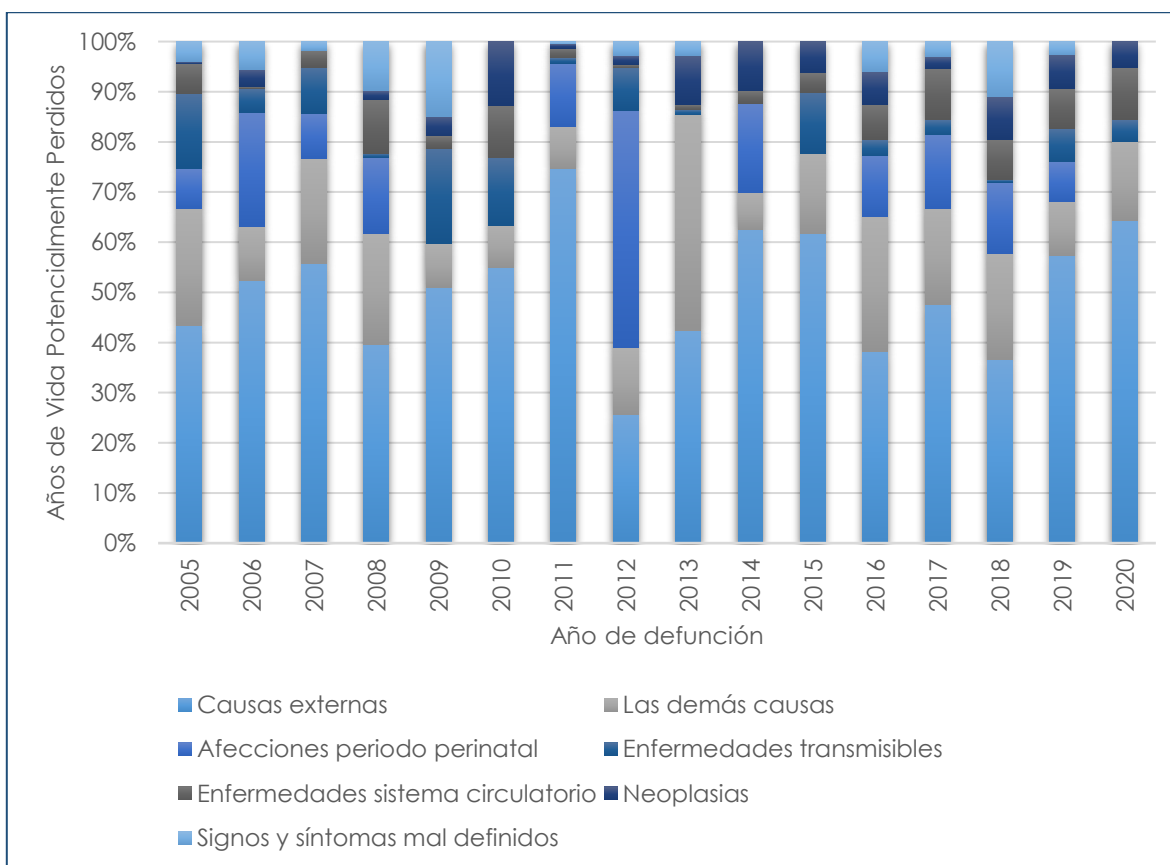
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el caso de los hombres, la tendencia es similar al total de la población, es decir, los AVPP son explicados principalmente por las causas externas (50,51%), siendo incluso mayor al reportado por el total de la población que era de 41,17%.

Continúan las demás causas con 17,27%, las afecciones del periodo perinatal con 11,34%, las enfermedades transmisibles con 6,41%, las enfermedades del sistema circulatorio con 5,44%, neoplasias con 4,99%, y los síntomas o signos mal definidos con 4,04%. Al observar el comportamiento año a año, se evidencia, al igual que en el registro general, que las causas externas explican más de mitad de AVPP en hombres durante varios años, con valores porcentuales mayores al 60% para los años 2014 (62,47%), 2015 (61,70%) e incluso superiores al 70% como ocurrió en el 2011 (74,68%), registros que guardan relación, como se ha mencionado en

apartados anteriores con el recrudecimiento del conflicto armado en el territorio (Ver Gráfico 19). Si bien, para el periodo comprendido entre los años 2016 y 2018 los valores se mantuvieron por debajo del 50% para el 2019 y 2020 se evidencia una tendencia al aumento con valores porcentuales de 57,28% y 64,24%, respectivamente.

Gráfico 19. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para los hombres (2005–2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En las mujeres, esta tendencia se mantiene; los AVPP son explicados principalmente por las causas externas con 25,51%, seguido por las demás causas con 23,66% y las afecciones del periodo perinatal con 14,60%. En adelante, para los demás indicadores se reporta, 14,49% para neoplasias, 9,54% para las enfermedades transmisibles, 8,02% para las enfermedades del sistema

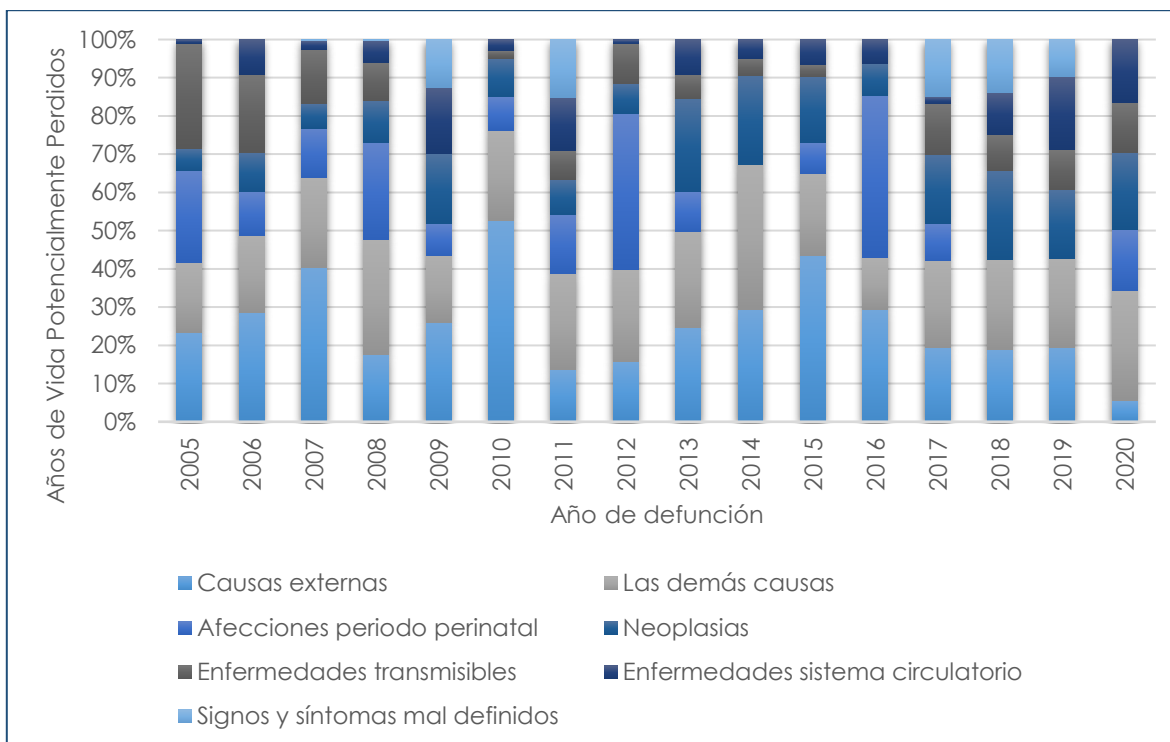
circulatorio y 4,18% para los síntomas o signos mal definidos 4,04% (Ver Gráfico 20). Sin embargo, al comparar los resultados con los obtenidos en los hombres llama la atención que, en valores porcentuales, los registros que se tienen para las mujeres, en general, son inferiores al 50%, encontrando solo un valor porcentual mayor para el año 2010 correspondiente a las causas externas las cuales reportaron 52,77%.

Otro aspecto importante, al analizar el comportamiento año tras año es que, aunque en promedio los AVPP para las mujeres es asociado a las causas externas, en la tendencia se ha encontrado un reporte más elevado para las demás causas, cerrando incluso el 2020 con un valor porcentual de 28,67 frente al 5,63% reportado por las causas externas.

Si consideramos los resultados obtenidos en el análisis de mortalidad, tenemos entonces que este comportamiento es coincidente, toda vez que para este grupo poblacional la principal causa de mortalidad corresponde a aquellas relacionadas con las demás causas, y que, de manera adicional, también contrasta con lo hasta el momento hallado y es que los hombres han sido los más afectados por el recrudecimiento del conflicto armado en términos de mortalidad¹⁰.

¹⁰ Es importante mencionar que de acuerdo con los análisis del presente informe las mujeres son las que en proporción representan un mayor número de población en condición de víctima del conflicto, entendida en términos de desplazamientos forzado y otros tipos de violencia, en comparación con los hombres que cuya afectación ha estado marcada en términos de mortalidad.

Gráfico 20. Porcentaje de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para las mujeres (2005–2020)



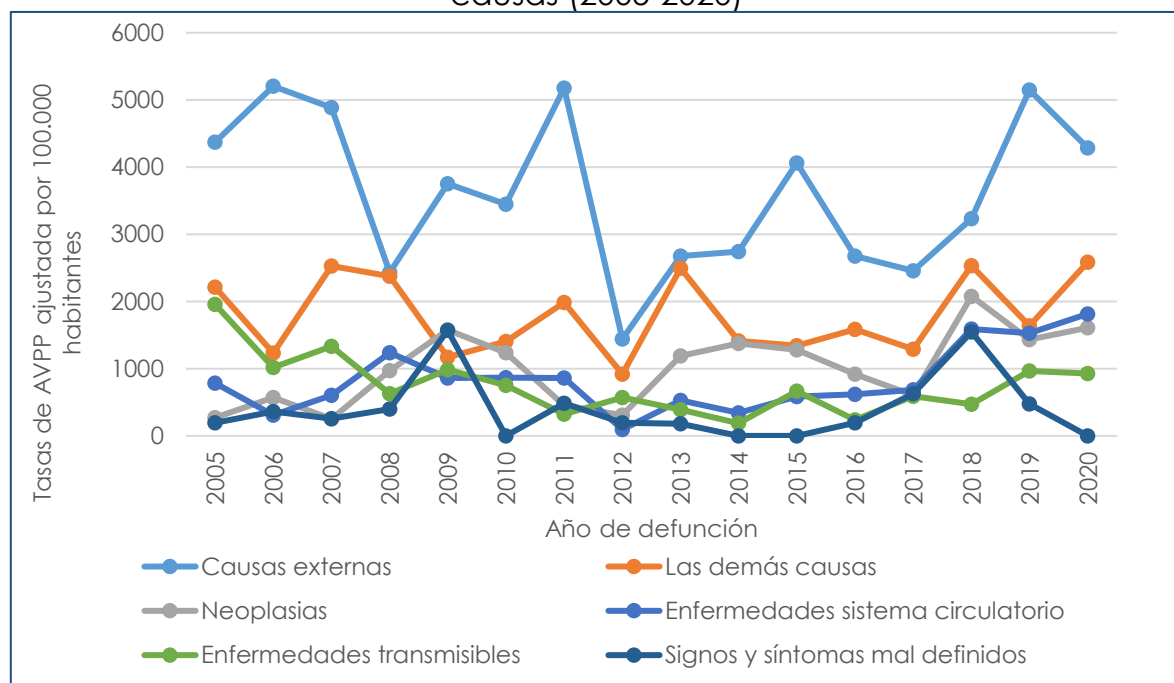
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.3. Tasas ajustadas de los años de vida potencialmente perdidos – AVPP

Para el periodo de estudio comprendido entre 2005 y 2020, la tasa más alta de años de vida potencialmente perdidos corresponde a la mortalidad por causas externas la cual cerró en 2020 con un registro de 4.285,52. Al realizar un análisis año a año se tiene que las mayores tasas para esta causa se registran en los años 2006, 2011 y 2019 (5.202,63; 5175,09 y 5.149,23 por cada 100.000 habitantes) mientras que la tasa más baja se reportó en el año 2012 (1.442,53 por cada 100.000 habitantes) como se muestra en el Gráfico 21. En segundo lugar, se encuentran las demás causas que, con un comportamiento oscilantes en los registros, cuya mayor tasa se presentó al cierre del año 2020 con un valor de 2.587,27 por cada 100.000 habitantes; valor que es muy inferior a los reportados hasta el momento por las causas externas. Le sigue en importancia las Neoplasias, donde se observa una tasa de AVPP fluctuante, cuyas tasas más altas se han registrado en los últimos

tres años con valores de 2.078,01 para el 2018; 1.432,96 para el 2019 y; 1.608,26 para el 2020.

Gráfico 21. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas (2005-2020)



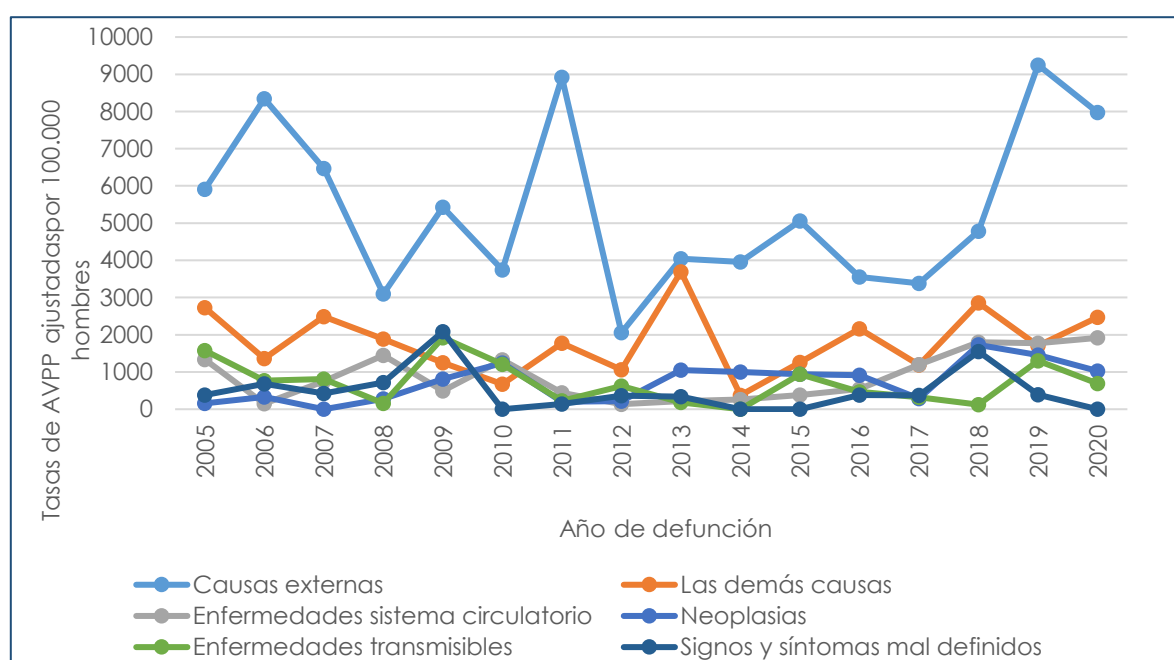
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el caso de los hombres, se mantiene una tendencia similar al total, las causas externas y las demás causas, tienen las tasas más altas por cada 100.000 habitantes, aunque a diferencia del total poblacional, las enfermedades asociadas al sistema circulatorio tienen una tasa superior a las neoplasias, tal y como se reportó también en el ASIS 2021.

Al evaluar el comportamiento de las causas externas se tiene que las tasas más altas se reportaron para los años 2006, 2011 y 2019 (8.338,60; 8.920,89 y 9.249,27 por cada 100.000 habitantes respectivamente), siendo el año 2019 el de la tasa más representativa, sin embargo con una importante disminución al cierre del 2020 que registró una tasa de 7969,54 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 22). En el caso de las demás causas, se observa las tasas más altas durante los años 2013 y

2018 (3.694,31 y 2.861,21 por cada 100.000 habitantes respectivamente) y un cierre al 2020 de 2.473,54 por cada 100.000 habitantes, valor que se acerca a las tasas más altas registradas en el periodo de estudio. Finalmente, las enfermedades del sistema circulatorio muestran un incremento gradual desde el año 2016 registrando en el 2020 la tasa más alta hasta la fecha con un valor de 1.916,40 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 22. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para hombres (2005-2020)

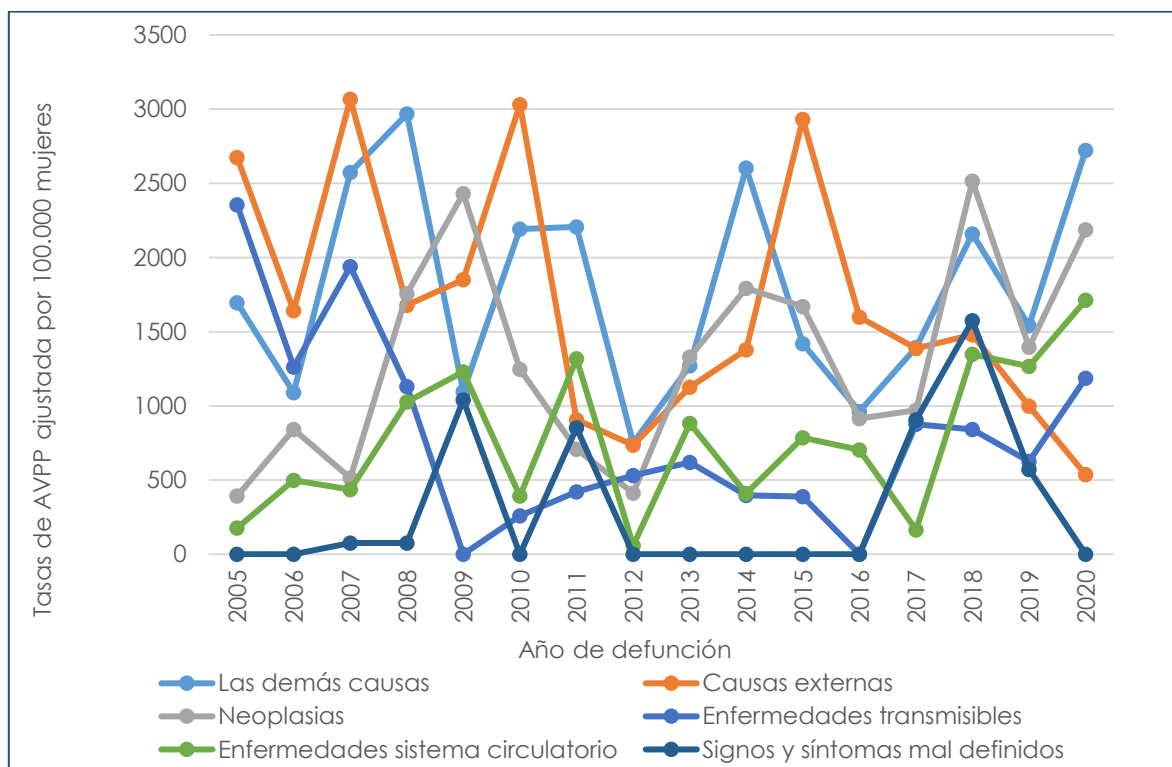


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En las mujeres, por su parte, la tendencia es también similar a la observada en el total poblacional en donde las tasas más altas están representadas por las mismas variables pero en un orden de importancia diferente al que ya se había mencionado, encontrando las demás causas en primer lugar, las causas externas en segundo lugar y en tercer lugar las neoplasias (Ver Gráfico 23). Al evaluar el comportamiento de las demás causas, se tiene que es bastante fluctuante, con tasas más representativas para los años 2008, 2014 y 2020 con valores de 2.968,25; 2.605,04 y 2.722,30 por cada 100.000 habitantes. Es importante resaltar la cifra con la que cierra el año 2020, aún más considerando que para el año 2019 la tasa había

presentado un descenso significativo, pasando de 2.160,14 en el 2018 a 1.540,04 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 23. Tasa de años de vida potencialmente perdidos por grandes causas para mujeres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto a las causas externas éstas exhiben un descenso marcado de la tasa de AVPP durante los últimos años, que si bien para el 2019 presentaba un descenso significativo con una tasa de 998,86 por cada 100.000 habitantes (la tasa más baja desde 2013), para el 2020 presenta una caída muy positiva para el municipio con un valor de 536,55; la tasa más baja presentada hasta el momento. Estos resultados coinciden con lo reportado para el 2020, donde para las mujeres la mortalidad por causas externas no aparece dentro de las tres primeras grandes causas, mientras que si lo son aquellas relacionadas con las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades

crónicas del sistema respiratorio, incluidas las derivadas del parto y puerperio, entre otras).

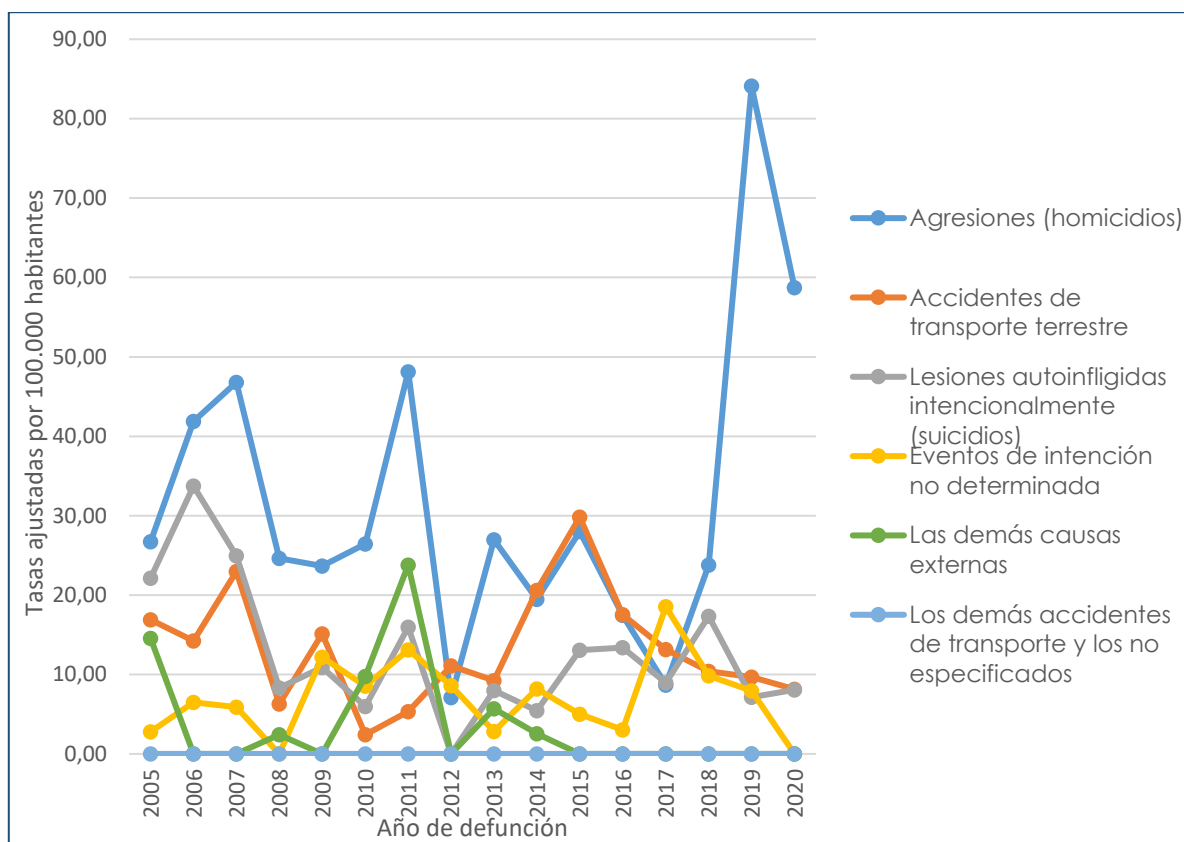
Contrario es lo que se puede observar en las neoplasias, las cuales han presentado picos importantes en los años 2009 con una tasa de 2.432,49, 2018 con una tasa de 2.515,45 y que, pese al descenso del año 2019 (1.397,06), cierra el 2020 con una tasa de 2.187,14 por cada 100.000 habitantes.

2.1.4. Mortalidad específica por subgrupo

2.1.4.1. Causas externas

En el grupo de las causas externas se observa que para las subcausas las tasas más altas corresponden a los homicidios, los accidentes de transporte terrestre y las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios). Las demás subcausas presentan tasas inferiores al 10,00 por cada 100.000 habitantes. Para los homicidios, se encuentran tasas superiores al 40,00 por cada 100.000 habitantes para los años 2006 (41,88); 2007 (46,81); 2011 (48,13) y un repunte bastante significativo en el año 2019 en donde la tasa de mortalidad alcanzó su valor máximo, presentado hasta la fecha de 84,10 por cada 100.000 habitantes. Para el 2020 se tiene una disminución de esta tasa, la cual llegó a 58,75 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 24). Le sigue en importancia los accidentes de transporte terrestre, los cuales, a diferencia de los homicidios las tasas más altas solo llegan a superar 20,00 por cada 100.000 habitantes, tal como ocurrió en los años 2007 (23,00); 2014 (20,60) y 2015 (29,82), siendo la tasa del 2015 la más alta presentada hasta la fecha, la cual, además, ha ido descendiendo de manera gradual cerrando el 2020 con una tasa de 8,15 por cada 100.000 habitantes. Para el caso de las lesiones autoinflingidas (suicidios), se observa un comportamiento fluctuante presentando su tasa más alta en el año 2006 y la tasa más baja en el 2012 (33,74 y 0,00 por cada 100.000 habitantes, respectivamente).

Gráfico 24. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte (2005-2020)

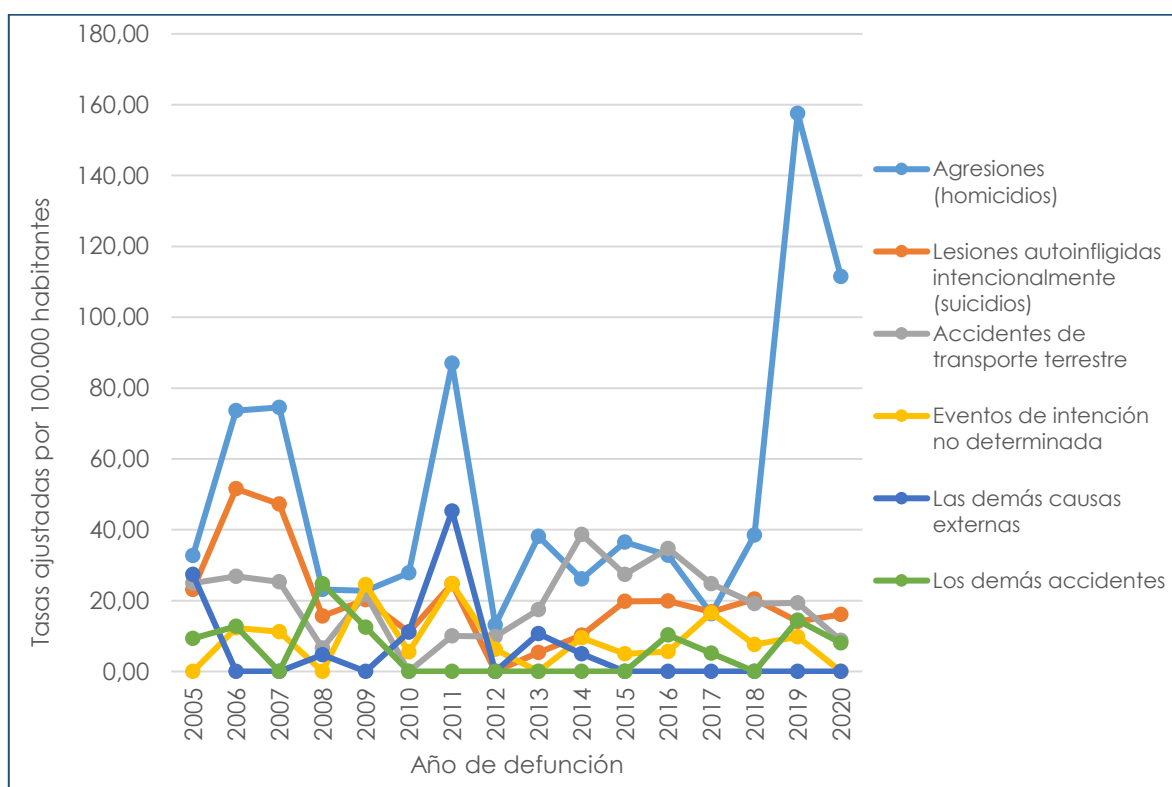


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para las causas externa en los hombres se tiene que para las subcausas las tasas más altas corresponden a los homicidios, las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y los accidentes de transporte terrestre. En cuanto a los homicidios se observa que los hombres presentan tasas más altos, presentando picos durante los años 2006, 2007, 2011, 2019 y 2020 (73,67; 74,51; 87,01; 157,59 y 111,46 por cada 100.000 habitantes, respectivamente) (Ver Gráfico 25). Es importante mencionar que pese a estas tasas que para el periodo comprendido entre el año 2012 y 2018 las tasas mostraron un comportamiento fluctuante que no sobrepasaba la tasa de 40,00 por cada 100.000 habitantes hasta el 2019 que se presenta el repunte más significativo reportado hasta la fecha. En el caso de las lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) se observa la tasa más alta en el año 2006 con una tasa de 51,59 por cada 100.000 habitantes y 2007 con una tasa

de 47,27 por cada 100.000 habitantes. Este subgrupo ha presentado a la fecha una tendencia fluctuante, cerrando al 2020 con una tasa de 16,11 por cada 100.000 habitantes. Por su parte, los accidentes de transporte terrestre, ha presentado las tasas más altas durante los años 2014 y 2016 con valores que no superan el 40,00 por cada 100.000 habitantes, y el cierre al 2020 con un descenso significativo llegando a una tasa de 8,79 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 25. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte para hombres (2005-2020)

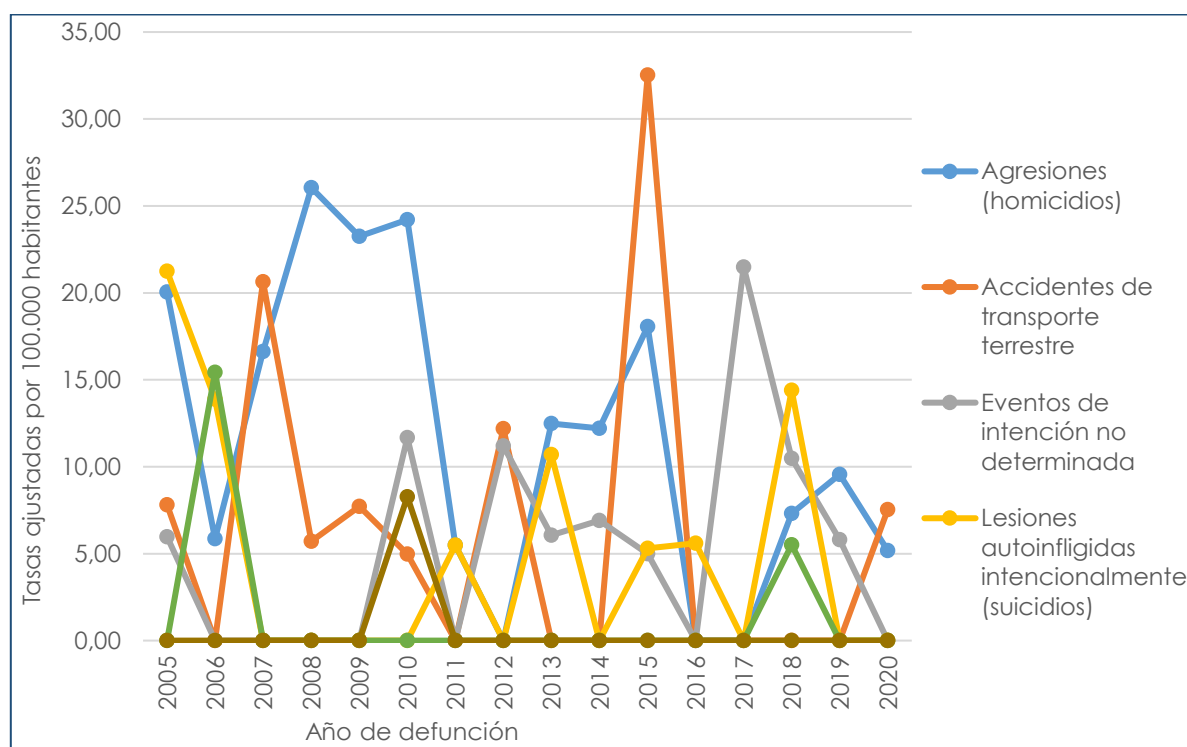


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el caso de las mujeres se tiene que para las subcausas las tasas más altas corresponden a los homicidios, los accidentes de transporte terrestre y los eventos de intención no determinada. Es importante resaltar las mujeres registran tasas mucho más bajas que las que se evaluaron para los hombres, tal es el caso que, para las causas externas, las tasas no sobrepasan los 30,00 por cada 100.000 habitantes, teniendo así como tasa más representativa de 26,05 por cada 100.000

habitantes para el año 2008. Igualmente, se tiene que para los accidentes de transporte terrestre una tasa representativa de 32,52 por cada 100.000 habitantes en el año 2015 y para los eventos de intención no determinada un valor máximo de 21,49 por cada 100.000 habitantes. Para el año 2020 estos subgrupos cierran con tasas por cada 100.000 habitantes de 5,17 para homicidio (siendo la más baja reportada hasta le fecha); 7,53 para accidentes de transporte terrestre y 0,00 los eventos de intención no determinada (Ver Gráfico 26).

Gráfico 26. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las causas externas de muerte para mujeres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En resumen, dentro de las causas externas los homicidios son los que registran las mayores tasas, siendo muy superior las observadas para los hombres en comparación con las mujeres, lo que pone de manifiesto lo que hasta el momento se ha argumentado acerca de la mayor afectación que presentan los hombres quienes son los actores principales en las dinámicas del conflicto.

2.1.4.2. Las demás causas

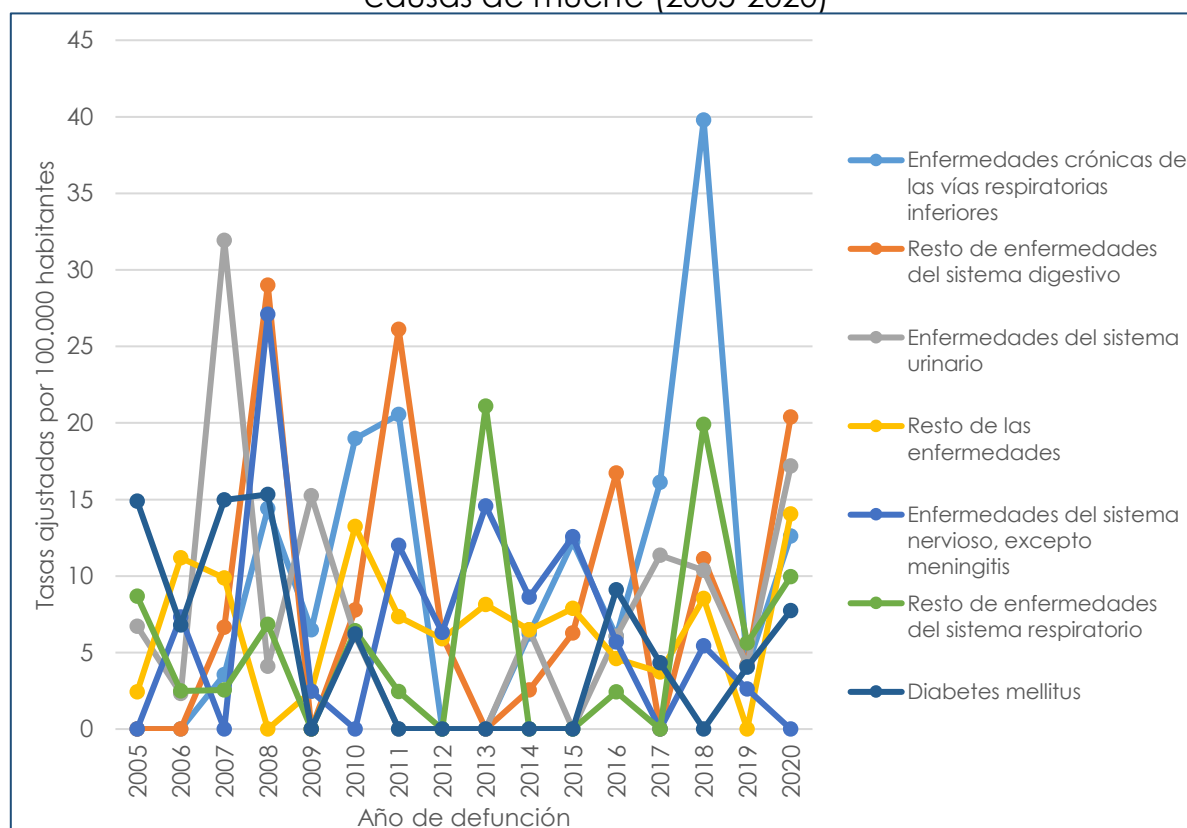
Dentro de este grupo, destacan las altas tasas de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, el resto de enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario y la categoría resto de enfermedades de acuerdo a su ocurrencia en el territorio. Para el caso de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores registran variaciones importantes, incluso con el reporte de tasas por valor de 0,00 por cada 100.000 habitantes. En la evaluación del último quinquenio, se tiene una tasa elevada para el año 2018 que equivale a 39,78 por cada 100.000 habitantes seguido en el 2019 con una disminución muy significativa, donde la tasa llegó a ser de 4,04 y un nuevo incremento para el 2020 que cierra con una tasa de 12,60 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 27).

Por otro lado, el resto de enfermedades del sistema digestivo muestra, al igual que para la subcausa anterior, variaciones importantes en su comportamiento, registrando dos tasas por cada 100.000 habitantes elevadas para el periodo en estudio, correspondientes a los años 2008 (28,99) y 2011 (26,12), a partir de ahí las tasas fueron en descenso, exceptuando el 2016 donde la tasa cerró en 16,73 por cada 100.000 habitantes; es importante mencionar que aunque para el año 2019 se presenta la tasa más baja (4,18 por cada 100.000 habitantes) esta presenta un nuevo aumento importante para el año 2020 donde se registró una tasa de 20,38 por cada 100.000 habitantes.

En cuanto a las enfermedades del sistema urinario se encuentra un comportamiento similar, con un único pico en la tendencia presentado en el 2007 donde la tasa fue de 31,92 por cada 100.000 habitantes; en los años siguientes se muestran variaciones con tasas que no superan los 20,00 por cada 100.000 habitantes, un decrecimiento importante para el 2019 con una tasa de 4,17 por cada 100.000 habitantes y un cierre en aumento para el 2020 con una tasa de 17,18 por cada 100.000 habitantes.

Finalmente para la categoría resto de enfermedades se evidencia fluctuaciones importantes con un descenso continuado entre los años 2013 y 2017 que se ve interrumpido por un aumento en la tasa para el año 2018 equivalente a 8,54 por cada 100.000 habitantes, seguido por una tasa de 0,00 para el 2019 y un repunte importante para el año 2020 el cual cierra con una tasa de 14,05 por cada 100.000 habitantes. Para las demás subcausas se tiene en 2020 tasas inferiores al 10,00 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 27. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte (2005-2020)



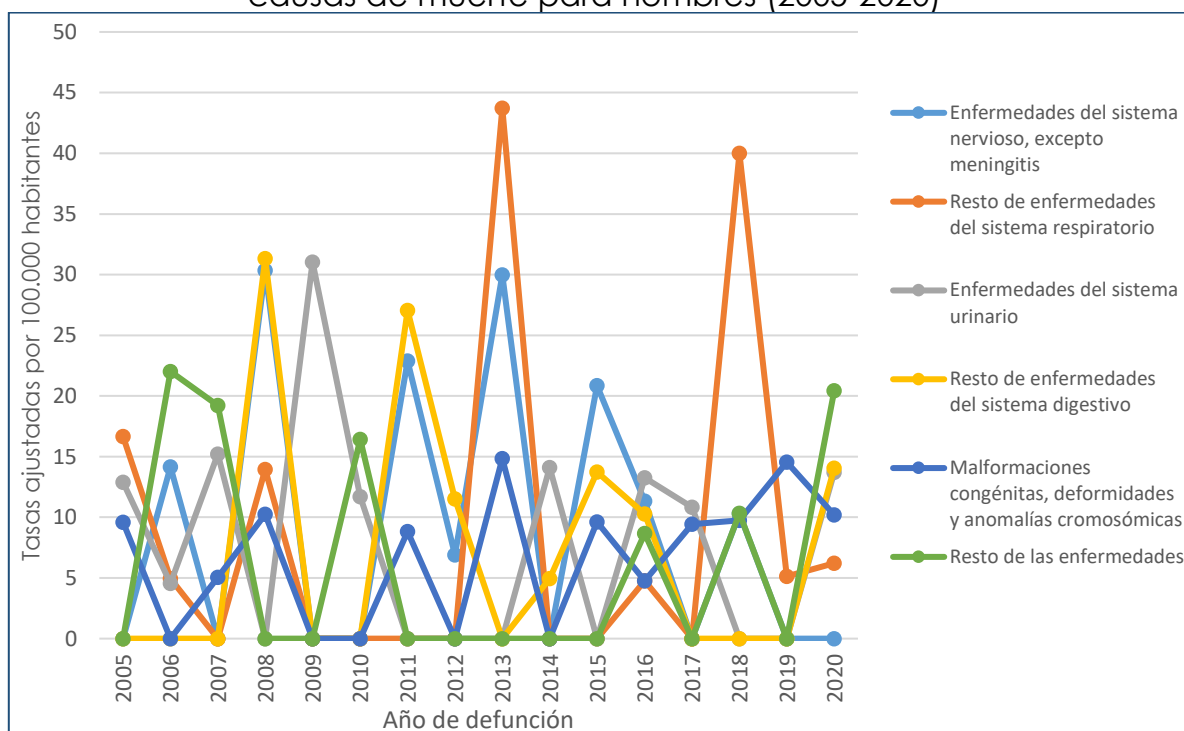
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En el caso de los hombres, la tendencia cambia con respecto al total de la población, toda vez que las subcausas que registran las tasas más altas, en orden de importancia, las enfermedades el sistema nervioso (excepto meningitis), el resto de enfermedades del sistema respiratorio, las enfermedades del sistema urinario y el resto de las enfermedades del sistema digestivo. En este sentido, las

enfermedades el sistema nervioso (excepto meningitis) registran dos picos para el año 2008 (30,36 por cada 100.000 habitantes) y 2013 (29,98 por cada 100.000 habitantes) con una reducción sostenidas de las de las tasas desde el año 2015 cerrando el 2020 con una tasa de 0,00 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 28). Por su parte la tendencia de las enfermedades del sistema respiratorio muestra dos picos en 2013 (43,72 por cada 100.000 habitantes) y en 2018 (40,00 por cada 100.000 habitantes) con una reducción dramática en 2019 donde se registra una tasa de 5,14 y un cierre en el 2020 de 6,21 por cada 100.000 habitantes.

Para las enfermedades del sistema urinario se observan en general, tasas bajas, con un único pico en el año 2009 donde se registra una tasa de 31,04 por cada 100.000 habitantes, seguida de un descenso y un aumento gradual al año 2020 donde se registra una tasa de 13,70 por cada 100.000 habitantes; la tasa más alta reportada para esta subcausa desde el año 2014. Por su parte, las demás enfermedades del sistema digestivo muestra en su tendencia dos picos importantes en 2008 y 2011 (31,32 y 27,06 por cada 100.000 habitantes respectivamente), presentando para el 2020 una tasa de 14,06 por cada 100.000 habitantes, que, como en la subcausa anterior, sería la tasa más alta registrada desde el año 2011.

Gráfico 28. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte para hombres (2005-2020)

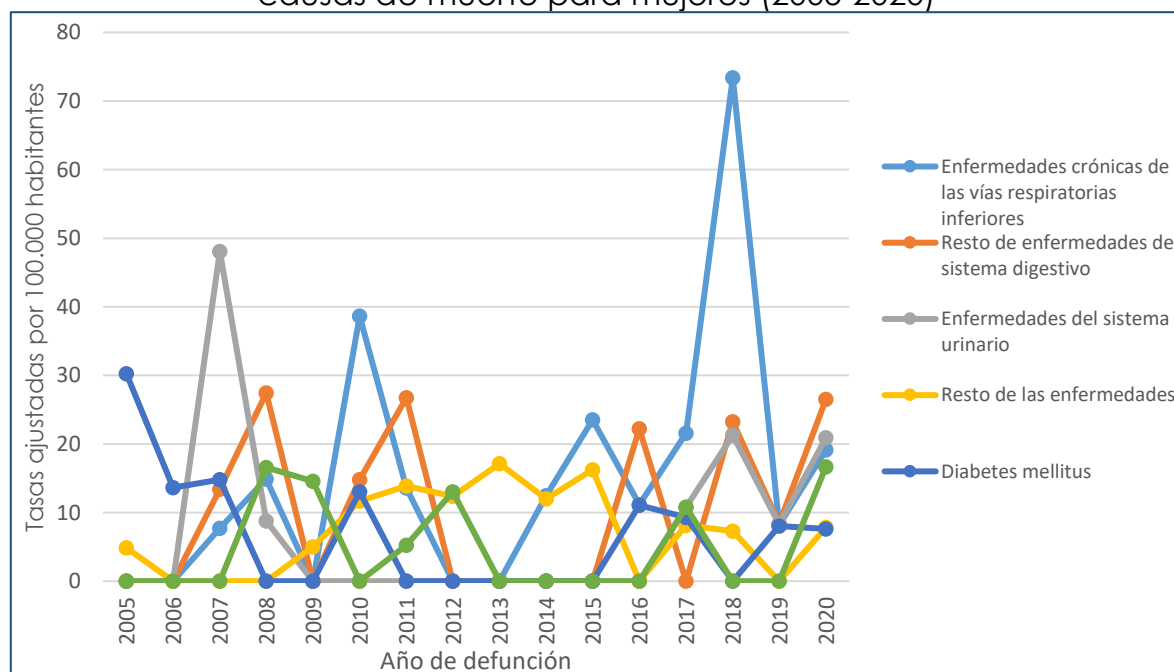


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Al evaluar los resultados en las mujeres, se observa un patrón similar a la tendencia presentada por el total de la población teniendo que las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades del sistema digestivo, las enfermedades del sistema urinario y el resto de enfermedades son las registran, en promedio, las tasas más altas, que incluso llegan a superar las observadas en los hombres. Las enfermedades de las vías respiratoria inferiores presenta una tendencia fluctuante con un pico muy en 2018, donde registra una tasa de 73,39 por cada 100.000 habitantes, con un decrecimiento importante para el 2019 (8,16 por cada 100.000 habitantes) y un nuevo aumento, aunque no tan extremo, para el 2020 (19,15 por cada 100.000 habitantes) (Ver Gráfico 29). Las enfermedades del sistema digestivo registran, por su parte, picos importantes para los años 2008, 2011 y 2020 (27,43; 26,74; y 26,50 por cada 100.000 habitantes respectivamente). Para las enfermedades del sistema urinario, este grupo poblaciones presenta su pico más alto en 2007, año en el que se registró una tasa

de 48,09 por cada 100.000 habitantes, con una reducción importante a 2019, en donde se registra la tasa más baja a la fecha (8,29 por cada 100.000 habitantes). Sin embargo en el 2020 se presenta un nuevo aumento con un registro de 20,90 por cada 100.000 habitantes. Ya para la categoría resto de las enfermedades, se observa variación de la tendencia con tasas que no superan los 20,00 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 29. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las demás causas de muerte para mujeres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

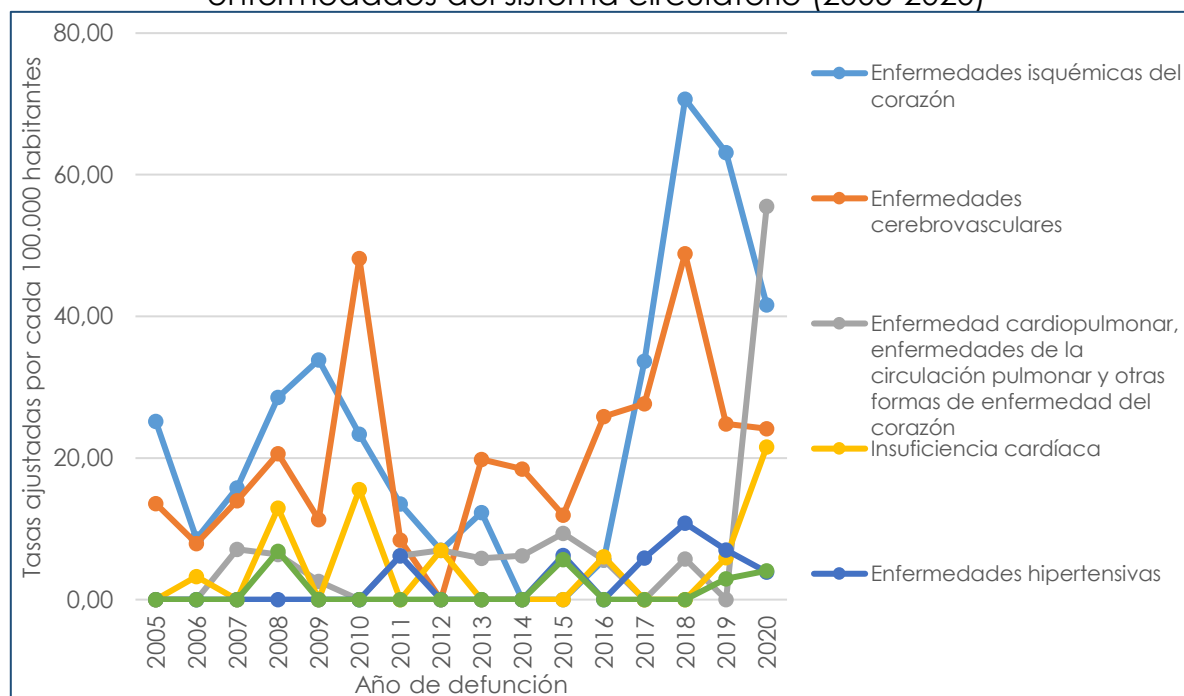
2.1.4.3. Enfermedades del sistema circulatorio

Dentro de este grupo, las subcausas más importantes corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y aquellas que se encuentran dentro de la categoría Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón. La tendencia que presenta las enfermedades isquémicas del corazón, es muy volátil, donde los mayores registros se evidencian en los años 2018 y 2019 en donde las tasas fueron de 70,69 y 63,14 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Pese a estos resultados y analizando los últimos tres años, se

podría considerar una tendencia decreciente, puesto que para el 2020 el registro es de 41,64 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 30).

Igualmente para las enfermedades cerebrovasculares, pese a la fluctuación de las tasas presentadas hasta la fecha, el análisis de comportamiento de estos últimos tres años podría indicar una tendencia descendente con tasas registradas, por cada 100.000 habitantes, de 48,85 para 2018; 24,82 para 2019 y 24,15 para 2020. En el caso de la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón se tiene una tendencia generalizadas de tasas muy bajas que no superan los 10,00 por cada 100.000 habitantes, sin embargo, llama la atención que para 2020 se registra una tasa de 55,56 por cada 100.000 habitantes, valor muy por encima de los registrados hasta la fecha para esta subcausa.

Gráfico 30. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

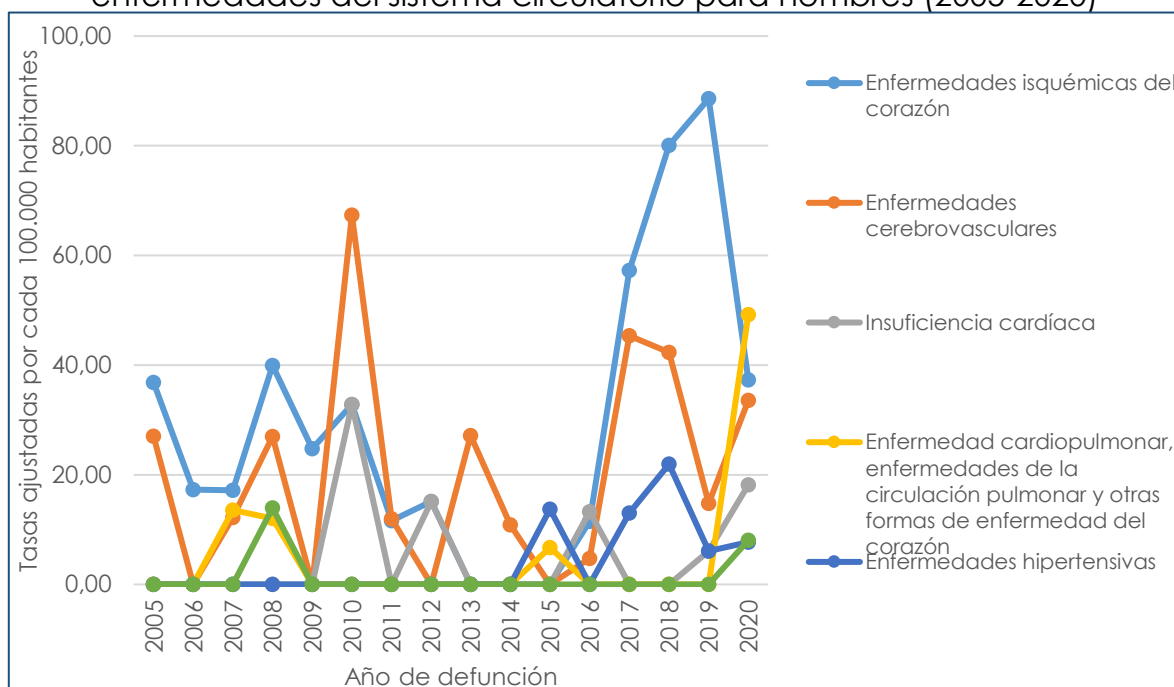
En los hombres se observa una tendencia similar, es decir las tasas más altas corresponden a las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares, sin embargo, en tercer lugar aparece la insuficiencia cardíaca.

Para las enfermedades isquémicas se observa un crecimiento importante desde el años 2016 hasta el 2019, periodo en el que se presentan las tasas más altas para esta subcausa, siendo de 80,07 por cada 100.000 habitantes para el 2018 y de 88,58 por cada 100.000 habitante para el 2019, con un descenso, también importante, al cierre del 2020 donde se registró una tasa de 37,31 por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico 31).

Por otra parte, en las enfermedades cerebrovasculares se tiene un único pico en el 2010 con una tasa de 67,36 por cada 100.000 habitantes. A partir del 2017 se observa una tendencia descendiente culminando el 2019 con una tasa de 14,79 por cada 100.000 habitantes, seguido de un nuevo aumento que para 2020 es de 33,58 por cada 100.000 habitantes. En cuanto a la Insuficiencia cardíaca se observan en varios años tasas con valor de 0,00 y un único pico en 2010 con una tasa de 32,83 por cada 100.000 habitantes.

Cabe resaltar que, aunque la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón es la tercera en importancia para el total de la población, para los hombres aparece en un cuarto lugar con un cierre a 2020 de una tasa de 49,23 por cada 100.000 habitantes.

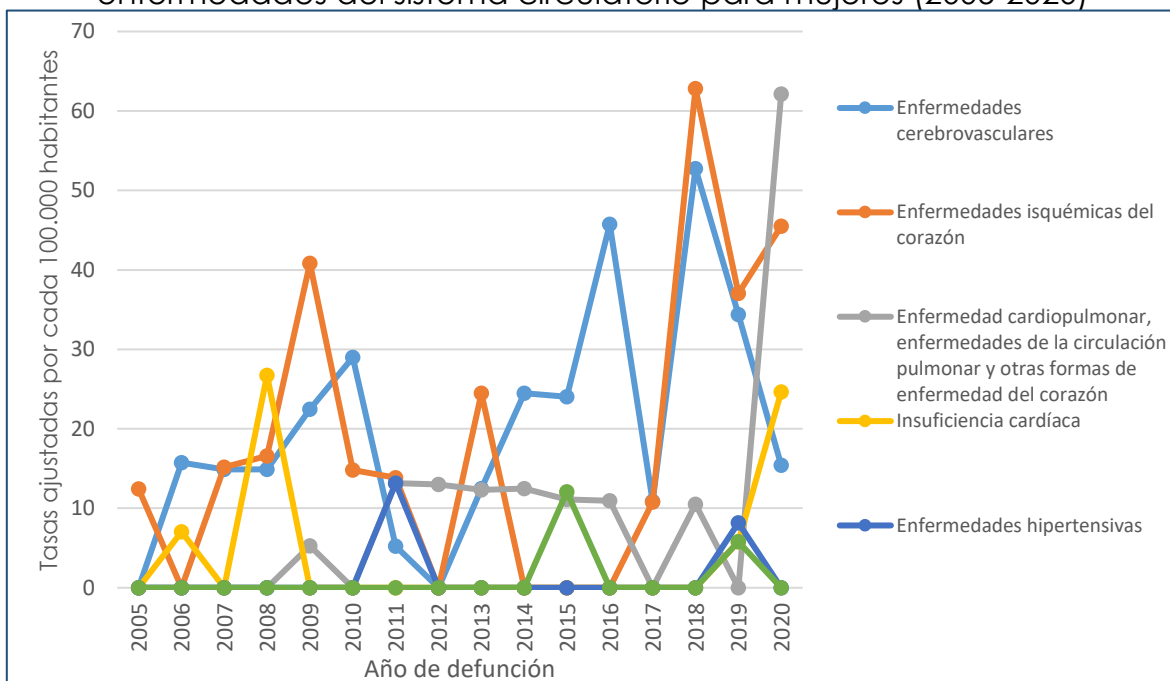
Gráfico 31. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio para hombres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el caso de las mujeres, se tiene que las subcausas en orden de importancia corresponden a las enfermedades cerebrovasculares, seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón y la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón. Para la primera subcausa, las tasas son relativamente altas con una tasa significativa en el año 2018 la cual fue de 52,76 por cada 100.000 habitantes y, en adelante, una disminución paulatina llegando al 2020 con un registro de 15,40 por cada 100.000 habitantes, mientras que, para las enfermedades isquémicas del corazón, se observa una tasa bastante elevada en 2018 (62,82 por cada 100.000 habitantes) seguida por un descenso casi a la mitad en 2019 y un nuevo aumento al finalizar el 2020 con una tasa de 45,52 por cada 100.000 habitantes. Finalmente, la Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, cierran a 2020 con una tasa de 62,13 por cada 100.000 habitantes, tal como se evidenciaba para los hombres (Ver Gráfico 32).

Gráfico 32. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades del sistema circulatorio para mujeres (2005-2020)



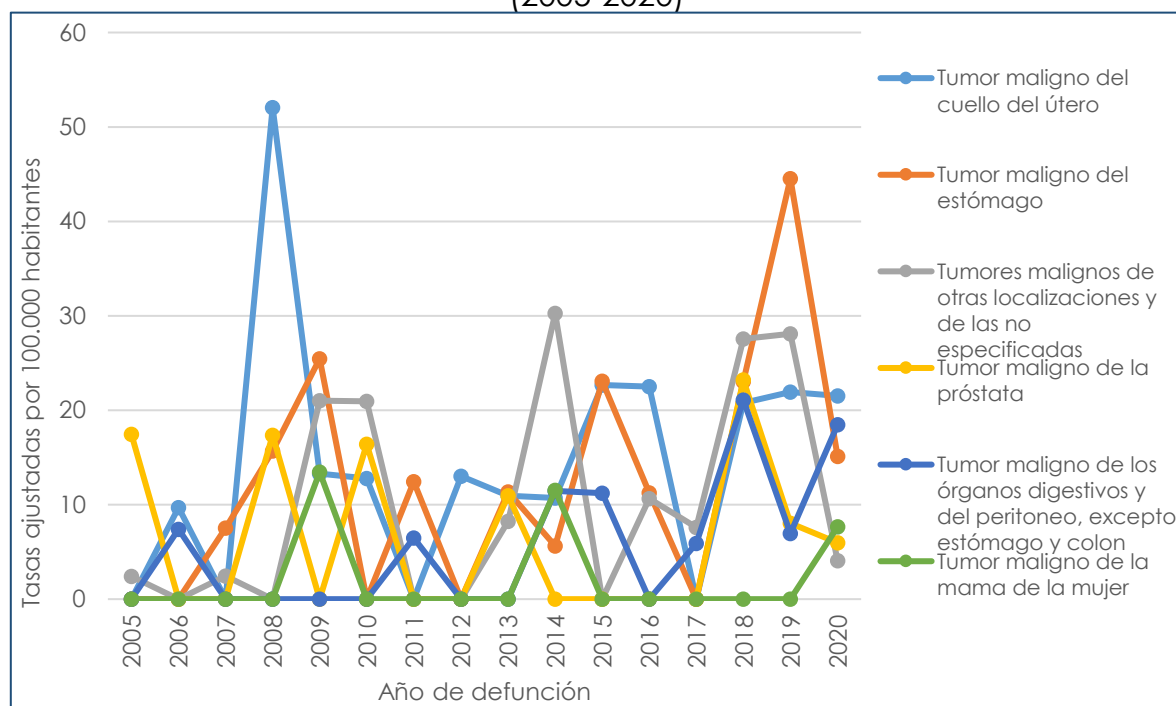
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.4.4. Neoplasias

Para el periodo del 2005 al 2020, se tiene que las subcausas con las tasas más representativas para el municipio de Toribío son, en primer lugar el tumor de cuello del útero, seguido por el tumor maligno del estómago, en tercer lugar los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, y finalmente el tumor maligno de próstata. Para la primer subcausa, es decir, el tumor maligno de cuello del útero, se registra la tasa más elevada en el 2008 (52,06 por cada 100.000 habitantes), posteriormente se registraron tasas relativamente bajas entre 2009 y 2014, oscilando entre 10,0 y 13,0 por cada 100.000 personas (Ver Gráfico 33). Para el último quinquenio se reportan tasas superiores a 20,00 por cada 100.000 habitantes, excepto en el 2017 que no se registran casos o no hubo información (tasa de 0,00). El tumor maligno del estómago presenta un comportamiento similar, presentando dos picos, uno en 2009 con una tasa de 24,5 por cada 100.000 personas, y otro en 2019 donde se tiene el registro tasa más alto hasta la fecha con una tasa de 44,53 por cada 100.000 habitantes. No obstante en el 2020 esta tasa disminuye de manera importante, cerrando con una tasa de 15,12

por cada 100.000 habitantes. Para el caso de los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas se observa un pico de 30,25 por cada 100.000 habitantes y tasas relativamente altas en los años 2018 y 2019 (27,55 y 28,10 por cada 100.000 habitantes). En el año 2020 se presenta una caída dramática de la tasa, la cual se registra en 4,07 por cada 100.000 habitantes, siendo la tasa más baja presentada desde el 2007. En cuarto lugar de importancia se tiene el tumor maligno de próstata, el cual presenta tasas relativamente bajas, con un pico en el 2018 (23,21 por cada 100.000 habitantes), año que se continuo con tasas muy bajas, cerrando el 2020 con una tasa de 5,97 por cada 100.000 habitantes (la tasa más baja registrada en el periodo de estudio).

Gráfico 33. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias (2005-2020)

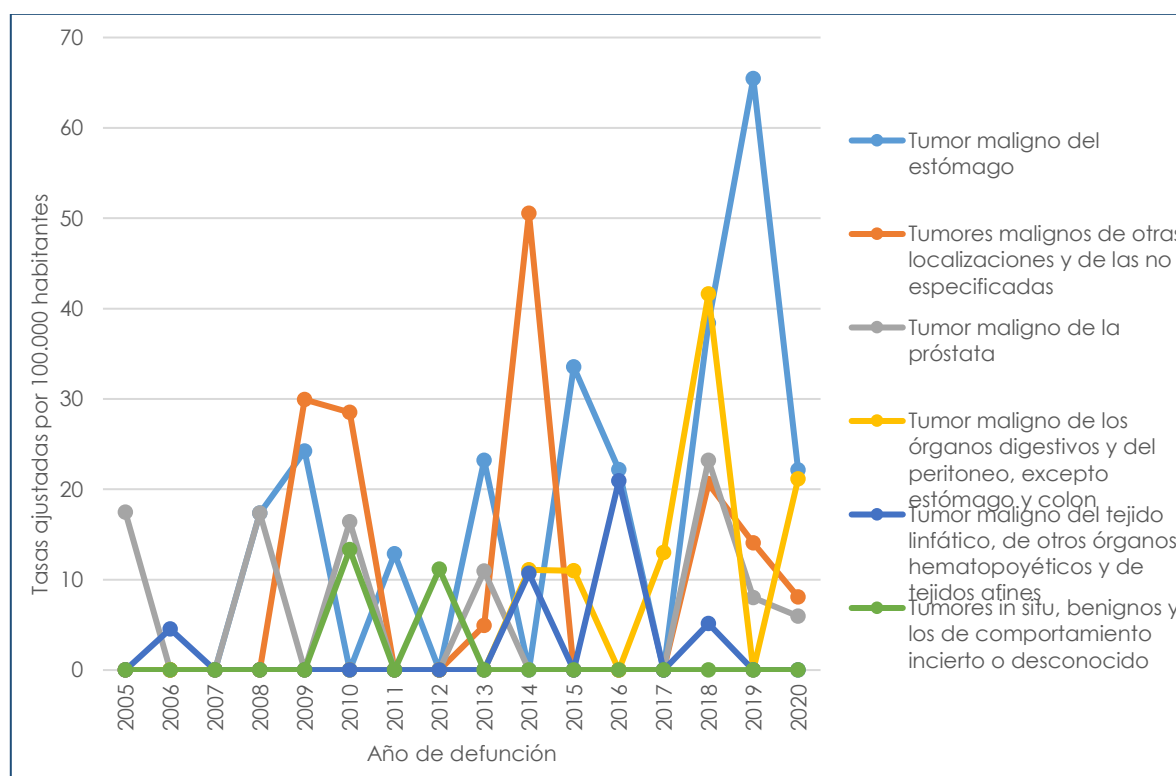


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el caso de los hombres, el tumor maligno del estómago resulta ser la primera subcausa de muerte dentro de las neoplasias, esta presenta un comportamiento fluctuante, con una tasa elevada en el 2019 (65,46 por cada 100.000 habitantes) y una disminución importante para el 2020 (22,14 por cada 100.000 habitantes) (Ver Gráfico 34).

En segundo lugar se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, cuya tendencia muestra un pico en 2014 con una tasa de 50,54 por cada 100.000 habitantes) y un descenso progresivo que cierra en el 2020 con una tasa 8,09 por cada 100.000 habitantes, siendo una de las tasas más bajas presentada para esta subcausa. En tercer lugar, se encuentra el tumor de próstata, cuya tendencia presenta una tasa elevada para el año 2018 (23,21 por cada 100.000 habitantes) con un posterior descenso en 2019 y 2020, años en los que se presentan las tasas más bajas (8,02 y 5,97 por cada 100.000 habitantes, respectivamente

Gráfico 34. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias para hombres (2005-2020)



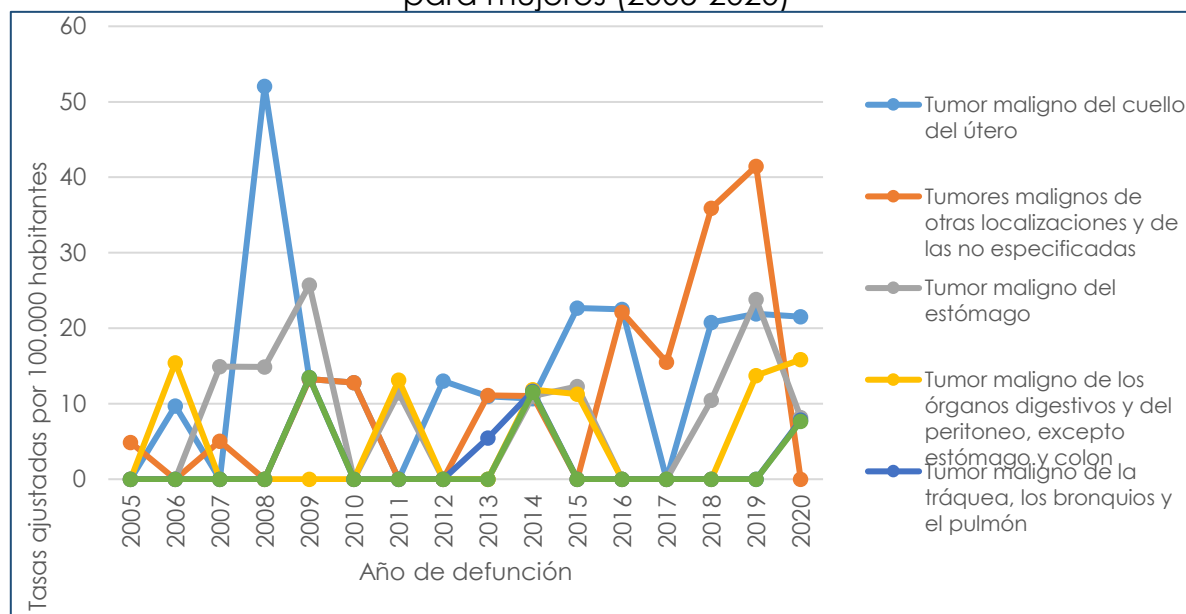
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para las mujeres, el tumor de cuello uterino es el que presenta tasas más elevadas en la distribución, con un pico en 2008 donde registra una tasa de 52,06 por cada 100.000 habitantes, posteriormente, para el 2013 se observa un aumento relativo de la tasa para finalizar en 2020 con un leve descenso de la tasa de mortalidad por

cada 100.000 habitantes, pasando de 21,92 en el año 2019, a una tasa de 21,53 en 2020. (Ver Gráfico 35).

En orden de importancia, se continúan los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, cuya tasa muestra un incremento sostenido después de 2014, con dos repuntes importantes durante los años 2018 y 2019 con tasas de 35,91 y 41,47 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Es importante mencionar que para 2020 no se reportaron casos o la información fue insuficiente para el registro de esta subcausa, toda vez que aparece con una tasa de 0,00. Finalmente, se tiene el tumor maligno del estómago con tasas representativas en el 2009 y 2019 (25,73 y 23,83 por cada 100.000 habitantes), y un decrecimiento importante en 2020 (8,20 por cada 100.000 habitantes) año con el registro más bajo hasta la fecha.

Gráfico 35. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las neoplasias para mujeres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.4.5. Enfermedades transmisibles

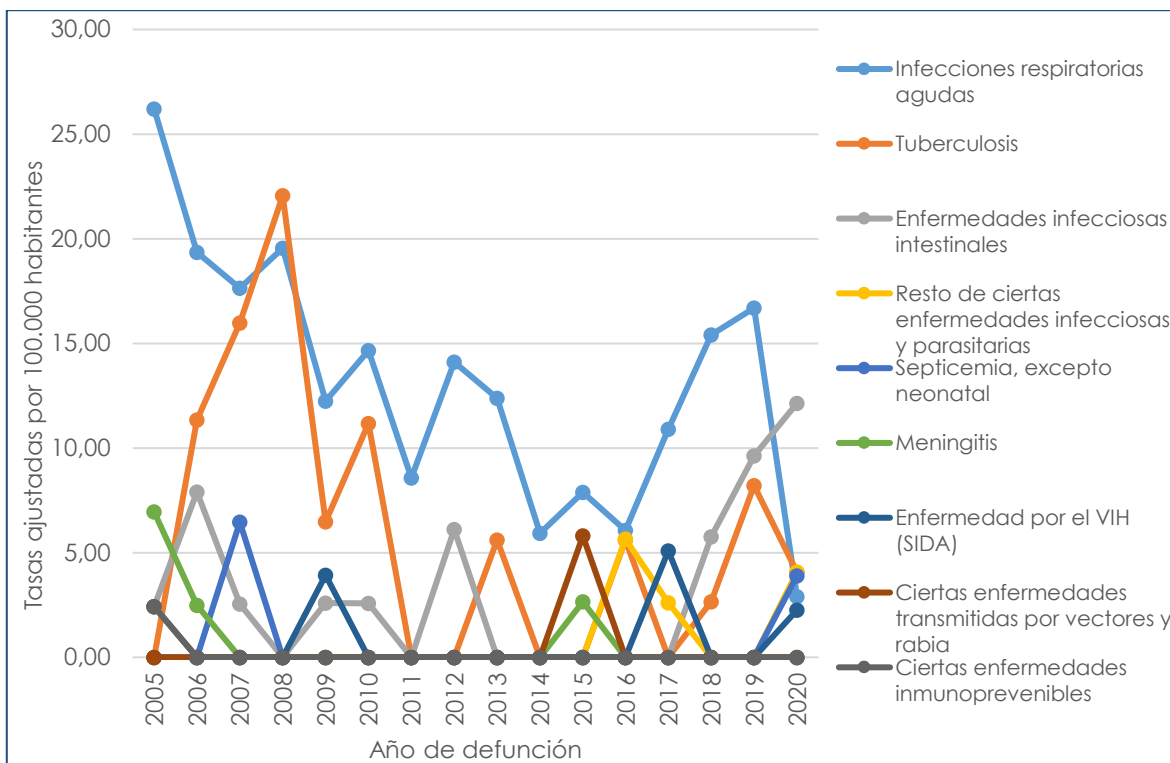
Dentro de este grupo, destacan las altas tasas de las infecciones respiratorias agudas - IRA, tuberculosis y enfermedades infecciosas intestinales respectivamente. En el caso de las IRA se observa una tendencia muy variable

dentro del periodo estudiado, con un único pico en 2005 donde se registró una tasa de 26,20 por cada 100.000 habitantes, adicionalmente se observa un crecimiento paulatino desde el 2014 hasta el 2019 donde la tasa llegó a 16,70 por cada 100.000 habitantes. No obstante, para 2020 ésta tasa sufre una caída muy significativa cerrando con una tasa de 2,90 por cada 100.000 habitantes, siendo la tasa más baja reportada hasta la fecha (Ver Gráfico 36).

Por otro lado, la tuberculosis muestra un descenso continuo después de 2010 hasta 2018, con un aumento en 2019 donde la tasa fue de 8,21 por cada 100.000 habitantes, cerrando el año 2020 con una reducción a la mitad de la tasa reportada en el año inmediatamente anterior (4,06 por cada 100.000 habitantes). Es importante mencionar que el reporte más alto para esta enfermedad se presentó en 2008 con una tasa de 22,1 por cada 100.000 habitantes. Teniendo en cuenta la asociación de la tuberculosis con las condiciones socioeconómicas de la población, las condiciones de vivienda, así como la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud y por ende a los tratamientos oportunos, es importante para el municipio que se continúe con el descenso de las tasas de mortalidad por tuberculosis en el territorio.

Finalmente, para las enfermedades infecciosas intestinales, se observa una tendencia en general con tasas bajas, que hasta el 2019 no superaban los 10,00 por cada 100.000 habitantes. Es por eso que relevante que para el 2020 se presente la tasa más alta hasta el momento reportado con un registro de 12,14 por cada 100.000 habitantes. Al igual que con la tuberculosis, vale la pena recordar que las enfermedades infecciosas intestinales se encuentran asociadas a las condiciones socioeconómicas de la población, las condiciones de vivienda y el acceso a sistemas sanitarios y de agua potable por lo que un aumento en ésta tasa plantea la necesidad de adoptar medidas para evitar que se convierta en una tendencia.

Gráfico 36. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles (2005-2020)



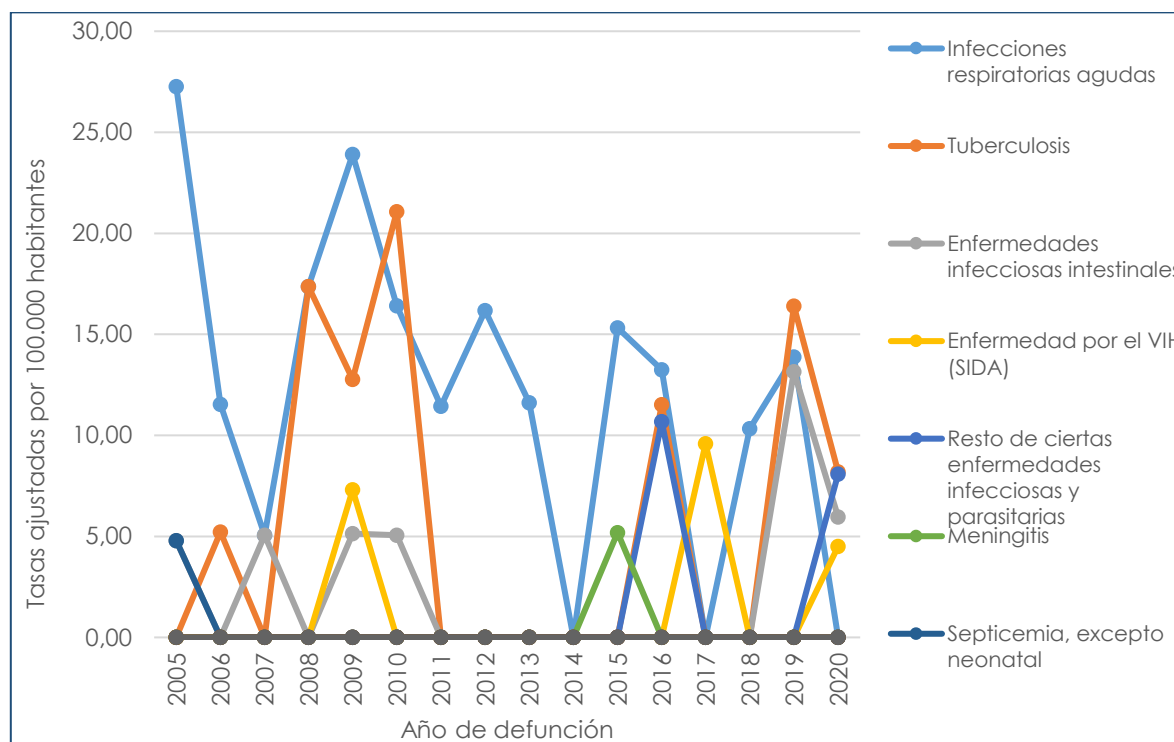
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia

Para el caso de los hombres, las infecciones respiratorias agudas presentan variaciones importantes dentro de toda la tendencia, con las tasas más altas en los años 2005 y 2009 (27,27 y 23,90 por cada 100.000 habitantes, respectivamente), posteriormente se observan tasas relativamente bajas que no superan los 20,00 por cada 100.000 habitantes. Llama la atención que para 2020 no se reportan datos o no se cuenta con información para esta subcausa, en donde se observa una tasa de 0,00 (Ver Gráfico 37).

Para Tuberculosis, al igual que para el caso anterior, se observan tasas relativamente bajas con un único pico en 2010 con una tasa de 21,08 por cada 100.000 habitantes, seguida de un decrecimiento hasta 2019 donde presenta un incremento para cerrar con una nueva disminución en 2020 donde la tasa pasó de 16,40 a 8,20 por cada 100.000 habitantes. En el caso de las enfermedades

infecciosas intestinales, se tiene que en 2019 se presenta la tasa más alta, siendo de 13,16 por cada 100.000 habitantes, que para el 2020 desciende a una tasa de 5,97 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 37. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles para hombres (2005-2020)



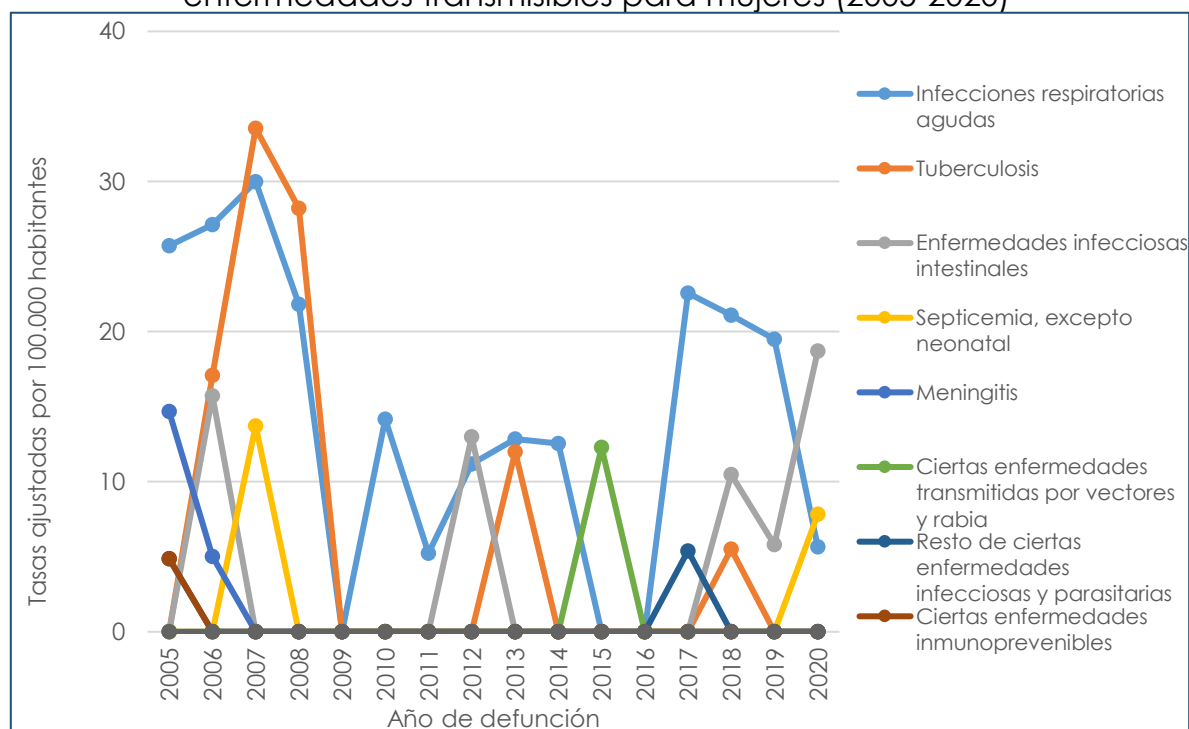
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia

Por otro lado, en las mujeres se observa una tendencia similar al total poblacional y a la de los hombres, en donde las infecciones respiratorias agudas posee las tasas más altas, incluso con tasas que llegan a ser superiores a las observadas en los apartados anteriores, presentando dos picos importantes durante los años 2006 y 2007 (27,13 y 29,99 por cada 100.000 personas) (Ver Gráfico 38). Así mismo, en el periodo de 2017 a 2019 se observa un incremento de las tasas, con una posterior reducción al año 2020 en donde la tasa se redujo de manera significativa, pasando de una tasa por cada 100.000 habitantes de 19,50 en 2019 a 5,66 en 2020. A las infecciones respiratorias agudas le siguen en orden la tuberculosis, la cual también posee tasas más elevadas que las registradas por los hombres y en el

total poblacional, presentando un pico en el 2007 donde se registró una tasa de 33,54 por cada 100.000 habitantes y un descenso de la tasa continuo posteriormente, cerrando el 2020 con una tasa de 0,00.

Para las enfermedades infecciosas intestinales, se tiene una tendencia con tasas bajas, sin embargo, llama la atención el aumento significativo presentado al 2020 donde la tasa presenta un repunte, siendo la tasa más alta presentada hasta la fecha para esta subcausa (18,71 por cada 100.000 habitantes).

Gráfico 38. Tasas de mortalidad ajustadas por edades de las enfermedades transmisibles para mujeres (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

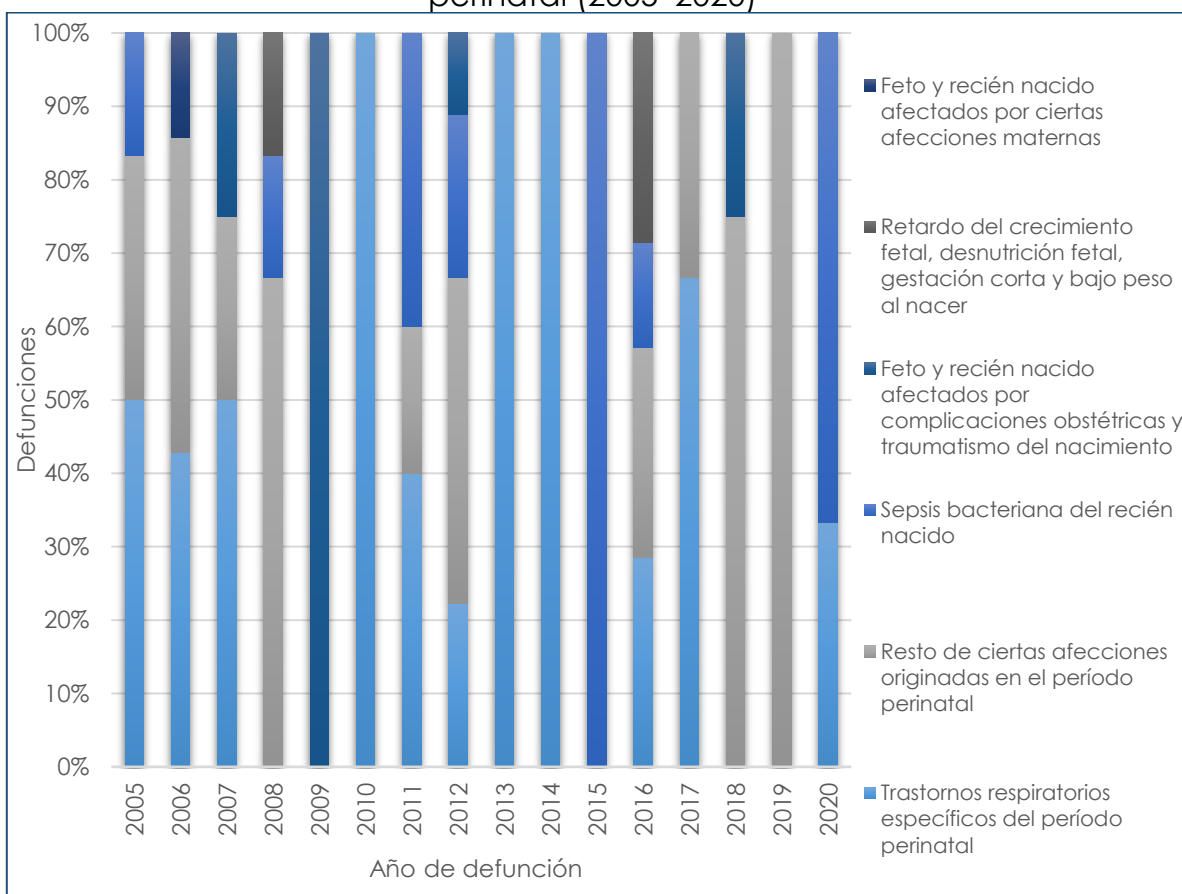
2.1.4.6. Perinatales

Al analizar el comportamiento de la tendencia de este grupo se observa un alto porcentaje de ocurrencia de los trastornos respiratorios específicos del período perinatal, seguido del resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal y sepsis bacteriana del recién nacido sobre el total de ciertas afectaciones generadas en el periodo perinatal.

Los trastornos respiratorios específicos presentan variaciones importantes, con picos durante los años 2010, 2013 y 2014 en donde se presentaron valores porcentuales de 100% respectivamente, con una reducción importante hasta el 2017 donde se observó que el 66,67% de las afectaciones en el periodo perinatal correspondían a trastornos respiratorios específicos (Ver Gráfico 39). Para los años 2018 y 2019 no se tiene información o no se presentaron casos para estos trastornos y cerrando en el 2020 con un reporte de 33,33%. En el resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal la tendencia también ha sido variable con un crecimiento considerablemente en los años 2018 y 2019 (75% y 100% respectivamente) siendo los valores más altos reportados. Para el 2020 no se cuenta con información o no se reportaron casos relacionados con estas afecciones.

Finalmente, llama la atención el comportamiento exhibido por la sepsis bacteriana del recién nacido, cuyos reportes en general han sido valores porcentuales bajos con un repunte en el 2015 donde el 100% de las muertes fueron atribuidas a esta subcausa, seguido de una disminución muy significativa en los años siguientes y un aumento considerable para el 2020 donde cierra con un reporte de 66,67% de los casos de muerte presentados, lo que muestra una alternancia importante en los valores porcentuales y el peso que tiene cada una de las subcausas analizadas en la mortalidad perinatal del territorio.

Gráfico 39. Porcentaje de muertes por afecciones originadas en el período perinatal (2005–2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.5. Semaforización de las causas de muerte

De acuerdo con la Tabla 16, la semaforización indica que dos indicadores se encuentran en estado crítico frente al departamento, estos son: la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y la tasa por mortalidad por tumor maligno del cuello uterino, respectivamente.

Tabla 16. Semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas

Causa de muerte	CAUCA	TORIBIO	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por accidentes de transporte terrestre	14,61	8,15	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama	9,26	7,65	-	-	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello uterino	7,74	21,53	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de la próstata	9,14	5,97	↘	-	↗	↘	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	↗	↘	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del estomago	13,77	15,12	-	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por diabetes mellitus	11,61	7,74	↘	↗	↗	↘	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	↘	↗	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por lesiones auto-infringidas intencionalmente	5,47	8,09	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por trastornos mentales y del comportamiento	1,09	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios)	48,92	58,75	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad específica por edad por malaria	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles	19,25	29,33	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↘			
Tasa de mortalidad específica por exposición a fuerzas de la naturaleza	0,34	0,00	-	-	-	-	-	↗	↘	-	-	-	-	↗	↘	-	-			

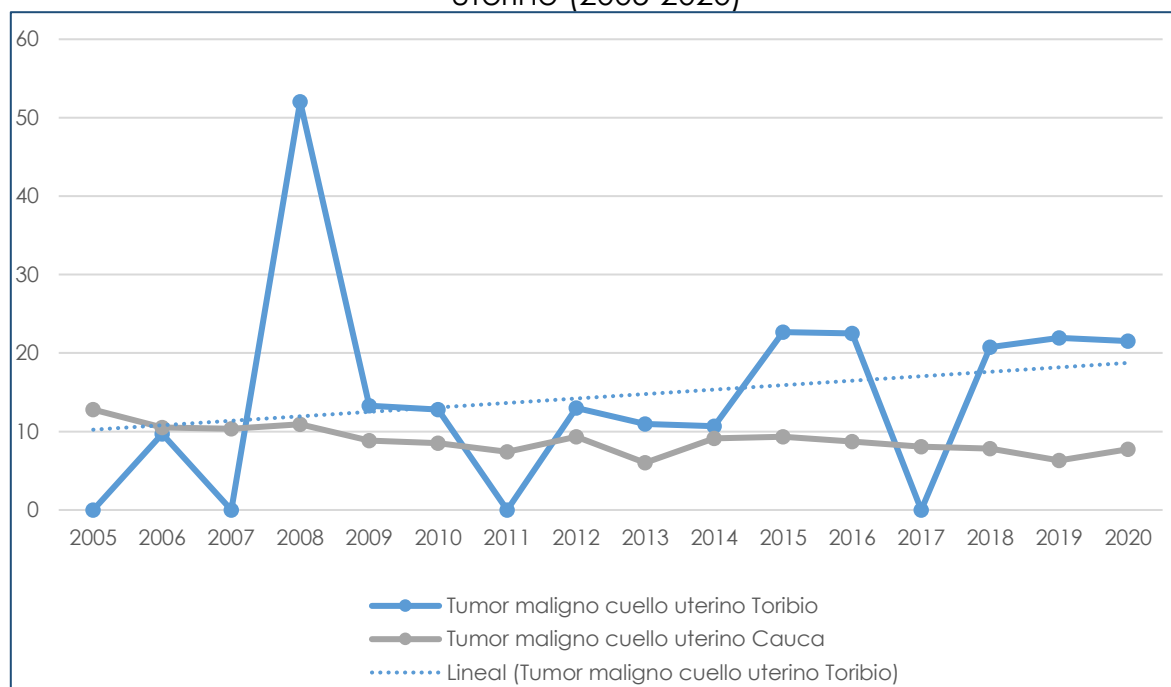
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En términos proporcionales, la tasa de mortalidad por tumor de cuello uterino en Toribío es 2,8 veces superior al Cauca (valor que ha disminuido respecto a 2019 donde la tasa era 3,5 veces superior a la del departamento), mientras que la correspondiente a enfermedades transmisibles es 1,5 veces superior.

Para el caso de la mortalidad por tumor maligno de cuello uterino, se evidencia un pico importante presentado para el municipio en el año 2008, seguido de un descenso significativo y unos aumentos considerables para los años 2015 y 2018. Posterior al 2018, las tasas han ido en aumento progresivo, cerrando el 2020 con una tasa de 21,53 como se muestra en el Gráfico 40.

Los controles médicos regulares y la realización de citologías, podría ayudar a paliar esta situación, considerando, además que en las neoplasias, el tumor maligno de cuello uterino registra las tasas más altas de mortalidad entre 2005 y 2020, lo que mantiene a Toribio con una línea de tendencia superior a las tasas presentadas por el departamento para el mismo periodo de tiempo, con cifras estacionarias durante los últimos tres años.

Gráfico 40. Tasa comparativa de mortalidad ajustada por tumor de cuello uterino (2005-2020)



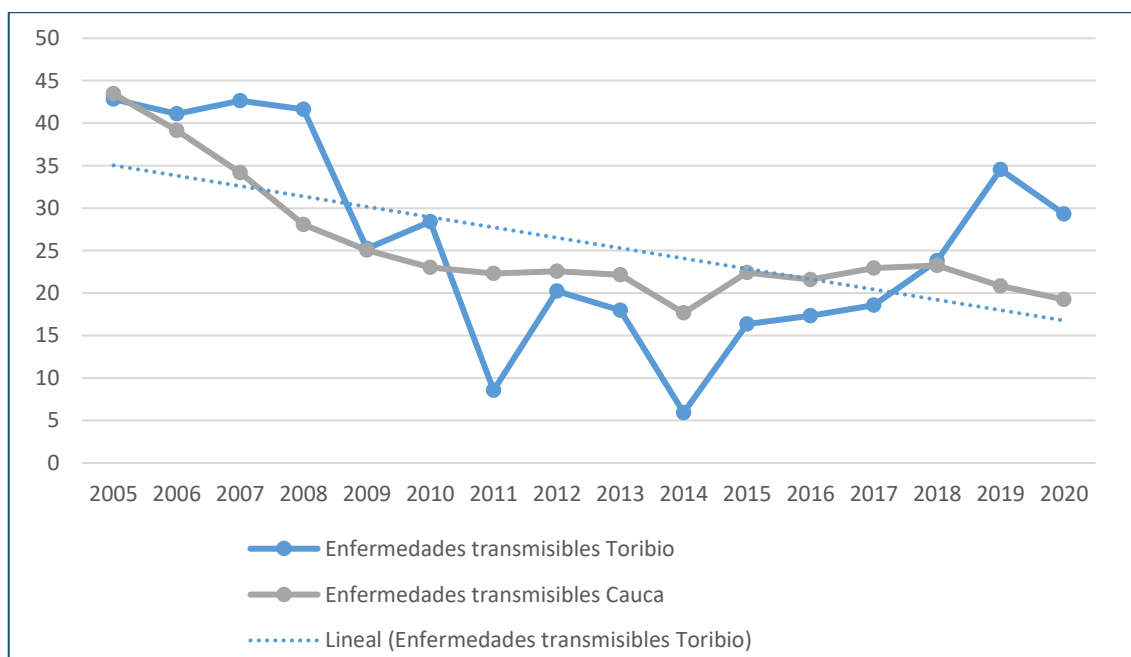
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto a las enfermedades transmisibles, se observa un periodo de tasas elevadas entre los años 2005 y 2008 con un pico importante en el 2007 donde se registra una tasa de 42,63. Posteriormente se mantiene una variabilidad con tasas bajas en comparación con las del departamento durante los años 2011 a 2018 años en el que las tasas son similares para Toribio y para el Cauca (23,82 y 23,24 respectivamente) (Ver Gráfico 41).

Para el 2019 se presenta un nuevo repunte con una tasa de 34,53; y aunque para el 2020 la tasa presenta una disminución y la línea de tendencia sugiere un

decrecimiento, la tasa se mantiene muy por encima de lo reportado por el departamento. Si bien, las enfermedades transmisibles no aparecen dentro de las tres primeras causas de mortalidad para el municipio se deben continuar con la realización de intervenciones que apunten hacia la prevención de estas enfermedades en la población

Gráfico 41. Tasa comparativa de mortalidad ajustada por enfermedades transmisibles (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.6. Mortalidad infantil y en la niñez

Entre 2005 y 2020, se registraron en total 125 defunciones de menores de un año en Toribío (8 defunciones más que las reportadas en el ASIS 2021), siendo las Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal la causa que más contribuye en la distribución (50,40%, que equivale a 63 muertes), las cuales podrían estar relacionadas con los pobres controles prenatales, el desconocimiento de los signos y síntomas de alarma en el parto y las demoras relacionadas con la búsqueda oportuna de atención hospitalaria, teniendo en cuenta que la mayor de proporción de partos tienen lugar en el domicilio. Le sigue en importancia las

malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (19,20%, representado por 24 defunciones) y las enfermedades del sistema respiratorio (9,60%, 12 defunciones) (Ver Gráfico 42).

Gráfico 42. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 1 año (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Al evaluar las tendencias durante el periodo de estudio, se observa que, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal muestran picos en 2006, 2012 y 2016, sumando 23 muertes de las 63 reportadas para esta causa (Ver tabla 17).

Tabla 17. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 1 año (2005-2020)

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	Total															
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tumores (neoplasias)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	2
Enfermedades del sistema nervioso	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	4	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0
Enfermedades del sistema digestivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	7	4	6	1	1	5	9	1	2	1	7	3	4	3	3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	0	1	3	0	1	0	0	3	0	2	2	2	1	3	3
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Por sexo, se observa que los hombres aportan la mayor parte de las muertes por afectaciones en el periodo perinatal, esta tendencia se mantiene desde 2017 hasta 2020 (ver Tabla 18).

Tabla 18. Número de decesos según las causas específicas por sexo para niños y niñas menores de 1 año (2005-2020)

Causas de mortalidad	Hombres		Mujeres	
	Niños	Porcentaje	Niñas	Porcentaje
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	2,6%	1	2,1%
Tumores (neoplasias)	0	0,0%	0	0,0%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0,0%	0	0,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	7,8%	3	6,3%
Enfermedades del sistema nervioso	1	1,3%	2	4,2%
Enfermedades del sistema circulatorio	1	1,3%	0	0,0%
Enfermedades del sistema respiratorio	9	11,7%	3	6,3%
Enfermedades del sistema digestivo	0	0,0%	1	2,1%
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,0%	0	0,0%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	35	45,5%	28	58,3%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	17	22,1%	7	14,6%
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4	5,2%	2	4,2%
Todas las demás enfermedades	0	0,0%	0	0,0%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2	2,6%	1	2,1%
Total	77	100,0%	48	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para los menores entre 1 y 4 años, el número de defunciones es de 33 entre 2005 y 2019 (2 defunciones más que las reportadas en el ASIS 2021). Para este grupo poblacional las Causas externas de morbilidad y mortalidad son las que más representan valor porcentual, siendo un 30,30% del total de defunciones, equivalente a 10 muertes en total. En segundo lugar se encuentran las Enfermedades del Sistema Respiratorio (18,18%; 6 muertes), seguido de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (15,15%; 5 muertes) y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (9,09%; 3 muertes) como se muestra en el Gráfico 43.

Gráfico 43. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas entre 1 y 4 años (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia

Al observar el comportamiento durante el periodo de estudio se tiene que en general, las defunciones para el municipio de Toribío en este grupo de edad han disminuido, aunque es importante considerar que se encuentran reportes de cero defunciones en los últimos 3 años anteriores a 2020, lo que pondría en cuestionamiento si realmente no se presentaron casos o hay ausencia de datos por el no reporte de ocurrencia, adicionalmente, también es importante evaluar las condiciones o situaciones que llevaron a que durante el año 2020 se registraran dos muertes, la primera para las ciertas enfermedades infecciosas parasitarias (toda vez que la última muerte reportada para esta subcausa fue en el 2010); y la

segunda debida a causas externas de morbilidad y mortalidad (la cual también registro una muerte en el 2019). (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 1 a 4 años (2005-2020)

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumores (neoplasias)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema nervioso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Enfermedades del sistema digestivo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	1	0	0	3	2	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto al análisis de datos por sexo, se tiene que, contrario al grupo anterior, quienes aportan la mayor parte de las muertes son las mujeres con un registro de 21 defunciones frente a 12 registradas para los hombres (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Número de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas entre 1 y 4 años (2005-2019)

Causas de mortalidad	Hombres		Mujeres	
	Niños	Porcentaje	Niñas	Porcentaje
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3	25,0%	2	9,52%
Tumores (neoplasias)	0	0,0%	1	4,76%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0,0%	1	4,76%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	0	0,0%	2	9,52%
Enfermedades del sistema nervioso	0	0,0%	0	0,00%
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0,0%	2	9,52%
Enfermedades del sistema respiratorio	3	25,0%	3	14,29%
Enfermedades del sistema digestivo	1	8,3%	0	0,00%
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,0%	0	0,00%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	0	0,0%	0	0,00%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	8,3%	2	9,52%
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	0	0,0%	2	9,52%
Todas las demás enfermedades	0	0,0%	0	0,00%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	4	33,3%	6	28,57%
Total	12	100,0%	21	100,00%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En resumen, para la mortalidad infantil y de la niñez menor de 5 años se registran 158 muertes en total entre 2005 y 2019, siendo ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (39,9%, 63 defunciones) y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (17,1%, 27 defunciones), las que concentran más de la mitad de las defunciones del total registrado (ver Gráfico 44).

Gráfico 44. Porcentaje de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 5 años (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En el análisis año tras año picos en 2006, 2012 y 2016, donde ocurrieron un total de 23 defunciones ocasionadas por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (Ver Tabla 21), con un disminución gradual de casos en los últimos años cerrando el 2020 con tres defunciones por esta subcausa. Ocurriendo lo contrario con las defunciones relacionadas a las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las cuales muestran un ligero incremento en los últimos tres años, aunque cierra el 2020 con una cifra igual a la mencionada anteriormente.

Tabla 21. Tasas específicas de mortalidad infantil y en la niñez para menores de 5 años (2005-2020)

Causa de muerte según lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tumores (neoplasias)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1	0	1	0	0	0	1	1	2	0	1	1	0	1	0	2
Enfermedades del sistema nervioso	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Enfermedades del sistema circulatorio	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Enfermedades del sistema respiratorio	4	1	2	1	2	0	1	1	1	0	1	1	0	1	2	0
Enfermedades del sistema digestivo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	7	4	6	1	1	5	9	1	2	1	7	3	4	3	3
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3	1	1	3	0	1	0	0	4	0	2	2	3	1	3	3
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	1	0	0	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Todas las demás enfermedades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	0	1	2	0	3	3	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Es importante considerar las muertes registradas en el año 2020 y analizar el porqué de su ocurrencia, sobre todo de aquellas subcausas que venían de un periodo extenso sin presentar defunciones (como es el caso de ciertas enfermedades infecciones y parasitarias que llevaban 10 años sin registrar muertes), así como también de aquellas que presentan un aumento respecto a la tendencia (como es el caso de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que a 2020 registra 2 defunciones) y las que presentan defunciones

de manera consecutiva en los dos últimos años (como es el caso de las causas externas de morbilidad y mortalidad). En cuanto al sexo, los hombres registran valores más altos frente a las mujeres (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Número de decesos según las causas específicas y sexo para niños y niñas menores de 5 años (2005-2020)

Causas de mortalidad	Hombres		Mujeres	
	Niños	Porcentaje	Niñas	Porcentaje
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	5	5,6%	3	4,3%
Tumores (neoplasias)	0	0,0%	1	1,4%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0	0,0%	1	1,4%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	6	6,7%	5	7,2%
Enfermedades del sistema nervioso	1	1,1%	2	2,9%
Enfermedades del sistema circulatorio	1	1,1%	2	2,9%
Enfermedades del sistema respiratorio	12	13,5%	6	8,7%
Enfermedades del sistema digestivo	1	1,1%	1	1,4%
Enfermedades del sistema genitourinario	0	0,0%	0	0,0%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	35	39,3%	28	40,6%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18	20,2%	9	13,0%
Signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4	4,5%	4	5,8%
Todas las demás enfermedades	0	0,0%	0	0,0%
Causas externas de morbilidad y mortalidad	6	6,7%	7	10,1%
Total	89	100,0%	69	100,0%

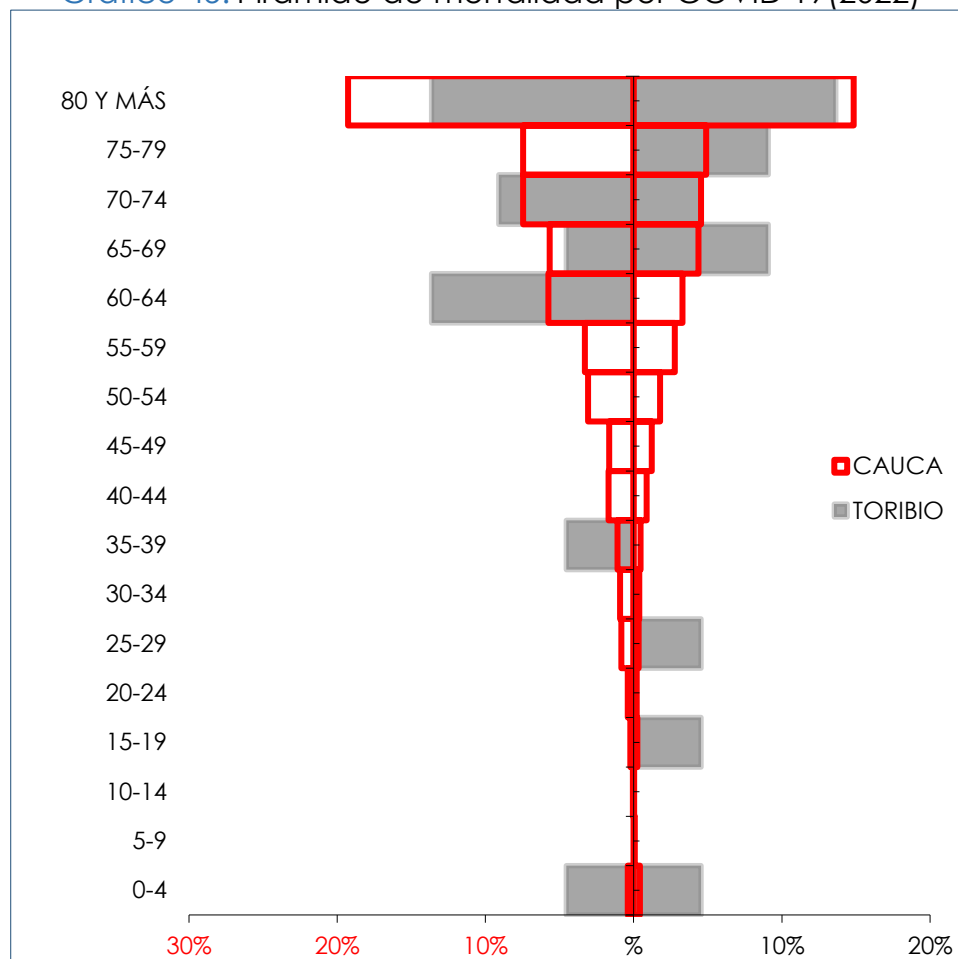
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.7. Mortalidad por COVID 19

Hasta septiembre de 2022 se han registrado 22 casos de mortalidad por COVID 19, cifra que es muy inferior a lo registrado en el total del departamento. Por sexo, tanto mujeres como hombres exhiben una cifra igual de casos atribuidos a esta causa. En términos de las edades, la mortalidad por COVID 19 se ve concentrada

principalmente los rangos de edades superiores a 60 años, con el reporte de 17 defunciones del total para el municipio (Ver Gráfico 45).

Gráfico 45. Pirámide de mortalidad por COVID 19(2022)

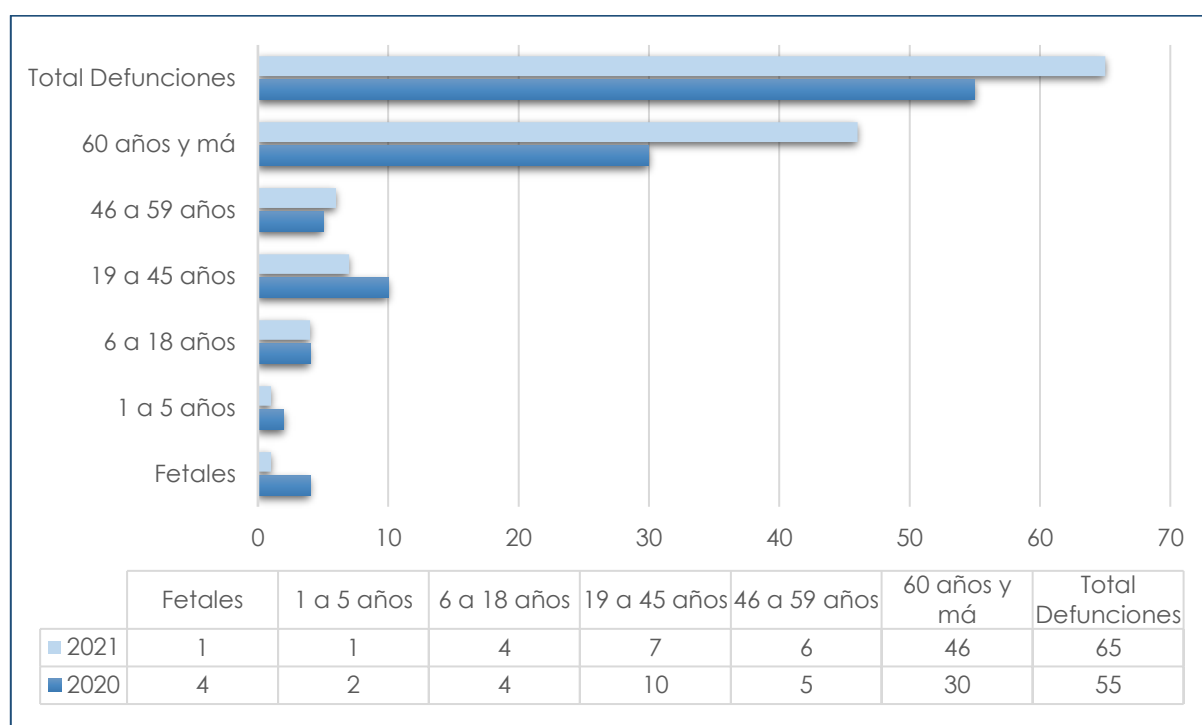


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Es importante mencionar, como ya se había descrito en este mismo documento, la posibilidad de un sub-registro de los casos de mortalidad por COVID 19 para el territorio, esto debido a las altas muertes ocurridas a nivel domiciliario en zonas rurales dispersas, y en un muy bajo porcentaje a nivel institucional para los años 2020 y 2021 y que en su mayoría son reportadas como muertes naturales por familiares o allegados a la persona que se certifica, sin contar con un diagnóstico preciso para la causa de muerte. De acuerdo a los datos del Registro Único de Afiliados – RUAF para el municipio de Toribio durante los años 2020 y 2021 en el

periodo enero – julio se presentaron 55 y 65 defunciones respectivamente; encontrando que las personas mayores de 61 años de edad (equivalente al 54,5% para el 2020 y 70,7% para el 2021) (Ver Gráfico 46), fueron las que más registraron defunciones siendo estos datos compatibles con los lineamientos del Plan Nacional de Vacunación contra COVID 19 en donde mencionan que las poblaciones con mayor riesgo para contraer COVID 19 son aquellos que se encuentran por encima de 60 años. Por lo anterior se podría considerar la existencia de una correlación indirecta en las defunciones presentadas.

Gráfico 46. Defunciones por rango de edad, enero – julio 2020 y 2021



Fuente: Bases de datos RUAF municipio de Toribío. Elaboración propia.

Otro aspecto importante tiene que ver con las defunciones ocurridas por comorbilidades del COVID 19, en ese sentido, en el municipio se observan 16 defunciones asociadas con estas enfermedades, las cuales representan el 0,4% del total del departamento. Dentro de estas, como es esperable, la mayoría se concentran atenciones a personas de 60 y más años (5 en total, 31,00%), por al

menos una comorbilidad (5 casos, 31,00%) e hipertensión (4 casos, 25,00%) (Ver Tabla 23).

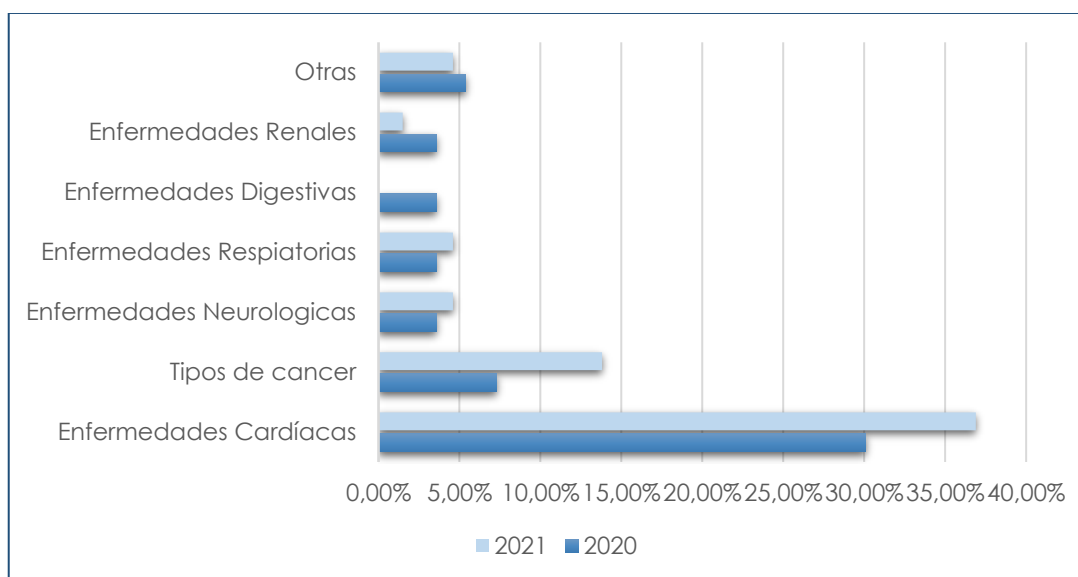
Tabla 23. Comparativo de defunciones por comorbilidades para COVID 19 (2022)

Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad TORIBIO		Total Comorbilidad CAUCA	
	Año	Proporción	Año	Proporción
Artritis	-	0%	22	0%
Asma	-	0%	83	2%
Cáncer	-	0%	56	1%
Comorbilidades (al menos una)	5	31%	1.244	28%
Diabetes	-	0%	313	7%
Enfermedades Huérfanas	-	0%	11	0%
EPOC	1	6%	375	9%
ERC	-	0%	360	8%
Hipertensión	4	25%	871	20%
Sobrepeso y Obesidad	1	6%	251	6%
Terapia Reemplazo Renal	-	0%	55	1%
VIH	-	0%	4	0%
Mayor de 59	5	31%	757	17%
Total	16	100%	4.402	100%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Siguiendo con el análisis realizado a las bases de datos RUAF, para este aspecto también se halla una correlación, y es que al indagar en las causas de muerte natural ocurridas en el domicilio, se puede observar que todas se relacionan con diferentes diagnósticos considerados como factores de riesgo para contraer COVID 19, presentar complicaciones asociadas y, en algunos casos, la muerte (Ver Gráfico 47).

Gráfico 47. Defunciones por comorbilidades, enero – julio 2020 y 2021



Fuente: Bases de datos RUAF municipio de Toribío. Elaboración propia.

Por otro lado, con respecto al ámbito de atenciones, la mayor parte de los casos de mortalidad por COVID 19 en 2020, figuran como no reportados (22 casos, 96,00%) y un solo caso corresponde a cuidados intensivos (4,00%) (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Comparativo de atenciones por COVID (2022)

Ámbito de atención de la mortalidad	Total de muertes según ámbito de atención TORIBÍO		Total de muertes según ámbito de atención CAUCA	
	Año	Proporción	Año	Proporción
Consulta Externa		0%		0%
Cuidado Intensivo	1	4%	257	9%
Cuidado Intermedio		0%	209	7%
Domiciliaria		0%	6	0%
Hospitalización		0%	192	7%
No Reportado	22	96%	2034	73%
Otro		0%		0%
Urgencias		0%	101	4%
Total	23	100%	2799	100%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8. Análisis de desigualdad en la mortalidad materno-infantil y en la niñez

De acuerdo con la semaforización, muestra que la tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA y por desnutrición en menores de cinco años, presentan las situaciones más críticas, en términos que las tasas del municipio son muy superiores al total departamento (Ver Tabla 25). En ese sentido, la tasa de mortalidad por EDA es 5,9 veces más alta, mientras que la de desnutrición es 14 veces. Otras tres causas de muerte en este rango de edad, como la mortalidad neonatal, la mortalidad en la niñez y la infantil, están en un estado intermedio frente al departamento, siendo en promedio casi 1,3 veces superiores en Toribío.

Tabla 25. Tabla de semaforización de las tasas de mortalidad por causas específicas (2006-2020)

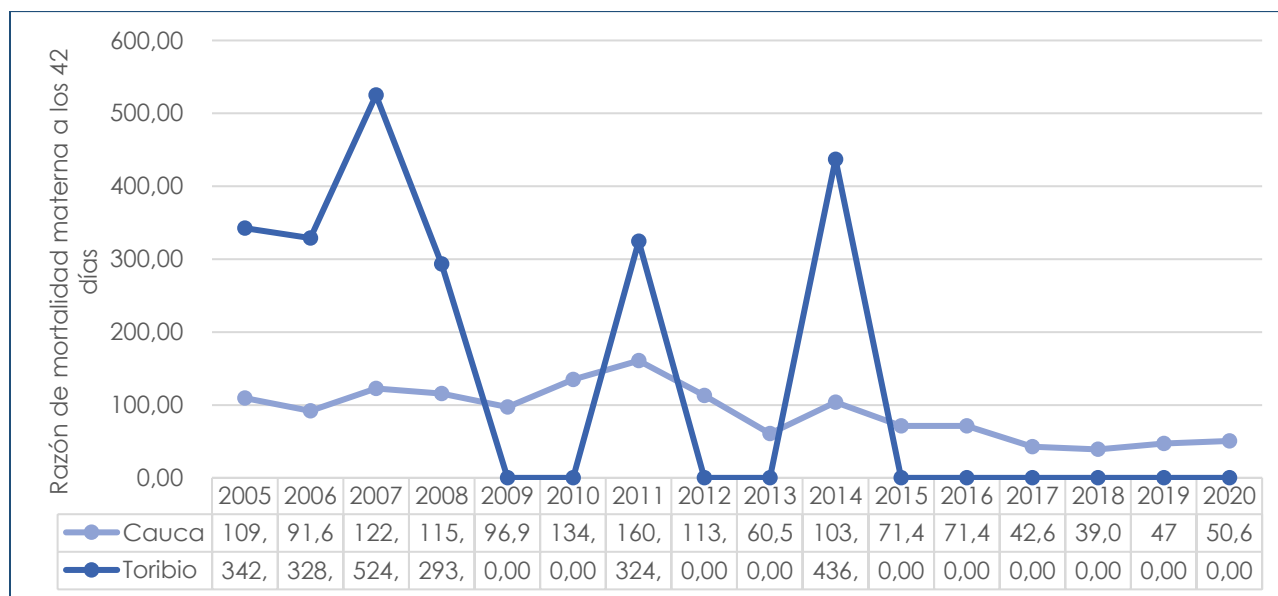
Causa de muerte	CAUCA	TORIBIO	Comportamiento														
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna	50,62	0,00	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	-	↗	↘	-	-	-	-	-
Tasa de mortalidad neonatal	6,41	8,28	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗
Tasa de mortalidad infantil	10,07	13,25	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘
Tasa de mortalidad en la niñez	12,04	16,56	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘
Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	6,74	0,00	↘	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	-	↗	↘	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	5,06	29,87	↘	↗	↘	↗	↘	↘	-	-	-	-	-	-	-	↗	↘
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	4,22	59,74	↘	↗	↘	-	-	↗	↘	↘	↘	-	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.1. Mortalidad materna

La mortalidad materna se refiere a las muertes de mujeres ocasionadas por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto hasta los 42 días posparto. En promedio, entre 2005 y 2020 este indicador para el Cauca es inferior al observado en Toribío 89,47 frente a 140,68 por cada 100.000 maternas respectivamente). La tendencia para el municipio dista de la departamental, debido a la volatilidad de las tasas en el periodo de referencia. Por un lado, la tasa de mortalidad materna en Toribío muestra uso altos valores entre los años 2005 y 2008, con la tasa más alta presentado en el 2007 (524,93 por cada 100.000 maternas) y posteriormente cifras elevadas en los años 2011 y 2014 (324,68 y 436,68 por cada 100.000 maternas, respectivamente), observando también que durante el último quinquenio no se observan registros o no hubo defunciones registradas (ver Gráfico 48). Contrario ocurre con la tendencia departamental la cual es mucho más estable relativamente que las tasas municipales.

Gráfico 48. Comparativo de la razón de mortalidad materna (2005-2020)

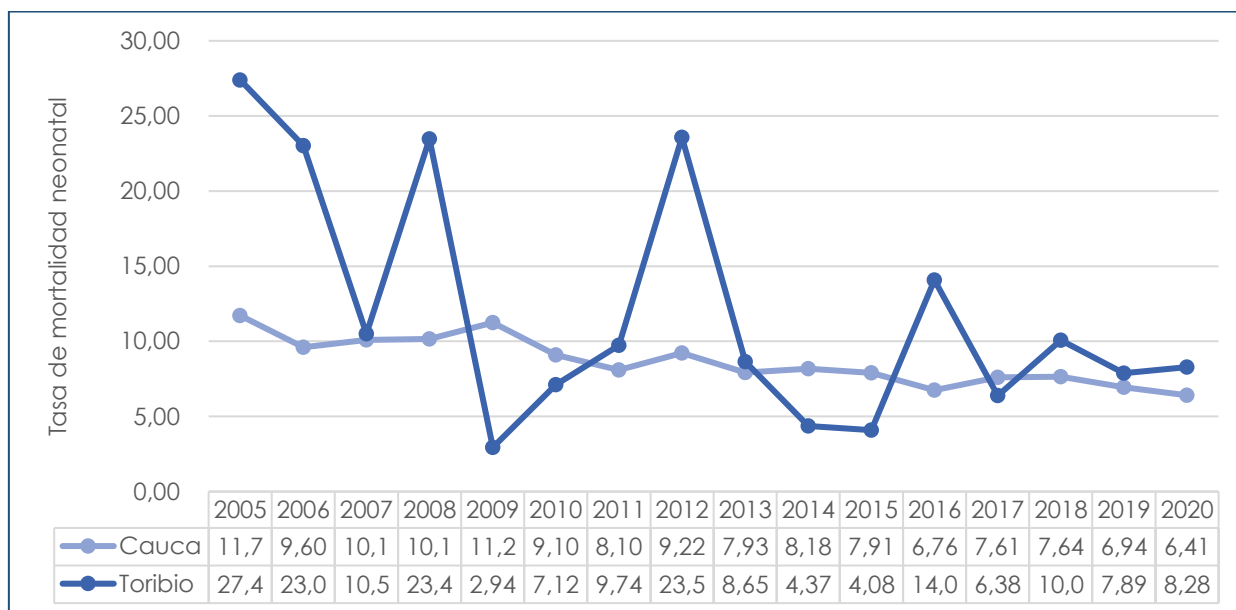


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.2. Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal es aquella que se refiere a las muertes de los recién nacidos. Para este caso, nuevamente, las tasas reportadas son mucho mayores que las registradas en el departamento, presentando unos picos importantes para los años 2005, 2008 y 2012 (27,40; 23,46 y 23,57 por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente). La volatilidad de esta tendencia también es importante, de hecho, posterior al 2012 se registra un decrecimiento significativo hasta el 2015, seguido de un repunte y luego un nuevo descenso (Ver Gráfico 49). Para el año 2020 cierra con una tasa de 8,28 por cada 100.000 nacidos vivos frente a un 6,41 registrado por el departamento. Es importante mencionar que, al igual que en el caso anterior, la tendencia del departamento es relativamente más estable, observándose una disminución gradual hasta 2020 donde presenta la menor tasa registrada hasta la fecha.

Gráfico 49. Comparativo de la tasa de mortalidad neonatal (2005-2020)



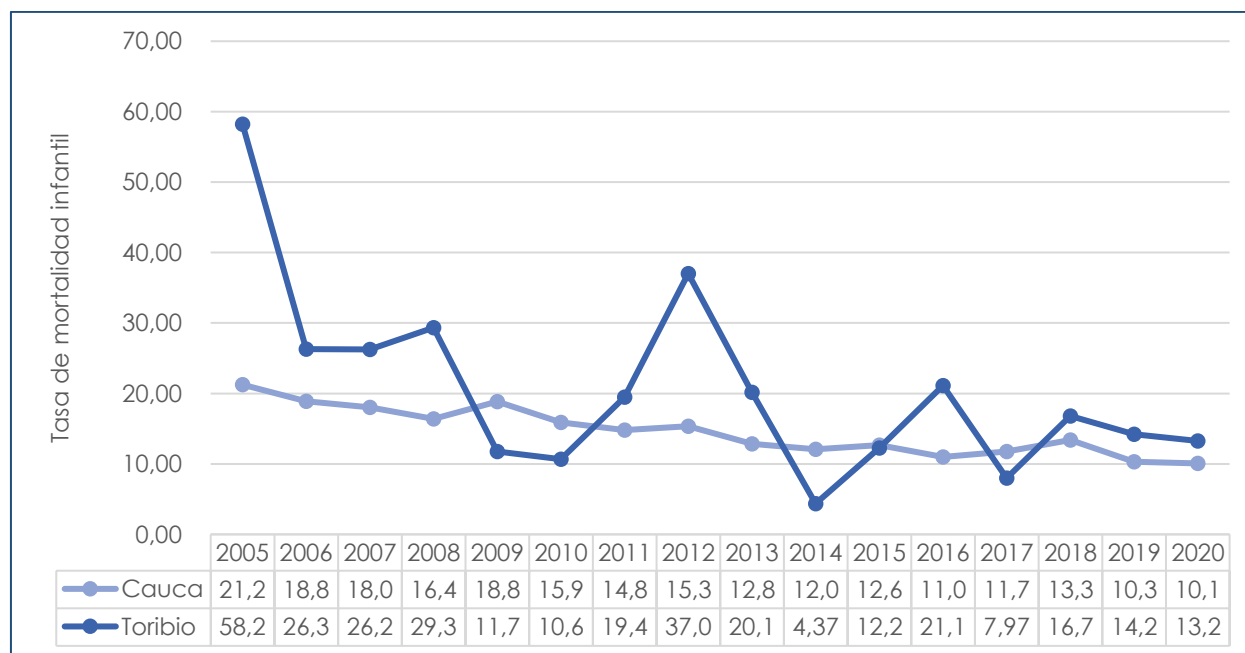
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.3. Mortalidad infantil

Nuevamente, la tasa de Toribío es mucho más alta que la del departamento, tan solo en cuatro años ocurre lo contrario, es decir, donde la tasa del Cauca es

superior a la municipal (2009, 2010, 2014 y 2017). En este caso, la tendencia de Toribío es también volátil, con picos importantes en 2005 y 2012, años en los cuales se registraron tasas de 58,22 y 37,04 por cada 100.000 menores de 5 años (Ver Gráfico 50). Llama la atención que posterior a presentar tasas elevadas se siguen descensos significativos para después ascender hasta tasas elevadas. Sin embargo, es importante resaltar el descenso gradual presentado desde el 2018, donde se observa un patrón parecido al descrito por el departamento aun cuando las cifras municipales continúan siendo superiores, con una diferencia relativamente pequeña entre ellas, por ejemplo par 2020 el municipio cierra con una tasa de 13,25 por cada 100.000 menores de 5 años frente a 10,07, siendo la primera 1,3 veces superior a la segunda. A nivel general, como se ha visto en los gráficos anteriores el comportamiento de las tasas en el departamento son más estables en comparación con las descritas por Toribío.

Gráfico 50. Comparativo de la tasa de mortalidad infantil (2005-2020)



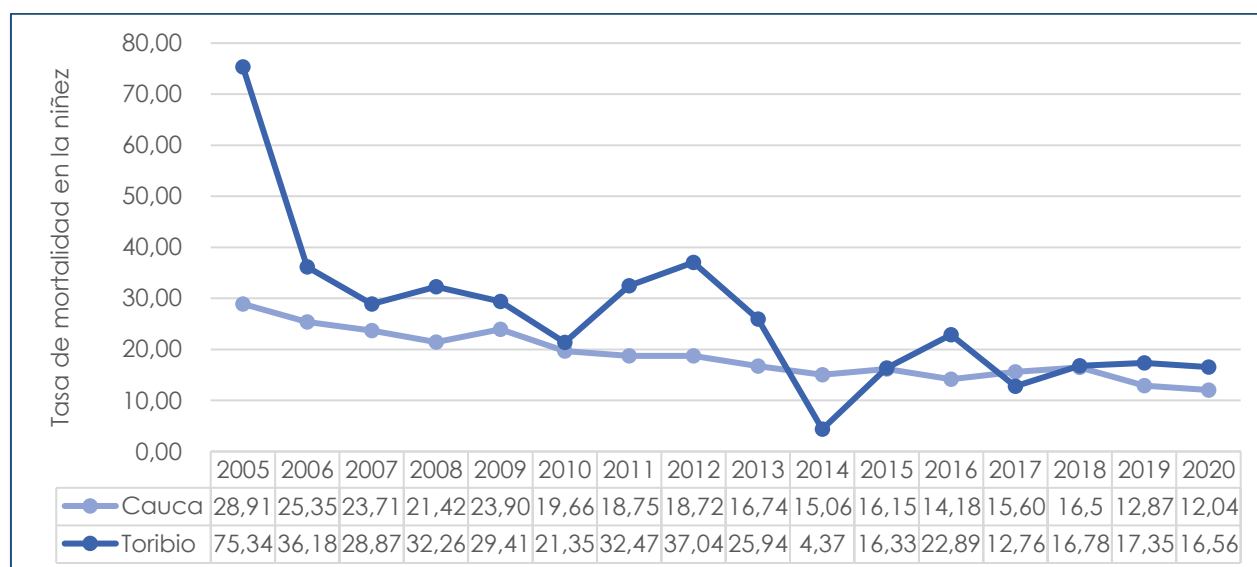
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.4. Mortalidad de la niñez

Como en los grupos poblacionales anteriores, la tasa entre 2005 y 2019 para el Cauca es mucho menor que en Toribío. La tendencia para el municipio es mucho

más volátil que la departamental dentro de este periodo, observándose picos elevados en 2005, 2012 y 2016 (75,34; 37,04 y 22,89 por cada 100.000 niños). Para los últimos tres años se tiene un ligero descenso de la tasa de mortalidad, con un patrón similar al departamental, cerrando el 2020 con una tasa de 16,56 para el municipio, frente a 12,04 por cada 100.000 niños que registra el departamento. Es importante mencionar que la tendencia departamental muestra un descenso continuo desde 2012 y es mucho más estable relativamente que las tasas municipales (ver Gráfico 51).

Gráfico 51. Comparativo de la tasa de mortalidad infantil (2005-2020)



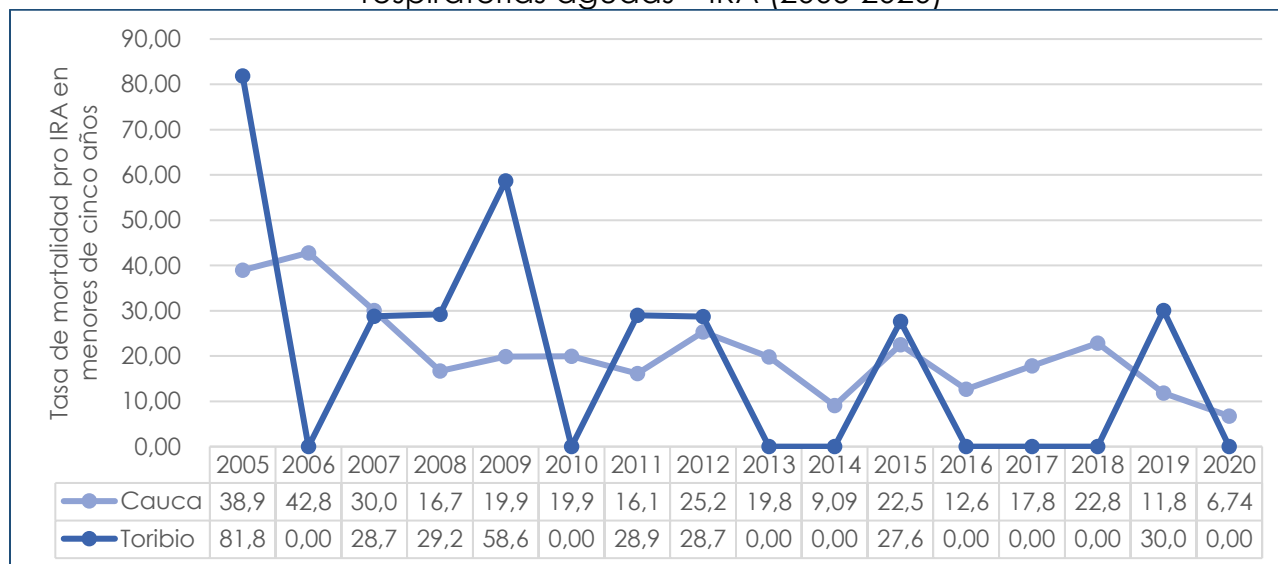
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.5. Mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas – IRA

Para este caso, la tasa de mortalidad por IRA permite observar una tasa promedio un poco más alta en el departamento que en el municipio de Toribío (20,82 frente a 19,62). Lo anterior, podría verse explicado, entre otras, por la ausencia de valores en algunos años en los registros para esta variable para el municipio de Toribío, no obstante, al observar los años donde se registran datos, las tasas son superiores a las departamentales, con excepción del 2007. Para Toribio los picos

más significativos se observan en el 2005 y el 2009 con tasas de 81,86 y 58,65 por cada 100.000 menores de cinco años, respectivamente (Ver Gráfico 52).

Gráfico 52. Comparativo de la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas – IRA (2005-2020)

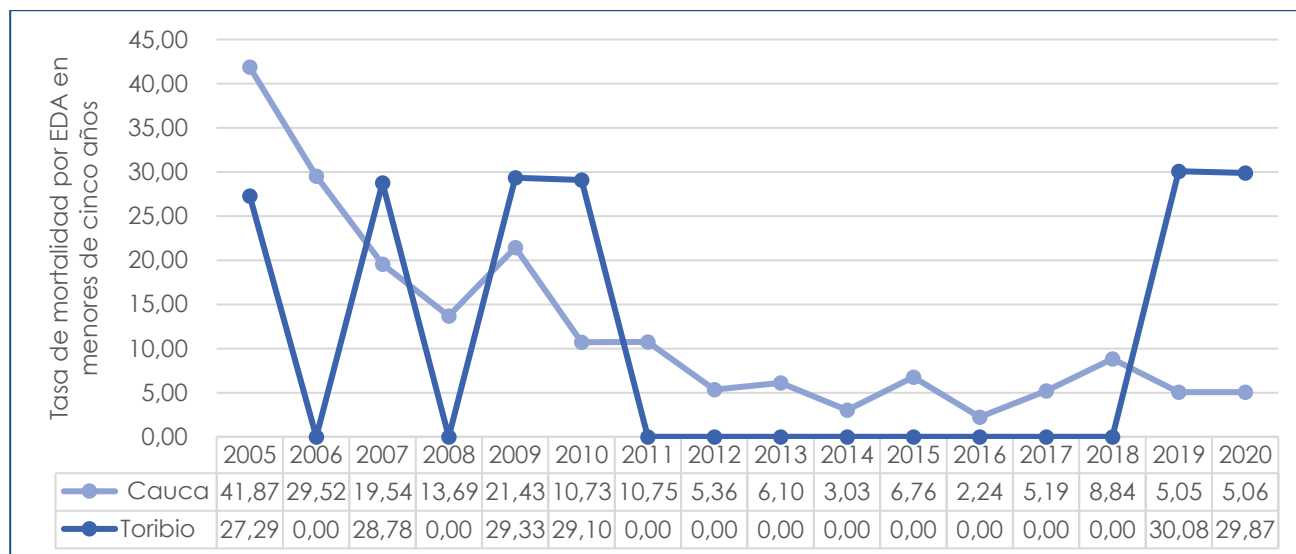


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.6. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA

Este evento presenta un comportamiento similar a la tasa de mortalidad por IRA, es decir, en promedio la tasa departamental es superior a la de Toribío durante el periodo de estudio (12,20 frente a 10,90). Si bien es cierto, al inicio de la tendencia la tasa de Cauca es superior a la de Toribio, con tasas de 41,87 y 27,29 por cada 100.000 menores de cinco años, respectivamente; los registros departamentales exhiben un descenso gradual de los casos presentados. Para el caso de Toribío, se observan múltiples picos siendo el más representativo el del 2019 y el de 2020 que por sus tasas similares describe una tendencia estacionaria en el municipio con una tasa promedio de 29,97 para estos dos últimos años (Ver Gráfico 53). Adicionalmente, es importantes mencionar que, como en los gráficos anteriores, para Toribío hay periodos sin información que pueden corresponder a bajas considerables de la tendencia.

Gráfico 53. Comparativo de la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA (2005-2020)



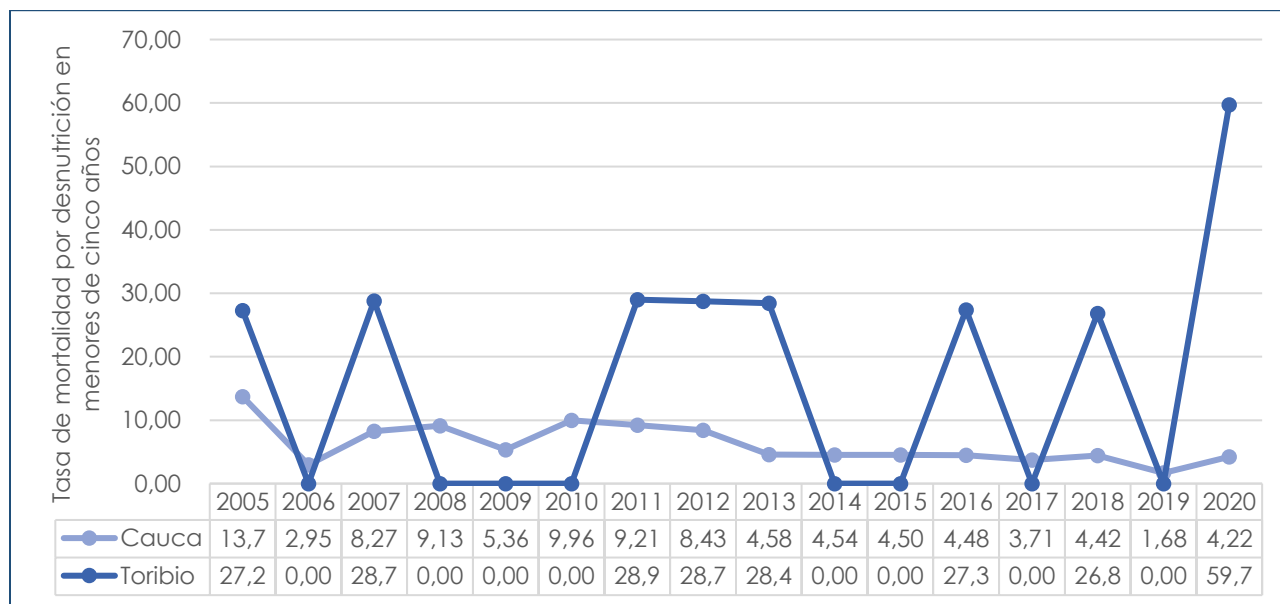
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.8.7. Mortalidad por desnutrición en menores de cinco años

En promedio, este evento es por mucho más alto en Toribío que en el Cauca (16,01 frente a 6,20). En la observación año tras año, en todos los periodos para los cuales el municipio tiene información, la tasa es superior a 20,00 por cada 100.000 menores de cinco años, con un pico muy significativo al cierre de 2020 donde la tasa fue 14,1 veces más alta que la registrada en el departamento, así como la tasa más alta hasta el momento registrada para el municipio¹¹ (59,74 por cada 100.000 menores de cinco años) (Ver Gráfico 54).

¹¹ La tasa más alta reportada para mortalidad por desnutrición en menores de cinco años anterior a la de 2020 correspondía al año 2011 con un valor de 28,98 por cada 100.000 menores de cinco años.

Gráfico 54. Comparativo de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años (2005-2020)



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

2.1.9. Determinantes estructurales

En esta sección se abordan las desigualdades en términos de la mortalidad por grupos étnico-raciales y lugar de residencia (urbana-rural), esto con el fin de conocer las brechas existentes en estas dimensiones, las cuales darían cuenta de las desigualdades de salud en el territorio. Antes de interpretar las tendencias, conviene destacar que Toribío es un municipio mayoritariamente indígena y rural, por lo que los resultados municipales están afectados en gran medida por esta característica. No obstante, los valores de las tasas de Toribío, como se ha analizado hasta el momento, sí muestran una gran diferencia con respecto al total departamental, lo que denota la forma como se expresan las desigualdades sociales en salud, dejando de manifiesto los resultados poco favorables para los grupos étnico-raciales y las zonas rurales en Colombia.

2.1.9.1. Desigualdades en salud por grupos étnico-raciales

Si bien existen cifras diferenciadas por grupo étnico-racial, aún la incorporación del enfoque étnico es débil en términos estadísticos, esto se expresa en que la serie de razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos está incompleta, es decir, hay ausencia de datos o no se cuenta con información para varios de los años dentro del periodo en estudio, por un lado, en la población indígena solo se tiene un registro para el año 2014 (607,90 por cada 100.000 nacidos vivos) el cual es muy superior al total registrado en el municipio que reporta para el mismo año 436,68 por cada 100.000 nacidos vivos (Ver Tabla 26); por otro lado, para otras etnias se tiene información solo del año 2011 con una tasa mucho mayor a la observada en el municipio (324,68 por cada 100.000 nacidos vivos), mientras que para la población afro no se tiene o no se registra información.

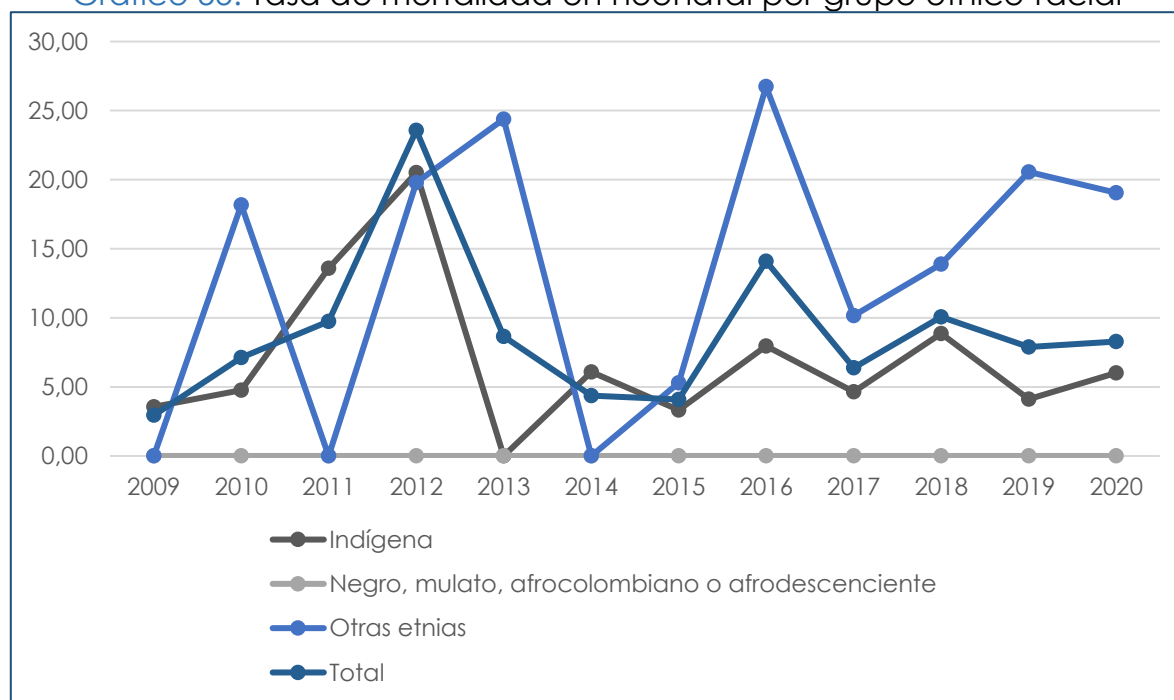
Tabla 26. Razón de mortalidad materna y neonatal por grupo étnico-racial

Indicador / Grupo étnico-racial	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos												
Indígena						607,90						
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente												
Otras etnias			1149,43									
No reportado												
Total			324,68			436,68						
Tasa de mortalidad neonatal												
Indígena	3,56	4,76	13,57	20,51		6,08	3,32	7,96	4,65	8,87	4,11	6,01
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente												
Otras etnias		18,18		19,80	24,39		5,29	26,74	10,15	13,89	20,55	19,05
No reportado												
Total	2,94	7,12	9,74	23,57	8,65	4,37	4,08	14,08	6,38	10,07	7,89	8,28

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Para el caso de la mortalidad neonatal por grupo étnico-racial se observa, nuevamente la ausencia de datos o la falta de registros disponibles para la población afrodescendiente dentro del periodo de estudio, mientras que la población correspondiente a otras etnias presenta, en promedio, las tasas más altas en comparación con la población indígena (17,56 frente a 7,58 por cada 100.000 nacidos vivos), siendo incluso más alta que la del total municipal (tasa promedio de 8,93 por cada 100.000 nacidos vivos) como se puede observar en la Tabla 25. Al analizar el comportamiento de la tendencia, se registran picos para los años 2013 y 2016 por la población de otras etnias (24,39 y 26,74 por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente) y en el año 2012 por la población indígena con una tasa de 20,51 por cada 100.000 nacidos vivos (Ver Gráfico 55).

Gráfico 55. Tasa de mortalidad en neonatal por grupo étnico-racial



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

2.1.9.2. Desigualdades en salud según área de residencia (urbano – rural)

En cuanto al área de residencia, para el análisis de la mortalidad materna, se tiene también un reporte insuficiente de datos, teniendo hasta la fecha un registro para el año 2011 de 925,53 correspondiente a mortalidad ocurrida en centro poblado (cifra superior al total general que reporta 324,68) y otro registro para el año 2014 con una tasa de 526,32 correspondiente a mortalidad ocurrida en área rural dispersa, la cual, al igual que la reportada en el 2011, es mayor al total general que tiene una tasa de 436,68 por cada 100.000 (Ver Tabla 27). Para la tasa de mortalidad neonatal se tiene mayor cantidad de registros años tras años para los ocurridos en zonas rurales dispersas con una tasa promedio de 9,76; sin embargo, el promedio registrado para los centros poblados, aun cuando no se tiene todos los registros por años, es superior al de las zonas rurales (22,35 por cada 100.000) y, en similitud de ocurrencia, el promedio de tasa de mortalidad para la cabecera municipal, es mayor que la de centros poblados, aun cuando solo se cuenta con un registro para el año 2019 con una tasa de 31,25 por cada 100.000.

Tabla 27. Razón de mortalidad materna y neonatal por área de residencia

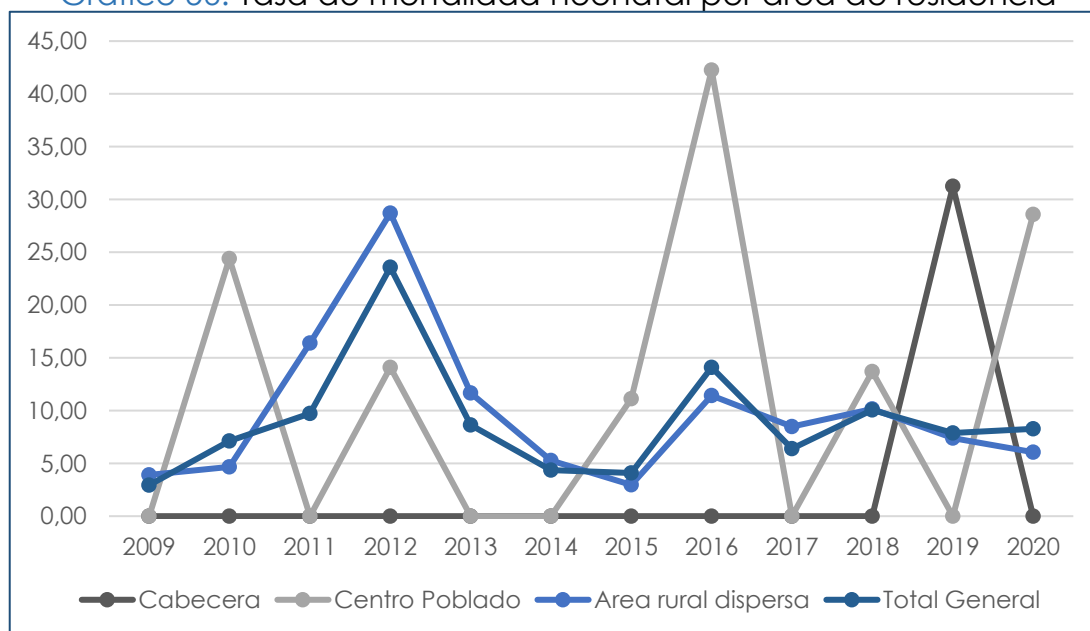
Área de residencia	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad materna por área												
Cabecera												
Centro Poblado			925,93									
Área rural dispersa						526,32						
Sin información												
Total General			324,68			436,68						
Tasa de mortalidad neonatal por área												
Cabecera											31,25	
Centro Poblado		24,39		14,08			11,11	42,25		13,70		28,57
Área rural dispersa	3,91	4,67	16,39	28,71	11,67	5,26	2,96	11,42	8,49	10,16	7,41	6,05
Sin información												
Total General	2,94	7,12	9,74	23,57	8,65	4,37	4,08	14,08	6,38	10,07	7,89	8,28

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Al realizar una análisis de la tendencia para cada área de residencia se tiene que el pico más significativo se presenta en el 2016 con una tasa de mortalidad 42,25 por cada 100.000 ocurridas en centro poblado; le sigue en importancia la tasa de mortalidad registrada en la cabecera municipal para el 2019 (31,25 por cada 100.000) y la registrada en el año 2012 de muertes ocurridas en zonas rurales dispersas (28,71 por cada 100.000).

Adicionalmente, es importante mencionar la alta tasa de mortalidad neonatal registrada en el 2020, la cual reporta 28,57 de las muertes ocurridas en centros poblados del municipio (Ver Gráfico 56).

Gráfico 56. Tasa de mortalidad neonatal por área de residencia



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Valdría la pena, en este sentido, continuar con las estrategias en salud enfocadas en el fortalecimiento de la salud en zonas que no cuentan con instituciones hospitalarias presentes y en las que la mayor parte de las atenciones se realizan mediante medicina tradicional. Un enfoque intercultural sería importante para dicho fortalecimiento, en donde se priorice la salud materna y neonatal mediante

el reconocimiento de signos de alarma que permitan la atención oportuna y por ende la disminución de las cifras reportadas hasta el momento.

2.1.9.3. Otros indicadores por área de residencia y etnia

A continuación se hará el análisis del comportamiento para los recién nacidos con bajo peso al nacer, los nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal, los partos atendidos por personal calificado, así como la tasa de mortalidad en menores de 1 año, de acuerdo al área de residencia y por grupos étnicos-raciales para conocer las desigualdades que puedan existir dentro del territorio.

Para la serie correspondiente a la tasa de fecundidad específica de mujeres entre los 10 y 14 años el municipio de Toribío no registra información, razón por la cual no se realizará su análisis en este informe.

2.1.9.3.1. Nacidos vivos con Bajo peso al nacer

El porcentaje de nacido vivos con bajo peso al nacer en los grupos étnico-raciales muestra un descenso general en el porcentaje de niños que nacen en esta condición, con un leve aumento al cierre de 2020 en donde la población indígena y de otras etnias, registran diferencias porcentuales de 0,90 y 1,30 respectivamente (Ver gráfico 57).

Para el caso de la población afrodescendiente, se observa ausencia de datos en varios años, pero llama la atención que en los años que hay registros los porcentajes son muy superiores a los reportados en los otros grupos.

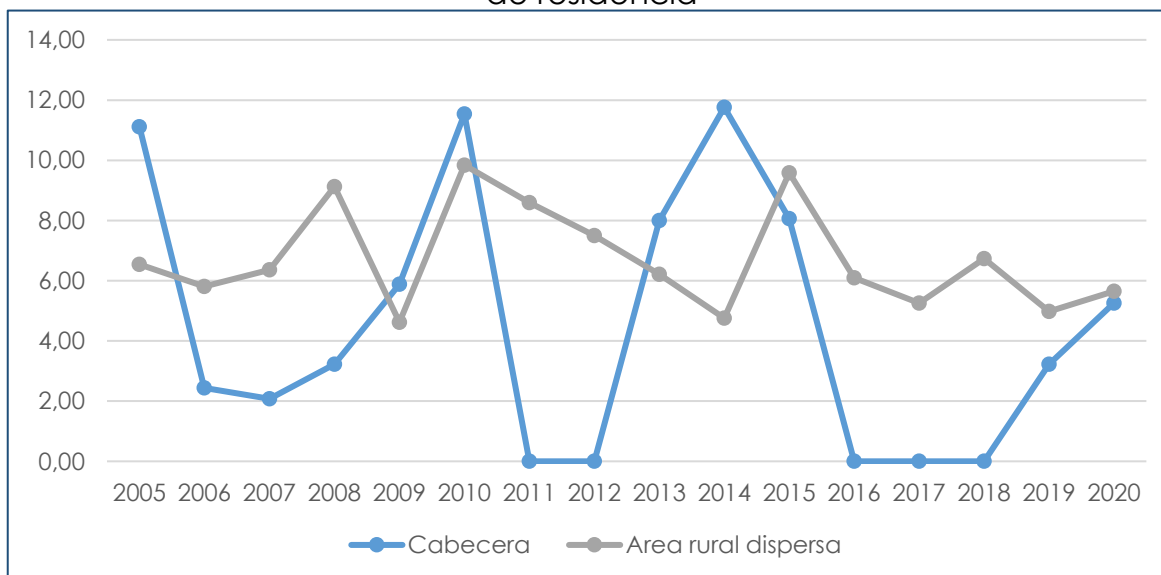
Gráfico 57. Porcentaje de mortalidad neonatal por área de residencia



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Teniendo en cuenta el área de residencia para los nacidos vivos con bajo peso al nacer se evidencia que las mayores proporciones se encuentran en las zonas rurales con un tasa promedio durante el periodo 2005 – 2020 de 6,73% frente a un 4,54% de la cabecera (Ver Gráfico 58).

Gráfico 58. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por área de residencia



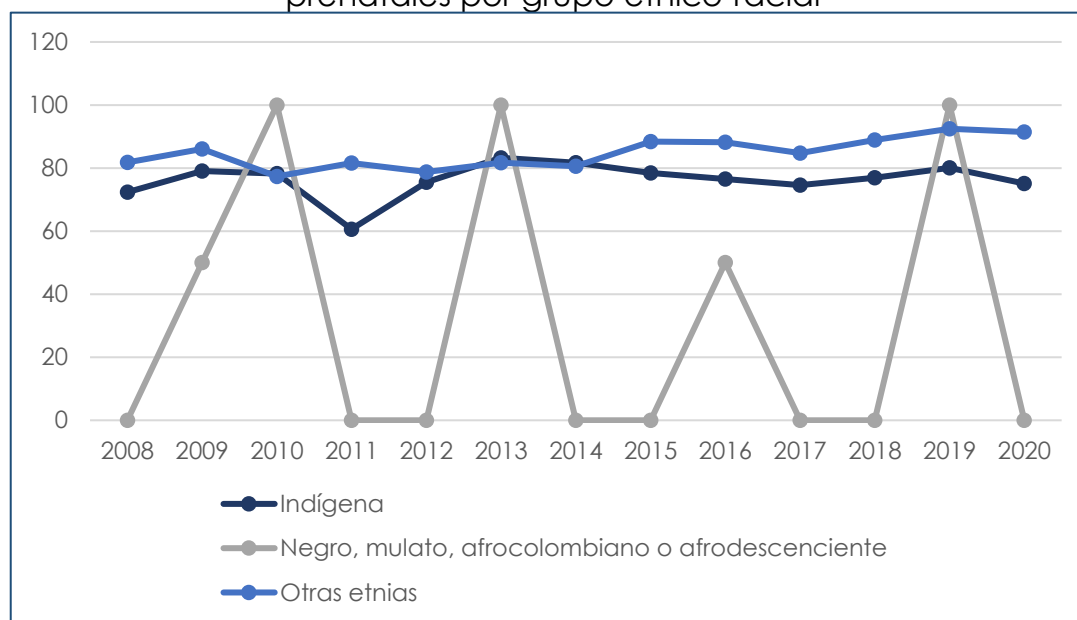
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Es importante mencionar que la tendencia es muy volátil, lo que dificulta realizar una lectura clara de la gráfica descrita por los registros año a año, sin embargo, pese a la mayor ocurrencia de casos en las zonas rurales, es evidente el alto porcentaje registrado en la zona urbana en años específicos (2005, 2009, 2010, 2013 y 2014, los cuales llegan incluso a superar los registros de las zonas rurales. La tendencia al año 2020 es al alza para ambas series, evidenciando un ascenso de las cifras en el área urbana dado desde el 2018.

2.1.9.3.2. Nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales

En cuanto al porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales se evidencia que la población indígena registra porcentajes más bajos en promedio que los registrados por otras etnias (76,34% frente a 84,77%), para el caso de los afrodescendientes, la tendencia es más volátil dado que hay años donde no se registra información, alcanzando un valor promedio de 30,77% para el periodo 2008 – 2019 (Ver Gráfico 59).

Gráfico 59. Porcentaje de nacidos vivos con al menos cuatro consultas prenatales por grupo étnico-racial



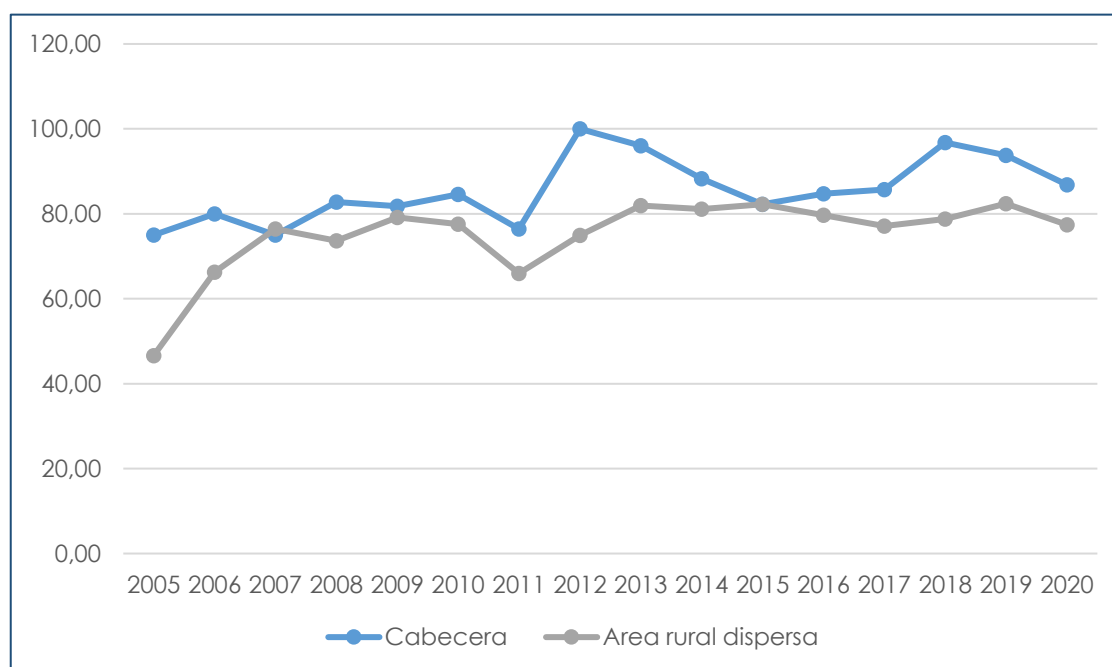
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Por años, los indígenas muestran un descenso en los porcentajes desde 2014 cerrando al 2020 con una diferencia de 4,93 puntos porcentuales por debajo de lo

registrado en 2019. Para la población de otras etnias la tasa también muestra una leve disminución para el 2020 con una diferencia de 1,04 puntos porcentuales respecto al 2019.

Con respecto al área de residencia, el porcentaje de nacidos vivos con al menos cuatro consultas prenatales, es mayor en la zona urbana que en la rural, el porcentaje promedio entre 2005 y 2020 corresponde a 85,62% en la zona urbana y 75,05% en las zonas rurales, lo que permitiría evidenciar la desigualdad existente en cuanto acceso a los servicios de salud, teniendo en cuenta que las instituciones de salud se encuentran en la cabecera municipal y en los centros poblados del municipio. (Ver Gráfico 60).

Gráfico 60. Porcentaje de menores con al menos cuatro consultas prenatales por área de residencia



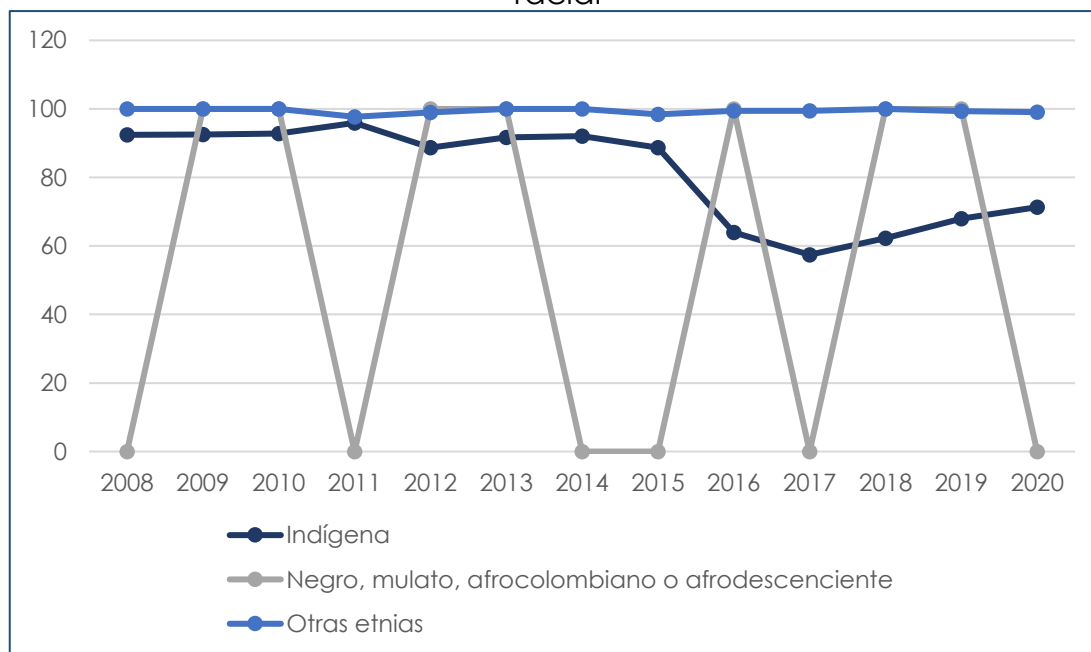
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Adicionalmente, sería importante, en este caso, fortalecer las acciones del SISPI para las zonas rurales. Al cierre del año 2020 se observa una tendencia a la baja para ambas series.

2.1.9.3.3. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado

Los datos reportados para los afrodescendientes en el caso de los porcentajes de partos atendidos por personal calificado son del 100,00% en los años donde hay información (Ver Gráfico 61). Para la población indígena se observa un descenso marcado de los partos atendidos por personal calificado desde el 2015 hasta el 2017, comportamiento que puede estar asociado al uso de prácticas tradicionales o no institucionalizadas en el marco de la oferta de servicios de salud, sin embargo, a partir de 2017 se evidencia un ascenso gradual de estos porcentajes que, para este caso, podría verse explicado con el fortalecimiento del parto intercultural que se viene desarrollando en el territorio. En el caso de la población perteneciente a otras etnias, el comportamiento es más estacionario, con cifras cercanas al 100,00% en todos los años

Gráfico 61. Porcentaje de partos atendidos por personal por grupo étnico-racial



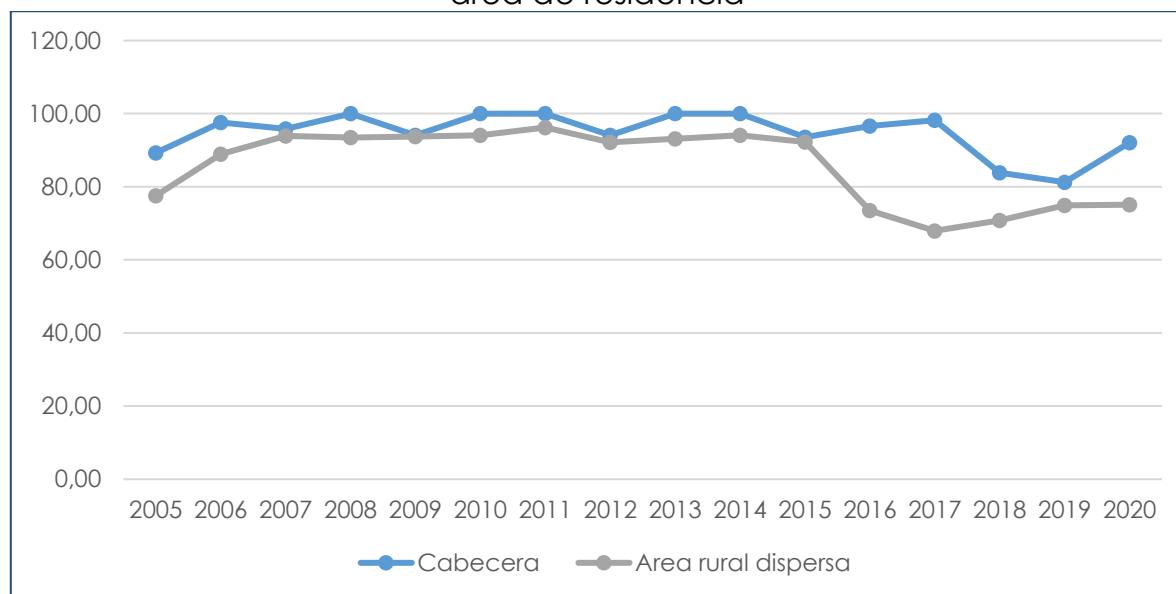
Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

El porcentaje de partos atendidos por personal calificado a cierre del año 2020 muestra una diferencia de 17 puntos porcentuales entre las zonas rurales y la cabecera municipal (75,09% frente a 92,11% respectivamente); de acuerdo a la

gráfica esta brecha fue más amplia en el 2017 donde la diferencia fue de 30,26 puntos porcentuales (Ver Gráfico 62)

Para el caso de las zonas rurales, los partos ocurren en los domicilios y son asistidos por parteras o sabedoras de manera más frecuente, contrario a lo que ocurre en la cabecera municipal donde los partos son asistidos en mayor proporción por personal institucional ya que estos se dan en las instituciones de salud, sin embargo, es importante resaltar, nuevamente, el trabajo que se desarrolla en territorio para el parto intercultural, ya que en este caso, por ejemplo, las maternas que se encuentran en las instituciones de salud pueden decidir la manera en que desean dar a luz y también quién o quiénes estarán asistiendo el proceso

Gráfico 62. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado por área de residencia



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

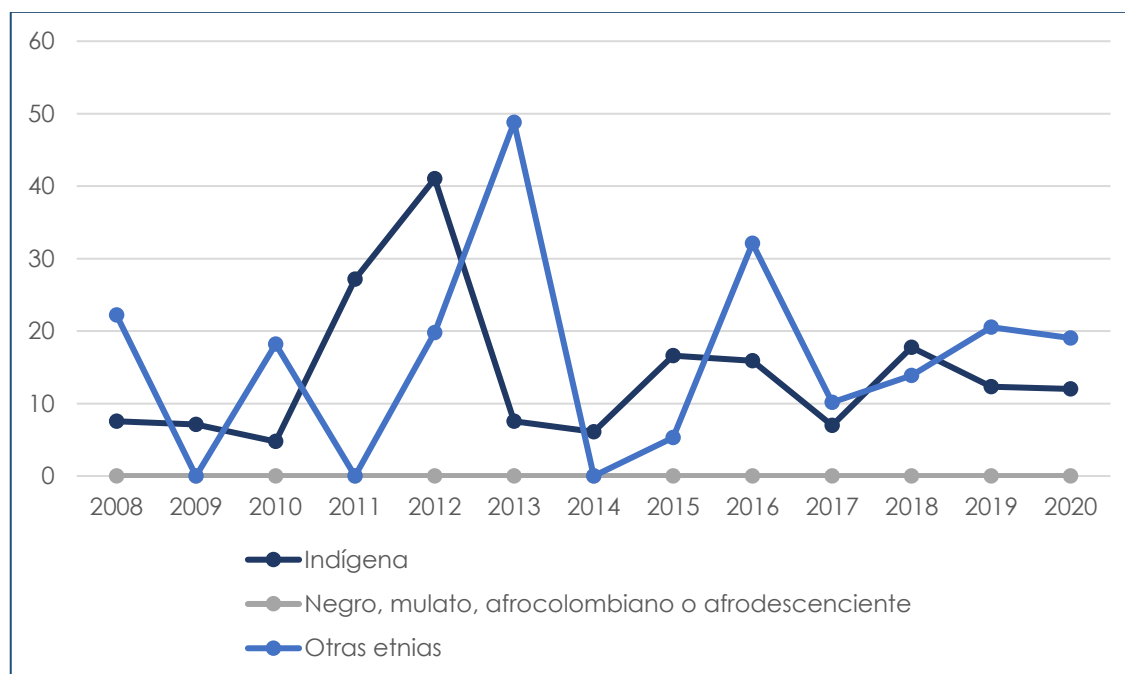
2.1.9.3.4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año

La tasa de mortalidad en menores de 1 año por grupo étnico-racial muestra que no se registra información para la población afrodescendiente entre 2008 y 2020, mientras que la población perteneciente a otras etnias presenta en promedio tasas

superiores en comparación con la población indígena (16,15 y 14,06 por cada 100.000 respectivamente) (ver Gráfico 63). Por años, se registran picos entre 2012 y 2013, siendo más alta la registrada en 2013 por la población de otras etnias (48,8 por cada 100.000).

En general, se observa un comportamiento volátil para ambas series, con una tendencia estacionaria al cierre de 2020, presentando diferencias mínimas respecto a las tasas registradas en el 2019, siendo, para el caso de la población indígena 0,30 puntos inferior y para la población de otras etnias 1,50 puntos inferior.

Gráfico 63. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por grupo étnico-racial

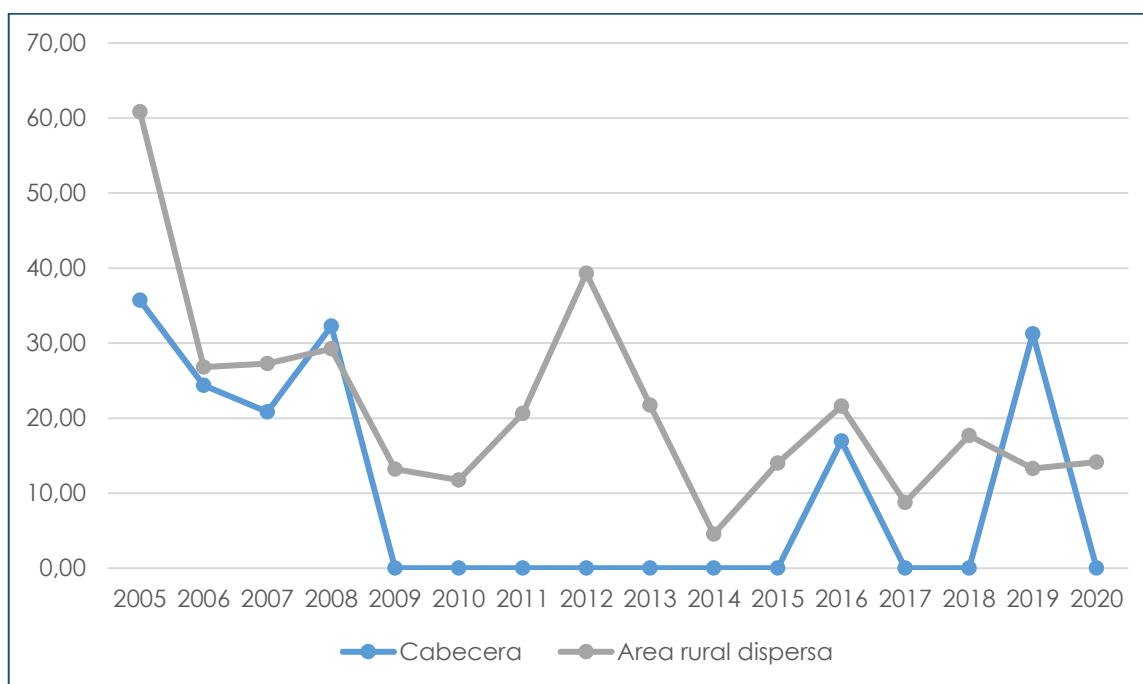


Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

En cuanto al área de residencia, la tasa de mortalidad de menores de un año permite observar que las tasas más altas se registran en la zona rural (21,55 frente a 10,09 por cada 100.000 en promedio), tanto así que para la cabecera municipal entre 2009 y 2015 no se registran decesos de menores de un año, conducta que se

repite en los años 2017, 2018 y 2020, mientras que en las zona rurales se observan picos significativos en el año 2005 donde se registrar una tasa de 60,84 por cada 100.000 menores de un año, y posteriormente en el 2012 (39,29 por cada 100.000) (ver Gráfico 64). Pese a lo anterior, es importante resaltar que para el año 2019 la tasa más alta se presentó en la cabecera municipal con una tasa de 31,25 por cada 100.000 seguido de un descenso dramático de la tasa que en 2020 es 0,00. Para las zonas rurales se observa entonces, que en 2019 la tasa fue de 13,29 por cada 100.000 y para 2020 presenta una ligera tendencia al alza, cerrando con una tasa de 14,13 por cada 100.000.

Gráfico 64. Tasa de mortalidad de menores de un año por zonas urbano-rural



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

2.1.10. Identificación de prioridades por mortalidad general, específica y materno – infantil

Para efectos de la priorización se consideraron las tendencias correspondientes a 2020 de las principales causas de muertes de la población en general, así como la población materno-infantil del territorio. Los resultados indican todas las causas de muerte priorizadas presentan una tendencia oscilante o fluctuante es decir, los

registros de muertes relacionadas con causas externas, las demás causas y las enfermedades del sistema circulatorio, registran tasas volátiles, con incrementos y disminuciones significativos en la tendencia durante 2005 y 2019 (ver Tabla 28).

A nivel de subcausas, con excepción de los accidentes de transporte terrestre, los resultados muestran un comportamiento oscilante, en este caso, las agresiones (homicidios), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las enfermedades del sistema digestivo, las isquémicas del corazón y las cerebrovasculares poseen registros muy volátiles entre si durante el periodo de análisis. Para el caso de los accidentes de transporte terrestre se registra un decrecimiento importante.

Tabla 28. Prioridades por mortalidad

Mortalidad	Prioridad	TORIBIO	CAUCA	Tendencia 2005 a 2020	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas*	1. Causas externas	84,23	80,87	OSCILANTE	012
	2. Las demás causas	104,69	85,18	OSCILANTE	000
	3. Enfermedades Sistema Circulatorio	150,88	129,67	OSCILANTE	001
Específica por Subcausas o subgrupos	1.1. Agresiones (Homicidios)	58,75	48,92	OSCILANTE	012
	1.2. Accidentes de Transporte terrestre	8,15	14,61	DESCENDENTE	012
	2.1. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	12,60	17,73	OSCILANTE	000
	2.2. Resto de enfermedades del sistema digestivo	20,38	9,12	OSCILANTE	000
	3.1. Enfermedades isquémicas del corazón	41,64	69,33	OSCILANTE	001
	3.2. Enfermedades cerebrovasculares	24,15	27,72	OSCILANTE	001
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	3		OSCILANTE	008
Mortalidad Infantil y de la niñez: 16 grandes causas	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3		OSCILANTE	008
	Enfermedades del sistema respiratorio	0		OSCILANTE	000
Mortalidad Materno infantil y en la niñez:	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años	59,74	4,22	ASCENDENTE	

Mortalidad	Prioridad	TORIBIO	CAUCA	Tendencia 2005 a 2020	Grupos de Riesgo (MIAS)
Indicadores trazadores	Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	29,87	5,06	OSCILANTE	009
	Tasa de mortalidad en la niñez	16,56	12,04	OSCILANTE	008

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y Estadísticas Vitales del DANE (EEVV). Elaboración propia.

Finalmente, para las causas de mortalidad en la niñez y en la población materno-infantil, se observa una tendencia oscilante, con valores volátiles en el análisis año tras año. Es importante, el comportamiento ascendente observado en la tendencia de la desnutrición en menores de cinco años, puesto que se desconoce una relación directa de algún evento que pueda explicar la alta tasa registrada para 2020, sin embargo se podría considerar los cambios en las dinámicas familiares, laborales, comerciales y culturales por el inicio de pandemia que llevaron al aislamiento de las poblaciones.

2.1.11. Conclusiones

Dentro de las principales causas de muerte, las causas externas son las que más se han presentado en el municipio, siendo explicadas principalmente por el alto número de homicidios acontecidos relacionados principalmente con el recrudecimiento del conflicto armado que, al igual que los accidentes de tránsito y suicidios, registran un repunte en el territorio durante los últimos años, afectando de manera mayoritaria a los hombres, quienes aportan la mayor cantidad de casos de mortalidad por esta causa.

Otra de las causas con gran porcentaje de ocurrencia corresponde a las categorizadas como las demás causas (Diabetes mellitus, deficiencias nutricionales, trastornos mentales, enfermedades crónicas del sistema respiratorio, entre otras), dentro de las cuales las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y el resto de enfermedades del sistema digestivo son las subcausas que más afectaron a la población, siendo más predominante en las mujeres. Para el caso de esta causa, se podría considerar que su aumento en el

territorio podría estar relacionado con la declaración de emergencia por COVID 19 en el territorio pese a que, específicamente para Toribío, la existencia de un sub-registro para esta mortalidad no está del todo descartado de acuerdo con el aumento de cifras de muertes presentadas en zonas rurales dispersas durante la emergencia, las cuales no cuentan con un diagnóstico clínico y que son catalogadas como muertes naturales. En tercer lugar se encontró que las enfermedades del sistema circulatorio son las que continúan en importancia, siendo las enfermedades isquémicas y las cerebrovasculares las que registran porcentajes relativamente más altos, afectando principalmente a los hombres.

Con respecto a los AVPP, siguen un patrón similar a los expuestos en la mortalidad por grandes causas, en la medida que las causas externas y las demás causas de muerte son las que registran el mayor número y tasas de años de vida perdidos. Nuevamente, las agresiones (homicidios) registran los valores más altos. La mortalidad infantil se encuentra explicada principalmente por las afectaciones del periodo perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, presentando de manera consecutivo durante los últimos dos años, tres defunciones de menores en el territorio debido a estas causas. La mortalidad por COVID 19 en el municipio es relativamente baja, registrando tan solo 22 casos y 23 atenciones realizadas por cuestiones de morbilidad. Sin embargo, es pertinente reiterar la posibilidad de un sub-registro de los casos de mortalidad por COVID 19 para el territorio, debido a las altas muertes ocurridas a nivel domiciliario en zonas rurales dispersas, y en un muy bajo porcentaje a nivel institucional para los años 2020 y 2021 de acuerdo con el análisis de los datos del Registro Único de Afiliados – RUAF.

Por otro lado, de acuerdo con la semaforización realizada para de las tasas de mortalidad por causas específicas se tiene que dos indicadores se encuentran en estado crítico frente al departamento, estos son: la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles y la tasa por mortalidad por tumor maligno del cuello

uterino, respectivamente, las cuales en términos proporcionales, son 1,5 y 2,8 veces superiores a las registradas por el Cauca.

Para el caso de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino, los controles médicos regulares y la realización de citologías, podría ayudar a paliar esta situación, considerando, además que en las neoplasias, el tumor maligno de cuello uterino registra las tasas más altas de mortalidad entre 2005 y 2020, lo que mantiene a Toribio con una línea de tendencia superior a las tasas presentadas por el departamento para el mismo periodo de tiempo. En el caso de las enfermedades transmisibles, es importante considerar que aunque para el 2020 la tasa presenta una disminución y la línea de tendencia sugiere un decrecimiento, se deben continuar con la realización de intervenciones que apunten hacia la prevención de estas enfermedades en la población, debido a que las tasas se mantiene muy por encima de lo reportado por el departamento.

Finalmente, la semaforización de mortalidad materno-infantil por casos específicas, muestra que la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años y por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA, son las situaciones más críticas para el municipio, siendo muy superiores al total departamento con valores de 5,9 veces más alta para ED y de 14 veces más alta para desnutrición. En este caso es de suma importancia evaluar el comportamiento ascendente de la desnutrición en menores de cinco años, la cual puede estar relacionada con los cambios en las dinámicas familiares, laborales, comerciales y culturales por el inicio de la pandemia por COVID 19 que llevaron al aislamiento de las poblaciones, sin embargo se desconoce una relación directa de algún evento que pueda explicar el comportamiento ascendente de esta tasa en el municipio.

2.2. Análisis de Morbilidad

En este apartado se expondrán las cifras de morbilidad del municipio agrupadas en: eventos de alto costo, eventos precursores y eventos de notificación obligatoria. Las fuentes información corresponden a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS, bases de datos de alto costo y del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública – SIVIGILA.

2.2.1. Principales causas de morbilidad

Las principales causas de morbilidad presentadas en este informe fueron abordadas desde el marco de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – CIE 10, incluyendo las adaptaciones realizadas por el MSPS.

Este marco referencial abarca las siguientes categorías: condiciones transmisibles y nutricionales, condiciones maternas perinatales, enfermedades no transmisibles, lesiones intencionales y no intencionales además de los traumatismos, envenenamientos, consecuencias asociadas a causas externas y condiciones mal clasificadas.

A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS se construyó la Tabla 29, donde se presenta las principales causas de morbilidad agrupadas por ciclo de vida. Se observa que en todos los rangos etarios durante el año 2021, las principales causas de morbilidad estuvieron asociadas a las enfermedades no transmisibles, repitiéndose esta tendencia desde el año 2014, a excepción del ciclo de vida de la primera infancia (0-5 años) que en el periodo 2010 a 2019, exhibió una mayor participación porcentual de las condiciones transmisibles y nutricionales alcanzando su valor máximo en el año 2012 (63,26%), con una tendencia a la baja a lo largo del periodo llegando a un mínimo histórico de 32,07% en el año 2021.

Contrario a lo descrito por las enfermedades no transmisibles que muestran una leve tendencia al alza alcanzando el máximo en el año 2020 (46,58%) y una disminución que cierra el 2021 con un valor porcentual de 38,75, siendo incluso más bajo al reportado en el 2019 (39,91%).

En el caso de las condiciones perinatales y las lesiones para la primera infancia, se observa un comportamiento relativamente estable a lo largo del periodo 2009-2021, es decir, no muestran aumentos o descensos significativos y sus participaciones porcentuales oscilan en rangos entre el 1% y el 10, misma tendencia que se podría describir para las condiciones mal clasificadas, sin embargo, estas presentan un aumento al final del 2021 donde registran una morbilidad de 19,01%, porcentaje que la ubicaría dentro de las tres primeras causas de consulta para este grupo etario y que pondría en consideración la calidad de los RIPS en las atenciones.

Para el grupo correspondiente a la infancia (6-11 años), las enfermedades no transmisibles, las condiciones transmisibles y nutricionales, y las lesiones son las principales causas de consulta entre 2009 – 2021, respectivamente. En el caso de las enfermedades no transmisibles se destaca una tendencia creciente desde el 2014 – 2020 con una leve disminución hacia el 2021 donde registró un valor porcentual de 52,43; por su parte, las condiciones no transmisibles y nutricionales muestran una tendencia a la baja durante el mismo rango de tiempo con una baja histórica de 14,64% en 2021.

Las lesiones han presentado un comportamiento fluctuante, sin embargo, para 2021 presenta un alza significativa con un porcentaje de 17,07%, siendo el valor más alto registrado desde 2010. Es importante mencionar que para el caso de las condiciones mal clasificadas se presenta una tendencia de aumento gradual desde 2017 cerrando el 2020 con 15,86% de las causas de consulta.

Para los grupos de adolescencia (12-17 años) y juventud (18-28 años) las enfermedades no transmisibles son las que puntúan la participación porcentual a

lo largo de casi todo el periodo de estudio, seguidas por las condiciones mal clasificadas y las lesiones. En la adolescencia las enfermedades no transmisibles alcanzan un máximo de 66,67% en el año 2017 y un mínimo de 22,86% en el 2009, mientras que en el grupo de juventud se registra un valor máximo para año 2018 con 56,27% y un mínimo en el año 2009 con 38,10%.

Ahora bien, durante el año 2021 el grupo de adolescencia alcanza porcentaje de 55,31% lo que se traduce en un ascenso de 3,69 puntos porcentuales respecto al año 2020; mientras que el grupo de juventud cierra con 49,43%, dejando una diferencia de a la disminución de 4,10 puntos porcentuales con respecto al año 2020.

Por otra parte, entre el 2009 – 2019 las condiciones transmisibles y nutricionales fueron la segunda causa de morbilidad en estos rangos de edad, mostrando una tendencia a la baja durante dicho periodo, pasando a ser la tercera causa de consulta, dejando por segundo años consecutivos el segundo lugar a las condiciones mal clasificadas con cifras de 16,28% para los adolescentes (0,13 puntos porcentuales más que el 2020) y 17,85% en el caso de los jóvenes (4,07 puntos porcentuales más que el 2020).

En los casos del ciclo de adultez (29-59 años) y vejez (60 años o más) las enfermedades no transmisibles presentan porcentajes del 64,79% y 79,86% con un aumento de 1,68 puntos porcentuales para los adultos y de 1,30 puntos porcentuales para el caso de la vejez.

En ambos rangos etarios la prevalencia de esta causa de consulta presenta una leve tendencia al alza a lo largo del 2009-2020, a diferencia de las condiciones transmisibles y nutricionales que además de ser la segunda causa de morbilidad de los adultos y ancianos entre el 2009-2019, muestran una tendencia a la baja, pasando a ser durante el 2020 y 2021 la tercera causa de consulta en el municipio y, al igual que ocurrió con los adolescentes y jóvenes, el segundo lugar fue ocupado

por las condiciones mal clasificadas con cifras de 16,12% en el caso de los adultos y 10,99% en el caso de los ancianos.

En este sentido, y como ya se había mencionado, será importante entonces que se adopten las medidas correctivas para mejorar la calidad de datos generados en el RIPS por parte de los profesionales de salud para evitar que dentro de las causas de consulta aparezcan las condiciones mal clasificadas como las de mayor prevalencia en el municipio.

Tabla 29. Principales causas de morbilidad (2009–2021)

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,14	61,99	63,19	63,26	55,81	55,05	51,83	57,96	59,21	58,25	44,21	35,88	32,07	-3,81
	Condiciones perinatales	0,00	0,30	1,83	1,78	1,24	3,31	0,87	2,86	1,25	3,69	2,51	0,84	0,54	-0,30
	Enfermedades no transmisibles	78,57	28,50	19,84	19,58	25,46	26,31	29,14	29,34	30,41	29,19	39,91	46,58	38,75	-7,83
	Lesiones	7,14	3,36	5,48	6,66	6,88	5,05	8,90	4,83	4,83	3,08	5,60	5,29	9,61	4,33
	Condiciones mal clasificadas	7,14	5,86	9,66	8,72	10,61	10,28	9,25	5,01	4,29	5,79	7,78	11,41	19,01	7,60
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	30,00	43,00	43,43	41,29	47,50	38,57	36,47	37,33	35,24	37,64	29,09	25,72	14,64	-11,08
	Condiciones maternas	0,00	0,02	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	30,00	42,29	35,21	38,96	28,85	39,94	39,35	41,14	49,70	49,89	53,05	53,60	52,43	-1,17
	Lesiones	40,00	7,01	12,43	12,38	11,58	10,47	13,44	14,17	12,65	9,52	9,70	9,65	17,07	7,42
	Condiciones mal clasificadas	0,00	7,68	8,85	7,37	12,08	11,02	10,75	7,36	2,41	2,95	8,17	11,02	15,86	4,83
Adolescencia (12 -17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,71	29,16	29,86	26,93	26,31	22,66	21,59	20,79	15,97	20,80	15,27	15,06	7,55	-7,51
	Condiciones maternas	22,86	6,26	6,95	8,03	7,37	1,19	1,45	5,20	1,12	1,67	9,45	6,58	6,66	0,08
	Enfermedades no transmisibles	22,86	48,49	39,32	42,24	35,17	47,91	43,91	38,03	66,67	59,31	50,56	51,62	55,31	3,69
	Lesiones	42,86	7,40	12,30	13,87	16,54	16,50	18,70	23,26	10,64	15,40	10,89	10,59	14,21	3,62
	Condiciones mal clasificadas	5,71	8,69	11,57	8,93	14,62	11,73	14,35	12,72	5,60	2,82	13,83	16,15	16,28	0,13

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	4,76	25,04	24,91	22,05	24,76	14,75	16,33	16,23	15,59	19,05	12,43	12,79	7,13	-5,65
	Condiciones maternas	40,48	6,97	8,97	9,64	8,98	6,94	6,93	5,13	6,88	4,35	13,30	10,22	12,45	2,24
	Enfermedades no transmisibles	38,10	52,26	44,42	47,80	40,04	48,33	45,62	44,94	54,07	56,27	50,45	53,53	49,43	-4,10
	Lesiones	9,52	5,80	11,04	10,80	14,72	14,87	17,88	21,36	17,13	12,53	11,18	9,68	13,14	3,45
	Condiciones mal clasificadas	7,14	9,93	10,65	9,71	11,50	15,12	13,23	12,34	6,32	7,80	12,64	13,78	17,85	4,07
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	7,74	22,10	19,97	18,90	20,54	18,72	18,03	17,17	16,54	17,64	11,96	11,84	6,59	-5,25
	Condiciones maternas	11,61	1,83	3,10	2,48	3,73	2,63	2,01	2,07	1,47	3,93	4,07	2,86	3,77	0,91
	Enfermedades no transmisibles	52,90	59,89	55,88	58,72	51,64	59,60	56,51	57,47	63,34	60,56	63,55	63,11	64,79	1,69
	Lesiones	15,48	6,30	9,81	10,69	11,68	8,23	12,98	11,59	10,48	11,01	8,24	8,07	8,73	0,66
	Condiciones mal clasificadas	12,26	9,89	11,23	9,21	12,40	10,81	10,47	11,70	8,16	6,86	12,18	14,12	16,12	2,00
Vejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,56	21,08	16,25	14,39	15,82	9,68	7,35	9,91	10,57	20,06	8,56	6,53	4,68	-1,85
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	81,48	66,24	67,54	72,18	63,11	71,55	72,61	79,01	81,61	66,23	77,23	78,56	79,86	1,30
	Lesiones	5,56	6,22	7,14	5,80	9,92	11,73	14,48	6,12	1,84	11,40	5,56	3,31	4,47	1,15
	Condiciones mal clasificadas	7,41	6,46	9,06	7,63	11,15	7,04	5,57	4,96	5,98	2,31	8,64	11,59	10,99	-0,60

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

En la Tabla 30 se presentan las cifras porcentuales asociadas a la morbilidad de los hombres del municipio. Durante el periodo 2010-2019 se observa que son las condiciones transmisibles y nutricionales la principal causa de consulta en la primera infancia, con un porcentaje máximo registrado en el 2012 donde alcanza una cifra del 66,28% y el mínimo registrado en el año 2021 donde exhibió una participación porcentual del 30,94%, lo que permite establecer una tendencia decreciente a lo largo del periodo, con una mayor reducción desde el 2018. A partir del 2020 se observa, entonces que la principal causa de morbilidad en todos los ciclos vitales para el grupo de los hombres son las enfermedades no transmisibles con cifras de 38,48% en la primera infancia, 51,06% en la infancia, 59,21% en la adolescencia, 49,57% en la juventud, 60,46% en la adultez y 77,93% en la vejez; resaltando que durante los últimos cuatro años la tendencia para los grupos primera infancia, adultez y vejez ha sido al alza. Pese a lo anterior, también es importante destacar que las alzas más significativas para las enfermedades no transmisibles corresponden a los grupos etarios de adolescencia y adultez las cuales presentaron un registro histórico de 59,21% y 60,46% respectivamente, con diferencias de 8,44 puntos porcentuales en la adolescencia y de 2,7 en la vejez, respecto a las registradas en el 2020. Como segunda y tercera causa de consulta se tiene que las lesiones y las condiciones mal definidas ocupan respectivamente dichas posiciones, con excepción de la primera infancia, cuya segunda causa de consulta son las condiciones transmisibles y nutricionales; y en la vejez donde la segunda causa es ocupada por las condiciones mal definidas. Al igual que se mencionó para el total poblacional, se evidencia la necesidad de mejorar la calidad de los RIPS, ya que en general, se evidencia una tendencia al alza de las condiciones mal definidas en los últimos años, con una diferencia de hasta 7,13 puntos porcentuales respecto al 2020 como ocurre en el grupo de infancia (6-11 años).

Tabla 30. Principales causas de morbilidad para hombres (2009–2021)

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,00	61,55	63,65	66,28	57,90	62,40	51,61	55,25	59,25	61,98	44,52	34,61	30,94	-3,67
	Condiciones perinatales	0,00	0,16	1,16	1,13	1,07	2,80	1,08	3,73	0,00	3,92	2,37	0,94	0,64	-0,29
	Enfermedades no transmisibles	77,78	28,59	19,14	18,58	19,86	22,40	26,88	29,49	28,61	24,65	39,35	47,86	38,48	-9,38
	Lesiones	11,11	3,89	6,33	7,36	9,43	3,20	11,47	5,76	6,36	3,92	6,10	5,30	11,87	6,57
	Condiciones mal clasificadas	11,11	5,81	9,71	6,64	11,73	9,20	8,96	5,76	5,78	5,53	7,66	11,30	18,07	6,77
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	22,22	41,39	42,45	38,33	45,31	39,25	37,32	39,08	32,97	35,11	30,71	27,53	13,79	-13,75
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	33,33	42,19	35,70	39,57	28,63	33,33	38,41	39,66	47,80	46,81	51,74	52,80	51,06	-1,74
	Lesiones	44,44	9,42	14,12	15,00	15,28	14,52	15,22	14,94	15,93	17,55	11,70	11,80	20,15	8,35
	Condiciones mal clasificadas	0,00	7,01	7,55	7,10	10,78	12,90	9,06	6,32	3,30	0,53	5,85	7,87	15,00	7,13
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	11,76	32,46	31,29	29,80	24,32	27,07	15,02	15,27	18,68	21,89	18,29	16,31	7,13	-9,18
	Condiciones maternas	0,00	0,09	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	1,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	11,76	48,16	37,76	38,44	31,76	45,85	39,64	33,53	58,97	54,88	53,54	50,77	59,21	8,43
	Lesiones	76,47	12,00	19,66	23,86	25,14	17,90	30,63	41,92	16,85	21,21	18,02	16,51	21,65	5,14
	Condiciones mal clasificadas	0,00	7,29	10,75	7,90	18,78	9,17	14,71	7,49	5,49	2,02	10,15	16,41	12,01	-4,40

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Hombres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,00	29,18	26,92	23,52	27,94	17,72	17,46	13,97	18,75	19,88	13,57	13,04	8,94	-4,10	
	Condiciones maternas	0,00	0,19	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,06	0,06	
	Enfermedades no transmisibles	42,86	49,67	38,63	41,98	30,54	32,91	39,95	36,19	47,81	48,32	46,27	52,95	49,57	-3,38	
	Lesiones	42,86	14,38	24,23	26,58	31,79	35,44	32,01	38,10	27,50	23,85	29,00	22,62	25,71	3,09	
	Condiciones mal clasificadas	14,29	6,58	10,23	7,65	9,73	13,92	10,58	11,75	5,94	7,95	11,08	11,39	15,71	4,32	
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	3,92	23,12	21,84	19,71	21,68	22,18	18,87	21,94	19,27	15,80	12,66	12,15	6,96	-5,19	
	Condiciones maternas	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	54,90	57,68	50,39	51,42	45,24	54,97	51,41	47,29	58,89	55,53	57,66	57,76	60,46	2,70	
	Lesiones	31,37	12,92	18,66	20,60	23,79	14,52	21,79	21,94	15,74	21,22	17,53	15,84	17,27	1,43	
	Condiciones mal clasificadas	9,80	6,21	9,11	8,27	9,30	8,33	7,92	8,83	6,11	7,45	12,07	14,24	15,31	1,07	
Vejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,56	19,27	16,39	16,21	16,46	10,75	7,74	12,20	9,40	12,46	7,77	6,62	4,90	-1,72	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	72,22	65,56	65,78	68,44	64,22	72,04	70,03	73,17	81,95	76,49	74,98	79,33	77,93	-1,40	
	Lesiones	5,56	8,47	9,08	6,98	9,48	10,22	17,51	7,32	1,88	8,78	6,86	3,14	5,57	2,43	
	Condiciones mal clasificadas	16,67	6,69	8,75	8,37	9,84	6,99	4,71	7,32	6,77	2,27	10,39	10,90	11,60	0,70	

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

En la tabla 31 se observan las cifras de morbilidad asociadas a las mujeres. En el caso de la primera infancia se evidencia que entre el 2010-2019, son las condiciones transmisibles y nutricionales las que presentan los porcentajes más altos, con una marcada tendencia decreciente desde el año 2016 donde la cifra llegó al 60,98% y paulatinamente se fue reduciendo hasta cerrar el 2021 con su mínimo histórico de 33,29%. Como segunda causa de consulta aparecen las enfermedades no transmisibles las cuales han presentado una tendencia creciente a partir del 2016 cerrando en 2020 con 45,09% ocupando el primer lugar entre las principales causas de consulta sobre el total de las enfermedades en este ciclo vital, sin embargo para el 2021, pese a que se mantiene como primera causa, presentó una disminución llegando a un valor de 39,05% en el 2021. Así mismo, se tiene que las enfermedades no transmisibles son las primeras causas de consulta para los demás grupos etarios, observando, en general, una tendencia a la alza durante los últimos años, cerrando el 2021 con porcentajes de 53,80% para infancia; 52,50% en adolescencia; 49,36% en juventud, 66,80 en adultez y 81,47% en la vejez, siendo este último grupo etario el que presenta el alza más significativa con una diferencia de 3,55 puntos porcentuales con respecto al 2020. Por otra parte, aunque las condiciones transmisibles y nutricionales no dejan de tener un rol importante dentro de las causas de consulta, ya que, en grupos como primera infancia e infancia ocupan el segundo lugar, mientras que en los grupos de adolescencia, juventud, adultez y vejez, pasan a ser desplazadas por las condiciones mal clasificadas, las cuales han presentado en los últimos cuatro años una tendencia significativa al alza. En cuanto a la tercera causa de consulta en el 2021, se observa mayor variabilidad por cada ciclo etario siendo para la primera infancia e infancia las condiciones mal clasificadas (20,03% y 16,72%); para la adolescencia y la juventud las condiciones maternas (11,46% y 18,40%) y para la adultez y vejez las condiciones transmisibles y nutricionales (6,41% y 4,49%).

Tabla 31. Principales causas de morbilidad para mujeres (2009–2021)

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	20,00	62,46	62,73	60,03	53,80	49,38	52,04	60,98	59,15	53,97	43,86	37,36	33,29	-4,07
	Condiciones perinatales	0,00	0,45	2,50	2,48	1,40	3,70	0,68	1,89	3,29	3,44	2,66	0,73	0,44	-0,29
	Enfermedades no transmisibles	80,00	28,40	20,55	20,65	30,85	29,32	31,29	29,17	33,33	34,39	40,52	45,09	39,05	-6,04
	Lesiones	0,00	2,78	4,61	5,90	4,43	6,48	6,46	3,79	2,35	2,12	5,05	5,27	7,20	1,92
	Condiciones mal clasificadas	0,00	5,91	9,61	10,94	9,52	11,11	9,52	4,17	1,88	6,08	7,91	11,55	20,03	8,48
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	100,00	44,49	44,39	44,51	49,57	37,85	35,51	35,75	38,00	39,53	27,16	24,07	15,50	-8,57
	Condiciones maternas	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Enfermedades no transmisibles	0,00	42,38	34,73	38,30	29,06	46,89	40,41	42,49	52,00	52,17	54,59	54,33	53,80	-0,53
	Lesiones	0,00	4,79	10,79	9,53	8,06	6,21	11,43	13,47	8,67	3,56	7,32	7,70	13,98	6,28
	Condiciones mal clasificadas	0,00	8,30	10,10	7,66	13,31	9,04	12,65	8,29	1,33	4,74	10,92	13,89	16,72	2,82
Adolescencia (12 - 17 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	0,00	27,51	28,85	24,97	28,15	18,98	27,73	25,44	14,29	20,12	13,79	14,38	7,85	-6,54
	Condiciones maternas	44,44	9,34	11,47	13,52	14,20	2,19	2,80	8,06	1,81	2,70	14,09	10,17	11,46	1,29
	Enfermedades no transmisibles	33,33	48,66	40,42	44,85	38,32	49,64	47,90	41,81	71,43	62,03	49,10	52,08	52,50	0,42
	Lesiones	11,11	5,10	7,11	7,03	8,57	15,33	7,56	7,56	6,80	11,83	7,39	7,36	8,84	1,48
	Condiciones mal clasificadas	11,11	9,39	12,15	9,63	10,76	13,87	14,01	17,13	5,67	3,32	15,64	16,01	19,35	3,34

Curso de vida	Gran causa de morbilidad	Mujeres														Δ pp 2021-2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Juventud (18 - 28 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,71	23,66	23,89	21,42	23,31	13,51	15,74	17,98	13,01	18,46	12,00	12,68	6,26	-6,42	
	Condiciones maternas	48,57	9,23	13,54	13,61	13,07	9,82	10,58	9,11	12,50	7,47	18,24	14,49	18,40	3,91	
	Enfermedades no transmisibles	37,14	53,13	47,38	50,27	44,36	54,74	48,61	51,72	59,18	61,98	52,01	53,78	49,36	-4,42	
	Lesiones	2,86	2,93	4,32	4,11	6,95	6,32	10,45	8,37	8,67	4,40	4,53	4,27	7,10	2,83	
	Condiciones mal clasificadas	5,71	11,05	10,87	10,58	12,30	15,61	14,62	12,81	6,63	7,69	13,23	14,78	18,88	4,10	
Adultez (29 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	9,62	21,62	18,94	18,50	19,87	16,33	17,48	13,69	14,59	18,87	11,64	11,69	6,41	-5,27	
	Condiciones maternas	17,31	2,66	4,81	3,72	5,94	4,45	3,32	3,58	2,53	6,54	5,87	4,25	5,52	1,26	
	Enfermedades no transmisibles	51,92	60,92	58,91	62,39	55,43	62,80	59,82	64,89	66,54	63,91	66,21	65,70	66,80	1,10	
	Lesiones	7,69	3,19	4,94	5,71	4,52	3,90	7,25	4,04	6,71	4,21	4,05	4,29	4,77	0,48	
	Condiciones mal clasificadas	13,46	11,61	12,40	9,69	14,24	12,52	12,13	13,79	9,63	6,47	12,23	14,07	16,50	2,44	
Vejez (60 años y más)	Condiciones transmisibles y nutricionales	5,56	22,43	16,14	12,91	15,28	8,39	6,58	6,52	12,43	27,94	9,12	6,46	4,49	-1,96	
	Condiciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Enfermedades no transmisibles	86,11	66,75	69,03	75,21	62,18	70,97	77,63	87,68	81,07	55,59	78,81	77,92	81,47	3,56	
	Lesiones	5,56	4,53	5,50	4,85	10,29	13,55	8,55	4,35	1,78	14,12	4,65	3,45	3,55	0,10	
	Condiciones mal clasificadas	2,78	6,29	9,33	7,04	12,25	7,10	7,24	1,45	4,73	2,35	7,42	12,17	10,48	-1,69	

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

2.2.2. Morbilidad específica por subgrupo

En la Tabla 32 se presentan las cifras porcentuales asociadas a la desagregación de las grandes causas de morbilidad por subcausas, evidenciando que para las condiciones transmisibles y nutricionales a lo largo del periodo 2009 – 2021, son las infecciones respiratorias las que mayor participación porcentual exhiben, alcanzando un máximo de 62,36% en el 2018 y un mínimo de 34,78% en el año 2009. Posterior al repunte presentado en el 2018 su descenso ha sido gradual, cerrando el 2021 con 50,37%.

La segunda causa de consulta fueron las enfermedades infecciosas y parasitarias que presentan un máximo histórico 65,22% en el año 2009 con un 65,2% y un mínimo de 35,41% en el 2018, seguido de un aumento paulatino en su tendencia. Como tercera causa se encuentran las deficiencias nutricionales que en general presenta baja participación porcentual, con un promedio de 2,41% durante el periodo analizado, con un porcentaje máximo de 6,71% para el año 2021.

En cuanto a las condiciones maternas perinatales, se tiene que la mayor participación, y por una diferencia muy marcada, corresponden a las condiciones maternas cuyo comportamiento, aunque fluctuante, exhibe un promedio de 88,27% en el periodo de análisis, cerrando el 2021 con un repunte importante de 94,86% solo por encima de la cifra registrada en el 2009 que fue de 95,35%, y una diferencia de 10,33 puntos porcentuales con respecto al 2020. Contrario al comportamiento de las condiciones derivadas del periodo perinatal cuyo máximo histórico ha sido de 22,16% registrado en el 2019 y un decrecimiento posterior, llegando a 5,14% para el año 2021.

Por otra parte, dentro de las enfermedades no transmisibles se observa que las subcausas con mayor proporción corresponden a las condiciones orales, seguidas de las condiciones genitourinarias y las enfermedades cardiovasculares. En el caso de las condiciones orales se tiene que a partir del 2018 presenta una tendencia a la baja, registrando incluso una de las cifras más bajas en su serie para el 2021

(6,70%); en contraposición se encuentra el comportamiento de las condiciones genitourinarias, las cuales desde el 2018 muestran un ascenso gradual, presentando en 2021 una representación del 15,82%. Para las enfermedades cardiovasculares se observa que en general las tasas reportadas no superan el 15%, con excepción del 2009 donde alcanzó su máximo histórico de 26,83%.

Dentro de la categoría de lesiones en el periodo 2009 – 2021, son los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas la principal causa de consulta, con participaciones porcentuales que en general superan el 85%. Para el año 2021 se tiene una cifra de 88,31%, siendo menor a la reportada en 2020, la cual se encontraba 2 puntos porcentuales por arriba.

Finalmente, y como se evidenció en las grandes causas de consulta, es importante mencionar la tendencia al alta de las causas de consultas categorizadas como signos y síntomas mal definidos, toda vez que al evaluar el comportamiento del número de consultas durante el 2009 – 2021 se evidencia una diferencia dramática al inicio y final de la serie, temiendo un total de 29 consultas por esta causa en el 2009 en contraste con 4.362 con que cierra el 2021, con una diferencia de 1.444 consultas presentadas en 2020 para esta causa.

Tabla 32. Principales causas de morbilidad por subgrupo (2009-2021)

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73)	65,22	43,24	44,44	42,38	44,41	46,66	50,35	43,61	44,11	35,41	39,83	43,97	42,92	-1,05
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	34,78	55,74	54,01	56,29	54,23	51,08	48,64	55,01	54,10	62,36	54,32	51,14	50,37	-0,77
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	0,00	1,02	1,55	1,34	1,36	2,26	1,01	1,38	1,78	2,23	5,85	4,89	6,71	1,82
	Total														
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95,35	83,57	90,56	90,42	90,98	81,40	96,43	87,69	92,22	81,71	77,84	84,53	94,86	10,33
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,65	16,43	9,44	9,58	9,02	18,60	3,57	12,31	7,78	18,29	22,16	15,47	5,14	-10,33
	Total														
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,00	0,39	0,82	1,49	0,72	0,84	0,70	0,88	3,11	1,68	2,32	2,99	3,24	0,26
	Otras neoplasias (D00-D48)	1,83	0,43	0,74	1,39	2,04	1,37	1,01	0,97	0,75	1,46	1,33	1,65	2,09	0,44
	Diabetes mellitus (E10-E14)	4,88	1,11	1,87	2,15	1,78	2,75	2,82	2,20	2,36	2,85	2,75	3,18	3,71	0,53
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,05	1,33	1,40	1,93	2,91	3,50	3,16	4,19	2,77	2,15	4,10	3,01	4,71	1,70
	Condiciones neuropsiquiatricas (F01-F99, G06-G98)	4,27	3,42	5,02	6,11	8,58	6,25	5,07	3,88	6,07	3,92	5,12	6,35	12,88	6,54
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	13,41	8,03	8,75	9,56	9,57	9,79	7,51	8,33	9,82	10,16	8,16	8,51	10,74	2,24

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Total														Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
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)	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	26,83	4,01	8,69	7,62	6,83	7,18	8,97	9,78	10,42	9,78	13,06	11,45	12,03	0,58	
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	3,66	2,12	4,24	4,38	5,94	4,16	2,22	2,69	2,25	2,94	2,69	2,68	3,69	1,01	
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,54	6,63	6,79	7,39	7,21	7,04	6,22	7,23	8,80	5,95	5,89	7,67	8,99	1,32	
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	14,02	22,55	19,98	20,20	21,00	19,54	17,24	13,49	14,35	13,54	16,23	15,75	15,82	0,07	
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	2,44	14,73	14,35	13,33	12,40	11,21	8,79	8,81	7,91	11,08	8,20	8,71	5,89	-2,81	
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	13,41	7,71	8,12	9,61	8,55	11,25	10,95	10,05	7,34	8,20	8,59	8,18	7,82	-0,35	
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2,44	0,38	0,96	0,89	0,97	0,58	0,56	0,88	1,27	1,11	0,84	1,18	1,68	0,50	
	Condiciones orales (K00-K14)	1,22	27,16	18,27	13,95	11,51	14,53	24,78	26,62	22,78	25,19	20,72	18,71	6,70	-12,02	
Total																
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	3,92	6,13	7,28	6,07	8,34	5,87	8,59	9,50	7,39	5,59	8,25	7,27	6,17	-1,10	
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	1,54	1,21	0,92	1,31	2,39	2,42	2,49	1,30	0,82	3,43	2,42	5,19	2,77	
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,04	0,51	0,13	0,11	0,22	0,00	0,16	0,00	0,33	0,00	0,00	0,33	0,33	
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	96,08	92,29	90,99	92,88	90,25	91,52	89,00	87,85	91,30	93,26	88,32	90,31	88,31	-2,00	
	Total															
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00	
Total																

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

En la Tabla 33 se presentan las cifras porcentuales asociadas a la desagregación de las grandes causas de morbilidad para los hombres donde se observa que dentro de las condiciones transmisibles y nutricionales en el periodo 2009 – 2021 predominan las infecciones respiratorias que muestran al cierre de 2021 un valor de 53,17%, seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 41,25%. Para ambas series se observa un comportamiento fluctuante con cifras que en general llegan al 60%.

En la categoría de condiciones maternas-perinatales durante el 2021 las principales causas de morbilidad fueron las condiciones derivadas durante el periodo perinatal que alcanzaron un porcentaje del 91,67% con una disminución de 8,33 puntos porcentuales con respecto al 2020.

En el caso de las enfermedades no transmisibles, al igual que para el total poblacional, la principal causa de morbilidad durante el periodo de análisis fueron las condiciones orales que exhiben con un promedio de 20,19%, seguidas de enfermedades de la piel con un 11,81% y, en tercer lugar, las enfermedades de los órganos de los sentidos con 11,08%. Pese a los resultados anteriores, es importante destacar que de acuerdo al registro del año 2021 las mayores causas de consultas fueron en primer y segundo lugar para las condiciones neuropsiquiátricas y las cardiovasculares, mientras que las enfermedades de los órganos de los sentidos en este caso también ocupan el tercer lugar. Por último, en la categoría de lesiones durante el 2021, la principal causa de morbilidad fueron los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, con un porcentaje del 92,45%, siendo esta la principal causa de morbilidad durante todo el periodo 2009 – 2020.

Tabla 33. Principales causas de morbilidad por subgrupo para hombres (2009-2021)

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	57,14	43,53	44,34	41,92	43,77	44,98	49,38	41,90	43,65	35,75	39,45	43,05	41,25	-1,80
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	42,86	55,44	54,22	56,59	55,23	54,44	50,09	56,76	53,04	61,94	56,95	55,03	53,17	-1,86
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64))	0,00	1,03	1,45	1,49	1,00	0,58	0,53	1,33	3,31	2,31	3,60	1,92	5,58	3,66
	Total														
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	#¡DIV/0!	18,75	29,41	8,51	0,00	0,00	0,00	35,29	#¡DIV/0!	0,00	4,88	0,00	8,33	8,33
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	#¡DIV/0!	81,25	70,59	91,49	100,00	100,00	100,00	64,71	#¡DIV/0!	100,00	95,12	100,00	91,67	-8,33
	Total														
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,00	0,57	0,90	3,09	1,02	0,95	1,72	0,99	5,47	2,19	4,09	3,58	2,57	-1,01
	Otras neoplasias (D00-D48)	0,00	0,35	0,76	0,70	0,89	0,83	0,94	0,66	0,43	1,25	1,04	0,88	1,73	0,84
	Diabetes mellitus (E10-E14)	12,50	1,11	1,66	2,03	2,17	3,91	4,55	2,87	3,39	3,36	1,70	2,40	3,13	0,73
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	3,57	1,09	1,15	1,97	2,93	4,15	2,92	4,52	2,34	2,27	3,44	2,63	5,10	2,47
	Condiciones neuropsiquiatricas (F01-F99, G06-G98)	1,79	4,40	4,97	6,49	6,97	7,11	5,24	5,51	8,25	5,63	6,51	6,81	16,65	9,84
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	26,79	9,09	10,36	11,14	11,00	10,07	7,04	10,58	10,24	9,78	8,35	8,66	10,88	2,21

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Hombres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
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)	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	10,71	4,29	7,61	7,14	7,10	10,78	9,96	12,24	12,33	13,93	12,57	12,68	13,00	0,32
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	8,93	2,35	5,50	5,60	9,18	4,62	1,97	2,98	2,86	2,50	2,99	3,01	4,46	1,45
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,93	5,88	6,63	6,82	6,57	5,57	6,35	6,39	8,42	5,16	5,75	9,15	8,94	-0,21
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	10,71	8,40	9,69	10,71	10,07	8,41	7,90	4,85	5,38	6,03	8,88	7,68	9,45	1,77
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	1,79	19,16	18,51	17,02	17,08	14,45	9,70	9,37	7,90	10,80	9,70	10,43	7,55	-2,88
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	10,71	8,38	8,59	10,19	9,72	13,86	13,48	10,69	8,94	9,47	9,44	8,81	7,98	-0,83
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	1,79	0,53	1,26	1,13	1,20	0,71	0,17	0,55	0,61	0,94	0,96	1,75	1,43	-0,31
	Condiciones orales (K00-K14)	1,79	34,41	22,41	15,98	14,11	14,57	28,07	27,78	23,44	26,68	24,56	21,54	7,14	-14,39
Total															
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	0,00	4,91	5,41	5,57	7,09	6,97	8,06	8,13	6,54	3,17	7,37	6,18	5,17	-1,01
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	1,26	1,07	0,97	1,50	1,39	2,87	3,25	1,63	0,49	1,82	0,58	2,15	1,57
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,07	0,50	0,04	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,49	0,00	0,00	0,23	0,23
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	100,00	93,77	93,03	93,42	91,42	91,64	89,07	88,41	91,83	95,85	90,81	93,24	92,45	-0,79
Total															
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00
Total															

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

En la Tabla 34 se presentan las cifras asociadas a la desagregación de las grandes causas de morbilidad en el caso de las mujeres. En la tabla se observa que en el 2020 para las condiciones transmisibles y nutricionales, al igual que en los hombres, las infecciones respiratorias muestran un mayor valor porcentual, siendo de 48,22% seguidas de las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 44,20%. Ambas series muestran una leve reducción con respecto al 2020, siendo de 0,21 puntos porcentuales para las infecciones respiratorias y de 0,42 para las enfermedades infecciosas y parasitarias. En la clasificación de condiciones maternas perinatales las principales causas de morbilidad en el 2021 fueron las condiciones maternas, similar a lo mostrado por el total poblacional, las cuales alcanzaron un porcentaje de 95,71% con un incremento de 9,97 puntos porcentuales con respecto al 2020, siendo esta la principal causa de morbilidad a lo largo de todo el periodo de análisis.

En la categoría de enfermedades no transmisibles la principal causa de morbilidad en las mujeres durante el 2021 fueron las enfermedades genitourinarias que registraron un 19,65%, seguidas de las enfermedades cardiovasculares que presentaron un 11,2% y en tercer lugar, con 10,66% se ubican las enfermedades de los órganos de los sentidos. Si se observa el comportamiento durante el periodo de 2009 – 2021, se tiene que por promedio la primera posición se mantiene para las enfermedades genitourinarias, mientras que las enfermedades cardiovasculares son desplazadas a un tercer lugar, siendo las condiciones orales las segundas en prevalencia en todo el periodo.

Finalmente, en el caso de las lesiones, la principal causa de morbilidad durante el 2021 fueron los Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas, con un porcentaje del 81,41%, presentando una reducción de 4,26 puntos porcentuales con respecto al 2021.

Tabla 34. Principales causas de morbilidad por subgrupo para mujeres (2009-2021)

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Condiciones transmisibles y nutricionales (A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	Enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99, G00, G03-G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	68,75	43,02	44,53	42,75	44,93	48,26	51,11	45,20	44,66	35,14	40,12	44,62	44,20	-0,42
	Infecciones respiratorias (J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66)	31,25	55,96	53,84	56,03	53,43	47,89	47,50	53,38	55,34	62,70	52,36	48,43	48,22	-0,21
	Deficiencias nutricionales (E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64)	0,00	1,02	1,64	1,22	1,65	3,85	1,39	1,42	0,00	2,17	7,53	6,96	7,58	0,63
	Total														
Condiciones maternas perinatales (O00-O99, P00-P96)	Condiciones maternas (O00-O99)	95,35	84,44	92,96	92,95	93,04	86,07	98,54	95,58	92,22	91,16	80,14	85,73	95,71	9,97
	Condiciones derivadas durante el periodo perinatal (P00-P96)	4,65	15,56	7,04	7,05	6,96	13,93	1,46	4,42	7,78	8,84	19,86	14,27	4,29	-9,97
	Total														
Enfermedades no transmisibles (C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99)	Neoplasias malignas (C00-C97)	0,00	0,30	0,77	0,62	0,55	0,78	0,00	0,81	1,32	1,33	1,39	2,65	3,65	1,00
	Otras neoplasias (D00-D48)	2,78	0,47	0,73	1,76	2,68	1,70	1,05	1,17	0,99	1,59	1,47	2,10	2,31	0,22
	Diabetes mellitus (E10-E14)	0,93	1,11	2,00	2,21	1,56	2,05	1,64	1,76	1,58	2,50	3,30	3,63	4,06	0,42
	Desordenes endocrinos (D55-D64 excepto D64.9, D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88)	2,78	1,46	1,55	1,92	2,90	3,11	3,33	3,96	3,10	2,07	4,45	3,23	4,48	1,25
	Condiciones neuropsiquiátricas (F01-F99, G06-G98)	5,56	2,89	5,05	5,90	9,48	5,73	4,96	2,79	4,42	2,76	4,40	6,07	10,61	4,54
	Enfermedades de los órganos de los sentidos (H00-H61, H68-H93)	6,48	7,45	7,80	8,70	8,76	9,62	7,83	6,83	9,49	10,41	8,06	8,42	10,66	2,25

Grandes causas de morbilidad	Subgrupos de causa de morbilidad	Mujeres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
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)	Enfermedades cardiovasculares (I00-I99)	35,19	3,86	9,33	7,88	6,68	5,02	8,29	8,15	8,97	6,96	13,31	10,73	11,44	0,71
	Enfermedades respiratorias (J30-J98)	0,93	2,00	3,48	3,71	4,12	3,89	2,39	2,50	1,78	3,24	2,54	2,49	3,22	0,74
	Enfermedades digestivas (K20-K92)	8,33	7,04	6,88	7,69	7,57	7,93	6,13	7,78	9,10	6,48	5,97	6,81	9,02	2,22
	Enfermedades genitourinarias (N00-N64, N75-N98)	15,74	30,30	26,08	25,39	27,11	26,19	23,60	19,24	21,16	18,65	20,08	20,43	19,65	-0,78
	Enfermedades de la piel (L00-L98)	2,78	12,30	11,88	11,31	9,78	9,27	8,18	8,44	7,91	11,26	7,41	7,71	4,90	-2,81
	Enfermedades musculo-esqueléticas (M00-M99)	14,81	7,34	7,83	9,30	7,89	9,70	9,23	9,62	6,13	7,33	8,15	7,81	7,73	-0,08
	Anomalías congénitas (Q00-Q99)	2,78	0,30	0,78	0,76	0,84	0,50	0,82	1,10	1,78	1,22	0,77	0,85	1,83	0,98
	Condiciones orales (K00-K14)	0,93	23,20	15,82	12,84	10,05	14,51	22,55	25,84	22,28	24,18	18,70	17,08	6,43	-10,65
Total															
Lesiones (V01-Y89, S00-T98)	Lesiones no intencionales (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89)	15,38	8,06	10,85	7,02	11,15	4,05	9,67	14,00	9,09	10,61	9,74	8,99	7,84	-1,15
	Lesiones intencionales (X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871)	0,00	1,99	1,49	0,82	0,88	4,05	1,49	0,00	0,65	1,52	6,15	5,34	10,26	4,93
	Lesiones de intencionalidad indeterminada (Y10-Y34, Y872)	0,00	0,00	0,54	0,30	0,35	0,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	0,48
	Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	84,62	89,95	87,11	91,86	87,61	91,33	88,85	86,00	90,26	87,88	84,10	85,67	81,41	-4,26
Total															
Signos y síntomas mal definidos (R00-R99)		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

2.2.3. Morbilidad específica en Salud Mental

En la Tabla 35 se presentan las cifras asociadas a la morbilidad atendida por salud mental agrupadas por ciclo de vida. De acuerdo a los resultados obtenidos se tiene que la principal causa de morbilidad entre el 2009 - 2021 fueron los trastornos mentales y del comportamiento para todos los ciclos vitales, con excepción de la vejez, ya que durante el periodo de análisis este tipo de consultas superó, en promedio, el 60% de participación porcentual, con respecto a las demás causas. El segundo motivo de consulta en estos ciclos vitales fue la epilepsia, sin embargo, cabe mencionar que su participación porcentual tiende a ser muy variable, ya que se evidencia en algunos años cifras de 0% y otros con porcentajes superiores al 70% como en el caso del 2016 en primera infancia (87,50%), 2017 en la vejez (100%) y para el 2018 en la infancia (77,78%), la juventud (90,20%) y la adultez (78,43%). Para el caso de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas cabe destacar que en el ciclo de adolescencia, en el periodo 2017 - 2021, se presenta una tendencia creciente, ya que en el periodo previo 2009 - 2016 este tipo de consultas no superaba el 5% de participación porcentual y a partir del 2017 esta participación ha ido aumentando alcanzando una cifra dramática de 99,20% para el año 2021, lo que equivale a un aumento de 59,20 con respecto al año 2020. Contrario ocurre en el ciclo de juventud, donde al cierre del 2021 los Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas muestra una disminución de 19,22 puntos porcentuales respecto al 2020, cerrando el 2021 con un valor porcentual de 36,03%. Adicionalmente, llama la atención el reporte de 3,45% de las consultas atendidas en el ciclo de primera infancia para este tipo de trastorno. En el caso de la vejez para el 2021 los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia alcanzaron el 50,00% respectivamente; el caso de la primera disminuyendo 21,43 puntos porcentuales y, en la segunda presentado un alza de los mismos puntos porcentuales respecto al 2020.

Tabla 35. Principales causas de morbilidad por Salud mental (2009-2021)

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Total													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	53,06	51,72	91,92	66,67	100,00	100,00	12,50	66,67	85,71	87,30	70,83	44,83	-26,01
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,45	3,45
	Epilepsia	####	46,94	48,28	8,08	33,33	0,00	0,00	87,50	33,33	14,29	12,70	29,17	51,72	22,56
	Total														
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	73,91	51,85	85,29	88,89	83,33	100,00	80,00	####	22,22	95,24	95,65	100,00	4,35
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	####	26,09	48,15	14,71	0,00	16,67	0,00	20,00	####	77,78	4,76	4,35	0,00	-4,35
	Total														
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	50,00	80,00	80,00	60,00	25,00	100,00	75,00	71,43	75,00	69,05	57,14	0,40	-56,74
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	5,00	6,25	0,00	0,00	0,00	1,92	23,81	40,00	99,20	59,20
	Epilepsia	####	50,00	20,00	20,00	35,00	68,75	0,00	25,00	28,57	23,08	7,14	2,86	0,40	-2,46
	Total														

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Total													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	36,21	40,48	54,12	76,47	92,31	100,00	100,00	100,00	9,80	55,19	42,86	63,97	21,11
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	3,53	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,60	55,26	36,03	-19,22
	Epilepsia	####	63,79	59,52	42,35	17,65	7,69	0,00	0,00	0,00	90,20	13,21	1,89	0,00	-1,89
	Total														
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	45,14	54,74	74,46	82,05	61,11	50,00	12,50	23,68	21,57	44,44	86,35	94,44	8,10
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,43	0,00	8,33	0,00	9,38	10,53	0,00	0,00	0,37	2,12	1,75
	Epilepsia	0,00	54,86	45,26	25,11	17,95	30,56	50,00	78,13	65,79	78,43	55,56	13,28	3,44	-9,84
	Total														
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	52,94	42,86	70,59	72,73	62,50	85,71	68,00	0,00	71,43	58,82	71,43	50,00	-21,43
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	####	47,06	57,14	29,41	27,27	37,50	14,29	32,00	100,00	28,57	41,18	28,57	50,00	21,43
	Total														

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

Las cifras de morbilidad por salud mental en el caso de los hombres se muestran en la Tabla 36; las cuales indican que, durante el 2009 – 2021 en los ciclos de vida de la primera infancia, la infancia y la adolescencia, la principal causa morbilidad asociada a las condiciones mentales fueron los trastornos mentales y del comportamiento. En el caso concreto del año 2021 se observa que estos trastornos registran porcentajes de 54,29% y 100% para primera infancia e infancia, respectivamente, mientras que para el ciclo de adolescencia no registra datos, ya que el 100% de las causas atendidas corresponden a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancia psicoactivas. Para el ciclo de primera infancia se tiene que la segunda causa es la epilepsia con cifras del 45,71% registrando un alza significativa respecto al 2020 de 31,43 puntos porcentuales. En el ciclo de la juventud las principales causas de consulta en el 2021 fueron los Trastornos mentales y del comportamiento en primer lugar, seguido de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancia psicoactivas. Se destaca que este ciclo vital ambos trastorno muestra variaciones porcentuales respecto al 2020 de 24,10 siendo al alza para los primeros y a la disminución para los segundos.

En el ciclo de adultez las principales causas de morbilidad en salud mental durante el 2009 – 2021 fueron los Trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia, sin embargo, para el 2021, la epilepsia no registra datos y en contraste se registra un 46,67% de las causas de consulta para los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancia psicoactivas. Finalmente, para el año 2021 el ciclo de vejez, en el caso de los hombre, no aporta datos lo que significa, que el total expresado para es este grupo poblacional en el apartado anterior corresponde por completo a las mujeres.

Tabla 36. Principales causas de morbilidad por Salud mental para hombres (2009-2021)

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	53,13	50,00	80,00	63,64	####	100,00	12,50	66,67	85,71	90,70	85,71	54,29	-31,43
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	####	46,88	50,00	20,00	36,36	####	0,00	87,50	33,33	14,29	9,30	14,29	45,71	31,43
	Total														
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	88,24	37,50	89,47	100,00	100,00	100,00	80,00	####	0,00	95,24	100,00	100,00	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	####	11,76	62,50	10,53	0,00	0,00	0,00	20,00	####	100,00	4,76	0,00	0,00	0,00
	Total														
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	44,44	85,71	90,91	41,67	20,00	100,00	0,00	50,00	74,00	48,39	0,00	0,00	0,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	8,33	6,67	0,00	0,00	0,00	2,00	38,71	100,00	100,00	0,00
	Epilepsia	####	55,56	14,29	9,09	50,00	73,33	0,00	100,00	50,00	24,00	12,90	0,00	0,00	0,00
	Total														

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Hombres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	37,50	33,33	40,00	87,50	83,33	####	####	100,00	9,80	37,93	36,09	60,19	24,10
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	8,00	6,25	0,00	####	####	0,00	0,00	3,45	63,91	39,81	-24,10
	Epilepsia	####	62,50	66,67	52,00	6,25	16,67	####	####	0,00	90,20	58,62	0,00	0,00	0,00
	Total														
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	49,45	58,70	77,54	71,43	46,67	0,00	0,00	0,00	18,18	20,93	100,00	53,33	-46,67
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	13,04	7,14	0,00	0,00	0,00	46,67	46,67
	Epilepsia	####	50,55	41,30	22,46	28,57	33,33	100,00	86,96	92,86	81,82	79,07	0,00	0,00	0,00
	Total														
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	####	33,33	50,00	60,71	57,14	40,00	0,00	11,11	0,00	71,43	25,00	####	#DIV/0!	####
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	####	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	####	#DIV/0!	####
	Epilepsia	####	66,67	50,00	39,29	42,86	60,00	100,00	88,89	100,00	28,57	75,00	####	#DIV/0!	####
	Total														

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

En el caso de la morbilidad por salud mental en las mujeres se observa que, durante el periodo 2009 - 2021, para todos los ciclos vitales son los Trastornos mentales y del comportamiento los que puntúan las participaciones porcentuales a lo largo de casi todos los años, a excepción de la vejez que presenta mayor participación de la epilepsia (Ver Tabla 37). Para el caso de 2021, en el caso de la infancia esta tendencia se mantiene con valores porcentuales del 100%, sin embargo, esto no ocurre para el caso de la primera infancia en la cual la primera causa es la epilepsia con un valor porcentual de 60,87%, seguidos de los trastornos mentales y del comportamiento (30,43%) y los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (8,70%).

En el ciclo de la adolescencia y la juventud se debe mencionar que hay un aumento significativo de las consultas por Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas que para el cierre del 2021 alcanzó el 98,06 % en el caso de las adolescentes, desplazando a los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia a un segundo lugar (0,97% cada uno); y el 31,82% en el caso de la juventud, convirtiéndose en la segunda causa después de los trastornos mentales y del comportamiento que se ubican en primer lugar (68,18%).

Para el ciclo de adultez en el 2021 se mantiene la tendencia del periodo de análisis, es decir, la primera causa es ocupada por los trastornos mentales y del comportamiento con un 96,14%, seguido de la epilepsia que registra tan solo el 3,58%. Para finalizar, se observa que en la vejez el principales causas de consulta por salud mental en las mujeres corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento y la epilepsia con un registro de 50,00% para cada uno, presentando, en el primer caso una disminución de 21,43 puntos porcentuales respecto al 2020 y un aumento de los mismo puntos porcentuales respecto al 2020 para el segundo.

Tabla 37. Principales causas de morbilidad por Salud mental para mujeres (2009-2021)

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Mujeres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	#¡DIV/0!	52,94	53,85	100,00	75,00	100,00	100,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	80,00	50,00	30,43	-19,57
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00	0,00	8,70	8,70
	Epilepsia	#¡DIV/0!	47,06	46,15	0,00	25,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	20,00	50,00	60,87	10,87
	Total														
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	#¡DIV/0!	33,33	72,73	80,00	83,33	75,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100,00	95,24	91,67	100,00	8,33
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	16,67	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	#¡DIV/0!	66,67	27,27	20,00	0,00	25,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00	4,76	8,33	0,00	-8,33
	Total														
Adolescencia (12 -17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	#¡DIV/0!	62,50	76,92	75,00	87,50	100,00	100,00	100,00	80,00	100,00	81,13	58,82	0,97	-57,85
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,09	38,24	98,06	59,82
	Epilepsia	#¡DIV/0!	37,50	23,08	25,00	12,50	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	3,77	2,94	0,97	-1,97
	Total														

Curso de vida	Morbilidad en salud mental	Mujeres													Δ pp 2021- 2020
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	#¡DIV/0!	34,62	42,42	60,00	66,67	100,00	100,00	100,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	57,92	60,00	68,18	8,18
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	#¡DIV/0!	0,00	0,00	1,67	5,56	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	36,07	33,33	31,82	-1,52
	Epilepsia	#¡DIV/0!	65,38	57,58	38,33	27,78	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	6,01	6,67	0,00	-6,67
	Total														
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	100,00	37,74	51,02	69,89	90,70	71,43	88,24	44,44	37,50	42,86	55,43	86,14	96,14	10,00
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	1,08	0,00	0,00	0,00	0,00	12,50	0,00	0,00	0,37	0,28	-0,10
	Epilepsia	0,00	62,26	48,98	29,03	9,30	28,57	11,76	55,56	50,00	57,14	44,57	13,48	3,58	-9,90
	Total														
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	#¡DIV/0!	63,64	33,33	82,61	100,00	100,00	100,00	100,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	88,89	71,43	50,00	-21,43
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	#¡DIV/0!	36,36	66,67	17,39	0,00	0,00	0,00	0,00	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	11,11	28,57	50,00	21,43
	Total														

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO – RIPS. Elaboración propia.

2.2.4. Morbilidad de eventos de alto costo

De acuerdo con la Tabla 38, la prevalencia de enfermedades renales crónicas avanzadas (fase 5), corresponde al 24,42% para el 2021, presentando un alza de 2,72 puntos porcentuales respecto al reporte de 2019 donde la prevalencia era de 21,7%. En comparación con la prevalencia departamental, las cifras registradas en el municipio se encuentran 35,12 puntos porcentuales por debajo de la cifra del Cauca, diferencia que es estadísticamente significativa. Por otro lado, la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) y la tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) al cierre del año 2020 registran una tasa equivalente al 0,00% de total de eventos de alto costo, sin embargo para este caso sería importante considerar si efectivamente no se registraron eventos de alto costo por leucemia en el territorio o si por el contrario la ausencia de datos es debida a la no información o reporte de casos. Por otra parte, cuando se comparan estas cifras con las departamentales se evidencia que Toribío tiene porcentajes inferiores a los reportados en la composición de eventos de alto costo en el Cauca y en el caso de la incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años) se registra una tasa de 0,00%, en el caso de la Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfoide (menores de 15 años) la cifra departamental alcanzó el 3,08%. Finalmente, la tasa de incidencia de VIH notificada, registra también un porcentaje relativamente bajo (3,19%), con una diferencia de 5,73 puntos porcentuales por debajo de la tasa de incidencia departamental para este evento.

Tabla 38. Semaforización y tendencia de los eventos de alto costo

Evento	CAUCA	TORIBIO
Prevalencia en Diagnosticados de la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal.	59,54	24,42

Evento	CAUCA	TORIBIO
Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal por 100.000 afiliados	5,74	0,00
Tasa de incidencia de VIH notificada	8,92	3,19
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica mieloide (menores de 15 años)	0,00	0,00
Tasa de incidencia de leucemia aguda pediátrica linfóide (menores de 15 años)	3,08	0,00

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

2.2.5. Morbilidad de eventos precursores 2006-2020

A continuación, se presentan los indicadores asociados a los eventos precursores del municipio de Toribío y los correspondientes al departamento. En la tabla 39, se presentan los registros para la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial, observando que para ambos indicadores, las cifras reportadas son inferiores respecto a las registradas en el departamento. Para el caso de la diabetes mellitus, se tiene que la prevalencia al cierre de 2021 es de 0,49%, mientras que la del departamento fue de 1,87%, lo que representa una diferencia de 1,38 puntos porcentuales. La hipertensión arterial a cierre de 2021, registra para el municipio una prevalencia de 1,38% frente a la tasa departamental que registra un valor de 5,06%, para una diferencia porcentual de 3,68. Al realizar el análisis año tras año, ambas series describen un comportamiento con tendencia creciente hasta el 2019 siendo más volátil la correspondiente a la hipertensión arterial, sin embargo, para los dos últimos años las cifras tienden a disminuir, aunque por el momento, no representan una diferencia estadísticamente significativa respecto a las cifras departamentales.

Tabla 39. Tabla de Prevalencia de Eventos Precusores

Evento	CAUCA	TORIBIO	Comportamiento																		
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021			
Prevalencia de diabetes mellitus	1,87	0,49	-	-	-	-	-	↗	↗	-	↗	↗	↗	↗	↗	↗	-	↘			
Prevalencia de hipertensión arterial	5,06	1,38	-	-	-	-	-	↗	↗	↘	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↘			

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Eventos alto costo. Elaboración propia.

2.2.6. Morbilidad Población Migrante

Como se había mencionado anteriormente, de acuerdo con los registros oficiales Toribío cuenta en su territorio con 11 migrantes de procedencia venezolana en su gran mayoría. En cuanto al régimen de salud o tipo de afiliación, a julio de 2022 la mayor parte no están afiliados o vinculados al sistema de salud (7 personas que corresponden al 63,63%), al régimen contributivo están adscritos el 27,27% (3 personas), mientras que solo uno de los migrantes pertenece al régimen subsidiado (9,09%). Al comparar con las cifras del departamento se observa una distribución similar, es decir son más la población migrante no asegurada, seguidos por los pertenecientes al régimen contributivo y en tercer lugar los del régimen subsidiado, pero la diferencia radica en la cantidad de población que se reportan a nivel municipal y departamental como se muestra en la tabla 40.

Tabla 40. Régimen de Afiliación población migrante

Régimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en TORIBIO	%	Total de migrantes con atenciones en salud en CAUCA	%	Concentración
Contributivo	3	27,3	353	4,1	0,8%
Subsidiado	1	9,1	202	2,4	0,5%
No afiliada	7	63,6	6971	81,3	0,1%
Particular		0,0	963	11,2	0,0%
Otro		0,0	86	1,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen contributivo		0,0		0,0	0,0%
En desplazamiento con afiliación al régimen subsidiado		0,0		0,0	0,0%

Régimen de afiliación	Total de migrantes con atenciones en salud en TORIBIO	%	Total de migrantes con atenciones en salud en CAUCA	%	Concentración
En desplazamiento no asegurado		0,0	1	0,0	0,0%
Sin dato		0,0		0,0	0,0%
Total de migrantes atendidos	11	100	8576	100	0,1%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

Por otro lado, la población migrante asistió principalmente a procedimientos médicos y consultas externas (31,03% y 27,59% respectivamente), además también se registraron hospitalizaciones, entrega de medicamentos, así como un nacimiento (Ver Tabla 41).

Tabla 41. Distribución de tipo de servicios

Tipo de atención	Total Migrantes atendidos TORIBIO		Total Migrantes atendidos CAUCA		Concentración TORIBIO
	Año	Distribución	Año	Distribución	Año
Consulta Externa	8	27,59%	6.539	30,62%	0,1%
Servicios de urgencias	-	0,00%	1.223	5,73%	0,0%
Hospitalización	6	20,69%	1.529	7,16%	0,4%
Procedimientos	9	31,03%	6.910	32,36%	0,1%
Medicamentos	5	17,24%	4.623	21,65%	0,1%
Nacimientos	1	3,45%	529	2,48%	0,2%
Total	29	100,00%	21.353	100,00%	0,1%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

2.2.7. Morbilidad de eventos de notificación obligatoria

De acuerdo con la información del SIVIGILA para el año 2021, se reportan 1082 eventos de notificación obligatoria, donde se observa que los reportes que más se realizaron fueron la Infección Respiratoria Aguda por virus nuevo con 711 reportes que corresponden al 65,71%, seguidos de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia que reportan 98 casos (9,06%) , luego los casos de Vigilancia en salud pública de las violencias de género con 58 reportes (5,36%) y la morbilidad materna extrema con 46 casos (4,25%) (Ver Tabla 42). Para los demás eventos se presentan con un valor inferior al 3%, de los cuales se resalta la ocurrencia de 9 casos de tuberculosis en el territorio y 6 casos de bajo peso al

nacer, los cuales, de una u otra manera dejan ver la realidad de los análisis hasta aquí realizados respecto al comportamiento de la morbilidad atendida y específica por subgrupo en el municipio. Adicionalmente, también llama la atención los casos reportados de intento de suicidio e intoxicación por sustancias químicas (29 y 24 reportes, respectivamente) que, como se mencionó anteriormente, dan cuenta de la presencia de ese evento en el territorio, el cual ha ido en aumento entre la población. Por otro lado, al realizar el análisis de los casos notificados que han sido confirmados o descartados, se tiene que la información disponible no permite hacer un ejercicio juicioso al respecto ya que, tal y como se muestra en la tabla, son pocos los casos que han logrado ser confirmados mediante clínica o pruebas de laboratorio, dejando al municipio con un alto número de notificaciones ante eventos que quizá no tuvieron una ocurrencia real, un ejemplo de esto son las notificaciones por Infección Respiratoria aguda por virus Nuevo, en donde, de los 711 casos reportados 16 ha sido confirmados por laboratorio y 146 han sido categorizados como casos probables. Así mismo, para el caso de los reportes por cáncer de mama y cuello uterino, de las 20 notificaciones existentes solo 2 han sido confirmadas por laboratorio, mientras que de los 7 casos de VIH/SIDA reportados para el 2021 solo 1 cuenta con confirmación por laboratorio.

Tabla 42. Distribución de los eventos de notificación obligatoria

Evento	Casos	Porcentaje	Casos Confirmados		
			Laboratorio	Clínica	Sospechoso / Probable
TOTAL	1082	100,00	24	32	148
Infección Respiratoria Aguda por Virus Nuevo	711	65,71	16		146
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	98	9,06		2	
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	58	5,36			2
Morbilidad materna extrema	46	4,25		18	
Exposición a Flúor	36	3,33			
Intento de suicidio	29	2,68			
Intoxicaciones por Sustancias Químicas	24	2,22		4	
Cáncer de mama y cuello uterino	20	1,85	2		
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	13	1,20		4	
Tuberculosis	9	0,83	4		

Evento	Casos	Porcentaje	Casos Confirmados		
			Laboratorio	Clínica	Sospechoso / Probable
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	9	0,83		4	
Accidente Ofídico	8	0,74			
VIH / SIDA	7	0,65	1		
Bajo peso al nacer	6	0,55			
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	2	0,18			
Hepatitis B	2	0,18			
Varicela	1	0,09			
Infecciones de sitio Quirúrgico-ISQ	1	0,09			
Malaria	1	0,09	1		
Sífilis Gestacional	1	0,09			

Fuente: Secretaría de Salud de Toribío, SIGIVILA 2021. Elaboración propia.

Por grupo étnico-racial, el 80,50% de los eventos de obligatoria notificación corresponden a la población indígena (871 casos), la tendencia en términos de notificaciones de eventos es similar al total del municipio, es decir, la infección respiratoria aguda por virus nuevo presenta el mayor reporte con 547 casos equivalentes al 62,80%, seguidos de las Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (10,91%; 95 casos) y las violencias de género (6,43%; 56 casos); para el caso de la morbilidad materna extrema se ubica en el quinto lugar, puesto que el cuarto es ocupado por la Exposición al flúor (3,21%; 28 casos y 4,13%; 36 casos) (Ver Tabla 43). Por otro lado, el total de casos para la población clasificada como otros corresponde al 19,41% (210 casos) en donde se mantiene las infecciones respiratorias agudas por virus nuevo como la de mayor prevalencia con 78,10% (164 casos), sin embargo, para este grupo poblacional aparece en segundo lugar la morbilidad materna extrema con 8,57% (18 casos). Finalmente, la menor cantidad de casos se reportan para la población afrodescendiente, con una notificación correspondiente a las agresiones animales potencialmente transmisores de rabia.

Tabla 43. Distribución de eventos de notificación obligatoria por grupo étnico-racial

Enfermedad	Indígena		Afrodescendiente		Otros	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Infección Respiratoria Aguda por Virus Nuevo	547	62,80		0,00	164	78,10

Accidente Ofídico	8	0,92		0,00		0,00
Bajo peso al nacer	6	0,69		0,00		0,00
Cáncer de mama y cuello uterino	18	2,07		0,00	2	0,95
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	95	10,91	1	100,00	2	0,95
Exposición a Flúor	36	4,13		0,00		0,00
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	2	0,23		0,00		0,00
Hepatitis B	2	0,23		0,00		0,00
Intento de suicidio	24	2,76		0,00	5	2,38
Infecciones de sitio Quirúrgico-ISQ	1	0,11		0,00		0,00
Intoxicaciones por Sustancias Químicas	20	2,30		0,00	4	1,90
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)	9	1,03		0,00	4	1,90
Sífilis Gestacional	1	0,11		0,00		0,00
Malaria	1	0,11		0,00		0,00
Morbilidad materna extrema	28	3,21		0,00	18	8,57
Mortalidad perinatal y neonatal tardía	5	0,57		0,00	4	1,90
Tuberculosis	5	0,57		0,00	4	1,90
Varicela	1	0,11		0,00		0,00
VIH / SIDA	6	0,69		0,00	1	0,48
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	56	6,43		0,00	2	0,95
Total casos	871	80,50	1	0,09	210	19,41
Total general			1082			

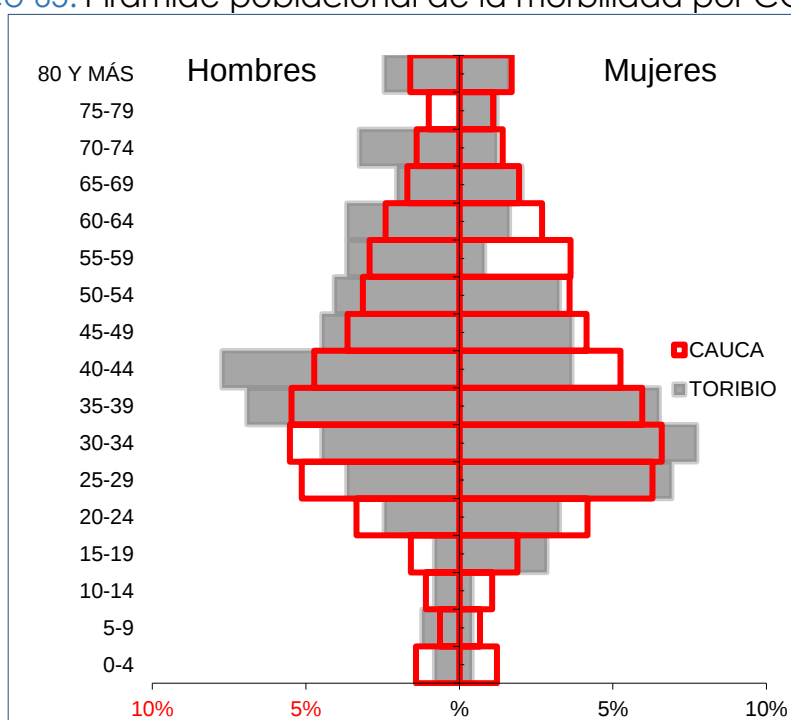
Fuente: Secretaría de Salud de Toribío, SIGIVILA 2021. Elaboración propia.

2.2.8. Morbilidad por COVID 19

De acuerdo con la pirámide poblacional de la morbilidad por COVID 19 en el municipio de Toribio se observa que la mayor afectación se presenta en la población adulta y la población correspondiente al ciclo de la vejez, un patrón muy similar al descrito por el departamento, con una tendencia más elevada para el municipio teniendo en cuenta el total poblacional (246 para Toribío frente a 66.004 para el Cauca).

Realizando una desagregación de la población por sexo, se tiene una afectación más marcada para las mujeres entre los rangos de edad de 25 a 39 años, mientras en los hombres esta afectación ocurre mayoritariamente entre los 35 y 44 años. Pese a esto, posterior a los 45 años, aunque se puede observar una pirámide equilibrada, la tendencia es a desplazarse hacia la izquierda denotando un mayor porcentaje de comorbilidades para COVID 19 en los hombres que las mujeres, excepto para el rango 75 – 79 años en el cual, las comorbilidades corresponden en su totalidad a las mujeres (Ver Gráfico 65).

Gráfico 65. Pirámide poblacional de la morbilidad por COVID 19



Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto a la distribución de las comorbilidades por COVID 19 se tiene un total de 89 casos de los cuales el 33% se concentra en al menos una comorbilidad, seguido por los mayores de 59 años e hipertensión, con 19% para cada indicador. También se presentan sobrepeso y obesidad, diabetes, asma, terapia de reemplazo, ERC, EPOC y Artritis respectivamente (Ver Tabla 44).

Tabla 44. Comparativo de comorbilidades por COVID 19

Tipo de Comorbilidad	Total Comorbilidad TORIBIO		Total Comorbilidad CAUCA	
	Año	Proporción	Año	Proporción
Artritis	1	1%	189	0%
Asma	4	4%	1.614	4%
Cáncer	-	0%	437	1%
Comorbilidades (al menos una)	29	33%	14.861	35%
Diabetes	5	6%	2.226	5%
Enfermedades Huérfanas	-	0%	85	0%
EPOC	2	2%	1.931	4%
ERC	3	3%	1.578	4%
Hipertensión	17	19%	6.423	15%
Sobrepeso y Obesidad	8	9%	7.220	17%
Terapia Reemplazo Renal	3	3%	173	0%
VIH	-	0%	136	0%
Mayor de 59	17	19%	6.134	14%
Total	89	100%	43.007	100%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

Para el ámbito de atención de las comorbilidades, se tiene un total de 249 casos, de los cuales el 99% no reporta el ámbito de atención y el 1% restantes corresponde cuidados intermedios e intensivos. En el caso del Cauca se observan, como es de esperar, cifras muy elevadas respecto al municipio, sin embargo guardan la similitud en que el mayor porcentaje también corresponde a los casos que no reportan un ámbito en específico con una representación del 96% (Ver Tabla 45).

Tabla 45. Comparativo de atenciones comorbilidades por COVID 19

Ámbito de atención	Total de casos según ámbito TORIBIO		Total de casos según ámbito de atención CAUCA	
	Año	Proporción	Año	Proporción
Consulta Externa		0%		0%
Cuidado Intensivo	1	0%	762	1%
Cuidado Intermedio	2	1%	660	1%
Domiciliaria		0%	21	0%
Hospitalización		0%	1105	2%
No Reportado	246	99%	65435	96%
Otro		0%		0%
Urgencias		0%	377	1%
Total	249	100%	68360	100%

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO y DANE. Elaboración propia.

En cuanto al análisis de letalidad para IRA por virus nuevo, el municipio de Toribío solo cuenta con información para el año 2020, donde se registra una letalidad del 9,09%, año en el que las notificaciones de este evento alcanzó solo el 4,3%. De acuerdo a la información consignada, en la desagregación por sexo, la letalidad que se registra es en hombres con un valor de 14,29%. En este sentido, el municipio a la fecha cuenta con una letalidad baja, en consecuencia, la frecuencia con la que se ha presentado esta enfermedad no puede analizarse adecuadamente con los datos de mortalidad (tal como se evidenció en el apartado de mortalidad, en el cual se podría considerar la posibilidad de un subregistro), es por eso que la morbilidad se convierte en una base de mayor importancia para el estudio del IRAG por virus nuevo en el territorio.

2.2.9. Análisis de la población en condición de discapacidad

En el caso de la población en condición de discapacidad se tiene un total de 519 personas, en las cuales se evidencia, con corte en septiembre, 2022 que la mayor proporción corresponde a las personas con discapacidades en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y pies que, equivalen al 49,13%, seguidas de las que presentan discapacidades asociadas al sistema nervioso que tienen una representatividad del 44,51% (Ver tabla 46).

En tercer lugar, se encuentran las personas con discapacidades relacionadas con la voz y el habla (33,33%). Es fundamental comentar que una persona puede tener más de una discapacidad por lo cual la suma de los porcentajes puede ser superior al 100,00%

Tabla 46. Distribución de las discapacidades (2022)

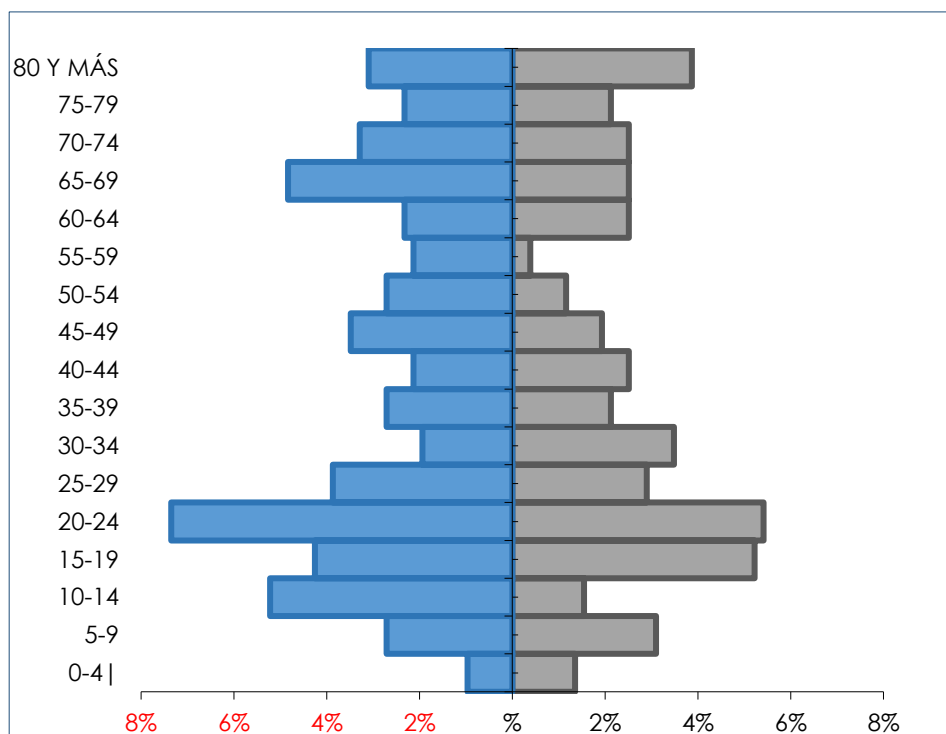
Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	255	49,13
El sistema nervioso	231	44,51
Los ojos	132	25,43
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	51	9,83

Tipo de discapacidad	Personas	Proporción**
Los oídos	125	24,08
La voz y el habla	173	33,33
La digestión, el metabolismo, las hormonas	21	4,05
El sistema genital y reproductivo	38	7,32
La piel	20	3,85
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	8	1,54
Ninguna		0,00
Total	519	

Fuente: Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD).

La pirámide poblacional (Ver Gráfico 66) de las personas en condición de discapacidad del municipio durante el 2022, evidencia que son los hombres los que tienen mayor participación ya que alcanzan un porcentaje del 55,31% de total de las personas con discapacidad, aunque siendo precisos, la diferencia no es tan significativa respecto a las mujeres, pues ellas representan en 44,68%. Por rangos etarios, se observa que entre los 15 a 24 años se concentra la mayor parte de la población en condición de discapacidad.

Gráfico 66. Pirámide de la población con discapacidad



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.

2.2.10. Identificación de prioridades por morbilidad

Para efectos de la priorización se consideraron las tendencias correspondientes a 2021 de las principales morbilidades de la población en general por grandes causas, y subcausas, así como el comportamiento de los eventos de alto costo, los eventos precursores y aquellos de notificación obligatoria en el territorio, Los resultados indican que todas las causas de morbilidad priorizadas (condiciones transmisibles y nutricionales y enfermedades no transmisibles) presentan una tendencia oscilante en todos los ciclos de vida, a excepción de las enfermedades no transmisibles en la vejez cuyo comportamiento en últimos años describe una tendencia ascendente (Ver Tabla 47).

A nivel de subcausas, con excepción de las condiciones maternas y los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas que tienen una tendencia ascendente; los resultados muestran un comportamiento oscilante, en este caso, las infecciones respiratorias, las enfermedades infecciosas y parasitarias, las condiciones orales, las enfermedades genitourinarias, las condiciones derivadas del periodo perinatal, los traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas y las lesiones no intencionales describen registros volátiles durante el periodo de análisis.

Tabla 47. Distribución de las discapacidades

Morbilidad	Prioridad	Valor del indicador TORIBIO 2021	Valor del indicador CAUCA 2021	Tendencia 2009 A 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
General por grandes causas	Primera infancia: Condiciones transmisibles y nutricionales	32,07	25,84	OSCILANTE	001
	Infancia: Enfermedades no transmisibles	52,43	57,55	OSCILANTE	001
	Adolescencia: Enfermedades no transmisibles	55,31	56,46	OSCILANTE	001
	Juventud: Enfermedades no transmisibles	49,43	52,55	OSCILANTE	001

Morbilidad	Prioridad	Valor del indicador TORIBIO 2021	Valor del indicador CAUCA 2021	Tendencia 2009 A 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
Específica por Subcausas o subgrupos	Adulter: Enfermedades no transmisibles	64,79	70,48	OSCILANTE	001
	Vejez: Enfermedades no transmisibles	79,86	84,46	ASCENDENTE	001
	Transmisibles: Infecciones Respiratorias	50,37	34,81	OSCILANTE	009
	Transmisibles: Enfermedades infecciosas y parasitarias	42,92	52,10	OSCILANTE	009
	No Transmisibles: Condiciones orales	6,7	5,75	OSCILANTE	
	No Transmisibles: Enfermedades genitourinarias	15,82	11,03	OSCILANTE	
	Condiciones maternas-perinatales: Condiciones maternas	94,86	87,38	ASCENDENTE	008
	Condiciones maternas-perinatales: Condiciones derivadas del periodo perinatal	5,14	12,62	OSCILANTE	008
	Lesiones: Traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externas	88,31	91,51	ASCENDENTE	
	Lesiones: Lesiones no intencionales	6,17	6,75	OSCILANTE	
	ERC en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal	24,42	59,54	DESCENDENTE	001
	Tasa de incidencia de VIH notificada	3,19	8,92	DESCENDENTE	001
	Prevalencia de la Hipertensión Arterial	1,38	5,06	OSCILANTE	001
	Prevalencia de Diabetes Mellitus	0,49	1,87	OSCILANTE	001
Eventos de Notificación	1. Infección respiratoria aguda por virus nuevo	65,71		DESCENDENTE	009

Morbilidad	Prioridad	Valor del indicador TORIBIO 2021	Valor del indicador CAUCA 2021	Tendencia 2009 A 2021	Grupos de Riesgo (MIAS)
Obligatoria (ENO's)	2. Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia	9,06		OSCILANTE	009
	3. Vigilancia en salud pública de las violencias de género	5,36		OSCILANTE	009
Discapacidad	El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	49,13	49,63	OSCILANTE	
	El sistema nervioso	44,51	47,38	OSCILANTE	
	La voz y el habla	33,33	25,53	OSCILANTE	

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

2.2.11. Conclusiones

La revisión de las cifras asociadas a las principales causas de morbilidad por grandes grupos permitió evidenciar que, en todos los ciclos de vida, la principal causa de morbilidad estuvo asociada a las enfermedades no transmisibles, excepto en la primera infancia donde predominan las condiciones transmisibles y nutricionales. En el caso de los hombres, el ciclo de vida que ostento el mayor porcentaje de enfermedades no transmisibles a cierre del año 2021 fue el de la vejez con un 77,93% seguido del ciclo de adultez donde las enfermedades no transmisibles alcanzaron el 60,46%. En el caso de las mujeres se observa un comportamiento similar, teniendo nuevamente el ciclo de vejez con el de mayor porcentaje para las condiciones no transmisibles con 81,47% y en la adultez que alcanzó el 66,80%.

Sumado a esto, el análisis de los datos por subgrupos de causa de morbilidad permitió identificar que dentro de la categoría de las condiciones transmisibles y nutricionales la principal causa de consulta en el 2021 estuvo asociada a las infecciones respiratorias (50,37%), mientras que en la clasificación de condiciones maternas perinatales la principal causa de morbilidad fueron las condiciones maternas con un porcentaje de 94,86%, presentando en esta cifra mayor participación de las mujeres en comparación con los hombres. En el caso de enfermedades no transmisibles para el total de la población, la principal causa de

consulta a lo largo del 2021 fueron las enfermedades genitourinarias que registró 15,82%, desplazando a las condiciones orales que durante los últimos años había ocupado el primer lugar. Adicionalmente, en el caso de la categoría de lesiones, la principal causa de morbilidad en el 2021 estuvo asociada a traumatismos, envenenamientos u algunas otras consecuencias de causas externa, subcausa que el análisis año tras año ha sido la de mayor importancia con un comportamiento fluctuante y con porcentajes superiores al 85%.

Por otra parte, en la categoría de salud mental en el 2021, se observó que en los ciclos de infancia (100,00%), juventud (63,97%) y adultez (94,44%), la principal causa de consulta en total poblacional fueron los trastornos mentales y del comportamiento. Para la primera infancia, por su parte, aparece la epilepsia como principal causa (51,72%), y en el caso de la vejez se cierra 2021 con un 50% los trastornos mentales y del comportamiento y 50% para la epilepsia. Adicionalmente, se evidenció que en el caso de las adolescentes la principal causa de morbilidad por salud mental del total del municipio fueron los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas, con un porcentaje elevado y que alcanzó el histórico registrado hasta el momento para el municipio (99,20%). Conviene mencionar que las consultas de salud mental por consumo de sustancias psicoactivas en este grupo poblacional tuvieron un mayor protagonismo de los hombres, aunque la diferencia con las mujeres fue baja, teniendo porcentajes de 100% en hombres y de 98,06% en las mujeres. Es importante considerar el cambio que se tuvo durante este año para este tipo de trastornos y el grupo poblacional, ya que para el 2020 eran los jóvenes los que consultaban mayoritariamente por esta causa. Llama la atención también, el registro en la primera infancia de consultas derivadas de los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de sustancias psicoactivas por valor de 3,45%.

Para la morbilidad de eventos de alto costo, en la prevalencia de enfermedades renales crónicas avanzadas (fase 5) se tiene que en comparación con la prevalencia

departamental, las cifras registradas en el municipio se encuentran 35,12 puntos porcentuales por debajo de la cifra del Cauca, diferencia que es estadísticamente significativa. En el caso de la tasa de incidencia de VIH notificada, se registra también un porcentaje relativamente bajo en el municipio (3,19%), con una diferencia de 5,73 puntos porcentuales por debajo de la tasa de incidencia departamental para este evento. En cuanto a los eventos precursores los registros para la prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial se observa que las cifras reportadas son inferiores respecto a las registradas en el departamento, con diferencias porcentuales de 1,38 para el caso de la diabetes mellitus y de 3,68 para la hipertensión arterial, teniendo para ambas series un comportamiento con tendencia a la disminución para los dos últimos años, aunque por el momento, no representan una diferencia estadísticamente significativa respecto a las cifras departamentales.

Para los eventos de notificación obligatoria se reportan 1082 eventos de notificación obligatoria, donde se observa que los reportes que más se realizaron fueron la Infección Respiratoria Aguda por virus nuevo (65,71%), seguido de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (9,06%) y los casos de Vigilancia en salud pública de las violencias de género con 58 reportes. Se tiene además que la población más afectada por estos eventos en la población indígena con 871 casos, mientras que para la población afrodescendiente solo se observa un caso notificado correspondiente a las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

Por último, con las cifras de COVID 19 reportadas a nivel municipal y que están asociadas al ámbito de atención, se pudo observar un total de 249 casos por esta clasificación que equivalen al 0,4% de total departamental. En el caso de las comorbilidades asociadas al COVID 19 se observó que el porcentaje más alto lo presentó la categoría de al menos una comorbilidad con un valor de 33% seguido de las personas mayores de 59 años equivalente a un 19%, con mayor participación de los hombres para comorbilidades por COVID 19.

Análisis de los determinantes Sociales de la Salud – DSS

En el presente este apartado del informe se incluye el análisis de los determinantes sociales de la salud en donde se analizara la forma en que los entornos y condiciones sociales afectan las condiciones de salud de la población en el municipio de Toribío, esto debido a que, de acuerdo con el Ministerio de la Salud y la Protección Social (2014), la mayor parte de la morbilidad, mortalidad, e inequidad en salud a nivel mundial, provienen de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el impacto del sistema de salud lo que explicaría las problemáticas de salud no solo desde el déficit de servicios en esta área, si no sobre las condiciones de vida de las personas y así plantear soluciones orientadas a mejorar y reducir los problemas de salud de la población en general.

2.3.1. Análisis de determinantes intermedios de la salud

2.3.1.1. Condiciones de Vida

El análisis de los determinantes intermedios de la salud – condiciones de vida se realizó partiendo de la información contenida en la Tabla 48 donde se reportan cifras para estos determinantes tanto para el municipio como para el departamento, evidenciando además si las diferencias entre Toribío y el Cauca son estadísticamente significativas, de tal forma que se pueda generar una lectura concreta acerca de las alarmas que se puedan generar para el municipio.

En términos de la cobertura en el servicio de electricidad se observa que el municipio alcanzó a cubrir el 98,30% de la población, ligeramente mayor al departamento cuyo porcentaje fue de 95,51%. En el caso del servicio de acueducto el municipio alcanzó una cobertura del 62,38% cifra superior a la del departamento que registró una cobertura de 43,80% pese a esto, siendo está una diferencia significativa y de manera positiva para el municipio, el cual, en comparación a las cifras reportadas en 2020 tuvo un crecimiento importante, ya que el aumento de cobertura en acueducto le permite a la población tener acceso agua potable, la cual, de manera indirecta, se relaciona con la prevención de enfermedades parasitarias,

enfermedades diarreicas, entre otras. Para el caso del servicio de alcantarillado se observa que la cobertura de Toribío alcanzó un 56,81%, siendo 13,11 puntos porcentuales superior a la reportada en 2020 y siendo también superior a la reportada por el departamento (29,70%), teniendo nuevamente una diferencia significativa y de manera positiva para el municipio ya que, al igual que para el caso del servicio de acueducto, un alcantarillado deficiente o ausente se relaciona con enfermedades como la diarrea, el cólera y la disentería.

En el caso del índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano – IRCA se evidencia que en el caso del municipio este indicador alcanzó una cifra de 5,80%, cifra menor a la del departamento que reporta 10,59%. Tanto para el nivel municipal como el departamental, las cifras aumentaron en comparación con el 2020, lo que indicaría de manera general que la calidad del agua disminuyó, siendo sin embargo, el agua del municipio mejor que la del departamento al tener un índice de riesgo menor. Es importante considerar que el IRCA solo se aplica a los acueductos, por lo que las personas que no cuentan con este servicio podrían estar consumiendo un agua de menor calidad a la reportada en este informe.

En el caso del porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada se observa que Toribío tiene un porcentaje de 28,60% comparado con un 23,20% reportado por el departamento, sin ser una diferencia estadísticamente significativa, pero que al analizar los datos registrados, si es significativo el encontrar un porcentaje tan alto de personas sin acceso a fuentes de agua mejoradas en el nivel municipal y departamental, teniendo en cuenta sobre todo que, como ya se ha mencionado, el agua es un factor epidemiológico relevante en la propagación de enfermedades.

Al revisar el porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas se evidencia que Toribío alcanzó una cifra superior a la del departamento, con un valor porcentual de 26,40% frente a un 12,50%; siendo para este caso, una diferencia estadísticamente significativa de manera negativa para el municipio. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud - OPS (2014) las condiciones

insalubres asociadas el manejo inadecuado de excretas genera vectores de riesgo asociados a la propagación de enfermedades, o aumentan la probabilidad de que por ejemplo insectos entren en contactos con los excrementos y posteriormente contaminen los alimentos; por lo que será importante que se tomen medidas dirigidas a mejorar las condiciones para la adecuada eliminación de excretas en los hogares del territorio.

Tabla 48. Acceso a servicios públicos e índices de riesgos

Determinantes intermediarios de la salud	CAUCA	TORIBIO
Cobertura de servicios de electricidad	95,51	98,30
Cobertura de acueducto	43,8	62,38
Cobertura de alcantarillado	29,7	56,81
Índice de riesgo de la calidad del agua para consumo humano (IRCA)	10,59	5,80
Porcentaje de hogares sin acceso a fuentes de agua mejorada (DNP-DANE)	23,2	28,60
Porcentaje de hogares con inadecuada eliminación de excretas (DNP-DANE)	12,5	26,40

Fuente: DANE- Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI

Además del análisis anterior, el cual solo aborda los determinantes intermedios a nivel municipal, es importante realizar el análisis de la distribución en la cobertura de estos determinantes en las zonas rurales dispersas, lo cual daría cuenta de las inequidades por área geográfica existentes en el territorio. En este sentido las cifras contenidas en la Tabla 49, nos permite evidenciar el comportamiento de esta relación, donde se observa que la cobertura de servicios como acueducto y alcantarillado se concentra en la cabecera municipal, teniendo registros en acueducto de 81,27% en la cabecera municipal y de 7,53% en las zonas rurales; y registros de alcantarillado de 100% y 0,00% respectivamente, lo que pondría de manifiesto la exposición de la población residente de estas áreas a problemas de salud relacionados con la ausencia de estos servicios aún más considerando, que por estar en algunos casos tan equidistantes, no cuentan con instituciones de

servicios de salud que puedan brindar atención oportuna ante alguna enfermedad o complicaciones de la misma. Sin embargo, es importante mencionar que el municipio ha hecho un esfuerzo por mejorar estas condiciones y esto se hace evidente en el aumento de la cifra de acueducto que se reporta para 2021 en comparación de la cifra 2020 donde, al igual que para alcantarillado, el registro era de 0,00%. En el caso del servicio de energía eléctrica hay una cobertura relativamente similar entre la cabecera municipal y el resto de la población de Toribío, alcanzado cifras del 99,96% y el 97,69% respectivamente.

Tabla 49. Cobertura de servicios según área geográfica

Determinantes intermediarios de la salud	Cabecera	Resto
Cobertura de servicios de electricidad	100	97,70
Cobertura de acueducto	81,27	7,53
Cobertura de alcantarillado	76,4	0,00

Fuente: DANE- Reporte de Estratificación y Coberturas certificado por las alcaldías al Sistema Único de Información SUI

2.3.1.2. Seguridad Alimentaria

En la Tabla 50 se puede observar el indicador de nacidos vivos con bajo peso al nacer, un indicador que habla no solo de las condiciones nutricionales del bebé, sino que también arroja información sobre la alimentación de la madre a lo largo del proceso de gestación. En este caso se destaca que el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer en el municipio fue de 5,63% mientras que en el Cauca fue de 8,10%, sin que esto genere una diferencia estadísticamente significativa para el municipio, adicionalmente, al comparar con las cifras reportadas al 2019, la tasa reportada en 2020 es superior en 0,73 puntos porcentuales, lo que daría cuenta de un aumento en el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, así como también del comportamiento fluctuante que ha descrito la serie en el periodo 2006 – 2020. Se debe destacar además que de acuerdo con la UNICEF, un niño que nace

con bajo peso tiene mayor riesgo de mortalidad y si sobrevive son más proclives a sufrir enfermedades del sistema inmunológico, menor fuerza muscular y menor desarrollo de la capacidad cognitiva.

Tabla 50. Seguridad alimentaria y nutricional

Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	TORIBIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (EEVV-DANE)	8,1	5,63	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗

Fuente: EEVV DANE 2018.

2.3.1.3. Condiciones de factores psicológicos y culturales

En términos de los factores psicológicos y culturales se observa que en el caso de la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar para el municipio de Toribío en el año 2021 fue de 27,00%, siendo superior a la reportada por el departamento, sin tener una diferencia significativa estadísticamente (Ver Tabla 51). En cuanto, a la tasa de incidencia de violencia contra la mujer la tasa para Toribío es del 1%, siendo mucho menor que la reportada por el departamento que alcanzó el 32,53%, generando una diferencia estadísticamente significativa, de manera positiva, para el municipio. No obstante, estas cifras podrían no reflejar la realidad del territorio ya que en muchos casos, por temas culturales, la violencia contra la mujer ha sido normalizada, lo que traería consigo una omisión en la denuncia de los casos que se puedan presentar.

Tabla 51. Factores psicológicos y culturales

Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	TORIBIO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Tasa de incidencia de violencia intrafamiliar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	20,64	27,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0

Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	TORIBIO	Comportamiento																	
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
Tasa de incidencia de violencia contra la mujer (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)	32,53	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0

Fuente: FORENSIS – INMLCF.

2.3.1.4. Sistema Sanitario

En la Tabla 52 se presenta información sobre los indicadores para el año 2021 asociados al sistema sanitario tanto en el nivel municipal como en el nivel departamental. El primer indicador hace referencia a los hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia el cual registra un valor porcentual de 2,80% siendo inferior al departamento, para el indicador de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud el valor es de 4,60%, también por debajo del valor registrado por el departamento, sin presentar una diferencia estadísticamente significativa. Se destaca que 88,20% de la población municipal está cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, el cual durante los últimos dos años ha registrado una tendencia gradual al alza. Contrario ocurre con el caso de las coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos que durante los últimos dos años presenta una tendencia a la baja, presentando en el 2021 un valor porcentual de 62,67%, que se podría traducir en un factor de riesgo en términos de morbilidad y mortalidad para la población en general. Sin embargo, las cifras asociadas a la vacunación DPT (difteria, tos ferina y tétanos) 3 dosis en menores de un año alcanzó un total del 86,64%, con una tendencia al alza durante el 2021. En el caso de las coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año y las coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año, se observa una tendencia al alza para la primera y una tendencia a la baja para la segunda al cierre del año 2021 con porcentajes del 86,13% y 86,42% respectivamente, con diferencias porcentuales respecto a los reportes del departamento de 2,64 y 0,83, respectivamente. Es importante mencionar que todos los indicadores de vacunación

poseen registros inferiores al departamento, no obstante no generan una diferencia estadísticamente significativa para el municipio. Adicionalmente, es importante destacar la tendencia al alza observada durante el 2021 para las coberturas de DPT 3 dosis en menores de 1 año y de Polio 3 dosis en menores de 1 año, pese a las problemáticas a que hubo lugar en el territorio debido a la renuencia de la población por imaginarios alrededor de la introducción de la vacuna contra COVID 19.

Para el caso del porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal se observa que el municipio alcanzó el cubrimiento de 78,00% con corte al 2020, cerrando con una tendencia a la baja, mientras que la cobertura de parto institucional y los partos atendidos por personal calificado alcanzaron cifras del 75,92% y 76,1t6% respectivamente, valores que aunque son inferiores a los del departamento, registran una tendencia al alza desde el 2018, resultado del trabajo que se viene realizando en el municipio con las parteras y el parto intercultural. Adicionalmente, es importante mencionar que las mejoras de estos indicadores son fundamentales dados los factores riesgo asociados al parto en las zonas rurales dispersas y que afectan la morbilidad y la mortalidad de la diada madre – hijo.

Tabla 52. Sistema sanitario

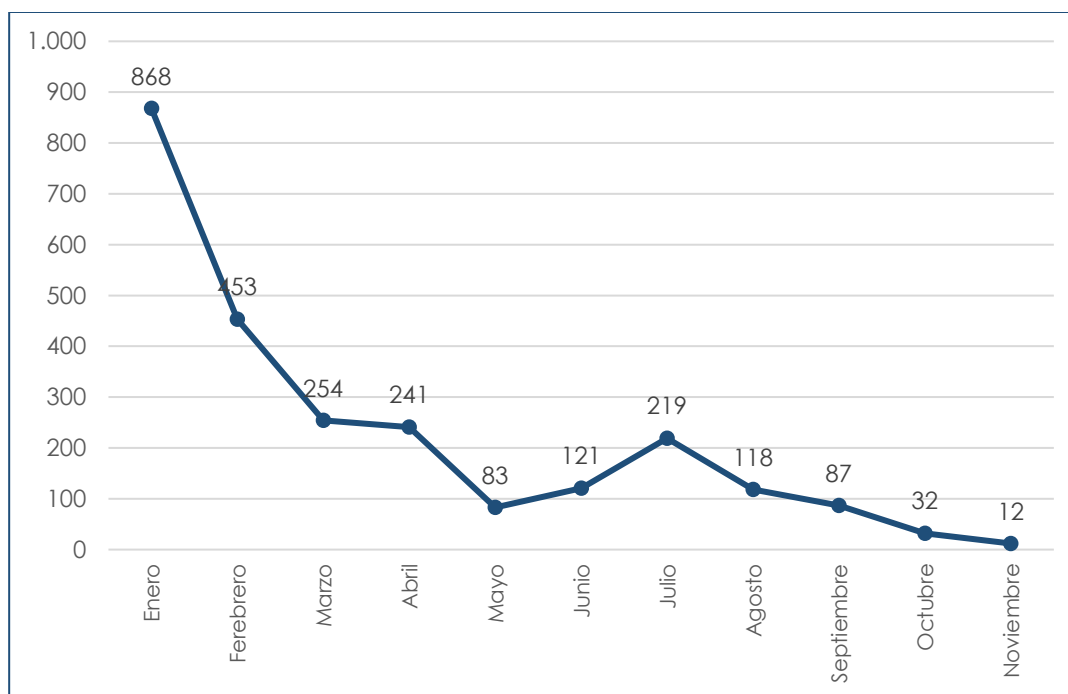
Determinantes intermedios de la salud	CAUCA	TORIBIO	Comportamiento																
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia (DNP-DANE)	7,1	2,80														-			
Porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud (DNP- DANE)	9,7	4,60														-			
Cobertura de afiliación al SGSSS (MSPS)	87,73	88,20					↗	↗	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con BCG para nacidos vivos (MSPS)	78,4	62,67	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con DPT 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	89,16	86,64	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con polio 3 dosis en menores de 1 año (MSPS)	88,77	86,13	↗	↘	↘	↘	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↗	↗	↘	↗	
Coberturas administrativas de vacunación con triple viral dosis en menores de 1 año (MSPS)	87,25	86,42	↗	↘	↘	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↗	↘	↘	↘	↘	↗	
Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal (EEVV-DANE)	81,37	78,00	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↗	↘		
Cobertura de parto institucional (EEVV-DANE)	89,86	75,92	↗	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (EEVV-DANE)	90,21	76,16	↗	↗	↘	↘	↗	↗	↘	↗	↗	↘	↘	↘	↗	↗	↗		

Fuente: DANE-SISPRO-Minsalud.

2.3.1.5. Cobertura de la vacunación contra el COVID 19

En cuanto a la vacunación contra COVID 19 con corte a 17 de noviembre de 2022 se han aplicado 8462 dosis en el municipio de Toribio, siendo las vacunas de Sinovac (2.528 dosis) y Janssen (2.852 dosis) las más aplicadas. En cuanto a la tendencia se observa una disminución significativa en las dosis aplicadas en el 2022, mostrando una desaceleración de la vacunación, que puede estar explicado en la poca asistencia de la población a los puntos de vacunación ya sea porque no desean aplicarse la vacuna o porque quienes querían acceder a ella, ya lo hicieron (ver Gráfico 67). Al analizar la tendencia para el departamento, se observa el mismo comportamiento, con cifras que describen una desaceleración en la vacunación (Grafico 68).

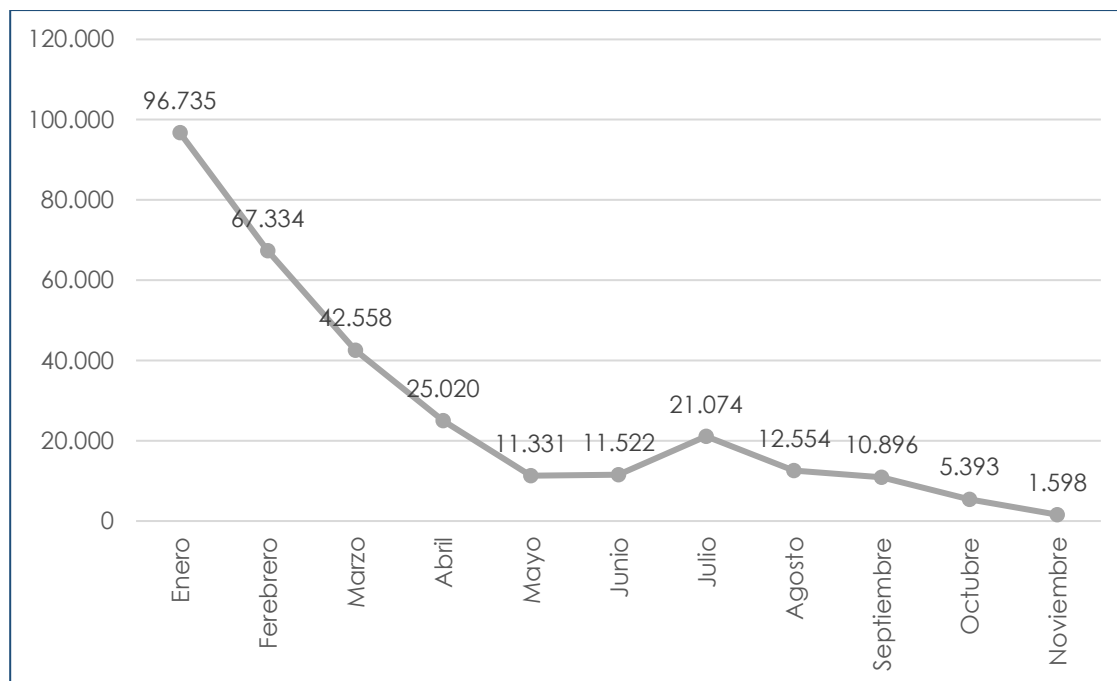
Gráfico 67. Distribución por meses de la vacunación contra el COVID-19¹², para el municipio de Toribio



Fuente: PAIWEB. Ministerio de Salud. Elaboración propia.

¹² Consultado el 18 de noviembre, con corte al 17 de noviembre de 2022. Link: shorturl.at/eqsC5

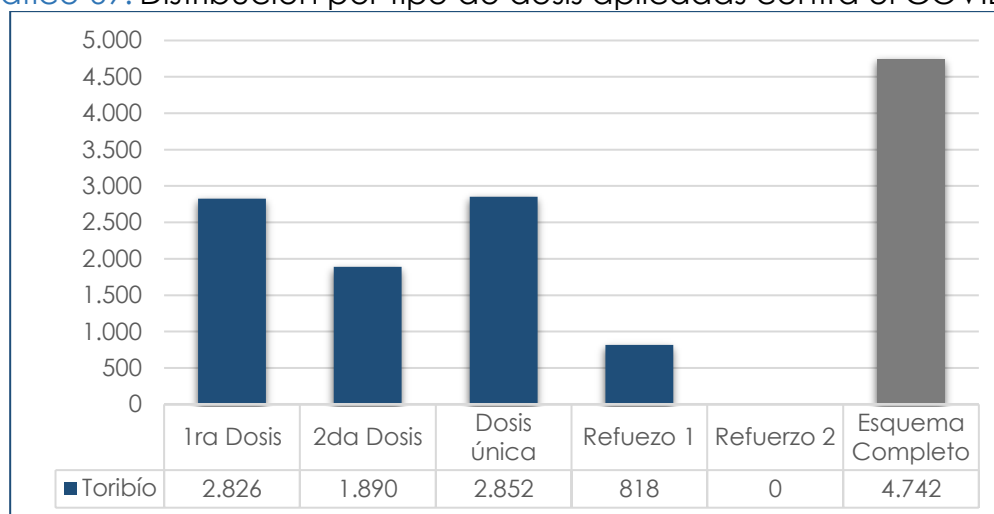
Gráfico 68. Distribución por meses de la vacunación contra el COVID-19, para el departamento del Cauca



Fuente: PAIWEB. Ministerio de Salud. Elaboración propia.

En cuanto a la cobertura de vacunación por esquemas completos, se tiene que el municipio de Toribío cuenta con el 12,72% de esquemas completos que equivale a una población de 4.742 personas. Al revisar el tipo de dosis aplicadas se tiene se tiene que 2.826 personas cuentan con la 1ra dosis y 1.890 con la 2da dosis. Como se mencionó al inicio, una de las vacunas más aplicadas en el territorio es Janssen, la cual se cuenta con 2.852 personas con dosis única. Es importante resaltar que la población en el municipio de Toribio ha sido renuente frente a la vacunación contra COVID 19, de ahí que la cobertura no supere el 20% y que, por ejemplo, sean pocas las personas son esquemas completos que han accedido a la aplicación del refuerzo, siendo en la actualidad 818 personas las que se han aplicado el 1er refuerzo de la vacuna (Gráfico 69).

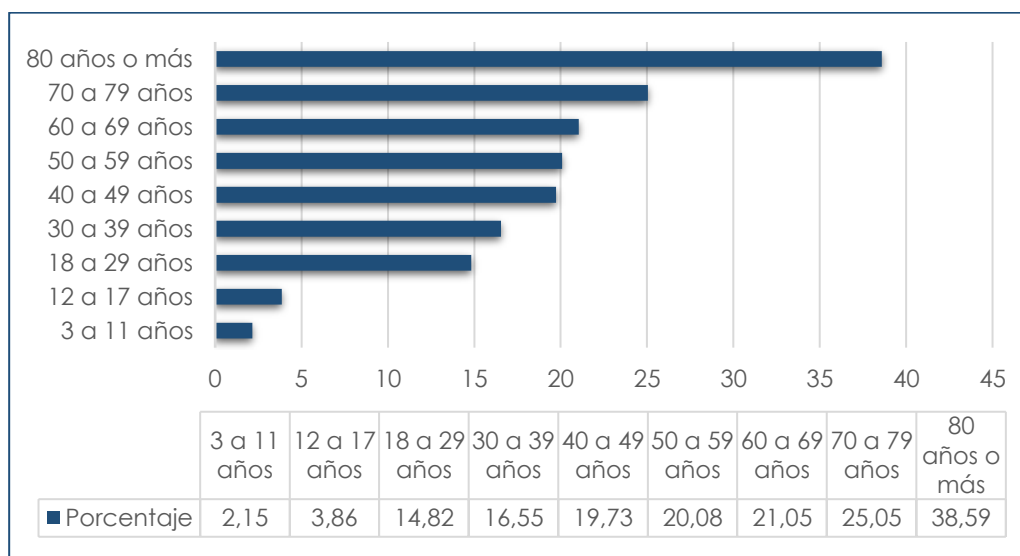
Gráfico 69. Distribución por tipo de dosis aplicadas contra el COVID-19



Fuente: PAIWEB. Ministerio de Salud. Elaboración propia.

De acuerdo a la distribución por edad (Gráfico 70), se tiene que el rango de edad que muestra una mayor proporción de personas vacunadas es el rango de 80 años y más, llamando la atención que en la observación general, entre más aumenta el rango de edad mayor es la proporción de personas vacunadas, lo cual podría estar explicado por la aplicación de vacunas por etapas de priorización a los grupos de edad de mayor morbilidad.

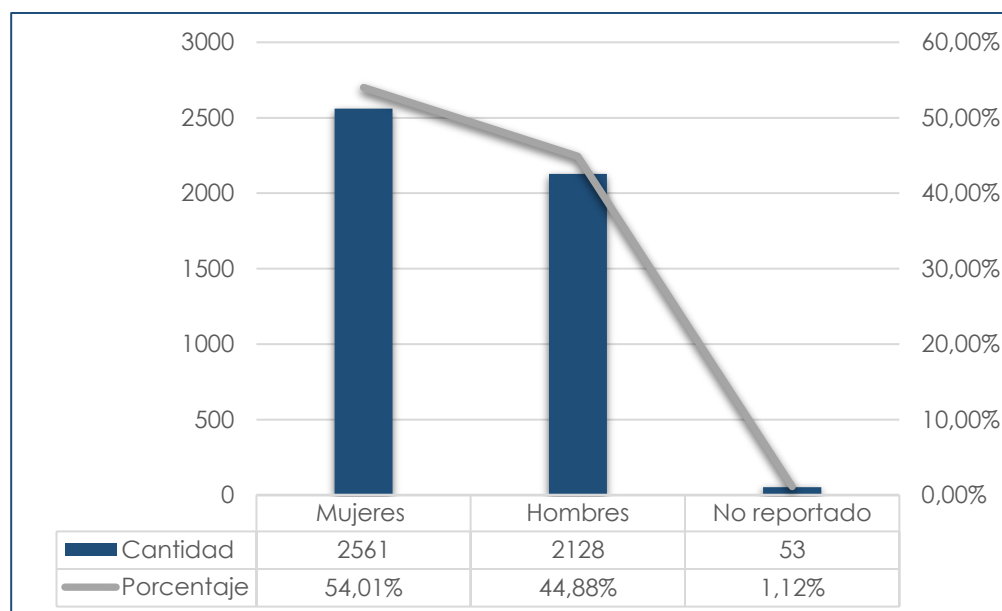
Gráfico 70. Distribución por edad, población vacunada contra el COVID-19



Fuente: PAIWEB. Proyecciones DANE 2022. Elaboración propia.

Al realizar la desagregación por sexo, se observa que para el municipio de Toribío la mayor proporción de personas vacunadas son las mujeres (2.562; 54,01%) (Gráfico 71).

Gráfico 71. Distribución por sexo, población vacunada contra el COVID-19



Fuente: PAIWEB. Ministerio de Protección. Elaboración propia.

2.3.1.6. Servicios habilitados IPS

Los servicios habilitados se relacionan con la garantía al acceso a los servicios de salud, el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud a la población. En ese sentido, a continuación se presentan los servicios prestados en las IPS existentes en el municipio. Al analizar los datos de la oferta de servicios en el periodo 2015 – 2021, no se observan muchas variaciones, es decir, tanto la cantidad de servicios y de IPS han permanecido prácticamente constantes a lo largo de todo el periodo, aunque la población de Toribío muestra una dinámica creciente (Ver tabla 53). En la actualidad el municipio cuenta en su cabecera municipal con un hospital nivel I de atención y una IPS perteneciente a la asociación de cabildos indígenas del norte del Cauca, las cuales se han enfocado en la búsqueda de la interculturalidad

como unidad de cuidado en cada uno de los ciclos de vida. En el centro poblado de Tacueyó se cuenta también con sedes de ambas IPS.

Tabla 53. Servicios habilitados de las Instituciones Prestadoras de Salud

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio citologías cervico-uterinas	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de laboratorio clínico	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de radiología e imágenes diagnósticas	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio farmacéutico	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras citologías cervico-uterinas	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ultrasonido	1	1	1	1	1	1	1
CONSULTA EXTERNA	Número de IPS habilitadas con el servicio de enfermería	2	2	2	2	2	2	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de ginecobstetricia	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicina general	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas – homeopatía	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de medicinas alternativas – neuralterapia	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de odontología general	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de pediatría	1	1	1	1	1	1	1

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Número de IPS habilitadas con el servicio de psicología	2	3	3	3	3	3	3
INTERNACION	Número de IPS habilitadas con el servicio de general adultos	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de general pediátrica	1	1	1	1	1	1	1
	Número de IPS habilitadas con el servicio de obstetricia	2	2	2	2	2	2	2
NO DEFINIDO	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización			1				
PROCESOS	Número de IPS habilitadas con el servicio de proceso esterilización		1		1	1	1	1
PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA	Número de IPS habilitadas con el servicio de atención preventiva salud oral higiene oral	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones de la agudeza visual	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (menor a 10 años)	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años)	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones del embarazo	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - alteraciones en el adulto (mayor a 45 años)	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de detección temprana - cáncer de cuello uterino	3	3	3	3	3	3	3
	Número de IPS habilitadas con el servicio de planificación familiar	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de promoción en salud	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención al recién nacido	2	2	2	2	2	2	2
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención del parto	2	2	2	2	2	2	2

Grupo Servicio	Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención en planificación familiar hombres y mujeres	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica - atención preventiva en salud bucal	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de protección específica – vacunación	4	4	4	4	4	4	4
	Número de IPS habilitadas con el servicio de vacunación	4	4	4	4	4	4	4
TRANSPORTE ASISTENCIAL	Número de IPS habilitadas con el servicio de transporte asistencial básico	2	2	2	2	2	2	2
URGENCIAS	Número de IPS habilitadas con el servicio de servicio de urgencias	2	2	2	2	2	2	2

Fuente: REPS. Elaboración propia.

Es importante considerar que la oferta y el nivel de los hospitales se ajusta por el tamaño de la población, sin embargo, debido a dinámica poblacional del territorio, las necesidades de los servicios de salud de Toribío son superiores a las ofertadas por la red prestadora de servicio, sobre todo al tener en cuenta que de acuerdo a la distribución poblacional, el municipio es mayoritariamente rural, por lo cual debe ser una prioridad buscar mejorar la oferta disponible y en lo posible ampliar la oferta de servicios existente y de equipos extramurales que puedan intervenir las zonas más alejadas con el objetivo de generar un equilibrio entre oferta y demanda del servicio de salud.

2.3.1.7. Otros indicadores de sistema sanitario

La Tabla 54 muestra los indicadores de razón por cada 1000 habitantes asociados a la capacidad instalada existente en el municipio. De acuerdo a los datos consignados se puede observar que en todo el periodo 2015 – 2021 Toribío no cuenta con ambulancias medicalizadas, camas de cuidado intensivo y camas de cuidado intermedio, esto debido a que, como se mencionó en el apartado anterior, el

municipio posee un hospital nivel I de atención, el cual brinda atención básica por medio de servicios de consulta externa y odontológica, urgencias y hospitalización bajo la atención de médicos generales, y en el caso de requerir procedimientos o atención de mayor complejidad, los pacientes son remitidos a municipios como Santander, Popayán o Cali, de acuerdo a los servicios requerido, encontrándose estos supeditados a las condiciones geográficas y riesgos ambientales o de seguridad propios del municipio.

Tabla 54. Capacidad Instalada

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Razón de ambulancias básicas por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,43
Razón de ambulancias medicalizadas por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de ambulancias por 1.000 habitantes	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,11	0,43
Razón de camas de adulto por 1.000 habitantes	0,21	0,07	0,07	0,07	0,07	0,05	0,22
Razón de camas de cuidado intensivo por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas de cuidado intermedio por 1.000 habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Razón de camas por 1.000 habitantes	0,48	0,27	0,27	0,27	0,26	0,22	0,43

Fuente: REPS. Elaboración propia.

2.4. Análisis de los determinantes estructurales de la inequidad en la salud

2.4.1. Cobertura de educación

En términos de la cobertura de educación se observa que con respecto al 2020, los indicadores analizados muestran una tendencia al alza al cierre del 2021, con cifras inferiores a las registradas por el departamento, excepto en el indicador de analfabetismo el cual es mayor al del departamento, pero que en general no generan diferencias estadísticamente significativas. Se observa entonces que en Toribío el 19,90% de los hogares presentan analfabetismo (Ver Tabla 55).

En el caso de la cobertura en educación primaria se observa que la cifra alcanzó el 86,29% obteniendo 2,09 puntos porcentuales por encima del registro del 2020; por otro lado la cobertura de secundaria fue de 93,21% logrando sumar 14,31 puntos porcentuales con respecto al 2020. Lo mismo ocurre con la educación media, cuyo registro reporta un aumento de 17,39 puntos porcentuales cerrando el 2021 con una tasa de 66,09%. Esta tendencia al alza descrita por los valores alcanzados al finalizar el 2021 se convierte en un logro positivo para el municipio que de mantenerse podría verse reflejado en mejores resultados educativos que impacten de manera directa o indirecta las variables asociadas a la medida de la pobreza multidimensional.

Tabla 55. Tasa de cobertura bruta de educación

Educación	CAUCA	TORIBÍO	Comportamiento										
			2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Porcentaje de hogares con analfabetismo (DNP-DANE)	14,9	19,90								-			
Tasa de cobertura bruta de Educación categoría Primaria (MEN)	106,20	86,29	↗	↘	↘	↗	↘	↘	↘	↘	↘	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Secundario (MEN)	100,40	93,21	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↘	↗	↘	↗
Tasa de cobertura bruta de Educación Categoría Media (MEN)	77,53	66,09	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↗	↘	↗	↘	↗

Fuente: SISPRO-DANE. Elaboración propia

2.4.2. Pobreza. Índice de necesidades Básicas - NBI

La Tabla 56 presenta el índice de necesidades básicas insatisfechas – NBI para el municipio de Toribío para el año 2018 de acuerdo con los datos CNPV – DANE. Se observa que el 21,68% de la población tiene al menos una necesidad básica insatisfecha, siendo esta proporción mayor en el área de centro poblado y rural disperso respecto a la cabecera municipal (22,47% y 10,20% respectivamente). Analizando los principales indicadores del CNPV, se tiene que en el caso de la

población en condición de miseria la cabecera tiene un porcentaje de 0,96%, mientras que el área de centro poblado y rural disperso es de 3,93%, lo que pone de manifiesto lo que hasta aquí se ha analizado con respecto a la mayor incidencia de las condiciones de pobreza en el área rural del municipio, producto quizá de las desigualdades existentes.

Tabla 56. Distribución de las NBI según área geográfica

Indicador y componentes	Total	Cabecera	Centro poblado y rural disperso
Prop de Personas en NBI (%)	21,68	10,2	22,47
Prop de Personas en miseria	3,74	0,96	3,93
Componente vivienda	8,62	6,6	8,75
Componente Servicios	7,76	1,57	8,19
Componente Hacinamiento	3,06	1,83	3,14
Componente Inasistencia	1,52	0,81	1,57
Componente dependencia económica	4,95	0,36	5,27

Fuente: CNPV – DANE. Elaboración propia

En cuanto a los componentes de vivienda, servicios, hacinamiento, inasistencia y dependencia económica se observa que son las zonas de centro poblado y rural disperso las que exhiben los porcentajes más altos.

Al analizar las privaciones por hogar por dimensiones (Ver Tabla 57), se tiene que en la dimensión de condiciones de vivienda y accesos a servicios los mayores porcentajes son ocupados por los centros poblados y rural disperso, siendo el de mayor participación el material inadecuado para pisos (42,4%), seguido de sin acceso aguas mejoras e inadecuada eliminación de excretas, factores que influyen directamente en la salud puesto que pueden estar relacionado con la aparición de infecciones respiratorias (para el caso de los pisos inadecuados) así como la aparición de lesiones, como también con el padecimiento de enfermedades diarreicas o parasitarias (en el caso del acceso a aguas y la inadecuada eliminación de excretas); resultado concuerda con lo expuesto en la cobertura de servicios

donde fue notorio que la cabecera municipal tiene una mejor cobertura en comparación con el área rural dispersa. Dentro de esta misma dimensión, se tiene que el hacinamiento crítico es mayor en la cabecera con 7,8% frente a 4,4% registrado en la zona rural, que puede estar dado por condiciones de desplazamiento desde las zonas rurales y que se convierte en un factor de riesgo para la propagación de enfermedades respiratorias tales como la tuberculosis y el COVID 19.

Para la dimensión de salud se tiene que la mayor privación corresponde a la falta de aseguramiento la cual es más alta en la cabecera con un registro de 12,80%, en contraste las barreras de acceso a servicios de salud son mayores en los centros poblados y rural disperso con un registro de 4,7%; siendo entonces que aunque en la zona rural se presente una mayor cobertura en salud tienen más barreras para acceder a los servicios para los cuales están asegurados, esto relacionado con las dificultades geográficas y de acceso con que cuenta el municipio y la poca presencia de instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales como ya se mencionó tienen mayor presencia en la cabecera municipal.

En cuanto a las condiciones educativas, se evidencia un alto porcentaje en el bajo logro educativo en el total poblacional (68,10%) siendo por mucho, superior en las zonas rurales (70,50%) sumado también a los altos índices de analfabetismo reportados para las mismas zonas (20,80%). Es importante tener en cuenta que la educación dentro de la prevención en salud cumple un rol muy importante, ya que esta incide en aspectos que van desde la planificación familiar y el consumo responsable o el no consumo de sustancias psicoactivas, así como la adopción de estilos de vida saludable lo que impactaría incluso factores como la consulta por ejemplo de trastornos de conducta asociados al consumo de sustancias psicoactivas, indicador que mostró una alta incidencia dentro de las cifras de morbilidad del municipio.

Para la dimensión niñez y juventud, se tiene que la mayor privación es el rezago escolar con un valor porcentual de 16,10%, el cual, como en la dimensión anterior, es mucho mayor en los centros poblados y zona rural disperso donde se registra un rezago de 16,60% frente a un 10,60% reportado en la cabecera. En cuanto a la dimensión de trabajo se tiene que el mayor porcentaje es representado por el trabajo informal (95,50%) siendo además, la privación más representativa en todas dimensiones, la cual también es mayor en las zonas rurales y que, al mismo tiempo, presentan el índice de dependencia más alto. Se debe considerar que el trabajo informal podría estar relacionado con indicadores de salud como las consultas por las lesiones, debido a la ausencia de protección adecuada durante las jornadas de trabajo, o prácticas inadecuadas en el manejo de herramientas que se traducen en mayor causas de consulta por traumatismos y por lo tanto mayores índices de morbilidad por esta causa, tal y como se registró en las morbilidades en adultos y aquellos en el ciclo de vejez.

Tabla 57. Distribución de las privaciones según área geográfica

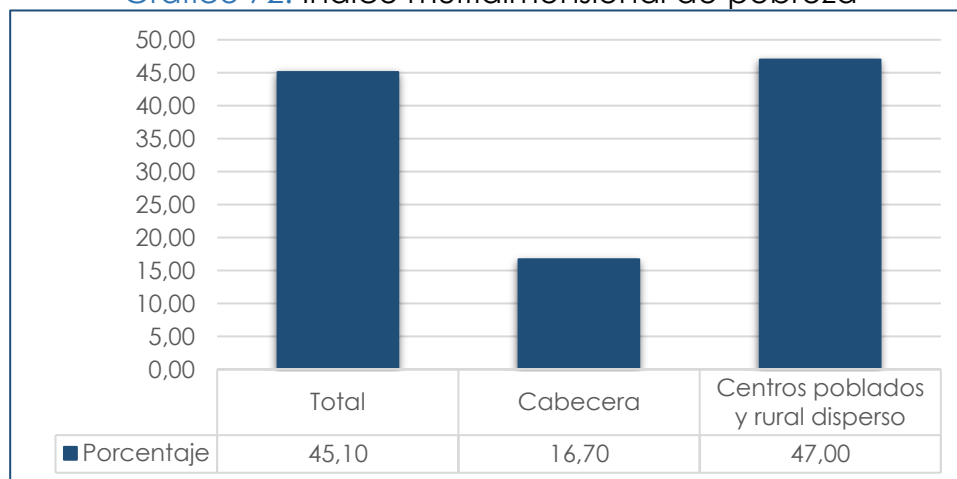
Dimensiones	Privaciones por variable	Total	Cabecera	Centros poblado y rural disperso
Condiciones de vivienda y acceso a servicios	Hacinamiento crítico	4,7	7,8	4,4
	Material inadecuado de paredes exteriores	8,6	7,5	8,7
	Material inadecuado de pisos	39,6	7,0	42,4
	Sin acceso a fuente de agua mejorada	28,6	5,0	30,6
	Inadecuada eliminación de excretas	26,4	10,1	27,8
Dimensión Salud	Barreras de acceso a servicios de salud	4,6	2,7	4,7
	Sin aseguramiento en salud	10,6	12,8	10,4
Condiciones Educativas	Analfabetismo	19,9	8,3	20,8
	Bajo logro educativo	68,1	39,7	70,5
Niñez y Juventud	Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	2,8	1,2	2,9

	Inasistencia escolar	6,2	1,7	6,6
	Rezago escolar	16,1	10,6	16,6
	Trabajo infantil	5,5	2,9	5,7
Trabajo	Tasa de dependencia	36,7	23,2	37,8
	Trabajo informal	95,5	84,1	96,4

Fuente: CNPV – DANE. Elaboración propia

Al evaluar el índice de pobreza multidimensional contruido por el DANE con base en el censo nacional de población y vivienda 2018, se puede observar que para el municipio de Toribío es superior a la estimada por NBI, con un valor porcentual que estima que 45,10% de la población se encuentra en condición de pobreza. Por otra parte, y como se ha visto en lo anteriores analisis, la pobreza por cabecera y área rural dispersa, tiene mayor incidencia en el área rural siendo del 47.00% mientras que en la cabecera municipal es de 16,70% (Ver Gráfico 72).

Gráfico 72. Índice multidimensional de pobreza



Fuente: CNPV – DANE

De acuerdo con lo anterior, es fundamental entonces, hacer énfasis en las mejoras de las condiciones de vida de la población de Toribío con una mayor atención a las zonas rurales dispersas, pues es evidente la relación entre los determinantes sociales y los indicadores de salud, lo que significa, al mejorar las condiciones de vida de la población se podrá impactar y reducir las cifras de morbilidad y mortalidad del municipio.

3. CAPITULO III. PRIORIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE SALUD

De acuerdo a los efectos de salud identificados en el capítulo II y las priorizaciones allí presentadas, a continuación se expone la priorización en salud para el municipio de Toribío de acuerdo al Plan Territorial de Salud y bajo el enfoque PASE el cual reconoce que el estado de salud de una población se encuentra directamente relacionado con las situaciones y condiciones presentes en el territorio.

Reconocimiento de los principales efectos de salud identificados previamente

La siguiente priorización se presenta por las dimensiones del Plan Decenal en donde se priorizan los problemas de salud y sus determinantes en peor situación con relación a las baterías de indicadores estimados para el municipio de Toribío en el Plan territorial de salud “Construyendo unidos desarrollo social y vida digna” (Ver Tabla 58).

Tabla 58. Priorización por dimensiones del Plan Decenal

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
1.Salud Ambiental		
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	A 2023 mantener en 9,1 la tasa de mortalidad por diabetes, en el municipio de Toribío	001
	A 2023 mantener en 1,13 la prevalencia de HTA, en el municipio de Toribío	001
3. Convivencia social y salud mental	A 2023 mantener en 13,38 la Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas y suicidio, en el municipio de Toribío	005
	A 2023 contener en 4.8 % la incidencia de letalidad de reducción de los planes de CSPA	004
4.Seguridad alimentaria y nutricional	A 2023 mantener en 27,37 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición, en el municipio de Toribío	003
	Contener en 436,68 la tasa de mortalidad materna para el 2020	008
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Contener en 436,68 la tasa de mortalidad materna para el 2020	008
	A 2023 contener en 52,75 la tasa de fecundidad en adolescentes, en el municipio de Toribío	008

Dimensión Plan Decenal	Prioridad	Grupos de Riesgo (MIAS)
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	A 2023 , incrementar a un 80% las gestantes captadas antes de la semana 12	009
	Mantener en cero la tasa de mortalidad por VIH/SIDA	009
	A 2023 mantener en 27,65 la tasa de mortalidad por IRA, en el municipio de Toribío	009
	Mantener en cero la tasa de mortalidad por Tuberculosis en menores.	009
	A 2023 mantener en un 90,99% la cobertura de vacunación en el municipio de Toribío	009

Fuente: Ministerio de Salud, SISPRO. Elaboración propia.

Identificación de prioridades de acuerdo con el reporte de caracterización de las EAPB en el territorio

A continuación se describen los grupos poblacionales de riesgo, así como los indicadores priorizados por cada una de las EAPB presentes en el territorio. Teniendo en cuenta los reportes entregados por las EAPB se tiene que el grupo poblacional de riesgo con mayor prevalencia corresponde a la población en condición materno – perinatal, cuyos indicadores priorizados son la Tasa de mortalidad perinatal, la Razón de mortalidad materna y el Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, como se muestra en la Tabla 59. En segundo lugar, se tiene al grupo poblacional con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales en donde se prioriza la prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años y el Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales; seguidamente se encuentra la Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas con el indicador de prioridad Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años y la Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas con el indicador Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Finalmente, y de acuerdo a lo reportado por la Dirección de Sanidad Policía Nacional se tiene a la Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento cuyo indicador priorizado es la Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas

intencionalmente (suicidios), siendo este componente únicamente enfocado la población perteneciente al subsistema de salud. Al realizar el análisis correspondiente, se evidencia que los indicadores priorizados son acordes a los obtenidos para el municipio de Toribio. En primer lugar, todos los indicadores relacionados por las EAPB se inscriben en la priorización por las dimensiones del Plan Decenal presentadas en este mismo apartado y que son contenidas en el Plan territorial. En segundo lugar, se tiene que de acuerdo al análisis realizado en este documento, dentro de las prioridades de mortalidad infantil y de la niñez para grandes causas el indicador de mayor prevalencia corresponde a las afecciones originadas en el periodo perinatal; así mismo, dentro de las prioridades para morbilidad específica por subcausa o subgrupo se tiene a las condiciones maternas perinatales con indicadores de importancia al cierre del año 2021. Al observar los demás indicadores se encuentra correspondencia con la realidad del territorio, toda vez que, como en el caso anterior, los indicadores están contenidos en las prioridades de mortalidad y morbilidad descritas en este documento, siendo las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares relevantes para la mortalidad específica por subcausas o subgrupos; así como, para morbilidad, revisten de importancia la incidencia de las enfermedades no transmisibles en diversos grupos poblacionales por ciclo de vida y en la prevalencia de los eventos precursores en el municipio.

Tabla 59. Prioridades por caracterización de las EAPB

EAPB	GRUPO RIESGO MIAS	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
AIC EPSI - ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	008	Población en condición materno –perinatal	Tasa de mortalidad perinatal
	002	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	008	Población en condición materno –perinatal	Tasa de mortalidad perinatal

EAPB	GRUPO RIESGOS	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
COOSALUD EPS S.A	002	Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	008	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
MALLAMAS - EMPRESA PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPS INDIGENA	008	Población en condición materno –perinatal	Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB
	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años
	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón
	003	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Porcentaje de personas atendidas por condiciones transmisibles y nutricionales por EAPB
NUEVA EPS	008	Población en condición materno –perinatal	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
	003	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SA SOS	008	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
	003	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
	008	Población en condición materno –perinatal	Razón de mortalidad materna
	003	Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL	005	Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento	Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)

EAPB	GRUPO RIESGO MIAS	Nombre Grupo Riesgo	Indicador Priorizado
	001	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB

Fuente: Ministerio de Salud, Caracterización poblacional. Elaboración propia.

4. REFERENCIAS

- Álvarez Castaño, L. E. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69–79.
- Ministerio de la Salud y la Protección Social. (2014). *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las Entidades Territoriales*. 146.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Las Excretas y las Aguas Sucias Andan por Ahí*. 1–18.
- Proyecto Nasa. (2016). *Ruta del Plan de Vida Proyecto Nasa - Principios, sueños, lineamientos y camino estratégico (2016-2050)* (I).